



Ресурсный Центр
по вопросам ВИЧ-инфекции, туберкулёза
и других социально значимых заболеваний

Помощь, уход и поддержка при ВИЧ-инфекции



**Информационное пособие для организаторов и специалистов
негосударственных и общественных служб поддержки,
предоставляющих паллиативную помощь и уход**

Москва – Иркутск
2016

«Помощь, уход и поддержка при ВИЧ-инфекции»: Информационное пособие для организаторов и специалистов негосударственных и общественных служб поддержки, предоставляющих паллиативную помощь и уход / Загайнова А.И.; Плотникова Ю.К., Агапова В.А., Акулова М.В., Калачёва А.В./ Под ред. А.И. Загайновой. – Москва - Иркутск, 2016. - 300 стр.

Авторы и составители:

Загайнова А.И., врач-эпидемиолог, руководитель группы технической поддержки Ресурсного Центра Российского Красного Креста по вопросам ВИЧ-инфекции, туберкулёза и других социально значимых заболеваний (г. Иркутск)

Плотникова Ю.К., к.м.н., главный специалист Министерства здравоохранения РФ по проблемам ВИЧ-инфекции, главный врач ГБУЗ «Иркутский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» (г. Иркутск)

Агапова В.А., врач-терапевт, руководитель Ресурсного центра Российского Красного Креста по вопросам ВИЧ-инфекции, туберкулёза и других социально значимых заболеваний, директор программного департамента Российского Красного Креста (г. Москва)

Акулова М.В., врач-эпидемиолог, программный директор некоммерческого партнерства по поддержке социально-профилактических программ в сфере общественного здоровья «ЭСВЕРО» (г. Москва)

Калачёва А.В., педагог-психолог, советник по мониторингу и оценке группы технической поддержки Ресурсного Центра Российского Красного Креста по вопросам ВИЧ-инфекции, туберкулёза и других социально значимых заболеваний (г. Иркутск)

Рецензент:

Клёцкина С. А., директор областного государственного образовательного бюджетного учреждения дополнительного профессионального образования «Учебно-методический центр развития социального обслуживания» при Министерстве социального развития, опеки и попечительства Иркутской области (г. Иркутск)

Консультант:

Фролова О.П., д.м.н., руководитель Центра противотуберкулёзной помощи больным ВИЧ-инфекции Министерства здравоохранения РФ, профессор кафедры фтизиопульмонологии и торакальной хирургии им. М.И. Перельмана Первого МГЛУ им. И.М. Сеченова (г. Москва)

Издание представляет собой дополненное и переработанное пособие Российского Красного Креста для специалистов по уходу («ВИЧ-инфекция», М., 2006). Данное информационное пособие исполняет роль дополнительного модуля к учебным пособиям Российского Красного Креста «Основы ухода в домашних условиях» (М., «Мосби», 1997г.), «Уход за больными туберкулёзом в амбулаторной фазе лечения» (М., 2000г.).

Основной целью пособия является оказание практической помощи организаторам и специалистам негосударственных и общественных служб ухода и поддержки (прежде всего – патронажным сёстрам милосердия и другим специалистам Российского Красного Креста) по вопросам предоставления паллиативной помощи и ухода людям, живущим с ВИЧ.

Пособие состоит из трёх частей. Первая часть пособия знакомит читателей с современными представлениями о ВИЧ-инфекции, её профилактикой, в том числе от матери ребёнку, диагностикой и лечением. Особое внимание в пособии уделено действиям специалистов по уходу при вторичных заболеваниях и других патологических состояниях, а также вопросам питания при ВИЧ-инфекции и др. Отдельно рассмотрены психологические, социальные и правовые аспекты ВИЧ-инфекции, рассказано о стигме и дискриминации и их влиянии на жизнь людей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции.

Вторая часть информационного пособия посвящена различным вопросам организации определённых форм ухода и поддержки людям, живущим с ВИЧ, включая вопросы безопасности при предоставлении ухода, требования, предъявляемые к специалистам по уходу и к их обучению, вопросы организации рабочих мест, определения рабочей нагрузки, описан алгоритм работы специалистов, осуществляющих уход на дому и др. Также в пособии освещены общие вопросы социального сопровождения и партнёрского взаимодействия при предоставлении помощи, ухода и поддержки людям, живущим с ВИЧ.

Третья часть пособия посвящена особенностям работы с потребителями наркотиков, инфицированными ВИЧ.

Информация, изложенная в пособии, может быть полезна всем, кто осуществляет уход за людьми, живущими с ВИЧ, в домашних условиях, в стационаре или на базе различных служб помощи, а также широкому кругу читателей, которые при современном уровне распространённости эпидемии, так или иначе, сталкиваются с проблемой ВИЧ/СПИДа в повседневной жизни.

Пособие подготовлено Ресурсным Центром по вопросам ВИЧ-инфекции, туберкулёза и других социально значимых заболеваний Российского Красного Креста в рамках программы «Региональная инициатива по здравоохранению в странах Евразийского региона».

© Российский Красный Крест, 2016
© Коллектив авторов и составителей, 2016



ОГЛАВЛЕНИЕ

ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ СОКРАЩЕНИЯ	7
НЕКОТОРЫЕ ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В КОНТЕКСТЕ ДАННОГО МОДУЛЯ ТЕРМИНЫ И ПОНЯТИЯ	8
ПРЕДИСЛОВИЕ	10
ВВЕДЕНИЕ. ВИЧ/СПИД В МИРЕ И ОБЩИЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ЭПИДЕМИИ ВИЧ ИНФЕКЦИИ В РОССИИ	11
ЧАСТЬ I	
ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ	13
Раздел 1.1. Паллиативная помощь	13
Глава 1.1.1. Общие понятия, формы организации и принципы паллиативной помощи	13
Глава 1.1.2. Стратегии и рекомендации ВОЗ по предоставлению паллиативной помощи	15
Глава 1.1.3. Паллиативная помощь при ВИЧ-инфекции	17
Глава 1.1.4. Клиент-центрированный подход и мультипрофессиональные команды при предоставлении паллиативной помощи ЛЖВ	18
Раздел 1.2. ВИЧ и его воздействие на иммунную систему человека	20
Глава 1.2.1. Иммунная система человека	20
Глава 1.2.2. Вирус иммунодефицита человека и его свойства	21
Глава 1.2.3. Иммунный статус и вирусная нагрузка	26
Раздел 1.3. ВИЧ-инфекция: общие сведения	29
Глава 1.3.1. ВИЧ-инфекция и СПИД	29
Глава 1.3.2. Эпидемиология ВИЧ-инфекции	30
Глава 1.3.3. Риск и уязвимость	34
Глава 1.3.4. Профилактика ВИЧ-инфекции	35
Глава 1.3.5. Диагностика ВИЧ-инфекции	37
Глава 1.3.6. Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции у новорожденных детей	40
Глава 1.3.7. Клинические проявления ВИЧ-инфекции	41
Глава 1.3.8. Особенности течения ВИЧ-инфекции у потребителей инъекционных наркотиков	42
Раздел 1.4. Лечение ВИЧ-инфекции	44
Глава 1.4.1. Цель, основные принципы и начало лечения ВИЧ-инфекции	44
Глава 1.4.2. Высокоактивная антиретровирусная терапия и ее эффективность	46
Глава 1.4.3. Понятие резистентности. Приверженность лечению	50
Глава 1.4.4. Лечение ВИЧ-инфекции у потребителей инъекционных наркотиков	54
Глава 1.4.5. ВИЧ-инфекция и нетрадиционная медицина	55

Раздел 1.5. ВИЧ-инфекция у женщин. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку	58
Глава 1.5.1. Особенности инфицирования и течения ВИЧ-инфекции у женщин	58
Глава 1.5.2. Вопросы контрацепции и планирование беременности в дискордантных и кордантных (ВИЧ-положительных) парах	59
Глава 1.5.3. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку	62
Глава 1.5.4. Рекомендации специалистам по уходу за ВИЧ - положительными женщинами и детьми, рождёнными ими	68
Раздел 1.6. Вторичные заболевания и некоторые патологические состояния, связанные с ВИЧ-инфекцией	72
Глава 1.6.1. Понятие вторичных оппортунистических заболеваний и ко-инфекций	72
Глава 1.6.2. Туберкулёз и ВИЧ-инфекция	73
Глава 1.6.3. Вирусные гепатиты В и С и ВИЧ-инфекция	82
Глава 1.6.4. Инфекции органов дыхания у клиентов/подопечных с ВИЧ-инфекцией	87
Глава 1.6.5. Инфекции и заболевания нервной системы при ВИЧ-инфекции	90
Глава 1.6.6. Герпетическая инфекция у больных ВИЧ-инфекцией	93
Глава 1.6.7. Опоясывающий лишай	95
Глава 1.6.8. Цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ)	96
Глава 1.6.9. Кандидоз при ВИЧ-инфекции	98
Глава 1.6.10. Поражения полости рта и кожи при ВИЧ-инфекции	99
Глава 1.6.11. Злокачественные новообразования при ВИЧ-инфекции	101
Глава 1.6.12. Желудочно-кишечные инфекции	102
Глава 1.6.13. Некоторые болезненные состояния при ВИЧ-инфекции	103
Раздел 1.7. Питание при ВИЧ-инфекции	112
Глава 1.7.1. Роль полноценного питания при ВИЧ-инфекции	112
Глава 1.7.2. Составление рациона питания для ВИЧ - положительного подопечного: принципы и подходы	114
Глава 1.7.3. Рекомендации по питанию при различных патологических состояниях	116
Глава 1.7.4. Гигиенические основы приготовления пищи для ВИЧ – положительных людей	120
Раздел 1.8. Психо - социальные проблемы при ВИЧ-инфекции	122
Глава 1.8.1. Психологические и социальные последствия ВИЧ-инфекции	122
Глава 1.8.2. Проблемы, связанные со стигмой и дискриминацией	123
Глава 1.8.3. Психо - социальные проблемы и поддержка ЛЖВ в разные периоды ВИЧ-инфекции	127
Глава 1.8.4. Психосоциальные проблемы ЛЖВ на терминальной стадии ВИЧ-инфекции	131
Глава 1.8.5. Проблемы и особенности психологической помощи потребителям наркотиков, находящимся на терминальной стадии ВИЧ-инфекции	133

Раздел 1.9. Правовые аспекты, связанные с ВИЧ-инфекцией	135
Глава 1.9.1. Гарантии соблюдения прав людей, живущих с ВИЧ	135
Глава 1.9.2. Ответственность ВИЧ - положительных лиц	138
Глава 1.9.3. Обеспечение конфиденциальности при работе с ВИЧ - положительными клиентами/подопечными	139
ЧАСТЬ II	
ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ И УХОДА ЛЮДЯМ, ЗАТРОНУТЫМ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, В СИСТЕМЕ НЕГОСУДАРСТВЕННЫХ СЛУЖБ ПОДДЕРЖКИ	143
Раздел 2.1. Особенности предоставления немедицинского сервиса людям, живущими с ВИЧ	143
Глава 2.1.1. Понятие немедицинского сервиса. Потребность ЛЖВ в уходе и поддержке	143
Глава 2.1.2. Обеспечение прав клиентов/подопечных при предоставлении им немедицинского сервиса	145
Глава 2.1.3. Этапы работы специалиста по уходу по предоставлению помощи и поддержки ЛЖВ	146
Глава 2.1.4. Подходы к составлению индивидуальной программы помощи, ухода и поддержки для людей, живущих с ВИЧ	147
Глава 2.1.5. Особенности предоставления помощи клиентам/подопечным в зависимости от тяжести их состояния	150
Глава 2.1.6. Алгоритм действий специалиста по уходу при визите на дом к клиенту/подопечному	152
Глава 2.1.7. Обучение ближайшего окружения клиента/подопечного уходу за больным	156
Глава 2.1.8. Консультирование людей, живущих с ВИЧ	157
Глава 2.1.9. Некоторые особенности общения с ВИЧ - положительными клиентами/подопечными	160
Раздел 2.2. Социальное сопровождение при ВИЧ-инфекции	162
Глава 2.2.1. Социальное сопровождение: понятие, стандарты, подходы	162
Глава 2.2.2. Задачи социального сопровождения	165
Глава 2.2.3. Модели социального сопровождения и необходимые навыки	166
Глава 2.2.4. Привлечение и критерии отбора клиентов/подопечных в программы сопровождения	169
Глава 2.2.5. Этапы социального сопровождения клиента/подопечного	171
Раздел 2.3. Партнёрское взаимодействие и система перенаправлений	176
Глава 2.3.1. Межсекторальный подход к оказанию помощи людям, живущим с ВИЧ	176
Глава 2.3.2. Цели, задачи и основные области межсекторального взаимодействия	177
Глава 2.3.3. Единая политика по социальному сопровождению клиентов/подопечных и организации профилактической работы	178
Глава 2.3.4. Условия, необходимые для эффективной работы системы межсекторального взаимодействия	179

Раздел 2.4. Некоторые формы работы негосударственных и общественных служб помощи по предоставлению помощи и ухода людям, живущим с ВИЧ	183
Глава 2.4.1. Профилактические программы	183
Глава 2.4.2. Программы паллиативной помощи людям, живущим с ВИЧ	185
Глава 2.4.3. Комплексные программы помощи потребителям инъекционных наркотиков	186
Глава 2.4.4. Группы поддержки и взаимопомощи	191
Раздел 2.5. Некоторые вопросы организации работы негосударственных и общественных служб помощи людям, живущим с ВИЧ	193
Глава 2.5.1. Структура и политика работы негосударственных и общественных служб помощи	193
Глава 2.5.2. Организация рабочих мест в негосударственных и общественных службах помощи ЛЖВ	196
Глава 2.5.3. Требования к специалистам по уходу негосударственных и общественных служб помощи при работе с ЛЖВ и их обязанности	197
Глава 2.5.4. Некоторые требования к набору и обучению специалистов по уходу негосударственных и общественных служб помощи	199
Глава 2.5.5. Некоторые особенности организации работы с ВИЧ – положительными потребителями наркотиков	201
Глава 2.5.6. Некоторые особенности организации работы по уходу за ЛЖВ на дому	204
Глава 2.5.7. Документальное сопровождение процесса предоставления помощи, ухода и поддержки людям, живущим с ВИЧ, в негосударственных и общественных службах помощи	207
Раздел 2.6. Обеспечение безопасности при осуществлении ухода	210
Глава 2.6.1. Инфекционная безопасность	210
Глава 2.6.2. Физическая безопасность	216
Глава 2.6.3. Психологическая безопасность	221
ЧАСТЬ III. ПОМОЩЬ, УХОД И ПОДДЕРЖКА ДЛЯ ВИЧ - ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИКОВ	226
Раздел 3.1. Особенности организации паллиативной помощи для потребителей инъекционных наркотиков	226
Глава 3.1.1. Особенности целевой группы	226
Глава 3.1.2. Требования к специалистам по уходу при работе с потребителями наркотиков	228
Глава 3.1.3. Границы общения и неприемлемое поведение	231
Глава 3.1.4. Изменение модели поведения у лиц, употребляющих наркотики	232
Глава 3.1.5. Барьеры на пути получения потребителями наркотиков качественного ухода и поддержки. Этические проблемы при работе с ПИН	236
Глава 3.1.6. Некоторые особенности антиретровирусной терапии, контроля болевого синдрома и помощи при абсцессах у потребителей наркотиков	239

ПРИЛОЖЕНИЯ	246
Приложение 1. Классификации клинических стадий ВИЧ-инфекции Организация комплексной помощи ЛЖВ на базе информационно-консультационного центра «Ступени» (из опыта работы Иркутского регионального отделения Российского Красного Креста)	246
Приложение 2. Функции витаминов и микроэлементов и их источники	250
Приложение 3. Международное законодательство и рекомендательные нормы, регламентирующие защиту прав людей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции и страдающих наркотической зависимостью	252
Приложение 4. Программы (алгоритмы) социального сопровождения при ВИЧ-инфекции, туберкулёзе и вирусных гепатитах	254
Приложение 5. Организация деятельности информационно-консультационного центра Красного Креста «Ступени» (из опыта работы Иркутского регионального отделения Российского Красного Креста)	259
Приложение 6. Организация комплексной помощи ЛЖВ на базе информационно-консультационного центра «Ступени» (из опыта работы Иркутского регионального отделения Российского Красного Креста)	266
Приложение 7. Вариант программы и плана обучения специалистов по уходу	270
Приложение 8. Универсальные меры предосторожности. Алгоритм соблюдения универсальных мер предосторожности	274
Приложение 9. Некоторые рекомендации по поведению в случаях агрессии и насилия. Советы по самообороне	278
Приложение 10. Признаки синдрома эмоционального «выгорания» и способы защиты	281
ГЛОССАРИЙ	286
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	297

ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

AFEW	- неправительственная организация «СПИД - фонд Восток-Запад»
АРТ	- антиретровирусная терапия
АРВ – препараты	- антиретровирусные препараты
АСТ	- аспартатаминотрансфераза
ВААРТ	- высокоактивная антиретровирусная терапия
ВИЧ	- вирус иммунодефицита человека
ВГВ	- вирусный гепатит В
ВГС	- Вирусный гепатит С
ВОЗ	- Всемирная организация здравоохранения
ИКЦ	- информационно – консультационный центр
КК/КП	- Красный Крест/Красный Полумесяц
ЛЖВ	- люди, живущие с ВИЧ
ЛОУ	- люди, осуществляющие уход
МиО	- мониторинг и оценка
МКП	- мобильный консультационный пункт
МЛС	- места лишения свободы
ООН	- Организация Объединенных Наций
ПАВ	- психоактивные вещества
ПИН	- потребители инъекционных наркотиков
РКК	- Российский Красный Крест
РФ	- Российская Федерация
СКП	- стационарный консультационный пункт
СМИ	- средства массовой информации
РО РКК	- региональное отделение Российского Красного Креста
СПИД	- синдром приобретенного иммунодефицита
СР	- секс – работники
УНП ООН	- Управление ООН по наркотикам и преступности
ЦМВ	- цитомегаловирус
ЮНЭЙДС (UNAIDS)	- Объединённая Программа ООН по СПИДу

НЕКОТОРЫЕ ТЕРМИНЫ И ПОНЯТИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В КОНТЕКСТЕ ДАННОГО МОДУЛЯ¹

Аутрич-работник – сотрудник/доброволец негосударственной или общественной службы помощи, ухода и поддержки, работающий «в поле», т.е. выполняющий работу по информационному и социальному консультированию и др. непосредственно в местах пребывания (скопления) целевой группы (например, в точках сбора наркопотребителей, людей, вовлечённых в секс – бизнес и т.д.).

Клиент/подопечный – человек, который получает услуги в немедицинских учреждениях, организациях или службах помощи и поддержки.

Люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ) – общепринятый в немедицинской среде термин, обозначающий людей, инфицированных ВИЧ. Термин носит устоявшийся характер и широко используется неправительственными организациями во всём мире. Так же широко распространён термин «**ВИЧ – положительные люди**» (слово «положительный» взято по аналогии с положительным результатом теста на антитела к ВИЧ, который является лабораторным подтверждением диагноза «ВИЧ-инфекция»). Считается, что данные термины являются более корректным по отношению к инфицированным ВИЧ людям. Традиционно сложилось так, что использование терминов «ВИЧ – инфицированный» или «больной ВИЧ-инфекцией» неправительственными организациями, предоставляющими немедицинский сервис, считается неправомерным, некорректным и неприемлемым. Указанные термины, как правило, применяются исключительно в медицинской среде. В данном пособии термин «больной ВИЧ-инфекцией» используются только в первой части, где идёт речь о вторичных заболеваниях и рекомендациях по уходу за больными.

Негосударственные и общественные службы помощи, ухода и поддержки – неправительственные организации любых организационно - правовых форм, общественные структуры и их подразделения, инициативные группы (формальные и неформальные), предоставляющие различные виды помощи, ухода и поддержки людям, живущим с ВИЧ (включая потребителей наркотиков).

Непрофессиональные ЛОУ² – люди из ближайшего окружения инфицированного ВИЧ человека, которые, в силу сложившихся обстоятельств, оказывают ему уход и поддержку. К непрофессиональным ЛОУ могут быть отнесены, например, члены семей ВИЧ - положительных людей, их друзья, половые партнёры, соседи и т.п.

¹ Некоторые приведённые ниже термины и понятия используются исключительно в рамках данного пособия и не имеют широкого распространения.

² ЛОУ – сокр. - лица, осуществляющие уход.

Паллиативное лечение (или паллиативная терапия) - симптоматическое лечение больных, находящихся на терминальных стадиях неизлечимого заболевания, когда возможности лечения собственно заболевания уже исчерпаны. Включает назначение лекарственных препаратов, различных медицинских мероприятий, процедур и манипуляций, призванных облегчить физические страдания больного.

Паллиативная помощь – комплекс разнообразных и дополняющих друг друга мер по облегчению страданий людей, имеющих неизлечимое заболевание, и обеспечение приемлемого качества их жизни через предоставление им и их близким адекватной медицинской, психологической, социальной, духовной и иной необходимой помощи, и поддержки. В контексте данного модуля понятию «паллиативная помощь» придаётся комплексное значение, которое включает в себя и паллиативное лечение, и паллиативную поддержку, и паллиативный уход, объединённых едиными целями и задачами.

Паллиативная поддержка – комплексная помощь немедицинского характера (консультативная, психологическая, социальная, правовая), предоставляемая людям, живущим с ВИЧ, с момента установления диагноза и до конца жизни.

Паллиативный уход – мероприятия по уходу за больными, находящимися на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, утратившими (полностью или частично) способность самостоятельно заботиться о себе и нуждающимися по состоянию здоровья в посторонней помощи.

Профессиональные ЛОУ – специалисты по уходу, которые осуществляют мероприятия по предоставлению помощи, ухода и поддержки ЛЖВ в рамках выполнения официально порученной им работы. К профессиональным ЛОУ (в контексте данного пособия) отнесены различные специалисты государственных учреждений здравоохранения (врачи, медицинские сёстры), социальной защиты (соцработники), а также специалисты по уходу негосударственных и общественных служб помощи ЛЖВ - психологи, аутрич-работники, патронажные сёстры милосердия Красного Креста, консультанты и т.д.

Специалисты по уходу – (в контексте данного пособия) сотрудники и/или добровольцы негосударственных и общественных служб помощи, ухода и поддержки (например, патронажные сёстры милосердия Российского Красного Креста, психологи, социальные и/или аутрич-работники некоммерческой организации, специалисты по социальному сопровождению, консультанты и т.д.), которые, в соответствии со своими знаниями, навыками, образованием, профессиональными, должностными или добровольческими обязанностями выполняют комплекс необходимых мероприятий (в большинстве своём - немедицинского характера) по предоставлению помощи, ухода и поддержки людям, живущим с ВИЧ, на любой стадии заболевания, и их ближайшему окружению. Иногда для обозначения специалистов по уходу в данном пособии используется аббревиатура ЛОУ – люди, осуществляющие уход.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Противодействие ВИЧ-инфекции, как одной из наиболее глобальных проблем человечества, стало важной задачей, на решение которой в последние годы направлены значительные усилия различных государственных и негосударственных организаций, в том числе Национальных Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца стран Восточной Европы и Центральной Азии.

Вся деятельность Красного Креста/Красного Полумесяца в области противодействия ВИЧ-инфекции осуществляется в строгом соответствии с основополагающими принципами Международного Движения Красного Креста, важнейшими из которых являются гуманность и беспристрастность. Именно такой подход, основанный на уважении человеческой личности и проявлении сострадания к любому попавшему в беду человеку, даёт возможность организациям Красного Креста/Красного Полумесяца осуществлять на местах эффективную работу по защите и поддержке людей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции. Опыт показывает, что имидж Красного Креста, его мандат и реальная помощь помогают создавать доверительные, уважительные и эффективные отношения между сотрудниками, добровольцами, целевой группой и партнёрскими организациями.

В настоящее время в Национальных Обществах Красного Креста/Красного Полумесяца стран Восточной Европы и Центральной Азии при поддержке различных международных организаций активизировалась профилактическая работа, реализуются программы оказания паллиативной помощи, в том числе и труднодоступным группам населения с высокорискованным поведением (нелегальным мигрантам, потребителям инъекционных наркотиков и др.). Сегодня крайне важно, чтобы вся работа Красного Креста/Красного Полумесяца в области противодействия ВИЧ-инфекции и смягчению её последствий была максимально эффективной, профессиональной и соответствовала современным международным требованиям. Данное пособие направлено на решение этой задачи и призвано помочь специалистам негосударственных и общественных структур, прежде всего, сотрудникам и добровольцам отделений Красного Креста и Красного Полумесяца – координаторам программ и проектов, патронажным сёстрам, социальным и аутрич-работникам, психологам и т.д. - в организации помощи, поддержки и качественного паллиативного ухода для людей, живущих с ВИЧ.



Это пособие было задумано и готовилось, прежде всего, в помощь патронажным сёстрам милосердия и другим специалистам Российского Красного Креста (далее - РКК), которые работают в сфере противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции и оказания помощи людям, затронутым ею.

Служба милосердия (или патронажная служба) РКК является уникальной структурой, которая в течение многих десятков лет традиционно оказывает помощь людям, нуждающимся в постороннем уходе. Сегодня подопечными Службы милосердия Российского Красного Креста стали также и люди, живущие с ВИЧ, для которых сёстры милосердия зачастую становятся единственной, а иногда, и последней надеждой на облегчение страданий, на получение реальной помощи и поддержки.

ВВЕДЕНИЕ

ВИЧ/СПИД В МИРЕ И ОБЩИЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ЭПИДЕМИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РОССИИ

В течение последних более 30-ти лет ВИЧ-инфекция медленно, но неуклонно распространялась из первоначальных очагов (США и Центральная Африка) на все континенты и во все страны мира. Сегодня мир живет в условиях пандемии ВИЧ-инфекции, которая представляет собой сочетание глобальных медицинских и социально-экономических проблем. ВИЧ-инфекция, которая в большинстве своём затрагивает людей трудоспособного и репродуктивного возраста, оказывает существенное влияние на заболеваемость и смертность населения, на демографические показатели, а также на экономическое развитие стран и отдельных отраслей экономики.

В настоящее время Восточная Европа и Центральная Азия остается единственным регионом в мире, где уровень распространённости ВИЧ-инфекции продолжает ежегодно расти. По оценкам ЮНЭЙДС, за последние десять лет количество людей, живущих с ВИЧ, в странах Восточной Европы и Центральной Азии утроилось и к концу 2014 года достигло 1,1 миллиона человек. Две трети из них проживают в Российской Федерации и Украине, где ВИЧ поражено более одного процента взрослого населения, т.е. каждый сотый взрослый гражданин в возрасте от 15-ти до 49-ти лет. Эпидемия в этих странах распространилась практически на все слои населения и подошла к порогу генерализованной стадии, а в некоторых областях России и Украины уже превысила этот порог. Свою негативную роль играют также стигма и дискриминация, которые препятствуют свободному доступу людей, живущих с ВИЧ, как к государственным, так и общественным службам помощи. Тот факт, что почти половина ЛЖВ в России являются потребителями инъекционных наркотиков, только усиливает стигму и дискриминацию по отношению к ним, что значительно ограничивает их возможности в получении необходимой информации, полноценной медицинской и иной помощи и поддержки. Всё это, в конечном итоге, способствует дальнейшему распространению ВИЧ-инфекции и увеличению числа смертей среди людей, живущих с ВИЧ.

В то же время исследования, проведённые в разных странах мира, явственно показывают, что обеспечение всеобщего доступа к лечению и помощи при ВИЧ-инфекции позволяет людям, живущим с ВИЧ, рассчитывать на реальное увеличение продолжительности жизни, сохранение её приемлемого качества и значительно снижает риск дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции среди населения.



С появлением высокоактивной антиретровирусной терапии, применяемой при ВИЧ-инфекции, медицинским прогнозом для большинства инфицированных ВИЧ людей является сегодня не смерть, а жизнь с хроническим, но управляемым заболеванием.

В настоящее время эпидемия ВИЧ-инфекции в странах Восточной Европы и Центральной Азии ещё не взята под контроль. Каждый день увеличивает на десятки и сотни число людей, получивших ВИЧ.

В такой ситуации перед организациями, работающими в области противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции, стоят две большие и, безусловно, взаимосвязанные задачи:

- профилактика дальнейшего распространения ВИЧ на всех уровнях и среди всех слоёв населения;
- оказание помощи и поддержки, включая адекватную паллиативную помощь, людям, живущим с ВИЧ, на всех стадиях заболевания.

Только комплексно решая эти две задачи, можно победить эпидемию ВИЧ-инфекции и значительно смягчить её последствия.

ЧАСТЬ I

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ

Раздел 1.1

Паллиативная помощь

Глава 1.1.1

Общие понятия, формы организации и принципы паллиативной помощи

Общие понятия

Главная цель паллиативной помощи – улучшение качества жизни человека, страдающего тяжёлым неизлечимым заболеванием, и его близких.

Задачами паллиативной помощи являются облегчение страданий больного и его близких путём всестороннего и своевременного выявления и решения проблем, которое несёт с собой неизлечимое прогрессирующее заболевание.

Основными составляющими паллиативной помощи являются:

- купирование симптомов (облегчение физических страданий больного);
- психологическая, духовная и эмоциональная поддержка больного;
- поддержка ближайшего окружения больного;
- помощь в период тяжёлой утраты.



Паллиативная помощь представляет собой комбинацию методов поддержки, лечения и ухода, направленных не на излечение самого заболевания³, а только на облегчения страданий человека и членов его семьи, как физических, так и душевных, в период самого заболевания и после смерти больного (когда в семье переживаются горе и утрата). Таким образом, понятие паллиативной помощи включает в себя и паллиативную терапию, и паллиативную поддержку, и паллиативный уход, объединённых едиными целями и задачами⁴.

Следует отметить, что паллиативный уход не является полным синонимом терминальной (хосписной⁵) помощи. Понятие паллиативного ухода немного шире и, безусловно, включает в себя и хосписную помощь.

³В идеале, при хроническом неизлечимом заболевании оказание паллиативной помощи и предоставление специфического (т.е., направленного на причину заболевания) лечения не должны существовать как два отдельных подхода, а должны *составлять единое целое*. Баланс между паллиативной помощью и специфическим лечением в каждой конкретной ситуации будет зависеть от причин симптомов и жалоб, возможностей их устранения радикальными и/или паллиативными методами, а также от имеющихся ресурсов.

⁴Пояснения см. на стр. 7 - 8 в разделе «Некоторые термины и понятия, используемые в контексте данного модуля»

⁵ Хосписная помощь является одним из вариантов паллиативного ухода - это всеобъемлющая помощь больному в конце жизни (чаще всего, в последние 6 месяцев жизни) и умирающему человеку.

Паллиативная помощь в виде медицинской, психологической, социальной, духовной и иной необходимой поддержки должна предоставляться и быть доступной всем нуждающимся в ней, вне зависимости от их финансового положения, и исключительно в соответствии с их потребностями.

Паллиативная помощь, чтобы быть эффективной и всеобъемлющей, должна носить междисциплинарный характер, то есть оказываться комплексно специалистами различного профиля и различных организаций.

Формы организации паллиативной помощи

Паллиативная помощь может предоставляться клиентам/подопечным на дому, на базе служб помощи некоммерческих организаций, в специализированных медицинских учреждениях и хосписах.

Формы организации паллиативной помощи могут быть разносторонними и разнообразными, в зависимости от возможностей и подходов, применяемых в существующей системе здравоохранения и в общественных службах помощи некоммерческих организаций.

В любом случае, не зависимо от организационной формы, паллиативная помощь должна быть нацелена на удовлетворение изменяющихся в результате прогрессирования неизлечимого заболевания потребностей клиентов/подопечных и их близких.

При организации паллиативной помощи следует помнить, что она предназначена не только для удовлетворения потребностей клиента/подопечного, но и для поддержки лиц, ухаживающих за ним, каковыми являются, прежде всего, члены семьи клиента/подопечного, и в число которых необходимо включить и специалистов по уходу. В рамках паллиативной помощи подумать об организации так называемой «помощи выходного дня» для предоставления возможности отдыха лицам, постоянно ухаживающим за больным. Также всем специалистам, вовлеченным в оказание помощи людям с прогрессирующими неизлечимыми заболеваниями, в случае необходимости должна быть предоставлена возможность получения консультации экспертов различного уровня и специализации.

Принципы паллиативной помощи

Международные Принципы паллиативной помощи представлены в Рекомендациях, которые были приняты Комитетом Министров Совета Европы на 860-том заседании уполномоченных представителей министров государств - участников по организации паллиативной помощи 12 ноября 2003г.

Принципы паллиативной помощи сформулированы следующим образом:

1. Паллиативная помощь - необходимая и неотъемлемая часть системы здравоохранения. Необходимо создать условия для её развития и функциональной интеграции в стратегии развития национальных систем здравоохранения.

2. Любой человек, нуждающийся в паллиативной помощи, должен иметь возможность получить эту помощь без неуместного промедления в соответствующем учреждении, насколько это реально выполнимо, в соответствии с его потребностями и предпочтениями.

3. Основной целью паллиативной помощи является достижение возможно наилучшего качества жизни пациента.

4. Задачей паллиативной помощи является решение физических, психологических и духовных проблем, возникающих при развитии неизлечимого заболевания, поэтому паллиативная помощь требует координированной работы высококвалифицированной и соответственно оснащённой междисциплинарной и мультипрофессиональной команды.

5. Активные лечебные мероприятия следует проводить лишь в том случае, если пациент этого хочет, если нет - лечение следует прекратить. В любом случае больной должен получать в полном объёме паллиативную помощь.

6. Доступ к службам паллиативной помощи должен быть основан на клинических показаниях, но не на нозологической форме заболевания, местонахождении больного, его экономическом статусе или других подобных факторах.

7. Программы образования по паллиативной помощи должны быть включены в подготовку всех заинтересованных медицинских работников.

8. Должны проводиться научные исследования с целью улучшения качества помощи. Проведение всех манипуляций и вмешательств в паллиативной помощи должно быть строго обосновано в соответствии с данными научных исследований.

9. Паллиативная помощь должна получать адекватное и равноправное финансирование.

10. Так же, как и в других областях здравоохранения, медицинские работники, оказывающие паллиативную помощь, должны всегда уважать права пациентов, выполнять профессиональные обязательства и стандарты помощи и действовать только в интересах больного.



Для принятия этически взвешенных решений и практических действий специалистам и организациям, предоставляющим помощь, уход и поддержку ЛЖВ, следует руководствоваться принципами организации паллиативной помощи, изложенными выше, и выработать на их основе подходы, которые должны составить практическое руководство по паллиативной помощи, отражающее политику организации в области ухода при ВИЧ-инфекции.

Глава 1.1.2

Стратегии и рекомендации ВОЗ по предоставлению паллиативной помощи

Стратегия предоставления паллиативной помощи ориентирована на основные гуманитарные ценности, обеспечивающие права человека:

- человеческое достоинство;
- социальное единство;

- демократия, равноправие и солидарность;
- равные права людей вне зависимости от пола, вероисповедания, состояния здоровья и т.д.;
- свобода выбора и участия в принятии решений.

Таким образом, основной характеристикой паллиативной помощи является **деликатное отношение** к личным, культурным и религиозным ценностям, вере, жизненному опыту и привычному укладу жизни больного человека.



В основе подходов к предоставлению паллиативной помощи, рекомендованных ВОЗ и основанных на принципах уважения, защиты и поддержки человеческой личности, лежит утверждение, что каждый человек является ценностью и имеет право на достойное обращение и самостоятельное распоряжение своей судьбой.

Согласно **рекомендациям ВОЗ**, при оказании паллиативной помощи следует:

- стремиться облегчать боль и другие тягостные проявления болезни у клиентов/подопечных;
- признавать жизнь и смерть естественными процессами;
- не ускорять наступление смерти, но и не продлевать страдания;
- сочетать с медицинской помощью духовную и психологическую поддержку;
- продлевать как можно дольше активную жизнь клиента/подопечного;
- оказывать при жизни и после смерти клиента/подопечного психологическую поддержку его родственникам и близким людям;
- обеспечить предоставление многопрофильной помощи, учитывающей потребности клиента/подопечного и его близких, включая консультации психолога и других специалистов;
- стремиться обеспечить основные жизненные потребности человека, включая безопасность, место проживания, полноценное питание;
- предоставлять уход и поддержку только на основе добровольного и осознанного решения самого клиента/подопечного;
- относиться к клиенту/подопечному как к равному;
- соблюдать конфиденциальность как обязательное условие качественного ухода;
- стремиться осуществлять индивидуальный подход при предоставлении ухода и поддержки и направлять их на конкретного человека, на удовлетворение его потребностей в соответствии с его собственным определением качества жизни;
- уважать право человека выбирать стиль и уклад жизни;
- предоставлять достоверную и полную информацию клиенту/подопечному, касающуюся его здоровья и жизненного прогноза, предоставленной в понятной форме, без принуждения принять какое-либо решение, если он не готов это сделать;

- предоставлять клиенту/подопечному возможность получить максимально широкий в данных условиях доступ к профилактике, лечению и уходу, как ВИЧ-инфекции, так и других заболеваний, включая наркозависимость;
- быть открытым, восприимчивым, гибким, творческим, изобретательным, и действовать всегда исключительно в интересах клиента/подопечного.

Глава 1.1.3

Паллиативная помощь при ВИЧ-инфекции

Паллиативная помощь - необходимый компонент комплексной помощи и поддержки людей с диагнозом «ВИЧ-инфекция» **на любой стадии заболевания**. Специалисты, предоставляющие паллиативную помощь, должны заниматься всеми проблемами, с которыми сталкиваются люди, живущие с ВИЧ (далее – ЛЖВ), и их ближайшее окружение.

ВОЗ⁶ настоятельно рекомендует начинать паллиативную помощь при ВИЧ-инфекции **с момента постановки диагноза**. Как правило, в этот период люди, инфицированные ВИЧ, не испытывают больших проблем с физическим здоровьем. Но сам факт осознания человеком, что он болен неизлечимой болезнью, по отношению к которой в обществе существуют предубеждения, а люди, инфицированные ВИЧ, подвергаются стигме и дискриминации, зачастую заставляют испытывать большие душевные страдания, которые самым отрицательным образом сказываются на физическом здоровье и ускоряют прогрессирование ВИЧ-инфекции.

Паллиативная помощь ЛЖВ на этапе постановки диагноза заключается в **информировании, консультировании, предоставлении психологической, социальной, юридической поддержки, в оказании помощи для получения соответствующего комплекса услуг**. Такая поддержка, оказанная профессионально и вовремя, зачастую помогает людям, живущим с ВИЧ, надолго сохранить удовлетворительное физическое самочувствие и значительно отсрочить наступление СПИДа.

На более поздних стадиях ВИЧ-инфекции паллиативная помощь, кроме всего перечисленного, включает **адекватный уход на дому и/или в стационаре**. В данном случае паллиативная помощь должна сочетать лечение и квалифицированный уход, сопровождаемые психологической, социальной и духовной поддержкой.

⁶Протоколы ВОЗ для стран СНГ по предоставлению помощи и лечения при ВИЧ и СПИДе (2006). Паллиативная помощь. Источник: <http://pallcare.ru/ru/?p=1186480181>



Паллиативная помощь - один из основных компонентов всесторонней помощи при ВИЧ/СПИДе. Принципы и подходы паллиативной помощи применимы в отношении людей с ВИЧ-инфекцией на любой стадии заболевания (практически - с момента постановки диагноза), независимо от того, обусловлены ли их страдания собственно ВИЧ-инфекцией, возникновением вторичных заболеваний, побочным действием антиретровирусных препаратов, психологическими или иными проблемами. Паллиативная помощь должна предоставляться всем клиентам/подопечным, которые нуждаются в ней и выразили желание её получать.

***Важно:** употребление наркотиков, алкоголя или низкий социальный статус не должны препятствовать уважительному и адекватному уходу и поддержке. Отказ от употребления ПАВ⁷ не должен быть обязательным условием предоставления качественного и полноценного паллиативного ухода, и поддержки при ВИЧ-инфекции.*

Глава 1.1.4

Клиент-центрированный подход и мультипрофессиональные команды при предоставлении паллиативной помощи ЛЖВ

При оказании паллиативной помощи рекомендуется применять так называемый **клиент-центрированный подход**, когда во главу угла при составлении индивидуальной программы помощи, ухода и поддержки ставится сам клиент/подопечный, его личные потребности, желания и возможности, а не исключительно заболевание клиента/подопечного или желания и мнения специалистов по уходу.



Клиент/подопечный должен сам выбрать те методы и способы паллиативной помощи, которые ему кажутся наиболее целесообразными, необходимыми и приемлемыми в данный момент, а специалист по уходу должен помочь ему принять осознанное решение, основанное на рекомендациях врача, психолога и других специалистов.

Важным и необходимым инструментом клиент-центрированного подхода, обеспечивающим эффективность предоставляемой помощи, является создание между специалистом по уходу и его клиентом/подопечным **доверительной атмосферы**, позволяющей свободно, без осуждения, обмениваться самой разной информацией, касающейся жизни клиента/подопечного, его состояния здоровья, в том числе и по вопросам употребления наркотиков, если клиент/подопечный является наркопотребителем.

Задача специалиста по уходу заключается в том, чтобы, внимательно выслушав и изучив клиента/подопечного, поняв его желания, тревоги, опасения, реальные потребности и возможности, составить на основе полученной информации индивидуальный план поддержки и/или ухода, **предложив клиенту/подопечному активно участвовать в этом процессе.**

⁷ ПАВ - психоактивные вещества, к которым относятся, в том числе, алкоголь и наркотики.

Специалист по уходу должен с уважением отнестись к любому решению клиента/подопечного, каким бы неразумным на тот момент оно не казалось, и действовать в соответствии с этим решением. При оказании паллиативной помощи очень важно, чтобы специалист по уходу смог правильно оценить ситуацию, касающуюся состояния здоровья клиента/подопечного, и при общении с ним был способен контролировать собственные эмоции. Оказывать давление на клиента/подопечного или заставлять его делать то, что он не хочет, в данном случае будет означать только одно - продлевать и усиливать его страдания.

Но специалист по уходу не должен оставлять осторожные и деликатные попытки исправить ситуацию, если он видит, что решение, принятое клиентом/подопечным, является явно ошибочным и вредит ему. Возможно, для этого придётся менять тактику общения и убеждения, привлекать людей, мнение которых очень важно для клиента/подопечного и т.д., или просто немного выждать. Каждый раз этот процесс может протекать по-разному, т.к. каждый клиент/подопечный индивидуален и уникален, как в проявлении своей болезни, так и как личность.



Чтобы быть всегда в профессиональной «форме» и обеспечивать эффективность мероприятий паллиативной помощи, специалисты по уходу должны иметь возможность регулярно получать профессиональную, организационную и психологическую поддержку от коллег и руководителей организации, предоставляющей

уход.

С понятием «клиент-центрированный подход» неразрывно связано понятие «**мультипрофессиональная команда**». Иными словами, для обеспечения клиент-центрированного подхода в предоставлении паллиативной помощи людям, живущим с ВИЧ, должна участвовать определённая группа людей, объединённая в команду. Мультипрофессиональная команда включает в свой состав, прежде всего, самого **клиента/подопечного, как абсолютно равноценного участника**, а также различных специалистов как государственных, так и общественных организаций, и учреждений: медицинских работников разного профиля системы здравоохранения, социальных работников, психологов, сестёр милосердия Красного Креста и иных специалистов. При этом у клиента/подопечного всегда остается право определять степень причастности к уходу за ним того или иного специалиста.



При организации паллиативной помощи специалисты по уходу негосударственных и общественных служб обязательно должны быть включены в мультипрофессиональные команды. Они также могут сами стать инициаторами создания такой команды в интересах клиента/подопечного, работая в тесном взаимодействии с самим клиентом/подопечным, с его ближайшим окружением и специалистами других организаций (учреждений здравоохранения, социальной защиты, других неправительственных организаций, и т.д.).

Раздел 1.2

ВИЧ и его воздействие на иммунную систему человека

Глава 1.2.1

Иммунная система человека

Иммунная система - многокомпонентная, сложная **защитная система** организма человека. Иммунная система состоит из лимфоидных органов и тканей, к которым относятся костный мозг, вилочковая железа (тимус), лимфоузлы, селезёнка, миндалины, аденоиды, аппендикс, кровеносные и лимфатические сосуды. Все элементы иммунной системы являются жизненно необходимыми для выработки и развития «основных игроков» в борьбе с чужеродными белковыми агентами, и представлены клетками крови - **лимфоцитами (В и Т) и фагоцитами**.

Выделяют три основных **функции иммунной системы**:

- **защита организма от чужеродных белков**⁸(агентов), например, вирусов, бактерий, грибков, простейших организмов, вызывающих различные инфекционные заболевания;
- **защита организма от собственных неполноценных или повреждённых белков** (иммунная система определяет их как чужеродных агентов), которые могут вызывать, в том числе, различные онкологические заболевания;
- **иммунная память**, помогающая организму более оперативно реагировать на появление чужеродных белков, с которыми он сталкивался прежде.



Антиген – термин, обозначающий любой чужеродный белок, проникнувший в организм человека и распознанный иммунной системой как угроза.

Антитело – белковое образование (иммуноглобулин), производимое клетками человека крови (В-лимфоцитами) в ответ на появление антигенов, с целью их связывания и последующего разрушения⁹.

Антитела специфичны, т.е. могут связываться только с определёнными антигенами. Специфичность антител лежит в основе лабораторной диагностики многих инфекционных заболеваний.

Полноценно функционирующая иммунная система препятствует проникновению в организм человека чужеродных агентов, используя систему барьеров (кожные покровы, эпителий слизистой верхних дыхательных путей, кишечника и т.п.), а в случае проникновения возбудителей в организм, - отслеживает и уничтожает чужеродные агенты, предотвращая развитие инфекций и опухолевых заболеваний. Эта защитная функция представлена специфическим и неспецифическим иммунитетом.

⁸Данная защитная функция иммунной системы проявляется также при трансплантировании органов, тканей, переливании крови и т.п.

⁹Антитела действуют путем обволакивания антигенов, делая их более уязвимыми для лейкоцитов и макрофагов, которые поглощают или переваривают антигены.

Специфический иммунитет

Система специфического иммунитета имеет **клеточный и гуморальный** компоненты.

Реакция **гуморального иммунитета** основана на выработке организмом **антител**. В этом процессе задействованы В-лимфоциты.

Клеточный иммунитет основан на реакции Т-лимфоцитов, имеющих на поверхности своей оболочки специфические белки, называемые маркерами CD4 и CD8, которые выполняют две главные функции: управление иммунной системой (лимфоциты с маркером CD4) и уничтожение клеток, несущих чужеродные антигены (лимфоциты с маркером CD8).

Неспецифический иммунитет

Действие неспецифического иммунитета обеспечивается клетками крови, которые носят общее название **фагоциты** («пожирающие клетки»), и направлено на уничтожение клеток, переносящих антигенные частицы. Фагоциты представлены большими белыми клетками крови **моноцитами и макрофагами**. Фагоциты поглощают и переваривают заражённые, повреждённые, нефункциональные или старые клетки во всех частях организма.



Каждая клетка Т-лимфоцитов имеет на своей поверхности особые белковые молекулы, называемые ещё маркерами или рецепторами и обозначаемые символами CD4, CD8 и др.

Т-лимфоциты с маркером CD4 называют клетками-помощниками (helpers), так как они мобилизуют иммунную систему, посылая сигналы другим клеткам иммунной системы, в т.ч., CD8-лимфоцитам.

Т-лимфоциты с маркером CD8, в свою очередь, называют клетками-убийцами (killers), так как они распознают и убивают раковые клетки и клетки, заражённые вирусами.

Глава 1.2.2

Вирус иммунодефицита человека и его свойства

Вирус иммунодефицита человека (далее – ВИЧ) является РНК¹⁰ - содержащим вирусом и, в соответствии с современной классификацией, относится к семейству **ретровирусов** и подсемейству лентивирусов.

¹⁰Рибонуклеиновая кислота (РНК) и Дезоксирибонуклеиновая кислота (ДНК) - основные макромолекулы, которые содержатся во всех живых клетках; участвуют в синтезе белка и других процессах, обеспечивающих жизнедеятельность организмов.



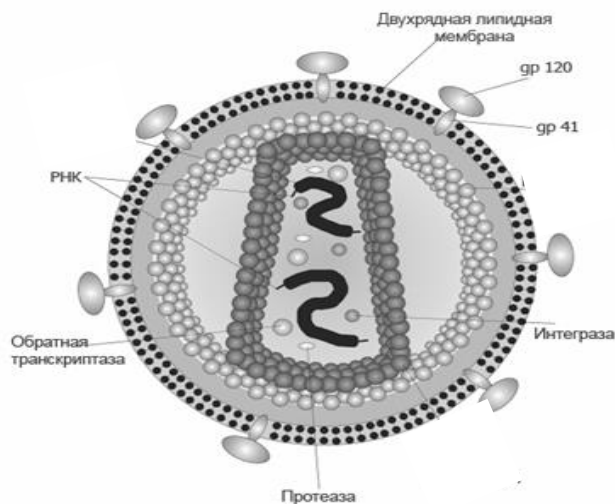
Ретровирусы получили свое название от латинского слова retro (обратно).

В отличие от всех других живых организмов, благодаря наличию особого фермента - обратной транскриптазы, ретровирусы способны осуществлять так называемую обратную транскрипцию - синтез временной провирусной ДНК на матрице собственной РНК, что позволяет им встраиваться в ДНК клетки хозяина.

Лентивирусы вызывают хронические инфекции, характеризующиеся длительным скрытым (латентным) периодом, постоянным процессом воспроизводства вируса и поражением центральной нервной системы. К возбудителям типичных лентивирусных инфекций относится вирус висны, вызывающий заболевание у овец, вирус иммунодефицита кошек, вирус иммунодефицита обезьян и некоторые другие.

ВИЧ состоит из ядра цилиндрической формы, содержащего две цепочки РНК и необходимые для репликации вируса ферменты - **обратную транскриптазу, интегразу и протеазу** (см. рисунок ниже).

Ядро окружено сферообразной оболочкой, диаметр которой составляет около 100 нм¹¹. В наружную оболочку вируса встроены гликопротеиды gp 120¹² и gp 41, образующие своеобразные «грибочки» на поверхности вируса. Поверхностные гликопротеиды gp120 и gp41 имеют слабую связь с оболочкой и могут спонтанно отсоединяться от вируса. Обнаружение антител к этим гликопротеидам в сыворотке крови и лимфоидной ткани имеет диагностическое значение.



Типы ВИЧ

Выделяют два типа вируса - ВИЧ-1 и ВИЧ-2, которые отличаются друг от друга строением генома и некоторыми другими характеристиками. Оба типа вируса имеют одинаковые пути передачи и сопровождаются теми же оппортунистическими заболеваниями, но ВИЧ-2 прогрессирует значительно медленнее. Большая часть случаев ВИЧ-2 зафиксирована в странах Западной Африки. В настоящее время в мире более распространен тип ВИЧ-1.

Среди типа ВИЧ-1 различают несколько субтипов, обозначаемых буквами английского алфавита. В России и некоторых других странах в основном регистрируется ВИЧ, -1 подтип А.

¹¹ Нм - нанометр (10^{-6} м).

¹² 120 и 41 являются молекулярным весом указанных гликопротеидов.



С помощью электронной микроскопии выявлено, что ВИЧ-1 и ВИЧ-2 имеют сходную структуру. В то же время у них есть и отличия - по молекулярной массе белков и некоторым дополнительным генам. ВИЧ-2 ближе к вирусу иммунодефицита обезьян, чем к ВИЧ-1. Существует предположение, что у людей инфекция, вызванная ВИЧ-2, появилась в результате заражения от обезьян.

Репликация как ВИЧ-1, так и ВИЧ-2 происходит в лимфоцитах CD4; оба вируса вызывают СПИД, хотя у инфицированных ВИЧ-2 он обычно протекает легче.

Устойчивость ВИЧ к внешним воздействиям

Вирус иммунодефицита человека отличается крайней неустойчивостью во внешней среде, то есть вне организма человека очень быстро теряет жизнеспособность и гибнет. ВИЧ может жить исключительно в биологических жидкостях человека. Он не сохраняется ни в сухой крови, ни в высохших сперме, влагалищном секрете или грудном молоке.

ВИЧ быстро погибает при нагревании, обработке любым дезинфицирующим средством, в том числе 70% спиртом, перекисью водорода, йодом, хлорсодержащими или азотсодержащими веществами в обычных концентрациях.

Однако ВИЧ может достаточно долго (до 4-х месяцев) сохранять свою жизнеспособность при низких температурах (например, в замороженной плазме крови). Также зафиксированы случаи сохранения жизнеспособности ВИЧ более трёх недель в условиях нахождения его в капле крови, оставшихся внутри шприца или полый иглы.

Клетки-мишени для ВИЧ

Наиболее подвержены поражению ВИЧ клетки человека, имеющие на поверхности белковые молекулы, называемые **рецепторами или маркерами, которые обозначаются как CD4**. Такой маркер имеют различные клетки организма человека, но наибольшая популяция клеток с рецептором CD4 представлена клетками, участвующими в обеспечении иммунитета - **T-лимфоцитами, моноцитами и макрофагами**. Клетки центральной нервной системы также имеют на своей поверхности маркер CD4, что позволяет ВИЧ оказывать на центральную нервную систему, в том числе и прямое цитопатическое¹³ действие.

Воздействие ВИЧ на иммунную систему человека

ВИЧ получил своё название («вирус иммунодефицита») в связи с тем, что его жизнедеятельность приводит, прежде всего, к ослаблению иммунной системы человека. Главной причиной иммунодефицита, наблюдаемого при ВИЧ-инфекции, является снижение количества клеток крови - CD4 лимфоцитов¹⁴. CD4-лимфоциты отвечают за

¹³Цитопатическое воздействие - повреждение клетки, которое может привести к полной ее гибели.

¹⁴Снижение числа CD4 лимфоцитов происходит как вследствие разрушительного действия ВИЧ на CD4 клетки, так и в силу аутоиммунных реакций - клетки иммунной системы распознают инфицированные ВИЧ клетки как чужеродные и уничтожают их.

иммунные реакции, в результате которых активируются другие клетки иммунной системы. Таким образом, поражая CD4 лимфоциты, ВИЧ наносит удар по, образно говоря, «генеральному штабу» иммунитета, тем самым дезорганизуя иммунный ответ в целом, что приводит к неспособности организма противостоять возбудителям различных вирусных, бактериальных, грибковых, протозойных и других инфекций и, как следствие, к гибели человека. Поражение ВИЧ CD4-клеток центральной нервной системы может привести к развитию энцефалопатий (слабоумия), а у детей - к задержке психического и физического развития.



ВИЧ - возбудитель, с которым организму особенно трудно бороться. Это связано с тем, что вирус использует для собственного воспроизводства те же клетки, которые использует организм для борьбы с ним. Возникает некий порочный круг, когда организм, пытаясь восстановить иммунитет, сам невольно способствует увеличению популяции ВИЧ: вирус ускоряет гибель CD4 лимфоцитов, организм в ответ пытается восстановить необходимое число CD4 лимфоцитов, которые, свою очередь, становятся новыми мишенями для ВИЧ, и т.д.

Жизненный цикл ВИЧ

Характерными особенностями ВИЧ являются **уникальное строение генома и наличие ферментов обратной транскриптазы, интегразы и протеазы**, которые помогают частицам вируса проникать в CD4-клетки человека (прежде всего, иммунные) и размножаться там.



ВИЧ, как и любой другой вирус, не может размножаться вне клеток человеческого организма. Клетки, заражённые ВИЧ, будут иметь меньшую продолжительность жизни в связи с тем, что ВИЧ использует их как «машины» для производства множества своих новых копий. Ежедневно в организме инфицированного ВИЧ человека может образовываться до 10 млн. новых вирусов.

Жизненный цикл ВИЧ условно может быть разделён на несколько фаз:

- **Фаза проникновения ВИЧ в клетку.** Белки, находящиеся на внешней оболочке ВИЧ (gp120 и gp41) соединяются с рецепторами CD4 клетки человека¹⁵. Это приводит к слиянию мембраны ВИЧ с мембраной клетки CD4, в результате чего ядро ВИЧ, содержащее РНК и ферменты вируса, проникает в клетку CD4, оставляя свою оболочку и белки gp120 и gp41 снаружи клетки¹⁶.
- **Фаза обратной транскрипции.** После проникновения в цитоплазму клетки человека, ВИЧ с помощью фермента обратной транскриптазы, **на матрице**

¹⁵ Клетки человека, которые ВИЧ использует для своего размножения, называют также клеткой-хозяином.

¹⁶ Образно это процесс можно представить так: белки оболочки ВИЧ gp120 и gp41 являются своеобразным «ключом», который подходит только к определенным «замкам», а именно - к рецепторам CD4 клетки человека. ВИЧ, проникая в клетку, оставляет свою «верхнюю одежду за дверью» (т.е., оставляет свою наружную оболочку и оболочечные белки вне клетки человека).

собственной РНК синтезирует временную провирусную ДНК. Этот процесс называется **обратной транскрипцией**.

- **Фаза интеграции.** С помощью фермента **интегразы** провирусная ДНК проникает в ядро клетки человека и встраивается в его ДНК. С этого момента клетка-хозяин превращается в «машину» для производства новых вирусных частиц.



Проникнув в клетку и образовав провирусную ДНК, часть вирусов иммунодефицита человека до поры до времени (иногда годами и десятилетиями) могут оставаться в латентном («спящем») состоянии, создавая своеобразный резерв ВИЧ в организме человека.

При попадании в организм инфицированного ВИЧ человека возбудителей каких-либо инфекций наступает резкая активация иммунных процессов, которая, в свою очередь, приводит к активации процесса репликации ВИЧ, сопровождающейся бурным синтезом новых вирусных частиц и массовой гибелью CD4-лимфоцитов.

Таким образом, каждое напряжение иммунитета в связи с возникновением любого инфекционного заболевания у человека, живущего с ВИЧ, приводит к увеличению концентрации ВИЧ в его крови.

- **Фаза транскрипции и трансляции.** Встроенная в ДНК клетки-хозяина провирусная ДНК ВИЧ сначала синтезирует своеобразное «лекало» для будущих вирусных частиц - так называемую информационную РНК (процесс носит название **транскрипции**), которая, в свою очередь, начинает инициировать синтез РНК ВИЧ и белков ВИЧ в виде длинных белковых цепочек (процесс носит название **трансляции**), из которых впоследствии и будут образованы новые вирусные частицы.
- **Фаза сборки новых вирусов и выхода из клетки-хозяина.** Для сборки вновь образованных вирусных частиц и завершения процесса формирования новой копии вируса, ВИЧ использует собственный фермент **протеазу**, который расщепляет («нарезает») белковые цепочки и делает их функционально зрелыми. Во время выхода из клетки-хозяина для формирования новых вирусных частиц используются также фрагменты оболочки клетки человека. Таким образом, после завершения процесса репликации из клетки-хозяина выходит зрелый вирус, имеющий наружную оболочку, оболочечные белки и ядро, содержащее две цепочки РНК ВИЧ и набор ферментов. Такой вирус полностью готов атаковать следующую клетку-мишень и опять пройти полный цикл репликации.

Репликация ВИЧ характеризуется высокой частотой **спонтанных мутаций**¹⁷. В среднем при обратной транскрипции происходит от 1-й до 10-ти ошибок на один цикл

¹⁷Мутации - изменения в структуре. Спонтанными называют естественные мутации вируса в процессе своего размножения.

репликации. Кроме того, для ВИЧ характерна высокая скорость репликации и, соответственно, большой оборот вирусных частиц: в среднем за сутки образуется и разрушается более 1 млрд. вирусных частиц.

Из-за высокой скорости репликации вируса и большой частоты мутаций у одного и того же ВИЧ - положительного человека накапливается множество различных вариантов копий вируса.

В ходе естественного отбора **в организме инфицированного человека преимущественно сохраняются те копии ВИЧ, которые приобрели в результате мутаций устойчивость к антиретровирусным препаратам и факторам иммунной защиты**, таким как нейтрализующие антитела и CD8-лимфоциты.



ВИЧ обладает высочайшей рекордной изменчивостью, превышающей мутационную активность «короля изменчивости» - вируса гриппа - в один миллион раз.

Таким образом, из 10-ти новых копий ВИЧ, по крайней мере, одна будет иметь отличия от других, что позволяет вирусу достаточно легко адаптироваться к изменяющимся (например, под воздействием лекарственных препаратов) внешним условиям.

Глава 1.2.3

Иммунный статус и вирусная нагрузка

Одними из важных лабораторных показателей, позволяющими оценить состояние здоровья человека, инфицированного ВИЧ, являются:

- иммунный статус (демонстрирует состояние иммунитета);
- вирусная нагрузка (демонстрирует концентрацию РНК ВИЧ в сыворотке крови).

Иммунный статус

О влиянии ВИЧ на иммунную систему судят по числу CD4-лимфоцитов в 1 мкл¹⁸ крови, что и является основным показателем оценки иммунного статуса. В норме это число, как правило, составляет у взрослого человека от 500 до 1200 кл/мкл (или 0,5-1,2 млрд/л).

У взрослых людей, инфицированных ВИЧ и находящихся в скрытой (латентной) стадии заболевания, уровень CD4 лимфоцитов обычно превышает или почти составляет 500 кл/мкл, т.е. находится в пределах нормы.

¹⁸В соответствии с принятой в России метрической системой СИ количество иммунных клеток измеряется в миллиардах на литр - млрд/л, или в микролитрах (мкл). 1 мкл=10⁻⁹л.



Оценка уровня CD4-лимфоцитов у детей до 6-ти лет имеет свои особенности. Для детей первого года жизни нормальным считается уровень CD4-лимфоцитов более 1500 кл/мкл. Количество CD4-лимфоцитов у маленьких детей изменяется с возрастом и становится равным числу CD4 клеток у взрослых обычно к 6-ти годам жизни. В связи с этим оценку иммунного статуса у детей до 6-ти лет часто проводят в процентном выражении (доля лимфоцитов с маркером CD4 в общей популяции Т-лимфоцитов). Считается, что иммунодефицит у ребенка отсутствует, если число CD4 лимфоцитов составляет 25 и более процентов. Умеренный иммунодефицит у детей проявляется при числе CD4 клеток, составляющих от 15% до 24%. Снижение популяции CD4 лимфоцитов у маленького ребенка ниже 15% говорит о тяжёлом иммунодефиците.

Вскоре после инфицирования количество CD4-лимфоцитов обычно резко падает. По мере того, как иммунная система начинает сопротивляться, количество CD4 клеток снова повышается, хотя и не до исходного уровня. Этот уровень называют **контрольной точкой CD4-лимфоцитов**, которая, как правило, стабилизируется на протяжении 3 - 6 месяцев после инфицирования. В отдельных случаях этот процесс требует гораздо больше времени.

В дальнейшем, с течением времени (как правило, на это уходит несколько лет), количество CD4-клеток постепенно снижается. Средний ежегодный уровень падения количества CD4-клеток составляет около 50 кл/мкл. У каждого отдельного человека эта скорость индивидуальна и может быть выше или ниже.

Иммунная система большинства людей может достаточно успешно контролировать количество ВИЧ, не требуя назначения антиретровирусного лечения на протяжении многих лет.



Снижение числа CD4-лимфоцитов до 350 кл/мкл является лабораторным критерием для назначения антиретровирусного лечения. Снижение иммунного статуса до 200 кл/мкл и ниже создаёт высокую опасность развития оппортунистических заболеваний, угрожающих жизни, и требует незамедлительного начала антиретровирусной терапии. Оценка динамики уровня CD4-лимфоцитов в процессе лечения может быть критерием оценки его эффективности.

Вирусная нагрузка

Для оценки количества вирусов в организме человека определяется число копий РНК ВИЧ в 1 мл сыворотки крови, что и называется **вирусной нагрузкой**.

Прогностически благоприятным считается так называемая **неопределяемая вирусная нагрузка**¹⁹ (менее 50 копий РНК ВИЧ в 1 мл).

¹⁹Неопределяемая вирусная нагрузка означает, что РНК ВИЧ в крови не улавливаются тест-системами, т.к. концентрация их довольно мала. Но это не означает, что организм избавился от ВИЧ и человек выздоровел.



Значимым изменением вирусной нагрузки считается разница показателей концентрации РНК ВИЧ по сравнению с предыдущим уровнем в три и более раз.

В настоящее время анализ вирусной нагрузки применяется в основном в качестве быстрого и удобного метода контроля эффективности антиретровирусной терапии. При эффективной антиретровирусной терапии снижение в 5-10 раз концентрации РНК ВИЧ наступает уже через 4-8 недель лечения и становится неопределяемой к 12-16-ой неделе лечения.

Для принятия решения о назначении антиретровирусной терапии ориентируются, прежде всего, на число CD-4 лимфоцитов и динамику возрастания вирусной нагрузки.

Показатель вирусной нагрузки и уровень клеток CD-4 тесно взаимосвязаны, хотя каждый в отдельности описывает абсолютно разные явления.

Через несколько недель после инфицирования уровень РНК ВИЧ в крови резко возрастает, а количество CD-4-клеток падает. Но, по мере того, как иммунная система начинает сопротивляться инфекции, вирусная нагрузка снижается, а уровень CD4-лимфоцитов снова возрастает.



Между изменениями вирусной нагрузки и количества CD4-лимфоцитов есть периоды не столь строгой зависимости.

Например, после начала антиретровирусной терапии вирусная нагрузка очень быстро падает, но может пройти несколько месяцев перед тем, как показатели CD4-лимфоцитов начнут увеличиваться.

Другой пример: иногда, при неэффективности лечения, вирусная нагрузка возрастает, но и показатели CD4-лимфоцитов некоторое время также могут возрастать, несмотря на то, что обычно при возрастании уровня вирусной нагрузки количество клеток CD4 падает.

Раздел 1. 3

ВИЧ-инфекция: общие сведения

Глава 1.3.1.

ВИЧ-инфекция и СПИД

ВИЧ является возбудителем инфекционного заболевания, которое, в соответствии с Международной Классификацией Болезней²⁰ (МКБ), называется «**ВИЧ-инфекция**».

Сегодня ВИЧ-инфекцию характеризуют как **управляемое медленно текущее хроническое инфекционное заболевание с летальным исходом**²¹

ВИЧ-инфекция - хроническое заболевание, излечить которое пока не удаётся, поэтому люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ), нуждаются в постоянной медицинской и паллиативной помощи на протяжении всей жизни.



ВИЧ-инфекция является типичным антропонозом, т.е. заболеванием, присущим только человеку, и передающимся только от человека человеку. Никакие животные или насекомые в процессе распространения ВИЧ не участвуют и не включены в механизм жизненного цикла ВИЧ.

ВИЧ-инфекция в своём развитии проходит **несколько стадий**. Поздние стадии ВИЧ-инфекции характеризуются проявлениями **синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИДа)**.

СПИД - это состояние выраженного иммунодефицита, которое характеризуется значительным снижением у ВИЧ - положительного человека числа иммунных клеток CD4 (до 200 кл/мкл и ниже) и появлением, как минимум, одного из оппортунистических²² заболеваний и/или состояний, определенных экспертами WHO²³ и CDC²⁴, как заболевания, индикаторные для синдрома приобретенного иммунодефицита. К ним относятся, например, грибковые, вирусные и иные инфекции лёгких, мозга, глаз и других органов, туберкулёз, существенная потеря веса, диарея, один из видов раковой опухоли - саркома Капоши, и некоторые другие.

²⁰Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) - документ, используемый как ведущая статистическая и классификационная основа в здравоохранении. Периодически (раз в десять лет) пересматривается под руководством ВОЗ. МКБ является нормативным документом, обеспечивающим единство методических подходов и международную сопоставимость материалов. В настоящее время действует Международная классификация болезней Десятого пересмотра (МКБ-10, ICD-10).

²¹Летальный исход в данном контексте указывает лишь на то, что на современном этапе не существует методов полного излечения ВИЧ-инфекции, т.е., освобождения организма от ВИЧ. Однако, применяя современные методы терапии, многие ВИЧ-инфицированные люди сегодня имеют реальную возможность прожить неопределённо долгую жизнь с сохранением её качества.

²²Группа инфекционных заболеваний, возникающих вследствие значительного снижения иммунитета. Лица с сохранным иммунитетом не подвержены оппортунистическим инфекциям.

²³WHO (World Health Organization) - Всемирная Организация Здравоохранения или ВОЗ.

²⁴CDC (Centers of Diseases Control) - Центры по контролю за заболеваниями.

Разница понятий «ВИЧ-инфекция» и «СПИД»

Необходимо различать понятия «ВИЧ-инфекция» и «СПИД», которые часто смешиваются и принимаются за одно и то же. Однако, это не так.

ВИЧ-инфекцией называется заболевание от момента инфицирования и до момента завершения жизни человека. Но это не означает, что у человека сразу же развивается СПИД. В течении ВИЧ-инфекции выделяют довольно длительный бессимптомный период, когда иммунная система ещё в состоянии обеспечивать организму достаточную защиту, и это состояние нельзя считать СПИДом, т.к. нет явных проявлений иммунодефицита. В этот период человек ощущает себя вполне здоровым, хотя и имеет диагноз «ВИЧ-инфекция».

При значительном подавлении ВИЧ иммунной системы развиваются различные инфекционные и/ или онкологические заболевания и болезненные состояния, которые говорят о том, что наступил выраженный иммунодефицит, т.е. СПИД. В этот период человек чувствует себя больным. Т

Таким образом, СПИД, являясь искусственным медицинским термином, описывает своего рода состояние клинической манифестации ВИЧ-инфекции.



Не совсем верным является и утверждение, что СПИД - это конечная стадия ВИЧ-инфекции. Синдром приобретенного иммунодефицита может проявляться как в конечной стадии, так и на более ранних стадиях ВИЧ-инфекции. Конечная стадия характеризуется невозможностью ремиссии и улучшения состояния больного. Это стадия умирания.

В то же время, ряд заболеваний, отнесённых к СПИД - индикаторным, могут появляться на более ранних стадиях ВИЧ-инфекции и иметь при своевременно начатом лечении не столь плохой прогноз (например, туберкулёз легких, возвратные пневмонии). Таким образом, определение стадии СПИДа не всегда равнозначно терминальной стадии, и не всегда означает для ВИЧ - положительного человека наступление скорого летального исхода.

Глава 1.3.2

Эпидемиология ВИЧ-инфекции

Восприимчивы к ВИЧ и болеют ВИЧ-инфекцией только люди. Источником инфекции является заражённый ВИЧ человек - с момента инфицирования и до наступления летального исхода.

Разные периоды заболевания характеризуются разной степенью эпидемиологической опасности. Имеются сведения, что контагиозность (заразность) ВИЧ - положительных людей возрастает в периоды, когда в их крови содержится наибольшее количество вируса (т.е., отмечается высокая вирусная нагрузка). Такое состояние возникает вскоре после инфицирования (в так называемом периоде «окна» - см. далее главу 2.2., раздел «Лабораторные методы диагностики ВИЧ-инфекции»), а также в разные периоды на протяжении заболевания (как правило, в связи с острыми

инфекционными заболеваниями различной этиологии²⁵) и на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.



Большое эпидемиологическое значение имеет тот факт, что на начальных стадиях заболевания (в том числе в «период окна») у всех инфицированных отмечается очень высокая вирусная нагрузка. При отсутствии каких-либо проявлений ВИЧ-инфекции, когда человек ещё и не подозревает о своем заболевании, чувствует себя хорошо и сексуально активен, он, как источник инфекции, может представлять собой реальную и серьёзную эпидемическую угрозу в плане распространения ВИЧ.

Риск передачи ВИЧ-инфекции зависит от количества вирусов, содержащихся в той биологической жидкости организма ВИЧ - положительного человека, с которой контактирует здоровый человек. Их концентрация неодинакова в разные периоды развития ВИЧ-инфекции и в разных биологических жидкостях организма.

К биологическим жидкостям, имеющим эпидемиологическое значение в распространении ВИЧ, и в которых вирус содержится в максимальной концентрации (т.е., концентрации, достаточной для заражения), относятся:

- **кровь и её производные;**
- **сперма и предэякулят;**
- **выделения женских половых органов (вагинальный и цервикальный секреты);**
- **грудное молоко.**

К биологическим жидкостям, содержащим низкую концентрацию вируса и не представляющим опасности в плане заражения ВИЧ-инфекцией, относятся моча, слезы, слюна, мокрота, пот, носовая слизь и др.

Пути передачи ВИЧ-инфекции

Пути передачи ВИЧ-инфекции сегодня достоверно изучены и чётко определены.

ВИЧ-инфекция передается только следующими путями:

- **Половым путём** (при гомо- и гетеросексуальных контактах). Половой путь заражения реализуется во время любого незащищенного (без использования презерватива) полового контакта при любых видах сексуальных практик (анальный, вагинальный, оральный секс).
- **Парентеральным путём** («кровь в кровь») при использовании нестерильных инструментов, при пользовании общими иглами и шприцами, использовании инъекционных растворов, содержащих кровь инфицированного ВИЧ человека и т.д. В настоящее время наиболее активно парентеральный путь передачи ВИЧ реализуется среди потребителей инъекционных наркотиков.

²⁵Этиология - наука о причинах заболеваний. Причинами инфекционных заболеваний являются различные инфекционные агенты (возбудители) - вирусы, бактерии, грибки, простейшие и т.д.

- **От матери ребенку** (во время беременности, родов и кормления младенца грудным молоком).



Большинство случаев заражения (около 90%) приходится всего на две ситуации: инфицирование происходит либо при половых контактах без использования презерватива, либо при употреблении инъекционных наркотиков.

Половой путь заражения ВИЧ-инфекцией сегодня является весьма актуальным - практически половина новых случаев заражения ВИЧ происходит именно половым путем.

Степень риска заражения при незащищённом (без использования презерватива) половом контакте с ВИЧ-инфицированным партнёром зависит от целого ряда факторов, например:

- количества половых актов и длительности периода интимных отношений;
- вида сексуального контакта (анальный, вагинальный, оральный);
- стадии заболевания инфицированного партнёра (его вирусной нагрузки);
- состояния здоровья неинфицированного партнёра (в частности, наличия или отсутствия заболеваний, передающихся половым путем).



Существует более высокая вероятность передачи ВИЧ от мужчины к женщине, обусловленная тем, что:

- * *семенная жидкость по объёму и дозе возбудителя в ней превышает объём и дозу возбудителя в выделениях из женских половых путей;*
- * *заражённый субстрат - сперма - остается во влагалище женщины, тем самым приводя к более длительному контакту с инфицированной биологической жидкостью;*
- * *слизистая оболочка шейки матки и влагалища более проницаема для ВИЧ, чем кожа полового члена.*

Риск инфицирования у женщин увеличивается в период менструации, при увеличении числа половых партнёров, при наличии сопутствующих воспалительных заболеваний половой системы. Эта взаимосвязь отмечается как при вагинальном сексе, который является наиболее физиологичным и распространённым, так и при оральном и анальном видах секса.

Анальный секс более травматичен, чем вагинальный, так как прямая кишка анатомически и физиологически не приспособлена для половых сношений, поэтому при этом виде полового контакта повреждение эпителия прямой кишки более вероятно, и инфицирование происходит чаще, чем при вагинальном сексуальном контакте. Эта особенность, сочетающаяся со сравнительно большим количеством половых партнёров у мужчин, практикующих секс с мужчинами, объясняет более высокую скорость распространения ВИЧ среди этой целевой группы.

Риск инфицирования при оральном сексе значительно ниже (есть предположение, что слюна губительно действует на вирус), чем при генитальном (вагинальном) или анальном контакте, но возможность передачи ВИЧ при этом виде сексуального контакта не исключается.

Парентеральный путь передачи ВИЧ-инфекции возможен:

- при проведении различных процедур медицинского и немедицинского характера (в подавляющем большинстве случаев - при инъекционном употреблении наркотиков, редко - при использовании нестерильного инструментария при пирсинге, нанесении татуировок, прокалывании ушей и т.п.), связанных с риском попадания инфицированной крови в организм неинфицированного ВИЧ человека;
- при переливании инфицированной ВИЧ цельной крови или её препаратов (тромбо- и эритроцитарной массы²⁶, свежей и замороженной плазмы и др.);
- при трансплантации органов, тканей и искусственном оплодотворении от инфицированного ВИЧ человека.

Передача ВИЧ от матери ребенку является основной причиной ВИЧ-инфекции у детей младшего возраста.

По данным Европейского центра мониторинга за СПИДом Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), каждый третий ребенок, инфицированный ВИЧ в странах Европы, был инфицирован этим путем.

Передача ВИЧ от инфицированной матери ребенку может происходить:

- ***во внутриутробном периоде*** - гематогенным путём через плаценту;
- ***во время родов*** – при прохождении плода через инфицированные родовые пути;
- ***после родов*** – при грудном вскармливании.

Риск передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку зависит от ряда факторов, например:

- времени инфицирования ВИЧ и продолжительности заболевания матери ВИЧ-инфекцией;
- иммунного статуса и общего состояния здоровья матери;
- вирусной нагрузки у матери;
- наличия различных инфекционных заболеваний у матери.

ВИЧ-инфекция не передается:

- воздушно-капельным путём (при разговоре, кашле, чихании и т.п.);
- фекально-оральным путём (через продукты питания, воду и т.д.);
- трансмиссивным путем (при укусах насекомых);
- контактно-бытовым путем (при общении, через предметы быта и т.п.).

²⁶ Имеются в виду клетки крови – тромбоциты и эритроциты.

Условия, необходимые для инфицирования ВИЧ

Для передачи ВИЧ с последующим развитием ВИЧ-инфекции необходимо не только наличие источника инфекции (ВИЧ-инфицированного человека) и восприимчивого субъекта (неинфицированного ВИЧ человека), но и возникновение **особых условий**, обеспечивающих эту передачу:

- с одной стороны, должно произойти выделение ВИЧ из инфицированного организма в количестве, достаточном для заражения другого человека (в естественных ситуациях выделение ВИЧ из инфицированного организма происходит ограниченными путями: со спермой, выделениями половых путей, с грудным молоком, а в патологических условиях - с кровью);
- с другой стороны, необходимо попадание возбудителя **во внутренние среды** организма неинфицированного человека.

Совпадение обоих условий чаще всего происходит при половых контактах, сопровождающихся микро и макротравмами и **механическим втиранием инфекционного материала**, либо при парентеральных (инвазивных) процедурах (чаще - немедицинского характера), когда возможно прямое попадание инфицированной крови инфицированного ВИЧ человека в кровеносное русло другого человека.

Глава 1.3.3

Риск и уязвимость

Известно, что некоторые люди подвержены более высокому риску инфицирования ВИЧ. Например, лица, имеющие половые контакты с инфицированными людьми, множественные половые контакты с разными людьми без использования презерватива, потребители инъекционных наркотиков, медицинские сотрудники, имеющие контакт с инфицированной кровью и др.

Традиционно к группам риска относят потребителей инъекционных наркотиков, женщин, вовлечённых в секс - бизнес, мужчин, практикующих секс с мужчинами.

Но в настоящее время считается более правильным в связи с ВИЧ-инфекцией говорить не о «группах риска», а о **рискованном поведении** (которое может практиковать любой человек, вне зависимости от его принадлежности к какой-либо социальной или иной группе) и об **уязвимости**, которые и приводят, в большинстве своем, к заболеванию ВИЧ-инфекцией.

Риск – условия, приводящие к инфицированию. Понятие риска универсальное: инфицироваться может любой человек, которого обстоятельства ставят в определенные условия контакта с вирусом. В принципе, вирусу «безразлично», к какой социальной группе относится человек.

Уязвимость - относительное понятие, которое соотносится с индивидуальными способностями и возможностями человека (физическими, интеллектуальными, социальными, культурными, экономическими, информационными и т.д.) адекватно реагировать на возникающие риски.

Уязвимость зависит от того, насколько человек в силах контролировать обстоятельства своей жизни и может (или не может) в полной мере защититься от ВИЧ-инфекции и её последствий.

Уязвимость создается целым рядом экономических, историко-культурных, религиозных, социальных и иных условий жизни человека. На степень уязвимости влияют бедность, бесправие, дискриминация, возраст, враждебное отношение общества, традиции, отсутствие доступа к информации, а также к медицинской, социальной, психологической помощи, и другие факторы, которые формируют и определяют модель поведения человека в ситуациях возможного заражения ВИЧ.

Рост числа случаев ВИЧ-инфекции среди какой-либо части населения говорит о высокой уязвимости этой группы людей и требует принятия мер по их защите и поддержке.

Глава 1.3.4

Профилактика ВИЧ-инфекции

Вся работа по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции в обществе, согласно рекомендации ВОЗ, включает **три уровня профилактики: первичный, вторичный и третичный.**

Первичный уровень включает мероприятия, которые проводятся среди здорового (не инфицированного ВИЧ) населения:

- Систему мер предупреждения возникновения и воздействия общих факторов риска развития инфекционных и иных заболеваний (рациональный режим труда и отдыха, рациональное качественное питание, физическая активность, оздоровление окружающей среды и др.).
- Систему мер, направленных на специфические причинные факторы, способствующие повышению риска заболевания ВИЧ-инфекцией, и, как правило, целиком связанные с практикуемой человеком моделью поведения (так называемые, поведенческие риски). Данная система профилактических мер должна способствовать формированию безопасной модели поведения индивида и включать в себя такие обязательные элементы, как пропаганда нравственных ценностей и здорового социального поведения, в том числе профилактику употребления инъекционных наркотиков, профилактику ранних и множественных половых связей, пропаганду безопасного (в т.ч. защищённого) секса и т.п.

В настоящее время **вакцины от ВИЧ-инфекции не существует**, и, соответственно, первичные профилактические мероприятия приобретают особое значение в предупреждении распространения ВИЧ.

Первичные профилактические мероприятия, в сущности, очень просты. Для того чтобы не допустить инфицирования ВИЧ, необходимо:

- не употреблять инъекционные наркотики;

- всегда использовать только стерильные (желательно одноразовые) медицинские инструменты для инъекций и других инвазивных манипуляций;
- иметь одного верного сексуального партнёра и сохранять ему верность;
- избегать половых контактов со многими партнёрами, особенно с людьми, употребляющими наркотики, занимающимися коммерческим сексом;
- практиковать только защищённый секс (с использованием презерватива) при любых сексуальных контактах и с любым партнёром.



В распространении ВИЧ-инфекции решающую роль играет именно модель поведения человека (насколько рискованный в плане инфицирования ВИЧ образ жизни ведет человек).

Употребление инъекционных наркотиков, ранние и/или множественные половые связи, незащищенные (без использования презерватива) сексуальные контакты способствуют распространению не только ВИЧ, но и других инфекций (вирусных гепатитов В и С, различных инфекций, передаваемых половым путем) среди людей любого возраста, образования, социального положения, вероисповедания, профессии и т.д.

Вторичный уровень включает мероприятия, которые проводятся среди групп, практикующих высоко рискованное в плане заражения ВИЧ проведение (потребителей инъекционных наркотиков, лиц, предлагающих секс - услуги, и т.п.), а также среди лиц, которые либо уже инфицированы ВИЧ, либо имеют, в силу своего поведения, высокую вероятность инфицирования:

- комплекс мероприятий по устранению выраженных факторов риска, способствующих передаче ВИЧ неинфицированному населению (повышение уровня знаний по профилактике ВИЧ среди лиц с высоким поведенческим риском, обеспечение доступа этим лицам к стерильному инъекционному оборудованию, презервативам и т.д.);
- комплекс мероприятий по предупреждению или раннему выявлению вторичных заболеваний и/или оппортунистических инфекций, которые при определенных условиях (снижение иммунного статуса, перенапряжение, адаптационный срыв) могут привести к значительному ухудшению состояния здоровья и повышению вирусной нагрузки²⁷.

Третичный уровень включает мероприятия, которые проводятся среди инфицированных ВИЧ людей, и представляют собой комплекс мер по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности.

Третичная профилактика имеет целью **социальную** (формирование уверенности в собственной социальной пригодности), **трудовую** (возможность восстановления трудовых навыков), **психологическую** (восстановление поведенческой активности личности) и **медицинскую** (восстановление функций органов и систем) **реабилитацию**.

²⁷Повешение вирусной нагрузки в данном случае означает и повышение уровня «заразности» ВИЧ - положительного человека.



Наиболее эффективными методами вторичной профилактики являются различные профилактические программы среди потребителей инъекционных наркотиков и лиц, предлагающих секс - услуги, предусматривающие информационную и психологическую поддержку, а также обеспечение доступа к медицинской (в т.ч., наркологической), социальной, юридической помощи. Подобные программы способствуют привлечению групп высокого поведенческого риска к диспансеризации и динамическому наблюдению в учреждениях здравоохранения, что позволяет своевременно проводить среди них как профилактическую, так и лечебную работу.

Глава 1.3.5

Диагностика ВИЧ-инфекции

Диагностика ВИЧ-инфекции включает в себя два последовательных этапа:

- установление состояния инфицированности ВИЧ;
- установление клинического диагноза (определение стадии²⁸, характера течения и прогноза заболевания).

Первый этап имеет эпидемиологическое и правовое значение (в части предотвращения дальнейшего распространения ВИЧ).

Второй этап позволяет назначить ВИЧ - положительному человеку адекватное лечение и предоставить комплекс необходимой помощи и поддержки.

В целом диагностика ВИЧ-инфекции осуществляется путём комплексной оценки:

- **эпидемиологических данных** (имели ли место в прошлом переливание крови, различные хирургические вмешательства, совместное с другими лицами употребление инъекционных наркотиков, сексуальные контакты с ВИЧ-инфицированными партнёрами, множественные и незащищённые половые связи и т.д.);
- результатов лабораторных исследований (обнаружение в специальном анализе крови антител к ВИЧ и его белкам, обнаружение антигенов и генного материала ВИЧ);
- результатов клинического обследования (определение клинических признаков ВИЧ-инфекции, установление стадии заболевания в соответствии с принятой в РФ классификацией, определение оппортунистических инфекций, вторичных и сопутствующих заболеваний).

Лабораторные методы диагностики ВИЧ-инфекции

На основании только лабораторного исследования клинический диагноз «ВИЧ-инфекция» поставлен быть не может.

²⁸Клиническая классификация стадий ВИЧ-инфекции ВОЗ (2006г.) и Российская классификация ВИЧ-инфекции (Покровский В.В., 2001г.) приведены в Приложении 1.

Для вынесения окончательного диагностического заключения необходимо также учитывать данные эпидемиологического анамнеза и результаты клинического обследования.

В настоящее время для лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции используются различные методы:

- выделение и идентификация культуры ВИЧ;
- обнаружение антител к ВИЧ и его белкам;
- обнаружение антигенов и генного материала ВИЧ (РНК и провирусной ДНК ВИЧ).

Выделение и идентификация культуры ВИЧ

Такой метод лабораторной диагностики, как выделение и идентификация культуры ВИЧ, является малодоступным в силу необходимости использования дорогостоящего специального оборудования, специалистов высокой квалификации и длительности получения результатов. Поэтому этот метод используется только в научных целях или в особо сложных диагностических случаях.

Обнаружение антител к ВИЧ и его белкам

Стандартной процедурой лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции во всем мире является **обнаружение антител к ВИЧ** и его белкам.

Антитела к ВИЧ начинают вырабатываться примерно через 12 часов после инфицирования, однако не могут быть сразу обнаружены существующими тест-системами из-за небольшой концентрации.

Необходимая концентрация в крови антител к ВИЧ и его белкам, которую способны обнаружить тест-системы, появляются у инфицированных людей спустя некоторое время после заражения: у 99% - в течение трёх - шести месяцев после инфицирования, и у примерно 1% - в более поздние сроки.

Период времени с момента заражения ВИЧ-инфекцией до момента появления антител к ВИЧ называется **периодом «окна»**.



Период «окна» имеет большое эпидемиологическое значение. Инфицированный ВИЧ и находящийся в периоде «окна» человек, при отсутствии каких-либо жалоб и невозможности постановки лабораторного диагноза, имеет очень высокую вирусную нагрузку и может представлять реальную инфекционную угрозу.

угрозу.

Для обнаружения антител к ВИЧ одна проба крови исследуется методами иммуноферментного анализа (ИФА) и иммунного блоттинга (ИБ).

Метод иммуноферментного анализа направлен на выявление суммарного спектра антител против антигенов ВИЧ.

Положительный результат обследования на ВИЧ методом ИФА является ориентировочным. Такая сыворотка должна быть исследована повторно методом ИФА, а затем методом иммунного блоттинга (ИБ).

Метод иммунного блоттинга направлен на определение антител к отдельным белкам вируса. При проведении реакции иммунного блоттинга белки и гликопротеины ВИЧ методом электрофореза разделяются и наносятся на тест-полоску. При обработке этой полоски сывороткой крови можно увидеть, с какими белками или гликопротеинами ВИЧ происходит реакция, которая обусловлена наличием определенных антител (положительная реакция ИБ).

В случае отсутствия в исследуемой сыворотке крови антител видимой реакции на тест-полосках не происходит (отрицательная реакция ИБ).

Только после проведения лабораторных исследований методами ИФА и ИБ может быть сделан вывод о наличии у человека антител к ВИЧ.

Интерпретация результатов стандартного тестирования на ВИЧ

Результаты, полученные методом иммунного блоттинга, могут интерпретироваться как **положительные, сомнительные (неопределенные) и отрицательные**.

Отрицательными считаются пробы сыворотки, в которых не обнаруживаются антитела ни к одному из антигенов (белков) ВИЧ. В данном случае выдается заключение об отсутствии антител к ВИЧ.

При получении отрицательного теста на ВИЧ (т.е. заключения об отсутствии в пробе крови антител к ВИЧ), необходимо помнить о периоде «окна», т.е. о том, что антитела к ВИЧ могут быть обнаружены не сразу, а в период от трех до шести месяцев от момента инфицирования, а в некоторых случаях этот срок удлиняется до года, и у человека, уже некоторое время (возможно - несколько месяцев) инфицированного ВИЧ, результаты лабораторных исследований могут быть отрицательными.

В случае наличия у человека неблагоприятного эпидемиологического анамнеза (употребление инъекционных наркотиков в прошлом или настоящем, практика незащищённых половых контактов с несколькими партнёрами и т.д.) ему рекомендуется через некоторое время (которое определяет врач) пройти повторное лабораторное обследование на ВИЧ.

Сомнительными (неопределенными) будут считаться пробы, в которых обнаруживаются антитела только к одному гликопротеину ВИЧ и/или каким-либо белкам ВИЧ. В этом случае достоверная интерпретация результата невозможна. Сомнительный результат анализа говорит о том, что человеку необходимо повторное лабораторное исследование методом ИБ. Сроки проведения этого исследования определяет врач, в зависимости от результатов предыдущего ИБ.

Положительными считаются пробы, в которых обнаруживаются антитела сразу к двум или трём гликопротеинам ВИЧ. В данном случае выдается заключение о наличии в исследуемом материале антител к ВИЧ.

Положительный тест на ВИЧ свидетельствует о том, что человек инфицирован ВИЧ, т.е. серопозитивен. Такого человека называют «ВИЧ-положительным» или «ВИЧ-позитивным».



У взрослых и детей старше 18-ти месяцев положительный результат обследования на ВИЧ в реакции иммунного блоттинга является достоверным лабораторным подтверждением диагноза ВИЧ-инфекции.

Обнаружение антигенов и генного материала ВИЧ (РНК и провирусной ДНК)

Существует еще один лабораторный метод - полимеразная цепная реакция (ПЦР), применяемый для:

- определения вирусной нагрузки - количественная ПЦР, которая позволяет подсчитать число копий РНК ВИЧ в 1 мл крови;
- предварительной или ранней диагностики (например, у новорожденных) ВИЧ-инфекции - качественная ПЦР, которая позволяет уловить наличие в крови провирусной ДНК практически на любой стадии заболевания, в том числе, и в периоде «окна».

Экспресс - тесты

В ситуации, когда нужно срочно получить результаты анализа, например, при экстренной операции или при поступлении беременной с неизвестным ВИЧ-статусом на роды, используются экспресс - тест-системы. В дальнейшем положительный результат экспресс - теста должен подтверждаться проведением стандартных исследований на определение антител к ВИЧ.

Глава 1.3.6

Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции у новорожденных детей

Диагностика ВИЧ-инфекции у новорожденных детей имеет свои особенности в связи с тем, что собственная иммунная система ребёнка начинает полноценно функционировать только к 18-му месяцу жизни.

Все дети, рождённые ВИЧ - положительными матерями, имеют в своей крови материнские антитела к ВИЧ²⁹. Таким образом, положительный результат исследования на антитела к ВИЧ методами ИФА и ИБ у ребёнка, рождённого ВИЧ-инфицированной матерью, не может служить подтверждением диагноза ВИЧ-инфекции вплоть до достижения ребенком возраста 18-ти месяцев.

Если ребёнок не инфицирован ВИЧ, со временем (обычно к 12-18-ти месяцам жизни), материнские антитела в его крови исчезают, и результат теста на антитела становится отрицательным.

²⁹С момента рождения и до определения ВИЧ-статуса дети, рождённые ВИЧ-положительными матерями, имеют диагноз «Перинатальный контакт по ВИЧ» и состоят на диспансерном учёте.

Если ребёнок заразился ВИЧ, его организм начинает вырабатывать собственные антитела, и результат теста на антитела к ВИЧ у ребенка старше 18-ти месячного возраста останется положительным.

При использовании молекулярно-биологических методов диагностики (качественного метода определения генного материала ВИЧ - провирусной ДНК - методом ПЦР) ВИЧ-инфекция может быть достоверно установлена у большинства инфицированных новорожденных к возрасту 6-ти месяцев.



Получение двух положительных результатов качественной ПЦР в двух последовательно проведённых исследованиях двух отдельно взятых образцов крови может служить лабораторным подтверждением диагноза ВИЧ-инфекции у ребенка.

Получение двух отрицательных результатов двух последовательных исследований (первое в возрасте не менее 1-го месяца, второе в возрасте не менее 4-х месяцев), сделанных с интервалом не менее 1-го месяца, свидетельствует против диагноза ВИЧ-инфекции у ребенка.

Однако вопрос о снятии с диспансерного учета ребёнка решается только с учётом клинико-эпидемиологических данных и результатов обследования на антитела к ВИЧ стандартными методами ИФА и ИБ.

Диагноз ВИЧ-инфекции у детей может быть выставлен на основании совокупных данных эпидемиологического анамнеза (рождение от ВИЧ-инфицированной матери), клинического осмотра и положительных результатов лабораторного исследования крови (наличие антител к ВИЧ и/или обнаружения ДНК ВИЧ в крови).

Глава 1.3.7

Клинические проявления ВИЧ-инфекции

В первые три месяца после инфицирования ВИЧ у большинства людей развивается острый ретровирусный синдром, который может проявляться лихорадочным состоянием, сопровождающимся повышением температуры, миалгией (болями в мышцах), появлением высыпаний на коже, увеличением лимфатических узлов, диареей, стоматитами, фарингитами, увеличением селезенки, в некоторых случаях - явлениями энцефалита.

Острая лихорадочная фаза ВИЧ-инфекции в большинстве случаев остаётся не диагностированной: её признаки и симптомы не носят специфического характера, и их часто принимают за признаки гриппа, мононуклеоза или других инфекций, а антитела к ВИЧ на этой стадии (период «окна») ещё не определяются.

В этот период на фоне резкого уменьшения числа CD4-лимфоцитов отмечается очень высокая концентрация вируса в крови (1 000 000 кл/мл и более). Через некоторое время болезненные явления проходят, вирусная нагрузка падает, показатели иммунного статуса улучшаются, и благодаря компенсаторным возможностям иммунной системы, человек может чувствовать себя вполне здоровым на протяжении ряда лет после инфицирования.

Однако неверно думать, что в это время в организме инфицированного человека ничего не происходит. Вирус продолжает размножаться, с течением времени защитные возможности иммунной системы истощаются, происходит накопление свободных вирусов в крови (т.е. возрастает вирусная нагрузка) и выраженное уменьшение количества циркулирующих CD4-клеток (снижается иммунитет). Развиваются вторичные заболевания, которые и становятся, в конечном счете, причиной гибели больного ВИЧ-инфекцией.



Клиническое течение ВИЧ-инфекции, а также её проявления отличаются большим разнообразием. Продолжительность отдельных стадий заболеваний у разных людей также различна. Длительность и проявления заболевания зависят от индивидуальных особенностей организма, образа жизни ВИЧ - положительного человека, его режима работы, отдыха и питания, и многих других факторов.

Картина развития заболевания может измениться при правильном и своевременном назначении антиретровирусного лечения. Применение современных схем лечения в настоящее время может существенно продлить жизнь человека, живущего с ВИЧ, и улучшить её качество.

Глава 1.3.8

Особенности течения ВИЧ-инфекции у потребителей инъекционных наркотиков

Медицинские наблюдения показывают, что основные закономерности вирусологических и иммунологических изменений у ВИЧ - положительных лиц с наркозависимостью и у не принимающих наркотики носят одинаковый характер.

Однако сочетание ВИЧ-инфекции с зависимостью от психоактивных веществ обуславливает специфику её клинических проявлений, которую необходимо учитывать при оказании медицинской и психосоциальной помощи таким клиентам/подопечным.

К специфическим особенностям течения ВИЧ-инфекции у потребителей инъекционных наркотиков следует отнести высокий уровень распространённости среди этой категории клиентов/подопечных ко-инфекций и сопутствующих патологических состояний. Так, исследования показывают, что 94 - 97% ВИЧ - положительных потребителей инъекционных наркотиков инфицированы вирусом гепатита С, и значительная часть наркопотребителей имеют в крови также маркеры вируса гепатита В. Сочетание гепатитов В и С ускоряет темпы прогрессирования заболевания и повышает риск развития цирроза и рака печени.

У потребителей инъекционных наркотиков значительно повышается риск гнойных инфекций, вплоть до развития сепсиса. В четыре раза выше риск развития пневмоний, вызванных стрептококком и/или гемофильной палочкой. Очень высоки шансы присоединения на фоне ВИЧ туберкулёза.



По наблюдениям ВОЗ, около 40% всех ВИЧ-положительных ПИН больны туберкулёзом легких. Среди ПИН на фоне ВИЧ-инфекции в 50 раз чаще развиваются формы туберкулёза, устойчивые к противотуберкулёзным препаратам.

У ВИЧ - положительных ПИН отмечается высокая частота различных психических нарушений: глубокая депрессия, суицидальное поведение, тревожно-ипохондрические состояния, различные психопатические реакции, которые нередко принимают затяжной характер и сопровождаются выраженными соматоневрологическими нарушениями, амнестическими расстройствами, глубокой астенией. На поздних стадиях ВИЧ-инфекции нередко случаи развития острых психозов (особенно на фоне употребления плохо очищенных опиоидов или приема их в комбинации с другими наркотиками). Возможно развитие деменции (слабоумия).

На фоне приёма наркотиков у ВИЧ-положительных часто нарушается абстрактное мышление, постепенно утрачивается способность длительное время концентрировать внимание, повышается внушаемость, раздражительность и немотивированная агрессия на фоне снижения критики.

На средних и поздних стадиях ВИЧ-инфекции, сочетающейся с наркологическими заболеваниями, постепенно развивается выраженное и стойкое снижение интеллектуально-когнитивных функций.

Особенностью является так же то, что физическая зависимость от наркотиков у ВИЧ-положительных лиц носит более тяжёлую форму, чем у неинфицированных.

После прекращения употребления наркотиков в течение нескольких недель и даже месяцев могут сохраняться нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта (диарея), сердечно-сосудистой системы (низкое артериальное давление, тахикардия), периферической и центральной нервной системы (в том числе тремор, атаксия, судороги и прочие неврологические расстройства).

При перенесении абстинентных состояний часто развиваются или резко обостряются оппортунистические заболевания (пневмонии, тяжелые гастриты, инфекционные поражения кожи и другие).

Раздел 1.4

Лечение ВИЧ-инфекции

Глава 1.4.1

Цель, основные принципы и начало лечения ВИЧ-инфекции

В настоящее время не существует средств, позволяющих радикально излечивать больных ВИЧ-инфекцией, поэтому лечебные мероприятия направлены на предупреждение или замедление прогрессирования болезни.

В лечении ВИЧ-инфекции выделяют:

- **антиретровирусную терапию (АРТ);**
- **профилактику и лечение вторичных заболеваний;**
- **патогенетическое лечение некоторых синдромов.**



Целью лечения ВИЧ-инфекции является максимально долгое сохранение качества жизни при максимально возможном увеличении её продолжительности.

Для достижения этой цели необходимо добиться стойкого подавления репликации ВИЧ, т.е. снижения уровня вирусной нагрузки, что приводит к сохранению или восстановлению иммунитета, предотвращению развития оппортунистических заболеваний или их излечению, и, как следствие, к сохранению или улучшению качества жизни пациентов, увеличению её продолжительности.

К основным принципам терапии ВИЧ-инфекции можно отнести:

- принцип создания для ВИЧ - положительного человека охранительного психологического режима и оказания ему психологической помощи и поддержки на протяжении всей его жизни, начиная с момента установления диагноза и до момента завершения жизни;
- принцип своевременного начала антиретровирусной терапии и обеспечения доступа к АРВ-препаратам (предоставление ЛЖВ возможности пожизненного приёма препаратов);
- принцип максимальной приверженности ЛЖВ лечению на протяжении всей жизни;
- принцип подбора наиболее эффективных комбинаций препаратов и схем лечения с учётом особенностей образа жизни ВИЧ-положительного человека, данных анамнеза (наличие заболеваний, сведения о препаратах, принимаемых ранее, наличия устойчивых к лекарствам штаммов ВИЧ и т.д.);
- принцип профилактики и своевременного начала лечения вторичных заболеваний.



Задача специалиста по уходу состоит в том, чтобы всемерно способствовать соблюдению принципов лечения ВИЧ-инфекции, как со стороны клиента/подопечного, так и со стороны ближайшего окружения, включая членов семьи и специалистов учреждений здравоохранения.

Создание охранительного психологического режима для людей, живущих с ВИЧ

Информация о неизлечимости ВИЧ-инфекции и её фатальном прогнозе вызывает у инфицированного ВИЧ человека тяжёлые эмоциональные реакции. В то же время в общественном сознании наблюдается предубеждённость в отношении больных ВИЧ-инфекцией.

Заражение ВИЧ влечёт за собой серьёзные последствия эмоционального и социального характера. С момента возникновения подозрения на заражение ВИЧ-инфекцией человек подвергается постоянному психогенному стрессу, в связи с чем специалисту по уходу (социальному работнику, сестре милосердия или близким людям) необходимо принять определённые меры для смягчения медицинских и социальных последствий стресса.



Каждому ВИЧ - положительному человеку необходима психологическая помощь и поддержка! Задача специалиста по уходу - находясь в постоянном контакте с лечащим врачом, убедить клиента/подопечного принять такую помощь, и помочь ему получить её у квалифицированных специалистов.

Диспансерное наблюдение за людьми, живущими с ВИЧ

Целью диспансерного наблюдения за людьми, живущими с ВИЧ, является оказание своевременной медицинской помощи и психологической поддержки.

Обследования ЛЖВ в рамках диспансерного наблюдения должно проводиться с их добровольного и информированного согласия. Сроки, план и объём обследований определяет лечащий врач в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции, особенностей течения заболевания и в соответствии с принятыми в стране национальными протоколами по диспансеризации лиц, инфицированных ВИЧ.



Задача специалиста по уходу состоит в том, чтобы разъяснить своему клиенту/подопечному необходимость регулярного диспансерного наблюдения для сохранения качества жизни и своевременного назначения антиретровирусной терапии, а также своевременно напомнить клиенту/подопечному о сроках посещения врача или сдачи анализов, и проконтролировать прохождение им необходимых медицинских обследований.

Когда необходимо начинать антиретровирусную терапию

Показания к назначению антиретровирусных препаратов со времени их появления значительно изменились. До сих пор учёные ведут споры по поводу оптимальных сроков начала антиретровирусной терапии, хотя многие специалисты выступают за раннее

начало АРТ, считая такой подход более эффективным для сохранения жизни ЛЖВ и поддержания её качества.

Но раннее назначение комбинированной терапии (также, как и позднее) имеет свои недостатки. Раннее назначение терапии означает, что людям, живущим с ВИЧ, годами придётся соблюдать жёсткий почасовой график приёма лекарств и связанную с этим диету. Кроме того, все антиретровирусные препараты обладают токсическими свойствами и вызывают порой тяжёлые побочные эффекты. К тому же, пока не накоплено достаточных данных об отсроченных побочных воздействиях антиретровирусных препаратов.

Позднее начало лечения происходит на фоне глубоких изменений в иммунной системе. Соответственно, снижается эффект лечения - чем сильнее поражена иммунная система, тем труднее будет её восстановить.

Таким образом, **показания для назначения антиретровирусной терапии и её тактика определяется, прежде всего, клинической стадией заболевания.**



Сроки начала антиретровирусного лечения определяются индивидуально, с учётом состояния здоровья ВИЧ - положительного человека, результатов лабораторных исследований, а также с учётом особенностей личности человека, условий его жизни, психологической готовности к началу лечения и некоторых других факторов.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ, **безусловным показанием к началу антиретровирусной терапии является наличие клинических симптомов, свидетельствующих об иммунодефиците (развитие СПИД – ассоциированных заболеваний).**

Критерием к назначению антиретровирусной терапии могут быть и лабораторные показатели – снижение числа CD4-лимфоцитов ниже 350 кл/мкл и повышение уровня вирусной нагрузки (концентрации РНК ВИЧ в плазме крови выше 100 000 копий в 1 мл).

Все специалисты выделяют ещё один – **психологический** – критерий начала антиретровирусной терапии: только тогда, когда ВИЧ - положительный человек будет полностью уверен в том, что готов приступить к лечению, и сумеет преодолеть связанные с этим процессом трудности, можно начинать терапию и рассчитывать на хороший результат.

Глава 1.4.2

Высокоактивная антиретровирусная терапия и её эффективность

Антиретровирусные препараты

Действия антиретровирусных препаратов основаны на том, что они блокируют ферменты ВИЧ (обратную транскриптазу, протеазу и интегразу), которые вирус использует в процессе своего размножения.



В силу особенностей цикла воспроизводства ВИЧ современные антиретровирусные препараты не могут привести к полному освобождению организма человека от вируса, однако в значительной степени могут сдерживать процесс воспроизводства новых вирусных частиц.

К сожалению, все антиретровирусные препараты (далее – АРВ–препараты), имеют существенные недостатки:

- являются высокотоксичными (АРТ – это химиотерапия), оказывающими сильное токсическое воздействие на печень, почки, центральную нервную систему и другие органы человека;
- вызывают неприятные или даже тяжёлые побочные эффекты, из-за которых некоторые ВИЧ - положительные люди вынуждены отказываться от приема АРВ - препаратов;
- требуют очень аккуратного и строго соблюдения схемы приёма, что вносит значительные изменения в привычный жизненный уклад ЛЖВ;
- могут вызывать «привыкание» к себе вируса, особенно при неправильном приеме препаратов (развивается так называемая резистентность ВИЧ к АРВ – препаратам);
- большинство АРВ-препаратов, особенно ингибиторы протеазы, пока дорогостоящи и малодоступны.

В настоящее время в арсенале врачей имеются **четыре группы лекарственных препаратов**, способных воздействовать на ферменты ВИЧ и таким образом нарушать образование новых вирусных частиц.

Первую группу антиретровирусных препаратов составляют **нуклеозидные ингибиторы³⁰ обратной транскриптазы (НИОТ)**. К этой группе относятся следующие препараты: зидовудин (ZDV), азидотимидин, ретровир, тимазид, ставудин (d4T), видекс, комбивир, кивекса и некоторые другие.

Вторую группу АРВ –препаратов составляют **ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ)**: эфавиренз, невирапин.

Третью группу составляют **ингибиторы протеазы**: ампренавир, индинавир, нелфинавир, ритонавир, комбинированный препарат калетра и некоторые другие.

К **четвертой группе** относится **ингибитор слияния** (блокирующий проникновение вирусных частиц в клетку) энфувертид.

В последнее время ученым удалось разработать новую группу препаратов-**ингибиторов интегразы ВИЧ**, из которых широкое распространение получил ралтегравир.

³⁰Ингибиторы или блокаторы - белковые молекулы, которые способны встраиваться в цепочку РНК ВИЧ и блокировать активные центры ферментов вируса, тем самым прерывая жизненный цикл ВИЧ.

Комбинированная антиретровирусная терапия

Одновременное назначение трёх или четырех антиретровирусных препаратов из разных групп в максимальной степени подавляет способность ВИЧ к размножению и называется **высокоактивной антиретровирусной терапией**.



Из исследований выяснилось, что такие комбинации могут значительно продлить жизнь человеку с ВИЧ-инфекцией. На фоне приёма комбинации препаратов снижаются показатели вирусной нагрузки и повышается число CD4 лимфоцитов в крови.

В связи с этим комбинации антиретровирусных препаратов стали всемирно признанным стандартом лечения ВИЧ-инфекции

Побочные действия антиретровирусных препаратов

Практически все антиретровирусные препараты обладают способностью вызывать побочные действия. Большинство из этих эффектов самопроизвольно проходят или значительно ослабевают через несколько недель (чаще всего – через две-три недели), поэтому ВИЧ - положительному человеку следует, находясь в контакте с лечащим врачом и контролируя своё состояние, первые недели после начала приёма АРВ – препаратов продолжать принимать лекарства, несмотря на возникший дискомфорт.

Полную информацию о каждом АРВ-препарате можно получить из вложенной в упаковку аннотации к нему и у лечащего врача. Однако стоит иметь в виду, что в аннотации перечисляются все побочные действия препарата, в том числе и самые редкие из них. Совсем необязательно, что у клиента/подопечного разовьются все неприятные явления, о которых там идет речь. Но в любом случае необходима консультация врача.

Наиболее частые побочные эффекты ВИЧ-ингибиторов - тошнота, рвота, диарея (понос), бессонница. Другие побочные эффекты носят более специфический характер.

Два лекарственных препарата при совместном применении могут оказывать друг на друга перекрёстное влияние. Один лекарственный препарат может ослабить или даже нейтрализовать фармакологическое действие другого. **Взаимовлияние одновременно применяемых двух медикаментов может усилить и побочные эффекты каждого из них.**

Нежелательный эффект при приёме лекарственных препаратов может развиваться на фоне и вследствие употребления ВИЧ - положительным человеком наркотиков, алкоголя или некоторых продуктов питания, поэтому **при приёме антиретровирусных препаратов необходимо исключить употребление и алкоголя, и наркотиков, и строго соблюдать предписанную врачом диету.**

Правильное питание, чёткое соблюдение рекомендаций врача, жёсткое соблюдение режима приёма препаратов уменьшают вероятность возникновения нежелательных побочных эффектов и формирования резистентности ВИЧ к АРВ-препаратам.



Специалисту по уходу необходимо внимательно наблюдать за клиентом/подопечным и иметь постоянный контакт с его лечащим врачом, т.к. не все побочные эффекты проходят сами по себе, и подопечному может понадобиться квалифицированная врачебная и сестринская помощь.

Специалисту по уходу желательно заранее обсудить с лечащим врачом свои возможные действия по облегчению страданий клиента/подопечного, вызванных приёмом антиретровирусных препаратов.

Эффективность антиретровирусной терапии

Эффективность АРТ оценивается по трём показателям:

- **клиническим:** изменение клинического состояния (самочувствия) ВИЧ - положительного человека;
- **иммунологическим:** изменения количества CD4-лимфоцитов;
- **вирусологическим:** изменения уровня вирусной нагрузки.

Критерии эффективности лечения³¹ представлены в таблице ниже.

Показатели	Вирусологические (вирусная нагрузка)		Иммунологические (иммунный статус)	Клинические (клиническая стадия)
	Сроки (от начала лечения)	24 недели	48 недель	24 - 48 недель
Предполагаемые диапазоны значений	Менее 400 копий РНК ВИЧ в 1 мл	Менее 50 копий РНК ВИЧ в 1мл	CD4 лимфоциты: повышение от исходного уровня минимум на 50 - 100 кл/мкл	Отсутствие симптомов или незначительные симптомы

О неэффективности АРТ свидетельствуют:

- появление новых клинических симптомов спустя три месяца после начала АРВ-терапии;
- повышение уровня вирусной нагрузки на фоне приёма АРВ - препаратов;
- отсутствие положительной динамики CD4-лимфоцитов.

В таком случае требуется изменение схемы лечения или замена комбинации препаратов.

³¹Источник: «Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе. Клинические Протоколы для Европейского региона ВОЗ».

Глава 1.4.3

Понятие резистентности. Приверженность лечению

Резистентность

При длительном или неправильном приёме антиретровирусных препаратов вирус может становиться нечувствительным к ним, в связи с чем эффективность лечения резко снижается. В этом случае лекарство больше не препятствует размножению вируса, что влечёт за собой прогрессирование болезни.

Это состояние называют устойчивостью ВИЧ к АРВ-препаратам или **резистентностью**.



Резистентность может быстро развиваться при применении только одного антиретровирусного препарата, или при использовании неправильно подобранной комбинации препаратов, а также при нарушении схемы приёма препаратов (по трём позициям - доза, режим приёма и диета).

Преимущество комбинированной терапии заключается именно в том, что ВИЧ длительное время не становится резистентным (если ВИЧ становится резистентным к одному из препаратов, на него действует другой АРВ-препарат и подавляет его жизнедеятельность). При использовании комбинации препаратов выше вероятность того, что дольше сохранится эффективность действия АРВ-препаратов.

Тем не менее, и при комбинированной терапии может развиваться резистентность. Чаще всего это происходит, если клиент/подопечный нарушает рекомендации врача по приёму лекарств. В этом случае рекомендуется заменить комбинацию АРВ-препаратов на те препараты, к которым ещё не развилась устойчивость. Однако выбор препаратов замены крайне ограничен.

Механизмы взаимодействия человеческого организма, вируса и лекарственных средств очень сложны и до конца пока не изучены.

При развитии резистентности к одному типу ВИЧ-ингибиторов может сформироваться резистентность и к другому типу антиретровирусных препаратов, даже если эти средства ещё не применялись. Это явление называется **перекрёстной резистентностью**.

К сожалению, перекрёстная резистентность встречается довольно часто. Новую же комбинацию препаратов, к которой вирус ещё сохранил чувствительность, отыскать нелегко, несмотря на то, что в настоящее время существует гораздо больше комбинаций ВИЧ-ингибиторов.

Приверженность лечению

Все лекарства, входящие в комбинированную терапию (АРТ), для предотвращения развития резистентности следует принимать по определённым правилам, точно соблюдая рекомендации врача:

- по времени приёма;
- по дозе препаратов;

- по диете (приём препаратов натощак или после еды).

Успех лечения ВИЧ-инфекции определяется в значительной степени способностью клиента/подопечного осознанно и прилежно участвовать в оказании помощи самому себе, что в данном случае означает - строго следовать предписанию врача по режиму приёма антиретровирусных препаратов, касающихся времени приема, дозы препаратов и диеты.



Приверженность лечению - это количественная величина, отражающая поведение клиента/подопечного относительно приёма АРВ - препаратов.

Идеально, если клиент/подопечный принимает 100% предписанной дозы³², не нарушая при этом ни временные промежутки между приёмами лекарств, ни рекомендаций по диете. Прекращение приёма антиретровирусной терапии в течение недели или пять пропусков приема препаратов в течение месяца считается серьёзным нарушением режима приёма терапии, практически - срывом в лечении.

Приверженность зависит от множества факторов, в том числе:

- от уровня стресса, который испытывает клиент/подопечный, в связи с необходимостью начать терапию;
- от силы веры клиента/подопечного в эффективность терапии;
- от понимания клиентом/подопечным ощущаемой выгоды для себя от приёма терапии;
- от характера ограничений, которые могут возникнуть в жизни клиента/подопечного в связи с приёмом АРВ-препаратов;
- от наличия и доступности для клиентов/подопечных социальной, психологической и иной поддержки.



Чем раньше начата работа по формированию приверженности терапии, тем больше шансов у клиента/подопечного сохранить здоровье, улучшить качество жизни и увеличить её продолжительность.

Приверженность лечению подразумевает понимание ВИЧ - положительным человеком смысла назначенной терапии, его желание лечиться и сотрудничать с медицинскими работниками и специалистами по уходу. Следует помнить, что клиенты/подопечные не могут быть привержены терапии, если они не понимают её целей, а именно:

- уменьшение вирусной нагрузки и поддержание собственного иммунитета;

³²В случае большинства хронических заболеваний хорошим показателем приверженности лечению считается регулярный приём не менее 80% назначенных врачом лекарств. Однако в случае с ВИЧ-инфекцией этот показатель явно недостаточен для достижения терапевтического успеха и может привести к развитию резистентности.

- снижение риска возникновения и/или уменьшения тяжести сопутствующих заболеваний, оппортунистических инфекций и различных болезненных состояний, вызванных ВИЧ-инфекцией;
- общее улучшение качества жизни.

В начале лечения, если мотивация клиента/подопечного достаточно высока, как правило, ему удастся сравнительно легко в течение некоторого времени быть приверженным терапии.

Но со временем нередко возникают сложности, которые могут быть вызваны множеством причин, связанных, например, с побочными эффектами терапии, страхом разглашения диагноза (если в семье клиента/подопечного или на работе не знают об этом), или трудностями бытового характера.

К сожалению, антиретровирусная терапия, как правило, не позволяет клиенту/подопечному сохранить прежний образ жизни и требует от него значительных изменений привычного бытового и рабочего уклада. В таких условиях человек начинает чувствовать психологический дискомфорт, выражающийся в неуверенности, раздражении, нервозности, что довольно часто приводит к нарушению режима приёма АРВ-препаратов или вообще к полному отказу от терапии.

Нарушение режима приема АРВ-препаратов может быть вызвано и положительными сдвигами в самочувствии клиента/подопечного, которые могут спровоцировать более «лояльное» его отношение к приёму препаратов: клиент/подопечный становится менее пунктуальным в соблюдении времени приёма лекарств, иногда даже разрешая себе «забыть» о них. Это может повлечь за собой быстрое развитие резистентности ВИЧ к АРВ-препаратам. В этом случае, даже если клиент/подопечный через некоторое время возобновит приём препаратов, они уже не будут оказывать никакого воздействия на вирус.



Очень важно, чтобы формирование и поддержание устойчивой мотивации клиента/подопечного к лечению должны возникать у него самого, а не быть ему навязанными извне. В значительной степени этому может способствовать процесс эффективного взаимодействия между клиентом/подопечным и его ближайшим окружением, включая членов семьи и команду специалистов (медицинских, социальных работников, психологов, патронажных сестёр Красного Креста).

Рекомендации специалисту по уходу по поддержанию приверженности лечению у клиентов/подопечных и контроля лечения

Для предупреждения развития резистентности и контроля приверженности лечению специалист по уходу обязан помочь клиенту/подопечному быть дисциплинированным в вопросах антиретровирусной терапии. Например, можно составить **памятку** для клиента/подопечного и разместить её на видном месте. Также можно предложить

клиенту/подопечному завести **дневник**, в котором он должен отмечать приём каждой дозы препарата. В данном случае специалисту по уходу будет, во-первых, легче контролировать выполнение назначений врача и, во-вторых, он сможет помочь клиенту/подопечному разобраться в причинах нарушений режима приёма препаратов.

Очень важно провести разъяснительную беседу с теми членами семьи клиента/подопечного, которые реально могут оказать помощь ему в соблюдении режима приёма препаратов.



При осуществлении визитов на дом необходимо контролировать приём клиентом/подопечным предписанных врачом доз³³ антиретровирусных препаратов в точно назначенное время³⁴. Также необходимо отслеживать соблюдение диеты, предписанной врачом в связи с приёмом антиретровирусных препаратов³⁵.

Контроль за соблюдением режима приёма АРВ-препаратов можно осуществлять разными способами, например, путём **подсчета количества таблеток** (капсул), оставшихся в коробочке для лекарств или во флаконе, **опроса клиента/подопечного и членов его семьи³⁶**, проверки **дневника**, оценки **самочувствия** клиента/подопечного и т.д. Следует также обратить внимание на возникновение, развитие или уменьшение различных клинических симптомов, которые могут косвенно свидетельствовать о степени приверженности лечению клиента/подопечного.



Специалист по уходу должен постоянно разъяснять клиенту/подопечному негативные последствия несоблюдения схемы приёма препаратов и внимательно наблюдать за своим клиентом/подопечным, помогая ему при получении антиретровирусной терапии справляться со всеми сложностями, постоянно напоминая о том, что успех лечения в значительной степени зависит от него самого.

³³ Нельзя самовольно менять дозу препарата - уменьшать её или принимать двойную дозу, если пропущен предыдущий приём

³⁴ Антиретровирусные препараты должны приниматься строго через равные промежутки времени (например, каждые 6, 8 или 12 часов, в зависимости от рекомендаций по конкретному препарату). Более ранние, чем необходимо, приёмы препаратов или регулярные опоздания более, чем на 15 минут, могут привести к развитию резистентности и/или усилению токсического воздействия препарата.

³⁵ Некоторые лекарства нужно принимать натощак, другие, наоборот, после еды - эти предписания даются для того, чтобы эффективность действия лекарств была выше, и здесь также нельзя отступать от рекомендации врача.

³⁶ Задавая простые вопросы о том, как клиент/подопечный принимал препараты, в какое время, что он делал до приёма и после приёма препаратов, чем запивал препараты, что ел, как себя чувствовал и т.д., специалист по уходу в определённой степени может оценить, насколько честен и искренен был с ним клиент/подопечный и насколько он действительно привержен лечению.

Глава 1.4.4

Лечение ВИЧ-инфекции у потребителей инъекционных наркотиков

Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции тесно связано с ростом числа потребителей инъекционных наркотиков, которые нуждаются в комплексном лечении. Всемирная Организация Здравоохранения разработала Клинические протоколы для Европейского региона ВОЗ, в которые включены рекомендации по назначению наркозависимым лицам антиретровирусных препаратов и схем АРТ с учётом сопутствующей патологии и взаимодействия антиретровирусных препаратов с другими медикаментами и ПАВ.



Клиенты/подопечные, зависимые от наркотиков, не должны быть дискриминированы в доступе к профилактике, лечению и уходу. Они имеют равные права на получение антиретровирусной терапии, как и любой другой человек, живущий с ВИЧ.

Многочисленные исследования, проводившиеся в разных странах мира, убедительно показали, что эффективность АРТ у наркопотребителей, при условии своевременного назначения антиретровирусной терапии и соблюдения ПИН режима приёма препаратов, была на том же уровне, как и у не употребляющих наркотики ЛЖВ.

Однако нельзя не принимать во внимание и тот факт, что периоды изменённого состояния сознания, обусловленные действием наркотического вещества, снижают у ПИН критическую оценку действительности и резко повышают вероятность низкой приверженности лечению.

Появление современных эффективных антиретровирусных препаратов потребовало разработать и новые подходы для поддержания приверженности АРТ у ВИЧ - положительных с наркозависимостью: **лечение ВИЧ-инфекции должно сочетаться с возможностью лечения от наркозависимости и последующей реабилитации.**

Такой подход требует расширить доступ и создать благоприятные условия для предоставления ПИН полноценного лечения и поддержки, в том числе через создание специализированных служб помощи ВИЧ - положительным наркозависимым, предоставляющих как медицинский, так и немедицинский сервис. Службы помощи наркозависимым должны работать в тесном взаимодействии и предоставлять следующие услуги:

- консультирование;
- доступ к лечению наркозависимости (включая детоксикацию³⁷, психокоррекцию³⁸ и социальную реабилитацию);

³⁷Детоксикация – комплекс естественных и лечебных мероприятий, проводимых с целью выведения из организма токсических веществ.

³⁸Психологическая коррекция - деятельность, направленная на формирование у человека необходимых психологических качеств для повышения его социализации и адаптации к изменяющимся жизненным условиям, а также исправление особенностей настоящего психологического состояния, представляющих угрозу для психологического и физического здоровья.

- доступ к АРВ–препаратам
- доступ к профилактике и лечению оппортунистических заболеваний;
- доступ к низкопороговым программам помощи, основанных на философии снижения вреда;
- доступ к социальной и правовой поддержке;
- доступ к психологической помощи;
- доступ к программам реабилитации.



Лечение зависимости от ПАВ и включение клиента/подопечного в программу реабилитации значительно повышает его приверженность АРТ. Однако отказ наркозависимого человека от лечения наркомании и дальнейшей реабилитации не может служить основанием для ограничения его доступа к лечению ВИЧ-инфекции.

Учитывая определённые психологические проблемы ПИН и их повышенную чувствительность к грубому и некорректному обращению, важным элементом реабилитационного подхода и достижения успеха в лечении ВИЧ-инфекции является обучение специалистов по уходу спокойному и уважительному, основанному на принципах деонтологии, отношению к употребляющему наркотики клиенту/подопечному.

Глава 1.4.5

ВИЧ-инфекция и нетрадиционная медицина

Нетрадиционное (альтернативное) лечение, так же, как и традиционная медицина, не может излечить ВИЧ-инфекцию, но может укрепить и, в определённой степени, оздоровить организм ВИЧ - положительных людей, замедляя развитие заболевания, а также облегчить некоторые болезненные состояния, возникающие при ВИЧ-инфекции.

Достоинством альтернативных методов можно считать тот факт, что, наряду с лечением классическими методами, человек получает дополнительную возможность борьбы с недугом. Один из главных недостатков состоит в том, что некоторые целители и приверженцы нетрадиционной медицины полностью отвергают классические, научно подтверждённые методы лечения ВИЧ-инфекции, а вместе с этим и оказываемый ими эффект.

Также надо учитывать, что не все методы нетрадиционной терапии сочетаются с антиретровирусными препаратами (например, при применении АРТ рекомендуется отказаться от употребления чеснока, чабреца и некоторых других продуктов³⁹). Поэтому так важно, чтобы оздоровлением человека, живущего с ВИЧ, занимался грамотный специалист, а клиент/подопечный одновременно наблюдался у лечащего врача, которому необходимо обязательно сообщить об альтернативной программе оздоровления.

³⁹ Необходима консультация врача по питанию во время приема ВААРТ.



Альтернативное лечение не может заменить антиретровирусную терапию! Каждый клиент/подопечный, намеревающийся обратиться к нетрадиционным методам лечения, должен обсудить это со своим лечащим врачом и получить от него рекомендации по альтернативному лечению.

В нетрадиционной медицине часто используют так называемые естественные методы, с помощью которых мобилизуются собственные защитные силы организма, и это способствует выздоровлению или облегчению состояния.

Методы нетрадиционной медицины различны. Одни помогают избавиться от некоторых симптомов или смягчают их проявления. Другие улучшают общее самочувствие и тем самым улучшают и качество жизни. Третьи дают ощущение того, что человек владеет ситуацией, и это помогает ему обрести чувство уверенности в себе. Однако невозможно предугадать, какой метод окажет положительный эффект при том или ином проявлении ВИЧ-инфекции. Кроме того, на разных людей одни и те же методы действуют по-разному.

При ВИЧ-инфекции в качестве вспомогательных средств, способствующих улучшению состояния клиентов/подопечных, обычно используют такие методы, как диета, массаж, техники визуализации, расслабления, фитотерапия (использование лечебных трав), акупунктура, гомеопатия и некоторые другие.

Акупунктура при ВИЧ-инфекции чаще всего применяется для снятия боли или уменьшения её интенсивности. Для предупреждения распространения ВИЧ при акупунктуре должны использоваться только одноразовые иглы – золотые, серебряные или стальные. ***В случае применения игл многократного использования необходимо убедиться, что они правильно и качественно стерилизуются после каждого клиента/подопечного.***

При применении гомеопатических⁴⁰ методов в лечении используются только природные вещества – минералы и травы, специальным способом разведённые и смешанные, что позволяет усилить их действие.

Лечение травами, или фитотерапия - один из древнейших методов лечения. Простейшей формой фитотерапии являются травяные чаи, настоянные на высушенных частях растений (листья, стебли, корни, кора и семена). При назначении фитотерапии консультация с лечащим врачом просто необходима - как уже было сказано выше, одновременный прием АРВ-препаратов и некоторых препаратов из трав противопоказан. Только специалист может сделать верные назначения по фитотерапии без риска навредить здоровью.

При использовании методов диетотерапии усилия направлены на то, чтобы организм человека получал достаточное количество биологически активных веществ – витаминов, минералов, микроэлементов, а также белков, жиров и углеводов в сбалансированном составе. Питание, по возможности, должно состоять из экологически чистых продуктов,

⁴⁰ Принцип гомеопатии – «однородное лечится однородным».

без пищевых добавок. Желательно, чтобы это были натуральные сезонные продукты, выращиваемые в регионе проживания клиента/подопечного.

Используя диетотерапию, следует помнить о том, что **питание человека, особенно при ВИЧ-инфекции, должно быть разнообразным и сбалансированным, и не должно содержать несочетаемых с АРВ-препаратами продуктов.**



Оценив каждый метод, клиент/подопечный выбирает для себя тот, в который верит и считает приемлемым для себя. Специалист по уходу в данном случае должен убедить клиента/подопечного при выборе нетрадиционного метода лечения обязательно посоветоваться с лечащим врачом.

Раздел 1.5

ВИЧ-инфекция у женщин.

Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку

Глава 1.5.1

Особенности инфицирования и течения ВИЧ-инфекции у женщин

Женщины чаще инфицируются ВИЧ половым путём. Риск передачи ВИЧ-инфекции половым путём увеличивается при наличии у женщины заболеваний, передаваемых половым путём (ЗППП). Наличие изъязвлений и воспалительных процессов на слизистой половых органов женщины способствуют быстрому проникновению ВИЧ в кровь. Высокую опасность заражения также несут половые контакты во время менструации и травматичные виды секса.



Женщина, вступающая в половую связь с разными, часто меняющимися половыми партнёрами, с представителями группы поведенческого риска (потребителями инъекционных наркотиков), употребляющая инъекционные наркотики, пренебрегающая барьерными контрацептивами (презервативами), страдающая гинекологическими заболеваниями подвергает себя повышенному риску инфицирования ВИЧ.

У ВИЧ - положительных женщин могут возникать некоторые расстройства и заболевания, обусловленные наличием у них ВИЧ-инфекции. Примерно у трети женщин, живущих с ВИЧ, наблюдается нарушение менструального цикла: менструация либо отсутствует, либо бывает нерегулярной, болезненной, с кровотечениями в середине цикла. Эти нарушения чаще всего связаны с гормональными расстройствами, вызванными ВИЧ-инфекцией, которые могут привести к проблемам с зачатием ребенка.

Беременность у ВИЧ - положительных женщин, как правило (если речь не идёт о поздних стадиях заболевания и связанных с этим тяжёлых расстройствах), не влияет на течение ВИЧ-инфекции, так же, как и ВИЧ-инфекция не влияет на течение беременности⁴¹.

До сих пор нет достоверных данных о влиянии ВИЧ на срок наступления менопаузы. Однако установлено, что гормональная перестройка организма женщины в постменопаузе, наряду с ВИЧ-инфекцией и антиретровирусной терапией, оказывает неблагоприятное действие на метаболизм костной ткани, обмен жиров и глюкозы, тем самым усиливая процессы остеопороза и повышая риск развития сердечно-сосудистых заболеваний.

У ВИЧ - положительных женщин также повышен риск развития дисплазии и рака шейки матки, генитальных язв, вагинальных инфекций и генитальных остроконечных кондилом.

⁴¹Во время беременности у всех женщин происходит физиологическое снижение иммунитета, показатели которого, как правило, приходят в норму после родов.

До наступления эпохи АРТ частота инфекций половых путей, особенно генитального герпеса, кандидозного вульвовагинита и бактериального вагиноза у ВИЧ - положительных женщин была намного выше, чем у женщин, не инфицированных ВИЧ. Распространённость и тяжесть этих инфекций напрямую зависели от количества CD4 лимфоцитов и вирусной нагрузки.

В настоящее время у ВИЧ - положительных женщин часто встречается только кандидозный вагинит, а также бактериальный вагиноз и генитальный герпес, которые способствуют увеличению концентрации ВИЧ в секрете половых путей женщины, тем самым повышая риск дальнейшей передачи ВИЧ при половых контактах.

Следует отметить некоторые психологические проблемы, возникающие у ВИЧ - положительных женщин, которые обусловлены особенностями переживания своего ВИЧ-статуса. Часто ВИЧ - положительные женщины чувствуют себя безвинными и беспомощными жертвами обстоятельств, порицают себя, занимаются самобичеванием, испытывают чувство вины, одиночества и отсутствия поддержки (даже при её наличии).

В силу своих психологических особенностей женщины более нуждаются в повышенном позитивном эмоциональном фоне и, не ощущая его, склонны впасть в отчаяние и депрессию. Особенно остро женщины переживают потерю внешней привлекательности и сексуальности, а также по поводу своего права на беременность и материнство. Многие ВИЧ - положительные женщины желают иметь ребенка, но боятся его заразить. Если заражение ребенка всё же произошло, то женщины часто мучаются безысходным чувством вины и стыда.



ВИЧ - положительные женщины нуждаются в особой психологической и эмоциональной поддержке, в проявлении к ним повышенного внимания. Специалисту по уходу необходимо быть готовыми уделять ВИЧ - положительной женщине достаточное количество времени при каждом посещении, чтобы внимательно выслушать её, проявить сострадание и внимание к её переживаниям.

Такое активное слушание будет иметь в данном случае психотерапевтический эффект и поможет специалисту по уходу лучше понять проблемы клиентки/подопечной и их причины, и оказать женщине реальную помощь и поддержку.

Глава 1.5.2

Вопросы контрацепции и планирования беременности в дискордантных⁴² и кордантных (ВИЧ - положительных) парах

Вопросы контрацепции

Сегодня существует множество методов контрацепции, отличающихся друг от друга эффективностью, затратностью, безопасностью и удобством применения. В любом случае, при выборе ВИЧ - положительными клиентами/подопечными метода контрацепции необходима консультация врача.

⁴²Дискордантными парами называют половых партнёров, из которых один инфицирован ВИЧ, а другой – нет, кордантными парами – половых партнёров, которые оба имеют положительный ВИЧ-статус.



Для дискордантных и ВИЧ - положительных пар важно не только избежать нежелательной беременности, но и исключить возможность заражения ЗППП и передачи ВИЧ своему партнёру. Даже если оба партнёра инфицированы ВИЧ, им необходима защита, т.к. каждый партнёр может быть инфицирован своим штаммом ВИЧ, и обмен этими штаммами может привести к ухудшению состояния здоровья обоих партнёров.

Такие методы контрацепции, как календарный метод, метод «прерванного полового акта» и спермициды⁴³ не подходят никому, вне зависимости от ВИЧ-статуса, из-за своей крайне низкой эффективности.

Применение внутриматочных средств (ВМС) нежелательны на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, так как в этом случае возрастает вероятность внутриматочной инфекции и более тяжёлого протекания ЗППП.

Гормональные методы эффективны для предотвращения нежелательной беременности, а в определённых случаях могут быть назначены для лечения ряда гинекологических заболеваний, но имеют два существенных ограничения. Во-первых, они не защищают от ВИЧ и ЗППП. Во-вторых, гормоны, входящие в состав контрацептивного средства, могут вступать во взаимодействие с некоторыми антиретровирусными препаратами, поэтому их совместный приём необходимо обязательно обсуждать с врачом.

Только применение презерватива не имеет никаких медицинских ограничений и противопоказаний. При правильном использовании презерватив эффективно решает проблему, как нежелательной беременности, так и защиты обоих партнёров от передачи ВИЧ и ЗППП.

Однако, если семейная пара приняла решение родить ребёнка, остро встаёт вопрос безопасности и сохранения здоровья при зачатии, особенно в дискордантных парах, где один партнёр ВИЧ - положительный, а другой – ВИЧ - отрицательный. Безопасно забеременеть – это значит, что беременность наступила, и при этом ВИЧ - отрицательный партнёр не инфицировался ВИЧ⁴⁴

Если мужчина не инфицирован ВИЧ, а женщина инфицирована, то безопасно забеременеть можно с помощью **метода искусственного осеменения**, когда сперма мужчины искусственно вводится во влагалище женщины. Это достаточно простая процедура, которую необходимо проводить в день овуляции и повторить через 2 - 4 дня. Большинство клиник по планированию семьи проводят подобную процедуру на платной

⁴³Спермициды - средства, делающие сперматозоиды неактивными (неподвижными) и неспособными оплодотворять яйцеклетку.

⁴⁴ В некоторых случаях это вполне возможно, т.к. ВИЧ содержится не в самих сперматозоидах или яйцеклетке, а непосредственно в семенной жидкости мужчин и влагалищном отделяемом женщины, и, минимизировав или исключив контакт с инфицированными половыми жидкостями, можно значительно снизить риск инфицирования здорового партнёра.

основе. В некоторых случаях врач может дать рекомендации, как провести такую процедуру самостоятельно в домашних условиях.

Случай, когда женщина не инфицирована ВИЧ, а мужчина инфицирован, является более сложным. Очень важно, чтобы женщина не инфицировалась в момент зачатия, т.к. это может привести к возникновению высокой вероятности внутриутробного заражения ребёнка ВИЧ. Если женщина во время зачатия не инфицировалась ВИЧ, то и будущий ребёнок точно не будет инфицирован ВИЧ.

В этом случае существует несколько способов снижения риска инфицирования при зачатии:

- метод очищения спермы с последующим искусственным осеменением женщины очищенной спермой⁴⁵;
- искусственное осеменение женщины донорской спермой с использованием спермы анонимного донора или известного обоим партнёрам человека.

Если описанные выше методы не могут быть использованы, то паре необходимо обсудить с врачом-инфекционистом, гинекологом и специалистом клиники по планированию семьи другие способы снижения риска передачи ВИЧ при зачатии. Однако любые другие варианты не предоставляют женщине абсолютных гарантий безопасности в плане защиты от инфицирования ВИЧ.

Планирование беременности

Решение родить ребёнка является неотъемлемым правом каждой женщины. Наличие ВИЧ у одного из будущих родителей не является причиной для ограничения этого права.

ВИЧ - положительная женщина, как и любая другая женщина, имеет и юридическое, и моральное право родить ребёнка.

Собственные здоровье и безопасность, здоровье и безопасность будущего ребёнка - вот главные вопросы, о которых должна подумать каждая женщина, принимая решение стать матерью.



Принимая решение стать матерью, в целях защиты своего здоровья и здоровья будущего ребёнка, ВИЧ - положительная женщина должна заблаговременно пройти необходимые обследования и получить полную и достоверную информацию о своём состоянии здоровья на момент предполагаемой беременности.

Женщина, имеющая ВИЧ-инфекцию, должна ясно понимать и чётко осознавать, каким образом беременность и рождение ребёнка могут повлиять на её здоровье и здоровье будущего ребёнка и жизнь в целом, каков риск заражения ребёнка ВИЧ-инфекцией, и что поможет снизить этот риск.

Для решения вопроса о возможности родить здорового ребёнка, необходима консультация врача. Лучше всего **беременность планировать**, т.е. заранее

позаботиться о создании наиболее благоприятных условий зачатия и вынашивания ребёнка. Врачи рекомендуют планировать беременность всем женщинам, независимо от их ВИЧ-статуса, т.к. это поможет избежать в будущем множества проблем.

Планирование беременности для ВИЧ - положительной женщины включает следующие позиции:

- прохождение за 4 - 6 месяцев до предполагаемой беременности полного обследования, как будущей матери, так и будущего отца, для определения общего состояния здоровья, выявления наследственных заболеваний, своевременного обнаружения и лечения ЗППП и других заболеваний, которые могут препятствовать зачатию и внутриутробному развитию ребенка;
- санация очагов хронической инфекции в организме (лечение зубов, дёсен, тонзиллита и т.д.);
- отказ от вредных привычек (курение, алкоголь, наркотики);
- правильное рациональное питание и приём витаминно-минеральных комплексов;
- контроль вирусной нагрузки и иммунного статуса;
- определение на основе проведённых обследований и лабораторных тестов наиболее подходящего периода для зачатия ребёнка;
- обсуждение с врачами методов, направленных на снижение риска передачи ВИЧ от матери ребёнку (способ родоразрешения, приём антиретровирусных препаратов во время беременности и после рождения ребёнка, искусственное вскармливание ребёнка, наблюдение и уход за ним).

Глава 1.5.3.

Профилактика передачи ВИЧ от матери ребёнку

Общие подходы к профилактике передачи ВИЧ от матери ребёнку

Эпидемия ВИЧ поражает людей молодого, репродуктивного возраста, поэтому мысли о любви, сексе, создании семьи и рождении ребёнка являются совершенно естественными и среди людей, живущих с ВИЧ.



Не каждый ребёнок, рождённый ВИЧ – положительной женщиной, будет инфицирован ВИЧ. Специалисту по уходу, прежде всего, важно объяснить ВИЧ - положительной клиентке/подопечной, что, хотя ВИЧ и может передаваться от матери ребёнку, у большинства детей, родившихся от ВИЧ – положительных матерей, заражения не происходит. Также важно объяснить огромную роль самой будущей матери в процессе снижения риска инфицирования её ребёнка.

Если женщина встала на учёт по беременности в ранние сроки (до 12 - 14 недель беременности), была полностью обследована, строго выполняла все предписания врача, принимала профилактическое лечение, то вероятность рождения здорового ребёнка довольно высока и может составлять 98 и более процентов.

⁴⁵ Эта процедура сегодня в России малодоступна.

Достижения медицины на современном этапе позволяют, при условии активного и осознанного участия самой женщины в процессе профилактики, значительно снизить риск передачи ВИЧ от матери ребёнку.

У многих женщин ВИЧ-инфекция обнаруживается во время беременности, поэтому именно в этот период очень важно предложить будущим матерям и их семьям консультационные услуги, профилактическое лечение и, особенно, психологическую помощь и поддержку, а также предоставить достоверную информацию по профилактике передачи ВИЧ будущему ребёнку.

Профилактика передачи ВИЧ от матери ребёнку является неотъемлемой частью комплексной помощи ВИЧ - положительной женщине и её детям.

Всемирная Организация Здравоохранения определяет следующие основные условия, необходимые для обеспечения эффективной профилактики передачи ВИЧ от матери ребёнку:

- тестирование женщин на ВИЧ должно осуществляться исключительно на добровольной основе после предоставления им полной информации и подробных пояснений по возможным результатам тестирования и по проблеме ВИЧ-инфекции в целом;
- ВИЧ - положительным беременным женщинам должно предоставляться право осознанно и самостоятельно решать судьбу своей беременности на основе полученной достоверной информации о риске передачи ВИЧ от матери ребёнку и существующих мерах профилактики;
- недопустимо склонять ВИЧ - положительную беременную женщину к прерыванию беременности без достаточных медицинских показаний;
- каждая ВИЧ - положительная беременная женщина и её ребенок должны быть обеспечены по максимально эффективной схеме препаратами для лечения и химиопрофилактики передачи ВИЧ от матери ребёнку;
- каждая ВИЧ - положительная беременная женщина и члены её семьи должны иметь доступ к квалифицированной психологической помощи и различным службам поддержки;
- необходимо обеспечить условия для ранней диагностики ВИЧ-инфекции у каждого новорожденного методом ПЦР (см. главу 1.3.6.).

ВИЧ-инфекция и беременность

У всех женщин, как инфицированных, так и неинфицированных ВИЧ, иммунная функция в период беременности подавляется.

В начальном периоде беременности понижается иммуноглобулин, а в течение всей беременности значительно ослабляется клеточный иммунитет. Эти изменения, естественные при любой беременности, вызывали опасения, что у ВИЧ - положительных женщин беременность может ускорить развитие ВИЧ-инфекции. Однако исследования и наблюдения этого не подтверждают.

Сама по себе беременность не ускоряет прогрессирования ВИЧ-инфекции у большинства женщин, но это может быть не так для женщин с высокой вирусной нагрузкой, либо находящихся на поздних стадиях заболевания⁴⁶.

ВИЧ-инфекция так же, как правило, не оказывает значительного влияния на течение беременности.

Однако следует отметить, что осложнения беременности у женщин с ВИЧ-инфекцией встречаются несколько чаще, чем у ВИЧ - отрицательных женщин. Это, прежде всего, генитальные инфекции, более частые и сильные кровотечения, анемия, бактериальная пневмония, задержка внутриматочного развития, ранний разрыв мембран и низкий вес плода.

Наличие вирусных гепатитов В и С у беременной ВИЧ - положительной женщины и/или приём ею наркотиков также могут осложнить течение беременности.

На течение родов ВИЧ-инфекция, как правило, не влияет; они обычно наступают в срок и происходят самопроизвольно.

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

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



Для предотвращения осложнений беременности или их уменьшения очень важно, чтобы ВИЧ - положительная беременная женщина наблюдалась у врача-гинеколога и инфекциониста с ранних сроков беременности.

Риски передачи ВИЧ от матери ребёнку

Передача ВИЧ от матери ребёнку может происходить:

- во время беременности;
- во время родов;
- при грудном вскармливании.

Исследования показали, что из всех детей, которые были инфицированы при вертикальной трансмиссии⁴⁷, примерно две трети были инфицированы во время беременности и родов, и одна треть - через грудное молоко.

Риск передачи ВИЧ от матери ребёнку увеличивается под влиянием материнских, акушерско-гинекологических и плодных факторов.

⁴⁶В последние годы увеличилось число женщин, у которых беременность протекала на фоне поздних стадий ВИЧ-инфекции. Оказалось, что и в этих непростых случаях возможен благоприятный исход, если прибегнуть к назначению во время беременности АРТ и строго её придерживаться. В этом случае у большинства женщин вирусная нагрузка значительно снижалась, количество CD4-лимфоцитов возрастало, и ребёнок не инфицировался ВИЧ.

⁴⁷Вертикальная трансмиссия - передача возбудителя инфекционного заболевания от матери ребёнку.

Материнские факторы риска:

- количество ВИЧ в крови у матери (вирусная нагрузка более 10 000 копий РНК ВИЧ в 1 мл плазмы крови);
- низкий иммунный статус (количество CD4 лимфоцитов менее 350 в 1 мкл крови);
- наркотическая или алкогольная зависимость будущей матери, употребление наркотиков, алкоголя и курение во время беременности;
- наличие вторичных тяжёлых заболеваний у матери во время беременности (особенно туберкулёза, некоторых вирусных инфекций и др.);
- многоплодная беременность;
- инфицирование ВИЧ во время или после зачатия;
- множественные половые контакты во время беременности (с несколькими половыми партнёрами), частые половые акты без использования презерватива;
- депрессия, стресс, неблагоприятная психоэмоциональная обстановка в семье;
- возраст будущей матери старше 30-ти лет;
- недостаточное, несбалансированное питание женщины во время беременности, дефицит витамина А;
- тяжёлые физические нагрузки во время беременности;
- нарушение предписаний врача по режиму приёма антиретровирусных препаратов.

Акушерско-гинекологические факторы:

- преждевременное отхождение околоплодных вод: при отхождении околоплодных вод за 4 часа до родов риск заражения увеличивается почти в 2 раза;
- затяжные роды;
- раннее отделение плаценты;
- оперативные вмешательства при родоразрешении (за исключением плановой операции кесарева сечения);
- инфекции женских половых органов, особенно не излечённые или хронические;
- воспалительные заболевания женской половой сферы;
- метод ведения родов.

Плодные факторы:

- преждевременные роды (ранее 38-ой недели беременности);
- рождение двойни: близнец, родившийся первым, в два раза чаще инфицируется ВИЧ, чем второй (это связано с тем, что у первого близнеца во время прохождения через родовые пути более длительный контакт с инфицированной материнской кровью и выделениями);
- грудное вскармливание.



Во время беременности плод от инфицирования в определённой степени защищает плацента - орган, соединяющий мать и плод во время беременности. Плацента позволяет питательным веществам и антителам из организма матери поступать в организм ребенка, но не пропускает вирусов и других возбудителей инфекционных заболеваний в кровотоки плода.

Однако защитные свойства плаценты значительно снижаются, если мембрана плаценты воспалена или повреждена (например, в результате травм, или употребления будущей матерью наркотиков, алкоголя, курения, или неправильного питания и т.д.). В этом случае ВИЧ-инфекция может передаваться от матери плоду ещё во время беременности.

Специфическая профилактика передачи ВИЧ от матери ребёнку

Риск передачи ВИЧ-инфекции от матери ребёнку может быть снижен, если беременной женщине своевременно проводится химиопрофилактика антиретровирусными препаратами, применяются адекватно подобранные методы родоразрешения, а ребёнок сразу после рождения переводится на искусственное вскармливание.

Химиопрофилактика у женщины во время беременности и у новорождённого может значительно снижать вероятность передачи ВИЧ от матери ребёнку.

ВОЗ рекомендует три этапа химиопрофилактики:

- в период беременности;
- в родах;
- для новорожденного.

Профилактика во время беременности

При назначении химиопрофилактики в период беременности ВИЧ - положительную женщину необходимо подробно проконсультировать. В ходе консультации женщину информируют о целях профилактических мероприятий, вероятности инфицирования ребёнка при проведении профилактики или отказе от неё, возможных побочных эффектах применяемых препаратов. Особое внимание женщины обращают на дисциплинированность в исполнении всех предписаний врача и поддержанию приверженности приёму антиретровирусных препаратов.

До недавнего времени ВОЗ рекомендовала всем ВИЧ - положительным женщинам для профилактики передачи ВИЧ от матери ребёнку начинать прием антиретровирусных препаратов в период с 14-ой по 28-ую неделю беременности⁴⁸. Эта рекомендация не потеряла своей актуальности.

⁴⁸Более раннее назначение АРВ-препаратов повышает риск их токсического влияния на плод, а более позднее - снижает эффективность химиопрофилактики. Укороченный режим приёма антиретровирусного препарата беременными женщинами (за несколько недель до родов и во время родов) также в некоторой степени уменьшает частоту передачи ВИЧ от матери ребёнку. Однако по сравнению с полной схемой, укороченные схемы перинатальной (от матери ребёнку) профилактики менее эффективны.

Однако в настоящее время ВОЗ считает более эффективным несколько иной подход, когда для профилактики передачи ВИЧ от матери ребёнку ВИЧ - положительным женщинам назначается с ранних сроков беременности полноценная **комбинированная антиретровирусная терапия (АРТ)**, которую женщина может продолжить и после родов, как основное антиретровирусное лечение ВИЧ-инфекции.



Позднее обращение женщин в женскую консультацию (особенно это характерно для наркозависимых женщин), а также уклонение женщин от обследования на ВИЧ до родов значительно затрудняет ранее назначение ВИЧ - положительным женщинам АРТ с целью химиопрофилактики и повышает риск инфицирования плода ВИЧ.

Профилактика в родах

Основная цель безопасного родоразрешения - уменьшить контакт ребёнка с кровью и вагинальными выделениями инфицированной матери.

Одним из методов профилактики передачи ВИЧ от матери ребёнку во время родов является операция «кесарево сечение»⁴⁹. В контексте профилактики ВИЧ-инфекции имеет смысл говорить только о плановом «кесаревом сечении».



В случае если у беременной женщины вирусная нагрузка определяется на уровне не выше 1000 копий РНК ВИЧ в 1 мл плазмы крови, незадолго до наступления естественных родов (по достижении срока беременности 38 недель, до начала самостоятельной родовой деятельности и излития околоплодных вод) и при отсутствии противопоказаний родоразрешение осуществляют путём планового «кесарева сечения». «Кесарево сечение» в данном случае является самостоятельной и высокоэффективной профилактической мерой.

В родах женщине также назначают антиретровирусные препараты и проводят обработку родовых путей дезинфицирующими средствами.

Профилактика ВИЧ-инфекции у новорожденного

Для того чтобы снизить риск передачи ВИЧ, новорожденному ребёнку в течение первых четырех недель жизни назначают антиретровирусные препараты, а ВИЧ - положительным матерям предлагают отказаться от грудного вскармливания младенцев⁵⁰.

⁴⁹Такая хирургическая операция, как «кесарево сечение» в некоторых случаях может нанести серьёзный ущерб здоровью и даже угрожать жизни женщины. Поэтому вопрос о выборе метода родоразрешения каждый раз должен решаться строго индивидуально, исходя из конкретной ситуации.

⁵⁰ В некоторых случаях, если на момент рождения ребёнка вирусная нагрузка у матери имеет неопределяемые значения, и учитывая другие обстоятельства, ВОЗ рекомендует исключительно грудное вскармливание в течение 6-ти месяцев.



Риск передачи ВИЧ повышается ребёнка при применении смешанного режима вскармливания, которое считается более опасным в плане заражения ВИЧ, чем исключительно грудное вскармливание. Также на риск инфицирования младенца через грудное молоко влияют содержание витамина А у матери и наличие кандидозного стоматита у младенца.

С целью снижения риска передачи ВИЧ от матери ребёнку следует рассмотреть и оценить все возможности отказа от кормления младенца грудным молоком и перевода на его искусственное вскармливание.

Конечно же, существуют определённые препятствия, которые могут помешать матерям отказаться от грудного вскармливания, например, высокая стоимость молочных смесей, отсутствие доступа к чистой воде или осуждение окружающих, если кормление грудью считается обязательной нормой в определённом сообществе.

В любом случае, необходимо предупредить мать о риске передачи ВИЧ ребёнку при грудном вскармливании и предоставить ей рекомендации по рациональному искусственному вскармливанию, а также оказать помощь в приобретении достаточного количества детской молочной смеси (заменителя грудного молока).

ВИЧ - положительной женщине необходимо чётко объяснить, какие факторы делают риск передачи ВИЧ при грудном вскармливании более высоким, а именно:

- первые месяцы жизни младенца;
- острая ВИЧ-инфекция у матери, тяжёлая степень иммунодефицита, высокая вирусная нагрузка;
- воспалительные заболевания молочной железы (например, мастит), трещины соска у матери;
- длительное грудное вскармливание (наблюдения показывают, что при кормлении грудью менее 6-ти месяцев риск инфицирования ребёнка составляет 11%, более 6-ти месяцев – доходит до 24%);
- воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта и пищеварительного тракта у ребёнка;
- смешанное вскармливание.

Глава 1.5.4

Рекомендации по уходу за ВИЧ - положительными женщинами и детьми, рождёнными ими

Общие рекомендации

Специалист по уходу должен оказать ВИЧ - положительной женщине практическую помощь в виде консультирования и социального сопровождения для решения следующих вопросов:

- регулярного наблюдения женщины у специалистов, своевременного прохождения необходимых медицинских исследований;

- строгого соблюдения режима приёма антиретровирусных препаратов
- отказа от курения, употребления алкоголя, наркотиков, включая получение направления в наркологический диспансер или реабилитационный центр;
- избегания контактов с больными, страдающими инфекционными заболеваниями (такими, как туберкулёз, грипп, другие острые вирусные инфекции, в том числе детские инфекции);
- получения профессиональной психологической помощи и доступа к иным службам психологической, юридической, социальной поддержки;
- получения консультации по вопросам питания;
- получения консультации по вопросам профилактики передачи ВИЧ от матери ребёнку;
- получения консультации по вопросам послеродового ухода;
- получения консультации по вопросам ухода за ребёнком и его вскармливанием.

Рекомендации по вскармливанию младенцев

В случае ***если ВИЧ - положительная женщина приняла решение отказаться от грудного вскармливания*** своего ребёнка, то специалист по уходу должен:

- обсудить с женщиной и/или членами её семьи необходимость и возможность заблаговременного и последующего регулярного приобретения детских молочных смесей в необходимых количествах;
- предоставить консультации по безопасным для ребёнка способам приготовления молочных смесей и гигиенической обработке детской посуды;
- обучить женщину и/или членов её семьи правилам искусственного вскармливания и правилам приготовления молочных смесей или растворимого молока;
- обучить женщину и/или членов её семьи приёмам наблюдения за ростом, прибавкой массы тела и нервно - психическим развитием ребёнка;
- обсудить приёмы контроля и коррекции количества и качества питания ребёнка для обеспечения его всеми необходимыми, в соответствии с возрастом, питательными веществами, витаминами и микроэлементами;
- предоставить консультацию по уходу за молочными железами с целью предотвращения застоя молока, нагрубания молочных желёз и профилактики воспалительных осложнений.

Если ВИЧ - положительная женщина приняла решение вскармливать своего ребёнка грудью, то специалист по уходу обязан:

- обсудить с женщиной ещё раз риск инфицирования ребёнка;
- предоставить консультацию (или помочь получить консультацию врача-педиатра) по обследованию ротовой полости ребёнка на наличие молочницы, язв и других повреждений, и проведения гигиены полости рта у ребёнка;

- предоставить консультацию по вопросам ухода за молочной железой, учитывая, что риск передачи ВИЧ-инфекции увеличивается, если у женщины возникает воспаление молочных желёз (мастит), абсцесс груди или имеются трещинки на сосках или околососковой области;
- обсудить вопросы постоянного наблюдения за ростом, прибавкой массы тела и нервно-психическим развитием ребёнка (отставание в физическом и психомоторном развитии может быть одним из первых признаков наличия ВИЧ-инфекции у ребёнка).



При посещении семей, имеющих детей, рождённых ВИЧ - положительными матерями, специалист по уходу обязан проконтролировать соблюдение гигиенического режима при приготовлении молочных смесей и кормлении ребёнка.

Уход и наблюдение за детьми, рождёнными ВИЧ - положительными матерями

Для сохранения и поддержания физического здоровья любого ребёнка необходимо постоянное медицинское наблюдение за ним, качественный уход, полноценное и рациональное питание в соответствии с возрастом, своевременное выявление и лечение заболеваний и болезненных симптомов, соблюдение в месте проживания ребёнка санитарно-гигиенического режима.

Особое значение для нормального нервно-психического развития ребёнка имеет постоянное общение с ним, проведение игр и развивающих занятий.



Малыш, рождённый ВИЧ - положительной матерью, не требует какого-либо специального ухода, однако, его здоровье во многом будет зависеть от того, насколько ответственно родители будут подходить к медицинским осмотрам и выполнению необходимых процедур.

Дети, рождённые ВИЧ-положительной матерью, должны находиться под наблюдением в поликлинике по месту жительства и/или Центре СПИД, регулярно проходить осмотры специалистами и стандартные лабораторные исследования, обследование на внутриутробные инфекции, получить вакцинацию⁵¹ от инфекций (в соответствии с принятым в стране календарём прививок и состоянием здоровья ребёнка), а также своевременно получить профилактику пневмоцистной пневмонии⁵².

⁵¹Вакцинация является неотъемлемым этапом профилактики развития инфекционных заболеваний у детей, рождённых ВИЧ - положительными матерями. Вакцинация проводится согласно календарю прививок с некоторыми ограничениями, которые относятся к иммунизации живыми вакцинами, так как они могут вызвать тяжёлые осложнения и прогрессирование заболевания в случае, если ребёнок окажется инфицированным ВИЧ.

⁵²Детям, рождённым ВИЧ - положительными матерями, с 6-ой недели жизни, по назначению врача проводится профилактика пневмоцистной пневмонии триметаприм/сульфаметаксозолом (бисептолом).

Уход за ВИЧ - положительной женщиной в послеродовом периоде

При уходе за ВИЧ – положительной женщиной в послеродовом периоде специалисту по уходу необходимо:

- обучить женщину и /или членов её семьи мерам предосторожности при контакте с лохиями (выделениями из влагалища в послеродовом периоде), использованными гигиеническими прокладками или материалами со следами крови;
- обучить методам прекращения лактации;
- обучить мерам предосторожности при уходе за младенцем (не допускать контактов с инфицированными жидкостями матери или других членов семьи);
- рекомендовать женщине после выписки из роддома в кратчайший срок посетить гинеколога и получить консультацию по профилактике послеродовых инфекционных осложнений, а также по вопросам планирования семьи и безопасных способах контрацепции.

Раздел 1.6

Вторичные заболевания и некоторые патологические состояния, связанные с ВИЧ-инфекцией

Глава 1.6.1

Понятие вторичных и оппортунистических заболеваний и ко-инфекций

У человека, инфицированного ВИЧ, ВИЧ-инфекцию условно можно считать первичным заболеванием.

На фоне ВИЧ-инфекции, а также вследствие её у ВИЧ - положительного человека с течением времени возникают и развиваются инфекционные и /или онкологические заболевания с поражением различных органов и систем. Эти заболевания называют **вторичными**.

К их числу также относятся и так называемые **оппортунистические заболевания** - группа заболеваний, вызываемых условно-патогенной и сапрофитной флорой, то есть теми микроорганизмами, **которые при сохранном иммунитете никогда не вызывают у человека инфекционного процесса**.



Оппортунистические инфекции, как правило, возникают за счет активации собственной микрофлоры человека на фоне развивающегося иммунодефицита. Беспрепятственно размножаясь в организме человека в условиях иммунодефицита, эти микроорганизмы, в конечном счете, становятся непосредственной причиной смерти больных ВИЧ-инфекцией.

Возбудителями оппортунистических инфекций могут стать микроорганизмы разных классов, живущие в организме человека:

- вирусы;
- бактерии;
- грибы;
- простейшие.

Возникновение оппортунистических заболеваний говорит о значительном поражении ВИЧ иммунной системы. Количество CD4 лимфоцитов у ВИЧ - положительного человека являются прогностическими показателями развития оппортунистических заболеваний. Подверженность оппортунистическим заболеваниям резко возрастает, когда уровень циркулирующих CD4лимфоцитов становится менее 200 в 1 мкл крови (т.е. менее 0,2 млрд./л).

Развитие оппортунистических заболеваний способствует возникновению хронической полиорганной (т.е. затрагивающей одновременно несколько органов и систем) недостаточности, которая обуславливает разнообразие клинических проявлений и неуклонное прогрессирование ВИЧ-инфекции.



От своевременной диагностики оппортунистических заболеваний зависят успех лечения и продолжительность жизни ВИЧ - положительных людей, а также проведение профилактических мероприятий с целью предупреждения распространения оппортунистических заболеваний среди специалистов, предоставляющих уход, и их клиентов/подопечных.

Ко-инфекции - это заболевания, имеющие, как правило, сходные пути и условия передачи возбудителя. Эти заболевания не являются следствием или причиной друг друга, но могут усугублять течение друг друга и ухудшать прогноз у больного человека. Они могут возникать независимо друг от друга, но, используя одни и те же пути передачи, возбудители этих заболеваний очень часто присутствуют в организме инфицированного человека одновременно. Типичным примером ко-инфекции при ВИЧ могут служить вирусные гепатиты В и С.

Глава 1.6.2

Туберкулёз и ВИЧ-инфекция



В России туберкулёз занимает первое место в утверждённом Правительством РФ перечне социально-значимых заболеваний и продолжает оставаться основной причиной смерти среди всех вместе взятых инфекционных заболеваний.

Среди вторичных заболеваний, возникающих вследствие ВИЧ-инфекции, туберкулёз также занимает первое место. Туберкулёз является одним из первых проявлений развивающегося иммунодефицита и наиболее частой причиной смерти у людей с ВИЧ-инфекцией.

Туберкулёз - инфекционное заболевание, вызываемое **микобактериями туберкулёза** или палочками Коха, названными так по имени немецкого учёного Роберта Коха, который их впервые выявил и описал в 1882г.

Микобактерии туберкулёза довольно устойчивы к воздействию кислот, щелочей, спиртов. Однако, они весьма чувствительны к воздействию ультрафиолетовых лучей и высоким температурам: прямые солнечные лучи убивают их в течение нескольких минут, нагревание до 70°C - через 30 минут, кипячение - в течение 5-ти минут.

Туберкулёз распространяется воздушно-капельным путём. Возбудители туберкулёза попадают во внешнюю среду от больного туберкулёзом человека при кашле, чихании и разговоре с мельчайшими капельками откашливаемой им мокроты. Благодаря очень маленьким размерам, микобактерии туберкулёза легко приклеиваются к частичкам пыли, вместе с которой свободно перемещаются потоками воздуха или могут довольно долго находиться в нём виде пылевой взвеси.



Микобактерия туберкулёза обладает способностью длительное время существовать во внешней среде (например, в пыли), сохраняя свои болезнетворные свойства. Именно поэтому одним из мероприятий профилактики туберкулёза является частое проветривание и обязательно - влажная уборка помещений.

Попадание возбудителя в организм человека происходит при вдыхании воздуха, содержащего микобактерии туберкулёза. Но далеко не все люди, вдохнувшие такой воздух, заболевают. Вероятность развития туберкулёзного процесса зависит, прежде всего, от двух факторов:

- от количества попавших в организм человека возбудителей туберкулёза (чем больше микобактерий туберкулёза попало в организм, тем больше вероятность развития заболевания);
- от способности иммунной системы человека противостоять инфекции.

Соответственно, наибольший риск заболевания туберкулёзом имеют люди со сниженным иммунитетом, и в первую очередь - люди, страдающие ВИЧ-инфекцией. ВИЧ-инфекция и туберкулёз взаимно усугубляют течение друг друга. Одновременное наличие у человека ВИЧ-инфекции и туберкулёза может осложнить лечение каждого из этих заболеваний.



Туберкулёз распространяется исключительно от больных активным лёгочным туберкулёзом (когда происходит активное выделение микобактерий в окружающую среду, обычно при чихании, кашле или разговоре).

Основным источником распространения туберкулёза сегодня является не выявленный и не получающий необходимого лечения кашляющий больной туберкулёзом - бактериовыделитель. Каждый такой больной заражает туберкулёзом 10 -15 человек в год.

В случае развития туберкулёза в форме с отсутствием бактериовыделения (закрытая форма) передачи микобактерий от человека к человеку не происходит.

Туберкулёз может поражать любые органы и ткани (кроме ногтей), но чаще всего поражает лёгкие.

Попавшие в организм человека микобактерии туберкулёза начинают активно размножаться. В местах их размножения в поражённых органах формируется очаг воспаления с образованием характерных для туберкулёза бугорков. По мере прогрессирования заболевания область поражения может разрушаться, что приводит к появлению полостей, заполненных продуктами распада тканей и содержащих большое количество микобактерий туберкулёза.

У больных с сохранной иммунной системой зона туберкулёзного воспаления или полости распада постепенно отграничиваются от здоровых тканей создаваемой иммунной системой зоной отчуждения, что препятствует дальнейшему прогрессированию заболевания. При рентгенологическом исследовании грудной

полости у таких больных можно увидеть характерную для туберкулёза картину изменений в лёгочной ткани.



Обследование на туберкулёз лёгких взрослых и детей с ВИЧ-инфекцией следует начинать с вопросов, касающихся выявления следующих четырёх главных подозрительных на туберкулёз симптомов и жалоб:

- *кашель в настоящий момент времени,*
- * лихорадка более двух недель,*
- * потеря массы тела,*
- * потливость в ночное время.*

При внелегочном туберкулёзе симптомы заболевания зависят от того, какие именно органы или ткани поражают микобактерии туберкулёза, однако такие симптомы, как лихорадочное состояние, сильная хроническая усталость и резкая потеря веса являются универсальными для всех форм туберкулёза.

Особенности диагностики туберкулёза у людей с ВИЧ-инфекцией

У больных, находящихся на начальных стадиях ВИЧ-инфекции и имеющих относительно сохранный иммунитет, туберкулёз может развиваться и протекать практически так же, как и у людей без ВИЧ-инфекции, что позволяет проводить диагностику туберкулёза лёгких у таких больных так же, как и у не инфицированных ВИЧ, - то есть на основании совокупности следующих данных:

- по подозрительным на туберкулёз симптомам и жалобам;
- по результатам рентгенологического исследования грудной полости;
- по лабораторному обнаружению микобактерий туберкулёза в мазке;
- по результатам посева мокроты на биологические среды.

Диагностика туберкулёза у больных, находящихся на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, обычно затруднена, так как туберкулёз при глубоком иммунодефиците протекает не так, как обычно у больных без ВИЧ-инфекции. В частности, при глубоком иммунодефиците (CD4 лимфоцитов менее 200 кл/мкл) при рентгенологическом исследовании лёгких, как правило, не обнаруживается характерной для туберкулёза рентгенологической картины, отсутствует бактериовыделение, отмечается отрицательная реакция пробы Манту⁵³. Всё это иногда приводит к диагностическим ошибкам, даже несмотря на клиническое прогрессирование туберкулёзного процесса.

⁵³ Проба Манту – это метод специфической диагностики туберкулёза посредством внутрикожного введения туберкулина (водно-глицеринового экстракта культуры возбудителя туберкулеза, представляющего неполный антиген микобактерии туберкулёза) для определения повышенной специфической чувствительности организма к возбудителю туберкулёза. Положительной реакцией на пробу Манту является появление характерной папулы на месте введения. По проявлению ответной реакции на туберкулин решают вопрос об инфицированности человека микобактерией туберкулёза. При этом учитывается степень снижения иммунитета.

Диагноз туберкулёза лёгких у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции ставят на основании совокупности клинической картины, микробиологических данных и дополнительных инструментальных исследований.

Клиническая картина туберкулёза у большинства людей, находящихся на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, имеет характерную особенность, обусловленную стремительным распространением по всему организму с током крови туберкулёзной инфекции: **острое начало, иногда проявляющееся только лихорадкой до 40°C и резкой потливостью**. В ряде случаев может появляться клиническая картина, сходная с пневмонией, хотя при этом туберкулёзный процесс нередко поражает не только лёгкие, но и другие органы и системы, например, лимфатические узлы, почки, костную систему, центральную нервную систему (что особенно опасно). Развивается так называемый **милиарный туберкулёз**, который отличается быстрым прогрессированием, тяжёлым течением и в случае промедления лечения приводит к смертельному исходу.

Рекомендации специалисту по уходу по профилактике туберкулёза у клиентов/подопечных с ВИЧ-инфекцией

- выяснить все возможные контакты клиента/подопечного с больным активным туберкулёзом и прекратить их;
- немедленно организовать для клиента/подопечного консультацию врача фтизиатра в случае, если имел место контакт клиента/подопечного с больным активным туберкулёзом;
- обеспечить клиенту/подопечному полноценное и достаточное питание;
- обеспечить поддержание чистоты в местах проживания клиента/подопечного и оказать ему содействие в соблюдении личной гигиены;
- рекомендовать клиенту/подопечному делать всё возможное для поддержания иммунного статуса на максимально возможном высоком уровне (например, соблюдать приверженность к антиретровирусной терапии⁵⁴);
- обеспечить регулярное диспансерное наблюдение и своевременное посещение клиентом/подопечным лечащего врача;
- организовать для клиента/подопечного рентгенологическое обследование лёгких (не реже 2-х раз в год).



В период выраженного снижения иммунитета, как у специалиста по уходу, так и у самого больного ВИЧ-инфекцией должна быть особая настороженность в отношении туберкулёза. При появлении у больного ВИЧ-инфекцией выраженной лихорадки до 39° С и резкой потливости по ночам, ему требуется незамедлительная консультация фтизиатра. Жизнь больного в этих случаях напрямую будет зависеть от быстрого и чёткого выполнения предписаний врача.

⁵⁴Исследования показывают, что вовремя начатая АРТ значительно снижает риск возникновения туберкулёза.

Химиопрофилактика туберкулёза у больных с ВИЧ-инфекцией

Химиопрофилактика (превентивное лечение) туберкулёза назначается больным ВИЧ-инфекцией в том случае, если имел место контакт с больным туберкулёзом - бактериовыделителем. Порядок проведения химиопрофилактики туберкулёза у больных ВИЧ-инфекцией устанавливает фтизиатр Центра СПИДа.

О необходимости проведения химиопрофилактики туберкулёза также могут свидетельствовать результаты планового диспансерного обследования. ***Проведение планового диспансерного обследования имеет исключительно важное значение для больных ВИЧ-инфекцией, находящихся на любой стадии заболевания, и его проведением ни в коем случае нельзя пренебрегать.***

Химиопрофилактика туберкулёза у людей с ВИЧ-инфекцией проводится с учётом клинических стадий ВИЧ-инфекции и оценки иммунного статуса больного.

На ранних стадиях ВИЧ-инфекции химиопрофилактика туберкулёза назначается в тех же случаях и по тем же принципам, что у не инфицированных ВИЧ лиц (изониазид 10 мг/кг 6 месяцев). На поздних стадиях ВИЧ-инфекции противотуберкулёзные препараты больному ВИЧ-инфекцией назначаются фтизиатром центра СПИДа индивидуально с учётом факторов риска.

Лечение туберкулёза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией

Лечение туберкулёза у больных ВИЧ-инфекцией проводится в соответствии со стандартными режимами терапии туберкулёза, утвержденными Минздравом России, но с учётом особенностей лечения этой патологии у больных ВИЧ-инфекцией.



Важно: лечение сочетанной инфекции (ВИЧ-инфекция + туберкулёз) всегда следует начинать с лечения туберкулёза, и начинать немедленно, при любых показателях иммунного статуса.

Основное место в лечении туберкулёза, в том числе сочетанного с ВИЧ-инфекцией, занимает химиотерапия – применение комбинаций антибактериальных препаратов. Одни из антибактериальных препаратов направлены на уничтожение микобактерий (бактерицидный эффект), другие - на подавление процессов размножения возбудителей туберкулёза (бактериостатический эффект).

Комбинацию антибактериальных препаратов всегда назначает только врач-фтизиатр с учётом клинической формы и распространённости туберкулёзного процесса, чувствительности возбудителя к основным противотуберкулёзным препаратам, наличию и тяжести проявления сопутствующих заболеваний.

Все противотуберкулёзные антибактериальные препараты разделяют на две основные группы:

- ***препараты первого ряда*** – самые активные в отношении микобактерий туберкулёза препараты (изониазид, рифампицин, этамбутол, пипразинамид, стрептомицин);

- **препараты второго ряда** – резервные препараты, которые используются в случаях, если имеется устойчивость (невосприимчивость) микобактерии туберкулёза к одному или нескольким из препаратов первого ряда (канамицин или амикацин, этионамид или притионамид, циклосерин, капреомицин, аминосалициловая кислота, фторхинолоны).

В ряде случаев в лечении туберкулёза используют также препараты **третьего ряда** (кларитромицин, амоксициллин с клавулоновой кислотой, клофамизин, лизенолид).



Лекарственная устойчивость микобактерии туберкулёза может сформироваться к разным антибактериальным препаратам или их группам.

В случае появления микобактерий туберкулёза, устойчивых к одному из препаратов первого ряда, говорят просто о туберкулёзе с лекарственной устойчивостью (ЛУ туберкулёз).

В случае выявления у возбудителя туберкулёза комбинированной устойчивости к основным препаратам первого ряда (изониазиду и рифампицину), а также к одному из препаратов группы фторхинолонов второго ряда, говорят о туберкулёзе с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ туберкулёз).

Если имеет место устойчивость микобактерии туберкулёза ко всем препаратам группы фторхинолонов и, как минимум, к одному из трёх инъекционных препаратов второго ряда (капреомицину, канамицину или амикацину), говорят о туберкулёзе с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ туберкулёз).

Лечение туберкулёза – это всегда достаточно длительный процесс, что обусловлено необходимостью воздействия антибактериальными препаратами на все формы микобактерий туберкулёза, которые могут одновременно находиться в очаге туберкулёзного воспаления. Формы, в которых могут пребывать микобактерии туберкулёза, определяются:

- **их метаболической активностью** (активностью размножения): выделяют активно размножающиеся и слабо размножающиеся (персистирующие «спящие») формы;
- **их локализацией**: выделяют внеклеточные (т.е. находящиеся вне макрофагов) и внутриклеточные (т.е. находящиеся внутри макрофагов) формы.

В большинстве своём антибактериальные препараты в первую очередь действуют на микобактерии туберкулёза с сохранённой метаболической активностью, которая выше у внеклеточных, ниже - у внутриклеточных и минимальна - у персистирующих («спящих») форм микобактерий туберкулёза.

По мере снижения в процессе лечения туберкулёза популяции метаболически активных форм микобактерий, их место постепенно занимают просыпающиеся и активизирующиеся персистирующие формы.

Длительность лечения туберкулёза обусловлена необходимостью уничтожения всех, в том числе постепенно просыпающихся персистирующих микобактерий туберкулёза.

В связи с различным состоянием микобактериальной популяции на разных этапах заболевания, в проведении химиотерапии туберкулёза выделяют две фазы лечения:

- **Интенсивная или начальная фаза лечения**, которая направлена на подавление наиболее активных микобактерий туберкулёза. В случаях впервые выявленного туберкулёза в эту фазу назначают комбинацию из 4-х или 5-ти препаратов первого ряда, основными из которых являются изониазид и рифампицин. Эти препараты взаимно дополняют друг друга и воздействуют на активно размножающиеся (расположенные как вне, так и внутри макрофагов), а также на выходящие из латентного («спящего») состояния микобактерии туберкулёза. Длительность этой фазы лечения обычно составляет от 2-х до 4-х месяцев для туберкулёза с сохранённой чувствительностью возбудителя, и от 6-ти до 8-ми месяцев при лечении МЛУ туберкулёза.
- **Фаза продолжения лечения** направлена на поражение медленно размножающихся персистирующих микобактерий туберкулёза, которые в силу своей низкой метаболической активности плохо поддаются уничтожению противотуберкулёзными препаратами. Это самая длительная фаза лечения, которая, в случае лечения туберкулёза с сохранённой чувствительностью возбудителя к основным противотуберкулёзным препаратам, продолжается не менее 6-ти – 9-ти месяцев, а в случае лечения МЛУ туберкулёза – до 18-ти и более месяцев.

Как правило, интенсивная фаза лечения у впервые выявленных больных туберкулёзом проводится в стационаре противотуберкулёзного диспансера, поддерживающая фаза – в амбулаторных условиях.

Самое важное условие успешного лечения туберкулеза – бесперебойный ежедневный приём суточной дозы противотуберкулёзных препаратов в течение всего курса лечения, особенно во время интенсивной его фазы. Суточная доза противотуберкулёзных препаратов обычно принимается однократно утром до еды. Изредка, в случае тяжёлого поражения печени, суточную дозу разделяют на два или три приёма. В случае перебоев в лечении у микобактерии туберкулёза очень быстро, иногда уже при пропуске 2-х доз в течение недели, формируется устойчивость к основным противотуберкулёзным препаратам.



Важно помнить, что туберкулёз с сохранённой чувствительностью микобактерии к основным противотуберкулёзным препаратам, относится к числу полностью излечиваемых заболеваний.

Лечение туберкулёза, вызванного микобактериями, устойчивыми к противотуберкулёзному препарату, чрезвычайно трудоёмкий, дорогостоящий и длительный процесс, прогноз которого не всегда благоприятный.

Основным фактором риска развития туберкулёза с лекарственной устойчивостью является прерванное и незаконченное лечение туберкулёза.

В лечении больных туберкулёзом особое значение приобретает непосредственно контролируемый приём суточной дозы противотуберкулёзных препаратов, когда медработник или специально обученный специалист по уходу непосредственно наблюдает за приёмом препаратов и может быть уверенным, что все препараты больным приняты, а также оказывает больному моральную и психологическую поддержку, настраивая его на бесперебойное лечение.

Дисциплинированность в соблюдении режима приёма противотуберкулёзных препаратов также способствует своевременному распознаванию и купированию возможных побочных эффектов.



Специалист по уходу должен убедить клиента/подопечного начать и не прерывать назначенную фтизиатром противотуберкулёзную терапию, помочь ему быть аккуратным и дисциплинированным в соблюдении режима приёма препаратов, а также помочь медицинскому персоналу в работе с больным при появлении у него побочных эффектов от лечения.

Главные аргументы для мотивации клиента/подопечного на лечение туберкулёза:

**туберкулёз излечим (при строгом соблюдении режима лечения);*

**пренебрежение к лечению туберкулёза может быстро привести к летальному исходу.*

Подходы к назначению АРВ терапии при лечении туберкулёза у больных ВИЧ-инфекцией

К назначению антиретровирусной терапии (АРТ) больным туберкулёзом и ВИЧ-инфекцией Российское Национальное общество инфекционистов⁵⁵ рекомендует подходить дифференцированно, в зависимости от переносимости противотуберкулёзных препаратов и состояния иммунного статуса больного, что отражено в приведённой ниже таблице:

Антиретровирусная терапия у больных туберкулёзом и ВИЧ-инфекцией	
Количество CD4 лимфоцитов	Рекомендации по началу АРТ
<100 кл/мкл	Начать АРТ, как только будет установлена переносимость лечения туберкулёза (через 2-3 недели)
от 100–350 кл/мкл	Начать АРТ как можно раньше (в течение первых 2-х месяцев). При наличии нежелательных реакций на противотуберкулёзные препараты и низкой приверженности пациента к лечению, АРТ назначают после завершения интенсивной фазы терапии туберкулёза.

⁵⁵ Журнал «Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы» Приложение. 2014, №6. стр.25

	При снижении количества CD4 лимфоцитов <100 кл/мкл АРТ подключают незамедлительно.
>350 кл/мкл	Наблюдать за числом CD4 лимфоцитов. АРТ подключают, если только количество CD4 лимфоцитов становится <350ккл/мкл или имеет место прогрессирующее туберкулёз.

В процессе лечения больному туберкулёзом и ВИЧ-инфекцией необходимо постоянно оказывать психологическую поддержку с целью закрепления установки на важность строгого соблюдения лечебного режима и воздержания от приёма наркотических веществ и/или алкоголя.

Некоторые обязательные мероприятия при уходе за больными туберкулёзом и ВИЧ-инфекцией⁵⁶

- Тщательно и регулярно мыть руки с мылом всем, кто контактирует с больным.
- Использовать марлевую маску⁵⁷; если есть вероятность загрязнения одежды – одевать халат (касается всех лиц, которые контактируют с больным).
- Попросить больного при кашле прикрывать рот салфеткой. Использованные салфетки упаковывать в пакеты, которые желательно впоследствии сжигать.
- Проводить частое проветривание помещений, где находится больной.
- Проводить регулярную влажную уборку помещений, где находится больной, и мест общего пользования с применением дезинфицирующих средств.



Категорически запрещается в местах пребывания больного туберкулёзом проводить сухую уборку, так как это и неэффективно, и может способствовать более широкому пространственному распространению микобактерий.

- Измерять температуру тела больного два раза в сутки (утром и вечером) и записывать показания.
- При появлении в мокроте больного прожилок крови немедленно поставить в известность лечащего врача.

⁵⁶ Более подробную информацию по методам и технике ухода, в том числе, за больными туберкулёзом, другими инфекционными заболеваниями, а также за больными с проблемами зрения, слуха, тяжело больными и умирающими людьми можно найти в учебном пособии для медицинских сестер службы милосердия Российского Красного Креста «Основы ухода в домашних условиях» (Москва, 1997 г.) и «Уход за больными туберкулёзом в амбулаторной фазе лечения» (Москва, 2000 г.).

⁵⁷ Необходимо помнить о том, что, хотя марлевая повязка способна защитить от попадания в дыхательные пути частичек слюны и мокроты больного туберкулёзом, степень защиты обычной марлевой маски от микроорганизмов, в том числе от возбудителей туберкулёза, невелика. В данном случае требуется специальная защитная маска, либо обычную марлевую маску следует каждые три часа менять, а использованную для повторного применения - обрабатывать дезсредствами в соответствии с инструкциями к ним.

- Следить за полноценным питанием больного, его отдыхом и соблюдением мер личной гигиены.
- Осуществлять **контроль за своевременным и полным приёмом больным противотуберкулёзных препаратов** и оказывать помощь и поддержку больному в случае возникновения побочных эффектов.⁵⁸

Глава 1.6.3

Вирусные гепатиты В и С и ВИЧ-инфекция

Вирусные гепатиты - широко распространённые инфекционные заболевания, занимающих одно из первых мест среди вирусных инфекций человека.

Вирусные гепатиты вызываются различными вирусами, **поражающими только печень.**

По механизмам заражения и путям передачи выделяют две группы вирусных гепатитов:

- гепатиты А и Е, которые передаются через воду, пищу, грязные руки, грязные игрушки и т.п. (т.е. имеют так называемый фекально-оральный путь передачи);
- гепатиты В, D, С, G и др., которые передаются через контакты с инфицированной кровью (парентеральный путь передачи), при половых контактах, а также от матери ребенку во время беременности и/или родов.



Наибольшую опасность из-за распространённости и тяжёлых последствий заражения представляют вирусы гепатитов В и С. Гепатиты, вызываемые этими вирусами, и ВИЧ-инфекция передаются одинаковыми путями, но являются более «живучими» и более «заразными» по сравнению с ВИЧ, следовательно, риск передачи вирусов гепатитов В и С гораздо выше, чем риск передачи ВИЧ.

Вирусные гепатиты В и С наиболее распространены среди потребителей инъекционных наркотиков.

В контексте ВИЧ-инфекции **вирусные гепатиты В и С** (далее соответственно - ВГВ и ВГС) **являются ко-инфекцией** (т.е. сопутствующей, а не оппортунистической инфекцией).

Вирусные гепатиты В и С (особенно ВГС) часто протекают незаметно или проявляются незначительными изменениями общего состояния, такими, как слабость, отсутствие аппетита, тошнота, иногда - рвота, диарея, усталость, желтизна склер и/или кожи.

Желтуха, боли в боку, повышенная температура - все эти симптомы могут и отсутствовать, однако даже при отсутствии симптомов у инфицированного человека вирусы гепатитов В и С коварно разрушают печень и наносят значительный ущерб здоровью.

⁵⁸Специалист по уходу должен предварительно проконсультироваться с лечащим врачом-фтизиатром по режиму приёма препаратов и по облегчению побочных эффектов, и составить индивидуальный план ухода за клиентом/подопечным.

Вирусный гепатит В (ВГВ) может проявлять себя незначительной температурой, болью в суставах, иногда - высыпаниями на коже.

В нескольких исследованиях⁵⁹ показано, что у ЛЖВ с ко-инфекцией (ВИЧ и ВГС) фиброз печени прогрессирует быстрее, чем у ЛЖВ только с ВГС, даже с учётом таких факторов, как возраст, пол и употребление алкоголя.

ВИЧ-инфекция ускоряет прогрессирование связанного с ВГС поражения печени, особенно у ВИЧ - положительных с более выраженным иммунодефицитом,

ВГС практически не влияет ни на эффективность АРТ, ни на иммунологические, вирусологические и клинические показатели прогрессирования ВИЧ-инфекции. Однако, при одновременном заражении несколькими определёнными генотипами ВГС такое влияние возможно.

Длительное наблюдение в ходе разных исследований не показало больших различий в уровнях связанной с ВИЧ-инфекцией смертности между больными с ко-инфекцией ВГС и ВИЧ и имеющими только ВИЧ-инфекцию, особенно, если они получают АРТ. Однако у ВИЧ-положительных людей, инфицированных вирусным гепатитом С, повышается риск поражения печени и усиления гепатотоксического действия антиретровирусных препаратов, а также выше показатели смертности от заболеваний печени.



Симптомы гепатитов проявляются не сразу после инфицирования, а спустя некоторое время (от 50-ти до 180-ти дней), в течение которого вирус размножается и накапливается в организме инфицированного им человека.

Нередко заболевание вирусными гепатитами В и/или С может принимать хроническое течение, постепенно прогрессировать, привести к циррозу печени и смерти больного.

Особой коварностью отличается вирусный гепатит С, который чаще всего сразу переходит в хроническую форму. Заболевший ВГС человек поначалу может не предъявлять никаких жалоб. Вирусный гепатит С в большинстве случаев проявляет себя только через некоторое время уже серьёзными осложнениями.

Существуют специальные тесты, позволяющие узнать, в какой форме (острой или хронической) протекает вирусный гепатит С, а также определить тип вируса.

На какие симптомы и жалобы клиента/подопечного специалист по уходу должен обратить внимание:

- на повышенную утомляемость клиента/подопечного;
- на боль или чувство тяжести в правом подреберье;
- на изменение цвета кожных покровов и слизистых оболочек (пожелтение кожи, «белков» глаз и т.д.);
- на изменение цвета (потемнение) мочи;
- на появление сосудистых «звёздочек» на коже;

⁵⁹Источник: «Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе. Клинические протоколы для Европейского региона ВОЗ», 2011

- на изменение размеров и формы печени (при ощупывании живота край печени начинает выступать из-под рёберной дуги);
- на пальцы подопечного (их форма может принимать вид барабанных палочек);
- на расширенные вены передней брюшной стенки;
- на симптомы печёночной недостаточности (асцит⁶⁰, желтуха, энцефалопатия и т.д.).



Наличие гепатита осложняет течение любого другого заболевания, в том числе и ВИЧ-инфекции.

Необходимость при ВИЧ-инфекции принимать антиретровирусную терапию и многочисленные лекарственные препараты для профилактики и лечения оппортунистических и вторичных заболеваний создаёт дополнительную нагрузку на печень. Ослабление иммунной системы и влияние различных инфекций, развивающихся на фоне иммунодефицита, также ухудшает состояние печени.

Специалист по уходу должен уделять особое внимание контролю за состоянием печени ВИЧ - положительного клиента/подопечного, особенно в тех случаях, когда клиент/подопечный получает антиретровирусную терапию или другие лекарственные препараты.

Подбор **специальных лекарств для защиты печени и особой диеты** осуществит лечащий врач, а специалист по уходу должен проконтролировать приём клиентом/подопечным лекарственных препаратов, соблюдение диеты и режима питания.

Лечение вирусного гепатита С и антиретровирусная терапия

Без лечения гепатит С может привести к развитию фиброза, цирроза или рака печени.



По результатам клинического и лабораторного обследования всех клиентов/подопечных с ко-инфекциями ВИЧ и ВГС можно разделить наследующие четыре категории:

- 1. лечение гепатита С или ВИЧ-инфекции не требуется;*
- 2. необходимо лечить только гепатит С;*
- 3. необходимо лечить только ВИЧ-инфекцию;*
- 4. необходимо лечить оба заболевания.*

Клиенты/подопечные с ко-инфекцией ВГС и ВИЧ не нуждаются в лечении ни того, ни другого заболевания, если:

- число лимфоцитов CD4 > 350/мкл, симптомы ВИЧ-инфекции отсутствуют;
- имеются антитела к ВГС при отсутствии репликации РНК ВГС.

⁶⁰Асцит - скопление большого количества жидкости в разных частях тела.

Если лечение не требуется, мониторинг состояния клиента/подопечного проводят каждые шесть месяцев (клиническое обследование и исследование показатели функции печени) и один раз в три года исследуют признаки поражения печени (с использованием неинвазивных методов).

Назначение лечения при выявлении активного, либо хронического ВГС

Всем ВИЧ - положительным клиентам/подопечным, инфицированным вирусом гепатита С, настоятельно рекомендуется пройти курс химиотерапии ВГС по двум основным причинам:

- у людей с ВИЧ-инфекцией заболевание печени прогрессирует до терминальной стадии быстрее и в более раннем возрасте, чем у клиентов/подопечных без ВИЧ-инфекции.
- у клиентов/подопечных с ко-инфекцией (ВИЧ + ВГС) риск гепатотоксического действия АРВ-препаратов после начала АРТ выше, чем у клиентов/подопечных только с ВИЧ-инфекцией. Таким образом, успешное лечение вирусного гепатита С облегчает последующее лечение ВИЧ - положительных клиентов/подопечных, получающих АРТ.

Лечение гепатита С позволяет за определённый период времени (обычно – за 6 - 12 месяцев) добиться элиминации⁶¹ вируса гепатита С.

Если у клиента/подопечного с активным или хроническим вирусным гепатитом С число лимфоцитов CD4 >350/мкл, а симптомы ВИЧ-инфекции при этом отсутствуют, ему предлагают лечение только ВГС, не назначая АРТ. Решение о назначении АРТ принимается после завершения лечения ВГС.

Начало АРТ у больных с ко-инфекцией рекомендуется начинать при высокой вирусной нагрузке, быстром снижении числа лимфоцитов CD4 или при появлении клинических симптомов выраженного иммунодефицита.

АРТ следует начинать до того, как число лимфоцитов CD4 упадет <200 кл/мкл.



Существуют также исследования⁶², которые показывают, что для достижения хорошего результата у людей с ко-инфекцией (ВИЧ + ВГС) антиретровирусная терапия должна начинаться как можно раньше.

АРТ, которая была начата до того, как количество CD4 лимфоцитов стало ниже 300 кл/мкл, помогает контролировать гепатит С.

Показателями к одновременному назначению лечения ВИЧ-инфекции и ВГС служат следующие критерии:

- число CD4 лимфоцитов падает до 350кл/мкл и менее, и присутствуют клинические симптомы иммунодефицита;

⁶¹Элиминация (в биологии) - гибель отдельных особей или целых групп организмов (популяций, видов).

⁶²Источник: Партнёрский центр по исследованию СПИДа в Массачусетсе, США (журнал PloS Medicine)

- вирусная нагрузка (РНК ВИЧ) растёт и составляет 100 000 и более копий/мл;
- число лимфоцитов CD4 упало до 200кл/мкл и ниже (независимо от наличия клинических симптомов);
- присутствуют симптомы острого или хронического вирусного гепатита С.

Стратегия начала лечения ВГС у больных с ВИЧ-инфекцией:

- У больных с ко-инфекцией при тяжелом иммунодефиците (число лимфоцитов CD4 <200 кл/мкл) лечение гепатита С начинают **только после того, как число лимфоцитов CD4 будет повышено с помощью АРТ.**
- Если число лимфоцитов CD4 составляет 200 - 350 кл/мкл, ВОЗ рекомендует начать с лечения вирусного гепатита С, чтобы избежать взаимодействий между АРВ-препаратами и препаратами, используемыми для лечения ВГС, а также для облегчения соблюдения режима лечения. Через 12 месяцев, после окончания курса лечения вирусного гепатита С, начинают АРТ.
- Если по клиническим или лабораторным показаниям необходимо назначение АРТ или она уже начата, нужно удостовериться в стабильности её проведения на протяжении нескольких месяцев (приверженность лечению, отсутствие побочных эффектов, число лимфоцитов составляет CD4 >200кл/мкл), и только затем приступить к лечению вирусного гепатита С⁶³. В некоторых случаях по просьбе больного лечащий врач может принять решение о прерывании АРТ на период лечения гепатита С (но только при условии, что у больного количество CD4 лимфоцитов не менее 200кл/мкл). После окончания терапии гепатита С или при снижении числа лимфоцитов CD4 до уровня менее 200кл/мкл обычно возвращаются к первоначальной схеме АРТ.

У больного ВИЧ-инфекцией, находящегося на поздних стадиях фиброза печени, лечение вирусного гепатита С должно быть приоритетным.

Мероприятия по уходу за клиентами/подопечными с ко-инфекцией (ВИЧ-инфекция + ВГС)

- необходимо обеспечить контроль за своевременным и полным приёмом лекарственных препаратов ВИЧ - положительным клиентом/подопечным;
- необходимо отрегулировать питание клиента/подопечного в соответствии с рекомендациями врача, исключив из меню жирную, жареную, острую или консервированную пищу, крепкий чай, кофе и напитки с синтетическими красителями, алкоголь;
- необходимо увеличить количество употребляемой клиентом/подопечным жидкости до 1,5- 2 литров в день в виде минеральной воды, соков, компотов т.п.;

⁶³ АРТ при этом продолжают, но перед началом приёма химиопрепаратов для лечения ВГС некоторые АРВ-препараты могут потребовать замены.

- необходимо организовать питание клиента/подопечного малыми, но частыми порциями (5-6 раз в день);
- рекомендовать клиенту/подопечному избегать длительного пребывания на солнце, перегревания или переохлаждения;
- необходимо проследить, чтобы клиент/подопечный имел возможность отдыхать достаточное количество времени, и избегал переутомления;
- рекомендовать клиенту/подопечному прекратить (по-возможности) употребление наркотиков, алкоголя, и оказать ему помощь в получении специального лечения от наркотической и/или алкогольной зависимости.

Необходимо разъяснить клиенту/подопечному, что наличие вируса гепатита С изменяет реакцию организма на наркотики и алкоголь, поскольку большинство из них перерабатываются в печени. Если человек, страдающий гепатитом, продолжает употреблять наркотики и/или алкоголь, повышается вероятность передозировки наркотика и/или отравления алкоголем, поскольку печень начинает хуже справляться со своими функциями.



Всем подопечным с ВГС и неустановленным ВИЧ-статусом специалист по уходу должен предложить обследование на ВИЧ-инфекцию и соответствующее консультирование, поскольку пути передачи этих инфекций совпадают, а инфицирование ВИЧ делает течение вирусного гепатита С более тяжёлым.

Специалист по уходу должен объяснить клиенту/подопечному причины проведения обследований на наличие ВИЧ и подчеркнуть, что это важно для выбора правильной тактики лечения ВГС. Однако при этом следует обязательно также объяснить клиенту/подопечному, что он вправе отказаться от обследования на ВИЧ-инфекцию, так как данное обследование должно проводиться только добровольно и на основе информированного согласия клиента/подопечного.

Глава 1.6.4

Инфекции органов дыхания у клиентов/подопечных с ВИЧ-инфекцией

Лёгочные инфекции занимают первое место среди рецидивирующих (повторяющихся) инфекционных заболеваний у больных с ВИЧ-инфекцией и нередко представляют реальную угрозу для их жизни. В зависимости от типа возбудителя, они могут быть бактериальными, вирусными и грибковыми.



Бактериальные пневмонии, которые могут вызываться некоторыми видами стафилококка, стрептококка и некоторыми другими бактериями, наиболее широко распространены у ЛЖВ.

При малейшем подозрении на пневмонию необходимо обратиться к врачу, т.к. клиенту/подопечному может потребоваться срочная госпитализация и немедленное назначение антибактериальной терапии.

Симптоматика инфекций органов дыхания, вне зависимости от типа возбудителя, часто носит сходный характер.

На какие симптомы и жалобы клиента/подопечного специалист по уходу должен обратить внимание:

- на кашель и его характер (сухой или с отделением мокроты и т.д.);
- на наличие лихорадки (необходимо регулярно, не реже 2-х раз в день, измерять и записывать температуру клиента/подопечного);
- на боль в груди (её локализация, связь с кашлем);
- на одышку и затруднения при дыхании;
- на характер дыхания (частое, поверхностное и т.д.).

Мероприятия по уходу:

- необходимо помочь клиенту/подопечному строго соблюдать режим приёма назначенных лечащим врачом лекарств;
- необходимо отрегулировать диету клиента/подопечного в соответствии с рекомендациями врача;
- при отсутствии противопоказаний можно для облегчения кашля добавить в диету тёплое питье с лимоном, медом, а также применить паровые ингаляции с добавлением различных лекарственных растений (например, эвкалипта);
- длительный (более трёх недель) кашель с отделением мокроты может быть признаком туберкулёза - в данном случае необходима срочная консультация врача-фтизиатра;
- при одышке и затруднении дыхания необходимо помочь клиенту/подопечному принять удобную для него позу (чаще всего, клиенты/подопечные с затруднённым дыханием сами выбирают удобную для себя позу - сидя с небольшим наклоном вперед и подложив под спину подушку);
- необходимо, чтобы помещение, где находится клиент/подопечный, хорошо проветривалось - больному должен быть обеспечен постоянный приток свежего воздуха;
- необходимо клиенту/подопечному чаще давать питьё (особенно при наличии густой мокроты);
- необходимо обеспечить клиента/подопечного банкой с крышкой для отхаркивания мокроты.



Специалисту по уходу необходимо помнить самому и объяснить окружающим больного клиента/подопечного лицам, что обращаться с мокротой надо осторожно, чтобы избежать распространения инфекции: содержимое банки выливать в унитаз, банку мыть дезинфицирующими средствами.

Пневмоцистная пневмония

Пневмоцистная пневмония - это воспаление лёгких, вызываемое грибом пневмоцистой. Пневмоцистная пневмония является наиболее распространенной оппортунистической инфекцией органов дыхания, особенно среди детей, инфицированных ВИЧ.

Пневмоцистную пневмонию можно заподозрить, если ВИЧ - положительного человека начинает беспокоить одышка, высокая температура, сухой кашель. При прогрессировании пневмоцистной пневмонии часто наблюдаются признаки лёгочной недостаточности, в частности одышка и цианоз (синюшный цвет слизистых оболочек и кожи, особенно в области губ, носогубного треугольника, кончиков пальцев). Иногда пневмоцистная пневмония протекает без лёгочных проявлений.



Стоит иметь в виду, что в осенне-зимние месяцы многие люди болеют гриппом или другими вирусными заболеваниями, симптомы которых похожи на начальные проявления пневмоцистной пневмонии.

Пневмоцистная пневмония хорошо поддается лечению, особенно в начальной стадии, при которой лечение можно проводить амбулаторно. Однако заболевание быстро прогрессирует, и при несвоевременном назначении лечения оно может принять тяжёлое течение и привести больного к смерти.

Риск возникновения пневмоцистной пневмонии резко возрастает при низких показателях иммунной системы, когда CD4 лимфоцитов составляет менее 200 кл/мкл. ВИЧ - положительным людям с такими показателями иммунного статуса для предупреждения развития заболевания рекомендуется приём антимикробных препаратов, в частности, триметаприма/сульфаметаксозола (бисептола). Такая же профилактика бисептолом показана всем, кто уже перенёс пневмоцистную пневмонию, чтобы уберечься от новой вспышки болезни.

Специалист по уходу, после консультации с лечащим врачом, должен объяснить клиенту/подопечному необходимость приёма бисептола и контролировать соблюдение клиентом/подопечным режима проводимого лечения.

На какие симптомы и жалобы клиента/подопечного специалист по уходу должен обратить внимание:

- на наличие кашля: постепенно усиливающийся сухой кашель (на протяжении нескольких недель, а иногда и месяцев);
- на появление одышки без значительной физической нагрузки;
- на появление боли или чувства сдавливания в груди;
- на повышение температуры тела (обычно не выше 39⁰С);
- на нарастающую усталость и слабость.

При возникновении у ВИЧ - положительного клиента/подопечного одного или сразу нескольких вышеперечисленных симптомов (в особенности, кашля), специалист по уходу должен немедленно сообщить об этом лечащему врачу.

В зависимости от степени тяжести заболевания лечение будет проводиться амбулаторно или в стационаре, и в соответствии с этим специалист по уходу должен организовать уход и наблюдение за клиентом/подопечным.

Пневмонии другой этиологии у клиентов/подопечных с иммунодефицитом

Пневмонии также могут вызываться грибами (например, криптококком или гистоплазмой) и вирусами (в частности, вирусом простого герпеса). Такие пневмонии с трудом поддаются лечению. Основные клинические симптомы и рекомендации по уходу идентичны описанным выше.

Глава 1.6.5

Инфекции и заболевания нервной системы при ВИЧ-инфекции

Поражение нервной системы могут быть вызваны многочисленными оппортунистическими инфекциями - бактериальными, вирусными или грибковыми. Некоторые из возбудителей оппортунистических инфекций (грибы криптококк и кандиды, вирусы герпеса, микобактерия туберкулёза, токсоплазма и др.) могут приводить к воспалению тканей мозга (вызывая энцефалиты) и мозговых оболочек (вызывая менингиты). В частности, при ВИЧ-инфекции может возникнуть криптококковый менингит, от которого умирает до 10% ВИЧ - положительных людей во всём мире.

Прямое действие ВИЧ на клетки нервной системы также может приводить к развитию различных заболеваний нервной системы, в том числе энцефалопатии⁶⁴, миелопатии⁶⁵ и периферической невропатии⁶⁶.



С ВИЧ-инфекцией связывают множество неврологических нарушений, включая, в частности, атрофию и дегенерацию вещества головного мозга, атрофию мозжечка, паралич лицевого нерва и ряд других синдромов.

Симптомы, характерные для поражения нервной системы

При ВИЧ-инфекции могут появляться самые различные симптомы со стороны нервной системы: головная боль, тошнота, рвота, температура, затруднённая и болезненная

⁶⁴Энцефалопатия - синдром диффузного поражения головного мозга, в основе которого лежит механизм ишемии (нарушение кровоснабжения), гипоксии (кислородное голодание) мозговой ткани и как следствие, явления гибели нервных клеток, обусловленного различными болезнями и патологическими состояниями.

⁶⁵ Миелопатия – поражение спинного мозга.

⁶⁶Периферическая невропатия - заболевание периферических нервов (все нервы, кроме тех, что расположены в головном и спинном мозге). Примерно у 30% людей, живущих с ВИЧ, развивается периферическая невропатия.

мышц шеи при наклоне головы вперёд, спутанное сознание, судороги, нарушение чувствительности, параличи и другие.

Специалист по уходу должен помнить, что при появлении этих симптомов необходима немедленная госпитализация в стационар и назначение соответствующего курса лечения.

Периферическая невропатия

Периферическая невропатия - заболевание нервной системы, выражающееся в виде нарушений чувствительности и функционирования конечностей, а при прогрессировании процесса – и функций внутренних органов. Данное заболевание может быть вызвано как прямым цитопатическим действием ВИЧ на клетки нервной системы, так и другими возбудителями (например, цитомегаловирусом), или же быть следствием побочных эффектов от приёма лекарств. Отмечается волнообразное течение болезни: улучшение сменяется ухудшением и наоборот.

На какие симптомы и жалобы клиента/подопечного специалист по уходу должен обратить внимание:

- на появление болей в конечностях и её характер (жгучая, острая и т.д.);
- на возникающие судороги, параличи (чаще в руках, чем в ногах), причём поражение часто бывает симметричным (сразу обе руки или обе ноги);
- на чувство онемения, покалывания и/или нарушение чувствительности в конечностях.

Мероприятия по уходу:

- необходима консультация невролога (обязательное требование!);
- если причиной появления указанных выше симптомов являются лекарственные препараты, необходимо снизить дозу или заменить препарат другим (только после консультации врача и по его рекомендации);
- следить, чтобы клиент/подопечный не пребывал долго в физически пассивном состоянии.



Движения необходимы для тренировки мышц и суставов клиента/подопечного, страдающего периферической невропатией. Необходимо поощрять желание клиента/подопечного двигаться.

Если клиент/подопечный не в состоянии двигаться сам, необходимо не реже 2-х раз в день выполнять с ним простой комплекс упражнений для конечностей на амплитуду и делать клиенту/подопечному массаж (по рекомендации врача).

Энцефалопатия, обусловленная ВИЧ-инфекцией

На поздних стадиях ВИЧ-инфекции существует вероятность снижения интеллекта и развития слабоумия (деменции), симптомы которого схожи с симптомами деменции

при возрастном снижении интеллекта у пожилых людей. Однако с помощью антиретровирусных препаратов можно предупредить развитие нарушения интеллекта даже на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.



Ранее признаки интеллектуальной недостаточности обнаруживались более, чем у половины людей на поздних стадиях ВИЧ-инфекции. В настоящее же время на фоне АРТ они наблюдаются менее, чем у 5% ЛЖВ. Это означает, что в случае применения антиретровирусных препаратов, вероятность снижения интеллекта у людей с ВИЧ-инфекцией невысока.

На какие симптомы и жалобы клиента/подопечного специалист по уходу должен обратить внимание:

- на появление таких изменений в поведении человека как забывчивость, невнимательность, вялое и затруднённое мышление, сонливость, апатия (состояние полного безразличия, равнодушия), необоснованное стремление к одиночеству;
- на появление таких объективных симптомов, как неуверенная походка, изменение почерка, трудности при выполнении точных движений.

Заболевание может начинаться постепенно или внезапно. В случаях, когда заболевание начинается постепенно, изменения в поведении человека первыми могут заметить окружающие, а не он сам. Заболевание может протекать достаточно быстро (от нескольких месяцев до года), его развитие происходит фазами: состояние то ухудшается, то какое-то время остается на определённом уровне, затем снова ухудшается, и т.д.

Важно не пропустить появление первых тревожных симптомов, особенно у клиентов/подопечных, не принимающих АРТ. Если клиент/подопечный не получает антиретровирусную терапию, его состояние может начать быстро ухудшаться: больному становится трудно подняться с постели, развиваются парезы и параличи конечностей, клиент/подопечный начинает испытывать трудности при разговоре, речь его может стать невнятной, настроение тревожным, а поведение - неадекватным.



Специалист по уходу должен обязательно расспрашивать родных и близких клиента/подопечного во время каждого визита о том, не замечают ли они изменений в поведении, настроении, походке и т.д. клиента/подопечного, и попросить их внимательно наблюдать за ним.

Мероприятия по уходу:

- при обнаружении хотя бы одного из вышеперечисленных симптомов необходима срочная консультация врача;
- специалист по уходу должен проконтролировать выполнение клиентом/подопечным всех назначений врача;

- необходимо поместить клиента/подопечного в спокойную и привычную для него обстановку;
- следует держать вещи клиента/подопечного на привычных местах, чтобы он мог легко их найти;
- следует при осуществлении ухода не нарушать, а поддерживать привычный для клиента/подопечного распорядок дня;
- необходимо убрать опасные предметы, которые могут нанести травму или иной вред клиенту/подопечному;
- необходимо при разговоре с клиентом/подопечным использовать простые фразы, говорить чётко, медленно, по очереди (не одновременно);
- необходимо внимательно выслушивать клиента/подопечного, обсуждать с ним тревожащие его вопросы (в случае необходимости - в конфиденциальной обстановке);
- необходимо помочь клиенту/подопечному успокоиться с помощью таких средств, как медленная негромкая музыка, поглаживание и т.п.;
- необходимо приглушать громкие и резкие посторонние звуки (радио, телевизор и т.д.), не кричать и не разговаривать громко и раздражённо в присутствии клиента/подопечного;
- необходимо обеспечить клиенту/подопечному постоянный контроль и наблюдение, регулярное общение с близкими, особенно с людьми, к которым он испытывает привязанность;
- следует (по назначению врача) делать клиенту/подопечному массаж и выполнять с ним простые гимнастические упражнения.

Токсоплазмоз при ВИЧ-инфекции

У больных ВИЧ-инфекцией токсоплазмоз проявляется, главным образом, как энцефалит, или как диссеминированное заболевание⁶⁷. Токсоплазмоз приводит к образованию множественных кист головного мозга. Проявлениями токсоплазмоза могут быть, в частности, нарушения сознания, лихорадка, судороги, головная боль, двигательные нарушения, расстройства координации движений, выпадение полей зрения и некоторые другие.

Все мероприятия по уходу при токсоплазмозе аналогичны описанным выше.

Глава 1.6.6

Герпетическая инфекция у больных ВИЧ-инфекцией

Герпетическая инфекция - хроническое инфекционное заболевание, вызываемое вирусом простого герпеса I и II типов. Поражает обычно красную кайму губ с захватом

⁶⁷Диссеминированное заболевание - группа болезненных состояний, имеющих общие клинические и иные признаки.

кожи и слизистых оболочек ротовой полости, крыльев носа (герпес I типа) и/или половые органы и область заднего прохода (герпес II типа).

После инфицирования вирус простого герпеса навсегда остается в организме человека.

Заболевание имеет волнообразное течение с обострениями и бессимптомными периодами.

Характерный признак герпетической инфекции – водянистые пузырьки на фоне ограниченного покраснения на губах, крыльях носа или слизистой оболочки полости рта и/или слизистой поверхности половых органов, или же вокруг заднего прохода (ануса). Такие высыпания часто болезненны и сопровождаются чувством жжения или зуда. После разрыва пузырьков образуется ранка, которая может стать входными воротами для другой инфекции.

У лиц с выраженным иммунодефицитом герпетические поражения кожи и слизистых оболочек могут быть довольно обширными и принимать распространённый характер. В этом случае возможны поражения лёгких, пищевода и центральной нервной системы с развитием менингитов и менингоэнцефалитов. При поражении глотки и пищевода больные испытывают сильные боли и затруднения при глотании.



Специалисту по уходу следует обратить особое внимание на признаки герпетической инфекции у клиента/подопечного и немедленно обсудить тактику ведения такого клиента/подопечного с лечащим врачом.

Специалисту по уходу также необходимо помнить, что герпетическая инфекция представляет опасность в плане заражения, особенно в период образования пузырьков. При уходе за клиентом/подопечным необходимо соблюдать обязательные меры инфекционной предосторожности!

Для лечения герпетической инфекции применяются специальные противовирусные препараты. Во время лечения важно осуществлять тщательный гигиенический уход за областью высыпаний и вскрывшихся пузырьков. Также больному необходимо проконсультироваться с лечащим врачом по поводу назначения курса лекарственной профилактики повторных высыпаний.

Мероприятия по уходу:

- обеспечить гигиенический уход за областью высыпаний и вскрывшихся пузырьков при соблюдении мер инфекционной безопасности;
- предупредить клиента/подопечного о том, что нельзя трогать руками высыпания во избежание присоединения бактериальной инфекции и дальнейшего распространения вируса герпеса;
- рассказать клиенту/подопечному о мерах по предупреждению попадания вируса на пальцы рук или в глаза, а также предупредить, что нельзя тереть глаза руками, нельзя очищать контактные линзы слюной и т.п.;

- проследить, чтобы клиент/подопечный избегал контактов с грудными детьми – для них герпес может быть очень опасной инфекцией;
- обеспечить особые условия питания и приготовления пищи при жалобах клиента/подопечного на боли и затруднение при глотании (см. раздел 1.7 «Питание при ВИЧ-инфекции»).

Глава 1.6.7

Опоясывающий лишай

Опоясывающий лишай - инфекционное заболевание, вызываемое вирусом Варицелл - Зостер. Этот же вирус вызывает ветряную оспу. У всех людей, переболевших когда-либо ветряной оспой, в организме пожизненно находится герпетический вирус Варицелл - Зостер. Таким образом, подавляющее большинство людей (так как очень многие в детстве переболели ветряной оспой) являются носителями вируса герпеса.

Когда иммунитет человека ослабевает, вирус становится активным, и это может привести к развитию такого заболевания, как опоясывающий лишай.

Признаками опоясывающего лишая является поражение кожи (появление болезненных пузырьков по ходу межрёберных нервов), нервной системы, лёгких и слизистых оболочек.

У лиц с иммунодефицитом опоясывающий лишай часто имеет рецидивирующее, тяжёлое течение и сопровождается сильной, изматывающей болью.

На какие симптомы и жалобы клиента/подопечного специалист по уходу должен обратить внимание:

- на «предвестников» появления пузырьков: за несколько дней до появления пузырьков в этих местах на коже могут возникнуть боль и/или жжение, возможно покраснение (необходимо сообщить врачу для своевременного назначения лечения);
- на расположение пузырьков: пузырьки (обычно с прозрачной жидкостью) распределяются группами на отдельных участках тела по ходу нервов (туловище, верхние и нижние конечности, лицо);
- на присутствие болевых ощущений в местах локализации пузырьков: пузырьки могут быть очень болезненными (через 5 - 7 дней пузырьки вскрываются с образованием слоистых корочек; после исчезновения высыпаний на их месте часто остаются рубцы);
- на ощущения и жалобы клиента/подопечного после исчезновения пузырьков: на местах высыпания могут долго сохраняться болевые ощущения, затем боль постепенно проходит, иногда может остаться чувство онемения в области высыпаний.

Мероприятия по уходу:

- разъяснить клиенту/подопечному и его окружению, какую инфекционную опасность представляют больные герпесом для людей, которые еще не болели ветряной оспой, и проследить, чтобы клиенты/подопечные, имеющие проявления герпетической инфекции, были изолированы от здоровых людей;
- объяснить и показать клиенту/подопечному и его окружению, как правильно ухаживать за кожей и обрабатывать пораженные участки кожи (по предписанию врача), особо обращая внимание на то, что нельзя прикасаться руками к пузырькам, так как такие действия могут способствовать присоединению бактериальных инфекций;
- принять меры (после обсуждения с лечащим врачом) к снижению или устранению болевого синдрома у клиента/подопечного.

Глава 1.6.8

Цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ)

На фоне разрушения иммунной системы может развиваться оппортунистическое инфекционное заболевание, вызываемое цитомегаловирусом (чего у людей с сохранным иммунитетом обычно не бывает).

У клиентов/подопечных с иммунодефицитом цитомегаловирус может поражать различные органы и системы.

Цитомегаловирусный колит⁶⁸ проявляется лихорадкой и диареей, цитомегаловирусная пневмония – одышкой. Цитомегаловирусная инфекция может вызвать болезненные язвы на слизистой рта, затрудняющие прием пищи.

Цитомегаловирусная инфекция нередко приводит к снижению зрения (вирус поражает зрительные нервы и даже может вызвать полную слепоту).

На какие симптомы и жалобы клиента/подопечного специалист по уходу должен обратить внимание:

- на снижение остроты зрения у клиента/подопечного (расплывчатое зрение, наступление близорукости и т.д.);
- на появление у клиента/подопечного необычных ощущений в глазах - летающих мушек, «снежных хлопьев», тёмных пятен, резких вспышек и т.п.

Мероприятия по уходу:

- организовать как можно быстрее обследование клиента/подопечного у врача-окулиста и инфекциониста (цитомегаловирусная инфекция лечится, но поврежденное зрение не восстанавливается, и заболевание может привести к полной слепоте, поэтому так необходимо как можно быстрее обратиться к врачу и начать лечение ЦМВИ);

⁶⁸ Колит - воспалительное заболевание слизистой оболочки толстой кишки.

- оказать помощь клиенту/подопечному в приёме медикаментов, назначенных врачом;
- проконтролировать после окончания основного курса лечения приём клиентом/подопечным постоянной поддерживающей дозы прописанного врачом лекарства для предупреждения рецидива заболевания;
- помочь клиенту/подопечному, если у него наступило значительное снижение зрения или полная слепота, научиться жить в новых для него условиях (см. рекомендации ниже).

Общие советы специалисту по уходу при работе с клиентами/подопечными со значительной или полной потерей зрения:

- выяснить, какая требуется клиенту/подопечному помощь, и как лучше её оказать, попросить клиента/подопечного помочь специалисту по уходу разобраться в этом вопросе;
- научить клиента/подопечного использовать другие органы чувств с большей нагрузкой (ориентироваться дома по звукам, например, часов; нащупывать стопой край тротуара, лестницу, узнавать по запаху предметы и т.д.);
- помочь клиенту/подопечному выработать схему передвижения по дому и выполнения несложных действий по уходу за собой, и освоиться с этой схемой;
- посоветовать клиенту/подопечному использовать маленький магнитофон в качестве записной книжки;
- установить для всех вещей в доме, где проживает клиент/подопечный, свои постоянные места; необходимо договориться об этом с близкими клиента/подопечного;
- помочь клиенту/подопечному сохранить естественность в движениях (из-за неуверенности у него может появиться шаркающая походка, особенно в незнакомом месте);
- научить клиента/подопечного ориентироваться при помощи рук (главная рекомендация в данном случае - не спешить);
- советоваться с клиентом/подопечным и предоставить ему самому возможность выбора способа передвижения (при поддержке за руку или рука в руку) при сопровождении его специалистом по уходу;
- дать несколько советов клиенту/подопечному, как вести себя, чтобы не получить травму, например:
 - ✓ если нужно что-то поднять, лучше не наклоняться, а присесть, чтобы не удариться головой;
 - ✓ ориентируясь в том или ином месте, главное не торопиться, внимательно ощупать окружающие предметы, запомнить расстояние между ними;
 - ✓ не нужно сразу входить в помещение, если не известно, что за дверью (например, там могут быть ступеньки и т.п.);

- ✓ не нужно пытаться вести себя как зрячие люди, часто можно найти другие, более практичные в сложившейся ситуации способы выполнения определённых действий;
- порекомендовать клиенту/подопечному придерживаться следующих правил при уходе за собой:
 - ✓ всегда раскладывать свои вещи по определённым местам, чтобы их легко было найти;
 - ✓ запомнить, где расположены краны с горячей и холодной водой;
 - ✓ на зубной щётке сделать какую-нибудь метку, чтобы не спутать её с другими.



От специалиста по уходу во многом зависит, сможет ли клиент/подопечный адаптироваться в новых условиях жизни, сохранив при этом её качество.

Глава 1.6.9

Кандидоз при ВИЧ-инфекции

Кандидоз - инфекционное заболевание, вызываемое дрожжевыми грибами рода кандиды. Этот микроорганизм входит в состав нормальной микрофлоры полости рта, влагалища и толстой кишки, и обычно при нормальных показателях иммунитета не вызывает никаких болезненных симптомов.

Кандидоз - частое осложнение иммунодефицита любого происхождения.

При кандидозе наиболее часто поражаются слизистые оболочки полости рта, язык, слизистые покровы влагалища, заднепроходного (анального) отверстия и полового члена, а также кожа.

При усугублении иммунодефицита кандидоз полости рта может распространиться на пищевод, в редких случаях развивается поражение бронхов.

На какие симптомы и жалобы клиента/подопечного специалист по уходу должен обратить внимание:

- на наличие во рту клиента/подопечного пятнышек «творожистого» характера бело-кремового цвета (напоминающих молочницу у грудных детей);
- на покраснения слизистой оболочки полости рта вокруг пятнышек;
- на болезненность высыпаний;
- на покраснения или белый налёт на языке;
- на изменения вкусовых ощущений;
- на появление во влагалище или вокруг влагалища, полового члена и ануса белесоватого, «творожистого» налёта на фоне покрасневшей поверхности слизистых оболочек (у женщин выделения становятся белыми, воспаляются половые губы);

- на чувство жжения, зуда в области половых органах, появление неприятного запаха;
- на появление неприятных ощущений при глотании, боли за грудиной или в желудке (указывают на кандидоз пищевода, который нужно немедленно лечить).

Мероприятия по уходу:

- пригласить к клиенту/подопечному при обнаружении у него одного или нескольких вышеперечисленных симптомов лечащего врача для немедленного назначения соответствующего лечения;
- помочь клиенту/подопечному выполнить все предписания врача по лечению заболевания;
- принять меры по ежедневному неукоснительному соблюдению клиентом/подопечным и членами его семьи мер личной гигиены полости рта и половых органов;
- разъяснить клиенту/подопечному и членам его семьи правила гигиенического ухода при грибковых заболеваниях, особо указав на то, что нельзя прикасаться руками к высыпаниям, так как это может вызвать присоединение вторичной бактериальной инфекции.

Глава 1.6.10

Поражения полости рта и кожи при ВИЧ-инфекции

Заболевания полости рта

Помимо кандидоза, у больных ВИЧ-инфекцией часто наблюдаются и другие заболевания полости рта, такие как:

- **Гингивит** - воспаление дёсен. Проявляется покраснением, отёком и кровоточивостью дёсен.
- **Пиорея** - скопление гноя в зубодесневых карманах.
- **Периодонтит** - характеризуется болезненным разрушением костной и мягких тканей, окружающей зубы. Зубы расшатываются и выпадают, дёсны кровоточат. Возможны изъязвления.
- **Афты** - болезненные язвы с ровными краями на поверхности слизистой рта. Обычно покрыты гнойным отделяемым и кровоточат при прикосновении.
- **Стоматит** - воспаление слизистой оболочки ротовой полости. Часто развивается при отсутствии надлежащего гигиенического ухода за полостью рта.
- **Хейлит** - воспаление и покраснение губ, сменяющиеся их бледностью. Часто наблюдается у лиц с выраженным иммунодефицитом.

Мероприятия по уходу:

- обеспечить регулярную гигиену полости рта клиента/подопечного: мягкой зубной щёткой осторожно удалять налёт с зубов, дёсен, языка и неба и/или удалять остатки пищи марлевым тампоном, смоченным в подсоленной воде;
- рекомендовать клиенту/подопечному полоскать рот подсоленной водой (щепотка соли на стакан тёплой кипяченой воды) после каждого приёма пищи и перед сном;
- обеспечить (после консультации с врачом) клиента/подопечного обезболивающими препаратами и местными анестетиками;
- обеспечить соблюдение клиентом/подопечным соответствующей диеты: пища должна быть мягкой, лучше - протёртой или жидкой, тёплой (исключаются острые, слишком горячие или холодные блюда).

Поражения кожи при ВИЧ-инфекции

Себорейный дерматит - заболевание, которое вызывается кожным грибом питиропорумом. У людей с ВИЧ-инфекцией обнаруживается довольно часто.

Заболевание характеризуется появлением сухих, шелушащихся корочек на фоне покраснения. Чаще всего эти пятна располагаются на лбу, носогубных складках, на бровях и волосистой части головы, в подмышечных впадинах, в паховой области, между лопатками, на груди, на боковых поверхностях туловища, в кожных складках. Иногда высыпания могут сопровождаться зудом. Может наблюдаться перхоть желтоватого цвета. Иногда ей сопутствует покраснение кожи на волосистой части головы.

Дерматомикозы - грибковые поражения кожи, часто сопровождающие течение ВИЧ-инфекции. Они проявляются в виде высыпаний красного, розового, коричневого цвета с обильным шелушением на поверхности и сопровождаются зудом. Поражения могут располагаться на любом участке кожи.



В большинстве случаев лечение дерматомикозов не составляет проблемы в связи с широким применением противогрибковых мазей, растворов и таблеток для системной терапии, и профилактики грибковых инфекций.

Тем не менее, следует отметить важность лечения грибковых заболеваний и профилактики присоединения на их фоне других инфекций, в первую очередь бактериальных, которые могут привести к серьёзным осложнениям.

Мероприятия по уходу:

- объяснить клиенту/подопечному, что нельзя расчесывать очаги высыпаний, так как имеется опасность нагноения (бактериального инфицирования);
- рекомендовать клиенту/подопечному частое мытьё (лучше с использованием лечебного шампуня с сульфидом селена) поражённых участков кожи для удаления чешуек;

- проследить, чтобы кожа клиента/подопечного не пересушивалась при проведении гигиенических процедур: необходимо порекомендовать клиенту/подопечному не пользоваться часто мылом, а также не стоять долго под горячим душем;
- применять (по согласованию с врачом) аппликации 1% гидрокортизоновой мази на поражённые участки, а также противогрибковые препараты.

Глава 1.6.11

Злокачественные новообразования при ВИЧ-инфекции

Среди ВИЧ - положительных людей с выраженным иммунодефицитом отмечается повышенная заболеваемость **лимфомами** (опухолями лимфатической системы), **острой лейкемией** (опухолевыми заболеваниями крови). У ВИЧ - положительных женщин может развиться **рак шейки матки**.

На какие симптомы и жалобы клиента/подопечного специалист по уходу должен обратить внимание:

- на увеличение лимфатических узлов, их болезненность;
- на высыпания на коже, которые быстро увеличиваются;
- на лихорадку, похудание, слабость (бывают не всегда);
- у женщин - на появление болей внизу живота и выделений из влагалища, на их характер (цвет, консистенция, запах).



Специалист по уходу должен помнить, что возникновение вышеперечисленных симптомов требует немедленной консультации врача.

Для профилактики онкологических заболеваний очень важно, чтобы клиент/подопечный находился на диспансерном наблюдении и регулярно проходил обследования.

Саркома Капоши (СК)

Саркому Капоши вызывает вирус герпеса человека 8-го типа. Это форма злокачественного новообразования, которое часто встречается у мужчин с ВИЧ-инфекцией при низких показателях иммунитета.

В большинстве случаев СК поражает кожу, но может распространиться на видимые слизистые оболочки и даже на внутренние органы. Часто поражаются нёбо, лёгкие, желудочно-кишечный тракт и лимфатические узлы.



Элементы саркомы Капоши представляют собой синие или багровые папулы (выпуклое твердое образование на коже в виде пятна) или узлы, нередко с лимфатическим отеком окружающей ткани.

При обнаружении на коже клиента/подопечного пятна, похожего на кровоизлияние («синяк»), специалист по уходу должен сразу же проконсультироваться по тому поводу у врача.

СК обычно не представляет угрозы для жизни, поэтому не возникает необходимости в радикальном медицинском вмешательстве при условии отсутствия явлений интоксикации (повышенная утомляемость и температура тела, потеря веса, плохой аппетит) и распространённости процесса на внутренние органы.

Если процесс принимает распространённый характер и затрагивает внутренние органы, клиенту/подопечному необходимо (по назначению врача-онколога) провести курс лучевой терапии или полихимиотерапии.

Существует целый ряд методов лечения СК, включая косметический камуфляж, радиотерапию, хирургические методы, инфузионную химиотерапию, криотерапию и лазерную терапию.



Саркома Капоши может создавать для клиента/подопечного существенные косметические проблемы (если, например, поражается кожа лица). В этом случае, наряду с назначенными лечебными процедурами, можно применить косметический камуфляж с использованием грима.

Глава 1.6.12

Желудочно-кишечные инфекции

Поражение желудочно-кишечного тракта может быть вызвано как самой ВИЧ-инфекцией, так и иметь бактериальную, вирусную, грибковую или паразитарную природу.

Наиболее распространены у ВИЧ - положительных клиентов/подопечных следующие желудочно-кишечные инфекции:

- **сальмонеллёз** (основные клинические проявления - лихорадка, боль в животе, диарея, иногда - примесь крови в стуле, похудание, потеря аппетита, увеличение печени и селезёнки);
- **дизентерия** (основные клинические проявления - лихорадка, боль в животе, жидкий стул с примесью крови);
- **криптоспоридиоз** (основные клинические проявления - водянистый частый стул, потеря аппетита, лихорадка отсутствует);
- **мироспоридиоз** (основные клинические проявления - водянистый частый стул, потеря аппетита, отсутствие лихорадки).

Некоторые желудочно-кишечные расстройства у больных ВИЧ-инфекцией могут быть обусловлены нарушением всасывания пищи вследствие атрофии кишечных ворсинок.



Наиболее часто у ВИЧ - положительных людей развивается диарея, которая может быть острой, хронической или хронической с обострениями.

Диарею называют хронической, если у клиента/подопечного жидкий стул происходит три и более раз в сутки в течение 14-ти и более дней подряд.

У больных с ВИЧ-инфекцией часто наблюдаются также такие симптомы поражения желудочно-кишечного тракта, как **потеря аппетита, тошнота и рвота, прогрессирующая потеря веса**, которые более подробно рассмотрены в следующей главе.

Глава 1.6.13

Некоторые болезненные состояния при ВИЧ-инфекции

Диарея (жидкий стул)

Диарея «без причин» - характерный признак ВИЧ-инфекции. Может также наблюдаться и при других заболеваниях, не связанных с ВИЧ-инфекцией, - дизентерии, острых отравлениях и т.д.

Регулярные, частые и продолжительные приступы диареи могут нарушить усвоение в кишечнике питательных веществ и привести к обезвоживанию организма и потере минеральных веществ.



Специалист по уходу должен помнить, что, если диарея у клиента/подопечного не проходит в течение одного - двух дней, ему необходимо немедленно обратиться к врачу и выполнять все его назначения.

На какие симптомы и жалобы клиента/подопечного специалист по уходу должен обратить внимание:

- на частоту стула в течение дня;
- на консистенцию стула - оформленный, мягкий или водянистый;
- на наличие в стуле слизи или крови, на время появления крови в стуле - до, во время или после акта дефекации;
- на температуру тела клиента/подопечного;
- на наличие головокружения;
- на возникновение тошноты, рвоты;
- на боли в животе;
- на снижение веса (видимое похудание).

Мероприятия по уходу:

- Обеспечить соблюдение клиентом/подопечным рекомендованной и подобранной врачом диеты. В этот период рекомендуются продукты, содержащие большое количество минеральных веществ, особенно калия. К ним относятся картофель, кабачки, тыква, бананы, мясо. Такие блюда, как рисовая каша и рисовый отвар, сухарики из белого хлеба, яйца, сваренные вкрутую, обладают укрепляющим действием. При диарее лучше сократить употребление жиров и продуктов, богатых клетчаткой (сырых овощей и фруктов, хлеба из муки грубого помола). Необходимо увеличить частоту приёма пищи (часто, но маленькими порциями).
- Принять срочные меры по восстановлению количества потерянной клиентом/подопечным жидкости: рекомендовать ему больше пить - до 2- 2,5 литров в день, лучше негазированной минеральной воды, соков, морсов, компотов.
- Следить, чтобы при уборке испражнений всегда использовались перчатки (не для того, чтобы избежать заражения ВИЧ, а чтобы уберечься от попадания в организм других бактерий, например, кишечной палочки или возбудителей дизентерии и т.п.)
- Менять клиенту/подопечному регулярно постельное бельё, под простыни рекомендуется подложить клеёнку.
- Обеспечить клиенту/подопечному тщательный и постоянный гигиенический уход за кожей в области заднепроходного отверстия - регулярно (не реже 3-х раз в день) промывать мыльным раствором и смазывать смягчающим кремом или вазелином, после каждого акта дефекации протирать кожу туалетной бумагой или мягкой тканью.
- Срочно обратиться к врачу, если у клиента/подопечного началась рвота, лихорадка, обнаружилась примесь крови в стуле, диарея продолжается более 3-х суток, появились повреждения кожи вокруг заднего прохода.

Потеря веса у взрослых ЛЖВ

Потеря веса при ВИЧ-инфекции - довольно частый симптом. Однако надо помнить, что снижение веса может наблюдаться и при других, не связанных с ВИЧ, заболеваниях. Это весьма характерный, но все же не специфический признак ВИЧ-инфекции.



Похудание у людей с ВИЧ-инфекцией может происходить без причин, не связанных, например, с усиленными занятиями спортом или соблюдением специальной диеты. Такая потеря веса так и называется - «похудание без видимых причин». Человек не может самостоятельно восстановить вес, «наесть» его.

Выраженная непреднамеренная потеря веса у больных ВИЧ-инфекцией носит название **«ВИЧ-кахексия»**.

У больных ВИЧ-кахецией отмечается плохое общее самочувствие, они измождены, могут испытывать беспокойство и страдать от обезвоживания, предъявлять жалобы на потерю аппетита, лихорадку, иногда - диарею. По мере прогрессирования заболевания больной употребляет всё меньше пищи.

У подобных больных часто также обнаруживается кандидоз полости рта, могут присоединиться другие клинические проявления вторичных заболеваний, в том числе неврологические, такие, как энцефалопатия.



Специалист по уходу должен контролировать вес клиента/подопечного, наблюдать за количеством и качеством потребляемой им пищи, придерживаясь рекомендаций по организации лечебного питания при ВИЧ-инфекции, которые приведены в главе 1.7.3.

Мероприятия по уходу:

- терпеливо уговаривать клиента/подопечного принимать пищу, но не настаивать, поскольку его организм может быть не в состоянии справиться с пищей, и может начаться рвота;
- кормить клиента/подопечного часто, маленькими порциями и теми блюдами, которые наиболее ему нравятся;
- не готовить пищу около клиента/подопечного;
- срочно обратиться к врачу, если клиент/подопечный быстро теряет в весе, или постоянно отказывается от еды, или не может проглотить пищу.

Повышение температуры (лихорадка)

Лихорадка при ВИЧ-инфекции может быть обусловлена какой-либо инфекцией, воспалительным процессом или злокачественной опухолью. Иногда температура тела у клиента/подопечного с ВИЧ-инфекцией повышается без видимой причины.

На какие симптомы и жалобы клиента/подопечного специалист по уходу должен обратить внимание:

- на время, когда поднимается температура (вечером, или утром, или через определённые промежутки времени, и т.д.);
- на появление у клиента/подопечного чувства жара или озноба, потливости по ночам, головной боли;
- на другие симптомы возможной инфекции и признаки воспаления, такие, как боль в горле, кашель, жжение при мочеиспускании и т.д.

При подозрении на наличие инфекции, или какого бы то ни было воспалительного процесса, клиенту/подопечному необходимо обратиться к врачу и пройти назначенную терапию. Специалист по уходу должен следить за регулярностью приёма клиентом/подопечным лекарственных препаратов, назначенных врачом.



У ВИЧ - положительных клиентов/подопечных иногда бывает и так: инфекция не обнаруживается, а температура держится в течение долгого периода (недели, иногда месяцы). Температура может приходить в норму, а затем также неожиданно подниматься снова. В этих случаях необходимо обеспечить клиенту/подопечному постоянное наблюдение врача.

Мероприятия по уходу:

- регулярно измерять у клиента/подопечного и записывать показатели температуры тела (не реже, чем два раза в сутки - утром и вечером); не рекомендуется измерять температуру сразу после приёма пищи;
- проконтролировать использование клиентом/подопечным (по предписанию врача) жаропонижающих препаратов;
- осуществлять контроль за приёмом клиентом/подопечным предписанных врачом препаратов для лечения причины лихорадки;
- проконтролировать употребление клиентом/подопечным достаточного количества жидкости (чай, морс, отвары трав и т.д.), так как при повышенной температуре происходит большая потеря организмом жидкости.

Болевой синдром при ВИЧ-инфекции

Боль у больных ВИЧ-инфекцией часто носит распространённый характер, имеет разнообразные формы проявления и связана со значительными физиологическими и функциональными расстройствами.



Причиной боли может быть не только сама ВИЧ-инфекция, но и оппортунистические заболевания, злокачественные опухоли, побочные эффекты лекарственных препаратов и другие, сопутствующие иммунодефициту, состояния.

Сильная хроническая боль у больных ВИЧ-инфекцией чаще всего возникает при злокачественных опухолях, хроническом панкреатите, заболеваниях суставов, тяжёлой невропатии.

Наиболее распространённые и исследованные на настоящий момент болевые синдромы при ВИЧ-инфекции включают:

- боль, вызванную периферической невропатией;
- боль при обширной саркоме Капоши;
- головную боль;
- боль в полости рта и глотке;
- боль в животе;
- боль в грудной клетке;
- боли в суставах и мышцах;
- болезненные дерматологические (кожные) состояния.

Характер и степень болевых ощущений зависят от их непосредственной причины. Причины болевых синдромов, наблюдаемых при ВИЧ-инфекции, подразделяют на три категории:

- боли, непосредственно вызванные ВИЧ-инфекцией или последствиями угнетения иммунной системы;
- боли, вызванные приёмом антиретровирусных препаратов и/или связанные с лечением вторичных заболеваний;
- боли, не связанные с ВИЧ-инфекцией и её лечением.

Чаще всего болевой синдром при ВИЧ-инфекции связан с развитием вторичных заболеваний - опухолевыми процессами или оппортунистическими инфекциями. Интенсивное лечение вторичных заболеваний будет способствовать и уменьшению боли.

Важно обнаружить причину боли у ВИЧ - положительного клиента/подопечного и постараться найти способ облегчить её.

Освобождение от боли - первостепенная задача при оказании помощи клиентам/подопечным с ВИЧ-инфекцией на поздних стадиях заболевания.



Важно помнить, что эмоциональная боль, например, страх смерти, чувство вины или бессмысленности существования, может быть столь же реальной и ощутимой, как и физическая боль. Психологические страдания людей, живущих с ВИЧ, могут быть крайне тяжёлыми.

Очень встревоженным или пребывающим в состоянии депрессии клиентам/подопечным в дополнение к обезболивающим препаратам (анальгетикам), возможно, потребуется и назначение соответствующих психотропных средств.

Подходы к лечению боли у ЛЖВ⁶⁹

Лечение боли начинают с подробной и систематической её оценки, включая выяснение её возможных причин и других характеристик, таких как ***интенсивность и тип боли, последствия боли и средства, облегчающие боль.***

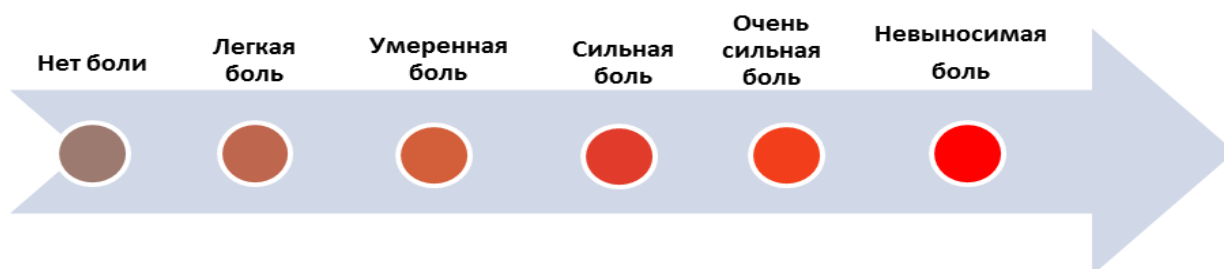
- ***Интенсивность боли*** обычно оценивается по 10-балльной шкале, в которой 0 баллов соответствует отсутствию боли, а 10 - невыносимой боли (см. рис. ниже). Использование у клиента/подопечного одной и той же шкалы удобно для оценки изменений у него интенсивности боли с течением времени.
- ***Тип боли*** может описываться клиентом/подопечным как ноющая, режущая, глубокая, тупая, пульсирующая или как жжение, покалывание, онемение или другие неприятные ощущения. От типа боли зависит выбор анальгетиков.

⁶⁹Источники: <http://meddam.ru/86-lechebnaya-strategiya-pri-bolyax.html>
http://hiv.pp.ua/publ/spid/palliativnaja_pomoshh_ljudjam_zhivushhim_s_vich_spid/lechenie/22-1-0-303

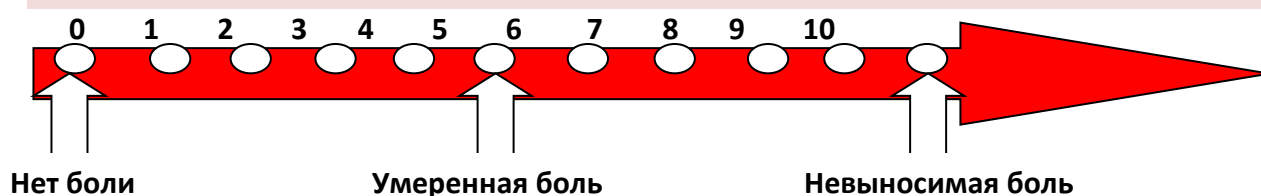
- **Последствия боли** - необходимо оценить влияние боли на повседневную активность и эмоциональное состояние клиента/подопечного.
- **Облегчение боли** - необходимо выяснить, какие условия или вмешательства облегчают и/или устраняют боль.

Шкалы для оценки интенсивности боли

Простая описательная шкала интенсивности боли



Десятибалльная шкала для оценки интенсивности боли



При проведении мероприятий по облегчению боли, в соответствии с рекомендациями ВОЗ, необходимо направить усилия на последовательное решение следующих задач:

- увеличения количества часов сна клиента/подопечного, не нарушаемого болью;
- облегчения боли у клиента/подопечного во время отдыха;
- облегчение боли у клиента/подопечного во время ходьбы или занятием какой-либо деятельностью.

При лёгкой, умеренной и сильной боли хорошие результаты даёт тактика постепенного применения обезболивающих средств с использованием при необходимости дополнительных средств. **Правильное применение лекарственных средств позволяет контролировать боль у 90% клиентов/подопечных.**

При определении медикаментозного формата помощи клиентам/подопечным с сильным и/или хроническим болевым синдромом рекомендуется ориентироваться на рекомендации ВОЗ, представленные в виде «лестницы обезболивания» (см. рисунок ниже).



Пояснения к «лестнице обезболивания»:

- **Интенсивность боли** по десятибалльной шкале: лёгкая боль - 1-3 балла, умеренная боль - 4—6 баллов, сильная боль - 7-10 баллов.
- **Ненаркотические анальгетики:** ибупрофен, индометацин, аспирин, парацетамол.
- **Адьюванты**⁷⁰: амитриптилин, имипрамин, габапентин, карбамазепин, вальпроевая кислота.
- **Слабые наркотические (опиоидные) анальгетики:** кодеин, гидрокодон.
- **Сильные наркотические (опиоидные) анальгетики:** морфин, оксикодон, метадон, гидроморфон, фентанил.



Три стандартных анальгетика составляют «лестницу обезболивания», предложенную ВОЗ – аспирин (ацетилсалициловая кислота), кодеин и морфин. При плохой переносимости клиентами/подопечными этих препаратов они могут быть заменены на другие. Например, в настоящее время предпочтение отдаётся парацетамолу, поскольку он вызывает меньше побочных эффектов, чем аспирин.

Некоторые важные моменты, касающиеся обезболивания

- Схему обезболивания предпочтительно подбирать с учетом режима сна клиента/подопечного, чтобы не приходилось будить его для приёма очередной дозы анальгетика.

⁷⁰ Адьювант - вещество, усиливающее действие лекарственных средств.

- Очередную дозу анальгетика нужно давать до того, как прекратится действие предыдущей.
- Следует начинать с низких доз анальгетика и постепенно повышать их до устранения боли.
- При обострении боли⁷¹ дополнительно назначают анальгетик в дозе, составляющей 50 - 100% от очередной четырёхчасовой дозы.
- Аспирин может снимать лёгкую и умеренную боль, однако из-за нарушений свертывания крови у ЛЖВ, его нужно применять с осторожностью, особенно у клиентов/подопечных с тяжёлыми заболеваниями печени. Парацетамол также может вызывать проблемы у клиентов/подопечных с активными заболеваниями печени, поэтому его следует применять с осторожностью; суточная доза, как правило, не должна превышать двух грамм.

Мероприятия по уходу:

- наблюдать за клиентом/подопечным, чтобы вовремя заметить и оценить болевой синдром по следующим позициям:
 - ✓ время возникновения боли;
 - ✓ связь момента возникновения боли с приёмом лекарственных препаратов или другими факторами (приём пищи, акт дефекации, мочеиспускания и т.д.);
 - ✓ интенсивность боли⁷² («лёгкая, умеренная, сильная, очень сильная, невыносимая боль» или использовать по предложению лечащего врача другой метод оценки боли);
 - ✓ применяемые клиентом/подопечным способы купирования боли (уточнить, что помогает, и на какое время снять болевой синдром или ослабить его);
 - ✓ характер и локализацию боли;
 - ✓ влияние боли на состояние функций клиента/подопечного (настроение, общие и специфические виды активности)
- сообщить лечащему врачу о возникновении боли у клиента/подопечного, обсудить приёмы снятия или облегчения боли у клиента/подопечного;
- проконтролировать приём клиентом/подопечным обезболивающих препаратов, их эффективность и реакцию клиента/подопечного на их приём;

⁷¹Под обострением понимают появление боли в интервале между очередными приёмами анальгетика. Такая боль бывает сильной, внезапной и может длиться до часа. Боль может быть разлитой, тупой, локализованной, режущей или жгучей. У разных клиентов/подопечных обострения боли проявляются по-разному, и нередко непредсказуемы.

⁷²Для описания интенсивности боли применяются различные техники: можно предложить оценить болевой приступ по 10-ти балльной системе, можно схематично нарисовать несколько «рожиц» с разными выражениями - от улыбки до сильного страдания, и предложить клиенту/подопечному выбрать подходящий вариант, описывающий характер и интенсивность боли.

- использовать (по предписанию лечащего врача) для снятия боли некоторые отвлекающие приёмы: упражнения на релаксацию, массаж, поглаживания, растирания, тёплую ванну или просто интересное, отвлекающее от боли, занятие;
- оказать клиенту/подопечному психологическую помощь, в случае необходимости привлекая для этого специалистов (психологов, психиатров.)



При ВИЧ-инфекции клиенты/подопечные часто могут предъявлять общие жалобы: боль, слабость, недомогание, потеря аппетита и т.д. Специалист по уходу должен внимательно отнестись абсолютно ко всем жалобам клиента/подопечного. Иногда эти жалобы могут быть предвестниками начала вторичных заболеваний.

Раздел 1.7

Питание при ВИЧ - инфекции

Глава 1.7.1

Роль полноценного питания при ВИЧ-инфекции

Питание - основной источник роста, функционирования и восстановления сил организма. В пище содержатся необходимые человеку для жизнедеятельности белки, жиры, углеводы, витамины, минералы и вода.

Питание - это не лекарство от ВИЧ-инфекции. Но для поддержания здоровья и качества жизни правильное питание имеет большое значение. Полноценное питание во время болезни играет более важную роль, чем до неё, так как организм нуждается в дополнительном количестве необходимых питательных веществ.

Полноценное и правильное питание при ВИЧ-инфекции:

- **помогает иммунной системе правильно функционировать и бороться с ВИЧ** - постоянное присутствие вируса означает, что иммунная система должна непрерывно производить необходимые для борьбы с ВИЧ иммунные клетки и вещества, которые создаются из питательных компонентов пищи, прежде всего, из белков;
- **защищает тело**: урон, который наносится организму ВИЧ или оппортунистическими инфекциями, необходимо компенсировать; питательные вещества - это те материалы, из которых организм строит и восстанавливает сам себя, поэтому в них существует постоянная потребность;
- **улучшает качество жизни**: хорошее питание необходимо для хорошего самочувствия; оптимальный уровень питательных веществ даёт человеку энергию и здоровье и не позволяет проявляться многим симптомам, которые могут возникнуть на фоне их дефицита; нормальный уровень питательных веществ может предотвратить или уменьшить побочные эффекты от некоторых антиретровирусных препаратов и т.д.;
- **оказывает влияние на сопутствующие инфекции**: для людей, имеющих одновременно ВИЧ-инфекцию и, например, вирусный гепатит С, всё выше сказанное приобретает двойное значение, т.к. организму приходится справляться больше, чем с одной хронической инфекцией, и требуется особая поддержка печени и её защита.

Рацион питания ВИЧ - положительного клиента/подопечного должен быть достаточно сбалансирован и разнообразен.

При ВИЧ-инфекции питательные вещества в организме сжигаются быстрее. Это связано с тем, что иммунная система постоянно борется с ВИЧ, компенсируя разрушения, нанесённые вирусом и другими инфекциями, в том числе кишечными, заставляя организм быстрее расходовать питательные вещества. Чтобы возместить эти

потери, ВИЧ - положительные люди должны получать более калорийное питание с повышенным содержанием белка.



Здоровому человеку, ведущему активный образ жизни, требуется примерно 2500 ккал в день. ВИЧ - положительному человеку требуется больше энергии на 10-15% в день (или приблизительно 400 - 500 дополнительных ккал для мужчин и 300 - 400 ккал для женщин, из расчёта 40 ккал на 1 кг веса человека).

Необходимое количество белка для здорового мужчины составляет примерно 57 граммов в день, а для женщины – 48 граммов в день. ВИЧ - положительному взрослому человеку необходимо употреблять на 50 -100% больше белка, в общей сложности не менее 85 граммов в день для мужчин и 72 грамма в день для женщин (или 5 граммов белка на 1 кг веса человека в сутки).

Поступление количества питательных элементов в организм можно увеличить, если употреблять определённые виды продуктов. Например, в рацион ЛЖВ обязательно должны быть включены (при отсутствии противопоказаний) такие продукты, как молоко, молочнокислые продукты, йогурт, хлеб или специальные добавки (например, все клиенты/подопечные с ВИЧ-инфекцией должны принимать поливитамины, содержащие в своем состав витамины А, В и С).

Функции витаминов

Достаточное потребление витаминов и микроэлементов (например, А, В6, В12, С, железа, цинка) также является важным фактором построения сильной иммунной системы и борьбы с инфекциями.

Например, недостаток витамина А приводит к увеличению риска передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, к более быстрому прогрессированию заболевания, к более высокому уровню смертности среди младенцев и к задержке в психическом и физическом развитии ребенка. Дети, рождённые ВИЧ - положительными матерями, принимавшими до и во время беременности витамин А, реже страдают, например, расстройством желудка. Также витамин А рекомендуется принимать молодым матерям сразу же после рождения ребёнка и детям от 6-ти месяцев и старше.

Витамины группы В играют важную роль в работе иммунной системы, их недостаток может, в некоторых случаях, привести к прогрессированию заболевания. Употребление витаминов группы В в качестве добавки к пище может снизить темпы развития ВИЧ-инфекции и повысить сопротивляемость организма к другим инфекциям.

В приложении 2 приведена таблица, демонстрирующая роль витаминов в поддержании здоровья, и их источники. Данная таблица может оказать практическую помощь специалисту по уходу и членам семьи клиента/подопечного в составлении его рациона питания.

Глава 1.7.2

Составление рациона питания

для ВИЧ - положительного клиента/подопечного: принципы и подходы

Для того чтобы помочь составить рацион питания, наиболее подходящий для ВИЧ - положительного клиента/подопечного, специалист по уходу должен сначала собрать своеобразный анамнез (историю) питания клиента/подопечного и членов его семьи. Необходимо, прежде всего, выяснить у клиента/подопечного (и/или у членов его семьи) его пищевые привычки и пристрастия (режим приёма и характер обычной пищи, любимые блюда и т.п.). Это поможет лучше понять проблемы с питанием у клиента/подопечного и составить диету таким образом, чтобы она наиболее органично вписалась в привычный уклад его жизни.

Беседа о питании с клиентом/подопечным и членами его семьи также помогут специалисту по уходу понять возможные причины недостаточного рациона, если таковой имеет место.

Специалисту по уходу надо помнить, что в силу разных причин рацион ВИЧ - положительных людей часто не содержит в достаточном количестве тех продуктов, которые им необходимы. Причинами плохого питания могут быть отсутствие достоверной информации о значении питания, финансовые трудности, не позволяющие ВИЧ - положительному человеку приобретать в достаточном количестве необходимые продукты, усталость и апатия, при которых утрачивается интерес, в том числе и к тому, что, сколько и когда ест человек, а также злоупотребление алкоголем, курение.

Значительными препятствиями для полноценного питания у людей, живущих с ВИЧ, может стать их плохое самочувствие: потеря аппетита, изменение вкусовых ощущений, тошнота, рвота, болевые ощущения при приёме пищи. У некоторых ВИЧ - положительных людей, в следствие прогрессирования заболевания, может быть затруднено усвоение жиров, что, в свою очередь, препятствует усвоению таких важных витаминов, как А, Е, D и К.



При составлении рациона питания специалист по уходу обязан выяснить все возможные проблемы клиента/подопечного и в соответствии с рекомендациями лечащего врача, помочь ему (и/или членам его семьи) составить максимально разнообразное и полноценное меню.

Пирамида питания

При составлении диеты для ВИЧ - положительного клиента/подопечного специалист по уходу должен ориентироваться на принципы организации полноценного и рационального питания, представленных в четырехуровневой «Пирамиде питания» (см. рисунок ниже).



Первый уровень - хлеб, крупы, макаронные изделия: это сложные углеводы, которые дают существенную долю дневной нормы калорий и необходимую энергию. Рекомендуется потреблять ежедневно от 6-ти до 11-ти порций пищи из данной группы. Например, средняя порция может быть равна одному ломтю хлеба, половине бублика, стакану хлопьев, шести крекерам, двум зерновым лепёшкам, половине стакана готовых макарон или трём галетам.

Второй уровень - овощи и фрукты: рекомендуется употреблять в день от 3-х до 5-ти порций овощей и 2-4 порции фруктов. Именно эта группа дает возможность получить практически все питательные вещества и микроэлементы, необходимые для здорового функционирования организма и в особенности иммунной системы. Одна порция овощей приблизительно равна стакану сырых или половине стакана тушёных овощей. Одна порция фруктов примерно равна половине стакана свежих нарезанных или консервированных фруктов.

Третий уровень - мясо, птица, рыба, бобовые, яйца, орехи и семечки, молочные продукты, сыры. Большинству людей рекомендуется в день употреблять, по крайней мере, 2-3 порции продуктов из третьей группы, чтобы получать достаточно белков, но для некоторых людей требуется корректировка количества порций, в зависимости от индивидуальных потребностей.

Четвертый уровень - животные и растительные жиры, сладкое: чем меньше употреблять этих продуктов, тем лучше. Хотя умеренное количество сладкого или жирного полезно, в целом в диете лучше снизить долю жирного, так как исследования показывают, что усиленное потребление жира подавляет деятельность иммунной системы и может вызывать диарею у ЛЖВ. Чрезмерное потребление жирного и сладкого связано с риском развития цирроза печени у инфицированных вирусным гепатитом С. Для тех, у кого повышенное содержание жиров в крови (вызванное противовирусными препаратами и/или дистрофией), диета с высоким процентом жира может привести к риску развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Принципы и подходы при составлении диеты для ВИЧ - положительных клиентов/подопечных

При составлении диеты для клиентов/подопечных с клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции необходимо придерживаться следующих принципов:

- для профилактики потери веса следует заблаговременно ввести в рацион клиента/подопечного дополнительное питание (увеличить число приёмов пищи, её калорийность);
- при появлении тошноты и рвоты следует перейти на дробное питание маленькими порциями;
- для профилактики обезвоживания клиент/подопечный должен получать достаточное количество жидкости (не менее 2,5 л в сутки);
- для профилактики запора и повышенного газообразования следует в рационе питания клиента/подопечного увеличить содержание клетчатки и снизить содержание жира;
- рацион питания клиента/подопечного должен обязательно включать его любимые блюда;
- помочь клиенту/подопечному отказаться от курения и употребления алкоголя;
- включить в рацион клиента/подопечного продукты с высоким содержанием витаминов А, В и С (или добавить в рацион по согласованию с лечащим врачом витаминно-минеральные комплексы);
- питание клиента/подопечного должно быть регулярным и дробным: приём пищи должен осуществляться 4-6 раз в день; последний приём пищи - за два часа до сна;
- необходимо ввести в рацион «перекусы» в течение дня между основными приёмами пищи, чтобы увеличить количество потребляемой пищи;
- для улучшения аппетита следует разнообразить меню клиента/подопечного;
- стараться не включать в рацион клиента/подопечного и не заставлять его есть то, что ему не нравится;
- **категорически исключить из рациона клиента/подопечного сырые мясные, рыбные продукты и сырые яйца (в том числе используемые при домашнем изготовлении майонеза, мороженого или соусов);**
- отрегулировать (по согласованию с лечащим врачом) диету клиента/подопечного при предъявлении им жалоб на возникающие при приёме пищи затруднения глотания, боли и т.п.

Глава 1.7.3

Рекомендации по питанию при различных патологических состояниях

Рекомендации по питанию при потере веса

При сниженном аппетите из-за усталости, лихорадки или при рвоте и диарее организм усваивает меньше питательных веществ, чем ему требуется.

Плохой аппетит из-за усталости - нередкое явление при ВИЧ-инфекции.



Бывает, что клиент/подопечный, стремясь обслуживать себя самостоятельно, не рассчитывает своих сил. Собственноручно делая покупки и готовя еду, занимаясь домашним хозяйством или выполняя какую-либо работу, он систематически переутомляется и, порой даже не замечая этого, начинает меньше есть. Стрессы, вызванные нахождением в больнице, сопровождающимся сложными обследованиями или лечением, могут также привести к значительному ухудшению усвоения пищи.

На фоне ВИЧ-инфекции, при которой происходит повышенное расходование энергии, все эти факторы могут тут же отозваться потерей в весе, против чего следует незамедлительно принять меры.

Прибавить в весе поможет пища, содержащая достаточное количество калорий (энергия) и белков (строительный материал).

Пища, которая обладает большой энергетической ценностью, - это маргарин, растительное и сливочное масло, сливки, сметана и все сорта сахара.

Пища, богатая белками - это мясо, мясные продукты, курица, дичь, птица, рыба, орехи, яйца, молоко, молочные продукты, все сорта сыра, сушёные фрукты и соевые продукты.

Например, питание можно обогатить белками и повысить его калорийность, съев между приемами пищи крекер с колбасой или сыром, бисквит, пирожное или орехи. Клиентам/подопечным, находящимся в тяжёлом состоянии, можно давать высококалорийную смесь (50 грамм сахара, 20 мл растительного масла, 500 мл молока).

Какой бы ни была причина похудения, пользуясь нижеперечисленными рекомендациями, предварительно согласовав их с лечащим врачом, можно поддерживать вес клиента/подопечного на достаточном уровне:

- следить, чтобы клиент/подопечный ел и пил, не торопясь;
- разделить дневную норму пищи клиента/подопечного на 4-6 приёмов небольшими порциями;
- разнообразить еду: готовить для клиента/подопечного не только отварные, но и, например, запечённые в духовке блюда;
- использовать для приготовления пищи качественные полуфабрикаты - это поможет сэкономить время;
- тщательно сервировать стол, красиво раскладывая еду на тарелке;
- порекомендовать клиенту/подопечному не употреблять пищу в одиночестве;
- разнообразить процесс еды клиента/подопечного «перекусыванием» - сделать омлет, предложить готовое пирожное или йогурт, приготовить калорийный коктейль;
- использовать следующий приём: хлеб нарезать тонкими, а сыр и колбасу - более толстыми ломтиками;
- предложить клиенту/подопечному заменить хлеб кашей или мюсли;

- добавлять в кофе, молоко, кефир, йогурт, творог, пудинги и какао сливки, а в супы и картофельное пюре - соусы;
- использовать следующий приём: взбитое яйцо соединить с кашей, картофельным пюре или соусом, а затем подвергнуть тепловой обработке (при этом необходимо помнить, что **клиенту/подопечному категорически не рекомендуется употреблять в пищу сырые яйца**, поэтому тепловая обработка обязательна);
- добавлять сахар или мёд в различные блюда, такие как каша, йогурт, пудинг, чай и кофе;
- добавлять натёртый сыр в соусы, овощи, пюре и другие блюда.



Если при помощи диеты не удаётся восполнить дефицит белков и калорий, можно принимать пищевые добавки, но только именно в качестве добавок, а не заменителей натурального белка! Необходимо проконсультироваться с лечащим врачом о том, какие пищевые добавки можно использовать, и как их применять.

Рекомендации по питанию при диарее

При диарее организм теряет много жидкости и солей. Эти потери необходимо восполнять. Задача специалиста по уходу - проконтролировать соблюдение клиентом/подопечным нескольких правил питания при диарее:

- стараться, чтобы клиент/подопечный употреблял больше жидкости - минимум 2 - 2,5 литра (10 - 12 стаканов в день): минеральную воду без газа, чай, овощные соки, несладкие фруктовые соки;
- включить в рацион клиента/подопечного больше солёных блюд, таких, как бульоны, супы, сельдь, солёное печенье (пища клиента/подопечного при диарее должна содержать немного больше соли, чем обычно);
- ограничить количество потребляемого сахара из-за его слабительного действия;
- сократить потребление клиентом/подопечным клетчатки и жиров; необходимо порекомендовать клиенту/подопечному не употреблять продукты с высоким содержанием жира, а также тёмные сорта хлеба, овощи и фрукты;
- заменить в диете клиента/подопечного молоко и сладкие молочные продукты, которые обладают послабляющим действием из-за высокого содержания лактозы, на продукты с незначительным количеством лактозы - кисломолочные продукты (кефир, йогурт, творог), сыр и взбитые сливки; существуют также молочные продукты, не содержащие лактозу - они рекомендуются при продолжительной диарее и в случаях повышенной чувствительности к лактозе.

Рекомендации по питанию при тошноте и рвоте

При тошноте часто пропадает аппетит. Специалист по уходу может порекомендовать своему клиенту/подопечному в этом состоянии употреблять как можно больше жидкости (два литра в день), а когда тошнота проходит, пытаться есть (в любое время суток, даже ночью).

Кормить клиента/подопечного следует часто, маленькими порциями, медленно, предлагая клиенту/подопечному те блюда и продукты, которые ему нравятся или в меньшей степени вызывают тошноту.

Если клиента/подопечного тошнит от запаха еды, можно попробовать заменить горячую пищу бутербродами, холодным мясом, сыром, салатами или кефиром.

Лечащий врач может прописать лекарственные препараты, которые помогут избавиться от тошноты или хотя бы снизить её интенсивность.

Рекомендации по питанию при болях во рту и при глотании

Боль во рту и затруднительное, болезненное глотание могут вызвать проблемы с приёмом пищи. В таком случае можно порекомендовать использовать теплые протертые или жидкие блюда.

Рекомендации по приготовлению пищи и её употреблению при жалобах клиента/подопечного на боли во рту и при глотании:

- предпочтительно готовить для клиента/подопечного горячие блюда в виде пюре - при этом все части блюда (мясо, картофель, овощи) протирать отдельно;
- при приготовлении мясных блюд для клиента/подопечного мясо лучше мелко размалывать;
- при необходимости можно заменять в рационе клиента/подопечного мясо яйцами, рыбой, курицей, творогом, сыром;
- овощи рекомендуется варить или готовить в виде пюре;
- в рис полезно добавлять молоко, бульон или отвар из-под овощей;
- в пюре рекомендуется добавлять бульон, соус, овощной отвар, масло или маргарин;
- полезно готовить для клиента/подопечного смешанные горячие блюда, все компоненты которых можно отварить;
- рекомендовать клиенту/подопечному не употреблять горячую или слишком холодную пищу (слишком горячие или холодные блюда могут вызвать боль в полости рта);
- исключить из рациона клиента/подопечного острые приправы, специи и очень солёные блюда;
- необходимо смягчать вкус сока (некоторые фруктовые соки могут раздражать слизистую полости рта), добавляя в него немного сливок, смешивая разные сорта соков или разбавляя их водой.

Рекомендации по питанию при изменении вкуса

Вследствие воспалительного процесса во рту вкусовые ощущения могут измениться. Это происходит, например, при кандидозе слизистой полости рта или в результате лечебных манипуляций - после облучения ротовой полости (радиотерапия) или под действием некоторых лекарств.



Вкусовые ощущения разделяются на четыре компонента: сладкий, кислый, соленый и горький. Случается, что человек перестаёт ощущать один или несколько компонентов. Бывает, что вкус пищи, которая раньше нравилась, становится неприятным, а некоторые продукты вообще могут вызывать отвращение (например, мясо).

Когда пропадает удовольствие от еды, человек стремится есть меньше или однообразно. Это плохо влияет на его самочувствие, он теряет в весе.

В данной ситуации можно попробовать приготовить для клиента/подопечного продукты и блюда, которые раньше казались ему невкусными, или те, которые он употреблял нечасто.

При отвращении к мясу можно попробовать заменить его курицей, рыбой, сыром, яйцами, соевыми и бобовыми продуктами или вкусными блюдами вегетарианской кухни. Сделать пищу более привлекательной поможет умеренное добавление в неё для улучшения вкуса соли, перца, горчицы, кетчупа, столового уксуса и других специй.

Глава 1.7.4

Гигиенические основы приготовления пищи для ВИЧ – положительных людей



При сниженном иммунитете человек становится более восприимчивым к инфекциям, которые вызываются различными микроорганизмами, поэтому особенно важно соблюдать правила приобретения, хранения и приготовления продуктов, которые при нарушении этих правил представляют собой реальную инфекционную угрозу для людей, живущих с ВИЧ.

Общие гигиенические советы:

- мясо, рыбу, курицу нужно всегда хранить в морозильной камере; свежие мясные и рыбные продукты должны находиться в холодильнике не более двух дней;
- необходимо держать отдельно такие продукты, как зелень, хлеб, сырое мясо, рыбу; удобно использовать для этого специальную бумагу или контейнеры;
- продукты желательнее покупать только в магазине;
- необходимо следить за сроками годности продуктов и не допускать использование продуктов с истекшим сроком годности;
- продукты следует хранить в холодильнике в соответствии рекомендациями по хранению (температура и время хранения);
- не рекомендуется повторный разогрев готовых блюд;
- курицу и рыбу следует хорошо проваривать или прожаривать;
- фрукты и овощи необходимо тщательно мыть проточной водой;
- разделочные доски, ножи и вилки после разделывания мяса, рыбы и курицы следует хорошо промывать с использованием моющих средств;

- рекомендуется использовать разделочную доску из пластика, которую гораздо проще содержать в чистоте, чем деревянную;
- губки для мытья посуды необходимо регулярно мыть в горячей воде с моющими средствами или часто заменять.

Раздел 1.8

Психо - социальные проблемы при ВИЧ-инфекции

Глава 1.8.1

Психологические и социальные последствия ВИЧ-инфекции

ВИЧ-инфекция создаёт для людей, живущих с ВИЧ, членов их семей, а также и для специалистов, оказывающих помощь и уход, уникальные психологические и социальные проблемы.

Жизнь с ВИЧ - это серьёзный кризис, который с первого дня сопровождается острыми переживаниями. Возникающие кризисные ситуации, которые являются характерными практически для каждого человека, живущего с ВИЧ, как правило, связаны с глубокими негативными переживаниями по поводу неизлечимого заболевания, к которому в обществе до настоящего времени существуют серьёзные предубеждения. Всё это, зачастую, вызывает у ВИЧ - положительных людей ощущение беспомощности, непонимания того, что происходит с ними сейчас и что будет дальше, неспособности найти оптимальный выход и определить линию поведения в ситуации крушения привычного жизненного уклада.

Справиться с такими ситуациями самостоятельно крайне трудно, а иногда и невозможно. В этом случае людям, живущим с ВИЧ, и членам их семей может потребоваться помощь специалистов по уходу, а также психологов и врачей. Если человеку не оказать помощь в этот период, он так и не научится жить со своим заболеванием, не научится управлять им, и, в конечном итоге, жизнь его превратится в сплошные мучения, как психологические, так и физические.

При ВИЧ-инфекции проблемы могут возникнуть сразу в нескольких сферах жизнедеятельности инфицированного ВИЧ человека: личной, интимной, семейной, профессиональной, социальной.

Сообщение о диагнозе ВИЧ-инфекции часто приводит к развитию депрессивных состояний, вызванных как мыслями о приближении конца жизни из-за наличия неизлечимого заболевания, так и сильнейшей внутренней стигмой. Парадокс ситуации заключается в том, что получившие диагноз люди практически сразу же начинают стигматизировать себя сами, тогда как внешнее окружение может не знать и не догадываться о заболевании и, соответственно, не проявлять никаких признаков внешней стигмы. Внутренняя стигма заставляет людей, живущих с ВИЧ, ограничивать круг своего общения, разрывать родственные связи (часто не объясняя причины разрыва родным), оставлять работу, расставаться со всеми мечтами и планами, вызывает суицидальные мысли.

Одной из наиболее серьёзных кризисных ситуаций в жизни ВИЧ - положительных людей является проблема «раскрытия» ВИЧ-статуса перед родными и близкими, другими значимыми для клиента/подопечного людьми.

У клиента/подопечного из-за боязни раскрытия своего ВИЧ-статуса, «предвосхищения» (как правило, преувеличенного) предстоящего отвержения, отказа в поддержке и т.п. могут осложниться отношения с друзьями, коллегами и членами семьи.

Соккрытие одним из супругов своего ВИЧ-статуса вносит в семейные отношения оттенок недосказанности, напряженности, подозрительности. В конечном счете, запоздалое «разоблачение тайны» ещё более утяжеляет внутрисемейный конфликт. В семьях, затронутых ВИЧ-инфекцией, часто происходит осложнение супружеских отношений, возникает атмосфера взаимного недоверия и реальная угроза распада семьи.



ВИЧ-инфекция - хроническое заболевание, с которым, ВИЧ - положительный человек и его близкие вынуждены жить много лет. Задача служб поддержки - помочь семье адаптироваться к жизни с ВИЧ и сохранить качество жизни всех её членов.

Глава 1.8.2

Проблемы, связанные со стигмой и дискриминацией

Эпидемия ВИЧ-инфекции привела к появлению в обществе предубеждений по отношению к инфицированным ВИЧ людям. Недостаточная информированность населения о путях передачи и клинических проявлениях инфекции, предвзятое мнение о том, что ВИЧ-инфекция во всех случаях является закономерным результатом исключительно аморального и антисоциального поведения, привели к тому, что ВИЧ - положительный статус стал своего рода «позорным клеймом» или стигмой.

Стигма («позорное клеймо», греч.) - социальный ярлык, который формирует негативное отношение окружающих к человеку и человека к самому себе. Стигма оказывает большое влияние на общество в целом и на самосознание конкретного человека. В большинстве случаев связанная с ВИЧ-инфекцией стигма развивается на основе сложившихся негативных представлений, и сама укрепляет их. Например, в обществе широко распространено мнение, что люди, инфицированные ВИЧ, заслужили то, что с ними произошло, своими поступками, связанными с общественно порицаемым поведением (занятием коммерческим сексом, своей нетрадиционной сексуальной ориентацией или инъекционным употреблением наркотиков), и соответственно, они не могут рассчитывать ни на сочувствие, ни на какую-либо помощь.

Стигматизация - суждение о человеке на основе только одного признака, отличающего его от других, отказ ему в многогранности его личности. Фактически, стигматизация - это процесс девальвации личности.

Стигматизация может привести к развитию у клиента/подопечного депрессии, к замыканию его в себе и чувству собственной неполноценности. Это подрывает и истощает силы уже и так ослабленных болезнью людей, заставляет их винить самих себя за то, что они оказались в таком трудном положении.



Обычно выделяют три взаимосвязанных составляющих процесса стигматизации:⁷³

**Различия, существующие между людьми и носящие сугубо частный характер, намеренно утрируются, их значение и последствия необоснованно преувеличиваются.*

**Людам с различиями приписывают (часто совершенно необоснованно) исключительно негативные качества.*

**Людей с различиями искусственно объединяют в одну группу, изолируя от общества, разделяя тем самым, само общество на «мы и они» (при этом совершенно необоснованно считается, что «мы», безусловно, лучше, чем «они»).*

В конечном счете, **стигма создает социальное неравенство**. Она является причиной того, что некоторые группы людей считаются «недостойными», а другие, наоборот, испытывают превосходство.

Кроме внешней стигмы существует и **внутренняя стигма**, социальные и психологические последствия которой также могут быть довольно тяжёлыми. Внутренняя стигма может проявляться следующим образом:

- ощущение собственной ущербности, неполноценности;
- попытки человека доказать, что он лучше, чем другие представители группы⁷⁴, что он не такой, «как они все»;
- неспособность строить отношения с людьми, не принадлежащими к группе людей, живущих с ВИЧ;
- неспособность строить отношения с людьми, принадлежащими к группе людей, живущих с ВИЧ;
- страх дискриминации со стороны других людей, в том числе и необоснованный;
- негативное мнение о людях вне стигматизированной группы;
- чувство беспомощности, отсутствие контроля над ситуацией;
- уверенность, что собственное мнение и интересы не имеют значения, и ни на что повлиять не могут.

Дискриминация - ограничение прав и свобод. Дискриминация представляет собой стигму, облеченную в конкретные действия.

Дискриминация - это основанные на стигме действия или бездействие окружающих, которые лишают человека прав и возможностей, имеющих у большинства в обществе.

⁷³Источник: Фонд ООН в области народонаселения, ЮНФПА, «Консультирование до и после теста на ВИЧ. Пособие для тренеров, работающих в области консультирования по вопросам ВИЧ/СПИД». – М.: «Права человека», 2007.

⁷⁴ В данном случае под группой понимаются люди, живущие с ВИЧ.



Вследствие существующей в связи с ВИЧ-инфекцией внешней стигмы люди неохотно сообщают о своем ВИЧ-статусе, а внутренняя стигма часто заставляет ВИЧ - положительных людей относиться с большим недоверием к специалистам по уходу. Поэтому лица, осуществляющие уход, должны быть осторожны, аккуратны и очень терпеливы в общении с ЛЖВ и их ближайшим окружением, чтобы построить доверительные отношения с клиентами/подопечными, и при предоставлении помощи и поддержки случайно не раскрыть диагноз больного третьим лицам без его согласия.

Клиент/подопечный должен чувствовать себя со специалистом по уходу спокойно и надёжно и быть абсолютно уверенным в соблюдении конфиденциальности со стороны специалиста по уходу.

Проявление дискриминации в отношении наркопотребителей и/или людей, живущих с ВИЧ, выражается в ущемлении их прав (по признаку наркопотребления и/или ВИЧ - позитивного статуса), произошедшего вследствие определённых действий или бездействия со стороны государства, общества или отдельных лиц.

Международное законодательство (в том числе, и российское) в области прав человека запрещают дискриминацию по признаку наличия ВИЧ-инфекции. Но практика показывает, что, несмотря на наличие международных, национальных и региональных норм, нередко права лиц, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции, а также страдающих наркотической зависимостью, нарушаются.



Из-за стигмы, связанной с ВИЧ-инфекцией, и возникающей вследствие этого дискриминацией, права людей, живущих с ВИЧ, и их семей часто нарушаются (например, право на труд, образование или на получение медицинской помощи). Нарушение прав человека усиливает отрицательные последствия эпидемии: заставляет людей чувствовать неза заслуженный стыд, скрывать факт инфицирования, вызывает излишнюю тревогу и страдания, что приводит, в свою очередь, к ухудшению состояния их здоровья.

С примерами проявления стигмы и дискриминации в отношении наркопотребителей и/или лиц с ВИЧ - положительным статусом многие знакомы. Проявлением дискриминации, связанной с доступом к лечению, является отказ ПИН в приёме в медицинские учреждения, изъятие при обыске у задержанных АРВ-препаратов и т.д. К этой же категории примеров относится клевета, распространение ложной информации, например, о том, что ВИЧ-инфекция передается воздушно-капельным путем, в связи с чем следует изолировать людей, живущих с ВИЧ и т.д. Увольнение с работы, отказ в приёме на работу, в образовательные учреждения и т.д. по признаку наличия ВИЧ-инфекции - также нередкие явления в повседневной жизни.

Проявления стигмы и дискриминации по отношению к ВИЧ - положительным клиентам/подопечным приводят к ухудшению качества их жизни, а также препятствуют формированию у них более ответственного поведения, приверженности ВААРТ.

В контексте ВИЧ-инфекции тема стигмы и дискриминации становится особенно актуальной в связи с тем, что стигматизация и дискриминация ВИЧ - положительных людей, а также людей, находящихся в зоне высокого риска инфицирования (ПИН, СР, МСМ, освобождающихся из мест лишения свободы и др.), приводит к очень серьёзным последствиям, как для отдельных людей, так и для общества в целом.

Негативное отношение общества к проблеме ВИЧ-инфекции и к людям, затронутым ею, приводит к фактическому ограничению доступа к профилактике, лечению и уходу. Люди, знающие о своём диагнозе, всячески стараются скрывать его от общества, от своих близких, боятся обращаться за помощью и лечением, что неизбежно ведёт к серьёзным медицинским и психологическим последствиям. Кроме того, те люди, которые попадали в ситуации возможного инфицирования ВИЧ, также будут бояться пройти обследование, чтобы не оказаться в числе отвергаемых обществом. Всё это ведёт к тому, что эпидемия ВИЧ-инфекции приобретёт скрытый характер, когда влиять на её течение очень трудно, а иногда и практически невозможно.

В ситуации высокого уровня стигмы и дискриминации существует огромный риск того, что эпидемия ВИЧ-инфекции может выйти из-под контроля и приобрести формы генерализованного распространения, вовлекая в процесс инфицирования всё большее количество людей.



Известно, что при современном состоянии медицины начало лечения ВИЧ-инфекции на более ранних стадиях заболевания антиретровирусными препаратами позволяет значительно увеличить продолжительность жизни ВИЧ - положительных людей и сохранить её качество. Также, что немаловажно, при этом снижается риск передачи вируса другим людям, в том числе, от матери ребенку. Однако существующий в современном обществе высокий уровень стигмы и дискриминации приводит к тому, что выявление людей, инфицированных ВИЧ, нередко происходит на поздних, тяжёлых стадиях заболевания, быстро приводящих к смерти.

Таким образом, стигма и дискриминация, связанные с ВИЧ/СПИДом, являются главными препятствиями на пути предотвращения новых случаев инфицирования, предоставления надлежащего ухода, поддержки и лечения ВИЧ - положительным людям.

Специалисту по уходу необходимо обращать внимание на жалобы клиентов/подопечных, столкнувшихся с проявлением стигмы и дискриминации по отношению к себе или своим близким, оказывать им поддержку и содействие в разрешении проблемных ситуаций, в случае необходимости направлять клиентов/подопечных за получением помощи к психологу и/или юристу.



*Говоря о стигме и дискриминации нельзя не затронуть еще одно понятие - **эмпаурмент** («обретение силы», когда сами люди, подвергающиеся стигме и дискриминации, приобретают знания и навыки, позволяющие им преодолеть внутреннюю и внешнюю стигму, и противостоять дискриминации.*

Эмпаурмент - это вовлечение клиентов/подопечных в непосредственное участие в принятии решений о необходимых действиях в случаях проявления стигмы и дискриминации по отношению к ним или их близким.

Глава 1.8.3

Психосоциальные проблемы и поддержка ЛЖВ в разные периоды ВИЧ-инфекции

Основной целью помощи во всех периодах развития заболевания является оказание психологической поддержки и повышение качества жизни клиентов/подопечных.



Специалисту по уходу необходимо понимать и учитывать, что по мере развития заболевания, в каждый кризисный период клиенту/подопечному приходится проводить переоценку ценностей, заново учиться жить в новых условиях, приспосабливаясь к изменениям, ориентируясь на проявления своего заболевания. Всё

это требует от него больших эмоциональных и психологических усилий, и помощь специалиста по уходу во все эти периоды жизни ВИЧ – положительному клиенту крайне необходима.

Многолетнее изучение особенностей социально - психологической адаптации людей, живущих с ВИЧ, на разных этапах их жизни показало наличие взаимосвязи между течением заболевания и тем, как люди приспосабливаются к новым условиям. Эти наблюдения позволили условно выделить **три основных периода в жизни людей, инфицированных ВИЧ**, когда они особенно психологически уязвимы и нуждаются в поддержке.

Первый период: установление ВИЧ - положительного статуса. Постановка диагноза «ВИЧ-инфекция» является чрезмерно тяжёлым стрессорным фактором, который может вызвать серьёзную психическую травму у клиента/подопечного. При этом соматическое состояние клиентов/подопечных в период установления диагноза ВИЧ-инфекции часто можно квалифицировать как вполне удовлетворительное. На первый план выступают эмоциональные переживания, приводящие, в том числе, к повышению риска развития различных форм суицидального поведения. Статистика показывает, что примерно каждый пятый из тех, кому установили диагноз «ВИЧ-инфекция», думает о самоубийстве.

У большинства людей после постановки диагноза ВИЧ-инфекции развивается психологический кризис, вызванный страхом болезни, её многочисленных последствий и смерти. У человека появляются мысли о возможной дискриминации, потере работы и средств к существованию. Человек, инфицированный ВИЧ, начинает ощущать

внутреннюю стигму, начинает бояться одиночества и зависимости от других людей. Чувство одиночества нередко усугубляется самоизоляцией.

Психологический кризис в период постановки диагноза характеризуется возникновением у клиентов/подопечных целого комплекса негативных переживаний и самых разнообразных чувств:

- **тревоги** (например, по поводу возможности нарушения конфиденциальности или невозможности что-либо изменить);
- **страха** заражения близких и/или страх смерти;
- **опасений** (например, по поводу доступности лечения, получения иной помощи и т.д.);
- **чувства утраты** (например, планов на будущее, положения в обществе, финансовой стабильности и независимости, физической привлекательности и т.д.);
- **печали** по поводу ожидаемых или свершившихся потерь;
- **чувства вины** по отношению к людям, которых они могли заразить, по отношению к близким, которых они «подвели» и т.д.;
- **угрызений совести** из-за поведения, приведшего к инфицированию;
- **агрессию** по отношению к предполагаемому источнику заражения (что является психологически понятной и не патологической реакцией на психическую травму, связанную с обнаружением факта инфицированности ВИЧ; на практике агрессивность, как правило, ограничивается словесными угрозами в адрес вероятного источника заражения).



Когда человек думает, что его жизнь подходит к концу, он начинает иначе, чем прежде, смотреть и на себя, и на весь мир, и на человеческие взаимоотношения - ведь пошатнулось всё, в чём у человека была уверенность, на что он опирался в настоящем и рассчитывал в будущем. Он не знает, как жить дальше, не представляет себе, кому и что должен говорить, боится заразить других людей, опасается, что уже кого-то заразил. Кажется, что придётся всё изменить одновременно: личную и сексуальную жизнь, дружеские и семейные отношения; возможно, придётся искать другую работу и т.д.

В этот период ВИЧ - положительным людям особенно необходимы присутствие рядом близкого, понимающего и сочувствующего им человека, и возможность поговорить с кем-то о своих страхах, опасениях, переживаниях. В некоторых случаях может потребоваться обращение к специалистам за профессиональной медицинской и/или психологической помощью. Поэтому так важно обеспечить клиентам/подопечным свободный доступ к консультированию, психологической помощи и поддержке уже на стадии получения диагноза.

Целями помощи в данный период будут являться профилактика суицида, оказание психологической поддержки, профилактика передачи ВИЧ. Задача специалиста по уходу на этапе постановки диагноза - помочь клиенту/подопечному овладеть ситуацией через оказание психологической и эмоциональной поддержки, предоставление достоверной,

полной информации о заболевании и жизни с ВИЧ. Необходимо помочь клиенту/подопечному исправить его неверные представления о заболевании и увидеть свою жизненную перспективу с позитивных позиций.

В среднем человеку требуется около шести месяцев для того, чтобы свыкнуться с мыслью о заболевании и адаптироваться к новой жизни с ВИЧ. Рано или поздно, практически каждый человек находит свой способ сосуществования с болезнью, понимая и признавая тот факт, что жизнь продолжается, хотя многое в ней теперь и изменилось.



Необходимо, чтобы человек, переживающий психологический кризис, мог вновь обрести душевное равновесие, а специалист по уходу и близкие люди должны помочь ему в этом. Поддерживая ВИЧ - положительного человека, следует объяснить ему, что просить о помощи не стыдно: у каждого человека есть право на получение помощи! Просьба о помощи - это признак не слабости, а скорее – самостоятельности: так человек заботится о том, чтобы сохранить свои силы и вести достойное существование.

Сильную психологическую поддержку могут оказать «собратья по несчастью» - такие же люди, живущие с ВИЧ, при равном консультировании или на собраниях групп поддержки и взаимопомощи для ВИЧ - положительных людей.

Второй период: появление клинических признаков заболевания. Закономерности течения ВИЧ-инфекции таковы, что рано или поздно наступает этап прогрессирования заболевания. Психологический кризис в данном случае связан с появлением в клинической картине заболевания вторичных заболеваний, оппортунистических инфекций и/или различных болезненных синдромов. Впервые ВИЧ - положительный человек и его близкие начинают «ощущать присутствие вируса». В этот период психологическая уязвимость ВИЧ - положительных людей и членов их семей вновь повышается, и потребность в помощи резко возрастает.

В этот период клиенту/подопечному требуется, как правило, наряду с психологической помощью, социальное сопровождение и проведение комплекса лечебно-диагностических мероприятий.

Целями помощи, которую может предоставить специалист по уходу на данном этапе развития заболевания, являются:

- оказание психологической поддержки (снижение тревоги, поддержание ощущения психологической защищенности);
- формирование у клиентов/подопечных и их ближайшего окружения приверженности к лечению и диспансерному наблюдению, и поддержание этой приверженности;
- оказание психологической и иной поддержки при возникновении побочных эффектов ВААРТ;
- профилактика агрессивного поведения;
- профилактика осложнений, развития сопутствующих заболеваний, болевого синдрома и т.д.

К специальным мероприятиям на данном этапе можно отнести **консультирование по вопросам приёма антиретровирусных препаратов, формирование и поддержание приверженности терапии.**

Приверженность ВААРТ означает, что клиент/подопечный принимает лекарство строго по времени в необходимой, предписанной врачом дозе, соблюдая при этом рекомендации по диете, а также своевременно и в полном объёме проходит назначенные врачом лабораторные исследования. Всё это может потребовать от ВИЧ – положительного человека изменения привычного уклада жизни и вызвать стресс и психологический дискомфорт.

Большинство ВИЧ - положительных людей, особенно молодых, которые ранее не имели опыта долгосрочного лечения, столкнувшись с необходимостью регулярного приёма лекарств, вызывающих часто неприятные и даже тяжёлые побочные эффекты, впадают в депрессию, считают свою жизнь конченной и не имеющей дальнейшего смысла. Такое состояние требует немедленного вмешательства специалистов по уходу с привлечением ближайшего окружения клиента/подопечного для оказания ему помощи и поддержки в формировании новых жизненных навыков, необходимых для соблюдения режима приёма антиретровирусных препаратов. Специалисту по уходу необходимо с такими клиентами/подопечными и их близкими, посвящёнными в ситуацию, проводить работу, направленную на поддержание приверженности терапии. Важно научить подчинять режим дня клиента/подопечного и его близких алгоритму приёма АРВ-препаратов.



Специалисту по уходу следует разъяснить клиентам/подопечным, как правильно действовать по разрешению возможных проблем, которые могут появиться в ходе приема антиретровирусных препаратов: какие побочные эффекты возможны, и как с ними справляться, как сохранить тайну диагноза, как объяснить сослуживцам или домашним регулярный приём препаратов и т.п.

Одна из задач ухода на том этапе - помочь клиенту/подопечному и его ближайшему окружению преодолеть барьеры на пути формирования и поддержания приверженности лечению.

Состояние здоровья и связанная с ним необходимость частых посещений медицинских учреждений (включая лечение в стационаре) зачастую вынуждают клиента/подопечного оставить работу или прекратить учёбу. В этот период психологический кризис может усугубиться рядом социальных проблем: рушится карьера, возникают реальные материальные и финансовые трудности, меняются социальные роли в семье (например, родители вынуждены ухаживать за своими взрослыми детьми, или малолетние дети берут на себя заботу о своих родителях) и т.д.

Тяжелая болезнь или смерть знакомого, имевшего ВИЧ - положительный статус, могут также стать сильным психологическим потрясением в этот период для человека, живущего с ВИЧ, и членов его семьи. Мысли о возможности приближения собственной

смерти или смерти близкого и дорогого человека иногда приводят к серьезному обострению эмоционального кризиса. Безусловно, все эти факторы делают психологическую и социальную поддержку на этом этапе крайне необходимой.

Третий период: терминальная стадия ВИЧ-инфекции. Потребность в паллиативной помощи, уходе, психологической поддержке значительно возрастает во время следующего критического периода в жизни клиентов/подопечных, когда ВИЧ-инфекция переходит в терминальную стадию, характеризующуюся развитием тяжёлых необратимых заболеваний.

Опыт работы с людьми на терминальной стадии заболевания показывает, что несмотря на развивающееся у них замедление темпов протекания психических процессов (нарушение памяти, сужение объёма слухоречевого восприятия, слабость суждений и умозаключений, трудности при установлении причинно-следственных связей), треть больных ВИЧ-инфекцией сохраняют мучительные переживания по поводу скорой смерти и нуждаются в психологической и социальной поддержке.

В меньшей степени в этот период нуждаются в поддержке и помощи и члены семьи ВИЧ - положительного умирающего человека.

Глава 1.8.4

Психо - социальные проблемы ЛЖВ на терминальной стадии ВИЧ-инфекции

Планирование мероприятий и подготовка к смерти клиентов/подопечных, находящихся на терминальной стадии заболевания, является важной частью паллиативного ухода при ВИЧ-инфекции.

На данном этапе ухода за клиентами/подопечными им оказывают помощь в решении финансовых и юридических вопросов, включая составление завещания и определение права наследования и т.д., а также учитываются пожелания, касающиеся организации ухода, последних минут жизни и мероприятий, которые следует провести после смерти, включая процедуру похорон или кремации.

Специалист по уходу должен быть готов к обсуждению вопросов, касающихся смерти. К сожалению, среди людей, осуществляющих уход, довольно широко распространено ошибочное мнение, что в данной ситуации неуместно (да и несколько пессимистично) обсуждать подобные вопросы. Это связано с тем, что в своём отношении к проблеме завершения жизни современная цивилизация скорее стремится к отрицанию смерти, а не к восприятию её как неизбежного многостороннего фактора, сопутствующего жизни. Хотя человек и знает о конечности своего существования, но в свою собственную смерть по-настоящему не верит, и до конца не осознает её неизбежности. Столкнувшись со смертью других людей, или сам оказавшийся в смертельной ситуации, человек испытывает безотчётный страх и тревогу.

Все психологические реакции человека, оказавшегося перед лицом смерти, можно подразделить на ряд этапов или фаз⁷⁵.

⁷⁵ Источник: Кюблер-Росс Э. «О смерти и умирании»/Киев: «София», 2000.

- **Фаза отрицания** (отказ и изоляция от реальности) является нормальной и конструктивной, если она не затягивается и не мешает терапии.
- **Фаза протеста** вытекает из вопроса, который задает себе клиент/подопечный: «Почему именно я?». Отсюда возмущение, гнев на окружающих. Клиент/подопечный в этой фазе особенно испытывает потребность излить кому-нибудь эти чувства, нуждается в поддержке и участии.
- **Фаза «торга»**, когда происходит резкое сужение жизненного горизонта человека, и он начинает выпрашивать себе те или иные поблажки, просит облегчить режим, назначить обезболивающее. Эта фаза помогает человеку согласиться с реальностью всё укорачивающейся жизни. Нередко человек обращается к Богу с просьбами и обещанием смирения и послушания: «Пожалуйста, еще немного, мне надо закончить дела...» и т.п.
- **Фаза депрессии**, когда клиент/подопечный с течением времени становится всё печальнее. В этот период он больше всего нуждается в душевном комфорте.
- **Фаза принятия** смерти характеризуется тем, что умирающий примиряется с судьбой, он хочет только отдохнуть, уснуть.

Если умирающий человек сам выражает желание обсудить некоторые вопросы, связанные с предстоящим уходом из жизни (например, церемонию своих похорон и отпевания, или вопросы будущего детей, опеки над ними, источники поддержки семьи после его смерти и т.д.), специалист по уходу должен помочь ему в этом - внимательно выслушать и проявить участие. Имея возможность обсуждать темы, затрагивающие вопросы смерти, умирающий человек не будет чувствовать себя в одиночестве, а будет знать, что другой человек услышал и знает о том, что его беспокоит.



Специалисту по уходу следует быть готовым к тому, что клиент/подопечный, находящийся на терминальной стадии ВИЧ-инфекции, часто, в силу болезни, утрачивает самокритичность, может не сдерживать своих эмоций, высказывать порой необоснованные претензии.

В таких случаях необходимо убеждать, а не принуждать больного, дать ему выговориться, постараться решить волнующие его проблемы, или обсудить с ним конкретные действия, которые могут помочь в решении этих вопросов. Следует проявлять чувство такта, ни в коем случае не спорить с больным, а стремиться направить ход мыслей клиента/подопечного в нейтральное русло и успокоить его.

Необходимо также попытаться наладить общение больного с членами семьи и дорогими ему людьми. Больной должен знать, что близкие его любят, и будут о нём помнить.

Специалисту по уходу следует разъяснить близким умирающего клиента/подопечного особенности его психического состояния, в котором он находится в настоящий момент, так как неправильное поведение окружающих может разрушить их собственную психологическую защиту и усугубить его тягостные переживания

клиента/подопечного. Например, необоснованный оптимизм, продиктованный понятным желанием ободрить и утешить умирающего, не всегда бывает уместен, так же, как и нарочитое избегание контактов и общения с умирающим.



Нередко случается так, что, вольно или невольно, окружающие начинают избегать общения с умирающим. При этом у родственников может развиваться чувство вины за своё поведение и невольное пожелание более быстрой и лёгкой смерти умирающему. Специалист по уходу должен помочь родственникам и близким людям клиента/подопечного преодолеть это состояние и объяснить, что возникающие у них чувства нормальны и закономерны, но что именно в этот период больной больше всего нуждается в душевном комфорте, которое ему могут обеспечить внимание и забота близких людей. Даже молчаливое присутствие у постели больного может стать ему хорошей психологической поддержкой.

Близкие люди умирающего также нуждаются в поддержке на всех этапах развития заболевания клиента/подопечного, так как они проходят через те же переживания и в той же последовательности, что и их умирающий близкий человек.

Консультирование, психологическая и иная поддержка родственников клиента/подопечного, находящегося на терминальной стадии заболевания, являются необходимым способом сделать процесс его умирания психологически менее травматичным, а потому более цивилизованным.



Специалисту по уходу при оказании помощи близкому окружению клиента/подопечного после его смерти следует понимать, что чувство скорби по умершему представляет собой реакцию приспособления, которая не требует коррекции и должна длиться столько, сколько необходимо для данного человека.

Нормальная реакция скорби может продолжаться до года.

Глава 1.8.5

Проблемы и особенности психологической помощи потребителям наркотиков, находящимся на терминальной стадии ВИЧ-инфекции

Для многих потребителей наркотиков процесс планирования смерти не имеет какого-либо значения. В то же время нельзя думать, что у наркопотребителей вообще не возникает никакой потребности в планировании и подготовке к смерти. К каждому наркопотребителю, так же, как и при организации паллиативной помощи в других ситуациях, требуется индивидуальный подход, и при разработке адекватного плана, связанного с уходом из жизни, должны учитываться жизненные обстоятельства и пожелания клиента/подопечного.

Если у клиента/подопечного имеются определённые проблемы с поведением, психиатрический диагноз или просто его жизнь сильно дезорганизована, ему может понадобиться значительная помощь в планировании мероприятий, связанных с уходом

из жизни, и, возможно, для решения этих вопросов потребуется приглашение адвоката или опекуна.

Специалистам по уходу во время подготовки клиента/подопечного к смерти следует поощрять (но не заставлять!) их желание связаться с родственниками, если таковое возникнет. Многие потребители наркотиков уже давно утратили контакты с семьёй и вовсе не заинтересованы в их восстановлении. Но если семейные отношения не совсем потеряны, то следует помочь и клиенту/подопечному, и его родственникам их восстановить и в дальнейшем поддерживать более тесные контакты.



Важно определить, кого клиент/подопечный считает своей семьёй, с кем он близок, и есть ли возможность найти и привлечь этих людей к уходу и поддержке. У специалиста по уходу может возникнуть конфликт между собственными представлениями о том, что составляет понятие «семья» и представлениями об этом клиента/подопечного. Например, человек может считать семьёй другого потребителя наркотиков или даже торговца наркотиками. Требуется проявить такт и уважение к представлениям и пожеланиям клиента/подопечного и не навязывать ему тех людей, которых он не признает семьёй или не желает видеть.

У некоторых женщин, потребляющих наркотики, есть дети. Часто эти женщины оставляют детей ради наркотиков. Но, предчувствуя скорый уход из жизни, они могут ощущать потребность и выражать желание увидеться с детьми, чтобы решить какие-либо проблемы, попросить прощения или просто попрощаться. Учитывая обстоятельства, из-за которых дети были оставлены на попечение других родственников или попали в детский дом, подобные встречи довольно трудно организовать. Но надо постараться устроить такую встречу (безусловно, с согласия опекунов или администрации детского дома), если это не повредит интересам ребенка.

Раздел 1.9

Правовые аспекты, связанные с ВИЧ-инфекцией

Глава 1.9.1

Гарантии соблюдения прав людей, живущих с ВИЧ

Все люди, живущие с ВИЧ, как граждане своей страны, пользуются защитой национальных законов⁷⁶. Знание законов помогает людям, затронутым эпидемией ВИЧ-инфекции, а также специалистам по уходу защищать права и достойно исполнять свои обязанности, а также избегать многих юридических и иных проблем.

ВИЧ - положительные граждане обладают на территории своей страны всеми правами и свободами и несут ответственность в соответствии с Конституцией и законодательством Российской Федерации.

Основным регулирующим документом в сфере ВИЧ/СПИДа в Российской Федерации является Федеральный закон от 30 марта 1995 года № 38-ФЗ **«О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»** (далее - закон о ВИЧ), с 1 января 2005 года действующий в редакции Федерального закона от 22 августа 2004 года № 122-ФЗ.

Закон содержит гарантии обеспечения прав лиц, заражённых ВИЧ, а также обозначает обязанности государства по профилактике и лечению заболевания, меры социальной поддержки, в том числе работников, подвергающихся риску заражения вирусом иммунодефицита человека.

Согласно национальному законодательству ВИЧ - положительные лица имеют право:

- на получение информации о результатах медицинского освидетельствования в письменной форме;
- на непредвзятое отношение к себе;
- на соблюдение медицинской тайны, за исключением случаев, установленных законом;
- на продолжение исполнения трудовых обязанностей, за исключением случаев, установленных Правительством РФ;
- на получение соответствующих консультаций, касающихся сохранения здоровья и качества жизни;
- на ознакомление с профилактическими мероприятиями, исключающими распространение ВИЧ-инфекции.

ВИЧ - положительные лица без их письменного согласия не могут быть объектами научных опытов и исследований.

⁷⁶Международное законодательство и рекомендательные нормы, регламентирующие защиту прав людей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции и страдающих наркотической зависимостью, представлены в приложении 3.

Права ВИЧ - положительных детей и их родителей (законных представителей)

ВИЧ - положительным несовершеннолетним в возрасте до 18-ти лет назначается социальная пенсия, пособие.

Дети в возрасте до 18-ти лет, инфицированные ВИЧ, и их родители или законные представители пользуются правами, установленными законодательством для детей - инвалидов в возрасте до 18-ти лет. В том числе родители (законные представители) ВИЧ - положительного ребенка имеют право:

- на совместное пребывание с детьми в возрасте до 15-ти лет в стационаре учреждения, оказывающего медицинскую помощь, с выплатой за это время пособий по государственному социальному страхованию;
- на сохранение непрерывного трудового стажа за одним из родителей или иным законным представителем ВИЧ - положительного несовершеннолетнего в возрасте до 18-ти лет в случае увольнения с работы по уходу за ним (при условии поступления на работу до достижения несовершеннолетним указанного возраста);
- на включение в общий трудовой стаж времени ухода за ВИЧ - положительным несовершеннолетним;
- на выплату пособия по уходу за ребенком - инвалидом.

Социальная защита ЛЖВ и членов их семей

По признаку наличия ВИЧ-инфекции не допускается:

- увольнение с работы;
- отказ в приеме в образовательные учреждения и учреждения, оказывающие медицинскую и иную помощь;
- ограничение иных прав и законных интересов ВИЧ - положительных людей и членов их семей.

Нарушение законодательства РФ в отношении ВИЧ - положительных лиц влечёт за собой в установленном порядке дисциплинарную, административную, уголовную и гражданско-правовую ответственность.

Медицинское освидетельствование

Медицинское освидетельствование должно осуществляться добровольно, по просьбе или с согласия самого человека. Дети освидетельствуются только с согласия родителей или их законных представителей.

Освидетельствование на ВИЧ может проводиться и анонимно. Медицинское освидетельствование, в том числе соответствующее лабораторное исследование, проводится в учреждениях государственной, муниципальной или частной систем здравоохранения, получивших соответствующую лицензию на эту деятельность. Оно должно сопровождаться предварительным и последующим **консультированием**. В

учреждениях государственной системы здравоохранения медицинское освидетельствование проводится бесплатно.

Обязательному освидетельствованию подлежат:

- доноры крови, биологических жидкостей, органов и тканей;
- работники отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, перечень которых установлен Постановлением Правительства Российской Федерации;
- лица, находящиеся в местах лишения свободы, согласно правилам, утверждаемым Правительствами России;
- иностранные граждане и лица без гражданства, прибывающие в Россию на срок свыше 3-х месяцев, кроме сотрудников дипломатических представительств и консульских учреждений иностранных государств, сотрудников международных межправительственных организаций и членов их семей;
- призывники на срочную военную службу и военную службу по контракту.

В отношении иных категорий граждан, в том числе беременных женщин, больных по клиническим показаниям, а также при приёме на работу (если соответствующая профессия, организация не включены в утверждённый законом перечень) медицинское освидетельствование на ВИЧ может проводиться **только добровольно**.

Медицинское освидетельствование несовершеннолетних в возрасте до 18-ти лет и лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, может проводиться по просьбе или с согласия их законных представителей, опекунов, которые имеют право присутствовать при проведении медицинского освидетельствования.

Медицинские работники обязаны уведомить о результатах освидетельствования прошедшее его лицо. В случае выявления ВИЧ-инфекции у несовершеннолетних до 18-летнего возраста или у лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, соответствующая информация сообщается их родителям или законным представителям.

Неоказание помощи людям, живущим с ВИЧ

Законодательство РФ содержит гарантии недискриминации людей, живущих с ВИЧ, при доступе к медицинской помощи.

ВИЧ - положительным людям все виды медицинской помощи по клиническим показаниям оказываются на общих основаниях, при этом они пользуются всеми правами, предусмотренными национальным законодательством. Отказ врача или иного медицинского работника в оказании медицинской помощи из-за наличия ВИЧ-инфекции является грубым административным нарушением или, в зависимости от обстоятельств и тяжести последствий неоказания помощи, может расцениваться как уголовное преступление.

Соблюдение врачебной тайны

Диагноз «ВИЧ-инфекция», равно как иные сведения о состоянии здоровья человека, составляет врачебную тайну. Исчерпывающий перечень ситуаций, в которых медицинские работники могут сообщать третьим лицам информацию, являющуюся врачебной тайной, без согласия самого лица, прошедшего освидетельствование, установлен в следующих случаях:

- в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;
- при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
- в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 18-ти лет для информирования его родителей или законных представителей;
- при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.



Медицинские работники, специалисты по уходу 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 РФ.

Глава 1.9.2

Ответственность ВИЧ - положительных лиц

Люди, живущие с ВИЧ, обязаны делать всё возможное для предотвращения дальнейшего распространения ВИЧ. Зная о своем ВИЧ-статусе, ВИЧ - положительные люди должны особенно тщательно соблюдать универсальные меры предосторожности и не допускать контакта других людей со своей кровью и другими потенциально опасными в плане передачи ВИЧ биологическими жидкостями.

ВИЧ - положительный человек, вступая в интимную половую связь, обязан предупредить полового партнера о своём заболевании. То же самое он должен сделать в случае использования одного и того же инъекционного инструментария при совместном употреблении наркотиков.

Лица, инфицированные ВИЧ, не могут быть донорами крови, органов или спермы.

В Уголовном Кодексе РФ (статья 122 Уголовного кодекса РФ «Заражение ВИЧ-инфекцией») предусмотрена ответственность за заведомые действия лица, знавшего о своём ВИЧ - статусе и не поставившего другое лицо об этом в известность:

- за заведомое поставление⁷⁷ другого лица в опасность заражения ВИЧ-инфекцией;
- за заражение другого лица ВИЧ-инфекцией лицом, знавшим о наличии у него этой болезни.

Глава 1.9.3

Обеспечение конфиденциальности

при работе с ВИЧ - положительными клиентами/подопечными

Соблюдение конфиденциальности является необходимым и крайне важным элементом защиты прав людей, живущих с ВИЧ, или затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции.



Употребление наркотиков, ВИЧ-инфекция, судимость - факторы, которые сами по себе являются стигматизирующими. Наличие всего комплекса или одной из перечисленных проблем у человека зачастую создаёт для него непреодолимые барьеры при социализации и адаптации в обществе. Такие люди постоянно сталкиваются с проявлениями дискриминации, как со стороны ближайшего окружения, так и со стороны служб помощи, в которые они обращаются для решения проблем. Особенно часто - со стороны работодателей. Поэтому для успешной работы по разрешению проблем клиентов/подопечных специалист по уходу должен строго соблюдать принцип конфиденциальности (включая сохранение врачебной тайны).

Законодательств РФ признает информацию, касающуюся состояния здоровья любого человека (в том числе клиента/подопечного или специалиста по уходу), **конфиденциальными сведениями**, не подлежащей разглашению лицами, которым эта информация стала известна в связи с исполнением служебных обязанностей.

Руководство некоммерческой организации/службы, предоставляющей уход, а также и специалисты по уходу несут моральную, административную, а в некоторых случаях, и уголовную ответственность за соблюдение конфиденциальности в отношении информации о состоянии здоровья (фактах обращения за медицинской помощью, перенесенных острых и хронических заболеваниях, получаемом лечении и др.) как сотрудников, так и клиентов/подопечных.

Специалист по уходу ещё при приеме на работу должен быть проинформирован руководителями организации/служб помощи о дисциплинарной, административной и уголовной ответственности за разглашение личных (персональных) сведений, которое может привести к нанесению ущерба (морального, психологического, материального, физического) клиенту/подопечному.

Все действия специалиста, связанные с предоставлением клиенту/подопечному помощи, ухода и поддержки (консультирование, сопровождение, перенаправление, заполнение документации, хранение информации о клиенте/подопечном и т.п.) должна

⁷⁷Сохранена редакция оригинального документа.

быть обеспечена системой сохранности персональных данных клиента/подопечного, включая тайну его диагноза.

Система гарантии конфиденциальности должна распространяться на следующие моменты:

- соблюдение конфиденциальности специалистами по уходу при общении с третьими лицами;
- соблюдение конфиденциальности при организации ухода и поддержки (организация рабочих мест, условий работы и т.п.);
- соблюдение конфиденциальности при хранении сведений о клиентах/подопечных.

Соблюдение конфиденциальности специалистами по уходу при общении с третьими лицами

Все специалисты по уходу, имеющие доступ к информации о клиентах/подопечных должны быть проинструктированы по вопросам конфиденциальности, надлежащего обмена информацией и необходимого согласия клиента/подопечного на передачу информации личного характера третьим лицам.

Сведения о клиенте/подопечном могут быть переданы третьим лицам только с его согласия, кроме случаев, предусмотренных законодательством, о чём клиент/подопечный должен быть проинформирован заранее, ещё на этапе приема в программу помощи.

Целесообразно обсудить с клиентом/подопечным ситуации, когда может возникнуть необходимость предоставления информации о его диагнозе, состоянии здоровья и т.д., третьим лицам (близким родственникам, знакомым, специалистам партнёрских организаций и др.). Разговор с клиентом/подопечным и принятое им решение необходимо зафиксировать в документе (листок информированного согласия, соглашение о добровольном информировании и т.п.).

Но, прежде чем обратиться к клиенту/подопечному с подобной просьбой, специалист по уходу должен удостовериться, что клиент/подопечный находится в адекватном состоянии и осознает все последствия своего решения. При этом клиенту/подопечному должна быть предоставлена следующая информация:

- описание всех ситуаций, которые требуют передачи данных без предварительного уведомления и согласия клиента/подопечного, например, непосредственная угроза жизни клиента/подопечного;
- тип сведений, которые запрашивает или передает другая организация;
- цель или необходимость передачи, или получения определенных сведений;
- период времени, в течение которого согласие признается действительным (устанавливается индивидуально, в зависимости от цели передачи информации);
- ситуации, когда, в соответствии с действующим законодательством, согласие клиента/подопечного может быть признано недействительным.

При поступлении в организацию/службу, предоставлявшей уход и поддержку, официальных запросов от правоохранительных и судебных органов⁷⁸ необходимо проконсультироваться с юристом организации (а в случае его отсутствия - с адвокатом клиента/подопечного или независимым адвокатом) о возможности предоставления необходимой информации в соответствии с запросом, но без раскрытия ВИЧ - статуса клиента/подопечного.



В случае сокрытия клиентом/подопечным информации о своём диагнозе от родственников и знакомых специалист по уходу должен неукоснительно придерживаться данного условия и поддерживать «легенду» клиента/подопечного, предупредив его при этом об ответственности за распространение ВИЧ-инфекции.

Соблюдение конфиденциальности при организации ухода и поддержки (организация рабочих мест, условий работы и т.п.)

Рабочие места специалистов по уходу, пространство при консультировании клиента/подопечного должно быть устроено таким образом, чтобы оно позволяло проводить собеседования с клиентами/подопечными строго наедине (только клиент и специалист по уходу), без присутствия других лиц.

Для проведения консультаций, как правило, выделяется отдельное помещение, с хорошей звукоизоляцией. Вывеска на данном помещении не должна содержать информации, позволяющей идентифицировать посетителей этого помещения как ВИЧ - положительных. Например, нежелательно писать на вывеске «Консультант по вопросам ВИЧ», лучше написать просто «Консультационный кабинет».

При проведении патронажного визита на дом специалист по уходу должен всегда помнить о принципах конфиденциальности и не позволять себе говорить открыто о проблемах клиента/подопечного в присутствии лиц, которые могут не знать о его ВИЧ - статусе.

Специалист по уходу должен тщательно продумывать свои действия и их последствия, точно знать, кому доверяет клиент/подопечный, а кто из его ближайшего окружения не входит в круг посвящённых лиц, с тем, чтобы не нанести дополнительный вред клиенту/подопечному.

Соблюдение конфиденциальности при хранении сведений о клиентах /подопечных

Все письменные и устные контакты с клиентами/подопечными негосударственных и общественных служб помощи, ухода и поддержки должны быть строго конфиденциальны, согласованы с политикой организации, предоставляющей уход, и не должны противоречить законодательству страны.

⁷⁸ Судебные и правоохранительные органы, в соответствии с законодательством страны, имеют право на доступ к персональным данным, включая тайну диагноза.

Что касается системы хранения информации о клиентах/подопечных на бумажных носителях в картотеке, то доступ к ней должен быть закрыт для любых посторонних лиц (рекомендуется использовать сейфы, металлические ящики и т.п.).

Персональная информация о клиентах/подопечных может содержаться в картах сопровождения или личных карточках клиентов/подопечных. Специалист по уходу не должен оставлять любые документы, содержащие персональную информацию о клиентах/подопечных на рабочем столе и/или в любых доступных третьим лицам местах. Такие действия должны расцениваться как грубое нарушение трудовой дисциплины и профессиональной этики и подвергаться административному или иному наказанию.

Для предотвращения утечки конфиденциальной информации о клиентах/подопечных специалисты по уходу могут пользоваться принятой в организации системой кодирования клиентов/подопечных.⁷⁹



Если данные о клиентах/подопечных находятся на жестком диске компьютера, дискете или любом другом электронном носителе информации, необходимо не допускать посторонних лиц к данным носителям информации, всегда использовать код защиты системы (специальный пароль) и не передавать информацию о коде доступа третьим лицам. По окончании работы на компьютере специалист по уходу должен убедиться, что база данных о клиентах/подопечных закрыта и недоступна третьим лицам для входа с данного компьютера.

⁷⁹Как правило, применяется простая и достаточная для обеспечения конфиденциальности система кодирования. Например, первые буквы фамилии, имени и отчества клиентов/подопечных и последние две цифры года их рождения. Или первые две буквы полного имени матери, первые две буквы полного имени отца и последние две цифры года рождения клиента/подопечного. Варианты кодирования могут быть различными. Главное, чтобы клиент/подопечный всегда мог легко вспомнить свой код, и этот код гарантировал высокую степень защиты персональных данных.

ЧАСТЬ II

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ И УХОДА ЛЮДЯМ, ЗАТРОНУТЫМ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, В СИСТЕМЕ НЕГОСУДАРСТВЕННЫХ СЛУЖБ ПОДДЕРЖКИ

Раздел 2.1

Особенности предоставления немедицинского сервиса людям, живущим с ВИЧ

Глава 2.1.1

Понятие немедицинского сервиса. Потребность ЛЖВ в уходе и поддержке

Особенности течения ВИЧ-инфекции таковы, что люди, живущие с ВИЧ, долгие годы могут сохранять хорошее физическое самочувствие и трудоспособность и не нуждаться в постороннем уходе. Но это не означает, что им не нужна никакая помощь! Людям, которых затронула эпидемия ВИЧ-инфекции, необходима, прежде всего, моральная и психологическая поддержка, как со стороны специалистов по уходу, так и близкого окружения, а также точная информация о том, что нужно делать при ВИЧ-инфекции, чтобы как можно дольше сохранить своё здоровье, качество жизни и не стать источником дальнейшего распространения ВИЧ.

В последние годы в России неуклонно возрастает число ЛЖВ, находящихся на поздних стадиях ВИЧ-инфекции и нуждающихся в постороннем уходе. Ситуация осложняется тем, что зачастую родственники инфицированного ВИЧ человека совершенно не владеют знаниями и навыками по уходу в домашних условиях, профилактике и поддержке при ВИЧ-инфекции.



ВИЧ-инфекция остается неизлечимым, но управляемым заболеванием. При правильном лечении и уходе можно добиться значительного облегчения состояния людей, живущих с ВИЧ, существенного продления их жизни с сохранением её качества.

Для поддержания хорошего самочувствия ВИЧ - положительные люди нуждаются не только в медицинской помощи, но и (в не меньшей, а иногда и в большей степени) в социальной, психологической, духовной и иной поддержке.

Для оказания помощи, которая в значительной степени обеспечивает условия для эффективного лечения и поддержания здоровья ЛЖВ и членов их семей, некоммерческими организациями могут создаваться различные службы социальной и иной поддержки, которые в комплексе представляют так называемый **немедицинский сервис**.

Цель немедицинского сервиса состоит в том, чтобы уменьшить негативные последствия болезни, помогая клиенту/подопечному и его близким сохранить эмоциональное, психологическое, социальное благополучие настолько, насколько это возможно, и создать наиболее благоприятные условия для поддержания приемлемого качества жизни.

Все виды немедицинского сервиса подходят для оказания помощи не только людям, живущим с ВИЧ, но и другим группам населения – родным и близким ЛЖВ, а также и специалистам по уходу некоммерческих организаций.

Немедицинский сервис может включать различные виды поддержки, например:

- **обучение** – предлагает широкий спектр методик предоставления людям, живущим с ВИЧ, и членам их семей информации и навыков, которые им необходимы для принятия жизненно важных решений и повышения качества жизни;
- **психологическая помощь** - предоставляет клиентам/подопечным и членам их семей, находящимся в состоянии кризиса, эмоциональную поддержку, а также помощь в поиске решения проблем в рамках индивидуальной консультации со специалистом, помогая преодолеть изоляцию и сделать медицинскую и иную помощь клиенту/подопечному более эффективной;
- **духовная и религиозная поддержка** - основана на воззрениях и потребностях самого клиента/подопечного, для которого в состоянии кризиса, связанного с болезнью и умиранием, крайне важно найти духовную опору и защиту;
- **уход при физических ограничениях и за тяжелобольным и умирающими** - направлен на облегчение страданий клиентов/подопечных и их близких и обеспечение им возможности поддерживать приемлемые условия и качество жизни; отдельный вид деятельности, требующий специальных знаний, навыков и соответствующей подготовки специалистов по уходу;
- **социальная поддержка и сопровождение** – направлены на обеспечение социального благополучия и защиту прав клиентов/подопечных и членов их семей, в том числе права на труд, жилище, конфиденциальность, медицинскую помощь и т.д.;
- **групповая поддержка** - позволяет клиентам/подопечным и членам их семей увидеть свои проблемы со стороны, даёт возможность поделиться опытом и получить поддержку и информацию в группе людей, находящихся в такой же жизненной ситуации;
- **службы ухода** - предоставляют помощь в уходе за клиентами/подопечными, находящимися на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, и нуждающимися в постороннем уходе;
- **специализированная помощь** - ориентирована на специфические потребности людей, живущих с ВИЧ, если удовлетворение этих потребностей не может быть осуществлено в рамках других вышеописанных видов поддержки.



Специалисты по уходу обязаны осуществлять клиент-центрированную деятельность, направленную на организацию оказания помощи ВИЧ-положительным людям, членам их семей и ближайшему окружению с целью профилактики и решения медицинских и смежных с ними психологических и социальных проблем, и сохранения качества жизни клиентов/подопечных, мобилизуя и повышая самостоятельность и адаптационные возможности ЛЖВ и их ближайшего окружения.

Специалисты по уходу не только оказывают помощь в уходе, но и обязаны обучать ближайшее окружение клиентов/подопечных навыкам ухода в домашних условиях, а самого клиента/подопечного приемам самопомощи.

Глава 2.1.2

Обеспечение прав клиентов/подопечных при предоставлении им немедицинского сервиса

Специалист по уходу в своей работе должен руководствоваться подходами предоставления услуг, при которых соблюдаются следующие права клиента/подопечного:

- на частную жизнь и конфиденциальность;
- на внимательное, непредвзятое отношение и уважение;
- на самоопределение и самостоятельность в выборе предлагаемых услуг и форм помощи;
- на получение услуг высокого качества;
- на отсутствие осуждения и чрезмерной опеки;
- на признание ценности своих мнений;
- на отношение как к полноценному гражданину, вносящему свой вклад в жизнь общества;
- на отсутствие жалости в связи со своим ВИЧ-статусом или состоянием здоровья;
- на признание своих индивидуальных потребностей;
- на уважение своего права принимать решения;
- на сохранение независимости от специалиста по уходу;

При работе с ЛЖВ и членами их семей необходимо учитывать, что ВИЧ - положительные клиенты/подопечные имеют право на адекватное бесплатное обследование и лечение АРВ-препаратами, на недискриминационное, безоценочное отношение к себе, на сохранение в тайне данных о диагнозе, состоянии здоровья и других персональных данных.



Специалист по уходу должен владеть информацией о существующей региональной законодательной базе, обеспечивающей соблюдение прав ЛЖВ, а также обеспечивающей дополнительную поддержку и помощь (льготы, пособия, виды материальной поддержки, регламентированные местными законодательными актами).

Глава 2.1.3

Этапы работы специалиста по уходу по предоставлению помощи и поддержки ЛЖВ

Работу специалиста по уходу можно разделить на несколько последовательных этапов:

- **выявление клиентов/подопечных**, нуждающихся в помощи, уходе и поддержке (как по личному обращению, так и по заявлениям родственников или других специалистов);
- **оценка ситуации**, сбор предварительных данных о клиенте/подопечном, анализ информации для разработки предварительной программы помощи, ухода и поддержки; осуществление первого **скринингового визита** к клиенту/подопечному на дом (если необходим уход в домашних условиях) для оценки ситуации на месте;
- выявление проблем (или **проблемный анализ**) - совместная работа с клиентом/подопечным и его ближайшим окружением по определению причин и характера проблем, их влияния на качество жизни клиента/подопечного, а также по выявлению ресурсов и систем существующих связей с другими специалистами и/или организациями, способных участвовать в поддержке клиента/подопечного и его ближайшего окружения;
- **формирование мотивации клиента/подопечного** и его ближайшего окружения на получение помощи, ухода и поддержки, и получение осознанного согласия на сотрудничество со специалистами по уходу;
- **рассмотрение возможных решений**, способов их достижения и выбор наиболее эффективных видов и форм оказания помощи, ухода и поддержки;
- **разработка совместного плана действий** (программы помощи, ухода и поддержки, в которой обязательно должны определяться роль и участие самого клиента/подопечного и его ближайшего окружения);
- **составление договора/соглашения с клиентом/подопечным** (формального или неформального характера), определяющего ответственность, права и обязанности сторон, сроки, время и место встреч, и формат контактов, другие моменты, имеющие значение для успешной реализации программы помощи, ухода и поддержки;
- **оформление листка информированного согласия клиента/подопечного** на участие в программе помощи, ухода и поддержки;
- непосредственное **выполнение программы помощи**, ухода и поддержки (визиты специалиста по уходу на дом, приём клиента/подопечного в службах помощи, перенаправления в другие организации и т.д.);
- **контроль над выполнением программы помощи**, ухода и поддержки: при каждом визите к клиенту/подопечному или каждом контакте с ним в обязательном порядке оформляется отчётная форма установленного в

организации/программе образца, в которую заносится перечень предоставленных услуг, информация о перенаправлении к другим специалистам и т.д.;

- **оценка эффективности** совместных действий и, при необходимости, обращение к другим средствам достижения поставленных программой ухода и поддержки целей, возможно - перенаправление в другие службы помощи, учреждения и/или подключение к оказанию помощи клиенту/подопечному других специалистов;
- **снятие клиента/подопечного с обслуживания** - при завершении комплекса мероприятий программы ухода и поддержки и достижении поставленных целей работы (например, в случаях, когда семья научилась самостоятельно справляться с ситуацией, обучена оказанию помощи больному или клиент/подопечный уже не нуждается в постоянном наблюдении и помощи на данном этапе и т.п.); при этом необходимо предоставить клиенту/подопечному, его близкому окружению и членам семьи информацию о существующих видах постоянной поддержки, иных путях и средствах получения помощи и поддержки на случай возникновения в дальнейшем каких-либо проблем;
- **предоставление (если в этом имеется необходимость) психологической, юридической и иной поддержки близким** и родственникам клиента/подопечного в случае его смерти.



При оказании помощи специалисту по уходу следует помнить о необходимости развивать и укреплять внутренние ресурсы клиента/подопечного и его ближайшего окружения. Во время реализации программы помощи и поддержки, по мере укрепления и развития ресурсов клиентов/подопечных специалист по уходу должен постепенно передавать ответственность за развитие ситуации клиенту/подопечному и/или его близким.

Глава 2.1.4

Подходы к составлению индивидуальной программы помощи, ухода и поддержки для людей, живущих с ВИЧ

Программа помощи, ухода и поддержки - это коммуникационный механизм, разработанный специалистом по уходу совместно с клиентом/подопечным, для формирования мультидисциплинарной команды в целях наиболее полного решения проблем и удовлетворения потребностей клиента/подопечного.

Как известно, ВИЧ-инфекция характеризуется сложным комплексом воздействия на человека: ухудшается физическое здоровье, нарушаются психологическое равновесие и социальное благополучие. Для профилактики и решения возникающих проблем людям, живущим с ВИЧ, приходится обращаться за помощью к различным специалистам ряда медицинских и иных организаций. Для достижения оптимальных и наиболее эффективных (в том числе, и с экономической точки зрения) результатов работы служб

помощи, ухода и поддержки, ориентированных на наиболее полное удовлетворение потребностей клиента/подопечного, должна быть обеспечена преемственность во всей системе оказания помощи ЛЖВ - начиная от первичной помощи и заканчивая паллиативным уходом.

В идеале, весь процесс оказания помощи и ухода должен **координироваться одним специалистом**, в соответствии с его компетенцией и личными ресурсами. Но сложившаяся в России практика оказания помощи ЛЖВ из-за ведомственной разобщённости зачастую не позволяет осуществить такую координацию силами одного специалиста. В данном случае необходимо сделать всё возможное для обеспечения преемственности в работе с клиентами/подопечными через установление между всеми участниками процесса оказания помощи и поддержки ЛЖВ тесных и эффективных коммуникаций.



Программа помощи, ухода и поддержки должна быть нацелена как на получение быстрых результатов, так и на решение долгосрочных задач, которые у каждого клиента/подопечного имеют свои специфические особенности.

Программа помощи, ухода и поддержки должна быть направлена на удовлетворение потребностей клиента/подопечного и может включать в себя комплекс разнообразных услуг, в том числе консультирование, предоставление предметов ухода, обучение самопомощи, психологическую, правовую и социальную поддержку, лечение в стационаре и после выписки из него, паллиативный уход, включая оказание ритуальных услуг и иной поддержки близким людям и родственникам клиента/подопечного в случае его смерти.

Обязательной интегральной частью программы помощи, ухода и поддержки клиента/подопечного должно стать планирование ресурсов для удовлетворения не только его настоящих, но и будущих потребностей.



В некоторых случаях клиент/подопечный обращается за помощью не потому, что это его решение, а под давлением окружающих (близких людей, родственников, правоохранительных органов и т.д.). В такой ситуации он нацелен лишь на получение конкретной услуги, требуемой его окружением. Он не самостоятелен, и потому не готов на комплексное решение собственных проблем. Нужно понимать, что к эффективному взаимодействию приведет только добровольное решение клиента/подопечного войти в программу помощи, ухода и поддержки, что большая доля ответственности за результат лежит на нём самом. Клиент/подопечный должен понимать, что он сам способен выработать решения и брать на себя ответственность за их последствия.

Важно создать условия для перехода клиента/подопечного с позиции просителя на позицию ответственного за происходящее.

Очень важно, чтобы вся программа помощи, ухода и поддержки (формулировка целей и задач программы, выбор конкретных мероприятий по уходу и поддержке и

сроков их исполнения и т.д.) строилась при непосредственном участии клиента/подопечного, причём все позиции программы должны быть приемлемы для него - только такая программа будет реальной для выполнения.

При подготовке программы помощи, ухода и поддержки для конкретного клиента/подопечного следует учитывать все имеющиеся у него заболевания, сделать оценку текущего состояния здоровья клиента/подопечного и, основываясь на полученной информации, определить необходимый объём мероприятий помощи, ухода и поддержки, а также определить методы работы и сроки оценки полученных результатов.

При оценке состояния клиента/подопечного специалисту по уходу необходимо опираться на реальную ситуацию, жизненный опыт клиента/подопечного, ориентироваться его чувства, самовосприятие и поведение, а также физические и иные проявления ВИЧ-инфекции у клиента/подопечного на настоящий момент и т.д.

Для составления эффективной программы помощи, ухода и поддержки специалист по уходу должен владеть информацией о том, что представляет для клиента/подопечного наибольшую ценность (как духовную, так и материальную), каковы его желания, потребности и тревоги, каковы его планы на будущее и т.д. Необходимо также обсудить с клиентом/подопечным вопрос о возможности передачи этой информации другим специалистам - участникам программы помощи, ухода и поддержки.



Владение всей доступной и достоверной информацией о клиенте/подопечном является тем стержнем, на котором строятся эффективные взаимоотношения между ним и специалистом по уходу. Знать своего клиента/подопечного означает понимать все его особенности и реальные потребности. Знание клиента/подопечного позволяет наиболее полно защищать его интересы. Такое знание лежит в основе планирования всей программы помощи, ухода и поддержки, ее эффективной реализации и достоверной оценки полученных результатов.

Следует отметить, что очень важно, чтобы документирование всех позиций программы помощи и её результатов также производилось в форме, приемлемой, прежде всего, для клиента/подопечного. **Поскольку планирование помощи, ухода и поддержки должно вестись совместно с клиентом/подопечным, то и оценку полученных результатов необходимо выполнять совместно с ним.**⁸⁰

Чтобы в максимальной степени мобилизовать усилия самого клиента/подопечного и повысить эффективность программы помощи, следует при каждом контакте с ним рассматривать и обсуждать каждый пункт программы помощи, ухода и поддержки,

⁸⁰ См. рекомендации по учету, мониторингу и оценке служб помощи ЛЖВ:

http://www.redcross-irkutsk.org/ru/pages/Gruppa_tehnicheskoy_podder/Gruppa_tehnicheskoy_podder_inf_metod/Monitoring_i_ocenka_proek/Prakticheskoe_posobie_po_m.html

совместно проверяя, что достигнуто, и что предстоит сделать, как специалистам по уходу, так и самому клиенту/подопечному.

Специалист по уходу несёт ответственность за своевременное обсуждение с клиентом/подопечным и участниками мультидисциплинарной команды имеющейся динамики процесса и прогресса в достижении целей, сформулированных в индивидуальной программе помощи, ухода и поддержки.

Для достижения наилучшего результата специалисту по уходу необходимо стремиться к установлению долговременных профессиональных отношений с клиентом/подопечным и его ближайшим окружением.



Именно клиент/подопечный должен решать, какое качество жизни для него наиболее приемлемо. А команда специалистов по уходу должна быть готова к тому, чтобы с уважением отнестись к предпочтительному выбору клиента/подопечного.

Хорошо и добросовестно составленная программа помощи, ухода и поддержки даёт возможность осуществлять эффективный контроль над состоянием здоровья клиента/подопечного, над процессом его лечения и восстановления или поддержания жизненных сил и возможностей.

Однако надо помнить, что даже отлично составленная программа помощи, ухода и поддержки может и должна подвергаться корректировке в соответствии с реальными обстоятельствами. Внесение изменений и дополнений в программу помощи, ухода и поддержки проводится **с информированного согласия** клиента/подопечного на основании рекомендаций членов мультидисциплинарной команды, предоставляющей ему помощь.

Глава 2.1.5

Особенности предоставления помощи клиентам/подопечным в зависимости от тяжести их состояния

Объём и виды предоставляемой ЛЖВ помощи с течением времени изменяются и зависят от многих факторов:

- состояния клиента/подопечного - физического, эмоционального и т.д.;
- стадии развития ВИЧ-инфекции и наличия сопутствующих заболеваний;
- уровня самостоятельности клиента/подопечного и его уверенности в собственных силах;
- имеющихся у клиента/подопечного внутренних ресурсов (наличие близких, родственников, готовых подключиться к оказанию помощи, финансовых средств, подготовленности членов семьи к уходу и т.д.);
- организации доступа к клиенту/подопечному, возможности обеспечить регулярность визитов (например, при значительной территориальной отдаленности);

- общего количества клиентов/подопечных, находящихся на обслуживании у специалиста по уходу и др.

Клиенты/подопечные, находящиеся на начальных стадиях заболевания, в основном нуждаются в консультировании, предоставлении информации, в том числе о возможности назначения АРТ⁸¹, решении социальных, юридических и психологических проблем. Поэтому помощь специалиста по уходу в данном случае будет ограничиваться, соответственно, предоставлением информации, консультированием, перенаправлением к другим специалистам и т.п.

Чем тяжелее становится состояние клиента/подопечного, и чем больше утрачивается его самостоятельность в уходе за собой, тем больший объём помощи необходимо предоставить: гигиенический уход, контроль приема препаратов, подключение других специалистов и иную помощь.



Как правило, основным регулирующим моментом при таком виде помощи, как осуществление визитов на дом и уход, становится тяжесть состояния клиента/подопечного и степень утраты им самостоятельности в обслуживании себя.

Необходимо помнить, что специалист по уходу не может взять на себя решение всех возникающих у клиента/подопечного и его близких проблем (социальных, психологических, медицинских и др.). Специалисту по уходу необходимо владеть информацией об организациях - партнёрах и действующей системе перенаправлений клиентов/подопечных к специалистам партнерской сети.

Очень важно, чтобы специалист по уходу умел определять существующие и прогнозировать потенциальные проблемы клиента/подопечного и мог максимально задействовать партнёрскую сеть для их решения.



Так как специалист по уходу не может находиться с клиентом/подопечным круглосуточно, очень важно в такой ситуации (и что, собственно, и является одной из задач специалиста по уходу) найти внутренние резервы у самого клиента/подопечного и его ближайшего окружения: обучить их приёмам помощи в кризисной ситуации, приёмам общения и ухода, а также информировать об услугах, которые они могут получить в других организациях.

При выявлении потребностей клиента/подопечного в дополнительной помощи:

- клиент/подопечный направляется к профильным специалистам самой организации, предоставляющей уход, либо к специалистам учреждений здравоохранения или других организаций;

⁸¹ АРТ – высокоактивная антиретровирусная терапия

- клиенту/подопечному предоставляется (в случае необходимости) сопровождение и/или транспорт для доставки его в лечебное или иное учреждение, либо решается вопрос о визите соответствующего специалиста по месту нахождения клиента/подопечного;
- если клиент/подопечный самостоятельно может посетить специалиста другой организации, то важно получить обратную связь от этого специалиста о дошедших и получивших услугу клиентах/подопечных, чтобы в дальнейшем обсудить с клиентом/подопечным результаты посещения им специалиста или причины отказа от услуги;
- на совместном рабочем совещании специалистов (консилиуме) службы помощи и поддержки обсудить характер изменений, произошедших в жизни клиента/подопечного, эффективность проведённых мероприятий и качество предоставленных клиенту/подопечному услуг всеми членами партнёрской сети, обсудить дальнейшую тактику ведения клиента/подопечного, необходимость перенаправления его в другие службы помощи.

Глава 2.1.6

Алгоритм действий специалиста по уходу при визите на дом к клиенту/подопечному

Как правило, необходимость посещения клиента/подопечного на дому и осуществления ухода за ним связаны с ухудшением состояния здоровья клиента/подопечного и утраты им (частично или полностью) самостоятельности и способности к самообслуживанию. Услуги по уходу должны осуществлять специально обученные специалисты, прошедшие подготовку по основам и техникам ухода.

План действий специалиста по уходу при каждом визите к клиенту/подопечному может быть разным, в зависимости от конкретной ситуации, потребностей клиента/подопечного, опыта работы и профессиональных навыков специалиста по уходу.



ВИЧ-инфекция, как и любое другое заболевание, может вызывать какие-то специфические изменения в состоянии клиента/подопечного⁸², о которых специалист по уходу, безусловно, должен быть проинформирован для оказания наиболее эффективной помощи.

Однако сами техники ухода носят универсальный характер, и их применение обуславливается исключительно стремлением максимально облегчить страдания клиента/подопечного, вызванных тем болезненным состоянием, которое имеет место быть у него в настоящий момент.

⁸² См. Часть I настоящего пособия.

Ниже приведен **примерный алгоритм работы специалиста по уходу** при осуществлении визита на дом к клиенту/подопечному, нуждающемуся в постороннем уходе (схема и описание).



Приветствие. При первом визите – **знакомство**, представление себя и организации, которую представляет специалист по уходу, установление доверительных отношений. Для осуществления дальнейших контактов желательно оставить клиенту/подопечному при первом визите визитные карточки программы и специалистов.

Выявление жалоб и потребностей клиента/подопечного осуществляется путём опроса. При этом очень важно уметь слушать, анализировать информацию, быть объективным, независимым, терпеливым и толерантным. Обязательно следует поинтересоваться у клиента/подопечного о его самочувствии, начав разговор с вопросов: «Как дела? Как вы себя чувствуете? Что-нибудь беспокоило? Беспокоит сейчас?» и т.д.



В связи с тем, что в ряде случаев сам клиент/подопечный по каким-либо причинам может скрывать правду или просто быть не в состоянии критически оценить своё состояние, обязательно во время визита рекомендуется задать вопросы о самочувствии клиента/подопечного (желательно уже без его присутствия) его

ближайшему окружению.

У ближайшего окружения клиента/подопечного следует получить всю необходимую информацию, а именно: как клиент/подопечный, по их наблюдениям, себя чувствует, как он ходит, сидит, не отмечаются ли в последнее время какие-либо изменения в его походке, движениях, речи, настроении, повседневном поведении, привычках, жалобах и т.д.

Специалисту по уходу необходимо получить исчерпывающую информацию о состоянии здоровья клиента/подопечного, как у самого клиента/подопечного, так и у его ближайшего окружения, чтобы иметь возможность объективно определить характер, срочность и объём конкретной помощи, которую необходимо оказать клиенту/подопечному.

Во время визита на дом к клиенту/подопечному специалисту по уходу важно выяснить следующее:

- каким образом изменилось самочувствие клиента/подопечного за время, прошедшее с последнего визита специалиста по уходу – что улучшилось, что ухудшилось, какие жалобы высказывает клиент/подопечный, и не появились ли новые жалобы и т.д.;
- не было ли у клиента/подопечного болевого синдрома, если был, то когда, насколько сильный (при этом следует применить какую-либо систему оценки боли), с чем клиент/подопечный связывает возникновение боли, и т.д.;
- как клиент/подопечный ест, какой у него аппетит, нет ли трудностей при приеме пищи и т.д.;
- как спит клиент/подопечный, не страдает ли бессонницей или, наоборот, сонливостью;
- если клиент/подопечный употребляет наркотики, необходимо выяснить, когда он это делал последний раз, каким образом, использовал ли безопасные техники введения наркотика, как себя чувствовал после введения наркотика и т.д.

Осмотр клиента/подопечного (осуществляется только с согласия клиента/подопечного и только специалистами по уходу, имеющими медицинское образование или соответствующую подготовку). Осмотр проводится по общим правилам - сверху вниз. Следует осмотреть кожные покровы клиента/подопечного, его ротовую полость, язык, прощупать лимфатические узлы, осмотреть руки и ноги на предмет выявления сыпи, язв, заболеваний вен и т.д. Задать вопросы о наличии каких-либо высыпаний на слизистых половых органов, о наличии кашля, слабости, утомляемости, лихорадки; попросить клиента/подопечного подвигать руками, ногами, встать (если его состояние позволяет), пройтись по комнате и т.д.

Проведение доступных физикальных исследований. Измерить клиенту/подопечному температуру тела, артериальное давление, взвесить его, измерить (в случае необходимости) окружность груди, рук, ног и т.д.

Осуществление мероприятий по уходу за клиентом/подопечным. В зависимости от состояния клиента/подопечного следует провести необходимый комплекс мероприятий по уходу (гигиенические процедуры, кормление, переодевание, обработку пролежней, язв и т.д., выполнение различных медицинских манипуляций⁸³ и т.д.) в соответствии с планом ухода. В случае необходимости в план ухода за клиентом/подопечным могут также включаться такие действия, как проведение массажа, тёплых ванн, несложных упражнений, ингаляций и т.д.

Консультирование клиента/подопечного и его ближайшего окружения по вопросам ухода, снятия болевого синдрома, по приему лекарственных препаратов, по обращению к врачу или другим специалистам и т.д.

Обучение клиента/подопечного и его ближайшего окружения приёмам ухода и оказания помощи, отработка некоторых навыков ухода и т.д.

Совместное подведение итогов визита - что сделано, что намечено сделать на ближайшее время. Обсуждение вопросов, касающихся дальнейших взаимоотношений, встреч специалиста по уходу с клиентом/подопечным и т.д.

Документирование визита: внесение записей (жалобы клиента/подопечного, его проблемы, результаты опроса и осмотра, произведенные и запланированные действия и т.д.) в дневник специалиста по уходу, в карточку клиента/подопечного и т.п.

Завершение визита с клиентом/подопечным и его близкими, подтверждение даты следующего визита специалиста по уходу.



При осуществлении визита на дом специалист по уходу не должен забывать мыть руки каждый раз в начале визита и после его завершения, обрабатывать их специальными дезинфицирующими средствами или салфетками (если нет доступа к чистой проточной воде), а также при осмотре и проведении мероприятий по уходу использовать средства индивидуальной защиты (халат, маску, резиновые перчатки и т.д.), если в этом имеется необходимость⁸⁴.

Все этапы работы специалиста по уходу должны сопровождаться психологической поддержкой клиента/подопечного и его ближайшего окружения, выражающейся в доброжелательном, внимательном и толерантном отношении. Искренность специалиста по уходу и его желание помочь сами по себе оказывают мощный психотерапевтический эффект на клиента/подопечного.

⁸³ Медицинские манипуляции проводятся исключительно по предписанию врача и только в том случае, если у специалиста по уходу имеются соответствующие навыки и официальное разрешение на проведение подобных манипуляций.

⁸⁴ См. главу 1.9.1 настоящего пособия.

Глава 2.1.7

Обучение ближайшего окружения клиента/подопечного уходу за больным

Уход за больным человеком, который осуществляют родные и близкие, обычно включает целый комплекс действий, в том числе помощь по дому, помощь в приёме пищи и лекарств, гигиенический уход за телом, помощь при проведении медицинских манипуляций (инъекции, постановка клизм, проведение ингаляций и т.д.) и другие.

Забота о больном члене семьи является очень трудной работой, как с физической, так и психологической точки зрения. В большинстве случаев такая работа приводит к стрессу и развитию депрессии у людей, предоставляющих уход. Чаще всего на это влияют следующие факторы:

- необходимость заниматься уходом за больным круглосуточно, практически без отдыха;
- отсутствие профессиональной дистанции: всё, что происходит с больным, чутко воспринимается, и сразу же отражается на родных и близких;
- отсутствие опыта и навыков ухода;
- опасения стигматизации и дискриминации со стороны внешнего окружения из-за ВИЧ - положительного статуса клиента/подопечного, и как следствие, ограничение доступа к помощи и поддержке посторонних лиц, организаций и т.д.



Прогрессирование ВИЧ-инфекция и умирание являются, пожалуй, самыми тяжелыми кризисными моментами в жизни человека с ВИЧ и его близких. В первую очередь это связано с изменением физического состояния человека и с растущим ограничением его физических возможностей.

Уход за такими ВИЧ - положительными людьми обычно ложится на плечи их родных, сексуальных партнёров и друзей. В то же время близкие зачастую не в состоянии оказать необходимую помощь, так как они не имеют для этого необходимых навыков, эмоциональных и физических ресурсов. В службах ухода чрезвычайно важно не только работать с тяжелобольными, но и оказывать помощь родным и близким, обучая и поддерживая их.

В целях оказания практической помощи близкому окружению клиента/подопечного, специалисту по уходу необходимо:

- определить ценности и потребности человека, ухаживающего за больным;
- облегчить общение с больным, предоставив ухаживающему человеку специальные навыки ухода и общения с тяжелобольным;
- оказать психологическую и эмоциональную поддержку ухаживающему человеку;
- помочь ухаживающим людям увидеть позитивные результаты ухода.

Посещающие клиента/подопечного на дому специалисты должны предоставлять людям, ухаживающим за ним, чёткие инструкции, что следует делать при тех или иных ситуациях, в частности:

- объяснить, что делать при появлении какого-либо конкретного и наиболее вероятного у данного клиента/подопечного симптома;
- рассказать, как проводить самые необходимые неотложные процедуры и манипуляции, и обучить на практике, как это делать (для лучшего усвоения за один визит стремиться проработать небольшое число навыков);
- продемонстрировать выполнение процедуры или манипуляции (например, показать, как делать инъекцию, ставить клизму и т.д.);
- проверить знания и навыки – задать вопросы, попросить продемонстрировать выполнение процедуры или манипуляции;
- если у специалиста по уходу остаются вопросы или сомнения относительно приобретенных ближайшим окружением больного знаний и навыков, предложить ещё раз обсудить проблему и повторить процедуру или манипуляции;
- объяснить, к кому и когда следует обращаться за помощью, и как действовать в тех или иных ситуациях, особенно в случаях возникновения острых состояний или появления побочных эффектов при приеме лекарственных препаратов.

Все близкие люди больного и специалисты, осуществляющие уход за клиентом/подопечным, в целях профилактики синдрома эмоционального выгорания и сохранения психологического комфорта и здоровья, должны иметь доступ к программам помощи для специалистов, предоставляющих уход и поддержку.

Любая программа помощи для людей, осуществляющих уход, должна содержать два обязательных компонента:

- обучение практическим навыкам ухода и общения с больным человеком;
- психологическая поддержка людей, осуществляющих уход, в любой доступной и приемлемой форме - консультирование, службы группой поддержки и т.д.



Главный принцип предоставления обучения и психологической поддержки людям, осуществляющим уход, - обеспечение максимально полноценной и качественной жизни, как тяжело больному или умирающему, так и его ближайшему окружению, которому он дорог.

Глава 2.1.8

Консультирование людей, живущих с ВИЧ

От владения специалистами по уходу навыками консультирования и своевременного определения необходимости оказания психологической помощи клиентам/подопечным зависит не только качество жизни клиентов/подопечных, но порой, и собственно их жизнь.

Консультирование - важнейший компонент стратегии оказания помощи людям с ВИЧ-инфекцией и хороший инструмент для установления доверительных взаимоотношений между клиентом/подопечным и специалистом по уходу.



Консультирование - это всегда конфиденциальный диалог между клиентом/подопечным и специалистом.

В ходе консультирования специалист предоставляет клиенту/подопечному эмоциональную поддержку, необходимую информацию и помогает ему обрести силы для изменения ситуации к лучшему.

Консультирование является уникальным методом помощи ЛЖВ.

Консультирование позволяет клиенту/подопечному выразить свои чувства, помогает избавиться от напряжения, ощутить понимание и принятие его, более спокойно и осознанно посмотреть на ситуацию и выработать собственную стратегию решения своих проблем с помощью той информации, которую специалист может предоставить ему для принятия взвешенных решений.

Консультирование строится по принципу равенства между специалистом по уходу и клиентом/подопечным.

Каждая консультация проводится в несколько **этапов (стадий)**:

- **стадия установления отношений** между консультирующим и клиентом/подопечным;
- **стадия прояснения ситуации**: правильно задавая вопросы и внимательно и терпеливо выслушивая клиента/подопечного, консультант определяет реальную проблему обратившегося за помощью человека;
- **стадия предоставления ресурсов**: клиент/подопечный получает информацию, психологическую и эмоциональную поддержку для решения своих проблем;
- **стадия завершения консультации**: консультант получает обратную связь от клиента/подопечного и «оставляет дверь открытой», приглашая клиента/подопечного обращаться за помощью, если у него возникнет в этом необходимость, или обговаривает с клиентом/подопечным время и место следующей встречи.



Основной особенностью консультативной поддержки является индивидуальный подход к каждому человеку.

Цель консультации - не изменить общество в целом, а улучшить ту ситуацию, в которой оказался конкретный человек.

Во время консультации специалисту по уходу следует обсуждать только проблемы и потребности самого клиента/подопечного, а не делиться своим жизненным опытом. В центре процесса консультирования может быть только клиент/подопечный!

Предоставление ресурсов при консультировании может быть реализовано следующими **методами**:

- **оказание психологической и эмоциональной поддержки:** ВИЧ-положительному человеку необходимо ощутить со стороны специалиста понимание, сочувствие и готовность оказать поддержку;
- **предоставление информации:** люди, живущие с ВИЧ, часто испытывают острую нехватку необходимой информации о способах поддержания своего здоровья, о жизни с ВИЧ и т.д., что не позволяет им принимать адекватные решения относительно своего здоровья; получение достоверной информации в доступной для понимания и усвоения клиентом/подопечным форме и объёме даёт ему основу и силы для контроля обстоятельств своей жизни;
- **помощь в принятии решений и планировании:** это не совет и не жёсткая рекомендация, а именно помощь в самостоятельном принятии решений самим клиентом/подопечным путем совместного обсуждения всех возможных вариантов;
- **переадресация:** специалист, проводящий консультирование, должен помочь клиенту/подопечному получить, в случае необходимости, помощь и поддержку от других специалистов или организаций.

Формы и виды консультирования, в зависимости от его целей, задач и формата проведения, бывают разными: **до и после тестового консультирования, кризисное консультирование, мотивационное** и т.д. Различают также **очное консультирование, телефонное, индивидуальное, групповое.**

Информационная составляющая консультаций также может быть различной, как по темам, так и по объёму, и зависит от конкретной ситуации и запроса клиента/подопечного.

В ходе консультирования специалист по уходу должен в обязательном порядке обсудить с клиентом/подопечным ряд вопросов, связанных со снижением риска передачи ВИЧ, более безопасного поведения клиента/подопечного, и убедиться, что клиент/подопечный их правильно понял.



Следует помнить, что консультативная поддержка - это, в первую очередь, оказание психологической помощи. Предоставление информации при проведении консультации может являться второстепенной задачей, особенно, если клиент/подопечный находится в кризисной ситуации.

Необходимо также обсудить доступность профилактики, лечения и ухода, важности соблюдения режима приема АРВ-препаратов и т.д. Клиентов/подопечных следует предупредить о признаках и симптомах возможных оппортунистических инфекций и необходимости немедленного обращения к врачу при их появлении. Часто при консультировании возникает необходимость обсудить также и меры профилактики других заболеваний.

В процесс консультирования рекомендуется вовлекать также родственников и близкое окружение клиента/подопечного. Однако следует помнить, что прежде чем встретиться с родственниками клиента/подопечного, необходимо получить от него разрешение на эту беседу (если клиент/подопечный является совершеннолетним и дееспособным человеком). Кроме того, обязательно нужно уточнить у клиента/подопечного, какую именно информацию о состоянии его здоровья и других аспектах заболевания можно сообщить его родственникам.

Беседу с мужем или женой клиента/подопечного целесообразно строить не только как с его родственниками, но также и как с половыми партнёрами. Помимо вопросов о состоянии здоровья клиента/подопечного, о мерах профилактики ВИЧ-инфекции, общении и взаимодействии в семье, где проживает клиент/подопечный и т.д., наиболее важным аспектом беседы является обсуждение вопросов психологической поддержки клиента/подопечного в кругу семьи.

Общение с родственниками клиента/подопечного строится на принципах, при которых **соблюдение конфиденциальности** является одним из наиболее важных компонентов.



С клиентами/подопечными, употребляющими наркотики, при консультировании необходимо обсудить возможность освобождения от зависимости. Если клиент/подопечный не хочет или не может отказаться от наркотиков, следует рассказать ему о подходах «снижения вреда» от употребления ПАВ, в том числе о сокращении потребления наркотиков, об отказе от инъекционных наркотиков, использовании только личных шприцев, игл, а также о существующем наркологическом лечении и о действующих в регионе проживания клиента/подопечного реабилитационных программах.

Во время консультации клиентов/подопечных следует проинформировать об их ответственности перед законом и их правах.

Основываясь на оценке социальных условий жизни клиента/подопечного, в ходе консультирования **специалисту по уходу следует поощрять желание клиента/подопечного вести здоровый образ жизни** – наладить сон, питание, заниматься спортом и т.д.

Глава 2.1.9

Некоторые особенности общения

с ВИЧ - положительными клиентами/подопечными

Специалисты, предоставляющие помощь, уход и поддержку ЛЖВ, должны помнить, что их клиенты/подопечные нуждаются в особом заботливом и деликатном обращении.

Одним из необходимых условий для успешного поддержания клиента/подопечного является установление благоприятного контакта с ним и его семьёй.

Начиная с первого визита, необходимо установить дружелюбные, доброжелательные и доверительные отношения и придерживаться принципа сотрудничества.

Очень важны первое впечатление и техника общения. Специалисту по уходу необходимо проявлять вежливость, доброжелательность, способность найти общий язык с клиентом/подопечным и членами его семьи для установления контакта и поддержания интереса к общению. Для этого используются жесты, мимика, интонации, система «контакта глазами», и, конечно же, речь.



Одной из самых эффективных техник общения является умение слушать. Владение этим умением специалисты по уходу, внимательно выслушивая своих клиентов/подопечных и их родственников, помогают им выявить проблемы и установить, какие из них требуют первоочередного внимания. Затем, вместе с клиентами/подопечными и их семьями они работают над этими проблемами, пока не будет найдено оптимальное их решение.

Знакомство с клиентом/подопечным должно начинаться с индивидуальной беседы. Клиент/подопечный должен чувствовать, что перед ним специалист, который хочет помочь, и уже это производит психотерапевтический эффект. При этом следует выбрать располагающую к беседе обстановку, внимательно слушать, следить за интонацией и выражением лица клиента/подопечного, не прерывая его и не отвлекаясь.

При возникновении у клиента/подопечного вопросов нельзя проявлять нетерпение, быть резким, бояться обнаружить незнание. В разговоре нужно избегать банальных фраз, формальных выражений сочувствия и помнить о положительном действии улыбки, ободряющего выражения лица. Специалист по уходу должен предоставить клиенту/подопечному возможность высказаться и поделиться переживаниями, при этом свободно выражая свои чувства.

При разговоре не следует злоупотреблять медицинскими или иными специальными терминами. Речь должна быть простой и понятной.

По мере прогрессирования ВИЧ-инфекции может изменяться нервно - психическая активность клиента/подопечного, в том числе может сужаться объём слухоречевого восприятия. Это приводит к тому, что клиент/подопечный испытывает трудности в понимании быстрой речи. Специалисту по уходу следует учитывать это и разговаривать неторопливо, чётко выговаривая слова.

Раздел 2.2.

Социальное сопровождение при ВИЧ-инфекции

Глава 2.2.1

Социальное сопровождение: понятие, стандарты, подходы

Социальное сопровождение - это услуга, направленная на организацию и обеспечение получения клиентом/подопечным своевременного доступа в медицинские, психосоциальные и иные службы помощи, ухода и поддержки для оказания ему комплексной помощи и наиболее полного удовлетворения его потребностей.

Социальное сопровождение является ключевым подходом в работе с ВИЧ – положительными клиентами/подопечными, позволяющим организовать для них доступ к пакету разнообразных услуг с использованием ресурсов как собственно организации, организующей социальное сопровождение, так и ресурсов сторонних учреждений и организаций.

Социальное сопровождение в программах помощи, ухода и поддержки людей, живущих с ВИЧ, существует как отдельный вид услуг, имеющий свои задачи и методы реализации.

Следует различать социальное сопровождение (которое само по себе является отдельным видом услуг) и прямые услуги клиенту/подопечному. Клиенту/подопечному может понадобиться самая разнообразная помощь, например, услуги в поиске жилья, или юридическая консультация, или медицинское обследование, и т.д. При этом отдельные услуги (поиск жилья или консультация по правовым вопросам) не являются социальным сопровождением, а определение потребности в этих видах помощи, организация и координация их предоставления специалистами различных организаций - это уже социальное сопровождение.



Специалист по уходу может оказывать своему клиенту/подопечному как прямые услуги (уход на дому, консультирование, обучение и т.д.), которые были описаны в предыдущих разделах, так и предоставлять услугу социального сопровождения, или сочетать прямые услуги с социальным сопровождением.

Ключевым в определении социального сопровождения является выражение **«координация предоставления услуг»**. Именно деятельность по координации предоставления услуг, организация помощи в их получении клиентом/подопечным является определяющей характеристикой социального сопровождения.

Все программы социального сопровождения, не зависимо от особенностей целевых групп, основаны на клиент-центрированном подходе, в рамках которого координируется предоставление услуг людям, живущим с ВИЧ. Их целью является не только улучшение

состояния здоровья клиентов/подопечных, но и повышение их способности к самостоятельной жизни⁸⁵.

Особенности целевых групп, безусловно, могут придавать программам сопровождения специфические черты и направления (например, программы социального сопровождения для ЛЖВ с туберкулёзом или вирусными гепатитами В и С⁸⁶, будут определённым образом отличаться от программ для бывших осуждённых в период после освобождения или программ для потребителей наркотиков и т.д.).

Специфические программы сопровождения могут различаться:

- по продолжительности (определяется в зависимости от поставленных целей и задач сопровождения);
- по форме и способам привлечения клиентов/подопечных (определяются преимущественно типом программы);
- по форме организации контакта клиента/подопечного и специалиста по сопровождению (определяется возможностями и желаниями клиента/подопечного - на дому, на базе организации или учреждения, на «нейтральной территории» во время аутрич - работы);
- по пакету предоставляемых клиенту/подопечному услуг (определяется, прежде всего, в зависимости от потребностей и возможностей самого клиента/подопечного).



Программы социального сопровождения могут отличаться, но главные принципы социального сопровождения остаются неизменными для всех типов программ: ориентация на нужды и потребности клиента/подопечного, соблюдение конфиденциальности, создание равноправных, партнерских отношений между клиентом/подопечным) и специалистом по сопровождению.

Услуги по социальному сопровождению, как и любые другие услуги, должны всегда быть ориентированы на интересы клиента/подопечного. Специалист по уходу, предоставляющий социальное сопровождение, выявляет и работает с потребностями клиента/подопечного в области физического и психосоциального благополучия, образования, социальных связей, способности обеспечивать себя, способности контролировать факторы риска в отношении ВИЧ-инфекции, и в других областях, так или иначе связанных с доступом к медицинской, социальной, психологической, юридической и иной помощи.

Таким образом, специалист по уходу, организующий социальное сопровождение, выступает **в качестве посредника** и представляет интересы клиента/подопечного, как в государственных, так и негосударственных службах помощи, ухода и поддержки ЛЖВ. Фактически, роль специалиста по уходу при социальном сопровождении чаще всего сводится к следующим основным действиям:

⁸⁵Источник: CDC Guidance on HIV Prevention Client Management, 1997.

- выяснить потребности клиента/подопечного и составить план сопровождения;
- предоставить клиенту/подопечному информацию, где, когда и как он может получить ту или иную услугу, согласно плану сопровождения, и помочь ему получить эти услуги;
- помочь клиенту/подопечному найти внутренние резервы и оптимально использовать имеющиеся собственные ресурсы;
- вести мониторинг процесса получения клиентом/подопечным помощи в различных организациях;
- наблюдать за результатами и их динамикой, своевременно внося изменения в индивидуальный план сопровождения клиента/подопечного.



Деятельность по социальному сопровождению определяется как последовательность шагов, которые клиент/подопечный и специалист по уходу, предоставляющий социальное сопровождение, должны пройти вместе, чтобы достичь цели и выполнить задачи, заявленные в сервисном плане помощи, ухода и поддержки клиента/подопечного.

В соответствии со стандартами⁸⁷ выделяют следующие **этапы цикла социального сопровождения** (которые по многим позициям совпадают с алгоритмом работы специалиста по уходу при предоставлении прямых услуг клиентам/подопечным, описанном в предыдущих разделах):

- первичный контакт и включение клиента/подопечного в программу социального сопровождения;
- проведение оценки потребностей клиента/подопечного;
- составление сервисного плана социального сопровождения;
- направление клиента/подопечного в службы помощи в соответствии с его первоочередными потребностями;
- координация работы с другими медицинскими, социальными и иными службами, последовательное выполнение сервисного плана сопровождения;
- проведение мониторинга и оценки процесса сопровождения;
- завершение программы сопровождения и планирование дальнейших самостоятельных действий клиента/подопечного.

Для того чтобы обеспечить надлежащее качество услуг, AFEW⁸⁸ разработал **стандарты социального сопровождения**. Стандарты⁸⁹ включают в себя требования в отношении:

⁸⁶Программы социального сопровождения при ВИЧ-инфекции, туберкулёзе и вирусных гепатитах В и С представлены в приложении 4.

⁸⁷Имеются в виду стандарты, установленные организациями по контролю над инфекционными заболеваниями (CDC, США) и СПИД Фондом Восток-Запад (AFEW).

⁸⁸AFEW-некоммерческая организация СПИД фонд Восток-Запад.

⁸⁹Более подробно о стандартах социального сопровождения см. в «Социальное сопровождение

- обучения и подбора персонала;
- определения прав и обязанностей клиента/подопечного;
- организации процесса принятия клиента/подопечного в программу сопровождения;
- проведения оценки /повторной оценки потребностей клиента/подопечного;
- составления сервисного плана сопровождения клиента/подопечного;
- собственно процесса сопровождения и перенаправлений;
- организации мониторинга и последующего наблюдения;
- планирования выхода из программы сопровождения;
- процедуры супервизии в организациях, предлагающих услуги социального сопровождения.

Глава 2.2.2

Задачи социального сопровождения

При предоставлении социального сопровождения специалист по уходу, должен решить две взаимосвязанные задачи:

- организовать предоставление клиентам/подопечным помощи в решении медицинских, психологических, социальных, юридических и иных проблем с использованием ресурсов собственной организации и ресурсов других организаций, как государственных, так и неправительственных;
- максимальное поддерживать и усиливать ресурсы самого клиента/подопечного, его самостоятельности в решении собственных проблем.

Решая первую задачу, специалист по уходу, предоставляющий социальное сопровождение, может обеспечить получение помощи клиентом/подопечным в собственной организации и/или помочь ему получить услуги в других организациях, реализуя комплексную преемственную программу сопровождения, ориентированную на потребности клиента/подопечного.

Для выполнения первой задачи необходимо:

- определить и структурировать перечень наиболее характерных проблем ВИЧ-положительного клиента/подопечного;
- подготовить «маршрутные листы»⁹⁰, ориентированные на решение проблем клиента/подопечного;
- создать условия (место, время) для работы с учетом соблюдения принципов конфиденциальности и безопасности для клиентов/подопечных;

в области ВИЧ-инфекции: стандарты предоставления услуг», Региональное представительство УНП ООН в России и Беларуси (UNODC Regional Office on Drug and Crime).

⁹⁰Маршрутный лист включает себя информацию о том, какие услуги и в каком порядке должен получить клиент/подопечный, а также какие учреждения предоставляют данные услуги, когда и на каких условиях, контактную информацию этих учреждений, Ф.И.О. специалистов и т.д.

- предварительно подготовить список организаций, имеющихся в регионе проживания клиента/подопечного, которые могут и должны предоставлять услуги ВИЧ - положительным людям по решению их проблем, с указанием точных адресов, телефонов, фамилий, имен и отчеств специалистов, с которыми специалист по уходу, предоставляющий социальное сопровождение, может поддерживать личный контакт;
- установить личные контакты со специалистами организаций-партнёров.

Решая вторую задачу, специалист по уходу, предоставляющий социальное сопровождение, должен помнить, что для обеспечения долговременности эффекта помощи необходимо построить всю работу с клиентом/подопечным таким образом, чтобы он стал активным составляющим звеном в механизме оказания помощи самому себе.

Необходимо привлекать клиента/подопечного к составлению программы помощи, определить его роль и, главное, ответственность в данном процессе, помогать клиенту/подопечному в повышении своей самооценки и уверенности в своих силах, в обнаружении, правильном использовании и усилении собственных ресурсов.

Для выполнения данной задачи необходимо:

- организовать обучение специалистов, предоставляющих социальное сопровождение, по вопросам взаимодействия с клиентами/подопечными, по консультированию, проведению диагностики проблем и определению ресурсов клиента/подопечного;
- ввести в практику работы программ сопровождения такой компонент как **консилиум специалистов** для мониторинга ведения случаев клиентов/подопечных.

Вся работа специалистов по уходу, предоставляющих социальное сопровождение, с ВИЧ - положительными клиентами/подопечными должна быть направлена на решение обеих вышеописанных задач, которые взаимосвязаны и не могут быть эффективно решены по-отдельности.

Глава 2.2.3

Модели социального сопровождения и необходимые навыки

Существует несколько моделей социального сопровождения при ВИЧ-инфекции, ориентированных на различные целевые группы и, в связи с этим предполагающих различную роль специалиста по уходу, предоставляющего социальное сопровождение, и разный набор услуг для клиентов/подопечных.

Наиболее распространены четыре модели социального сопровождения.

1. **Модель брокера.** Данная модель сфокусирована на том, чтобы «связать» клиента/подопечного с необходимыми ему организациями/службами помощи, ухода и

поддержки, которые обычно полностью или частично находятся за пределами организации, предоставляющей услуги социального сопровождения. В данной модели взаимоотношения между специалистом по уходу, предоставляющим социальное сопровождение, и клиентом/подопечным ограничены, поскольку задача специалиста состоит лишь в определении потребностей клиента/подопечного и направлении его в другие службы помощи.

2. **Реабилитационная модель.** Определяя сильные и слабые стороны клиента/подопечного, специалист по уходу, предоставляющий социальное сопровождение, старается помочь ему преодолеть барьеры, которые мешают клиенту/подопечному самостоятельно решать свои проблемы. Когда барьеры успешно преодолены, взаимоотношения со специалистом по уходу или прекращаются совсем, или становятся менее интенсивными.

3. **Модель полной поддержки.** Отличие данной модели состоит в отсутствии системы направлений в службы помощи других организаций и учреждений. Все услуги предоставляются в одном месте, на базе организации, реализующей услугу социального сопровождения. Роль специалиста по уходу, предоставляющего социальное сопровождение, в этом случае заключается в координировании процесса предоставления услуг, а также в обеспечении определённого уровня поддержки и обучения клиентов/подопечных определённым навыкам жизни с ВИЧ.

4. **Модель сильных сторон.** Модель строится на выявлении сильных сторон клиента/подопечного. Роль специалиста по уходу, предоставляющего социальное сопровождение, в данном случае - помочь клиенту/подопечному сформулировать свои цели и точно следовать им. Специалист по уходу, предоставляющий социальное сопровождение, действующий самостоятельно или в команде, должен владеть полной информацией о том, где, когда и каким образом клиент/подопечный может получить необходимую помощь (в трудоустройстве, в получении ночлега, страховки и т. д.), а также уметь координировать процесс предоставления помощи и процесс её получения клиентом/подопечным.

При реализации программы социального сопровождения, как правило, используется смешанная модель, включающая элементы всех четырех разновидностей моделей социального сопровождения.

Навыки и знания, необходимые специалистам по уходу для эффективного осуществления социального сопровождения, практически ничем не отличаются от общих требований, предъявляемых ко всем специалистам по уходу. Условно эти знания и навыки можно разделить на **универсальные и специализированные.**

К **универсальным навыкам** и знаниям относятся:

- навыки консультирования;
- навыки работы с партнёрскими организациями;
- навыки работы с клиентами/подопечными в кризисных состояниях;
- знание принципов и правил организации социального сопровождения и требований по соблюдению конфиденциальности.



Чем больше проблем испытывает клиент/подопечный, тем сложнее с ним работать. Так, например, работа с ВИЧ - положительными потребителями наркотиков требует дополнительных знаний и навыков, так как связана уже не с одним, а с двумя состояниями, угрожающими жизни клиента/подопечного: прогрессирующей ВИЧ-инфекцией и наркотической зависимостью.

Необходимость обладать **специфическими навыками**, как правило, связана с определёнными особенностями целевой группы. Например, к специфическим навыкам, которыми должен владеть специалист по уходу, предоставляющий социальное сопровождение и оказывающий помощь человеку, употребляющему наркотики, относятся:

- знание подходов и концепций в области наркотической зависимости, а также проблем, связанных с употреблением наркотиков;
- знание философии, практики и политики принципов «снижения вреда» от употребления ПАВ;
- знание наиболее широко распространённых, научно обоснованных моделей лечения наркозависимости;
- навыки профилактики рецидивов (в случаях отказа клиента/подопечного от употребления наркотиков);
- навыки непрерывного ухода и поддержки наркозависимых клиентов/подопечных;
- способность решать разнообразные проблемы, связанные с наркотической зависимостью;
- умение определять роль, которую семья, социальные сети и общественные системы могут сыграть в процессе лечения и выздоровления клиента/подопечного;
- знание вариантов и возможностей медицинского ухода и немедицинского сервиса, доступных клиенту/подопечному, определение пользы, которую они могут ему принести;
- умение определить индивидуальные особенности клиента/подопечного и учесть их в процессе назначения и предоставления ему помощи, ухода и поддержки;
- понимание значимости мультипрофессионального подхода при оказании помощи, ухода и поддержки наркозависимым клиентам/подопечным.



По многолетним наблюдениям, социальное сопровождение позволяет добиваться хороших результатов в изменении поведения и ресоциализации представителей уязвимых групп.

Глава 2.2.4

Привлечение и критерии отбора клиентов/подопечных в программы сопровождения

Для некоммерческой организации привлечение ВИЧ - положительных клиентов/подопечных в программы социального сопровождения, помощи, ухода и поддержки является ключевой и довольно трудной задачей.

Это связано с характером заболевания: из-за высокой степени стигматизации и дискриминации люди, затронутые эпидемией ВИЧ-инфекции, часто предпочитают максимально сократить свои контакты, которые, по их мнению, могут привести к разглашению их диагноза или диагноза их близких.

Если в государственную структуру (например, в Центр СПИД или другие учреждения здравоохранения) клиент/подопечный бывает вынужден обращаться в силу обстоятельств (например, из-за возникшей необходимости назначения лечения в связи с ухудшением состояния здоровья, или получения справки, или проведения регулярного лабораторного исследования, и т.д.), то в неправительственные службы помощи, ухода и поддержки клиент/подопечный может прийти исключительно добровольно.

В этой ситуации очень важно, чтобы информация об услугах неправительственных служб помощи, ухода и поддержки была широкодоступна и понятна целевой группе, вызывала доверие и желание воспользоваться услугами НКО. Для этого можно и нужно использовать все возможные каналы информации. Особую роль здесь могут сыграть специалисты государственных организаций-партнёров (учреждений здравоохранения, социальной защиты и др.).

Для привлечения в программы помощи и сопровождения клиентов/подопечных можно использовать следующие способы:

- привлечение клиентов/подопечных с помощью специалистов государственных организаций, и, прежде всего, медицинских учреждений, которые при каждом контакте с пациентом могут предоставлять ему информацию о работе и услугах неправительственных служб помощи;
- распространение информации об услугах негосударственных служб помощи, ухода и поддержки через:
 - ✓ СМИ (радио, газеты, телевидение и т.д.);
 - ✓ наружную рекламу (рекламные щиты, плакаты, билборды и т.п.);
 - ✓ рекламу в общественном транспорте и других общественных местах;
 - ✓ рекламно-информационные стенды в медицинских учреждениях;
 - ✓ размещение информации на всех информационных материалах, распространяемых на различных акциях и мероприятиях и т.п.;
- привлечение клиентов/подопечных с помощью самой целевой группы, когда клиенты/подопечные рекомендуют своим близким, друзьям, знакомым услуги негосударственных служб помощи, ухода и поддержки (так называемое «сарафанное радио»); такая «реклама» довольно эффективна, однако, чтобы

она заработала, негосударственные службы помощи должны иметь очень хорошую репутацию среди целевой группы;

- аутрич - работа среди целевых групп.

Для социального сопровождения должны существовать четко определенные **критерии отбора** клиентов/подопечных, которые определяются политикой организации, предоставляющей ЛЖВ помощь, уход и поддержку. Каждый клиент/подопечный при первичном обращении в организацию в обязательном порядке должен быть ознакомлен с этими критериями.

Критерии отбора клиентов/подопечных для социального сопровождения могут быть **абсолютными и относительными**.

К **абсолютным критериям** можно отнести:

- принадлежность к целевой группе, с которой работает некоммерческая организация;
- желание клиента/подопечного активно сотрудничать со специалистами, предоставляющими услуги социального сопровождения;
- недостаточность собственных ресурсов клиента/подопечного для самостоятельного решения его проблем.

К **относительным критериям** отбора клиентов/подопечных для социального сопровождения можно отнести, например, следующие характеристики клиентов/подопечных:

- социальная незащищенность и уязвимость;
- плохое состояние здоровья;
- наличие комплекса психологических, социальных, юридических и иных проблем;
- негативный предыдущий опыт обращения в государственные учреждения;
- другие.

Перечень относительных критериев отбора клиентов/подопечных может быть расширен в зависимости от конкретной ситуации и целей программ помощи и сопровождения.



Самым результативным способом привлечения клиентов/подопечных является получение им направления в негосударственную службу помощи, ухода и поддержки от врачей Центра СПИД или других медицинских учреждений. Для того необходимо обеспечить медицинских работников соответствующими информационными материалами в достаточном количестве (визитки служб помощи, листовки, буклеты т.п.).

Обычно рекомендация посетить специалистов негосударственных служб помощи, ухода и поддержки даётся тем пациентам учреждений здравоохранения, которым требуется психологическая помощь, а также пациентам, имеющим несколько проблем немедицинского характера (например, проблемы с трудоустройством, семейные проблемы и т.д.).

Поводом направить пациента в негосударственные службы помощи является и необходимость назначения ему антиретровирусной терапии: как правило, для формирования и поддержания приверженности к терапии такие пациенты нуждаются в равном консультировании, длительном социально-психологическом сопровождении, тренингах, участии в группах поддержки и взаимопомощи и других услугах, которые может им предоставить некоммерческая организация.

Глава 2.2.5

Этапы социального сопровождения клиента/подопечного

Выделяют пять основных этапов сопровождения клиентов/подопечных (см. схему и ниже – её описание).



1. **Установление первичного контакта** с клиентом/подопечным является важной составляющей частью последующей работы с ним. Первичный контакт может быть установлен как при личном обращении клиента/подопечного в негосударственные службы помощи, ухода и поддержки, так и при посещении клиента/подопечного на дому при скрининговом визите. Скрининговые визиты осуществляются либо по просьбе потенциального клиента/подопечного и/или его близких, либо по запросу, например, специалиста медицинского или социального учреждения.



Первичный контакт должен вызывать у клиентов/подопечных доверие к специалисту, ощущение комфорта, защищённости и безопасности. Клиент/подопечный должен чувствовать доброжелательное, уважительное и внимательное отношение к себе со стороны специалиста по уходу, предоставляющего социальное сопровождение.

Устанавливая первичный контакт, специалист в первую очередь подчеркивает возможность получения клиентом/подопечным только тех услуг, которые он хочет получать. Клиент/подопечный должен быть уверен, что его никто не будет заставлять что-либо делать против его воли, и дать добровольное информированное согласие на получение услуг в различных организациях и учреждениях. Клиенту/подопечному поясняются обязательства специалиста по уходу, предоставляющего социальное сопровождение, по соблюдению прав клиента/подопечного, касающихся конфиденциальности, анонимности и безопасности клиента/подопечного.

Для специалистов по уходу, предоставляющих социальное сопровождение, рекомендуется составить рекомендации по правильному обращению к клиенту/подопечному, а также словарь запрещённых слов и выражений, которые не следует употреблять. Чтобы специалист, работающий на первичном приеме, выполнил правильно все необходимые процедуры с клиентом/подопечным, можно разработать внутренний рабочий документ (инструкцию) «Алгоритм первичного приема», в котором указывается последовательность действий специалиста и рекомендуемые варианты взаимодействия с клиентом/подопечным.



Чтобы специалисты негосударственных служб помощи, ухода и поддержки могли грамотно и эффективно устанавливать первичный контакт и проводить дальнейшее консультирование, следует регулярно проводить их обучение с практической отработкой коммуникативных навыков. Практика показывает, что наиболее эффективным для успешного социального сопровождения клиента/подопечного и осуществления межведомственного взаимодействия является совместное обучение специалистов негосударственных организаций и государственных учреждений, обеспечивающих социальное сопровождение в своих структурах.

2. Диагностика проблем клиентов/подопечных происходит путём анкетирования (согласие на анкетирование может являться одним из условий предоставления помощи). Специалист сам задает вопросы и записывает ответы клиента/подопечного. В связи с тем, что вопросов в анкете, как правило, достаточно много, рекомендуется опрос клиента/подопечного проводить в виде свободной беседы, чтобы клиент/подопечный чувствовал себя довольно комфортно и мог предоставить достоверную и искреннюю информацию о себе. Анкетирование не должно длиться более 30-ти минут.

Ответы на вопросы анкеты помогают специалисту определить круг проблем, в решении которых клиенту/подопечному необходима помощь, чтобы перейти к следующему этапу - составлению программы индивидуального сопровождения клиента/подопечного.

После установления первичного контакта и определения круга проблем специалист должен познакомить клиента/подопечного с правилами, которые необходимо соблюдать, и попросить его выразить в устной или письменной форме свое согласие на

включение его в программу социального сопровождения (о чём в обязательном порядке делается запись в карточке посещения клиента/подопечного).



Как правило, специалист службы помощи, установивший первичный контакт, после проведения анкетирования клиента/подопечного договаривается с ним о дне и часе следующей встречи для составления и утверждения программы индивидуального сопровождения. Таким образом, процесс составления программы индивидуального сопровождения может произойти через несколько дней после первого визита клиента/подопечного в службу помощи, ухода и поддержки. В этом случае главное - не потерять контакт с клиентом/подопечным.

3. **Составление программы индивидуального сопровождения.** Если клиенту/подопечному, в соответствии с критериями отбора, необходимо социальное сопровождение, и он во время первого визита дал согласие на получение данной услуги, то во время второго визита оформляется **договор на оказание услуг**, в котором прописываются права и обязанности сторон. Таким образом, клиент/подопечный письменно подтверждает своё согласие на получение услуг при гарантии соблюдения определенных правил, а служба помощи, ухода и поддержки, в свою очередь, гарантирует качество услуг, оказанных своевременно и с соблюдением всех прав клиента/подопечного.

Неотъемлемой частью договора оказания услуги социального сопровождения является **программа индивидуального сопровождения**, с которой клиент/подопечный должен быть подробно ознакомлен в момент подписания договора, все пункты программы сопровождения должны быть разъяснены клиенту/подопечному, подробно и в деталях.

Программа индивидуального сопровождения клиента/подопечного составляется предварительно специалистами службы помощи, ухода и поддержки (специалистом по уходу, социальным работником и/или психологом) на основании выявленных при анкетировании проблем клиента/подопечного.

На этом этапе особое внимание должно быть уделено разъяснению **роли и ответственности самого клиента/подопечного в процессе решения его проблем**. Клиенту/подопечному должно быть совершенно понятно, где, когда и с привлечением каких специалистов он может получить помощь, и каково его личное участие в устройстве собственной жизни.

Обязательно должны быть чётко обозначены ожидаемые результаты и предполагаемые сроки их достижения. Необходимо также обсудить с клиентом/подопечным критерии достижения этих результатов.



Для обеспечения эффективности программу сопровождения рекомендуется рассмотреть на консилиуме специалистов службы помощи, ухода и поддержки. Консилиум необходим для более эффективного и профессионального принятия решения о помощи клиенту/подопечному.

Консилиум собирается из числа тех специалистов, которые будут потенциально задействованы в решении проблем клиента/подопечного. К работе в консилиуме могут привлекаться и специалисты организаций-партнёров.

Заседания консилиума рекомендуется проводить, по-возможности, не реже двух раз в неделю, что позволяет довольно оперативно разрабатывать и контролировать программы индивидуального сопровождения клиентов/подопечных.

Каждое заседание консилиума рассматривает три группы вопросов:

- *обсуждение и утверждение индивидуальных программ сопровождения новых клиентов/подопечных;*
- *мониторинг, оценка и корректировка действующих индивидуальных программ сопровождения;*
- *решение вопросов по завершению сопровождения.*

4. Организация и предоставление услуг клиенту/подопечному. В соответствии с программой индивидуального сопровождения специалист обязан создать все необходимые условия для своевременного и качественного получения клиентом/подопечным всего комплекса необходимых услуг.

Специалист по уходу, предоставляющий социальное сопровождение, на данном этапе осуществляет следующую деятельность:

- помогает клиенту/подопечному получить, в соответствии с планом сопровождения, требуемую услугу;
- связывается с необходимыми специалистами (будь то специалисты непосредственно самой организации, на базе которой работает служба помощи, ухода поддержки, или специалисты любой другой структуры);
- договаривается со специалистами, предоставляющими услуги, о дне и времени приема клиента/подопечного;
- напоминает клиенту/подопечному о необходимости посещения того или иного специалиста или учреждения;
- в некоторых случаях лично сопровождает клиента/подопечного;
- помогает составить или собрать необходимые для получения услуги документы и т.д.



Для обеспечения эффективности процесса специалист, осуществляющий сопровождение клиента/подопечного, должен быть хорошо информирован об услугах, предоставляемых другими организациями, а также должен уметь сопоставлять проблемы клиента/подопечного с возможными путями их решения (по принципу: что, где, кто и когда).

5. Завершение процесса сопровождения. И сам клиент/подопечный, и специалисты, предоставляющие социальное сопровождение, должны чётко понимать, как и когда

(пусть даже и ориентировочно) должна завершиться программа сопровождения. При этом **завершение сопровождения не означает прекращения предоставления прямых услуг клиенту/подопечному в случае необходимости, как самой негосударственной службой помощи, ухода и поддержки, так и организациями-партнёрами.**

Причинами завершения социального сопровождения могут быть следующие:

- успешное разрешение проблем клиента/подопечного;
- отказ клиента/подопечного получать услуги или его нежелание идти на контакт со специалистом по уходу, предоставляющим социальное сопровождение;
- систематическое нарушение клиентом/подопечным этических, моральных норм и правил, угрожающее жизни, здоровью, достоинству специалистов и/или других клиентов/подопечных и нарушающее их права;
- невозможность по объективным причинам разрешить проблемы клиента/подопечного;
- смерть клиента/подопечного.



Решение о прекращении социального сопровождения (или так называемое «завершение случая») должен принимать консилиум специалистов.

Клиент/подопечный в трёхдневный срок письменно уведомляется о решении консилиума. Соответствующие записи вносятся также в индивидуальную карточку клиента/подопечного и в программу индивидуального сопровождения.

Раздел 2.3

Партнёрское взаимодействие и система перенаправлений

Глава 2.3.1

Межсекторальный подход к оказанию помощи людям, живущим с ВИЧ

Люди, затронутые эпидемией ВИЧ-инфекции, зачастую имеют разнообразный комплекс проблем (социальных, психологических, юридических и т.д.), оказывающих прямое влияние на их собственное здоровье и на здоровье окружающих их людей. Эти проблемы зачастую не носят чисто медицинский характер и не могут быть разрешены только силами медицинских учреждений и специалистов здравоохранения.

Часто решение всего комплекса проблем, вызванных ВИЧ-инфекцией, требует межсекторального взаимодействия - совместных усилий различных специалистов государственных и негосударственных структур в течение довольно длительного времени.



Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) настоятельно рекомендует, в целях оказания комплексной эффективной и качественной помощи ВИЧ-положительным людям и членам их семей, координировать усилия и активно использовать ресурсы различных структур и ведомств, создавать и поддерживать в рабочем состоянии межсекторальное партнёрство тех организаций (государственных и неправительственных), которые оказывают различного рода помощь и услуги людям, затронутым эпидемией ВИЧ-инфекции.

Межсекторальное партнёрство подразумевает, прежде всего, сотрудничество и координацию совместных действий по организации профилактической работы и паллиативного ухода в области ВИЧ организациями - партнерами (различными учреждениями здравоохранения, неправительственными организациями и т.д.).

В условиях мирового финансового кризиса и сокращения государственного финансирования особенно важно объединять ресурсы и привлекать новые, негосударственные источники финансирования, как в профилактические программы для различных целевых групп, так и в программы помощи людям, затронутым эпидемией ВИЧ-инфекции.

Создание и развитие партнёрских программ медико-психо-социального сопровождения клиентов/подопечных, помощи семьям, затронутым проблемой ВИЧ, с хорошо отработанной системой межсекторального взаимодействия позволяет оказывать имеющимися ресурсами поддержку большему числу семей и значительно расширить комплекс услуг для ЛЖВ и обеспечить свободный доступ к ним.

В связи с тем, что каждая из структур, задействованных в процессе оказания помощи, ухода и поддержки ЛЖВ, имеет разные возможности, свой определённый перечень услуг и видов помощи, для достижения требуемого результата необходимо обеспечить **преemptивность и тесное сотрудничество** в межсекторальном взаимодействии.

Глава 2.3.2

Цели, задачи и основные области межсекторального взаимодействия

Глобальной целью межсекторального взаимодействия является снижение новых случаев инфицирования ВИЧ и увеличение продолжительности жизни при сохранении её качества у ВИЧ - положительных людей.

Для достижения цели взаимодействия необходимо решить следующие **задачи**:

- осуществление совместной деятельности по профилактике распространения ВИЧ-инфекции среди населения;
- осуществление совместной деятельности по профилактике распространения ВИЧ-инфекции среди групп с повышенным риском (ПИН, СР);
- осуществление совместной деятельности по профилактике ко-инфекций и вторичных заболеваний (туберкулёза, вирусных гепатитов В и С);
- осуществление совместной деятельности по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку;
- осуществление совместной деятельности по сохранению физического и психического здоровья женщины и её ребенка;
- осуществление совместной деятельности по формированию и поддержанию приверженности у ВИЧ - положительных клиентов/подопечных к АРВ-терапии.

Области межсекторального взаимодействия предполагают:

- определение **единой политики** по социально-психологическому сопровождению клиентов/подопечных и организации профилактической работы в каждой организации-партнёре;
- назначение **ответственных и доверенных специалистов** в каждой организации-партнёре;
- введение внутри каждой организации согласованной взаимодополняющей **системы (алгоритма) взаимодействия**;
- **взаимная и совместная подготовка специалистов** по вопросам консультирования, профилактики, лечения ВИЧ-инфекции и т.д.;
- **введение системы учёта и обмена информацией** об оказанной помощи, услугах сопровождения и т.д.;
- **определения чёткого перечня услуг**, предлагаемых каждой организацией-партнёром, и взаимное информирование о предоставляемых услугах;
- **проведение регулярных встреч специалистов** организаций-партнёров для обсуждения конкретных сложных случаев сопровождения (по типу консилиума) и повышения эффективности взаимодействия;
- **введение единой системы мониторинга и оценки** сопровождения клиентов/подопечных и проведения профилактической работы для всех организаций-партнёров.

Глава 2.3.3

Единая политика по социальному сопровождению клиентов/подопечных и организации профилактической работы

Единая политика по социально-психологическому сопровождению клиентов/подопечных и организации профилактической работы подразумевает:

- клиент-центрированный подход: ориентацию специалистов организаций - партнёров на проблемы клиента/подопечного, обеспечение максимального доступа клиента/подопечного к услугам, предоставление ему комплексной помощи и поддержки;
- постановку единых целей и задач для организаций - партнёров и разработка совместных действий по их достижению;
- полное взаимопонимание деятельности каждой организации-партнёра в области противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции: каждый специалист организаций-партнёров знает и понимает, какие услуги, в каком объёме и при каких условиях предоставляют целевой группе специалисты других организаций;
- деятельность специалистов организаций-партнёров в едином информационном поле: единоформатное информирование и ориентация клиента/подопечного по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С, туберкулёза и т.д., сохранения здоровья, жизни с ВИЧ, рождения детей, лечения ВИЧ-инфекции и др. в строгом соответствии с протоколами, положениями, правилами и иными документами, имеющими обязательную юридическую силу на территории страны или носящими рекомендательный характер (законодательство, ведомственные приказы, протоколы ВОЗ и т.д.);
- уважительное отношение специалистов организаций - партнёров к деятельности друг друга, поддержка авторитета друг друга при общении с клиентами/подопечными;
- взаимное информирование клиента/подопечного об услугах партнёрской организации;
- строгое соблюдение алгоритма взаимодействия по предоставлению клиентам/подопечным полного комплекса услуг;
- соблюдение конфиденциальности и проявление толерантного отношения к клиентам/подопечным со стороны специалистов организаций - партнеров;
- открытое совместное обсуждение вопросов взаимодействия;
- введение общих понятных индикаторов результатов для определения эффективности совместной деятельности.

Каждая организация - партнёр должна своим ведомственным приказом (распоряжением) назначить ответственных специалистов (или специалиста), в задачу которых будет входить решение организационных вопросов по совместной

деятельности, принятие решений, мониторинг, контроль и оценка совместной деятельности.

Также каждой организации - партнёру рекомендуется утвердить список доверенных специалистов, к которым можно направлять клиентов/подопечных для получения ими необходимой помощи, и которые могли бы консультировать специалистов партнёрской организации по возникающим сложным случаям ведения клиентов/подопечных, а также проводить экспертизу информационных, методических, рекламных материалов, презентаций и т.д.

Каждая организация - партнёр должна довести до сведения всех своих сотрудников как собственное распоряжение о назначении ответственных и доверенных лиц, так и соответствующее распоряжение организации-партнёра.



Формат межсекторального взаимодействия по профилактическим программам предполагает взаимное информирование о планах профилактической деятельности, выработке совместного плана профилактической работы, регулярного обсуждения эффективности профилактической работы. Такое взаимодействие могут осуществлять ответственные лица организаций-партнёров.

Глава 2.3.4

Условия, необходимые для эффективной работы системы межсекторального взаимодействия

Для того чтобы система межсекторального взаимодействия была действительно эффективна, необходимы определенные **условия**, а именно:

- обязательность исполнения алгоритма взаимодействия всеми специалистами партнёрских организаций (достигается введением в действие соответствующего приказа, распоряжения и контролем над их исполнением);
- доведение до сведения всех специалистов организаций - партнёров понятной, прозрачной системы взаимодействия с чётким определением роли каждого специалиста;
- утверждение приказом, распоряжением обязательных форм учёта деятельности по сопровождению и перенаправлению клиентов/подопечных, и документов, позволяющих определять индикаторы взаимодействия;
- совместная подготовка специалистов организаций - партнёров по вопросам взаимодействия;
- регулярное проведение совместных совещаний по вопросам взаимодействия;
- контроль и оценка эффективности взаимодействия (на основании утверждённого межсекторального плана мониторинга и оценки взаимодействия).

Для обеспечения процесса межсекторального взаимодействия необходимо:

- разработать, согласовать и ввести в действие (внутренними распорядительными документами) соглашение о межсекторальном взаимодействии;

- провести инструктаж специалистов организаций – партнёров по перенаправлению клиентов/подопечных и оформлению документов единого образца;
- обеспечить специалистов организаций – партнёров единой системой кодирования клиентов/подопечных;
- обеспечить специалистов организаций – партнёров информацией об услугах, предоставляемых всеми организациями партнёрской сети, и условиях их предоставления;
- поместить информацию об услугах, предоставляемых всеми организациями партнёрской сети, и контактную информацию организаций – партнёров в местах пребывания клиентов/подопечных (стенды, информационные материалы, рекламные листовки и т.п.);
- обеспечить специалистов организаций – партнёров визитками, информационными листками, буклетами, листовками и т.п. других организаций, предоставляющих услуги целевой группе, и формами перенаправлений;
- обеспечить специалистов организаций – партнёров «Листами регистрации перенаправлений» единого образца на каждый месяц и (если в этом есть необходимость) другими отчётно-учётными формами;
- взять подписку о неразглашении диагноза и другой персональной информации клиентов/подопечных от всех доверенных специалистов организаций – партнёров, работающих с клиентами/подопечными.

В целях более оперативного решения вопросов по предоставлению помощи клиентам/подопечным специалисты всех организаций партнёрской сети должны иметь возможность обращаться напрямую к доверенным специалистам сети межсекторального взаимодействия.



Чтобы обеспечить преемственность и комплексность оказания помощи клиентам/подопечным следует, прежде всего, наладить систему их перенаправлений с соблюдением требований конфиденциальности, и активно привлечь к этому процессу необходимых специалистов организаций - партнёров (например, врачей

Центров СПИД, психологов, социальных и аутич - работников неправительственной службы помощи и т.д.).

Формат возможного взаимодействия организаций – партнёров межсекторальной сети по обеспечению системы перенаправлений

При обращении в любую организацию - участницу межсекторальной партнёрской сети клиент/подопечный должен получить не только прямую услугу от специалиста этой организации, но и в обязательном порядке (независимо от того, был ли на это запрос клиента/подопечного или нет) информацию (устно или в виде буклета, визитки и т.д.) об

услугах других служб помощи, ухода и поддержки, где он может получить дополнительную помощь.

В особых случаях (например, необходимость формирования или поддержания приверженности к ВААРТ, социального сопровождения клиента/подопечного, организации ухода за ним и т.п.) специалист организации - партнёра, осуществляющий перенаправление клиента/подопечного, может либо сделать соответствующую пометку в форме направления в другую организацию - партнёра, которая имеет возможность предоставить необходимую услугу, либо лично связаться по телефону с доверенным специалистом этой организации.

Специалист организации - партнёра, после передачи информации клиенту/подопечному о дополнительных услугах, которые он может получить в других организациях, делает соответствующую отметку в документе установленного межсекторальным партнёрством единого образца (например, в «Листе регистрации перенаправлений»), фиксируя факт перенаправления, код клиента/подопечного, дату обращения и название организации, в которую направлен клиент/подопечный для получения дополнительной помощи.

На приеме у специалистов организаций – партнёров у каждого клиента/подопечного выясняется, кто его направил, заводится личная карточка⁹¹ (в негосударственных организациях карточка кодируется) и делается соответствующая отметка в «Листе регистрации перенаправлений». В личную карточку клиента/подопечного заносится перечень его проблем и запросов и записи об оказанной ему помощи.

«Лист регистрации перенаправлений» необходим для учета клиентов/подопечных, воспользовавшихся дополнительными услугами организаций – партнеров сети межсекторального взаимодействия. Точно такой же документ должны вести специалисты служб помощи, ухода и поддержки всех организаций - партнёров.

Информация, занесенная в «Лист регистрации перенаправлений», впоследствии будет необходима для составления отчёта о предоставлении дополнительных услуг клиенту/подопечному, который рекомендуется проводить ежемесячно на основе сверки и анализа документов организаций – партнёров.

Организации - партнёры разрабатывают и утверждают, в соответствии с международными и национальными требованиями, **единую систему мониторинга и оценки эффективности совместной деятельности**. В дальнейшем, в соответствии с разработанной системой мониторинга, каждая организация самостоятельно разрабатывает внутренние отчётно-учётные формы, а также вводит в обращение формы, общие для всех организаций - партнёров. Система мониторинга доводится до сведения всех специалистов организаций - партнёров, назначаются лица, ответственные за подготовку мониторинговых отчетов.

⁹¹В данном случае личные карточки имеют не единый образец, а формат, принятый и утвержденный конкретной организацией

Руководители организаций - партнёров утверждают график совместных планёрных совещаний для обсуждения вопросов взаимодействия и результатов мониторинговых отчетов.

Совместные совещания ответственных лиц рекомендуется проводить ежемесячно, расширенные планёрные совещания ответственных и доверенных лиц – не реже одного раза в квартал. Повестка совещания, место и время его проведения определяются каждый раз главными ответственными лицами и утверждаются руководителями организаций-партнёров.



Обязательным условием эффективной работы сети межсекторального взаимодействия является введение единой системы учета и обмена информацией об оказанной помощи, услугах сопровождения и т.д., которая предполагает:

- *заполнение специалистами организаций-партнёров «Листа регистрации перенаправлений»;*
- *ежемесячную сверку этих документов между организациями;*
- *подготовку ежемесячного отчета о взаимодействии;*
- *обсуждение результатов на общих планёрных заседаниях;*
- *подведение готовых итогов и внесение корректировок в систему взаимодействия;*
- *определения чёткого перечня услуг, предлагаемых каждой организацией-партнёром, и взаимное информирование о предоставляемых услугах;*
- *проведение регулярных встреч специалистов организаций-партнёров для обсуждения эффективности взаимодействия.*

Раздел 2.4

Некоторые формы работы негосударственных и общественных служб помощи по предоставлению помощи и ухода людям, живущим с ВИЧ

Формы и виды деятельности негосударственных и общественных служб помощи и ухода людям, живущим с ВИЧ, а также в области противодействия ВИЧ-инфекции могут быть разнообразными и зачастую зависят от ряда причин: конкретной эпидемиологической ситуации в регионе, ресурсов общественных служб помощи, ухода и поддержки, от заинтересованности ключевых партнёров (целевых групп, правительства, ведущих медицинских учреждений и т.д.) и других.

Приступая к планированию деятельности в области противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции, некоммерческой организации необходимо, прежде всего, внимательно изучить и проанализировать ситуацию. Данный анализ поможет правильно определить формы и виды деятельности негосударственных и общественных служб помощи, ухода и поддержки, и эффективно распределить ресурсы.

Ниже представлены некоторые распространённые формы работы некоммерческих организаций в области противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции, которые могут быть реализованы по-отдельности, либо комплексно. Наиболее эффективным подходом при реализации нескольких направлений деятельности (программ, проектов) является координация работы и тесное взаимодействие между собой, а также и с другими программами, осуществляемыми службами помощи, ухода и поддержки различных государственных и некоммерческих организаций.

Глава 2.4.1

Профилактические программы

Профилактические программы могут быть направлены на различные целевые группы, которые наиболее подвержены инфицированию ВИЧ. В последнее время профилактические программы стали активно распространяться на работающее население. Но наиболее часто профилактические программы включают в сферу своих интересов молодёжь.

Формы работы с молодёжью могут быть самые разные: доверительные консультации, тренинги по принципу «равный - равному», массовые акции, концерты, фестивали, информационные палатки, конкурсы, слёты и т.д. С опытом проведения подобной работы различными организациями можно ознакомиться в Интернете.



Целью профилактических программ является достижения такого результата в информировании населения, когда полученные знания становятся реально действующими мотивами изменения поведения людей на менее рискованное в плане инфицирования ВИЧ.

Для обеспечения эффективности профилактических программ необходимо:

- действовать по принципу межсекторального взаимодействия, т.е. в реализацию программы должны быть вовлечены органы и структуры власти всех уровней, различные неправительственные организации и различные группы гражданского общества, медицинские и образовательные учреждения, учителя и преподаватели учебных заведений;
- распространять профилактические программы в области ВИЧ/СПИДа как на детей и подростков, так и на их родителей и педагогов;
- определять целями профилактической деятельности не только предоставление достоверной информации и повышения уровня знаний по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции, но, прежде всего, формирование устойчивой модели безопасного в плане инфицирования ВИЧ поведения или, другими словами, осознанной и принятой к действию модели здорового образа жизни, и обязательно - формирование толерантного отношения к уже инфицированным ВИЧ людям.

Наиболее эффективной формой работы с молодёжью, по мнению специалистов, считается проведение тренингов по методу **«равный - равному»**. Цель тренинговой программы «равный - равному» - научить подростков распространять принципы здорового образа жизни среди своих сверстников.

Работа по методу «равный – равному» начинается с подготовки равных инструкторов из числа активных и заинтересованных в профилактической работе молодых людей. В ходе обучения на тренингах должны создаваться условия для перехода информации в личный опыт и формирования навыков безопасного в плане инфицирования ВИЧ поведения.

Процесс обучения равных инструкторов состоит из нескольких стадий:

- предоставление достоверной информации о ВИЧ-инфекции;
- всесторонний анализ молодыми людьми факторов личного риска на основе полученной информации о ВИЧ-инфекции, путях её передачи, мерах профилактики и т.д.;
- всестороннее рассмотрение возможных альтернатив личного поведения;
- обдумывание варианта окончательного решения по выбору модели собственного безопасного поведения;
- мотивация к распространению профилактической информации среди сверстников;
- формирование способности противостоять давлению и негативной реакции со стороны окружения;
- развитие коммуникативных навыков.

Как правило, профилактические программы «равный - равному» строятся по принципу «снежного кома»: подготовленные в качестве инструкторов группы молодые

добровольцы в дальнейшем самостоятельно проводят профилактические информационные сессии в учебных заведениях, общежитиях и т.д. Таким образом, удастся охватить в рамках одной профилактической программы довольно большое число подростков и молодежи.

Однако надо помнить, что для обеспечения качества профилактической программы вся деятельность добровольцев должна проходить под контролем координатора профилактического проекта.

Добровольцы должны получать достаточную помощь и поддержку от организации, реализующей профилактическую деятельность - организационную, методическую, психологическую и иную. Поощрение добровольцев (в любой форме - моральной, материальной) также должно быть предусмотрено профилактической программой.

Таким образом, профилактическая программа или проект должны включать не только тренинги, но и различные мероприятия для привлечения, удержания и поощрения молодых добровольцев, а также управленческие действия по организации и контролю их добровольцев.

Глава 2.4.2

Программы паллиативной помощи людям, живущим с ВИЧ

Целью программ паллиативной помощи является облегчение страданий людей, живущих с ВИЧ, на любой стадии заболевания через предоставление им качественного ухода и информационной, психологической, социальной, юридической и иной поддержки.

Как правило, программы паллиативной помощи ЛЖВ включают в себя два больших компонента:

- организация работы информационно-консультационных центров (пунктов) для ЛЖВ, работающих на принципах анонимности и конфиденциальности;
- организация работы по паллиативному уходу (примером может служить патронажная служба сестёр милосердия Красного Креста) и поддержке людей, живущих с ВИЧ, и их ближайшего окружения.

Информационно - консультационные центры представляют собой некое безопасное для ЛЖВ (т.е. гарантирующее им конфиденциальность и защиту) пространство (место), где они могут получить достоверную информацию о жизни с ВИЧ, о мерах профилактики, а также ответы на все волнующие вопросы, просто поговорить в доброжелательной и спокойной атмосфере о своих проблемах, встретиться с другими людьми, живущими с ВИЧ и т.д.

Объём предоставляемых услуг, режим работы информационно - консультационных центров определяется задачами и ресурсами общественной службы помощи, ухода и поддержки.

На базе информационно - консультационных центров негосударственных и общественных служб помощи могут предоставлять (как очно, так и по телефону «горячей линии») консультационные услуги привлечённые специалисты: патронажные сёстры, врачи, психологи, равные консультанты, социальные работники, юристы и т.д.

В информационно - консультационных центрах могут распространяться среди целевых групп различные информационные материалы и средства индивидуальной защиты, а также может быть организована клубная работа, работа групп взаимопомощи и поддержки для ЛЖВ (см. далее), членов их семей и специалистов по уходу.

Организация работы по паллиативному уходу, как правило, связана с необходимостью предоставления помощи и поддержки *на дому* людям, живущим с ВИЧ, находящимся на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, которые по состоянию здоровья не могут посещать информационно - консультационные центры и нуждаются в постороннем уходе. Команды по паллиативному уходу должны быть подготовлены соответствующим образом и работать в тесном взаимодействии со службами здравоохранения, оказывая содействие медицинским работникам, наблюдающим и курирующим клиента/подопечного, в поддержании качества жизни и облегчении страданий его и его близких.

Глава 2.4.3

Комплексные программы помощи потребителям инъекционных наркотиков

Основной задачей комплексных программ помощи потребителям инъекционных наркотиков (далее - ПИН), при условии их качественного выполнения и интегрированности в общую систему медико - социальной помощи, является расширение доступа к медицинским и немедицинским услугам, повышение качества оказываемых услуг потребителям инъекционных наркотиков, снижение темпов роста социально значимых заболеваний посредством уменьшения рискованных практик поведения в данной целевой группе.

Комплексные программы, реализуемые в Российской Федерации, основаны на рекомендациях ВОЗ, ЮНЭЙДС, УНП ООН⁹², соответствующих положениях российского законодательства и содержат девять групп мероприятий:

1. Лечение наркозависимости, профилактика передозировок, реабилитация.
2. Тестирование на ВИЧ и консультирование.
3. Антиретровирусная терапия (АРТ).
4. Профилактика и лечение заболеваний, передающихся половым путём.
5. Программа по обеспечению презервативами ПИН и их половых партнёров.
6. Информирование, обучение и коммуникация ПИН и их половых партнёров.
7. Вакцинация, диагностика и лечение вирусных гепатитов В и С.
8. Профилактика, диагностика и лечение туберкулёза.

⁹² См. список сокращений в начале пособия.

9. Программы обмена игл и шприцев.

Основными партнёрами по реализации комплексных программ помощи ПИН являются:

- лечебно-профилактические и социальные учреждения;
- органы власти;
- СМИ;
- научно-методические учреждения;
- международные организации;
- религиозные конфессии;
- некоммерческие организации и общественные объединения.



Приведённый выше перечень партнёров не является исчерпывающим, так как развитие эпидемии показало, что к 2011 году были консолидированы возможности тех партнёрских организаций, о которых вообще не шла речь в начале развития эпидемии в Российской Федерации.

В дальнейшем это партнерство также было закреплено нормативно в Постановлении Главного государственного санитарного врача РФ от 11 января 2011г. No1 «Об утверждении СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции»: «Профилактическую работу среди населения проводят органы и учреждения Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации, органы и учреждения здравоохранения, в том числе: Центры по профилактике и борьбе со СПИД, наркологические диспансеры и наркологические реабилитационные центры, кожно-венерологические диспансеры, женские консультации и перинатальные центры, центры медицинской профилактики, центры здоровья, работодатели, неправительственные и другие организации под методическим руководством Центра СПИД».

Программы комплексной профилактики ВИЧ-инфекции среди ПИН основаны на принципах и философии снижения вреда от инъекционного употребления наркотиков - прагматическом подходе к минимизации вредных последствий для индивидуума и сообщества, связанных с употреблением наркотиков, в особенности риска инфицирования ВИЧ, вирусными гепатитами В и С, возникновением заболеваний, передаваемых половым путём (далее - ЗППП).



Философия «снижения вреда» основывается на том понимании, что, если мы не в состоянии кардинально решить проблему наркопотребления в самое ближайшее время, и не можем контролировать этот процесс в достаточной степени, мы должны предпринять меры, которые смогут существенно снизить распространение ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С и ЗППП среди потребителей инъекционных наркотиков и среди населения в целом.

История движения «снижения вреда» берёт свое начало в середине 80-х годов и неразрывно связана с началом эпохи эпидемии ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в ряде стран Западной Европы, США и в других странах.

Эпидемия ВИЧ-инфекции поставила вопрос как перед самими наркопотребителями (как обезопасить себя и своих близких), так и перед медицинскими специалистами (как донести профилактическую информацию до потребителей наркотиков - группы закрытой и малодоступной).

Медицинским профессионалам было ясно, что, если не принимать каких-либо экстренных профилактических мер, остановить стремительное развитие эпидемии среди ПИН будет невозможно. Появилась потребность разработать различные модели программ, которые были бы привлекательны для потребителей наркотиков и отвечали бы на их реальные нужды. Созданные на основе инициативы самих потребителей инъекционных наркотиков службы получили общее название - программы «снижения вреда». В ходе практической работы были выработаны базисные принципы данного подхода:

- немедицинское использование психоактивных веществ сегодня - распространенное явление в любом обществе;
- немедицинское потребление наркотиков неизбежно вызывает социальный и индивидуальный вред;
- потребители наркотиков являются частью всего общества, следовательно, для защиты здоровья всего общества необходима защита здоровья потребителей наркотиков.

Сегодня в некоторых регионах России программы помощи потребителям наркотиков, основанные на принципах «снижения вреда», работают в основном на базе различных неправительственных организаций в тесном сотрудничестве с Центрами СПИД, наркологическими и инфекционными больницами, а также другими медицинскими учреждениями и организациями.

Особое внимание при профилактике заражения ВИЧ и вирусами гепатитов В и С среди ПИН⁹³ должно уделяться методам мотивации на изменение привычных практик поведения. Информация, предоставляемая потребителям наркотических средств, должна объяснять им значение факторов передачи ВИЧ, таких как, кровь, роль в передаче ВИЧ контаминированных⁹⁴ растворов наркотика, загрязнённых кровью игл и шприцев, фильтров, ваток, растворов для промывания шприцев. В процессе консультирования ПИН должны быть проинформированы о возможности использования стерильных или индивидуальных шприцев и прочего оборудования, возможности термической или химической дезинфекции растворов и оборудования.

⁹³ Методические рекомендации Роспотребнадзора от 2014г. «Профилактика заражения ВИЧ».

⁹⁴ Контаминированный - заражённый, т.е. содержащий возбудителей инфекционных заболеваний.



Деятельность программ «снижения вреда» является, по сути, профилактической в широком понимании этого слова. Вся работа с наркопотребителями направлена на профилактику различных заболеваний и, безусловно, предусматривает помощь ПИН в отказе от употребления наркотиков. Таким образом, деятельность «снижения вреда» ни в коей мере не направлена на поощрение дальнейшего употребления наркотиков (как воспринимают данные проекты некоторые люди), а нацелена на постепенное, планомерное формирование у ПИН более безопасных навыков поведения с целью профилактики различного рода осложнений и заболеваний, связанных с внутривенным введением психоактивных веществ.

Международная иерархия «снижения вреда», декларирующая профилактический подход, основана на нисходящем принципе (от наиболее важной задачи к задачам, учитывающим реальную ситуацию):

- 1. Не начинай употреблять наркотики, если начал - прекрати.*
- 2. Если употребляешь наркотики, откажись от их инъекционного употребления.*
- 3. Если все же вводишь наркотики инъекционным способом, всегда используй стерильный шприц.*
- 4. Если нет возможности каждый раз пользоваться стерильным шприцем, никогда не пользуйся чужим.*
- 5. Если пользуешься чужим шприцем, всегда дезинфицируй его.*

Чем ниже в иерархии расположен принцип, тем он менее эффективен в плане сохранения здоровья, профилактики ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С, других заболеваний и инфекционных осложнений от инъекционного употребления наркотиков.

Эффективно сочетание обучения ПИН с предоставлением комплексного пакета услуг, который включает следующие вмешательства:

- лечение наркотической зависимости, профилактику передозировок, реабилитацию;
- тестирование на ВИЧ и консультирование;
- антиретровирусную терапию, формирование и поддержку приверженности лечению для ПИН, инфицированных ВИЧ;
- диагностику, профилактику и лечение заболеваний, передающихся половым путём;
- программы по пропаганде использования и обеспечению презервативами ПИН и их половых партнёров;
- информирование, обучение ПИН и их половых партнёров;
- профилактику, диагностику и лечение вирусных гепатитов В и С;
- профилактику, диагностику и лечение туберкулёза;
- низкопороговые программы комплексной помощи ПИН, включающие предоставление стерильного инъекционного инструментария;
- программы социального сопровождения.

Основываясь на рекомендациях по работе с ПИН, работающие на базе некоммерческих организаций проекты «снижения вреда», как правило, включают в себя следующие обязательные элементы:

- предоставление ПИН информации об инфекционных заболеваниях, передающихся через кровь, таких, как ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты В и С и других, и мерах по их профилактике (устное консультирование, распространение информационной литературы), а также о существующей в регионе наркологической и реабилитационной помощи;
- предоставление медицинского и психологического консультирования;
- консультирование по вопросам, касающимся заболеваний вен и их профилактики, передозировок и острого отравления ПАВ, а также оказания первой помощи в подобных случаях;
- информирование ПИН о возможности и способах более безопасного употребления наркотиков;
- предоставление ПИН стерильного инъекционного инструментария и средств личной профилактики (презервативы, шприцы, иглы, спиртовые салфетки и др.);
- предоставление потребителям инъекционных наркотиков направлений в медицинские учреждения (инфекционные больницы, наркологические больницы, реабилитационные программы, тестирование на ВИЧ, вирусы гепатитов В и С и т.д.).

Одним из основных условий для успешности программ «снижения вреда» является ***установление доверительных отношений со стороны целевой группы к службам помощи, ухода и поддержки.***

Необходимо понимать, что работа по «снижению вреда» не просто очень сложная и ответственная, но и зачастую вызывает неоднозначную, порой и негативную реакцию со стороны государственных органов и структур, официального здравоохранения и населения в целом. Некоммерческим организациям перед началом такой работы важно тщательно оценить и взвесить свои возможности, изучить ситуацию, более подробно ознакомиться с уже реализуемыми программами «снижения вреда» и принять взвешенное решение, где, каким образом и как можно, в рамках Законодательства РФ, организовать эффективную и адекватную помощь наркопотребителям в целях профилактики распространения ВИЧ-инфекции.



Работа программ по «снижению вреда» всегда подразумевает активный выход на целевую группу наркопотребителей, что фактически означает «работу в поле» (или аутрич-работу), когда сотрудники программы «снижения вреда» сами выходят в места возможного нахождения целевой группы - потребителей инъекционных наркотиков и/или работников секс - бизнеса из числа ПИН.

Работа эта очень тяжелая и сложная, поскольку связана с необходимостью часто выезжать на «точки»⁹⁵ в любую погоду, в любое (в т.ч. и ночное) время, входить в контакт с людьми, зачастую втянутыми в криминальную деятельность, и при этом оказывать поддержку и помощь наиболее дискриминируемым и стигматизированным группам населения.

В связи с этим обязательным условием реализации программ «снижения вреда» является специальная профессиональная подготовка, а также супервизорская и психологическая поддержка людей, которые её осуществляют (аутрич - работников).

Глава 2.4.4

Группы поддержки и взаимопомощи⁹⁶

Службы групповой поддержки давно зарекомендовали себя как эффективный способ оказания психологической и эмоциональной поддержки людям, живущим с ВИЧ.

Государство сегодня испытывает определённые трудности в организации и предоставлении всесторонней помощи людям, живущим с ВИЧ, и группы взаимопомощи и поддержки берут на себя часть функций по предоставлению такой помощи.

Основа деятельности группы поддержки и группы взаимопомощи - личный практический опыт участников. Группы помогают ВИЧ - положительным людям и их близким избавиться от чувства изоляции, одиночества и непонимания окружающих. Они дают возможность участникам более объективно оценить свою жизненную ситуацию и найти из неё выход, получить практическую помощь и эмоциональную поддержку.

У каждого вида групп свои особенности и правила.

В психотерапевтических группах (**«группы поддержки»**) ВИЧ - положительные участники или их родственники под руководством психолога работают над конкретной психологической проблемой и приобретают необходимые им жизненные навыки.

Задача **«группы взаимопомощи»** - предоставить каждому участнику возможность свободно высказаться, поделиться своим опытом и найти ответ на интересующие и волнующие вопросы. Обычно группы взаимопомощи имеют ведущего из числа участников.

Группы взаимопомощи, как правило, объединяют людей различных взглядов, убеждений и поведения. Важно, чтобы все участники группы принимали друг друга такими, как они есть, без осуждения и предвзятости, и помнили, что на встречах группы

⁹⁵ «Точка» (в данном контексте) - место сбора ПИН или КСР с целью приобретения наркотиков или предоставления секс - услуг.

⁹⁶Источники: Н. Недзельский «Проблемы проще решать сообща» www.aids.ru, «ВИЧ – инфекция и СПИД». Справочник, М., 2001, «Знание».

все равны, независимо от возраста, социального положения и других факторов. Без этого доверительный разговор в разнородной по составу группе не получится.



Главным условием деятельности любой группы является конфиденциальность. Уверенность в неразглашении той информации, которой делится человек, создаёт доверительную атмосферу среди участников группы.

Группы поддержки или группы взаимопомощи могут быть различны не только по составу участников, но и целям, задачам, принятым правилам. Некоторые группы открыты для всех и занимаются в основном взаимной поддержкой и организацией досуга своих участников. Другие имеют постоянный состав и ставят перед собой задачи самопознания и личностного роста. Третьи, помимо взаимопомощи, организуют службы поддержки для людей, затронутых эпидемией, и профилактические программы среди уязвимых групп или населения в целом. Одни группы остаются неформальными, встречаясь на дому или в помещении дружественной организации. Другие регистрируются как общественные объединения и постепенно становятся СПИД - сервисными организациями.

Развитие движения поддержки и взаимопомощи ЛЖВ важно, как для самих людей, затронутых эпидемией, так и для общества в целом. Получая поддержку, помощь и знания, люди с ВИЧ могут играть более активную роль в повышении качества своей жизни, влиять на разрешение своих внутренних проблем, улучшать отношения с близкими, специалистами по уходу и окружением.

Самим своим существованием движение самопомощи помогает всем, кто занимается борьбой с ВИЧ-инфекцией, увидеть цель и методы борьбы с эпидемией через призму конкретной человеческой жизни, и тем самым позволяет строить более эффективные программы помощи.



История развития в России групп взаимопомощи людей с ВИЧ началась летом 1994 года, когда в одной из московских квартир прошла первая встреча группы "Позитив".

Увеличение числа случаев ВИЧ-инфекции, расширение возрастного, социального, географического распространения ВИЧ-инфекции в России постепенно привели к росту активности самих ВИЧ – положительных людей. За годы эпидемии возникли десятки групп во многих городах России, от Калининграда до Владивостока.

В России одним из главных результатов движения самопомощи людей, затронутых эпидемией ВИЧ, стало создание Российской сети людей, живущих с ВИЧ. Подобно другим национальным и международным сетям, Российская сеть ЛЖВ была создана для того, чтобы голос людей с ВИЧ был услышан. Это важно, во-первых, чтобы общество узнало о нуждах и потребностях ВИЧ - положительных, а во-вторых, чтобы опыт и знания сообщества людей с ВИЧ помогли другим защититься от эпидемии.

Раздел 2.5

Некоторые вопросы организации работы негосударственных и общественных служб помощи людям, живущим с ВИЧ

Глава 2.5.1

Структура и политика работы негосударственных и общественных служб помощи

Структура негосударственных и общественных служб помощи ЛЖВ в некоммерческих организациях определяется целями, задачами и требованиями проекта/программы, в рамках которых ЛЖВ предоставляются помощь, уход и поддержка, а также ресурсами и возможностями самой организации.



В некоторых случаях негосударственные и общественные службы помощи ЛЖВ могут базироваться на уже существующих подразделениях некоммерческой организации, предоставляющей уход. Так, например, в Российском Красном Кресте для предоставления паллиативного ухода ЛЖВ, находящихся на поздних стадиях заболевания, используются ресурсы патронажной службы сестёр милосердия, которая традиционно осуществляет уход за одинокими больными и престарелыми людьми.

В зависимости от формата и вида предоставляемой помощи структура негосударственной и общественной службы помощи может быть **однокомпонентной** или **многокомпонентной**.

Однокомпонентная служба помощи ЛЖВ, как следует из названия, представлена каким-либо одним видом помощи (например, уходом на дому, или стационарным консультационным пунктом, или группой взаимопомощи, и т.д.).

Многокомпонентная служба помощи ЛЖВ предусматривает предоставление комплекса разнообразных услуг силами различных специалистов (медицинских сестер, психологов, равных консультантов, аутрич - работников, юристов, социальных работников и т.д.).⁹⁷



Основным критерием в определении структуры и организации работы негосударственных и общественных служб помощи является такой подход, который обеспечивает клиентам/подопечным и их ближайшему окружению предоставление эффективной и адекватной помощи и поддержки, а также гарантирует инфекционную, физическую и психологическую безопасность специалистам по уходу и добровольцам, работающим с ЛЖВ.

⁹⁷В приложении 5 в качестве примера дано описание и структура служб помощи ЛЖВ одной из программ, реализуемой Российским Красным Крестом в г. Иркутске, которое может быть полезно для организаций, планирующих оказание помощи ВИЧ - положительным людям.

Начиная работу по организации негосударственных и общественных служб помощи, прежде всего, необходимо сделать следующее:

- чётко определить свою целевую группу;
- определить, какие услуги (перечень услуг) будет предоставлять некоммерческая организация;
- определить место и график (расписание) предоставления услуг;
- определить перечень специалистов, необходимых для предоставления всего спектра услуг, - их количество, квалификацию, круг обязанностей, юридический характер взаимоотношений с организацией (добровольческий, трудовой договор и т.д.);
- провести необходимое обучение специалистов (включая тренинг по физической, инфекционной безопасности, хранению и использованию персональных данных клиентов/подопечных и т.д.);
- разработать учётно-отчётные формы и понятную всем специалистам систему контроля, мониторинга и оценки деятельности специалистов по уходу;
- разработать систему физической и психологической защиты клиентов/подопечных и специалистов, а также систему инфекционного контроля;
- получить поддержку от органов власти и правительственных учреждений (городской, районной, областной администрации, отдела здравоохранения, профессиональных медицинских организаций и учреждений и т.д.);
- установить (в случае необходимости) и поддерживать адекватные отношения с полицией (через подписание соглашения о сотрудничестве или в рамках устных договоренностей) – как правило, когда руководство полицией и, особенно, рядовые полицейские понимают цель деятельности некоммерческой организации и её подходы по предоставлению помощи и поддержки ЛЖВ (включая ПИН), это приводит к уменьшению числа возникающих проблем и конфликтов;
- сформировать профессиональный альянс с другими медицинскими и социальными службами, неправительственными организациями для создания действенной системы перенаправлений;
- разработать систему привлечения клиентов/подопечных в программы помощи (информирование, реклама услуг и т.д.);
- разработать систему складирования, учета, хранения и выдачи предметов материальной помощи (продуктов питания, средств гигиены, презервативов, инъекционного инструментария и др.);
- разработать правила работы с клиентами/подопечными: клиенты/подопечные должны знать, на что они имеют право, и какое поведение считается неприемлемым, и может привести к отказу в оказании помощи.

Политика организации по предоставлению помощи, ухода и поддержки ЛЖВ

Каждой некоммерческой организации следует выработать четкую и ясную **политику** по предоставлению ухода и поддержки ЛЖВ, **главным направлением которой должны стать сохранение и улучшение качества жизни клиентов/подопечных, а также обеспечение безопасности клиентов/подопечных и специалистов, предоставляющих уход и поддержку.**⁹⁸ Любая деятельность организации по предоставлению ухода и поддержки должна полностью соответствовать принятой политике.



Вся политика по предоставлению помощи, ухода и поддержки ЛЖВ должна основываться на принципах гуманности, беспристрастности и соответствовать общей миссии и стратегии организации.

Если существующие подходы и структура оказания помощи в некоммерческой организации не позволяют обеспечить реализацию положений принятой политики, следует изменить подходы и структуру таким образом, чтобы главные цели ухода и поддержки, ориентированные на удовлетворение потребностей клиентов/подопечных, были максимально достигнуты при рациональном использовании ресурсов организации (кадровых, финансовых, материальных).

Один из способов проверить, позволяет ли действующая политика и принятые правила работы с ЛЖВ эффективно реагировать на потребности клиентов/подопечных, - провести (с привлечением целевой группы) анализ существующей ситуации через широкое обсуждение следующих вопросов:

- Обеспечивает ли политика организации, её правила и ожидания специалистов доступ к адекватному и эффективному уходу и поддержке тех, для кого организация работает?
- Каким образом политика организации способствует получению целевой группой (включая ПИН) адекватной и эффективной помощи и поддержки?
- Обеспечивают ли существующие правила и структура служб помощи и поддержки ЛЖВ удобство и доступность для клиентов/подопечных, или структура оказания помощи целевым группам в большей степени ориентирована на удобство и приемлемость для специалистов и/или администрации организации?
- Ориентированы ли предоставляемые услуги, их формат и график предоставления на потребности целевой группы?
- Не способствует ли структура и формат предоставляемой помощи и поддержки социальному недопониманию и развитию предубеждений со стороны специалистов организации по отношению к своим клиентам/подопечным?

⁹⁸Под специалистами в контексте данного документа подразумеваются как штатные сотрудники, так и добровольцы некоммерческой организации, которые вовлечены в процесс

- В какой степени клиенты/подопечные вовлечены в процесс принятия решений по организации им помощи и поддержки? Или все решения принимаются исключительно специалистами организации?
- Могут ли возникнуть у организации при осуществлении деятельности по предоставлению помощи и поддержки ЛЖВ (включая ПИН) проблемы с действующим законодательством, и как этого не допустить?
- Гарантирует ли структура организации помощи и поддержки ЛЖВ безопасность (физическую, психологическую, инфекционную) клиентам/подопечным и специалистам организации?
- Гарантирует ли подготовка специалистов и их личные возможности (профессиональные, психологические, моральные и иные) качество и безопасность предоставляемых услуг?
- Гарантирует ли политика организации соблюдение принципа конфиденциальности в отношении всех клиентов/подопечных на всех уровнях оказания помощи?
- Строится ли система оказания помощи клиентам/подопечным на основе широкого партнёрского взаимодействия организации с другими организациями, учреждениями и службами, предоставляющими услуги ЛЖВ?
- Кто является главными партнёрами организации в вопросах оказания помощи и поддержки ЛЖВ, и каким образом строится взаимодействие с ними?

Данный анализ позволит сформировать более гибкую политику, способствующую повышению эффективности работы организации в области ухода и поддержки, и определит план дальнейших действий.



При организации работы негосударственных служб помощи людям, живущим с ВИЧ, всегда следует помнить, что ориентация на проблемы клиента/подопечного является основой эффективной работы. Клиент/подопечный, его запросы и проблемы должны быть в центре всей деятельности по предоставлению помощи, ухода и поддержки.

Глава 2.5.2

Организация рабочих мест в негосударственных и общественных службах помощи ЛЖВ

При организации рабочих мест и обеспечении их необходимым оборудованием следует ориентироваться на характер выполняемой специалистами по уходу работы и руководствоваться соображениями безопасности и удобства, как для клиентов/подопечных, так и для персонала.

Необходимо помнить, что рабочие места должны обеспечивать не только удобство и безопасность, но и **соблюдение конфиденциальности** по отношению к

оказания помощи и поддержки ЛЖВ, в соответствии со своими обязанностями и возможностями.

клиентам/подопечным. Для работы с ЛЖВ должны быть выделены отдельные (не проходные) помещения, по-возможности, с отдельным входом. При этом для первичного приема (когда происходит первое знакомство клиента/подопечного с организацией) и для оказания различных услуг (консультирование, обучение и т.д.) желательно использовать разные помещения.⁹⁹

Все специалисты, по-возможности, должны быть обеспечены рабочими столами и необходимыми канцелярскими принадлежностями, а также доступом к компьютерной и другой оргтехнике. Даже в том случае, если специалист по уходу в силу своих должностных обязанностей выполняет только патронажные визиты на дом или аутрич - выезды, и большую часть рабочего времени проводит вне стен службы помощи (в «поле»), необходимо позаботиться о том, чтобы он всё-таки имел возможность пользоваться в офисе или в помещениях службы помощи рабочим столом, компьютером и другой оргтехникой (например, для подготовки отчётов и иных документов и т.д.). Также следует создать всем специалистам условия для пользования Интернетом в целях повышения своей информированности и для обеспечения участия в работе профессиональных сетей.

Глава 2.5.3

Требования к специалистам по уходу негосударственных и общественных служб помощи при работе с ЛЖВ и их обязанности

Общим обязательным требованием к специалистам по уходу является **открытость и гибкость, способность проявлять толерантность и терпение** к клиентам/подопечным, живущим с ВИЧ, и/или потребителям наркотиков.

Обязанности специалистов по уходу, работающих с ЛЖВ в негосударственных и общественных службах помощи, определяются руководителями некоммерческой организации или её подразделения, в соответствии с той деятельностью по оказанию помощи и поддержки людям, живущим с ВИЧ, которую осуществляет данная организация, и могут отличаться в разных территориях и организациях, реализующих программы в области противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции.

В обязанности специалиста по уходу могут быть включены следующие пункты:

- выявление явных и скрытых медицинских, психологических и социальных проблем у ВИЧ-положительных клиентов/подопечных и их близких для организации своевременной и адекватной помощи;
- консультирование в рамках своих компетенций при выявлении проблем, предоставление полной и достоверной информации о ВИЧ-инфекции, мерах её профилактики, жизни с ВИЧ и способах поддержания здоровья и качества жизни при ВИЧ-инфекции;

⁹⁹В приложении 6 содержится пример организации комплексной работы на базе информационно-консультационного центра «Ступени», действующим на базе Иркутского регионального отделения Российского Красного Креста.

- предоставление полной и достоверной информации о существующем комплексе услуг, видах помощи, условиях её получения;
- формирование и контроль приверженности к антиретровирусной терапии у клиента/подопечного и его окружения;
- оказание непосредственной помощи в уходе и обучение навыкам ухода ближайшего окружения клиента/подопечного, а также обучение клиента/подопечного приемам самопомощи;
- выявление внутренних ресурсов клиента/подопечного и его близких, развитие навыков самопомощи;
- подключение к оказанию помощи других специалистов - перенаправление в случае необходимости к доверенным врачам, в партнерские организации, осуществляющие соответствующие виды помощи.



Например, профессиональные требования к специалистам по уходу, работающим в системе Красного Креста, их обязанности и права определяются основополагающими принципами Международного Движения Красного Креста, миссией и стратегией организации в области охраны здоровья, внутренними документами, регулирующими работу патронажной службы сестёр милосердия, а также целями и задачами программы, в рамках которой специалист по уходу осуществляет свою деятельность.

Для осуществления эффективного и адекватного ухода специалист должен:

- иметь твёрдые и уверенные знания о ВИЧ-инфекции, о путях её передачи и мерах профилактики, основах антиретровирусной терапии, о вторичных и сопутствующих заболеваниях при ВИЧ-инфекции, об основных правовых аспектах, связанных с ВИЧ-инфекцией и т.д.;
- иметь уверенные знания и навыки по соблюдению универсальных мер безопасности и инфекционного контроля;
- соблюдать меры личной безопасности при работе с клиентами/подопечными;
- владеть навыками консультирования;
- владеть практическими навыками ухода за клиентами/подопечными, находящимися на поздних стадиях заболевания и нуждающимися в постороннем уходе;
- владеть информацией о существующих службах и видах помощи для ЛЖВ и членов их семей, и об организациях, их предоставляющих;
- владеть коммуникативными навыками для эффективного общения и создания доверительных отношений с клиентами/подопечными и членами их семей, выстраивания партнёрского взаимодействия в целях наиболее полного удовлетворения потребностей клиентов/подопечных;
- проявлять вежливость, уважение, терпение и толерантность по отношению к клиентам/подопечным;

- демонстрировать при любых обстоятельствах безусловное и безоценочное принятие клиентов/подопечных и уважение к их праву самостоятельно принимать решения относительно своего здоровья и жизни;
- проявлять ответственное отношение к работе.

При осуществлении своей деятельности каждый специалист по уходу наделяется определёнными правами:

- специалист по уходу должен быть обеспечен необходимыми для работы учётно-отчётными формами, канцелярскими принадлежностями, инвентарём (для проведения мероприятий по уходу за клиентом/подопечным на дому), а также средствами индивидуальной защиты;
- специалист по уходу вправе отказаться от личного контакта или визита на дом к клиенту/подопечному в случае отсутствия гарантии безопасности при работе с ним (агрессивная окружающая среда или неадекватное поведение клиента/подопечного, отсутствие средств индивидуальной защиты и др.);
- в пределах своей компетенции специалист по уходу имеет право самостоятельно принимать решения о применении экстренных и плановых мер для улучшения состояния клиента/подопечного (вызов врача, перенаправление к специалистам, сопровождение в учреждения для получения помощи и т.п.); при этом следует помнить, что все подобные действия специалист по уходу осуществляет исключительно с информированного согласия самого клиента/подопечного и/или его близких;
- специалист по уходу имеет право на повышение своей квалификации и профессиональных навыков в сфере оказания помощи ЛЖВ и их ближайшему окружению;
- специалист по уходу имеет право на доступ ко всем информационным и методическим ресурсам организации в области ВИЧ-инфекции и профессионального ухода.

Глава 2.5.4

Некоторые требования к набору и обучению специалистов по уходу негосударственных и общественных служб помощи ЛЖВ

Набор сотрудников и добровольцев в негосударственные и общественные службы помощи ЛЖВ должен проводиться открыто, на конкурсной основе, желательно, с участием представителей целевых групп.



При отборе сотрудников и добровольцев в негосударственные и общественные службы помощи необходимо обращать особое внимание на степень толерантности соискателя работы в отношении людей, живущих с ВИЧ, и людей, употребляющих наркотики, и на его психологическую готовность работать с данными целевыми группами.

Форма трудовых взаимоотношений, режим работы и обязанности сотрудников и добровольцев определяются в каждом конкретном случае администрацией некоммерческой организации, предоставляющей уход.

Для обеспечения надлежащего качества предоставляемых услуг специалисты по уходу должны:

- знать особенности ВИЧ-инфекции, сопутствующих заболеваний и состояний;
- владеть современными знаниями и навыками по оказанию помощи, поддержке и уходу при ВИЧ-инфекции клиентам/подопечным на любой стадии заболевания;
- уметь решать сложные задачи эффективного взаимодействия с клиентами/подопечными, членами их семей, а также со специалистами здравоохранения, социальной защиты и других государственных и неправительственных организаций;
- быть готовыми грамотно и чётко действовать в трудных ситуациях.



Подготовка специалистов по вопросам ВИЧ-инфекции и обучение практическим навыкам ухода позволит им предоставлять ЛЖВ адекватные услуги надлежащего качества и в необходимом объёме, а также поможет развить уверенность в своих силах.

Программы обучения сотрудников и добровольцев некоммерческой организации, предоставляющей уход, должны включать основные вопросы ВИЧ-инфекции (эпидемиология, профилактика, лечение, формирование приверженности к лечению и т.д.), вопросы консультирования, социального сопровождения, особенности работы с потребителями наркотиков, навыки ухода за тяжелобольными, а также вопросы конфиденциальности и безопасности. Специалистов по уходу также необходимо обучать специфическим навыкам по разрешению конфликтных ситуаций, по предотвращению и управлению ситуациями насилия, базисным приемам самообороны.

Для обеспечения подготовки специалистов по уходу некоммерческой организации целесообразно разработать серию тренингов и сделать процесс обучения практически **перманентным**. Это поможет не только повысить квалификацию специалистов по уходу и поддерживать её на должном уровне, но и будет способствовать развитию профессиональных компетенций (через обмен опытом и возможность получения консультаций экспертов).

Не следует забывать и о том, что обучение также играет немаловажную роль в профилактике синдрома эмоционального выгорания, который довольно распространён среди специалистов по уходу.

Обучение сотрудников и добровольцев некоммерческой организации, предоставляющей уход, должно проводиться постоянно и регулярно.

Первое обучение (включая ознакомление с политикой организации в области предоставления ухода и поддержки ЛЖВ) необходимо провести при поступлении специалиста по уходу на работу.



Для подготовки сотрудников и добровольцев некоммерческих организаций по вопросам ухода и поддержки можно использовать уже разработанные программы обучения¹⁰⁰, внося в них необходимые корректировки, или подготовить собственные программы обучения, в соответствии с конкретными потребностями и изначальным уровнем подготовки специалистов по уходу.

В дальнейшем обучение специалистов и их тестирование (по разным темам, в зависимости от ситуации и/или потребностей целевых групп) рекомендуется проводить **не реже двух раз в год**. Также, не реже двух раз в год, необходимо проводить инструктирование всех специалистов по уходу (даже работающих длительное время и имеющих большой опыт) по вопросам безопасности работы и соблюдения конфиденциальности.

Глава 2.5.5

Некоторые особенности организации работы с ВИЧ - положительными потребителями наркотиков

При организации работы служб помощи для ВИЧ – положительных ПИН следует принимать во внимание дополнительные факторы, которые характерны для данной целевой группы:

- Небольшое число ПИН готовы отказаться от ПАВ, большая часть ПИН могут продолжать употреблять нелегальные наркотики.
- У ПИН часто имеются сопутствующие заболевания, в частности психические, такие как депрессия, алкогольная зависимость.
- Часто у ПИН встречается вирусные гепатиты В и С (ВГС), а также туберкулёз.
- Лекарственные взаимодействия при лечении ПИН бывают более сложными; например, АРВ-препараты могут взаимодействовать с наркотиком или потребляемыми химическими веществами.
- Из-за бездомности или по другим причинам контакт с ПИН может быть крайне затруднен.
- У ПИН труднее (но не невозможно!) добиться высокого уровня приверженности терапии, особенно, если они уже получают лечение от туберкулёза или гепатита С.
- Побочные эффекты терапии гепатита могут дестабилизировать положительный ответ клиентов/подопечных на лечение антиретровирусными препаратами.

¹⁰⁰Ряд СПИД - сервисных организаций России и других стран имеют разработанные и апробированные программы обучения по вопросам ВИЧ-инфекции и другим темам. Пример одной из таких программ, разработанной Ресурсным Центром РКК, приведён в приложении 7.

В связи с труднодоступностью целевой группы специалисты по уходу должны использовать в работе с ПИН отличные от общих подходы, а именно - основанные на активном привлечении в программы помощи нуждающихся клиентов/подопечных через аутрич-работу, на использовании для мотивации на обращение за помощью специалистов по уходу из числа равных консультантов, на продвижении такого прагматичного подхода как «снижение вреда» от употребления наркотиков.

При организации работы негосударственных и общественных служб помощи формата «снижения вреда» предусматриваются три возможных направления деятельности, которые могут реализовываться как совместно, так и по отдельности:

- организация работы стационарного консультационного пункта (далее – СКП);
- организация работы мобильного консультационного пункта (далее – МКП);
- организация так называемого «пешего аутрича», т.е. непосредственного выхода специалистов в среду ПИН для предоставления информации, мотивации к обращению в службы помощи, установления доверительных отношений.

Если программа помощи предусматривает открытие для ПИН стационарного консультационного пункта (СКП), необходимо, учесть следующее:

- СКП должен быть оборудован отдельным входом, системой срочного вызова помощи («тревожная кнопка») и не располагаться территориально вблизи детских учреждений, игровых площадок, внутри жилых домов и т.п.;
- в комнатах и других подходящих местах СКП должны находиться специальные контейнеры или иное оборудование для утилизации использованных игл и шприцев;
- в организации, предоставляющей уход и поддержку ПИН, должна быть разработана система и внедрён в практику алгоритм сбора, обработки и окончательной утилизации использованных шприцев и игл;
- в СКП должны быть вывешены на видном месте правила безопасного приема (сбора) использованного инъекционного инструментария и действий при «аварийной ситуации» (ситуации контакта с чужой кровью или случайного прокола иглой);
- все специалисты по уходу должны быть обучены правилам действий при аварийных ситуациях, а также владеть приёмами оказания первой помощи, в том числе и при передозировке наркотиков;
- необходимо иметь в свободном доступе достаточное количество информационных материалов разного формата (чтобы клиент /подопечный мог выбрать наиболее подходящий ему формат) по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции, жизни с ВИЧ, помощи при передозировке, реабилитации и т.п.;
- администрации негосударственной организации/служб помощи необходимо удостовериться, что специалисты по уходу хорошо понимают и поддерживают принципы «снижения вреда», обладают навыками для их применения (для этого необходимо провести предварительное обучение);

- при организации перенаправления клиента/подопечного за получением помощи необходимо убедиться, что специалист другой организации, куда направляется клиент/подопечный, разделяет принципы «снижения вреда» и толерантен по отношению к ПИН;
- категорически не разрешать клиентам/подопечным в СКП торговлю, распространение и употребление любых ПАВ.



В СКП и других помещениях негосударственных служб помощи необходимо строго придерживаться политики «без наркотиков», ориентируясь при этом на принципы «снижения вреда». Опыт показывает, что почти все потребители наркотиков с уважением относятся к такому подходу, если он чётко и последовательно реализуется.

Вопрос употребления наркотиков, как внутри помещений негосударственных и общественных служб помощи, так и возле них, весьма актуален. Следует понимать, что клиентами СКП являются активные потребители наркотиков - получив чистый шприц, они могут использовать различные помещения службы помощи (например, туалеты, коридоры, лестничные клетки) для немедленного введения наркотика, или сделать это прямо у входа в здание.

Все клиенты/подопечные, пользующиеся услугами СКП, должны знать и ясно понимать, что в случае неприемлемого с их стороны поведения, включая употребление наркотиков в СКП или других помещениях служб помощи, им может быть отказано в предоставлении услуг. Однако они всегда могут получить услуги в полном объёме, если будут соблюдать установленные правила.



Какое поведение считать приемлемым, а какое - нет, решают сами специалисты и администрация некоммерческой организации, предоставляющей уход и поддержку.

Как правило, к неприемлемому поведению относят употребление наркотиков в помещениях служб помощи или около них, агрессивное поведение, угрожающее жизни и здоровью окружающих, поведение, унижающее человеческое достоинство (нецензурная брань, оскорбления, угрозы и т.п.), систематические кражи.

Правила поведения в СКП должны включать категорический запрет на подобные действия. Чаще всего этих ограничений вполне достаточно, и более жесткие правила не требуются, и даже не желательны для сохранения принципа низкого порога помощи.

На практике проблемы с поведением клиентов/подопечных встречаются относительно редко, а если и возникают, то зачастую с ними можно справиться на месте. Благополучному разрешению конфликтов способствует подготовка специалистов по уходу по действиям в конфликтных ситуациях.

Когда клиенты/подопечные чувствуют, что специалисты по уходу знают об их зависимости и их потребностях, когда они уверены, что болевой синдром будет облегчен, и что никто не будет требовать от них немедленного прекращения употребления наркотиков и т.д., количество конфликтов уменьшается.

Конфликты могут возникнуть в связи с криминальным поведением клиентов/подопечных, например, в случае кражи денег для покупки наркотиков. Специалистам следует понимать, что реакцией на подобное поведение клиента/подопечного должно быть не исключение его из программы помощи, а попытка исправить ситуацию. При решении таких проблем от специалистов по уходу требуется гибкость и творческий подход.

Специалистам по уходу также необходимо позаботиться о создании условий, максимально исключающих возможность краж.

При работе с клиентами/подопечными не следует носить дорогие украшения, оставлять на видном месте мобильные телефоны, сумки, кошельки и другие ценные вещи (меховую, кожаную одежду и т.д.). Также следует убедиться, что всё оборудование в помещениях служб помощи (картины, телевизор, музыкальный центр, телефонный аппарат и т.д.) надёжно закреплено.

Серьёзной проблемой может стать агрессивное поведение, особенно если клиент/подопечный употребляет различные стимуляторы или если у него имеются серьёзные психические расстройства. Специалисты по уходу должны понимать, что конфронтация с таким клиентом/подопечным может вызвать или усилить агрессию.



Специалисты по уходу обязательно должны быть обучены и проинструктированы, как вести себя в опасных ситуациях агрессии со стороны клиента/подопечного, как разрешать конфликты и защищать себя.

Глава 2.5.6

Некоторые особенности организации работы по уходу за ЛЖВ на дому

Организация работы специалистов по уходу на дому за клиентами/подопечными, находящимися на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, должна полностью обеспечивать предоставление им всего перечня услуг в должном объёме и надлежащего качества, которые направлены на наиболее полное удовлетворение потребностей клиентов/подопечных в соответствии со спецификой заболевания и состояния здоровья на данный момент.

Перечень услуг, предоставляемых специалистом по уходу за ЛЖВ, может содержать следующие позиции:

- консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции, АРВ-терапии, лечения вирусных гепатитов В и С, туберкулёза, профилактики сопутствующих и/или оппортунистических заболеваний и их осложнений, профилактики передачи ВИЧ, в том числе от матери ребёнку и т.д.;
- осуществление контроля приёма назначенных врачом препаратов в соответствии с листом назначений;
- формирование приверженности к антиретровирусной терапии у клиентов/подопечных и их близких (выработка навыков соблюдения режима

приёма препаратов, соблюдения рекомендованной диеты, оказания помощи при возникновении побочных эффектов, соблюдения сроков врачебного и лабораторного контроля и т.п.);

- перенаправление к другим специалистам (в случае выявления психологических, социальных, медицинских и иных проблем, требующих вмешательства других специалистов некоммерческой организации, предоставляющей уход, или специалистов других организаций, как государственных, так и неправительственных);
- отслеживание физического состояния здоровья клиента/подопечного: измерение температуры тела, артериального давления и (если требуется) веса и других антропометрических показателей, и принятие адекватных мер помощи в случае необходимости;
- уход за клиентом/подопечным, находящимся на постельном режиме: гигиенические процедуры, кормление, смена одежды, постельного белья, профилактическая обработка кожных покровов и обработка пролежней, массаж, лечебная гимнастика и т.д.;
- выполнение медицинских манипуляций по назначению врача (в случае, если специалист по уходу имеет допуск к проведению такого рода работы);
- обучение приёмам ухода за клиентом/подопечным его ближайшего окружения;
- предоставление необходимой информации клиентам/подопечным и их ближайшему окружению по вопросам ВИЧ-инфекции (беседы, консультации, информационные материалы, информационные источники в Интернете и т.д.);
- сопровождение клиентов/подопечных в медицинские и иные учреждения для получения консультаций других специалистов, физикального и лабораторного обследования, назначения специфического лечения, обеспечения прав и льгот, и т.д.

Определение рабочей нагрузки специалистов, осуществляющих уход на дому

Для специалистов негосударственных и общественных служб помощи, осуществляющих уход на дому за людьми, живущими с ВИЧ, нормирование объёма работы (рабочей нагрузки) определяется руководителем организации, предоставляющей услуги по уходу, или руководителем её соответствующего подразделения индивидуально (и в соответствии с трудовым или гражданским законодательством), в зависимости:

- от тяжести состояния клиентов/подопечных;
- от уровня самостоятельности клиентов/подопечных;
- от индивидуальных возможностей и ресурсов специалиста по уходу;
- от возможностей ближайшего окружения клиентов/подопечных;
- от некоторых других факторов.



Например, при планировании нагрузки на конкретного специалиста по уходу необходимо учитывать его персональные возможности и ресурсы (физические, психологические и иные), уровень подготовки специалиста по уходу, имеющийся у него опыт, а также особенности транспортной схемы при обслуживании клиентов/подопечных, проживающих в разных районах населенного пункта, и т.д.

Практика работы патронажной службы сестёр милосердия Красного Креста показывает, что при определении средней нагрузки на одного специалиста по уходу за ВИЧ - положительными клиентами/подопечными можно ориентироваться на следующие рекомендации:

- специалисту по уходу устанавливается **шестидневная 36-часовая рабочая неделя** по свободному графику работы, ориентированному на специфические потребности клиентов/подопечных;
- пять рабочих дней в неделю отводится для визитов на дом к клиентам/подопечным, один день в неделю является «офисным», и должен быть посвящён вопросам повышения квалификации, подготовке отчётов, заполнению документации, участию в консилиумах по обсуждению ведения сложных клиентов/подопечных с другими специалистами, проведению встреч с партнёрами, согласованию графика работы и т.п.;
- каждый специалист по уходу должен осуществить **не менее 44-х и не более 110-ти визитов в месяц**; в среднем оптимальное общее число визитов, осуществленных одним специалистом по уходу в месяц, составляет 75¹⁰¹ (в зависимости от числа клиентов/подопечных, находящихся на одновременном обслуживании одного специалиста по уходу);
- один специалист по уходу может наблюдать и обслуживать 7 - 10 клиентов/подопечных с лёгкой или средней тяжестью течения заболевания и с сохранёнными функциями самообслуживания, или 4 - 6 клиентов/подопечных с тяжёлым течением заболевания, с ограниченными функциями самообслуживания или при их отсутствии;
- продолжительность одного визита не может составлять менее 40 минут¹⁰² и не должна быть более 2-х часов (без учёта времени в пути);
- в течение рабочего дня специалистом по уходу должно быть осуществлено не менее 2-х, но не более 5-ти¹⁰³ эффективных визитов¹⁰⁴;

¹⁰¹Эту нагрузку руководитель некоммерческой организации (или подразделения) устанавливает для каждого специалиста индивидуально.

¹⁰² Время, необходимое для осуществления минимального объёма мероприятий по уходу.

¹⁰³ Практика показывает, что для осуществления эффективного ухода необходимы определённые временные затраты, которые не позволяют делать более 5-ти визитов в день без ущерба качеству проводимой специалистом по уходу работы.

¹⁰⁴ Эффективный визит – это визит, во время которого специалисту по уходу удалось посетить клиента/подопечного на дому и провести необходимые мероприятия по уходу.

- визиты к клиентам/подопечным должны носить регулярный характер; регулярность (частота) визитов определяется в зависимости от состояния клиента/подопечного и осуществляется на основании плана - графика посещений, который составляется для каждого специалиста по уходу в конце текущего месяца на следующий месяц и должен корректироваться по мере необходимости;
- специалист по уходу должен посещать каждого клиента/подопечного в соответствии с индивидуальным планом ухода, но **не реже одного раза в неделю**; некоторые клиенты/подопечные могут нуждаться в ежедневном посещении их специалистом по уходу.

Глава 2.5.7

Документальное сопровождение процесса предоставления помощи, ухода и поддержки людям, живущим с ВИЧ, в негосударственных и общественных службах помощи

Качество работы специалиста по уходу некоммерческой организации оценивается на основании информации, содержащейся в учётно-отчётных формах, результатов супервизий, отзывов клиентов/подопечных и их ближайшего окружения, и, безусловно, анализа количественных и качественных показателей работы, которые определены планом мониторинга и оценки¹⁰⁵.

Для фиксирования процессов оказания помощи, сбора данных и проведения мониторинга и оценки результатов работы служб помощи, некоммерческой организацией должны быть разработаны и внедрены **отчётно-учётные формы** и другие документы, позволяющие отслеживать весь процесс оказания помощи, частоту, ассортимент, характер и «географию» оказываемых клиентам/подопечным услуг, их удовлетворенность услугами и влияние этих услуг на качество жизни клиентов/подопечных, а также документы, обеспечивающие конфиденциальность и защиту прав клиентов/подопечных.

Ниже приведены некоторые примеры документального сопровождения процесса предоставления помощи, ухода и поддержки людям, живущим с ВИЧ, в рамках деятельности некоммерческой организации:

Неэффективный визит - это неосуществленная в силу разных причин попытка специалиста по уходу посещения клиента/подопечного (например, закрытая дверь подъезда, никто не открыл дверь в квартиру, клиента/подопечного госпитализировали в стационар и т.п.). Визит в данном случае специалисту не засчитывается, но учитывается время, потраченное на дорогу туда и обратно.

¹⁰⁵ Более подробные рекомендации по учёту, мониторингу и оценке служб помощи ЛЖВ можно получить здесь:

- http://www.redcross-irkutsk.org/ru/pages/Gruppa_tehnicheskoi_podder/Gruppa_tehnicheskoi_podder_inf_metod/Monitoring_i_ocenka_proek/Prakticheskoe_posobie_po_m.html
- <http://www.redcross-irkutsk.org/ru/catalog/group-151/product-11831/info.html>

- **Соглашение/договор с клиентом/подопечным** на предоставление ему услуг помощи ухода и поддержки. В документе прописываются права и обязанности сторон. Неотъемлемой частью договора является индивидуальная программа помощи.
- Документ, подтверждающий **информированное согласие клиента/подопечного** на передачу личной информации третьим лицам.
- **Дневник посещений клиентов/подопечных на дому** с информацией о визитах и подписями, удостоверяющими эффективный визит.
- **Карта клиента/подопечного** (и дополнение к ней – система кодирования клиентов/подопечных). Документ имеет паспортную часть (код клиента/подопечного, дата первого обращения) и часть, которая фиксирует получение клиентом/подопечным услуг (дата получения услуги, вид услуги, сведения о перенаправлении клиента/подопечного в другие учреждения и организации и т.д.). Эта часть карты клиента/подопечного, оформленная в виде таблицы, заполняется специалистом службы помощи, ухода и поддержки при каждом посещении клиента/подопечного, и позволяет быстро отследить информацию о количестве посещений, частоте посещений, оказанных услугах. Карта клиента является одной из основных форм для подготовки статистических месячных и квартальных отчетов.
- **Журнал учёта посещений** клиентами/подопечными служб помощи. Позволяет отследить ежедневную работу специалистов, предоставляющих услуги на базе информационно-консультационных центров, СКП и других негосударственных служб помощи. В документе делается запись о времени визита каждого клиента/подопечного, посетившего службу помощи, указывается повторный или первичный это визит, цель визита, источник информации об организации, предоставляющей услуги, и результат обращения и действий специалистов службы помощи.



В разделе "результат/действие" специалист по уходу должен указать, какие услуги были предоставлены клиенту/подопечному: был ли он сразу же направлен к какому-либо специалисту - психологу, юристу, врачу и т.д., - для получения консультации, или было назначено время визита на другой день, была ли предоставлена общая информация о жизни с ВИЧ, дано направление в Центр СПИД или другое медицинское учреждение, либо клиенту/подопечному было предложено социальное сопровождение и т.д.

- **Индивидуальная программа помощи.** Форма предусматривает описание всех этапов работы с клиентом/подопечным. Позволяет проводить постоянный мониторинг оказанных услуг и их качества, своевременно корректировать вмешательства, анализировать результаты.
- **Заметки специалистов.** Форма должна быть разработана индивидуально для каждого специалиста по уходу, и содержать сведения о проблеме

клиента/подопечного, с которой он обратился к специалисту, и более подробное описание оказанной услуги (какую конкретную помощь оказал специалист по решению заявленной проблемы).

- **Журнал учёта услуг, полученных клиентами/подопечными.** Журнальная форма, позволяющая учесть все услуги, полученные каждым клиентом/подопечным в течение месяца. Заполняется ежемесячно на основании карточек клиентов/подопечных, журнала учёта посещений и заметок специалистов.

Раздел 2.6

Обеспечение безопасности при осуществлении ухода

Глава 2.6.1

Инфекционная безопасность

Такие инфекционные заболевания, как вирусные гепатиты В и С, ВИЧ-инфекция имеют свои особенности развития: длительные инкубационный и бессимптомный периоды, невозможность постановки точного лабораторного диагноза сразу после инфицирования и другие.

Учитывая эти особенности, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует в качестве подхода к профилактике ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С применять так называемую стратегию **«презумпции инфицированности»**.

В соответствии с данной стратегией ВОЗ предлагает **считать всё население условно инфицированным гепатитами В и С и ВИЧ-инфекцией**, и в случае возникновения «аварийных» ситуаций (контакта с кровью любого человека), действовать строго в соответствии с **универсальными мерами предосторожности**.

Весь смысл такого профилактического подхода заключается в том, что универсальные меры предосторожности должны применяться **абсолютно ко всем людям, независимо от того, известен их ВИЧ-статус или нет**. Избирательный подход¹⁰⁶ к профилактике при «аварийных» ситуациях недопустим, т.к. однозначно ведет к повышенному риску инфицирования и дальнейшему распространению ВИЧ.



Риск инфицирования специалистов по уходу и людей, оказывающих уход в домашних условиях, в результате случайных порезов, уколов иглами или попадания крови на слизистые оболочки крайне низкий.

Инфицироваться ВИЧ при осуществлении ухода практически невозможно, но, как и любая другая работа, деятельность по уходу должна выполняться в соответствии с несложными правилами, которые сводят к нулю возможность инфицирования ВИЧ и другими инфекциями специалиста по уходу при выполнении своих профессиональных обязанностей.

Риск инфицирования зависит от вида и степени¹⁰⁷ контакта с инфицированной кровью и/или другими биологическими жидкостями, содержащими видимые примеси крови, стадии ВИЧ-инфекции у клиента/подопечного, показателей вирусной нагрузки у него, но, прежде всего, - от **соблюдения правил техники безопасности при работе с клиентами/подопечными и их биологическими жидкостями**, т.е. соблюдения правил инфекционного контроля.

¹⁰⁶Избирательным подходом в данном случае считается такой подход, при котором меры предосторожности применяются только в отношении людей, чей ВИЧ - положительный статус подтвержден, а по отношению к людям с неустановленным или отрицательным ВИЧ-статусом данные меры не применяются или применяются не в полном объеме

¹⁰⁷В данном случае речь идёт о различных видах контакта (поверхностный контакт с кожей или слизистой, или прокол иглой и т.д.) и степени контакта, включающую в себя время контакта, площадь контакта, количество инфицированной крови, попавшей в организм.

Инфекционный контроль при работе с ВИЧ – положительными клиентами/подопечными включает в себя:

- использование индивидуальных средств защиты;
- соблюдение мер предосторожности при парентеральном введении лекарственных средств;
- проведение дезинфекционных мероприятий;
- соблюдение универсальных мер предосторожности при контакте с кровью и другими жидкостями организма человека («аварийные ситуации»).



Одним и самых эффективных методов профилактики передачи большинства инфекционных заболеваний, в том числе ВИЧ и вирусных гепатитов В и С, является мытьё рук проточной водой с обычным мылом. При работе с клиентом/подопечным следует мыть руки как до, так и после контакта с ним.

Использование индивидуальных средств защиты

К индивидуальным средствам защиты относятся:

- резиновые (латексные) перчатки;
- медицинские халаты и шапочки;
- защитные тканевые (марлевые) маски;
- защитные очки и щитки.

Индивидуальные средства защиты при осуществлении ухода за ВИЧ - положительным клиентом/подопечным должны использоваться только в строго определенных случаях, представленных ниже.

- При выполнении любых **медицинских манипуляций** специалист по уходу должен быть одет в халат, шапочку, одноразовую маску, а при необходимости (опасность разбрызгивания биологических жидкостей клиента/подопечного) - очки или защитные щитки. **Все медицинские манипуляции осуществляются только в резиновых перчатках!**
- Все **мероприятия по гигиеническому уходу** за клиентом/подопечным, при которых возможен контакт с его биологическими жидкостями (подмывание, смена постельного белья, на котором имеются следы биологических жидкостей и т.д.), необходимо проводить в резиновых перчатках.
- Использование перчаток необходимо также в случае, если специалист по уходу во время осмотра и оказания помощи (обработка ран, пролежней и т.д.) должен контактировать с поврежденными кожными покровами клиента/подопечного. В данном случае использование перчаток вызвано не только необходимостью защиты специалиста по уходу от возможного заражения, но также и заботой о клиенте/подопечном. Следует помнить, что ВИЧ - положительные люди крайне подвержены инфицированию, и неаккуратный специалист по уходу при несоблюдении универсальных мер предосторожности, работая без перчаток,

может нанести существенный вред своему клиенту/подопечному, «поделаясь» с ним микрофлорой, находящейся на руках специалиста.

- Специалистам по уходу, у которых есть повреждения или раны на коже, во время работы с клиентами/подопечными необходимо накладывать на поврежденные участки кожи защитные водонепроницаемые повязки (пластыри) и **обязательно надевать резиновые перчатки**.

Одноразовые резиновые перчатки, использованные однажды, повторно не используют. Если применяются перчатки многоразового использования, их необходимо менять, мыть и дезинфицировать после работы с каждым клиентом/подопечным.

После каждого контакта с кровью или другими биологическими жидкостями клиента/подопечного, а также после снятия перчаток необходимо тщательно **вымыть руки с мылом проточной водой**.



При осуществлении ухода совершенно нет необходимости проводить абсолютно все мероприятия в резиновых перчатках.

Если предполагается, что в процессе осуществления ухода за ВИЧ - положительным клиентом/подопечным возможен контакт с его кровью или другими биологическими жидкостями, или у специалиста по уходу на руках имеются какие-либо повреждения кожи, то в этих случаях всегда необходимо работать только в резиновых перчатках!

В остальных случаях (например, при кормлении, беседах, обычном общении и т.п.) использование перчаток нецелесообразно (как избыточное действие) и даже нежелательно, т.к. подобное поведение специалиста по уходу может быть расценено клиентом/подопечным как выражение брезгливости, излишнего опасения и проявления стигмы.

Избыточное использование специалистом по уходу индивидуальных средств защиты может испугать клиента/подопечного и его родственников, посеять неверные представления о путях передачи ВИЧ, усилить стигму по отношению к больному.

Каждый раз, применяя индивидуальные средства защиты, специалист по уходу должен пояснять клиенту/подопечному и его родственникам, что это связано, прежде всего, с необходимостью защиты самого клиента/подопечного и его близких.

Соблюдение мер предосторожности при инъекционном введении лекарственных средств

Инъекционное введение клиенту/подопечному лекарственных средств может осуществляться только по назначению лечащего врача, и только обученным и сертифицированным специалистом по уходу, имеющим на это право.



Специалисту по уходу следует обсудить с лечащим врачом возможность уменьшения количества инъекций для ВИЧ - положительного клиента/подопечного и замены инъекционных препаратов на пероральные¹⁰⁸.

Для проведения инъекций используется только одноразовый инструментарий. **Инструменты, предназначенные для одноразового использования, нельзя использовать повторно.**

Необходимо **правильно утилизировать** инъекционные инструменты с целью предотвращения их повторного использования и случайного прокола иглой.

Иглы и другие острые инструменты после использования необходимо сразу же складывать в специальные контейнеры для игл. Если специальный контейнер отсутствует, можно использовать для отработанных игл жестяную банку из-под напитков или бутылку из толстого прочного пластика с хорошо завинчивающейся пробкой.

Специалисту по уходу, в целях исключения случаев прокола своих кожных покровов использованной инъекционной иглой, **категорически запрещается:**

- складывать иглы в пластиковые пакеты или другую тару, которую легко проколоть иглой;
- изгибать или ломать иглы;
- пытаться одеть колпачки на использованные иглы.

Собранные в контейнеры иглы и шприцы должны быть подвергнуты окончательной утилизации в соответствии с принятыми в организации способами (например, сожжены в муфельных печах, отданы на переработку и т.д.).

Проведение дезинфекционных мероприятий

Поверхность, на которой видны остатки крови или потенциально опасных в плане заражения ВИЧ биологических жидкостей, необходимо вымыть обычными дезинфицирующими средствами (например, раствором «Белизны» из расчета 1 часть «Белизны» на 10 частей воды, или другими дезинфицирующими средствами в соответствии с прилагаемой к средству инструкцией).

Постельное бельё и одежду, загрязнённую кровью, необходимо стирать со стиральным порошком или хозяйственным мылом обычным способом. Если есть необходимость транспортировать загрязнённую кровью постельное бельё и одежду, их необходимо хранить в завязанных пластиковых пакетах.

Жидкие отходы клиента/подопечного, содержащие кровь (моча, кал, рвотные массы), необходимо залить дезинфицирующим раствором, а затем осторожно вылить в канализацию или выгребную яму, ёмкости для сбора отходов промыть и продезинфицировать обычным способом.

¹⁰⁸Препараты, которые употребляются через рот.

Твёрдые отходы со следами крови и других биологических жидкостей, такие, как бинты, пеленки, прокладки и т.д., лучше сжигать. Если такой возможности нет, то их можно выбросить, предварительно обработав дезинфицирующими средствами, и затем поместив в туго завязанный целый пластиковый пакет, в мусорный контейнер или в выгребную яму.

Соблюдение универсальных мер предосторожности при контакте с кровью и другими биологическими жидкостями клиента/подопечного («аварийные ситуации»)

«Аварийными ситуациями» в контексте профилактики заражения ВИЧ, вирусами гепатитов В и С называются ситуации контакта с чужой кровью.

Риск передачи ВИЧ при возникновении «аварийной ситуации» крайне незначительный. Научные исследования показали, что риск заражения ВИЧ-инфекцией даже при проколе кожи иглой или при попадании крови на поврежденную кожу составляет менее одного процента, однако совсем исключить его нельзя (тем более, что риск инфицирования вирусами гепатитов В и С при контакте с кровью значительно выше).



ВИЧ очень нестоек во внешней среде, быстро погибает от воздействия дезинфицирующих средств в обычных концентрациях и высокой температуры. Вирусы гепатитов В и С гораздо более «живучи» и могут сохраняться во внешней среде довольно продолжительное время.

Здоровая кожа представляет собой естественную и надежную защиту от возбудителей инфекций, в том числе и от ВИЧ. Однако на коже могут быть микротравмы, микротрещины, ссадины и т.п., через которые, при определенных обстоятельствах, возможно проникновение возбудителей инфекций, особенно вирусов гепатитов В и С.

Для специалиста по уходу существует некоторая (крайне незначительная) опасность заражения ВИЧ-инфекцией через случайные уколы иглами, порезы кожи инструментами, на которых имеются видимые следы крови или других биологических жидкостей организма клиента/подопечного, попавшие на слизистые оболочки (например, в ротовую полость или глаза), или при длительном контакте с большим количеством крови клиента/подопечного, если на коже специалиста по уходу есть повреждения или воспаления.

Для исключения возможности инфицирования специалиста по уходу в случае возникновения «аварийной ситуации» необходимо предпринимать определённые меры предосторожности.

Меры предосторожности должны быть универсальными и предприниматься при контактах с опасными в плане заражения ВИЧ биологическими жидкостями (кровью, спермой, влагалищными выделениями и др.) любого человека, вне зависимости от того, известен его ВИЧ-статус или нет.



Мероприятия по предупреждению передачи ВИЧ и вирусов гепатитов В и С могут оказывать требуемый профилактический эффект только в течение 72-х часов с момента возникновения «аварийной ситуации».

Эффективность профилактических мероприятий при «аварийных ситуациях» напрямую зависит от количества времени, которое прошло с момента возникновения «аварийной ситуации» и до начала профилактических мероприятий: чем этот промежуток времени короче, тем эффективнее профилактические меры.

Соблюдение простых и доступных универсальных мер предосторожности снижает вероятность инфицирования ВИЧ и вирусами гепатитов В и С при «аварийных» ситуациях практически до нуля и гарантирует высокую степень инфекционной безопасности, как для специалистов по уходу, так и для клиента/подопечного и его ближайшего окружения.

Алгоритм соблюдения универсальных мер предосторожности¹⁰⁹ от инфицирования вирусами гепатитов В и С и ВИЧ при попадании чужой крови на кожные или слизистые покровы направлен на выполнение следующих основных действий:

- максимального сокращения времени контакта с чужой кровью путём немедленного промывания участка кожного покрова, на котором есть следы крови, проточной водой с использованием мыла;
- использования для дезинфекции места контакта с чужой кровью только слабых дезинфицирующих средств (например, 2 - 4% раствор хлоргексидина глюконата);
- в случае попадания крови на слизистую - промывание её проточной водой;
- в случае проникающих ранений (проколы, порезы и т.д.) - промывание раны большим количеством проточной воды и обработка её в соответствии с правилами оказания помощи при ранениях;
- исключения случаев выдавливания крови из ран;
- следование правилу, которое категорически запрещает тереть место контакта;
- исключения случаев использования для обработки ран сильнодействующих средств, таких, как йод и спирт.



В случае получения травмы (порез, прокол кожных покровов) или попадания на слизистые оболочки биологических жидкостей от инфицированных ВИЧ клиентов/подопечных, специалисту по уходу следует в течение первых 12 -ти часов (но не позднее 72-х часов после контакта) обратиться к врачу Центра СПИД или врачу-инфекционисту для решения вопроса о назначении антиретровирусных препаратов для профилактики ВИЧ-инфекции. Необходимый объём АРВ-профилактики определяется степенью риска заражения в каждом конкретном случае.

АРВ-профилактику ВИЧ-инфекции надо начинать как можно раньше (желательно в первые часы после возможного заражения). Если с момента возможного заражения прошло более 72-х часов, химиопрофилактика считается нецелесообразной.

¹⁰⁹ Универсальные меры предосторожности и алгоритм действий в «аварийных ситуациях» представлены в приложении 8.

Глава 2.6.2

Физическая безопасность

Вопросы физической безопасности являются крайне важными для создания благоприятной обстановки при осуществлении ухода и поддержки.

Известны случаи, когда специалисты по уходу негосударственных и общественных служб помощи во время исполнения своих обязанностей подвергались со стороны клиентов/подопечных и их ближайшего окружения различным видам насилия: от оскорбления и угроз до прямого агрессивного действия, включая кражи, грабежи, избиение и даже изнасилование. Агрессия клиента/подопечного также может проявляться и по отношению к другим сотрудникам или клиентам/подопечным, к членам их семей и т.д.

С другой стороны, необходимо предотвратить случаи, когда сами специалисты по уходу, в силу разных обстоятельств, могут проявить агрессию или насилие по отношению к клиентам/подопечным.



Случаи агрессии и насилия бывают крайне редко, но наносимый каждым подобным случаем ущерб всегда значителен, и может иметь серьёзные последствия. Каждый случай насилия должен быть предметом тщательного разбирательства и служебного расследования.

Агрессия со стороны клиентов/подопечных может быть вызвана самими разными причинами, среди которых наиболее часто встречаются следующие:

- **алкогольное и/или наркотическое опьянение** - клиент/подопечный в таком состоянии может проявлять немотивированную агрессию ко всем окружающим, в том числе и к специалисту по уходу;
- **расстройство психики** - насилие или агрессия могут возникнуть из-за того, что у клиента/подопечного нарушены психические функции (например, из-за деменции¹¹⁰ или расстройства сознания), или отмечаются поведенческие расстройства из-за психического заболевания или употребления наркотиков;
- **неудовлетворенность работой специалиста по уходу** - насилие может быть направлено на специалиста по уходу, когда клиент/подопечный не чувствует уважения с его стороны или полагает, что его интересы не удовлетворяются должным образом;
- **наркотическая зависимость** - насилие может быть спровоцировано желанием клиента/подопечного любым путём добыть или выпросить наркотик, или болеутоляющие препараты.

¹¹⁰ Деменция – слабоумие, тяжелые расстройства интеллекта, приводящее человека к потере способности ухаживать за собой.



Организация, предоставляющая услуги по уходу, должна выработать четкую и ясную политику в отношении физической безопасности, как специалистов по уходу, так и клиентов/подопечных, и четко и неукоснительно ей следовать. Разрабатывая политику организации, необходимо учесть рекомендации

опытных экспертов в области физической безопасности.

Политика организации в отношении физической безопасности должна предусматривать некий кодекс поведения (специалистов по уходу по отношению к клиентам/подопечным и клиентов/подопечных по отношению к специалистам), включать правила поведения в кризисных и конфликтных ситуациях, а также предусматривать регулярную подготовку специалистов по уходу по обеспечению собственной безопасности.

Специалистов по уходу необходимо обучать тому, как предотвращать опасные ситуации и как реагировать на них.

Все специалисты по уходу и администрация организации должны понимать важность знаний и навыков по разрешению потенциально опасных ситуаций. Тренинги по физической безопасности должны быть обязательными для всех сотрудников и могут включать следующие темы:

- информация о формах насильственного и агрессивного поведения, которое может быть вызвано нарушением психических функций у клиента/подопечного;
- информация о способах реагирования на агрессивное поведение клиента/подопечного или членов его семьи;
- анализ личных чувств или типов поведения¹¹¹ специалистов по уходу;
- методы осознания и управления личными чувствами и поведением;
- обучение простым приемам самозащиты;
- развитие навыков по неагрессивному общению и умению избегать конфликтных ситуаций;
- знания и навыки по управлению конфликтными ситуациями (как смягчить или остановить опасные ситуации, а когда позволить им разрешиться самостоятельно).

Для освещения специфических тем тренинга (например, темы разрешения конфликтных ситуаций, неагрессивного общения, самозащиты и др.) следует пригласить специалистов из организаций, которые являются профессионалами в этих вопросах.

В организации, предоставляющей уход, должны быть разработаны **меры по подготовке и поддержке своих сотрудников в плане профилактики конфликтных ситуаций, управления ими и смягчению их последствий**. Эти меры должны соответствовать материальным и человеческим возможностям, а также целям программы помощи целевой группе.

¹¹¹Тип поведения специалиста по уходу (злость, страх, конфронтация, негативные ожидания) может стать причиной или катализатором агрессии со стороны клиента/подопечного.



Опыт показывает, что при работе с ПИН подход, основанный на философии «снижения вреда», может значительно снизить риск агрессии со стороны клиентов/подопечных. Когда клиенты чувствуют, что к ним относятся как к равным, когда они видят интерес к себе со стороны специалистов по уходу, когда организация достаточно гибка в своей политике, чтобы удовлетворить потребности конкретного клиента/подопечного, проблем с агрессией практически не возникает.

Для организации физической защиты специалистов и клиентов/подопечных необходимо:

- провести анализ системы безопасности организации/отделения/службы помощи и **разработать чёткие правила действий в опасной или конфликтной ситуации**;
- рассмотреть возможность оборудования помещений для приема клиентов/подопечных телефонной связью, **кнопкой тревоги**, контролем на входе и выходе, камерами видеонаблюдения, сейфами для хранения персональной информации, медикаментов, камерами хранения для личных вещей специалистов и клиентов/подопечных, закрывающимися складами для продуктов питания, шприцев и т.п.;
- разработать **график дежурств** в помещениях, где проводится приём клиентов/подопечных таким образом, чтобы одновременно в нём находилось не менее двух сотрудников, один из которых при работе с клиентами/подопечными должен занимать позицию ближе к выходу, чтобы в случае кризисной ситуации можно было легко покинуть помещение и позвать на помощь;
- разработать **программу подготовки сотрудников по вопросам физической безопасности**, которая должна предусматривать регулярные теоретические и практические занятия для выработки устойчивых навыков самозащиты и управления конфликтными ситуациями;
- разработать и разместить на видном месте **правила поведения**, которые гарантируют уважительное отношение к клиентам/подопечным со стороны сотрудников, и приемлемое поведение клиентов/подопечных по отношению к сотрудникам;
- стремиться при создании правил поведения ограничить их количество **разумным пределом** (не создавать «правил ради правил»);
- **формулировать правила поведения** таким образом, чтобы они не вызывали у клиента/подопечного чувство, что организация, предоставляющая помощь, уход и поддержку, изначально настроена враждебно по отношению к нему или каким-либо образом ограничивает его свободу;
- **ознакомить с правилами поведения** каждого специалиста по уходу, а также, по возможности, и каждого клиента/подопечного при принятии его в программу помощи и поддержки;

- **делать кодированную пометку** на личной карточке тех клиентов/подопечных, которые демонстрируют неуравновешенное поведение и/или агрессию, чтобы все специалисты по уходу и другие сотрудники, вовлеченные в процесс оказания помощи данным клиентам/подопечным, смогли, предоставляя им надлежащую помощь и поддержку, обеспечить при этом собственную безопасность;
- создать условия для специалистов по уходу по **развитию икреплению навыков по предотвращению и управлению трудными конфликтными ситуациями** с помощью взаимной поддержки и обмена опытом (организовать работу баллинтовских групп¹¹²);
- разработать **систему оповещения** (информирования) о случаях проявления агрессии и/или насилия со стороны клиентов/подопечных или специалистов, и **меры по реагированию** на данные ситуации и смягчению их последствий.



Необходимо постоянно напоминать специалистам по уходу о том, что всегда следует анализировать собственные способы общения с окружающими, в том числе с клиентами/подопечными.

Важно уметь прогнозировать опасные ситуации и прислушиваться к предостережениям, следуя совету: «не быть параноиком, но и не быть самоуверенным». Если специалист по уходу имеет дело с возбуждённым клиентом/подопечным или с человеком, который ранее уже проявлял агрессию, всегда полезно проявлять разумную осторожность (например, удостовериться, что путь к двери свободен, что кто-то есть рядом и может прийти на помощь и т.п.).

Для обеспечения личной безопасности специалист по уходу, при осуществлении визитов к клиентам/подопечным на дом, обязан:

- согласовать с непосредственным руководителем организации/подразделения или лицом, его замещающим, свой график визитов на дом к клиентам/подопечным, адреса, планируемое время осуществления патронажа (администрация организации всегда должна знать местонахождения специалиста по уходу!);
- заблаговременно договориться о предстоящем визите с клиентом/подопечным и/или его ближайшим окружением;
- постоянно во время визита в малознакомые или неблагополучные районы города находиться на связи с другим сотрудником (например, водителем или руководителем), используя мобильный телефон;
- при смене места нахождения оповещать об этом руководителя или ответственное лицо (через мобильную связь);
- при осуществлении визита дать понять клиенту/подопечному, что администрации организации точно известно о местонахождении специалиста по уходу в данный момент;

¹¹²Баллинтовские группы - это группы поддержки для специалистов, на собрания которых они могут поделиться опытом, получить психологическую поддержку.

- осуществлять первичные (скрининговые) патронажные визиты силами не менее двух специалистов для оценки ситуации;
- отказаться от ношения во время патронажа ценных вещей (дорогой одежды, ювелирных украшений, дорогих сотовых телефонов и т.п.);
- при осуществлении патронажа не следует одевать провоцирующую одежду (короткие и/или обтягивающие юбки, блузки и платья с глубоким декольте и т.д.).



Если конфликтной ситуации избежать не удаётся, и специалист по уходу подвергается нападению (или существует реальная угроза нападения), необходимо помнить несколько важных правил поведения в данной ситуации.

Весь алгоритм поведения в ситуации возможного нападения сводится к трем

пунктам:

**прежде чем решить, как реагировать на агрессию, следует проанализировать ситуацию в целом;*

**необходимо, насколько это возможно, оценить нападающего (его психическое состояние, физические возможности и т.д.);*

**необходимо привести себя в состояние, которое позволит не только думать, но и действовать, и не только действовать, но и думать (то есть успокоиться).*

Лучшая тактика в ситуации агрессии - согласиться с утверждениями нападающего, как с совершенно справедливыми. Не надо пытаться спорить с таким человеком, тем более в жёсткой форме, переубеждать его, говорить, что он не прав. Наоборот, следует продемонстрировать понимание его чувств и переживаний. При этом нельзя слишком «подыгрывать» нападающему, т.к. он может очень легко распознать фальшь, что вызовет новую вспышку агрессии.

Следует сделать всё возможное, чтобы не обострять ситуацию. В порыве чувств нападающий человек может закричать: «Сейчас я тебя убью!». Можно ответить ему примерно следующее: «Да, вы можете это сделать, но что это вам даст, что лично я сделал вам плохого?». Подобные вопросы, задаваемые обязательно в спокойном тоне (без проявления излишнего страха или откровенной дерзости), зачастую помогают снизить агрессию у нападающего.



Из юриспруденции известно понятие виктимной защиты. Оно относится к тем вариантам ошибочного поведения жертвы, которое провоцирует преступника на совершение актов агрессии с последующим преступлением.

Ошибочное поведение может иметь разные формы и выразиться в демонстрации со стороны жертвы нападения робости, трусливости, откровенного страха или, напротив, беспечности, дерзости, излишней откровенности, ответной агрессивности.

Иногда, чтобы предотвратить преступление, жертве достаточно несколько перестроить свое поведение и перестать провоцировать неустойчивую психику агрессора своими неправильными реакциями (например, слабости или излишне агрессивной силы, обычно чисто демонстративной и не подкреплённой реальными возможностями).

Если у специалиста по уходу есть полная уверенность, что он может оказать нападающему физическое сопротивление, то следует действовать очень быстро и решительно.

В этом случае необходимо под благовидным предлогом сократить дистанцию до нападающего и, по-возможности, отвлечь его внимание (например, внимательно поглядеть за его спину или призывно помахать рукой в том же направлении, что непременно вызовет у нападающего рефлекторный поворот головы).

Далее надо действовать по обстановке: ударить или оттолкнуть нападающего, быстро бежать прочь и громко звать на помощь, привлекая внимание окружающих свистом, криками «Пожар!» и т.д. В данном случае все средства привлечения внимания окружающих допустимы. Такие действия могут на некоторое время парализовать активность нападающего, а то и заставить его отказаться от дальнейших агрессивных действий.

Если нападающий превосходит специалиста по уходу в физической силе, а громкие крики в данной конкретной ситуации не смогут привлечь внимание окружающих, и рассчитывать на чью-то помощь не приходится, необходимо спокойно выполнить требования нападающего (например, если нападающий хочет что-либо украсть или отнять, не следует препятствовать ему в этом).

В любой конфликтной ситуации многое зависит от способности специалиста по уходу **сохранять самообладание**, поскольку только при этом условии возможна адекватная оценка происходящего с последующим успешным выполнением принятых решений.¹¹³

Главное для специалиста по уходу в такой ситуации - защитить собственную жизнь и максимально сохранить своё здоровье.

Если нападению подвергается женщина, и существует реальная угроза изнасилования, которую невозможно избежать, то самым эффективным средством защиты в данном случае является быстрый и точный удар ногой в наиболее уязвимые и болезненные места нападающего (голень, пах, колено), который на некоторое время может лишить нападающего ответной реакции и позволит жертве нападения бежать.

Глава 2.6.3

Психологическая безопасность

Для специалистов, предоставляющих помощь, уход и поддержку ЛЖВ, очень важно сохранить собственную психологическую устойчивость в ситуации эмоционального длительного напряжения, связанного с необходимостью ежедневного общения с клиентами/подопечными, часто находящими, в силу своего заболевания, в состоянии сильного стресса.



Один из главных и универсальных советов специалистам по уходу для профилактики синдрома эмоционального «выгорания»: постарайтесь каждый раз в каждом из клиентов/подопечных увидеть что-то, достойное улыбки в его адрес!

Ежедневно сталкиваясь со страданиями людей, выстраивая взаимоотношения с трудными клиентами/подопечными и сопереживая им, специалист по уходу регулярно получает довольно большую «порцию» негативных эмоций.

Известно, что длительное напряжение может привести к негативным психическим переживаниям, к эмоциональному и нервному истощению. Если в организации, предоставляющей уход, не работает система психологической защиты специалистов, то существует высокий риск развития у сотрудников **синдрома «эмоционального выгорания»**.



Синдром эмоционального выгорания - социально-психологический термин, обозначающий последствия длительного рабочего стресса и профессионального кризиса.

Синдром эмоционального выгорания представляет собой состояние эмоционального и умственного истощения, часто сопровождающееся признаками физического утомления. Это проблема людей, работающих в системе «человек-человек», которые сталкиваются с негативными переживаниями своих клиентов/подопечных и из-за чего испытывают постоянное повышенное эмоциональное напряжение.

Главной причиной синдрома «выгорания» считается психологическое, душевное переутомление. Особенно быстро оно наступает и заметно проявляется при чрезмерной нагрузке у людей, которые по долгу службы должны быть очень сострадательными и отзывчивыми к своим клиентам/подопечным.

Когда требования (внутренние и внешние) длительное время преобладают над ресурсами (внутренними и внешними), у человека нарушается состояние психологического равновесия. Нарушение равновесия неизбежно ведет к эмоциональному «выгоранию».

Некоторые личностные особенности могут делать специалиста по уходу более или менее уязвимым к выгоранию.

Зачастую именно преданные своему делу специалисты являются наиболее уязвимыми. У них есть тенденция к идеалистическим ожиданиям, они становятся сверх увлечёнными своей работой. Такие специалисты могут испытывать сильную потребность чувствовать себя необходимыми и значимыми. При этом они рискуют испортить собственные семейные взаимоотношения, чрезмерно внося в пределы семейного круга вопросы, связанные с их профессиональными обязанностями.

¹¹³Некоторые общие рекомендации по правилам поведения в случае нападения и приемам самообороны приведены в приложении 9.

В развитии синдрома эмоционального «выгорания» выделяют три стадии, которые протекают последовательно.

Развитию синдрома эмоционального выгорания предшествует **период повышенной активности**, когда человек полностью поглощён своей работой, отказывается от потребностей, с ней не связанных, забывает о собственных нуждах, о семье, отдыхе, о друзьях.

Это «упоеание» работой часто приводит к истощению - первому признаку синдрома эмоционального выгорания (**первая стадия**). Истощение определяется как чувство перенапряжения: исчерпаны эмоциональные и физические ресурсы, усталость не проходит после ночного сна. После периода отдыха (выходные, отпуск) данные проявления уменьшаются, однако по возвращении в прежнюю рабочую ситуацию быстро возобновляются. Возникает ощущение, что человек «не успевает отдохнуть».

На первой стадии эмоционального «выгорания» проявляются умеренные, недолгие и случайные признаки этого процесса: человек чувствует себя утомленным эмоционально и физически, может жаловаться на головные боли, боли в спине, в области шеи, частые простуды.

На второй стадии синдрома эмоционального «выгорания» симптомы истощения (как эмоционального, так и физического) проявляются более регулярно, как правило, носят затяжной характер и труднее поддаются коррекции. Для адекватной заботы о себе требуются дополнительные усилия. Специалист может чувствовать себя уставшим и истощённым после ночного сна или после выходных, и даже после отпуска.

Одним из признаков второй стадии синдрома эмоционального выгорания является личностная отстранённость. Это состояние выражает попытку специалиста (часто неосознанную) справиться с эмоциональными стрессами на работе путём изменения своего отношения к клиенту/подопечному через **эмоциональное отстранение**.

Крайнее проявление личностной отстраненности характеризуется почти полным равнодушием специалиста к выполняемой работе: его ничего не волнует из профессиональной деятельности, почти ничто не вызывает эмоционального отклика – ни положительные обстоятельства, ни отрицательные. Утрачивается интерес к клиенту/подопечному, клиент/подопечный воспринимается как неодушевлённый предмет, само присутствие которого порой неприятно и вызывает немотивированное раздражение.

У специалиста может развиваться отрицательное, циничное и обезличенное отношение не только к клиентам/подопечным, но и ко всем окружающим его людям, включая коллег по работе, друзей, членов семьи т.д. Такая ситуация приводит к тому, что специалист начинает испытывать негативные чувства и по отношению к себе, т.к. понимает, что его реакция на окружающих часто несправедлива и неадекватна. Чтобы избежать этих негативных чувств, человек уходит в себя, выполняет только минимальное количество работы, не хочет ни с кем ссориться и практически подсознательно сокращает количество своих контактов, даже с близкими людьми.

Признаки и симптомы *третьей стадии* синдрома эмоционального выгорания являются хроническими и могут иметь довольно серьёзные последствия для человека.

В этот период у специалиста по уходу развивается ощущение утраты собственной эффективности, падает самооценка. Специалист по уходу в этом состоянии не видит перспектив для своей профессиональной деятельности, не получает удовлетворения от собственной работы, утрачивает веру в свои профессиональные возможности. Появляется полное отвращение ко всему на свете. Человек обижен на самого себя и на всё человечество. Жизнь кажется пустой и бессмысленной. Развивается **депрессия**. На этом фоне возникают и серьёзные проблемы с физическим здоровьем: обостряются хронические заболевания, снижается иммунитет, могут возникать язвы, кожные заболевания и т.д. Попытки заботиться о себе, как правило, не приносят результата, а профессиональная медицинская и психологическая помощь может не давать быстрого облегчения, требуется длительное лечение.



Синдром эмоционального «выгорания» может привести к серьёзным болезненным изменениям в сфере эмоционального, психического и физического здоровья, породить ряд семейных и профессиональных проблем у специалистов, предоставляющей уход.

Организация может потерять хорошего специалиста, а также понести, наряду с профессиональными, и экономические потери, связанные с необходимостью лечения специалиста, предоставления ему дополнительных дней отдыха, отпусков и т.д.

Профилактика синдрома эмоционального «выгорания»

Существуют простые и доступные организационные инструменты эффективной профилактики синдрома эмоционального «выгорания».¹¹⁴

Для повышения эффективности работы специалистов и в целях их психологической защиты необходимо обеспечить такие условия работы сотрудникам, которые снижают вероятность поражения профессионального коллектива синдромом эмоционального «выгорания».

К этим условиям, прежде всего, относятся:

- надежная социальная и профессиональная поддержка специалистов;
- создание в коллективе специалистов и в организации в целом дружелюбной и творческой атмосферы;
- проведение мероприятий, направленных на сплочение коллектива (например, тренинги по командообразованию);
- поощрение личной инициативы специалистов, повышение для них значимости, привлекательности работы в организации;
- правильное планирование и распределение обязанностей и нагрузки на специалистов;

¹¹⁴Признаки синдрома эмоционального «выгорания» и способы защиты (некоторые советы по саморегуляции) приведены в приложении 10.

- обеспечение условий для регулярного и полноценного отдыха специалистов.

Для профилактики синдрома эмоционального «выгорания» администрации организации, предоставляющей уход и поддержку, целесообразно периодически приглашать психолога сторонней организации (именно другой, а не своей собственной!) для проведения диагностики эмоционального состояния профессионального коллектива и коррекционных тренингов.



Специалист по уходу должен обладать хорошими коммуникативными навыками, терпением и выдержкой и быть готовым к тому, что в процессе работы с клиентами/подопечными неизбежно могут возникнуть некоторые эмоциональные проблемы.

Одним из способов преодоления эмоциональных проблем при работе с клиентами/подопечными является участие специалиста в работе группы поддержки и взаимопомощи специально для людей, предоставляющих помощь, уход и поддержку людям, живущим с ВИЧ.

Огромную роль в профилактике или уменьшении проявлений синдрома эмоционального «выгорания» играет обеспечение для специалистов по уходу возможности открыто и доброжелательно обсуждать профессиональные проблемы и случаи из собственной практики со своими коллегами и коллегами из других организаций/служб помощи.

Подобное общение может проходить в виде индивидуальных консультаций или в службах групповой поддержки. В группе, среди коллег и профессионалов, можно поделиться своими переживаниями и обменяться опытом.

Примером подобных групп поддержки и взаимопомощи могут являться **Баллинтовские группы**, состоящие из медицинских, социальных работников или психологов, и работающие достаточно активно во многих странах мира.

ЧАСТЬ III

ПОМОЩЬ, УХОД И ПОДДЕРЖКА

ДЛЯ ВИЧ - ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИКОВ

Раздел 3.1

Особенности организации паллиативной помощи для потребителей инъекционных наркотиков

Глава 3.1.1

Особенности целевой группы

Помощь потребителям инъекционных наркотиков предоставляется на основе общих принципов паллиативной помощи.

Работа с клиентами/подопечными, являющимися потребителями инъекционных наркотиков, требует от специалистов по уходу знания этой целевой группы, глубокого понимания проблем, в которые погружены как сам ПИН, так и его близкие.

Общение с клиентом/подопечным, употребляющим наркотики, осложнено тем, что в настоящее время данная категория людей является труднодоступной, отвергнутой обществом, зачастую криминализованной.

Общество в большинстве своём считает наркопотребителей людьми, которые утратили все, или почти все, моральные ценности и устои, и которых уже ничего не интересует, кроме наркотика. Общественное мнение, как правило, лишает собирательный образ наркопотребителя каких-либо человеческих качеств и, соответственно, права принимать решения.



Специалисты по уходу должны понимать и принимать тот факт, что потребители наркотиков, как и все остальные люди, имеют право выбора, каков бы он ни был.

Важно, чтобы, понимая все особенности поведения целевой группы, специалист по уходу проявлял толерантное безоценочное отношение к клиентам/подопечным - потребителям ПАВ, не допускал при общении с ними унижающих критических замечаний и высказываний.

Активные потребители наркотиков чаще других испытывают внешнюю стигму и дискриминацию, нося на себе клеймо изгоев.

Это приводит к тому, что люди, употребляющие наркотики, воспринимают окружающий мир исключительно как враждебный. В результате многие ПИН, имея в прошлом определённый негативный опыт общения со службами здравоохранения, относятся с большим недоверием вообще ко всем службам помощи и очень неохотно идут на контакт.

Серьёзной проблемой для ПИН является и **внутренняя стигма**, которая порождает у потребителей наркотиков различного рода страхи: «я никому не нужен», «никто уже не

может мне помочь», «весь мир меня ненавидит», «я недостойн человеческого отношения» и многое другое. У человека формируется неверие в свои силы, чувство безысходности и отчаяния.

Характерной особенностью многих ПИН является **отрицание своей основной проблемы** (зависимость от психоактивных веществ) и выдвигание на первый план второстепенных проблем, либо проблем, являющихся следствием наркозависимости. Например, ПИН часто жалуются на отсутствие работы. При консультировании выясняется, что они неоднократно увольнялись с разных мест работы в связи с невыполнением элементарных требований трудовой дисциплины, и новое трудоустройство, несомненно, вновь повлечёт за собой увольнение в связи с невозможностью придерживаться трудового режима по причине активного употребления наркотиков.

Часто специалисты по уходу сталкиваются с ситуацией, когда ПИН, инфицированные ВИЧ, не уделяют достаточного внимания своему здоровью в целом, в том числе и самому факту инфицирования, и склонны рассматривать собственное заражение ВИЧ-инфекцией лишь как ещё один аспект их и без того трудной жизни. Иногда они даже относятся к ВИЧ-инфекции как к награде, бонусу или возможности избежать каких-либо негативных последствий для себя, поскольку та помогает им получать доступ к реальной помощи и поддержке.

Однако справедливости ради следует отметить, что ПИН, также, как и всем другим людям, могут быть присущи стойкость, взаимная поддержка и своего рода гуманность. Выживание требует от ПИН наличия определённых навыков и силы воли. Бывают случаи, когда ПИН, как могут, помогают и заботятся друг о друге, ощущая при этом себя частью сообщества. У них есть чёткое представление о собственных ценностях, понимание того, что может улучшить качество их жизни, и что они хотели бы получить от служб помощи.

Специалисты по уходу должны чётко понимать, что, когда клиент/подопечный, употребляющий наркотики, обращается за помощью, это обращение является его первым шагом на долгом и трудном пути изменения поведения, формирования ответственного отношения к своему здоровью.

При этом очень важно, чтобы специалисты по уходу умели вычленять из массы заявляемых ПИН проблем основные и действительно нуждающиеся в первоочередном решении.



Приход ПИН в негосударственную службу помощи должен быть обусловлен их личной мотивацией на получение помощи, а не исключительно желанием, например, избежать наказания при наличии каких-либо проблем с законом. Так, нередко возникали ситуации, когда, совершив преступление и пытаясь уйти от правосудия, наркопотребитель в срочном порядке обращался в программу помощи Красного Креста для перенаправления его в реабилитационный центр. Клиентам/подопечным необходимо объяснять, что направление на реабилитацию не означает возможности избежать судебного разбирательства и (в случае определения судом) наказания.

Глава 3.1.2

Требования к специалистам по уходу при работе с потребителями наркотиков

Требования, предъявляемые к специалисту по уходу, работающему с потребителями наркотиков, не отличаются от требований к любому специалисту, оказывающему услуги и помощь нуждающимся людям.

Специалист по уходу **должен владеть определенными знаниями** по проблеме наркопотребления, ВИЧ-инфекции и ко-инфекций, а также навыками консультирования ПИН.

Одним из самых главных требований к специалистам по уходу при работе с ПИН является **умение понять** клиента/подопечного, почувствовать, какой именно помощи он ждёт, определить, какие проблемы мучают его, и попытаться найти вместе с ним возможные решения. При наличии у ПИН различных неврологических или психических нарушений они часто не могут чётко и ясно излагать мысли и формулировать свои проблемы, и у специалиста по уходу могут возникнуть трудности с пониманием клиента/подопечного, что может его раздражать и вызывать недоверие. Специалисту по уходу потребуется проявить к клиенту/подопечному большое терпение и внимание, чтобы добиться взаимопонимания и установления доверительных отношений.



Специалисты по уходу в своей работе должны при любой ситуации проявлять по отношению к клиентам/подопечным, употребляющим наркотики, терпение, вежливость, корректность, уважительное и толерантное отношение. Эти качества особенно важны и необходимы для обеспечения эффективности и достижения результата при работе с данной целевой группой.

Существует ещё одно необходимое требование к работе специалиста по уходу при работе с ПИН - **умение противостоять созависимости**. Наркопотребители, приспосабливаясь к окружающему миру, и подчиняя своё поведение главной цели - добыче средств на наркотики, часто вовлекают в свои проблемы и ввергают в созависимость близких людей, а зачастую, и помогающих им специалистов, интуитивно мастерски применяя различные манипулятивные техники в общении. В дальнейшем они используют эти навыки и в других сферах жизни, стараясь переложить ответственность за происходящее на других людей.

Например, ПИН может постоянно выпрашивать деньги у специалиста по уходу (утверждая, что на проезд к медицинским специалистам или в лечебные учреждения, и т.д.), эксплуатируя при этом чувство ответственности специалиста по уходу и видя его заинтересованность в лечении клиента/подопечного. В подобных ситуациях специалист по уходу ни в коем случае не должен принимать на себя финансовых обязательств перед клиентами/подопечными. Данный пункт должен быть в обязательном порядке прописан в должностной инструкции специалиста по уходу.

При существовании финансовых проблем у клиента/подопечного специалист по уходу может оказать помощь в оформлении пособия по инвалидности на законных

основаниях, льготных проездных билетов на транспорт и т.п. Этим его вмешательство и должно быть ограничено, т.к. переход границ личной психологической безопасности может привести к формированию созависимости у специалиста по уходу.



Возникновение созависимости у специалиста по уходу является основанием для отстранения его от работы с клиентами (подопечными).

Умение устанавливать доверительные отношения с клиентом/подопечным потребителем наркотиков является также необходимым требованием к специалисту по уходу.

Формирование доверительных отношений является очень непростой задачей и потребует от специалиста по уходу определённых коммуникативных навыков. Специалист по уходу должен быть готов к тому, что потребители наркотиков могут не доверять ему или бояться его. Основываясь на предыдущем негативном опыте общения с другими организациями, клиенты/подопечные могут также ожидать отрицательную реакцию по отношению к ним и со стороны специалиста по уходу Красного Креста, предполагая, что он скорее будет бояться и презирать их, чем выслушивать и вникать в их проблемы.

Очень важно, чтобы специалист, работающий с потребителями наркотиков, **умел заинтересовать** клиента/подопечного в сотрудничестве с ним.

Привлечь внимание клиента/подопечного и вызвать у него заинтересованность можно, используя, в том числе и нижеприведённые рекомендации:

- специалисту по уходу можно обратиться за помощью к человеку, которому клиент/подопечный доверяет, и который мог бы стать своеобразным «мостиком» между ним и специалистом по уходу (например, к сотруднику другой службы, медработнику, с которыми клиент/подопечный долго общался, и которым верит и т.д.);
- специалисту по уходу необходимо быть внимательными и открытыми к знаниям и жизненному опыту клиентов/подопечных; специалист по уходу должен показать клиенту/подопечному, что он хочет понять и чему-то научиться у него: клиенты/подопечные могут многое рассказать о своей жизни и о мире, в котором живут (специалисту по уходу следует укрепить самооценку клиента/подопечного, подчёркивая, что есть вещи, которым он может сам научить специалиста или оказать ему помощь в лучшем понимании ситуации);
- если специалист по уходу испытывает неловкость при понимании клиента/подопечного из-за того, что он использует незнакомый уличный жаргон, необходимо вежливо и заинтересованно попросить клиента/подопечного разъяснить то, что он сказал - как правило, клиенты/подопечные испытывают чувство удовольствия от того, что их слушают, и они могут сами кого-то и чему-то научить (однако, необходимо проявлять осторожность и не допускать

панибратства и неэтичной, грубой или нецензурной речи со стороны клиента/подопечного);

- специалисту по уходу не следует притворяться тем, кем он не является, например, знатоком уличной жизни (это чревато быстрым разоблачением и потерей доверия, восстановить которое будет уже крайне трудно);
- специалист по уходу при любых обстоятельствах должен оставаться самим собой и принимать клиента таким, какой он есть;
- профессиональная роль специалиста по уходу не должна мешать формированию его отношения к клиенту/подопечному как к равному - с самого начала необходимо делать всё возможное, чтобы клиент/подопечный смог почувствовать уважение и интерес к себе как к человеку, а не просто как к объекту применения профессиональных техник и навыков;
- во время контакта с клиентом/подопечным специалист по уходу должен оставаться спокойным и уметь контролировать проявления собственных чувств, чтобы они не мешали слушать клиента/подопечного и не препятствовали установлению доверительных отношений с ним (первый шаг на пути освобождения от предубеждений или страхов при работе с клиентом/подопечным - их осознание).



Помочь справиться со своими чувствами специалисту по уходу помогут консультации и обсуждения возникающих проблем с более опытными коллегами, различные профессиональные тренинги.

Специалист по уходу должен обладать ещё одним очень важным качеством - **умением сохранять** доверительные и эффективные отношения с клиентом/подопечным **длительное время**. Это одна из самых больших проблем для специалистов, имеющих дело с потребителями наркотиков.

Возможность переживать с клиентом/подопечным и радости, и печали является ключом к доверительным отношениям, которые позволяют ПИН получить максимальную пользу от паллиативной помощи. Однако, такое «погружение» в жизнь клиента/подопечного имеет свои отрицательные стороны: специалист по уходу быстро «перегружается», начинает испытывать усталость, раздражение, чувство беспомощности, неудовлетворения и, как следствие, начинает хуже выполнять свои профессиональные обязанности. Чтобы поддерживать интерес к клиенту/подопечному и желание продолжать работать с ним, специалистам по уходу необходимо найти способ справляться с усталостью и разочарованием, возникающими при работе с клиентами/подопечными, чьи проблемы подчас кажутся неразрешимыми.

Ниже приведено несколько рекомендаций по сохранению эффективных отношений с клиентами/подопечными - потребителями наркотиков:

- следует в работе с клиентом/подопечным **намечать несложные, реальные цели** - важны любые, даже самые крошечные изменения, их надо замечать и отмечать, как достижения;
- специалисту по уходу следует постоянно напоминать себе, что он не может и не должен нести полную ответственность за всё то, что происходит в жизни клиента/подопечного - необходимо просто добросовестно делать своё дело и получать удовольствие от маленьких успехов;
- необходимо помочь клиенту/подопечному установить новые или поддерживать свои собственные социальные контакты - подобные контакты (с друзьями, родственниками) уменьшают психологическую нагрузку на специалиста по уходу;
- когда специалист по уходу встречается с трудной ситуацией и не знает, что делать, необходимо обратиться за советом к более опытным людям - опыт и профессиональные навыки других сотрудников помогут специалисту по уходу почувствовать себя увереннее и компетентнее;
- специалисту по уходу следует помнить, что он не одинок в своей работе, и что он может обращаться за поддержкой и советом к людям, хорошо знающим и понимающим потребности потребителей наркотиков (например, к самим потребителям наркотиков, к специалистам-наркологам и т.д.);
- участие в работе междисциплинарной команды из людей, которые разделяют и поддерживают философию организации в предоставлении паллиативной помощи ПИН, поможет специалисту по уходу быть более профессиональным, уверенным в себе и избежать перегрузки и чувства одиночества.

Глава 3.1.3

Границы общения и неприемлемое поведение

Организация, предоставляющая уход, должна выработать на основе толерантного и адекватного отношения к клиентам/подопечным, употребляющим наркотики, разумные представления относительно того, что считать приемлемым поведением со стороны клиентов/подопечных, а что – нет. Ожидания специалистов по уходу и их представления о границах допустимого, способы информирования клиентов/подопечных о них, последствия нарушения этих границ могут меняться в зависимости от программы помощи или политики организации.

Следует учитывать, что иногда некоторые потребители наркотиков могут предъявлять к специалисту по уходу слишком завышенные, невыполнимые или некорректные требования. В целях достижения желаемого они часто используют для давления на специалиста по уходу созданные ими же стратегии выживания. Например, клиент/подопечный может выпрашивать у специалиста по уходу деньги, или номер домашнего телефона (чтобы иметь возможность звонить ему в любое время суток), или совершить что-нибудь аморальное и/или противозаконное, чтобы приобрести наркотики (вымогательство, шантаж, обман, кражи, мошенничество и т.д.). Подобное

поведение клиента/подопечного подвергает серьезному испытанию границы общения, установленные в отношениях со специалистом по уходу.



Чтобы эффективно предоставлять паллиативную помощь и осуществлять уход за клиентом/подопечным, необходимо, кроме создания открытых и доверительных отношений с ним, уметь сохранять адекватные границы общения и отличать их от барьеров, которые создаются страхом, недоверием или непониманием.

Границы необходимы для удержания баланса в общении и присущи любым отношениям - личным или профессиональным. Когда границы размыты или не обозначены, отношения находятся в опасности.

Только сам специалист по уходу может решить вопрос, касающийся границ общения с каждым конкретным клиентом/подопечным - что можно, и что категорически нельзя. **Основным критерием в данном случае является ощущение комфорта и защищённости специалиста по уходу при работе с клиентом/подопечным.**

Будучи открытым и последовательным, специалист по уходу должен дать своим клиентам/подопечным ясно понять и почувствовать, что они могут полагаться на него, что специалист по уходу всегда останется с ними и будет оказывать им помощь и поддержку, но исключительно в пределах определённых границ и при условии уважения этих установленных границ общения.



В некоторых случаях считается, что заключение формального договора с клиентом/подопечным очень полезно в плане создания наиболее эффективных и безопасных условий предоставления ему помощи и поддержки.

Однако существует и другое мнение, что официальный договор мешает созданию доверительных отношений с клиентами/подопечными и не позволяет быть гибкими в оказании помощи.

Каждая организация выбирает свой подход и устанавливает свои правила.

Глава 3.1.4

Изменение модели поведения у лиц, употребляющих наркотики

Способствовать изменению поведения клиента/подопечного, употребляющего наркотики, на более эффективное и рациональное в плане профилактики инфекционных заболеваний, сохранения здоровья и улучшения качества жизни является одной из задач специалиста по уходу.

Важным элементом работы по изменению поведения клиента/подопечного является проведение с ним **мотивационной работы**. Для проведения эффективной мотивационной работы с потребителями наркотиков необходимо:

- привлекать только специально обученных для работы с данной целевой группой сотрудников (равных консультантов, патронажных сестёр, аутрич-работников и др.);

- предоставлять клиенту/подопечному исключительно достоверную информацию о существующем сервисе, о возможных перспективах помощи и т.д.;
- не вселять в клиентов/подопечных необоснованных надежд, не обещать того, что не может быть выполнено в рамках программы помощи (избегать таких выражений как «тебе обязательно помогут, ты обязательно откажешься от наркотиков...», «тебе оформят инвалидность...» и т.п.), так как зачастую многое зависит не от специалистов по уходу, а от самого клиента/подопечного, состояния его здоровья и многих других факторов, которые лежат вне контроля специалиста по уходу;
- ориентировать клиента/подопечного на сохранение здоровья - приём антиретровирусных препаратов, практику безопасного поведения (с точки зрения возможного инфицирования ВИЧ, вирусами гепатитов В и С, ЗППП) и т.п.;
- помогать клиенту/подопечному формировать определённые поведенческие навыки и предоставить необходимые ресурсы для поддержания данных навыков.



Для обеспечения эффективности мотивационной работы с потребителями наркотиков рекомендуется привлекать для работы с ними людей, ранее употреблявших наркотики и успешно прошедших реабилитацию.

Таких специалистов называют равными консультантами.

Большая степень доверия равным консультантам со стороны клиентов/подопечных - наркопотребителей обусловлена возможностью общения на «одном языке», а также огромной мотивирующей силой, заключённой в личном примере равного консультанта, сумевшего справиться с проблемой наркопотребления.

Равные консультанты не только общаются на одной волне с клиентами/подопечными, мгновенно устанавливая нужные деловые отношения, но и умеют противостоять их манипулятивным уловкам, так как прошли сами весь трудный путь от наркопотребления до полного отказа и длительного воздержания от потребления ПАВ.

Особенно эффективно привлечение равных консультантов вместе с другими специалистами для проведения работы по формированию первичной мотивации у клиентов/подопечных на получение помощи для изменения поведения.

Изменение поведения у потребителей наркотиков всегда проходит в несколько этапов:

1. На этом этапе специалисту по уходу важно сформировать у клиента/подопечного **преднамерение**. Вначале, как правило, клиент/подопечный не осознаёт, что у него существует какая-либо проблема, не задумывается о том, что нужно что-то менять в жизни и в своём поведении. Очень часто это происходит из-за того, что человек не владеет достаточной информацией. Задача специалиста по уходу состоит в том, чтобы предоставить недостающие сведения. Например, если потребитель наркотиков использует шприцы, иглы или раствор наркотика совместно с другими потребителями, необходимо объяснить ему, что таким путём передается ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты В и С, и затем обучить его способам снижения риска заражения при инъекционном употреблении наркотиков.

2. На этом этапе, через взвешивание всех «за» и «против» и осознание проблемы как собственной, у клиента/подопечного происходит формирование **намерения**. Для того чтобы к клиенту/подопечному пришло осознание, что проблема касается его лично, специалисту по уходу иногда приходится прикладывать много усилий, поэтому этот этап может быть довольно продолжительным.

3. Затем наступает период **принятия решения** - изменить или нет проблемное поведение. Клиент/подопечный осознаёт проблему и получает информацию о том, как её можно предотвратить. Но для того, чтобы что-то менять в своём поведении, необходима **мотивация**. Для создания хорошей мотивационной установки специалисту по уходу необходимо узнать как можно больше о своём клиенте/подопечном. Для каждого человека мотивационная установка может быть индивидуальной: желание сохранить здоровье, избежать каких-либо проблем с законом, родственниками или начальством, родить здорового ребенка и т.п.

4. Следующий этап - **переход к действию**, когда клиент/подопечный начинает практиковать какую-то новую модель поведения, например, использует только стерильные шприцы, регулярно принимает терапию и т.д. Этот этап обычно является самым непродолжительным, но он наиболее значимый в процессе изменения поведения. Изменяя своё поведение, человек часто встречается с различными **препятствиями**. Эти препятствия могут быть связаны с материальными проблемами (например, нет возможности приобрести новый шприц, нет средств на гепатопротекторы¹¹⁵ и др.). Препятствия также могут быть связаны с определёнными «ритуалами» и традициями, существующими в среде ПИН (например, наркотики готовятся и употребляются в группе с использованием общей посуды, или, изображая акт некоего «братания», все используют один шприц, и т.д.). Материальные препятствия преодолеть проще, чем препятствия, связанные с ритуалами и традициями: можно, например, перенаправить клиента/подопечного в низкопороговую комплексную программу, действующую по принципам «снижения вреда», где он сможет получить доступ к новым шприцам, дезинфицирующим материалам и т.п. Чтобы преодолеть препятствия, связанные с ритуалами, зачастую требуется «оторвать» человека от привычной среды, что может быть очень болезненно, особенно, если образовавшийся «вакуум» ничем не заполняется. Здесь может быть очень полезной помощь ближайшего окружения клиента/подопечного, или помещение его в реабилитационный центр (если клиент/подопечный выразил такое желание).

5. Следующий этап - активное **поддержание изменения поведения**, достижение оптимальных стабильных изменений. На этом этапе необходимо помочь клиенту/подопечному сконцентрироваться на достигнутом успехе и придерживаться новых моделей поведения. Для поддержания изменений важна позиция значимого для ПИН окружения. Если есть поддержка со стороны близких людей, вероятность рецидивов (возвратов к прежнему поведению) снижается. Человек может испытывать страх перед возможным рецидивом, который ослабевает только со временем. Очень

¹¹⁵ Препараты, защищающие печень и поддерживающие её функции.

полезным здесь может быть посещение групп взаимопомощи людей, живущих с ВИЧ, «Анонимных наркоманов», школ пациентов, где можно встретиться с людьми, находящимися в похожей ситуации. Необходимо предоставлять клиенту/подопечному информацию о существующих группах, программах помощи, где человек может получить поддержку, почерпнуть силы для сохранения позитивного настроения на изменения.

б. В процессе изменения поведения возможны **рецидивы**, т.е. возвращение к проблемному поведению, когда человек оказывается не в состоянии поддержать произошедшие в его поведении изменения. Придерживаться новых моделей поведения бывает очень трудно, так как сильное давление со стороны окружения и соблазны побуждают вернуться к прежнему, более комфортному, поведению - к тому, что доставляло удовольствие или позволяло забыть о проблемах. Если человек возвращается к старому образу жизни, его нельзя осуждать или обвинять. Нужно помочь наркопотребителю справиться с чувством поражения, подчеркивая, что те результаты, которых ему удалось достичь, пусть даже на короткий период, уже являются шагом в правильном направлении и заслуживают похвалы. При этом очень важно формировать у клиента/подопечного понимание собственной ответственности за всё происходящее – как за позитивные изменения, так и за возврат к прошлым установкам.

Проиллюстрировать все этапы изменения модели поведения при работе с клиентом/подопечным можно следующим образом:

- Клиент, часто использующий при употреблении наркотиков чужой шприц, узнает от специалиста по уходу во время консультации о возможности заражения ВИЧ через нестерильный инструмент и предметы, используемые для приготовления и дележа наркотика, т.е. получает новую информацию (**этап преднамерения**).
- С помощью специалиста клиент/подопечный приходит к пониманию, что у него нет навыка потребления наркотика без риска заражения. Специалист по уходу, обсуждая с клиентом/подопечным его отношение к проблеме инфицирования ВИЧ, взвешивая все за и против применения более безопасной практики употребления наркотика, ведя равноценный диалог (а не нравоучительный монолог!) с клиентом/подопечным постепенно формирует у него его собственную (а не специалиста!) мотивацию сохранения здоровья (**этап формирования намерения**).
- Информация и мотивация, сопровождающаяся психоэмоциональной, информационной и иной поддержкой специалиста по уходу, порождают у клиента/подопечного решение изменить поведение, сначала на безопасное при употреблении наркотика, а затем, возможно, совсем отказаться от употребления инъекционных наркотиков (**этап принятия решения**).
- Клиент/подопечный, приняв решение, начинает действовать, а специалист по уходу интересуется успехами клиента/подопечного и его проблемами, и сомнениями, помогая их преодолевать. Важно понимать, что одного решения действовать мало. Необходимо, чтобы это решение было подкреплено

возможностями клиента/подопечного и **доступностью** ресурсов, необходимых для реализации новой модели поведения. Например, если клиенту/подопечному необходимы чистые шприцы и другое инъекционное оборудование, специалист по уходу должен помочь ему получить доступ к ним, или помочь клиенту/подопечному пройти медико-реабилитационную программу, если он выразил желание отказаться от употребления наркотиков. Такая поддержка обеспечит стабильность принятого решения и снизит риск рецидивов.

Для того чтобы помочь человеку сохранить желаемые изменения в поведении, необходимо вести постоянную консультативную работу, поддерживая и усиливая внутреннюю мотивацию наркопотребителя.

Изменение поведения - сложный, длительный, ступенчатый процесс, на который могут влиять многие факторы. Работа по формированию новой модели поведения у ПИН требует от специалистов по уходу высокого профессионализма, больших затрат сил, времени, постоянства и упорства. Доверительные партнёрские отношения со специалистом по уходу могут помочь клиенту/подопечному достичь желательных изменений. При этом важно, чтобы **стиль общения между специалистом по уходу и клиентом/подопечным всегда, в любых обстоятельствах оставался спокойным и дипломатичным, безоценочным и высоко толерантным.**



Важно, чтобы и специалист по уходу, и сам клиент/подопечный понимали, что изменение поведения возможно только изнутри, по собственному желанию клиента/подопечного, а не по желанию специалиста по уходу или, например, родственников клиента/подопечного.

Любое изменение поведения под давлением внешних обстоятельств или других людей, без желания самого клиента/подопечного, будет носить крайне неустойчивый характер, и клиент/подопечный довольно быстро вернётся к прежнему образу жизни.

Глава 3.1.5

Барьеры на пути получения потребителями наркотиков качественного ухода и поддержки. Этические проблемы при работе с ПИН

Барьеры на пути получения помощи создаются как сложившимися системами (службами) оказания помощи¹¹⁶, так и самими потребителями наркотиков.

Одним из барьеров для наркопотребителей в получении помощи является **ограниченные возможности получения ухода и поддержки от близкого окружения и медицинских специалистов.**

¹¹⁶Под системами (службами) помощи в данном случае подразумеваются как государственные учреждения здравоохранения, социальной защиты и др., так и неправительственные организации, предоставляющие различный медицинский и немедицинский сервис для ЛЖВ и ПИН.

Часто наркопотребители из-за своего поведения лишаются поддержки семьи, а доступ к службам медицинской помощи ограничен, поскольку они, как правило, не рассчитаны и не ориентированы на удовлетворение специфических потребностей ПИН. Например, время приёма специалистов, как правило, ограничено расписанием, в большинстве учреждений здравоохранения нет возможности провести обследование без предварительной записи, у специалистов отмечается высокий уровень стигмы и дискриминации по отношению к наркопотребителям и т.д.

Существуют три самые большие проблемы, отражающие очень распространённое отношение специалистов системы (служб) оказания помощи к потребителям инъекционных наркотиков, живущих с ВИЧ, и реально препятствующие получению ими адекватной помощи и поддержки:

- специалисты служб помощи ЛЖВ часто полагают, что с потребителями инъекционных наркотиков, живущими с ВИЧ, трудно и опасно работать, что они не заслуживают помощи и вряд ли оценят её;
- многие специалисты служб помощи убеждены, что ПИН только в случае согласия на лечение от наркозависимости смогут получить пользу от помощи и ухода, и выдвигают лечение наркомании как обязательное условие получения паллиативной помощи и поддержки;
- часто специалисты служб помощи выбирают принудительный подход по отношению к ПИН, предполагая, что наркопотребители не могут принимать самостоятельные решения, и поэтому надо заставлять их делать то, что сами специалисты считают нужным.

Эти проблемы создают мощный барьер для ПИН на пути получения качественной паллиативной помощи и ухода. Выходом из этой ситуации может быть проведение постоянной адвокативной работы, а также работы по снижению стигмы и дискриминации, и регулярного обучения специалистов по особенностям работы с ПИН среди сотрудников государственных и неправительственных служб помощи, а также повышение для ПИН доступности профилактики, лечения, ухода и поддержки через расширение сети альтернативных негосударственных службы помощи.

Барьеры, которые создают сами ПИН, часто связаны напрямую с их зависимостью от наркотиков.

Наркотик для ПИН становится жизненным приоритетом, тогда как приоритет здоровья отходит на задний план. Тяжело предоставлять постоянную заботу людям, чья жизнь носит хаотичный характер и подчинена только одному - поиску новой дозы наркотика. Иногда бывает так, что потребителю наркотиков все-таки удастся получить необходимую помощь и лечение. В период болезни и плохого самочувствия его желание принять наркотик могло быть минимальным или этой потребностью можно было эффективно управлять с помощью прописываемых лекарств. По мере улучшения физического состояния вновь появляется желание принять наркотик и усиливается потребность в нём. А поскольку физическая мобильность клиентов/подопечных в

период улучшения состояния здоровья увеличивается, они стремятся покинуть клинику, реабилитационный центр или дом, чтобы приобрести наркотики.

Могут появиться и другие типы деструктивного поведения. Например, если у человека нет денег на наркотики, он может начать воровать у других пациентов, клиентов, врачей и медицинских сестёр, специалистов по уходу, соседей по палате, у родственников и друзей, или у организации или учреждения, где ПИН получает помощь. Безусловно, такое поведение приводит зачастую к отказу в помощи, и уходу клиента/подопечного из службы поддержки. «Порочный круг» замыкается.

Организовывать паллиативную помощь для потребителей наркотиков - весьма трудная задача. Ориентированный на клиента паллиативный уход за потребителями наркотиков может поставить специалиста по уходу перед принятием трудных решений, связанных с определенными **этическими проблемами**, в том числе с юридическими аспектами употребления наркотиков¹¹⁷.

Как должен повести себя специалист по уходу, если при оказании помощи он стал свидетелем криминального поведения клиента/подопечного? Подобные этические трудности у специалиста по уходу могут возникнуть тогда, когда он пытается примирить взгляды и желания своих клиентов/подопечных с общественными и собственными, личными и профессиональными, ценностями, ожиданиями, навыками и стереотипами.

Часто вопросы, которые встают перед специалистом по уходу, очень сложны и не имеют однозначного ответа:

- Следует ли убеждать потребителя инъекционных наркотиков начать антиретровирусную терапию, если он не в состоянии соблюдать сложный режим приёма препаратов?
- В каких случаях следует убеждать человека, что ему необходима помощь, если он демонстрирует (напрямую или косвенно) своими действиями нежелание получать её?
- Что делать специалисту по уходу в ситуациях, когда ПИН в состоянии принимать решения, но, по-видимому, не до конца понимает пользу помощи или последствия отказа от неё?
- Оправдано ли мнение, что воздержание от наркотиков является необходимым условием получения помощи?
- Как примирить этические нормы относительно предоставления наиболее эффективной паллиативной помощи с легальными запретами некоторых необходимых для помощи действий (например, если улучшение качества жизни напрямую зависит в этот момент от приёма наркотика)?
- Оправданы ли с точки зрения этики действия, которые нарушают закон?
- Как человек с медицинским образованием, сотрудник Красного Креста, специалист по уходу этически может оправдать разрешение клиенту действий, которые явно наносят ему вред (например, употребление наркотиков)?

¹¹⁷Например, употребление наркотика является административным нарушением, а его изготовление и распространение - уголовно наказуемым деянием.

Общих и однозначных ответов на эти вопросы не существует. Необходимо помнить, что любые конкретные решения должны определяться для каждого отдельного случая и для каждого клиента/подопечного индивидуально. При принятии решений нужно учитывать такие факторы, как предпочтения клиента/подопечного, медицинские показания, возможные польза и вред для человека и его ближайшего окружения, законность действий, принципы справедливости, моральные обязательства и практические возможности (например, доступные ресурсы).



При организации помощи потребителям инъекционных наркотиков, живущим с ВИЧ, должны применяться общие требования и принципы качественной паллиативной помощи. Необходимо, чтобы все службы помощи (Красного Креста и других организаций, Центров СПИД, наркологические клиники, учреждения здравоохранения и социальной защиты, реабилитационные центры и т.д.) работали сообща и координировали свою деятельность для максимального расширения доступа ПИН к уходу и поддержке.

Факты говорят, что когда потребители инъекционных наркотиков, инфицированные ВИЧ, получают (даже в относительно короткий период) интенсивную медицинскую, психологическую, социальную помощь и адекватный уход в больнице или в домашних условиях, состояние их здоровья значительно улучшается.

Глава 3.1.6

Некоторые особенности антиретровирусной терапии, контроля болевого синдрома и помощи при абсцессах у потребителей наркотиков

При организации помощи потребителям инъекционных наркотиков, живущим с ВИЧ, должны применяться общие требования и стандарты качественной паллиативной помощи. **Специалисты по уходу должны стремиться к предоставлению ПИН не менее качественной помощи, чем любым другим клиентам/подопечным.**

Паллиативный уход подразумевает, в том числе, предоставление ЛЖВ, употребляющим наркотики, антиретровирусной терапии и препаратов для профилактики и лечения оппортунистических инфекций **без всяких ограничений**.

Эффективность лечения потребителей наркотиков напрямую зависит от двух факторов:

- возможного взаимодействия лекарств с наркотиками;
- соблюдения режима приёма препаратов.

Взаимодействие антиретровирусных препаратов и других лекарственных средств с наркотиками еще недостаточно изучено. Из наиболее известных реакций взаимодействия наркотиков и лекарственных препаратов можно привести следующие:

- ритонавир снижает уровень героина в крови до 50% и, таким образом, вызывает синдром отмены;

- метадон в 2 раза повышает уровень АСТ¹¹⁸ в крови;
- ритонавир в 2–3 раза повышает уровень амфетаминов и экстази в крови.

В настоящее время считается маловероятным, что наркотики влияют на эффективность ингибиторов протеазы, хотя однозначных выводов по этому поводу пока не сделано.

Соблюдению режима приёма антиретровирусных препаратов могут мешать условия жизни наркопотребителей. Перед тем, как принимать решение о назначении антиретровирусной терапии наркопотребителю, нужно выяснить, желает ли человек получать лечение, и можно ли как-то стабилизировать условия его жизни перед началом терапии. Необходимо обсудить с клиентом/подопечным его возможности соблюдать режим приёма препаратов, а также поговорить о том, что может помочь или помешать клиенту/подопечному быть приверженным терапии.



Очень важно не отказывать принимающему наркотики клиенту/подопечному в помощи, но и не оказывать на него давления относительно лечения, если человек передумал, и не отвергать его за то, что он не в состоянии полностью отказаться от употребления наркотиков, и, соответственно, не может контролировать режим приёма препаратов.

Особенности контроля болевого синдрома у потребителей наркотиков

При организации паллиативной помощи потребителям наркотиков должны применяться обычные принципы контроля над болевым синдромом. Как при уходе за любым человеком с болевым синдромом, **главной целью здесь является улучшение самочувствия клиента/подопечного и уменьшение побочных эффектов.**

Для потребителей наркотиков контроль над болевым синдромом должен быть комплексным, поскольку в данном случае существует ряд дополнительных факторов: физическая толерантность, психологические ожидания, лекарственное взаимодействие и негативное отношение медработников к потребителям наркотиков (высокий уровень стигмы).

Часто неуверенность в том, что клиент/подопечный не будет стремиться всеми способами достать наркотик и использовать для этого симуляцию болевого синдрома, препятствует клинически целесообразному назначению ему опиатных анальгетиков.



Специалистам по уходу, которые не имеют опыта работы с болевым синдромом среди потребителей наркотиков, рекомендуется обратиться за помощью и рекомендациями к специалистам, работающим в программах «снижения вреда» или других программах (в том числе и государственных) по оказанию помощи наркопотребителям.

¹¹⁸АСТ - аспаратаминотрансфераза - внутриклеточный фермент, неспецифический диагностический маркер ряда заболеваний сердца, печени и др.

Обязательное условие работы специалиста по уходу по купированию болевого синдрома у ПИН - совместный с клиентом/подопечным поиск решения, которое будет работать на клиента/подопечного, учитывая его прошлую историю и настоящее употребление наркотиков.

При составлении программы контроля над болевым синдромом у потребителей наркотиков существует **ряд ключевых проблем, о которых специалист по уходу должен знать, и по поводу которых должен получить рекомендации лечащего врача** для обеспечения адекватного ухода за клиентом/подопечным:

- различные симптомы (включая болевые) у потребителей наркотиков часто недооцениваются, в результате чего потребители наркотиков не всегда получают в полной мере лечение реально присутствующего у них синдромов острой и хронической боли;
- требуется тщательное обследование потребителя наркотиков, который жалуется на боль, включающее диагностику заболевания, которое необходимо лечить с применением специфической терапии в совокупности с обезболиванием и определением на этом основании программы контроля болевого синдрома;
- потребители наркотиков должны чувствовать, что к их боли относятся серьезно; программа контроля над болевым синдромом должна быть ясна как специалисту по уходу, так и клиенту/подопечному, любые назначения или изменения должны обсуждаться с клиентом/подопечным;
- при назначении клиенту/подопечному медикаментов необходимо соблюдать осторожность, учитывая его опыт наркопотребления, предпочтения и текущую ситуацию с употреблением наркотика, возможные побочные явления и взаимодействия медикаментов между собой и принимаемым наркотиком, физическую толерантность к конкретным лекарственным препаратам и т.д.;
- существуют рекомендации ВОЗ, которые говорят о том, что, если не удаётся достигнуть эффекта облегчения боли с помощью ненаркотических анальгетиков, не следует медлить с назначением опиатов для опиатозависимого клиента/подопечного, при этом не забывая о необходимости тщательного последующего наблюдения над ним;
- обычно из-за толерантности опиатозависимым клиентам/подопечным анальгетики требуются чаще и в больших дозах;
- опиатозависимым клиентам/подопечным не следует назначать комбинированные опиаты с агонист-антагонист эффектом, поскольку они могут быстро вызвать синдром отмены.

При паллиативном уходе человек должен иметь возможность сам выбирать, как и когда принимать болеутоляющие (насколько это возможно с точки зрения безопасности). Этот базисный принцип должен использоваться как в отношении потребителей наркотиков, так и в отношении любых других клиентов/подопечных. В некоторых ситуациях, чтобы помочь клиентам/подопечным почувствовать себя

комфортно, а также не потерять контроль над ситуацией, им можно разрешить самостоятельно делать инъекции опиатов. Однако такая гибкость должна иметь место в рамках дисциплины и правил, соответствующих клиническим стандартам и принципам паллиативного ухода.



Некоторые трезвые потребители, находящиеся в ремиссии, могут почувствовать, что приём опиатов и других лекарств для купирования боли ставит их под угрозу срыва, или что такое лечение испытывает их волю.

Важно вовремя понять и обсудить эти переживания. Можно помочь человеку, указав на то, что при паллиативном уходе в поздних стадиях ВИЧ-инфекции, когда жизнь исчисляется месяцами и неделями, акцент ставится на купировании боли и улучшении общего самочувствия, а не на зависимости от наркотиков как таковой. Или, в соответствии с пожеланиями человека, необходимо найти альтернативные способы терапии (например, акупунктуру, массаж, теплые ванны и др.).

Помощь при абсцессах

Специалисты по уходу часто сталкиваются с ещё одной серьёзной проблемой у наркозависимых клиентов/подопечных - **абсцессами**, причиной которых являются инъекции различных наркотиков при несоблюдении правил асептики и антисептики. Это часто приводит к появлению глубоких гнойных ран.

Специалисту по уходу следует применять такие способы ухода за ранами у наркопотребителей, при которых учитываются интересы клиента/подопечного и его толерантность к боли.

Целью ухода в данном случае является очищение и заживление ран теми методами, которые допускаются клиентом/подопечным, и не требуют больших затрат времени. Например, можно использовать для обработки раны мазь, обладающую дезинфицирующими, антимикробными свойствами, и гидроколлоидную повязку, позволяющую закрыть раневую поверхность, и в то же время оставляющую клиенту/подопечному возможность делать инъекции вокруг раны. Это поможет избежать часто возникающей проблемы, когда клиенты/подопечные выдергивают дренаж и снимают повязку, чтобы продолжить употреблять наркотик инъекционным путём.

Глава 3.1.7

Стратегии контроля употребления наркотиков.

Отказ от наркотиков

Паллиативную помощь ВИЧ - положительным потребителям инъекционных наркотиков необходимо начинать с организации проведения полного медицинского осмотра, определения наличия болевого синдрома, выяснения стажа употребления наркотиков. Также рекомендуется проведение психиатрического обследования с тщательным сбором анамнеза (истории болезни).



Детальная оценка употребления наркотиков необходима для того, чтобы разработать эффективный план по предоставлению помощи и уходу, включающий контроль болевого синдрома, контроль употребления наркотиков и возможность применения тактики «снижения вреда». Процесс оценки должен происходить таким образом, чтобы человеку стало ясно, что любая информация об употреблении наркотиков, которую он предоставит, не вызовет негативных последствий для него.

Оценка употребления наркотиков должна проводиться в комфортной для клиента/подопечного обстановке и включать в себя следующие темы:

- **настоящее употребление наркотиков:** как много, каким способом (курение, вдыхание, инъекции), если характер употребления наркотика в последнее время изменился, то почему;
- **употребление наркотиков в прошлом:** как много, каким способом (курение, вдыхание, инъекции), как долго употреблялись наркотики в таком режиме;
- **условия потребления наркотиков:** когда, где, в какой ситуации нравится употреблять наркотики;
- **ощущения, связанные с употреблением наркотиков:** чувства и ощущения при употреблении наркотиков, как это помогает клиенту/подопечному, какие это вызывает проблемы и т.д.;
- **лечение от наркозависимости:** как долго клиент/подопечный может быть без наркотиков, как с этим он справлялся, были ли у него попытки получить детоксикацию, участвовали ли он в лечебных программах, если да, то в каких, как это ему помогло;
- **социальное положение:** есть ли любовные отношения, привязанности, имеет ли место употребление наркотиков партнёром, друзьями, как происходит общение с семьёй, наличие друзей, не употребляющих наркотики, наличие проблем с законом, самые большие трудности в настоящей жизни, что можно назвать хорошим и удачным в жизни клиента/подопечного, и т.д.

Для тех клиентов/подопечных, которые на момент оценки активно употребляют наркотики, рекомендуется руководствоваться различными стратегиями «снижения вреда»¹¹⁹ с учетом специфики ситуации и намерений человека. Любые виды деятельности по «снижению вреда» по отношению к наркопотребителю должны соответствовать готовности к взаимодействию и получению помощи клиента/подопечного, обстоятельствам его жизни и его возможностям. Успех в этом деле зависит от качества отношений, возникающих между клиентом/подопечным и специалистом по уходу.

¹¹⁹ Необходимо также ориентироваться на законодательство, разрешающее или запрещающее отдельные методы «снижения вреда» в стране.



Специалисты по уходу должны понимать, что для потребителей наркотиков в поздних стадиях ВИЧ-инфекции методы помощи, в результате которых может развиться абстиненция, далеко не всегда улучшают качество их жизни.

Боль, риск для здоровья и стресс при проведении детоксикации могут причинить значительные страдания. Не имеет смысла тратить время и силы на лечение наркозависимости, если человеку осталось жить всего несколько месяцев или недель.

Специалистам по уходу не следует настаивать или требовать от клиентов/подопечных воздержания от наркопотребления, но всегда стоит верить в то, что какие-то положительные изменения возможны, и поэтому необходимо применять в подходе к ПИН стратегии «снижения вреда».

Принципы комплексных программ помощи ПИН, основанные на подходах «снижения вреда», включают следующие моменты:

- ориентация клиента/подопечного на полный отказ от наркотика;
- ориентация клиента/подопечного на менее опасные способы употребления наркотиков (лучше курить и вдыхать наркотики, чем принимать их инъекционным путем);
- ориентация на снижение дозы и частоты употребления наркотиков;
- обучение клиента/подопечного менее опасным техникам инъекционного введения наркотиков (использование стерильных шприцев и игл, стерильные процедуры при проведении инъекций; уход за венами; поиск более безопасного в санитарном отношении места для приема наркотиков);
- улучшение условий жизни и предоставление качественного питания;
- оказание помощи в получении положенных по закону денежных пособий;
- направление клиента/подопечного в обычное медучреждение, а также, если необходимо, в специализированную клинику по ВИЧ-инфекции и/или наркодиспансер;
- оказание помощи в получении лечения необходимыми препаратами, которые могут уменьшить негативные эффекты использования наркотиков;
- оказание помощи в поддержке и укреплении социальных связей клиента/подопечного: восстановление семейных отношений и отношений с друзьями, вовлечение его в социальную и духовную жизнь, привлечение в группы поддержки и взаимопомощи и т.д.

Существует много вариантов лечения наркозависимости. Чтобы обсуждать с клиентом/подопечным варианты возможного лечения от наркозависимости, специалист по уходу должен быть хорошо знаком с используемыми подходами и лечебными элементами разных терапевтических программ.

Следует помочь клиенту/подопечному найти организацию, учреждение, лечебные и реабилитационные программы, которые соответствовали бы желаниям клиентов/подопечных и их степени готовности что-то изменить в своей жизни.



Специалисты по уходу также должны понимать, что потребность в наркотиках при плохом физическом состоянии здоровья и развитии различных заболеваний и болезненных состояний у наркопотребителя может снизиться или даже временно исчезнуть совсем. В подобных ситуациях некоторые клиенты/подопечные могут сами

прекратить употребление наркотиков, и тогда им может понадобиться медицинская помощь для купирования синдрома отмены.

Когда состояние здоровья улучшается, потребность в наркотиках может вновь усилиться и стать непреодолимой. В таком случае необходимо использовать те стратегии «снижения вреда», которые описаны выше.

Если же клиент/подопечный желает полностью отказаться от употребления наркотиков, специалист по уходу должен оказать ему помощь в получении курса лечения от наркозависимости с последующей реабилитацией.

Программы лечения и реабилитации от наркозависимости могут включать:

- стационарный/амбулаторный курс детоксикации/снятия синдрома отмены, при котором обычно применяются лекарства, предназначенные для подавления или облегчения синдрома отмены;
- в некоторых странах - заместительную терапию¹²⁰;
- программы с краткосрочным или длительным проживанием, ориентированные на воздержание, которые могут предоставлять следующие услуги: консультирование, группы поддержки, медицинский уход, семейную терапию, альтернативные виды лечения и реабилитации и др.
- амбулаторное лечение, ориентированное на воздержание от наркотиков, которое может также включать консультирование, группы поддержки, альтернативные виды лечения и др.
- реабилитационные программы, основанные на разных моделях («12 шагов» «Монар», религиозные реабилитационные программы и др.).

¹²⁰ В Российской Федерации заместительная терапия не разрешена.

Пересмотренная классификация ВОЗ клинических стадий ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков (клинические протоколы для Европейского региона ВОЗ «Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе», 2006г.)

Острая ВИЧ-инфекция

- Бессимптомное течение
- Острая лихорадочная фаза (острый ретровирусный синдром)

Клиническая стадия I

- Бессимптомное течение
- Персистирующая генерализованная лимфаденопатия: безболезненные, увеличенные (более 1 см) лимфоузлы двух и более разных групп (за исключением паховых) длительностью более 3 мес., в отсутствие других причин их увеличения

Клиническая стадия II

- Себорейный дерматит.
- Ангулярный хейлит.
- Рецидивирующий афтозный стоматит - язвы слизистой рта (2 и более случая на протяжении последних 6 мес.).
- Опоясывающий лишай (обширные высыпания в пределах одного дерматома).
- Рецидивирующие бактериальные инфекции верхних дыхательных путей (2 и более случая синусита, среднего отита, бронхита, фарингита, трахеита на протяжении последних 6 мес.).
- Грибковые поражения ногтей кистей рук.
- Папулёзный зудящий дерматит.

Клиническая стадия III

- Волосистая лейкоплакия слизистой ротовой полости, языка.
- Хроническая немотивированная диарея длительностью более 1 мес.
- Рецидивирующий кандидозный стоматит (два или более раз за 6 мес.).
- Тяжёлые бактериальные инфекции (пневмония, менингит, эмпиема плевры, гнойный миозит, артрит или остеомиелит, бактериемия, тяжёлые воспалительные заболевания малого таза).

- Острый язвенно-некротический стоматит, гингивита или периодонтит.

Клиническая стадия IV

- Туберкулёз легких.
- Внелегочный туберкулёз (кроме лимфаденита).
- Необъяснимая потеря веса (более 10% в течение 6 мес.).
- Синдром истощения (ВИЧ-кахексия).
- Пневмоцистная пневмония.
- Рецидивирующая тяжёлая или подтвержденная рентгенологически бактериальная пневмония (два или более раз в течение года).
- Цитомегаловирусный ретинит (+ колит).
- Герпес, вызванный ВПГ (хронический или персистирующий не менее 1 мес.).
- Энцефалопатия, обусловленная ВИЧ-инфекцией.
- Кардиомиопатия, обусловленная ВИЧ-инфекцией.
- Нефропатия, обусловленная ВИЧ-инфекцией.
- Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия.
- Саркома Капоши и другие обусловленные ВИЧ-инфекцией новообразования.
- Токсоплазмоз.
- Диссеминированная грибковая инфекция (например, кандидоз, кокцидиомикоз, гистоплазмоз).
- Криптоспоридиоз.
- Криптококковый менингит.
- Диссеминированные инфекции, вызванные атипичными микобактериями.

Российская классификации клинических стадий ВИЧ-инфекции (версия акад. РАМН В.В. Покровского, 2001г) с комментариями¹²¹

I. **Стадия инкубации.** Это период от момента инфицирования до появления реакции организма в виде клинических проявлений «острой инфекции» и/или выработки антител. Средняя продолжительность от 3-х недель до 3-6 месяцев. В это время идёт активное размножение ВИЧ в организме, но клинических проявлений заболевания ещё нет. Диагностика в этой стадии затруднена, так как антител в крови нет. Она возможна лишь на основании косвенных эпидемиологических данных (обследование сексуальных партнёров, реципиентов инфицированной крови и др.), обнаружения с помощью специальных методик в сыворотке обследуемого вируса иммунодефицита человека или фрагменты ВИЧ (антигены, нуклеиновые кислоты).

¹²¹Приведённые данные о продолжительности отдельных стадий заболевания носят усредненный характер и могут иметь значительные индивидуальные колебания. Последовательность развития ВИЧ-инфекции через прохождение всех стадий болезни необязательна.

II. **Стадия первичных проявлений.** Это первичный ответ организма на внедрение и размножение ВИЧ в виде клинических проявлений и/или выработки антител. Длительность этой стадии составляет от двух - трёх недель до одного года. Может иметь несколько вариантов течения

II А. «Бессимптомная» стадия. Характеризуется отсутствием клинических проявлений ВИЧ-инфекции. Ответ организма на внедрение ВИЧ проявляется лишь выработкой антител.

II Б. «Острая инфекция без вторичных заболеваний». Проявляется разнообразной клинической симптоматикой (лихорадка, высыпания на коже и слизистых, увеличение лимфоузлов, печени, селезёнки, воспаление глотки и т.д.), возникает обычно в первые три месяца после заражения у 50-90% инфицированных лиц. Эта фаза может проявляться мононуклеозоподобным синдромом (повышение температуры, ангина с наличием налётов на миндалинах, увеличение затылочных, шейных, подчелюстных, подмышечных лимфоузлов, возможное появление сыпи на коже туловища и конечностей) и гриппоподобным синдромом (слезотечение, высокая температура, мышечные и суставные боли).

II В. «Острая инфекция с вторичными заболеваниями». В результате транзиторного иммунодефицита появляются вторичные заболевания различного происхождения - кандидоз, герпетическая инфекция. Их проявления, как правило, слабо выражены, кратковременны, хорошо поддаются лечению. Иногда эти заболевания носят тяжёлый характер и, в некоторых случаях, могут приводить к смерти.

Стадия первичных проявлений ВИЧ-инфекции у подавляющего большинства больных переходит в субклиническую, но у некоторых людей, минуя её, может сразу переходить в стадию вторичных заболеваний.

III «Субклиническая стадия». Характеризуется медленным нарастанием иммунодефицита. Характерным клиническим проявлением этой стадии является персистирующая генерализованная лимфаденопатия (ПГЛ). Для неё характерно увеличение не менее двух лимфоузлов в не менее чем в двух, несвязанных между собою группах (кроме паховых), у взрослых - до размера в диаметре более 1 см, у детей - более 0,5 см, сохраняющихся в течение не менее 3-х месяцев. Лимфатические узлы эластичны, безболезненны, не спаяны с подлежащими тканями, кожа над ними не изменена. Длительность субклинической стадии может варьировать от 2 - 3-х до 20 и более лет, в среднем составляет 6 - 7 лет.

IV. «Стадия вторичных заболеваний». В этой стадии заболевания ВИЧ-инфицированному человеку может потребоваться квалифицированный посторонний уход.

Стадия вторичных заболеваний связана с истощением популяции CD4 лимфоцитов. В результате на фоне значительного иммунодефицита развиваются инфекционные и/или онкологические вторичные заболевания. Их наличие и обуславливает клиническую картину стадии вторичных заболеваний. Процессы в этой стадии могут какое-то время иметь обратимый характер, и клинические проявления вторичных заболеваний могут даже исчезать, спонтанно или в результате проводимого лечения, поэтому в этой стадии выделяют фазы прогрессирования и ремиссии.

В зависимости от тяжести вторичных заболеваний в четвертой стадии выделяют несколько фаз:

Фаза IV А. Развивается через 6 - 10 лет с момента инфицирования. Для неё характерны грибковые, вирусные, бактериальные поражения кожи и слизистых, опоясывающий лишай, повторные фарингиты, синуситы, воспалительные заболевания верхних дыхательных путей.

Фаза IV Б. Развивается через 7 - 10 лет с момента инфицирования. Кожные поражения носят в этот период более глубокий характер и склонны к затяжному течению. Начинают развиваться поражения внутренних органов. Может отмечаться потеря веса более 10%, упорная диарея или лихорадка более одного месяца, волосистая лейкоплакия, туберкулёз легких, повторные или стойкие вирусные, бактериальные, грибковые, протозойные поражения внутренних органов, повторный или диссеминированный опоясывающий герпес, поражения кожи, сопровождающиеся изъязвлениями – повторные или стойкие (продолжительностью не менее двух месяцев), локализованная саркома Капоши.

Фаза IV В. Развивается преимущественно через 10 - 12 лет. Характеризуется кахексией, генерализованными бактериальными, вирусными, грибковыми, протозойными и паразитарными заболеваниями, пневмоцистной пневмонией, атипичными микобактериозами, диссеминированной саркомой Капоши, поражениями центральной нервной системы различного происхождения.

V. Терминальная стадия. Проявляется необратимым течением вторичных заболеваний. Лечение оказывается неэффективным. Количество CD4 лимфоцитов в это время снижается до 50 и менее в 1 мкл крови (0,05 млрд/л). В результате развившихся тяжёлых заболеваний (инфекционных, онкологических или/и поражения нервной системы и тканей головного мозга и др.) больной погибает в течение нескольких месяцев.

Функции витаминов и микроэлементов и их источники

Витамины/ микроэлементы	Роль	Источник
<p>Ретинол Витамин А</p>	<p>Оказывает влияние на рост и функционирование Т и В лимфоцитов иммунной системы, поддерживает работу эпителиальных клеток слизистых оболочек, включая дыхательный, желудочно-кишечный и мочеполовой тракты. Дефицит витамина А приводит к более быстрому прогрессированию ВИЧ-инфекции, увеличивает смертность среди взрослых, риск передачи инфекции от матери ребёнку, детскую смертность и задержку в росте у детей.</p>	<p>Печень и молочные продукты, темно-зелёные листовые овощи, почки, яйца, некоторые виды рыб, сладкий картофель, тыква, пальмовое масло, морковь, фрукты.</p>
<p>Тиамин Витамин В1</p>	<p>Очень важен для метаболизма энергии/обмена веществ, поддерживает аппетит и функционирование нервной системы.</p>	<p>Крупы, фасоль, мясо, рыба, курица, яйца.</p>
<p>Рибофлавин Витамин В2</p>	<p>Очень важен для метаболизма энергии/обмена веществ, сохранения хорошего зрения, здоровья и чистоты кожи.</p>	<p>Молоко, йогурт, мясо, цельнозерновые крупы, рыба, фасоль.</p>
<p>Ниацин Витамин В3</p>	<p>Очень важен для метаболизма энергии/обмена веществ, сохранения хорошего зрения, здоровья и чистоты кожи, для нормального функционирования нервной и пищеварительной систем.</p>	<p>Молоко, яйца, мясо, домашняя птица, арахис, цельнозерновые крупы, рыба.</p>
<p>Пиридоксин Витамин В6</p>	<p>Отвечает за обмен веществ и всасывание жиров и белков, способствует образованию красных кровяных клеток.</p>	<p>Сладкий картофель, белая фасоль, кукуруза, авокадо, капуста, мясо, рыба.</p>
<p>Кобаламин Витамин В12</p>	<p>Очень важен для образования новых клеток и поддержания работы клеток нервной системы.</p>	<p>Красное мясо, рыба, курица, морепродукты,</p>

		сыр, яйца, молоко, ферментные продукты.
Аскорбиновая Кислота или Витамин С	Очень важен для работы иммунной системы и всасывания железа.	Апельсины, помидоры.
Токоферол или Витамин Е	Защищает структуру клеток и управляет процессами борьбы/противостояния различным болезням.	Листовые овощи, растительные масла, орехи, яичный желток, овощи, печень.
Железо	Доставляет кислород в кровь, уничтожает старые кровяные клетки и строит новые.	Красное мясо, домашняя птица, морепродукты, яйца, орехи, салат, фасоль, зерновые культуры и сухофрукты.
Кальций	Укрепляет кости и зубы. Важен для функционирования сердечной мышцы и других мышц, свертываемости крови, работы иммунной системы.	Молоко, креветки, сушёная рыба, фасоль, салат, горох, просо.
Цинк	Укрепляет иммунную систему. Играет важную роль в процессе переваривания пищи. Доставляет витамин А к тканям.	Мясо, курица, рыба, крупы и овощи.
Селен	Предотвращает повреждение/ухудшение работы сердечной мышцы.	Морепродукты, печень, мясо, морковь, лук, молоко, яйца.
Йод	Обеспечивает развитие и правильное функционирование мозга и нервной системы.	Рыба, морепродукты, йодированная соль.
Магний	Важен для укрепления мышц, функционирования нервной системы. Участвует в процессе роста костей, помогает сохранять зубы здоровыми.	Крупы, темно-зелёные овощи, морепродукты, орехи, бобовые.

Международное законодательство и рекомендательные нормы,
регламентирующие защиту прав людей, затронутых эпидемией ВИЧ-
инфекции и страдающих наркотической зависимостью

Запрет дискриминации Европейской Конвенции о правах человека (далее – ЕКПЧ), 1950 г.

Статья 14 ЕКПЧ «Запрещение дискриминации»:

«Пользование правами и свободами Конвенции, должно быть обеспечено без какой бы то ни было дискриминации по признаку пола, расы, цвета кожи, языка, религии, политических или иных убеждений, национального или социального происхождения, принадлежности к национальным меньшинствам, имущественного положения, рождения или по любым иным признакам». Признак «наркопотребление» относится к «любым иным признакам» для целей применения ст. 14 Конвенции.

Запрет стигмы и дискриминации в документах ООН:

- **Всеобщая декларация прав человека** (принята Генеральной Ассамблеей ООН, 10.12.1948г.). Ст.7 - защита от дискриминации.
- **Пакт об экономических, социальных и культурных правах**, 1966 г. (вступил в силу в 1976 г., в т.ч. и для Российской Федерации). Ст. 12 - право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья.
- **Декларация тысячелетия** Организации Объединенных Наций (принята резолюцией 55/2 Генеральной Ассамблеи ООН, 08.09.2000г.). П. 122 - уважение прав человека и основных свобод для всех.
- **Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом**, 2001 г. (принята резолюцией S-26/2 специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН, 27.06.2001г.). П. 37 - устранение дискриминации.
- **Итоговый документ Всемирного саммита**, 2005 г. (принят резолюцией 60/1 Генеральной Ассамблеи ООН, 16.09.2005г.). П.57 (d) - ликвидация дискриминации.
- **Политическая декларация по ВИЧ/СПИДУ**, 2006 г. (принята резолюцией 60/262 Генеральной Ассамблеи ООН 2.06.2006г.). П. 29 - обязательство принять меры по ликвидации всех форм дискриминации в отношении всех живущих с ВИЧ лиц и членов других уязвимых групп.
- **Политическая декларация по ВИЧ/СПИДУ**: активизация наших усилий по искоренению ВИЧ/СПИДа, 2011 г. (принята резолюцией 65/277 Генеральной Ассамблеи ООН, 8.07.2011г.). П.п. 39, 57, 77, 80 и другие –
 - ✓ признание того, что решение проблемы проявления стигмы и дискриминации в отношении лиц, живущих с ВИЧ, имеет большое значение для борьбы с эпидемией ВИЧ-инфекции;

- ✓ признание необходимости укрепления национальной политики и законодательства для борьбы со стигматизацией и дискриминацией;
 - ✓ обязательство со стороны государств активизировать национальные усилия по созданию благоприятных правовых, социальных и политических рамок с целью ликвидации стигматизации, дискриминации, связанных с ВИЧ;
 - ✓ обязательство содействовать расширению доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции и обеспечению недискриминационного доступа к образованию, медицинскому обслуживанию, занятости и социальным услугам, предоставлять правовую защиту затронутым эпидемией ВИЧ-инфекции людям и др.
- **УНП ООН: Резолюция 49/4 Комиссии по наркотическим средствам, 2009 г.** Предложение: обеспечить доступ наркопотребителей и их семей к службам медицинского и социального обеспечения без какой-либо дискриминации.
 - **Совместная программа УНП ООН и ВОЗ о лечении наркотической зависимости** (с 2010 г.). Лечение наркопотребителей без дискриминации.
 - **Стратегия ЮНЭЙДС (программа ООН по борьбе со СПИДом) 2011-2015г.г.** Задача: достигнуть нулевой дискриминации в отношении ВИЧ - положительных людей к 2015 г

**Программы (алгоритмы) социального сопровождения
при ВИЧ-инфекции, туберкулёзе и вирусных гепатитах**

Программы социального сопровождения позволяют получить доступ к наиболее уязвимым группам, подверженным высокому риску инфицирования ВИЧ, туберкулёзом и вирусными гепатитами В и С. При этом одна часть клиентов программы социального сопровождения с большой степенью вероятности или не проходила обследование на наличие этих инфекций, или проходила его давно, а другая часть клиентов, даже при наличии положительного результата, по тем или иным причинам не прошла полного обследования и поэтому не получает необходимого лечения.

Программа социального сопровождения позволяет при необходимости, сохраняя клиент - центрированный подход, мотивировать клиентов на прохождение обследований на ВИЧ, туберкулёз, вирусные гепатиты В и С и их последующее лечение.

Для организации работы с клиентами, направленной на раннее выявление указанных заболеваний при проведении исходной оценки и составлении сервисного плана предлагается использовать типовые алгоритмы.

I. Алгоритм работы по выявлению и лечению ВИЧ инфекции

Алгоритм применяется ко **всем** клиентам программы социального сопровождения, у которых присутствует потенциальный риск инфицирования (потребление наркотиков, рискованные сексуальные контакты, пребывание в МЛС¹²²).

- Выяснить у клиента, проходил ли он когда-либо тестирование на ВИЧ инфекцию. Выяснить, когда проходил тестирование в последний раз. Если тестирование не проводилось или проводилось более полугода назад, провести **дотестовое консультирование и рекомендовать пройти тест**. Необходимо объяснить, **зачем** проходить тестирование, и **почему** тестирование нужно проходить регулярно даже при отрицательном результате.
- В том случае, если клиент проходил тестирование, и результат теста был положительным, необходимо выяснить:
 - ✓ состоит ли клиент на диспансерном учёте в СПИД центре (необходимо объяснить, что такое диспансерный учёт, при этом лучше заменять слово «учёт» на слово «наблюдение»).
- Если клиент на учёте не состоит, необходимо мотивировать его на постановку на учёт. Нужно объяснить, **зачем** становиться на учёт, что это может дать клиенту. Важно объяснить, что при наличии ВИЧ-инфекции необходимо регулярно проходить обследования, чтобы вовремя начать необходимое лечение. Вовремя начатое лечение может продлить жизнь на долгие годы.
- Если клиент состоит на диспансерном учёте, необходимо выяснить:

¹²² МЛС - места лишения свободы.

- ✓ знает ли он своего лечащего врача (если да, то необходимо попросить у клиента разрешения связаться с ним для того, чтобы понять, нужно ли проводить какую-то дополнительную мотивационную работу, и что уже было сделано сотрудниками центра СПИД);
 - ✓ когда клиент был в центре СПИД последний раз (если посещение состоялось более шести месяцев назад - рекомендовать посетить врача и объяснить, почему важна регулярность таких посещений);
 - ✓ проходил ли клиент обследование на CD4 и вирусную нагрузку, знает ли, что означают результаты, и каковы они (если клиент или не проходил обследование, или не знает, или не понимает его результатов - провести первичную консультацию и направить на обследование и врачебную консультацию).
- Любому клиенту, живущему с ВИЧ необходимо задать вопрос о том, получает ли он в настоящее время АРВ-терапию. В том случае, если клиент не знает или не понимает, что такое АРВ-терапия, необходимо, по крайней мере, предоставить базовую информацию об АРТ и дать на руки информационные материалы.
При проведении беседы не стоит ограничиваться вопросами, ответы на которые подразумевают только «да» или «нет». Например, вопрос «Знаешь ли ты, что такое АРВ терапия?» заменить вопросом «Что ты знаешь о возможности лечения ВИЧ инфекции в нашем городе?» Это позволяет получить представление не только о наличии или отсутствии у клиента информации, но и о степени её подробности и достоверности.
 - В том случае, если клиент **не получает** терапию, необходимо выяснить почему. Если клиент говорит, что терапия ему не нужна - необходимо выяснить, почему он так считает. Допустимым считается ответ «Не принимаю терапию, поскольку результаты анализов на CD4 и вирусную нагрузку, сделанные менее шести месяцев назад, показывают, что в настоящий момент необходимости в терапии нет».
Любые другие ответы – «не нужна, потому, что я хорошо себя чувствую», «не хочу, не верю» и т.д. - означают необходимость дальнейшей работы с клиентом по вопросам АРВ-терапии.
Нужно выяснить, какова ситуация в настоящий момент, и действительно ли в терапии нет необходимости. Нежелание и недоверие к терапии требует мотивационной работы - рекомендуется связать клиента с равными консультантами мультидисциплинарной команды или группой поддержки ЛЖВ. При отсутствии у клиента информации о состоянии его иммунной системы направить его в центр СПИД для проведения необходимых исследований.

- Если клиент сообщает о том, что он принимает АРВ-терапию, необходимо провести экспресс-оценку уровня приверженности. Высокой считается приверженности в 95 процентов и более. Это значит, что при двукратном приёме препаратов в день допустим пропуск **не более одного приёма препаратов за две недели**. Кроме кратности, необходимо оценить, соблюдает ли клиент **режим и дозировку**.

Для проведения экспресс - оценки приверженности можно задать следующие вопросы: «Сколько раз в день Вы принимаете лекарства, и в какое время?», «Сколько таблеток Вы принимаете за один раз?» (уверенный ответ на этот вопрос с указанием числа и времени приёмов АРВ-препаратов говорит о соблюдении режима).

Важно, чтобы клиенты, принимающие АРВ-терапию, знали, как действовать в случае пропуска приёма препаратов. Для этого следует спросить: «Что Вы делаете, если случайно забудешь принять лекарства вовремя?». Правильным является ответ: «Принимаю пропущенную дозу сразу же, как только вспомню. Следующую дозу принимаю, как положено».

Оценить уровень приверженности можно, задав вопрос: «Когда Вы пропустили приём лекарства в последний раз? А до этого?» (пропуск более одного приёма препаратов за две недели - повод для консультирования по приверженности лечению), «Что Вам мешает или не позволяет быть приверженным лечению?», «Что может Вам помочь в поддержании приверженности?». Основываясь на полученной информации, можно принять адекватное решение в отношении того, куда лучше направить клиента для оказания помощи.

Если по результатам экспресс-оценки консультант делает вывод о недостаточной приверженности лечению, клиенту необходимо дать понять, что ему следует работать над повышением приверженности и объяснить, как это делать, а также следует направить его в группу поддержки или любую доступную программу по формированию приверженности, в зависимости от ситуации и потребностей клиента.

II. Алгоритм работы по выявлению и лечению туберкулёза

Вопросам профилактики и лечения туберкулёза в программах социального сопровождения необходимо уделять пристальное внимание. В особенности важным является ранняя диагностика туберкулёза у клиентов с ВИЧ.

Алгоритм применяется к следующим группам клиентов программ социального сопровождения: ЛЖВ, клиенты, вышедшие из МЛС, клиенты, у которых по результатам проведения экспресс-оценки высок риск развития туберкулёза.

Вопросы для проведения экспресс-оценки, которые специалист по сопровождению задаёт клиенту для проведения оценки риска развития туберкулёза:

- «Были ли Вы в тесном контакте с человеком, которого беспокоил кашель?»
- «Есть ли в Вашем окружении люди, страдающие туберкулёзом?»

- «Есть ли у Вас кашель с мокротой более 2-х недель?»
- «Скажите, беспокоит ли Вас слабость, подъём температуры в вечернее время или потливость по ночам?»
- «Проводилось ли Вам исследование мокроты на туберкулёз или флюорография/рентгенография, если да, то когда?»

Задача специалиста по социальному сопровождению - мотивировать клиентов с высокой степенью риска развития туберкулёза на прохождение регулярного обследования:

- Необходимо спросить клиента, когда он в последний раз проходил обследование на туберкулёз. Если с момента последнего обследования прошло более 12-ти месяцев, то следует предложить клиенту пройти обследование.
- При наличии признаков туберкулёза по результатам обследования специалист по сопровождению:
 - ✓ передаёт клиента в противотуберкулёзную службу для прохождения им стационарного и/или амбулаторного обследования и лечения;
 - ✓ связывается с лечащим врачом, анализирует жизненную ситуацию клиента, по возможности и при наличии необходимости, организует доставку противотуберкулёзных препаратов на дом и другие услуги, которые необходимы клиенту для успешного прохождения лечения.
- При наличии признаков туберкулёза у ВИЧ - положительного клиента рекомендуется незамедлительно сообщить об этом лечащему врачу в центре СПИД, в случае, если между центром СПИД и противотуберкулёзной службой отсутствует система обмена информацией.

III. Алгоритм работы по стимулированию выявления и лечения вирусных гепатитов В и С.

Алгоритм применяется ко **всем** клиентам программы социального сопровождения, у которых присутствует потенциальный риск заражения (потребление наркотиков, рискованные сексуальные контакты и т.п.):

- Выяснить у клиента, проходил ли он когда-либо тестирование на наличие гепатитов В и С. Выяснить, когда проходил тестирование в последний раз. Если тестирование не проводилось или проводилось более полугода назад, **рекомендовать пройти тест**. Необходимо объяснить, **зачем** проходить тестирование, и **почему** тестирование нужно проходить регулярно.

Как минимум, клиент должен понимать, что вирусные гепатиты В и С встречаются очень часто и представляют серьезную угрозу здоровью, поскольку могут приводить к развитию жизненно опасных поражений печени (цирроз, рак печени). Особенно опасным является употребление алкоголя и наркотиков при наличии вирусных гепатитов, а также сочетание вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции. Поскольку вирусные гепатиты В и С часто протекают без видимых

проявлений, то регулярное тестирование необходимо для их своевременного выявления.

Клиенты, как правило, знают о вирусных гепатитах В и С значительно меньше, чем о ВИЧ-инфекции, и часто недооценивают опасность, которую несут эти заболевания. Поэтому специалисту по сопровождению следует в процессе проведения оценки предлагать информационные материалы о вирусных гепатитах В и С всем участникам программы социального сопровождения.

- В том случае, если клиент проходил тестирование, и результат теста был положительным, необходимо:
 - ✓ Выяснить, посещал ли клиент врача инфекциониста и проходил ли обследование (если обследование не проводилось, следует направить клиента на приём к врачу-инфекционисту);
 - ✓ объяснить, зачем нужно проходить обследования и находиться под наблюдением (рассказать о возможностях лечения гепатитов, дать краткие рекомендации о жизни с гепатитом или мотивировать на получение этой информации от других специалистов);
 - ✓ если результат положительный только на гепатит С (а на гепатит В - отрицательный), необходимо рекомендовать консультацию у врача-инфекциониста для решения вопроса о вакцинации против гепатита В, при наличии у клиента положительного теста на ВИЧ, вопрос о вакцинации против гепатита В необходимо решать с его/её лечащим врачом).
- Если результат теста на гепатиты В и С отрицательный, следует вместе с клиентом оценить риски и рекомендовать повторное обследование по истечении «периода окна».

Далее необходимо совместно с клиентом разработать план снижения риска заражения. Также следует рассказать клиенту о существующих возможностях по вакцинации против гепатита В (если у клиента положительный тест на ВИЧ, то необходимо проконсультироваться с врачом для решения вопроса о вакцинации против гепатита В).

Приложение 5

**Организация деятельности
информационно-консультационного центра Красного Креста «Ступени»
(из опыта работы Иркутского регионального отделения Российского Красного Креста
в 2003 – 2014г.г.)**

Наименование подразделения	Квалификация сотрудников	Объём работы специалиста	Место работы и нагрузка на специалиста	Взаимодействие с Центром СПИД (ЦС)	Необходимые условия для осуществления взаимодействия с Центром СПИД и другими партнерами
Психологическая служба	Психолог взрослых	Первичный приём клиентов, собеседование, тестирование, индивидуальное и семейное консультирование, обучение штата и добровольцев, проведение тренингов, работа с семьёй по индивидуальным планам, психокоррекция, работа с группой поддержки, работа на «горячей линии».	ИКЦ «Ступени», рабочий день 7 часов 10 минут при 5-ти дневной рабочей неделе (36 часов в неделю).	Взаимные направления клиентов (Центр СПИД направляет клиентов в ИКЦ «Ступени» для получения психологической и социальной помощи; специалисты ИКЦ «Ступени», в случае необходимости, направляют клиентов в Центр СПИД для обследования, диспансерного наблюдения, назначения лечения и т.п.), взаимное информирование о деятельности, обмен опытом, Контактное лицо - психолог Центра СПИД.	Необходима форма отчёта психолога, которую может использовать Центр СПИД для своей статистики, форма направления клиентов в ИКЦ «Ступени» или в Центр СПИД, а также «визитка» ИКЦ «Ступени», необходим конкретный человек из Центра СПИД для контакта психолога, необходим список организаций и различных структур, которые могут оказать помощь ЛЖВ, с точным указанием адресов, телефонов, характером и объёмом оказываемых ими услуг.

	Психолог детский	Первичный приём клиентов, собеседование, тестирование, индивидуальное и семейное консультирование, проведение тренингов, работа с группой поддержки, работа на «горячей линии», патронаж на дому беременных женщин и детей, рожденных ВИЧ(+) матерями.	ИКЦ «Ступени» и патронаж на дому клиентов Службы Милосердия. Рабочий день 7 часов 10 минут при 5-ти дневной рабочей неделе (36 часов в неделю), из них 5 часов в неделю - на патронаж и супервизию.	Взаимные направления клиентов (см. выше), получение направления и информации о необходимости патронажа от Центра СПИД, взаимное информирование о деятельности, контакт со специалистом ЦС (педиатр, психолог, клиницист) и с участковой педиатрической службой.	Необходима отчётная форма наблюдения психолога при осуществлении патронажа, которую может использовать Центр СПИД для своей статистики, форма направления клиентов в ИКЦ «Ступени» или в Центр СПИД, а также «визитка» ИКЦ «Ступени», необходим конкретный человек из Центра СПИД для контакта психолога, а также форма выдачи конкретных заданий для патронажа на дому. Необходимо отработать форму контактов с участковой педиатрической службой.
--	-------------------------	--	---	---	---

Служба милосердия (патронажная служба медицинских сестёр)	Координатор по социальной и патронажной работе	<p>Организация работы патронажных сестёр милосердия, контроль за их деятельностью. Сбор информации от сестёр милосердия, её обработка, подготовка отчётных форм по деятельности Службы милосердия и их анализ, взаимодействие с лечебными учреждениями, Центром СПИД и другими организациями для решения проблем клиентов СМ. Организация работы ИКЦ «Ступени», включая административные, хозяйственные, организационные вопросы работы ИКЦ «Ступени», проведение закупок детского питания и витаминов, распределение детского питания и витаминов. Оказание содействия в решении социальных проблем клиентов, взаимодействие с органами социальной защиты, учреждениями здравоохранения и т.д.</p>	<p>ИКЦ «Ступени» и патронаж на дому клиентов Службы Милосердия, рабочий день 7 часов 10 минут при 5-ти дневной рабочей неделе (36 часов в неделю), из них 8 часов в неделю - на патронаж и контроль над деятельностью сестёр милосердия.</p>	<p>Личный контакт со специалистом Центра СПИД, который будет выдавать плановые задания для осуществления патронажа (адреса, проблемы, необходимые действия и т.п.) и которому координатор по патронажной работе будет выдавать результат работы по определённой форме. Необходимо выработать форму взаимодействия с органами социальной защиты Примечание: все клиенты службы милосердия Красного Креста предварительно дали письменное информированное и добровольное согласие на получение услуг Красного Креста!</p>	<p>Необходима очень конкретная и чёткая форма листа наблюдения для сестёр милосердия при осуществлении патронажа (что и как посмотреть, какими словами оценить и описать), так же необходимо отобрать для патронажа беременных женщин и детей, рождённых от ВИЧ (+) матерей, т.е. составить плановое задание для СМ на месяц и установить контактное лицо в Центре СПИД, которое будет выдавать задания и к которому будет поступать отчётная информация с соблюдением всех правил конфиденциальности. Для анализа деятельности СМ необходима общая аналитическая форма, которую так же будет заполнять координатор по патронажной работе по итогам недели, месяца и т.д.</p>

	Медицинская сестра милосердия	<p>Осуществление патронажа на дому за ЛЖВ и беременными ВИЧ+ женщинами и детьми, рождёнными от ВИЧ+ матерей, наблюдение за их физическим и психо - эмоциональным состоянием, за режимом питания, гигиены и т.д., за приемом медикаментов, витаминных препаратов и пр., консультирование по вопросам здорового образа жизни, профилактике распространения ВИЧ-инфекции и т.п., оказание помощи в решении различных социальных, юридических, медицинских и других вопросов.</p>	<p>ИКЦ «Ступени» и патронаж на дому клиентов Службы Милосердия, рабочий день 7 часов 10 минут при 5-ти дневной рабочей неделе (36 часов в неделю), из них минимум 30 часов в неделю - на патронаж. Нагрузка на одну сестру милосердия - минимум четыре посещения в день, максимум 5 посещений в день, среднее число посещений в неделю на одну медсестру - 20, в месяц-88. Среднее число клиентов, находящихся на постоянном обслуживании у одной медсестры -55-60. Посещение одного клиента на дому осуществляется не реже одного раза в месяц, в среднем - два раза в месяц. Еженедельно один раз каждая медсестра работает в ИКЦ «Ступени» в качестве регистратора и консультанта (6 часов).</p>	<p>Лично с Центром СПИД не взаимодействуют (только через координатора по социальной и патронажной работе, в исключительных случаях - через психолога или менеджера программы).</p>	<p>Необходимо разработать и утвердить: дневник учёта работы медсестры, лист наблюдения, инструктаж, чёткое обозначение прохождения информации о клиентах, правила работы на дому, собственная безопасность и безопасность клиента, рабочая одежда, состав гигиенического набора первой помощи (экипировка медсестры на выезде, её идентификация). Чёткое описание действий медсестёр при проведении патронажа (последовательность действий, их оценка, их описание, их фиксирование и т.д.), форма «экстренного извещения» о неблагоприятной ситуации в патронируемой семье.</p>
--	--------------------------------------	---	---	--	--

Инструктор/тренер	Медицинское образование, педагогическое образование	<p>Методическая разработка программ семинаров и тренингов для различных групп населения, для ВИЧ инфицированных, членов их семей и т.п. Самостоятельное проведение семинаров и тренингов, а также их организация, подготовка и переподготовка штата и добровольцев, организация и руководство работой добровольцев, разработка и подборка информационных материалов для дальнейшего издания в виде плакатов, брошюр, буклетов и т.д.</p>	<p>ИКЦ «Ступени», 8- ми часовой ненормированный рабочий день при 5- ти дневной рабочей неделе. Сами семинары и тренинги могут проходить как в ИКЦ, так и «на выезде».</p>	<p>Взаимодействует с определённым специалистом по мере необходимости для определения тем семинаров и тренингов, а также привлечения специалистов для работы на семинарах, для согласования методики проведения семинаров, макетов информационных материалов и т.д.</p>	<p>Необходимо разработать график проведения семинаров и тренингов, разработать специальные программы тренингов для различных групп (первоначально определившись, какие группы, какой объём информации и т.п.), форму отчётов по проведенным тренингам).</p>
--------------------------	--	--	---	--	---

Равный консультант	ЛЖВ - доброволец, прошедший	Приём клиентов, консультирование, работа в группах поддержки, участие в подготовке тренингов, представление интересов ЛЖВ в различных организациях и службах.	ИКЦ «Ступени», Центр СПИД, женские консультации. Работа по графику.	Взаимодействует с психологом Центра СПИД, заведующими женскими консультациями.	Необходим чёткий график работы «равных консультантов», форма учёта их работы (сколько консультаций проведено, для кого, тема консультирования, результат).
Координатор по информационной деятельности	Высшее гуманитарное образование, знание ПК, владение английским языком	Разработка и подготовка информационных материалов для публикации, разработка и осуществление рекламно-информационной стратегии, перевод информационных и других документов для дальнейшего их использования.	Центральный офис Красного Креста, 8-ми часовой ненормированный рабочий день при 5-ти дневной рабочей неделе	Взаимодействует с профотделом Центра СПИД по вопросам согласования текстов информационных материалов, осуществления информационно - рекламной деятельности услуг для ЛЖВ.	Необходима чёткая стратегия информационно-рекламной деятельности с календарным планом работы, аналитическая форма отчёта (что было сделано, привело ли это к увеличению числа клиентов «Ступеней», как в целом повлияло на работу служб, каковы отзывы клиентов и специалистов об информационных материалах, изданных в рамках программы).

Координатор по мониторингу и оценке	Высшее педагогическое образование, специальная подготовка по мониторингу и оценке	Мониторинг и оценка программы в целом и отдельных её вмешательств, разработка всех учётно - отчётных форм, систематический анализ деятельности всех элементов программы и ситуации в целом, подготовка ежеквартальных отчетов по индикаторам программы	Офис Красного Креста, 8-ми часовой ненормированный рабочий день при 5-ти дневной рабочей неделе.	Взаимодействует с определенным специалистом по мере необходимости для получения необходимой информации и материалов, а также для предоставления Центру СПИД аналитического материала и отчётов.	Определить контактное лицо, график и объём предоставляемых отчетов.
Менеджер программы	Высшее медицинское	Общее руководство программой, финансовый менеджмент, кадровые вопросы, взаимодействие всех структур программы и внешних партнёров, контроль и анализ деятельности, предоставление отчётности донору и вышестоящей организации.	Офис Красного Креста, 8-ми часовой ненормированный рабочий день при 5-ти дневной рабочей неделе.	Взаимодействует по мере необходимости с руководством Центра СПИД и специалистами.	Определить контактное лицо в партнёрской организации по планированию и организации совместной деятельности.

Организация комплексной помощи ЛЖВ на базе информационно-консультационного центра «Ступени»

(из опыта работы Иркутского регионального отделения Российского Красного Креста в 2003 – 2014.г.)

1. Общая информация

ИКЦ «Ступени» - информационно-консультационный центр по вопросам ВИЧ/СПИД для населения, созданный в рамках проекта «Помощь людям, живущим с ВИЧ».

ИКЦ расположен в центре города, имеет несколько изолированных помещений и отдельный вход.

В центр может обратиться любой житель г. Иркутска и Иркутской области, независимо от ВИЧ-статуса, возраста и т.д.

Информация об услугах ИКЦ распространяется через врачей центра СПИД, гинекологическую службу, женские консультации, телевидение, аудиорекламу в общественном транспорте и т.д. Особо следует отметить результаты информационных кампаний, проводимых Иркутским РО РКК для молодёжи, на которых распространяются информационные материалы ИКЦ «Ступени».

Одной из основных причин, которая побуждает ЛЖВ обращаться за помощью в ИКЦ «Ступени», является высокий уровень стигмы и дискриминации в обществе, что зачастую ограничивает доступ людей, к адекватной помощи.

ВИЧ - положительные клиенты составляют 75% от общего числа всех, обратившихся в ИКЦ «Ступени». ВИЧ - отрицательные клиенты - это, в основном, члены семей ВИЧ - положительных людей, а также, люди, имеющие опыт общения с ВИЧ - положительными людьми, либо люди, практикующие рискованное, в плане заражения ВИЧ, поведение.

Во всех информационных материалах, издаваемых Иркутским РО РКК¹²³, обязательно указывается телефон «горячей линии». Людям, затронутым эпидемией ВИЧ-инфекции, позвонить всегда проще, чем прийти, а в задачу консультантов «горячей линии» входит мотивация клиента на посещение центра. «Горячая линия» работает в том же режиме, что и центр – с 9 до 19 часов в будни и с 10 до 14 часов в субботу. Как показала практика, это время наиболее удобно для клиентов.

К работе в ИКЦ «Ступени» привлечены следующие специалисты: психолог, детский психолог, юрист, врач-эпидемиолог, медицинские сестры, равные консультанты. При ИКЦ «Ступени» работает патронажная служба сестер милосердия Красного Креста.

В ИКЦ «Ступени» создана тёплая, доброжелательная обстановка, здесь рады каждому клиенту. Благодаря этому, и квалификации сотрудников, основная масса клиентов приходит в Центр по многу раз. Практикуется «комплексное» предоставление услуг – если клиент пришёл впервые, с ним обязательно проводит работу консультант по ВИЧ-инфекции – клиенту предоставляется достоверная информацию о ВИЧ-инфекции,

¹²³ Иркутское региональное отделение Российского Красного Креста

путях передачи, мерах профилактики, а также о тех услугах, которые клиент может получить в ИКЦ. Специалисты, в случае необходимости, помогают клиенту получить услуги других специалистов ИКЦ, либо другого учреждения.

В информационно-консультационном центре «Ступени» и патронажной службой сестёр милосердия Красного Креста предоставляются следующие услуги:

- консультация психолога и детского психолога для ЛЖВ и членов их семей;
- оказание ВИЧ - положительным беременным женщинам и детям, рождённым ими, материальной помощи в виде продуктов питания, витаминов, гигиенических наборов;
- помощь в уходе на дому за малышами, рождёнными ВИЧ - положительными матерями;
- уход на дому за людьми, находящимися на поздних стадиях ВИЧ-инфекции и нуждающимся в постороннем уходе;
- консультирование ВИЧ - положительных женщин по вопросам питания, профилактики вертикальной передачи ВИЧ от матери ребёнку и другим темам, связанных с ВИЧ-инфекцией.
- Консультирование ближайшего окружения ЛЖВ, проводимое сестрой милосердия во время патронажных визитов, по вопросам питания ЛЖВ и ухода за людьми, находящимися на поздних стадиях ВИЧ-инфекции;
- издание информационных материалов, предоставляющих общую информацию о ВИЧ-инфекции и мерах её профилактики, а также о жизни с ВИЧ;
- юридическая консультация и помощь ЛЖВ;
- группа поддержки для ЛЖВ;
- семинары/тренинги для ЛЖВ и людей, оказывающих уход ЛЖВ;
- телефон «горячей линии» по вопросам ВИЧ/СПИД.

2. Схема работы с клиентами в ИКЦ «Ступени»

ИКЦ условно разделён на две части: зону А и зону Б. Это позволяет максимально обеспечить безопасность и соблюдение конфиденциальности, а также более комфортные условия для работы специалистов.

Зона А – это, фактически, приёмная, где ведётся первичный приём клиентов, оформляется первичная документация.

Зона В представляет собой изолированные и специально оборудованные помещения для работы с клиентами специалистов (психолога, юриста и т.д.)

Когда клиент впервые приходит в ИКЦ, его встречает консультант по вопросам ВИЧ/СПИД. В регистрационном журнале записывается время посещения, делается отметка о том, первый это визит или повторный, цель визита, как посетитель узнал об ИКЦ и какая помощь ему необходима.

Если клиент пришел в ИКЦ впервые, консультант по вопросам ВИЧ/СПИД заполняет карточку клиента. На каждого клиента заводится индивидуальная карточка, присваивается персональный идентификационный номер (код), состоящий из даты его

рождения и инициалов имени. Идентификационный номер записывается в верхней части карточки клиента. Каждый раз при встрече со специалистом в ней отмечается, какие услуги были оказаны клиенту.

После ознакомительной беседы с клиентом консультант заполняет анкету, которой присвоено условное название «6-ой визит» (её оформляют при первом посещении клиентом ИКЦ, а затем повторяют анкетирование при каждом 6-ом визите клиента). В форме «6-ой визит» необходимо ответить на вопросы о том, практиковалось ли рискованное поведение, насколько посетитель осведомлён о способах передачи ВИЧ и распространённых стереотипах, и мифах о ВИЧ, и т.д. Эта информация позволяет проводить мониторинг эффективности работы специалистов, и используется для того, чтобы определить уровень осведомлённости клиента в вопросах, касающихся ВИЧ-инфекции, и правильно оценить проблемы клиента и объём необходимой помощи. Анкетирование проводится в формате свободной беседы - клиент не заполняет форму сам, а лишь отвечает на вопросы консультанта.

Во время беседы консультант выясняет, в каких видах помощи нуждается клиент и какую помощь он хотел бы получить.

В случае необходимости консультант, работающий на первичном приёме, предлагает клиенту получить услуги других специалистов ИКЦ и направляет его в зону В.

Если есть возможность, клиент может встретиться с психологом, юристом или сестрой милосердия сразу после беседы с консультантом.

Уходя, клиент заполняет очень простую итоговую форму по его удовлетворенности обслуживанием в ИКЦ (качественный индикатор обслуживания в ИКЦ).

3. Взаимодействие с партнёрами

Одной из причин успешной реализации проекта явилось тесное сотрудничество с областным Центром СПИД. Принятие во внимание предложений и потребностей Центра СПИД при реализации проекта, привлечение к работе консультантами его специалистов, совместная разработка и реализация мероприятий позволили укрепить эти отношения. Взаимодействие с другими медицинскими учреждениями (больницами, поликлиниками) было установлено через участие в совместных планёрных совещаниях, приглашение администрации медицинских учреждений для участия в мероприятиях, проводимых Иркутским РО РКК в рамках проекта, совместную подготовку и распространение информационных материалов, организацию и реализацию совместных мероприятий, например, таких как Всемирный день борьбы со СПИДом или информационная компания по безопасному сексу. В рамках проекта был учреждён Общественный Совет по ВИЧ/СПИДу, что стало прекрасной возможностью для организаций – партнёров собираться и обсуждать общие интересы, потребности возможности по противодействию распространения эпидемии ВИЧ-инфекции в Иркутской области.

4. Вовлечение в деятельность ЛЖВ

Проект «Помощь людям, живущим с ВИЧ», несомненно, выиграл, когда в процесс его реализации были вовлечены люди, живущие с ВИЧ. Улучшилось качество и число предоставляемых услуг. В список услуг были добавлены дополнительные виды (например, служба знакомств для ЛЖВ). Конечно же, выиграла и сами люди, живущие с ВИЧ, вовлечённые в проект. Они стали чувствовать себя востребованными и полезными для общества. В самом начале реализации проекта было несколько трудно привлечь ЛЖВ к деятельности, но после того, как проект завоевал доверие клиентов, они стали чувствовать себя намного комфортнее и стали более активными.

5. Мониторинг и оценка (МиО)

На первом этапе сотрудники проекта «Помощь людям, живущим с ВИЧ» потратили очень много времени на разработку плана мониторинга и оценки и необходимых инструментов для реализации этого плана.

В проекте выделен специальный сотрудник (координатор по мониторингу и оценке), который контролировал выполнение плана мониторинга и оценки. Спустя год с начала реализации проекта было принято решение об упрощении плана МиО и форм, которые используются для сбора информации. Первоначально формы были очень длинными и громоздкими, поэтому и сотрудники, и клиенты сталкивались с трудностями при их заполнении. Опыт реализации проекта убедительно показал, что длинные и слишком детализированные формы, используемые в процессе мониторинга, не удобны и требуют значительных временных затрат, что повышает, в том числе, вероятность того, что они будут заполнены неверно или введут в замешательство клиентов и специалистов.

Отчётно-учётные формы были переработаны таким образом, чтобы они были более лёгкими для понимания и заполнения.

Приложение 7

Вариант программы и плана обучения специалистов по уходу
(разработана Ресурсным Центром Российского Красного Креста по вопросам ВИЧ-инфекции,
туберкулёза и других социально значимых заболеваний, 2012г.)

Программа и план семинара – тренинга
«Медико-социальная помощь для ВИЧ - позитивных потребителей
инъекционных наркотиков»

День первый	
Время	Тема и методы
8.30 - 9.30	Регистрация участников и утренний кофе
9.30 - 10.00	Официальное открытие семинара - тренинга. Приветствие участников семинара - тренинга
10.00 - 10.30	Знакомство участников семинара - тренинга.
10.30 - 10.45	Ожидания участников семинара - тренинга.
10.45 - 11.00	Оценка уровня информированности группы по проблемам ВИЧ/СПИДа и социального сопровождения (тестирование на «входе»).
11.00 - 11.15	Принятие правил работы группы.
11.15 - 11.30	Кофе - пауза
11.30 - 13.00	Актуализация проблемы ВИЧ/СПИДа. «Общая информация о ВИЧ-инфекции. Современные представления: профилактика, диагностика, лечение, вторичные заболевания. Особенности течения ВИЧ-инфекции у потребителей наркотиков, женщин, детей». Групповая работа, дискуссия, мини - лекция.
13.00 - 14.00	Обед
14.00 - 14.45	Актуализация проблемы ВИЧ/СПИДа. Продолжение. «Передача ВИЧ от матери ребенку: проблемы, профилактика, перспективы. Влияние беременности на течение ВИЧ-инфекции и влияние ВИЧ-инфекции на течение беременности. Вероятность рождения здорового ребенка». Групповая работа, дискуссия, мини - лекция.
14.45 - 15.40	Актуализация проблемы ВИЧ/СПИДа. Продолжение. «Риск инфицирования. Риск профессионального инфицирования. Аварийные ситуации. Универсальные меры безопасности. Меры инфекционной безопасности в консультационных центрах и при осуществлении патронажа. Постконтактная профилактика». Групповая работа, дискуссия.
15.40 - 16.00	Кофе - пауза
16.00 - 17.15	Актуализация проблемы ВИЧ/СПИДа. Продолжение. «Паллиативная помощь при ВИЧ-инфекции. Понятие и принципы. Содержание паллиативной помощи. Протоколы ВОЗ для стран СНГ». Работа в группах, мини – лекция.

17.15 - 17.45	Актуализация проблемы ВИЧ/СПИДа. Продолжение. «Понятия риска, уязвимости, рискованного поведения и групп риска». Дискуссия.
17.45 - 18.00	Подведение итогов дня.
День второй	
8.30 - 9.00	Утренний кофе
09.00 - 09.15	Приветствие участников семинара - тренинга. Получение обратной связи от участников семинара-тренинга. Настройка на деятельность.
09.15 - 10.15	Медико-психо-социальные, правовые и этические проблемы, связанные с ВИЧ-инфекцией. «Медицинские, социальные, психологические и правовые особенности целевых групп проекта». Групповая работа, дискуссия.
10.15 - 11.30	Медико-психо-социальные, правовые и этические проблемы, связанные с ВИЧ-инфекцией. Продолжение. «Характеристики целевых групп проекта (ЛЖВ, ПИН). Особенности целевых групп. Вмешательства проекта для решения проблем целевых групп». Групповая работа, дискуссия.
11.30 – 12.00	Кофе – пауза
12.00 - 13.00	Медико-психо-педагогические, правовые и этические проблемы, связанные с ВИЧ-инфекцией. Продолжение. «Формы работы в рамках программ помощи различным целевым группам». Электронная презентация, мини – лекция.
13.00 - 14.00	Обед
14.00 - 15.30	Медико-социальное сопровождение. «Понятие медико-социального сопровождения (ведения случая). Цели и задачи медико-социального сопровождения. Место медико-социального сопровождения в программах профилактики разного уровня. Модели изменения поведения. Эффективное медико-социальное сопровождение». Электронная презентация, мини - лекция, практические упражнения.
15.30 - 16.00	Кофе – пауза
16.00 - 17.45	Медико-социальное сопровождение. Продолжение. «Цикл, стандарты и процесс медико-социального сопровождения. Теория». Электронная презентация, мини - лекция, общая дискуссия.
17.45 - 18.00	Подведение итогов дня.
День третий	
8.30 - 9.00	Утренний кофе
09.00 - 09.15	Приветствие участников семинара - тренинга. Получение обратной связи от участников семинара-тренинга. Настройка на деятельность.

09.15 - 10.15	Медико-социальное сопровождение. Продолжение. «Этап первый медико-социального сопровождения. Установление контакта с клиентом. Трудности при установлении контакта и их преодоление. Взятие клиента в программу сопровождения. Составление и подписание документов. Практика». Электронная презентация, ролевые игры, общая дискуссия, практические упражнения.
10.15 - 11.30	Медико-социальное сопровождение. Продолжение. «Этап второй медико-социального сопровождения. Оценка потребностей клиента. Составление опросника. Типичные ошибки. Принципы планирования беседы с клиентом. Практика». Электронная презентация, ролевые игры, общая дискуссия, практические упражнения.
11.30 – 12.00	Кофе – пауза
12.00 - 13.00	Медико-социальное сопровождение. Продолжение. «Этап третий медико-социального сопровождения. Составление сервисного плана сопровождения клиента. Структура сервисного плана. Сложные запросы. Алгоритм контроля исполнения сервисного плана. Ответственность за выполнение сервисного плана. Практика». Электронная презентация, ролевые игры, общая дискуссия, практические упражнения.
13.00 - 14.00	Обед
14.00 - 14.30	Медико-социальное сопровождение. Продолжение. «Этап четвертый медико-социального сопровождения. Завершение сопровождения (закрытие случая). Практика». Электронная презентация, ролевые игры, общая дискуссия, практические упражнения.
14.30 - 16.00	Медико-социальное сопровождение. Продолжение «Алгоритм ведения случая. Трудные клиенты. Клиент-центрированный подход. Межсекторальное взаимодействие». Практические упражнения, решение ситуационных задач, ролевые игры.
16.00 - 16.30	Кофе – пауза
16.30 - 17.45	Медико-социальное сопровождение. Продолжение «Составление и ведение документации по медико-социальному сопровождению. Оценка эффективности сопровождения. Отчетность. Правила описания историй успеха». Практическая работа.
17.45 - 18.00	Подведение итогов дня.
День четвертый	
8.30 - 9.00	Утренний кофе
09.00 - 09.15	Приветствие участников семинара - тренинга. Получение обратной связи от участников семинара-тренинга. Настройка на деятельность.
09.15 - 10.15	Организационная и методическая работа по медико-социальному сопровождению (ведению случая)

	<p>«Форматы работы по медико-социальному сопровождению. Персоналицирование походов. Работа патронажной сестры милосердия в медико-социальных центрах, во время патронажа и аутрич».</p> <p>Общая дискуссия, практические упражнения.</p>
10.15 - 11.30	<p>Организационная и методическая работа по медико-социальному сопровождению (ведению случая). Продолжение.</p> <p>«Вопросы физической, психологической и инфекционной безопасности при работе с клиентами. Правила работы с клиентами».</p> <p>Электронная презентация, общая дискуссия, практические упражнения.</p>
11.30 - 12.00	Кофе – пауза
12.00 - 13.00	<p>Организационная и методическая работа по медико-социальному сопровождению (ведению случая). Продолжение.</p> <p>«Синдром эмоционального выгорания».</p> <p>Электронная презентация, мини – лекция.</p>
13.00 - 14.00	Обед
14.00 - 14.30	<p>Организационная и методическая работа по медико-социальному сопровождению (ведению случая). Продолжение.</p> <p>«Экспресс – методы снятия стресса и управления трудными психологическими состояниями. Профилактика синдрома эмоционального выгорания».</p> <p>Практические упражнения.</p>
14.30 - 16.00	<p>Организационная и методическая работа по медико-социальному сопровождению (ведению случая). Продолжение.</p> <p>«Работа в команде. Роли и взаимодействие. Понятие консилиума».</p> <p>Практические упражнения, решение ситуационных задач, ролевые игры.</p>
16.00 – 16.30	Кофе – пауза
16.30 - 17.00	<p>Организационная и методическая работа по медико-социальному сопровождению (ведению случая). Продолжение.</p> <p>«Понятие супервизии. Подготовка и переподготовка персонала по вопросам медико-социального сопровождения. Программы обучения».</p> <p>Общая дискуссия.</p>
17.00 - 17.30	<p>Контрольное тестирование на «выходе». Подведение итогов семинара-тренинга. Вручение сертификатов.</p>

Под универсальными мерами предосторожности подразумевается ряд мер, призванных свести к минимуму риск возможного заражения гемоконтактными, т.е. передаваемыми через кровь, инфекциями (вирусными гепатитами В и С, ВИЧ-инфекцией и другими). В основе универсальных мер предосторожности лежат мероприятия, направленные на исключение контакта с чужой кровью, которая может оказаться инфицированной

Универсальные меры предосторожности предполагают:

- регулярное и тщательное мытьё рук;
- осторожное обращение с колюще-режущими предметами при их использовании и хранении;
- допущение к работе сотрудников, имеющих на руках и других открытых участках тела какие-либо повреждения (порезы, царапины, ссадины, проколы и т.п.), только после обработки повреждённых кожных покровов дезинфицирующими средствами и наложения на повреждённые места повязки, пластыря, медицинского клея и т.п.;
- использование средств индивидуальной защиты (медицинских перчаток, подручных средств) при оказании первой помощи, при осуществлении ухода и в других ситуациях, когда возможен прямой контакт с кровью или другими биологическими жидкостями человека, для максимального исключения контакта с ними;
- обеспечение аптечками первой помощи всех специалистов по уходу;
- обеспечение применения безопасных методов утилизации использованных средств индивидуальной защиты, различных предметов, содержащих на своей поверхности кровь и иные биологические жидкости организма человека (в том числе случайно найденных или использованных в процессе ухода за клиентом/подопечным шприцев, игл) и надлежащую обработку (с применением разрешённых дезинфицирующих средств) загрязнённых кровью предметов, оборудования, мебели, одежды, и др.

При оказании первой помощи при ранении, травме, носовом кровотечении и других подобных ситуациях или при осуществлении ухода, когда возможен контакт с биологическими жидкостями клиента /подопечного, необходимо надевать медицинские перчатки, или, при их отсутствии, использовать полиэтиленовые пакеты, бумажные салфетки, платки, одежду, и другие подручные средства в качестве барьера между чужой кровью и кожей рук.

После оказания первой помощи или окончания манипуляций по уходу руки, даже если на них нет видимых следов загрязнения кровью, необходимо тщательно промыть проточной водой с мылом.

При попадании чужой крови на поверхность кожи, загрязнённый участок необходимо тщательно промыть проточной водой с мылом.

Если кровь попала на слизистые оболочки глаз, необходимо сразу же промыть глаза чистой проточной водой.

Если произошел укус до крови, то необходимо промыть место укуса проточной водой с мылом и наложить на место укуса повязку. Укусивший должен несколько раз тщательно прополоскать рот чистой водой.

Универсальные меры предосторожности очень просты, но достаточно эффективны. Их неукоснительное соблюдение является обязательной составляющей мер обеспечения безопасной среды при осуществлении ухода.

Алгоритм соблюдения универсальных мер предосторожности в отношении ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С¹²⁴

«Аварийные» ситуации	Действия персонала
<p>В случае попадания крови на слизистые оболочки глаз</p>	<p>Немедленно промыть глаза чистой проточной водой (или физиологическим раствором), используя любую подходящую ёмкость (бутыль, кувшин, графин и т.п.), следующим образом: усадить пострадавшего, запрокинуть ему голову, осторожно пальцами раздвинуть (оттянуть) веки и аккуратно лить на глаз воду (или физраствор) таким образом, чтобы вода (или физраствор) затекали под веко и свободно вытекали наружу.</p> <p>Примечание</p> <ul style="list-style-type: none"> • Не снимать контактные линзы во время промывания, т.к. они создают защитный барьер. • После того как глаз промыли, контактные линзы снять обработать обычным способом; после этого линзы совершенно безопасны для дальнейшего использования • Нельзя промывать глаза мылом или дезинфицирующим раствором

¹²⁴ Алгоритм разработан в соответствии с Клиническими Протоколами по Постконтактной профилактике (ПКП) для Европейского региона ВОЗ, 2007г. Национальные протоколы по ПКП могут иметь отличия от предложенной версии, необходима консультация с национальными службами здравоохранения по проведению постконтактной профилактики.

<p>В случае попадания крови на слизистые оболочки ротовой полости</p>	<p>Немедленно выплюнуть попавшую в рот жидкость! Ротовую полость тщательно прополоскать большим количеством воды (или физраствора). Повторить полоскание несколько раз.</p> <p>Примечание</p> <ul style="list-style-type: none"> • Нельзя использовать для промывания полости рта мыло или дезинфицирующий раствор.
<p>В случае попадания крови на неповреждённую кожу</p>	<p>Немедленно промыть загрязнённый участок кожи большим количеством проточной воды с использованием мыла.</p> <p>При отсутствии проточной воды обработать загрязнённый кровью участок кожи гелем или раствором для мытья рук.</p> <p>После промывания можно обработать кожу слабыми дезинфицирующими средствами, например, 2 - 4% раствором хлоргексидина глюконата.</p> <p>Примечание.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Нельзя использовать сильнодействующие средства: спирт, отбеливающие жидкости и йод, так как они могут вызвать раздражение кожи • Нельзя тереть или скрести место контакта. • Не следует накладывать повязку на место контакта.
<p>В случае попадания крови на повреждённую кожу (ссадину, царапину, ранку, которые уже имелись ранее)</p>	<p>Промыть место контакта большим количеством проточной воды с мылом.</p> <p>При отсутствии проточной воды обработать загрязнённый участок кожи гелем или раствором для мытья рук.</p> <p>Примечание</p> <ul style="list-style-type: none"> • Нельзя использовать сильнодействующие средства: спирт, отбеливающие жидкости и йод, так как они могут вызвать раздражение раневой поверхности и ухудшить состояние раны. • Нельзя сдавливать или тереть повреждённое место. • Нельзя отсасывать кровь из ранки.
<p>В случае повреждения кожных покровов режуще-колющими предметами, которые могли содержать на своей поверхности кровь (укол</p>	<p>Немедленно промыть повреждённое место большим количеством проточной воды с мылом.</p> <p>Подержать раневую поверхность под струей проточной воды (несколько минут или пока кровотечение не прекратится), чтобы дать крови свободно вытекать из раны.</p> <p>В отсутствие проточной воды обработать повреждённое место дезинфицирующим гелем или раствором для мытья рук.</p> <p>В данном случае может потребоваться консультация врача-инфекциониста для решения вопроса о назначении медикаментозной профилактики ВИЧ.</p>

<p>инъекционной иглой, порез предметом со следами крови и т. д.)</p>	<p>Примечание</p> <ul style="list-style-type: none"> • Нельзя использовать сильнодействующие средства: спирт, отбеливающие жидкости и йод, так как они могут вызвать раздражение раневой поверхности и ухудшать состояние раны. • Нельзя сдавливать или тереть повреждённое место • Нельзя выдавливать или отсасывать кровь из ранки или места прокола иглой. • Помните, что эффективность медикаментозной профилактики сохраняется только в том случае, если она назначена в течение первых 24 - 72 часов с момента наступления «аварийной ситуации».
<p>В случае попадания крови на одежду</p>	<p>Испачканную одежду необходимо снять, кожу под одеждой тщательно промыть проточной водой с мылом и обработать дезинфицирующими средствами для обработки рук (см. выше);</p> <p>Испачканную одежду замочить на 2 часа в дезинфицирующем растворе и далее стирать обычными моющими средствами, просушить и прогладить.</p> <p>Если есть необходимость хранения испачканной кровью одежды, её следует упаковать в плотный полиэтиленовый пакет и тщательно его завязать.</p> <p>Примечание</p> <ul style="list-style-type: none"> • Все манипуляции необходимо проводить в резиновых перчатках. • После снятия перчаток руки следует вымыть проточной водой с мылом
<p>В случае попадания крови на пол, стены, мебель, окружающие предметы</p>	<p>Поверхность обработать дезинфицирующим раствором (обработку повторяют дважды: немедленно и спустя 15 минут).</p> <p>После использования ветошь опустить в ёмкость с дезинфицирующим раствором.</p> <p>Затем промыть поверхность большим количеством воды с добавлением дезинфицирующих моющих средств.</p> <p>Примечание</p> <ul style="list-style-type: none"> • Все манипуляции необходимо проводить в резиновых перчатках. • После снятия перчаток руки следует вымыть проточной водой с мылом.

Приложение 9

Некоторые рекомендации по поведению в случаях агрессии и насилия.

Советы по самообороне

(по материалам сайта www.ria.ru)

«Подвергаясь нападению, многие люди допускают одну из двух ошибок - переоценивают свои возможности, либо сильно их занижают. И то, и другое делает вас потенциальной жертвой. Следовательно, необходимо уметь различать опасности действительные и мнимые, правильно оценивать людей и контролировать себя.

Чтобы адекватно действовать в экстремальной ситуации, необходимо, по возможности, следовать следующему плану действий:

- прежде, чем принимать какое-то решение, проанализируйте ситуацию, в которой вы оказались;
- попробуйте, насколько это будет возможно, оценить человека, противостоящего вам, обратив внимание на его физические и психические данные, настроение и возможные особенности в поведении;
- приведите себя в состояние, которое позволит вам не только действовать, но и думать;
- определите тактику своего поведения в зависимости от всего объёма поступившей к вам информации и ведите себя в соответствии с ней.

Необходимо выбрать такую линию поведения, которой меньше всего от вас ожидают нападавшие:

- никогда не провоцируйте противника к обострению конфликта, не отвечайте грубостью на грубость, оскорблением на оскорбление;
- не вступайте ни в какие споры и конфликты;
- нельзя недооценивать напавшего, относиться к нему снисходительно; считайте его опасным противником и будьте готовы к защите;
- всегда смотрите в глаза тому, с кем говорите;
- если на вас кричат, отвечайте тихо и спокойно;
- тон вашего голоса должен быть твердым, но не агрессивным;
- старайтесь выглядеть спокойным и уверенным, но не вызывающим;
- если нет шансов рассчитывать на собственные силы или на помощь извне, постарайтесь бежать;
- оцените место действия, выберите наиболее выгодную для вас позицию (учитывайте при этом пути возможного отступления, а также использование подручных средств - бутылка, палка, тяжёлые предметы);
- передвигаясь, старайтесь не оставлять противника за своей спиной;

- с тактической точки зрения при нападении выгоднее развернуться спиной к стене;
- запомните - если вы не превосходите напавшего на вас преступника по силе, то должны быть умнее, хитрее и расчётливее.

Правила и приёмы самообороны

(по материалам сайта учителя технологии и ОБЖ Женжурова Г. А., редакция и стиль автора полностью сохранены)

Несколько приёмов личной защиты могут составить первый курс самообороны, который имеет ценность, если опробован на практике. Нельзя, не потренировавшись, считать себя готовым применить в подходящий момент эти советы:

- постоянно держите в поле зрения всё, что происходит поблизости, избегайте попадания во все потенциально опасные ситуации;
- выберите наиболее выгодное положение, при котором можете контролировать действия нападающих, т. е. они должны стоять по отношению к вам спереди, на худой конец, - по сторонам, но не сзади;
- когда стычка неизбежна, следует принять её, действуя со всей решительностью;
- чтобы достичь успеха, отвлеките внимание нападающего, даже уступите ему в чём-то, а затем неожиданно быстро и точно ударьте в уязвимое место;
- при атаке наносите первый и очень сильный удар самому крепкому, на ваш взгляд, обидчику, причём необходимо обмануть нападающих: сделайте ложный выпад, замах или удар в сторону слабого, а атакуйте того, которого выбрали;
- в качестве оружия защиты применяйте любой предмет: ключи, расческу, баллончик с дезодорантом или лаком для волос, зонт, горсть монет, туфли, сумку, песок, камни, палку и т.п.;
- старайтесь сохранять хладнокровие в любых ситуациях;
- попытайтесь найти убежище или помощь; если есть возможность, бегите, оценив перед этим расстояние и собственную выносливость;
- привлеките внимание прохожих и ближайших жителей криком: «Пожар!»; боязнь оказаться в огне побуждает людей, которые обычно не расположены вмешиваться в экстремальную ситуацию (чтобы не стать, таким образом, нежелательным для преступника свидетелем), выглянуть в окно, вызвать полицию или даже прийти на помощь;
- действуйте сообразно обстоятельствам, привлекая ум и смекалку; выбор стратегии поведения индивидуален.

Физическая состоятельность - это гарантия личной безопасности: уменьшая страх, она увеличивает эффективность вашего противодействия:

- при первой возможности сообщите о случившемся в милицию;
- помните, что самые уязвимые места на теле — голени, колени, пах;

- не смотрите туда, куда хотите ударить, чтобы противник не смог догадаться о вашем намерении и отклониться от удара;
- если хотите нанести удар, смотрите противнику прямо в глаза и бейте со всей силы!
- передний удар - быстрый и застаёт врасплох;
- боковой удар можно направить в голень, и тогда он получится очень болезненным и эффективным;
- в случае нападения сзади может пригодиться удар ногой назад, это почти инстинктивное движение;
- другие варианты защитного удара: по щиколотке каблуком, коленом в пах, особенно если стоите напротив противника на близком расстоянии;
- уяснив положение противника, нагнитесь вперед, чтобы сохранить равновесие и придать силу удару, целясь в голень, колено или в пах, так же ударить можно пяткой или носком;
- необходимо помнить, что целью является оборона и подготовка к бегству, а не борьба, поэтому для осуществления намеченного подойдет любое действие;
- постоянно двигайтесь, при этом громко кричите, отбивайтесь, царапайтесь;
- если руки нападающего сжимают вам горло, не хватайтесь за них, а начинайте беспокоить противника, нанося ему удары ногами, коленями, локтями, целясь в самые чувствительные места, царапаясь и кусаясь;
- для нанесения удара рукой нужно крепко сжать ладонь;
- хорошо сопровождать удар горловыми криками, которые психологически помогают усилить оборону и получить психический заряд, испугав нападающего проявлением ответной агрессии;
- применяйте другие приёмы защиты руками: производите щипки в самые ранимые места (уши, пах, яички); царапайте все открытые и доступные части тела; бейте пальцами в глаза, локтем в лицо, под подбородок, в пах; ладонью руки бейте со всего размаха под нос, чтобы противник ослабил захват;
- всё надо делать быстро, чтобы дезорганизовать противника и помешать ему собраться с силами;
- если лежите на земле и противник бьёт вас ногами, приблизьте колени к груди, обхватите основание черепа руками, защитите уши и голову с боков запястьями рук;
- если вас бьют, кричите пронзительно, притворяясь, что ощущаете невыносимую боль (даже если боль не столь сильна), - возможно, нападающий, удовлетворенный эффектом, перестанет наносить удары».

Признаки синдрома эмоционального «выгорания» и способы защиты
(советы по саморегуляции)

Поведенческие и психологические проявления синдрома эмоционального «выгорания»:

- работать становится всё тяжелее, а сил выполнять работу - всё меньше;
- специалист приобретает привычку рано приходить на работу и задерживается после работы надолго, часто берёт работу домой или, наоборот, - поздно появляется на работе и рано уходит;
- специалист может испытывать повышенное чувство ответственности или, наоборот, демонстрировать личную и профессиональную необязательность, неспособность принимать решения;
- специалист в результате неудач или невозможности повлиять на обстоятельства испытывает недовольство собой, избранной профессией, эффективностью своей работы и т.п. (возникает чувство «загнанности в клетку»: интеллектуально-эмоциональный затор, тупик);
- под давлением психотравмирующих обстоятельств в ситуации невозможности их устранения человек начинает испытывать чувство безысходности (как результат, «экономия эмоций»: упрощение обязанностей, которые требуют эмоциональных затрат);
- специалист становится равнодушным, его ничто не волнует, не вызывает эмоционального отклика - ни позитивные обстоятельства, ни отрицательные;
- человек работает, как робот, как автомат, от «звонка до звонка», старается избежать мероприятий, проводимых организацией (явления, события, происходящие на работе, не вызывают личностной заинтересованности);
- у специалиста резко снижается уровень энтузиазма, периодически возникает чувство неосознанного беспокойства, тревожности, обиды, скуки, разочарования, неуверенности, чувство вины, не востребованности;
- человек теряет чувство удовольствия и удовлетворенности от работы и жизни в целом, избегает общения, утрачивает прежние контакты, дистанцируется от коллег, проявляет раздражительность, подозрительность, ригидность (низкая приспособляемость, неприятие перемен).

Одним словом, специалист, испытывающий синдром эмоционального «выгорания», проявляет **признаки депрессии**, часто подвержен приступам паники, имеет общую негативную установку на жизненные перспективы.

Физические признаки синдрома эмоционального «выгорания»:

- человек ощущает резкое повышение утомляемости, хроническую усталость, повышенную восприимчивость к изменениям внешней среды, погоды, астению (обессиление, слабость);
- человек предъявляет жалобы на головные боли, ограничение движений шей, боли в спине, непроизвольные движения - сжимание кулаков, зажатость, увеличение или потерю веса, одышку, бессонницу, половую дисфункцию;
- объективно часто определяется изменение (повышение или понижение) артериального давления.

Существует ряд нехитрых советов, которые помогут избежать синдрома эмоционального «выгорания» и защитить себя от постоянной усталости:

- правильно планируйте свой отдых - если вы не отдохнёте, то и эффективность вашей работы заметно снизится;
- не вгоняйте себя в стрессовые ситуации, старайтесь избегать таких ситуаций или реагировать на них как можно спокойнее;
- занимайтесь спортом;
- не теряйте чувство юмора, не относитесь ко всему слишком серьёзно;
- не берите на себя чужую ответственность, отвечайте сами только за свои поступки;
- всегда планируйте и планируйте правильно свою деятельность;
- критически подходите к своим возможностям: надо понимать, что вы всего знать не можете, и нет проблемы в том, чтобы ответить «не знаю»;
- не бойтесь спросить совета, анализируйте ошибки, развивайте в себе эмоциональную гибкость;
- регулярно используйте доступные техники саморегуляции (расслабление, дыхание, медитация и др.);
- давайте себе время на сон, отдыхайте, думайте о тех, кто дорог вам, и будьте мысленно с ними в любых трудных ситуациях;
- оставляйте все «рабочее» на работе, не носите рабочие проблемы домой;
- чаще общайтесь с друзьями и любимыми людьми;
- больше гуляйте, правильно питайтесь;
- не забудьте радовать себя - делайте приятные покупки, организуйте приятные встречи, приятные поездки, приятные занятия и т.д.

Поддержать свое психологическое состояние и получить профессиональное удовлетворение от работы специалисту по уходу помогут также следующие рекомендации:

- установите контакт с другим опытным специалистом (медработником, психологом, другим специалистом по уходу и т.д.), у которого в трудных

ситуациях можно получить совет и поддержку (попытайтесь найти себе собственного консультанта);

- пользуйтесь формальными и неформальными вариантами обучения (семинары, конференции), сфокусированными на профессиональных вопросах оказания качественного ухода вашим целевым группам (это поможет усовершенствовать навыки, найти подходящие ресурсы и встретиться с людьми, заинтересованными во взаимной поддержке);
- постоянно повышайте свою компетенцию путём приобретения новых навыков, которые могут быть полезны в разных жизненных ситуациях (коммуникативные навыки, навыки самообороны, навыки управления конфликтными ситуациями и др.);
- используйте возможности для изучения и рефлексии собственных взглядов, ищите способы проработать личностные конфликты, возникающие в результате вашего отношения к клиентам/подопечным и выполняемой работе;
- поддерживайте контакт с различными профессиональными ассоциациями, объединениями, сетями, получайте и изучайте новую информацию всеми доступными современными средствами (используя библиотеки, Интернет, социальные сети и т.д.), иначе говоря, старайтесь быть в курсе событий;
- составьте список организаций и специалистов, к которым вы сможете направлять своих клиентов/подопечных, и которых можно включить в вашу команду по уходу.

К сожалению, не всегда удается предотвратить развитие состояния подавленности, утомления и истощения ресурсов у людей, осуществляющих уход. Нередко помощь себе в таких ситуациях человек видит только через увеличение употребления алкоголя или психостимуляторов. Это совершенно недопустимо и ведёт только к усугублению ситуации!

Используя простые и доступные методы регуляции своего эмоционального состояния, специалист по уходу может помочь себе сам, не прибегая ни к алкоголю, ни каким-либо психостимулирующим препаратам.

Иногда снять эмоциональное напряжение и привести себя в порядок могут помочь самые простые меры: горячие ванны, физические упражнения, уединение на некоторое время, занятие любимым делом (хобби).

Не менее важным для «отпускания» напряжения является процесс проговаривания своих ощущений, чувств, переживаний в кругу коллег (но не в кругу семьи, если эмоциональное напряжение связано с исполнением служебных обязанностей).

Для профилактики синдрома эмоционального выгорания и при его первых признаках специалистам по уходу можно самостоятельно применять следующие техники восстановления эмоциональных ресурсов:

- **«Снимите рабочий халат».** Снимая халат (настоящий или виртуальный), или профессиональную одежду, мысленно представьте, что вместе с ним вы снимаете с себя усталость, накопленную за весь рабочий день.
- **«Место отдохновения».** Закройте глаза и мысленно представьте образ природы, который у вас связан с приятными переживаниями. Например, лес, пение птиц, запах смолы, листьев, вкус земляники на губах или море - его цвет, запах, прохладу, шум волн, горьковато-соленый вкус и т.п.
- **«Дыхание ветра» (дыхательные техники).** Восстановление ресурсного состояния: стоя, сделайте длинный глубокий вдох, одновременно поднимая руки через стороны вверх. Затем - короткий сильный выдох: «Ха!» с одновременным резким наклоном вперед. Освобождение от напряжения и неприятных эмоций: сидя на краю стула, сделайте короткий вдох, затем сильный и резкий продолжительный выдох с одновременным наклоном вперед.
- **«Огонь»** (желательно проводить упражнение перед сном). Сидя с закрытыми глазами, представьте перед собой костер или горящую свечу. Положите руки на колени, ладонями вверх. Представьте, как на левой ладони накапливаются все неприятные эмоции, переживания, воспоминания - «складывайте» их туда. Когда почувствуете, что «сложили» всё, и ладонь стала тяжёлой - резко «сбросьте» все содержимое в воображаемый огонь. Посмотрите на горящую свечу в течение 3 - 5 минут.
- **«Вода уносит всё».** Просто смотрите на воду (даже текущую из крана) или представляйте различные образы, связанные с ней - бегущий и журчащий ручей, водопады, озеро, море и т.д. Подставьте руку под струю воды и представьте себе, что поток воды смывает все негативные переживания. Умываясь или вставая под душ, также представляйте это.
- **Экспресс – метод для освобождения от агрессивных состояний.** Присядьте на корточки, вытянув руки перед собой. Начните тихо «мычать» не открывая рта и медленно поднимаясь, выпрямляясь, усиливайте звук и, доведя его до максимума, выдохните с резким выкриком «А!», вскинув руки вверх.
- **Нервно-мышечная релаксация.** В тех частях тела, где концентрируется напряжение (икры ног, плечи, шея) на счёт до 5-ти с каждой единицей усиливайте напряжение. Затем - расслабление на пять счетов, с каждой единицей всё больше и больше расслабляйтесь. Повторите это до 9 - 12 раз.

Если напряжение, опустошенность или истощение не проходят после обычного выходного дня, и вы продолжительное время испытываете равнодушие, раздражительность, не восстанавливается нормальный сон, вы не можете поддерживать нормальные отношения в семье, на работе, или вы стали необычно много курить, пить, горстями принимать лекарства, и всё это не приносит облегчения - немедленно обратитесь за помощью к специалисту (врачу, психологу, психотерапевту и

др.). Специалист поможет вам разобраться в происходящем, выработать систему помощи, проведет сеансы релаксации, научит приемам саморегуляции, обсудит необходимость медицинского обследования и медикаментозного лечения.

Вместе со специалистом вам будет легче увидеть «свет в конце тоннеля» и выбрать правильный путь, который и сделает вашу жизнь интересной, насыщенной положительными событиями и эмоциями, наполненной любовью и заботой.

ГЛОССАРИЙ

Адьювант	- вещество, усиливающее действие лекарственных средств.
«Аварийная» ситуация	- в контексте риска заражения ВИЧ, вирусными гепатитами В и С так называют ситуации контакта с чужой кровью.
Акупунктура	- лечебное воздействие на активные точки на теле человека с помощью специальных металлических игл.
Анальный секс	- половые сношения, осуществляемые через задний проход (анус).
Анемия	- малокровие - состояние, при котором с кровью переносится меньше кислорода вследствие недостатка в ней красных кровяных телец (эритроцитов).
Антибиотик	- лекарства, применяемые для профилактики и лечения инфекционных заболеваний, вызванных различными бактериями.
Антиген	- чужеродный белок, попавший в организм человека; чаще всего, это белковые частицы различных микроорганизмов (вирусов, бактерий и т.д.), на который вырабатывается иммунный ответ организма в виде антител.
Антиретровирусная терапия (лечение или АРВ – терапия)	- лечение ВИЧ-инфекции препаратами, воздействующими на ВИЧ и подавляющими его размножение. Получила название «антиретровирусная» в связи с тем, что ВИЧ относится к семейству ретровирусов.
Антитело	- (иммуноглобулины, ИГ, Ig) - растворимые белки (гликопротеины), присутствующие в сыворотке крови, тканевой жидкости или на клеточной мембране, которые распознают и связывают антигены (чужеродные вещества определённой белковой структуры). Антитела используются иммунной системой для идентификации (распознавания) и нейтрализации чужеродных белковых объектов - например, бактерий и вирусов.
АСТ (аспартатаминотрансфераза)	- внутриклеточный фермент, неспецифический - диагностический маркер ряда заболеваний сердца, печени и др.
Асцит	- скопление большого количества жидкости в разных частях тела.
Аутоиммунный процесс	- процесс подавления иммунной системой собственных клеток – повреждённых или воспринятых иммунной системой, в силу различных причин, как чужеродный белок.
Бактерии	- микроорганизмы, которые можно увидеть при помощи микроскопа (или невооружённым глазом в виде колоний

при посеве на питательные среды). Имеют средний размер 0,001мм в диаметре. По форме бывают круглыми (кокки), в виде палочек (бациллы) и спиралеобразные (спириллы). По формату взаимодействия с микроорганизмом выделяют непатогенные бактерии (не вызывают заболеваний), патогенные (вызывают различные заболевания у растений, животных и/или человека) и сапрофитными (нейтральные по отношению к макроорганизму, т.к. сапрофиты используют в качестве источников питания не живые ткани, а мёртвые органические вещества).

Баллинтговские группы -	группы поддержки для специалистов, на собрания которых они могут поделиться опытом и получить психологическую и профессиональную поддержку.
--------------------------------	---

Бессимптомное течение болезни -	течение заболевания без каких-либо внешних проявлений.
--	--

Вакцина -	вещество, которое вводится в организм человека с целью иммунизировать его (т.е. выработать специфический иммунитет к определённой инфекции). Вакцина представляет собой препарат, содержащий убитые или ослабленные микроорганизмы, являющиеся возбудителями определённого инфекционного заболевания. Путём введения в организм человека ослабленных или убитых микроорганизмов (вакцины) в количестве, безопасном в плане заражения, но достаточном для образования антител, вырабатывается иммунитет - невосприимчивость организма к возбудителям инфекционных заболеваний. Вакцины против ВИЧ пока нет.
------------------	--

Вертикальная передача (трансмиссия) ВИЧ -	передача вируса от матери ребёнку во время беременности, родов и/или грудного вскармливания.
--	--

Вилочковая железа (тимус) -	внутренний орган, играющий важную роль в созревании иммунной системы. Его влияние постепенно уменьшается по мере взросления человека.
------------------------------------	---

Виремия -	наличие вирусов в крови.
------------------	--------------------------

Вирулентность -	степень болезнетворности. Сумма свойств микроорганизма, определяющая его болезнетворное действие. Только микробы, способные проникать и размножаться в глубине живых тканей, могут быть болезнетворными (т.е. вирулентными).
------------------------	--

Вирус -	(от лат. vīrus - «яд») - мельчайший микроорганизм, состоящий из белков и нуклеиновых кислот (РНК или ДНК), заключённых в защитную оболочку, который способен проникать в клетки других живых организмов для собственного воспроизведения (репликации). Вирусы не могут размножаться вне клетки другого живого организма.
----------------	--

Вирусология -	наука, изучающая вирусы.
ВИЧ (вирус иммунодефицита человека) -	вирус семейства ретровирусов, подсемейства лентивирусов, вызывающий у людей инфекционное хроническое заболевание - ВИЧ-инфекцию.
ВИЧ - положительный -	более распространённое в немедицинской среде и общепринятое во всем мире обозначение инфицированного ВИЧ человека (слово «положительный» взято по аналогии с положительным результатом теста на антитела к ВИЧ, который является лабораторным подтверждением диагноза «ВИЧ-инфекция»). Считается, что данный термин является более корректным по отношению к людям, живущим с ВИЧ.
ВИЧ-статус -	статус, который устанавливают человеку по результатам тестирования на ВИЧ (например, если результат теста на ВИЧ положительный, человеку присваивается ВИЧ - положительный статус, если результат теста отрицательный, ВИЧ-статус считается отрицательным).
Высокоактивная антиретровирусная терапия (сокращённо - АРТ) –	современный стандарт лечения ВИЧ-инфекции. Принцип АРТ заключается в одновременном приеме комбинации антиретровирусных препаратов (не менее 3-х препаратов из разных групп ингибиторов ферментов ВИЧ).
Генерализованная лимфаденопатия -	увеличение нескольких групп лимфоузлов в течение длительного времени. Является одним из проявлений ВИЧ-инфекции на определённой стадии заболевания.
Геном -	генетический материал живых организмов (ДНК или РНК).
Гепатопротекторы –	лекарственные препараты, защищающие печень и поддерживающие её функции
Гликопротеины ВИЧ -	белковые структуры вируса с определённой молекулярной массой - сложные протеины, в которых небелковая часть представляет собой углевод. Гликопротеины ВИЧ играют важную роль в процессе прикрепления ВИЧ к клеткам с маркером CD4.
Группы высокого риска -	в контексте ВИЧ-инфекции группами высокого риска называют группы людей, практикующих так называемое рискованное в плане заражения ВИЧ поведение. К таким группам традиционно относят потребителей инъекционных наркотиков, работников секс - бизнеса, мужчин, имеющих секс с мужчинами. Но сегодня к группам высокого риска, безусловно, относятся все люди, практикующие незащищенный (без использования презерватива) секс и люди, использующие нестерильный инструментарий при проведении некоторых процедур (инъекции, пирсинг, татуировки).

Диарея	- понос, частый жидкий стул.
Деменция	- слабоумие, тяжёлые расстройства интеллекта, приводящее человека к потере способности ухаживать за собой.
Детоксикация	- комплекс естественных и лечебных мероприятий, проводимых с целью выведения из организма токсических веществ.
Дискордантные пары	- половые партнёры, из которых один инфицирован ВИЧ, а другой - нет.
Дискриминация	- (от лат. <i>discriminatio</i> - различие) - ограничение прав и свобод человека по определённому признаку. В качестве признака может выступать любое значимое в глазах некоторых людей отличие человека (например, раса, национальность, гражданство, родство, пол, религиозные убеждения, сексуальная ориентация, возраст, инвалидность, род занятий, состояние здоровья, употребление наркотиков, наличие хронических заболеваний, в т.ч. ВИЧ-инфекции, и т.д.).
Диссеминированное заболевание	- гетерогенная группа болезненных состояний, имеющих общие клинические и иные признаки.
ДНК (дезоксирибонуклеиновая кислота)	- белковый носитель основной генетической информации живых организмов.
Доброволец (волонтёр)	- человек, готовый отдать свои силы, умения, опыт, время на благо общества, группы людей или конкретного человека, не требуя и не ожидая какого-либо материального вознаграждения за свою работу. При этом затраты добровольца, связанные с выполнением его добровольческой миссии, могут быть ему компенсированы.
Здоровый образ жизни (ЗОЖ)	действия (модель поведения) человека, включая - питание, физические нагрузки, привычки и т.п., с целью профилактики болезней и укрепления здоровья.
Заболевания, передаваемые половым путем (ЗППП)	- группа заболеваний, передаваемых от одного человека к другому при сексуальном контакте (например, сифилис, гонорея, герпес, ВИЧ-инфекция и др.).
Иммунная система	- система, объединяющая органы и ткани, которые защищают организм от возбудителей различных инфекционных заболеваний и некоторых опухолевых клеток. Конечной целью иммунной системы является уничтожение чужеродного белка (антигена), которым может оказаться болезнетворный микроорганизм, инородное белковое тело, ядовитое вещество или переродившаяся клетка самого организма.
Иммунодефицит	- нарушения иммунологической реакции разной степени выраженности. Сопровождается падением числа CD4-

лимфоцитов/мкл¹²⁵, что приводит к неспособности иммунной системы эффективно защищать организм от внедрения чужеродных белков. Снижение CD4-лимфоцитов до 350 кл/мкл плазмы крови и ниже считается иммунологическим критерием назначения антиретровирусной терапии.

Ингибиторы (или блокаторы) - белковые молекулы, которые способны встраиваться в цепочку РНК ВИЧ и блокировать активные центры ферментов вируса, тем самым прерывая жизненный цикл ВИЧ.

Инкубационный период - отрезок времени от момента попадания микробного агента в организм до проявления симптомов болезни. Другое название - скрытый или латентный период болезни - объясняет этот термин: человек уже заражён, но болезнь себя еще не проявила.

Инъекция
(инъекционное введение) - введение какого-либо вещества (медикаментов, наркотиков или питательных веществ) в тело человека посредством полой иглы и шприца. В зависимости от способа введения инъекции могут быть подкожными, внутримышечными, внутривенными, внутриаартериальными.

Информирование «равный - равному» - процесс, направленный, в первую очередь, на передачу информации, повышение осведомлённости целевой группы по какому-либо вопросу, основанный на принципе «равный – равному». Информирование, как метод профилактики ВИЧ, часто используется при проведении массовых молодёжных акций и мероприятий. *Примечание: Хотя информирование и является первым этапом любой профилактики, но в изолированном виде (без проведения индивидуальной тренинговой работы) оно в меньшей степени направлено на формирование мотивации и навыков здорового образа жизни, на изменение установок и ценностей. При информировании можно легко достичь массового охвата целевой аудитории, но эффективность, с точки зрения изменения поведения, будет невелика.*

Истощение иммунной системы - см. Иммунодефицит.

Клетка-хозяин - клетки человека, которые ВИЧ использует для своего размножения.

Клинический диагноз - основанное на всестороннем систематическом изучении пациента врачебное заключение о сущности заболевания пациента и состоянии его здоровья, выраженное медицинской терминологией в соответствии с принятой в стране клинической классификацией выявленного заболевания.

Клинические показания - данные о состоянии здоровья, полученные на основе жалоб больного, внешнего осмотра, лабораторных и иных исследований, в соответствии с которыми

¹²⁵ Мкл – микролитр. Соответствует 10⁻⁶ литра.

	определяется форма и стадия заболевания и назначается соответствующее лечение.
Колит	- воспалительное заболевание слизистой оболочки толстой кишки.
Комбинированная терапия	- лечение, при котором некоторые лекарственные средства используются в сочетании друг с другом для усиления терапевтического эффекта.
Контагиозность	- степень инфекционной опасности (заразности) микроорганизма. Контагиозность во многом определяет скорость распространения какого-либо инфекционного заболевания.
Конфиденциальность	- необходимость предотвращения утечки (разглашения) какой-либо персональной информации. К персональной информации, в том числе, относятся сведения о состоянии здоровья, наличии заболеваний, методах лечения и др.
Красное кровяное тельце (эритроцит)	- клетка крови, обеспечивающая транспортировку кислорода к тканям организма.
Лихорадочное состояние	- болезненное состояние, вызванной повышенной температурой тела.
Летальный	- смертельный.
Методы профилактики ВИЧ	- комплекс различного (медицинского, социального, психологического, воспитательного и т.д.) рода мер, направленных на предупреждение распространения ВИЧ и/или его последствий, а также на сохранение здоровья и продление жизни ВИЧ-положительного человека.
Миелопатия	- поражение спинного мозга.
Модель поведения	- система поведенческих реакций в определённых жизненных ситуациях, основанная на ценностях, традициях, убеждениях, связанных с культурой, образованием, религиозными убеждениями, средой обитания, привычками и т.д. индивидуума. Именно модель поведения играет ключевую роль в распространении ВИЧ-инфекции (по принципу «не важно, кто ты, важно, что ты делаешь»).
Мутации вируса	- изменения в генной структуре вируса. Спонтанными называют естественные мутации вируса в процессе своего размножения.
Нейроглия	- совокупность всех клеточных элементов тканей нервной системы (исключая нейроны).
Нестерильный	- содержащий на своей поверхности (например, если речь идет и шприце или инъекционной игле) и/или в своём составе (если речь идет об инъекционном растворе) возбудителей различных заболеваний.
Новообразование	- доброкачественная или злокачественная опухоль тканей.
Нозологическая форма	- определённое заболевание и/ или формат его проявлений, выражающийся в своеобразии и особенностях клинических симптомов и синдромов,

преимущественной локализации и характере патологического процесса, присущих конкретному заболеванию.

Опportunистические инфекции -	инфекции, вызванные возбудителями, которые не приводят к заболеванию у человека с нормальным иммунитетом, но могут быть смертельно опасны для больных с резко сниженным иммунитетом.
Оральный секс -	половое сношение, осуществляемое через рот.
Паллиативная поддержка -	вид консультативной, психологической, социальной, правовой и иной помощи, которая предоставляется людям с неизлечимыми заболеваниями с момента постановки диагноза и до конца жизни.
Паллиативная помощь –	меры по облегчению страданий человека, страдающего неизлечимым заболеванием, и его близким через оказание адекватной медицинской, психологической, социальной, духовной и иной необходимой поддержки. Понятие, паллиативной помощи включает в себя паллиативную терапию, паллиативную поддержку и паллиативный уход, объединенных едиными целями и задачами.
Паллиативная терапия -	раздел медицины, задачами которого является использование методов и достижений современной медицинской науки для проведения лечебных процедур и манипуляций, призванных облегчить состояние больного, когда возможности радикального лечения уже исчерпаны (включает паллиативные операции по поводу неоперабельного рака, обезболивание, купирование тягостных симптомов и т.д.).
Паллиативный уход –	мероприятия по уходу за больными, находящимся на поздних стадиях неизлечимого заболевания, утративших (полностью или частично) способность самостоятельно заботиться о себе и нуждающихся по состоянию здоровья в посторонней помощи, направленные на облегчение его страданий и поддержание приемлемого качества жизни.
Пандемия -	эпидемия, охватывающая большинство стран мира.
Парентеральный -	способ введения веществ в организм, минуя пищеварительный тракт. К таким способам относятся подкожные, внутримышечные и внутривенные инъекции.
Патогенез -	механизм развития заболевания.
Перинатальный период -	период с 28-й недели внутриутробной жизни плода по 7-е сутки жизни новорожденного.
Период «окна» -	период в течении ВИЧ-инфекции от момента заражения ВИЧ до момента воспроизводства иммунной системой человека такого количества антител к ВИЧ, которое улавливается существующими тест-системами, что делает возможным лабораторное подтверждение диагноза «ВИЧ-инфекция». Антитела к ВИЧ начинают вырабатываться практически сразу после инфицирования (это первичная реакция организма на внедрение ВИЧ).

Однако от момента заражения до выработки достаточного количества антител обычно проходит, в среднем, от 3-х недель до 3-6-ти месяцев. В этот период достоверно установить диагноз «ВИЧ-инфекция» невозможно.

Пероральный –	буквально - «введенный через рот», - способ приёма лекарственных средств через рот.
Периферическая невропатия	заболевание периферических нервов (все нервы, кроме тех, что расположены в головном и спинном мозге). - Примерно у 30% людей, живущих с ВИЧ, развивается периферическая невропатия.
Плазма крови -	жидкая часть крови.
Полиорганный процесс -	процесс, затрагивающий одновременно несколько органов и систем организма.
Принцип «равный - равному»	принцип взаимодействия людей, имеющих одинаковые социальные признаки (пол, возраст, профессия, наличие заболевания и т.д.). Этот принцип способствует установлению между людьми лучшего контакта, взаимопонимания и доверия.
Профилактика ВИЧ -	комплекс медицинских, психологических, социальных, образовательных и иных мероприятий, направленных на выявление и устранение причин и условий, способствующих инфицированию ВИЧ, на предупреждение развития и ликвидацию негативных личностных, социальных и медицинских последствий инфицирования ВИЧ.
Профилактический проект/ программа/деятельность -	комплекс мероприятий (обучающих, информационных, интерактивных и т.д.), направленных на предупреждение новых случаев инфицирования ВИЧ в молодёжной среде или в других целевых группах.
Психологическая коррекция -	деятельность, направленная на формирование у человека необходимых психологических качеств (для повышения его социализации и адаптации к изменяющимся жизненным условиям), а также исправление особенностей настоящего психологического состояния, представляющих угрозу для психологического и физического здоровья человека.
Работники коммерческого секса (или работники секс – бизнеса) -	более корректное международное обозначение людей, занимающихся проституцией.
Резистентность -	привыкание микроорганизма к лекарственному препарату, утрачивание микроорганизмом чувствительности к лекарственному препарату.
Ремиссия -	временное или стойкое исчезновение симптомов болезни.
Репликация вируса -	размножение вируса.
Ретровирусы -	группа вирусов, к которой относятся и ВИЧ, имеющих фермент «обратную транскриптазу». Ретровирусы

способны осуществлять процесс «обратной трансмиссии» - синтез временной провирусной ДНК на матрице своей РНК.

Рискованное поведение -	поведение, при котором существует высокий риск заражения ВИЧ-инфекцией, например, сексуальные контакты без презерватива, совместное использование шприцев, игл.
РНК (рибонуклеиновая кислота) -	белковая молекула, представляющая собой одинарную цепочку нуклеотидов. Является носителем генетической информации.
Сапрофитная флора -	микроорганизмы, жизнь и питание которых осуществляются на мёртвой или разлагающейся органической материи.
Серопозитивный человек –	человек, имеющий в крови определяемые лабораторно антитела к ВИЧ.
Симптом -	отдельное проявление болезни (например, кашель или повышение температуры).
Синдром -	совокупность симптомов (т.е. признаков, особенностей, проявлений или характеристик) заболевания, имеющих общий механизм возникновения и развития, и формирующих чёткую клиническую картину заболевания.
Социализация -	становление личности через процесс усвоения индивидом образцов поведения, психологических установок, социальных норм и ценностей, знаний, навыков, позволяющих ему успешно функционировать в обществе.
Специальный тест на наличие антител к ВИЧ -	анализ, определяющий присутствие в плазме крови антител, которые вырабатываются иммунной системой человека при заражении ВИЧ. При проведении данного лабораторного исследования используются методики иммуноферментного анализа и иммунного блоттинга. Является стандартным лабораторным методом подтверждения диагноза «ВИЧ-инфекция».
Специфическое лечение -	комплекс медицинских мероприятий, направленных на причину заболевания, чтобы устранить или ослабить её воздействие на организм человека.
СПИД -	синдром приобретенного иммунодефицита; состояние, характеризующееся наличием выраженных болезненных симптомов и проявлений вторичных заболеваний (оппортунистических и иных инфекций и/или некоторых онкологических), являющихся следствием значительного снижения иммунитета. СПИД характерен, как правило, для поздних стадий ВИЧ-инфекции, но значительное снижение иммунитета может возникнуть и на более ранних стадиях болезни. В настоящее время высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ)

помогает эффективно контролировать состояние иммунитета у людей, живущих с ВИЧ, поддерживая его на достаточно хорошем уровне, что позволяет сохранять качество жизни ЛЖВ и значительно увеличить её продолжительность.

Стигма (в области социальных наук) -	сильный социальный стереотип, который полностью меняет отношение к другим людям и/или к самим себе, заставляя относиться к человеку только как к носителю нежелательного качества (признака).
Стоматит -	воспаление слизистой оболочки полости рта.
Терминальная стадия -	стадия умирания. Комплекс лечебных мероприятий в этот период болезни направлен на облегчение страданий больного (паллиативный уход).
Термическая обработка -	обработка предметов, поверхностей, материалов с помощью высокой температуры (например, кипячением или в сухожаровом шкафу).
Тест на антитела к ВИЧ -	см. Специальный тест на наличие антител к ВИЧ.
Трансплантация -	пересадка органов или тканей человека.
Условно - патогенный микроорганизм -	микроорганизм, живущий в организме человека и не вызывающий заболевания в обычных условиях, при нормально функционирующей иммунной системе. Однако при ослаблении иммунитета условно - патогенные микроорганизмы могут вызывать тяжело протекающие инфекционные заболевания.
Уязвимость -	степень способности индивидуума адекватно реагировать на возникающие риски. На уязвимость влияет множество факторов - образование, религия, традиции, экономическое и социальное положение и т.д.
Уязвимая группа (в контексте данного модуля)	группа, представители которой подвержены более высокому риску заражения ВИЧ-инфекцией в силу тех или иных признаков, присущих представителям данной группы (например, особенностей поведения, состояния здоровья, существующих традиций и т.д.). <i>Примечание: в отношении риска заражения ВИЧ-инфекцией к уязвимым группам можно отнести людей, вовлечённых в секс-работу; мужчин, практикующих секс с другими мужчинами; осуждённых; мигрантов и т. д. Важно отметить, что сам термин «уязвимая группа» в отношении проблемы ВИЧ не совсем корректен в связи с тем, что в целом каждый человек подвержен риску заражения ВИЧ-инфекцией.</i>
Фермент –	белковые вещества, ускоряющие химические реакции и способствующие разложению сложных химических соединений на более простые.
Хосписная помощь -	всеобъемлющая помощь больному в конце жизни (чаще всего в последние 6 месяцев жизни) и умирающему человеку; является одним из вариантов паллиативного ухода.

Штамм вируса -	генетическая разновидность вируса, обладающая только ему присущими свойствами.
Целевая группа, целевая аудитория -	сообщество людей, на которых направлено определенное воздействие со стороны отдельного человека, группы лиц или какого-то объединения/организации. Целевая группа характеризуется одним или несколькими общими признаками и чертами (например, возраст, пол, привычки, род деятельности и т.д.). <i>Примечание: принято выделять первичную и вторичную целевые группы. Первичная целевая группа – группа, на которую направлено основное воздействие, ради кого осуществляется та или иная работа в проекте/программе. Вторичная целевая аудитория - группа, через которую или благодаря работе, или вовлечению которой можно существенно повлиять на первичную целевую группу.</i>
Цитопатическое действие -	действие вируса, приводящее к поражению клетки.
Экспресс - тесты -	исследование крови или слюны на ВИЧ, позволяющие в течение 15-ти минут получить результаты. Являются предварительными диагностическими тестами. Результаты этих тестов должны быть подтверждены стандартным анализом на определение в плазме крови антител к белкам ВИЧ.
Элиминация -	(в биологии) - гибель отдельных особей или целых групп организмов (популяций, видов).
Эндогенный -	внутреннего происхождения.
Энцефалит -	воспаление тканей головного мозга.
Энцефалопатия -	синдром диффузного поражения головного мозга, в основе которого лежит механизм ишемии (нарушение кровоснабжения), гипоксии (кислородное голодание) мозговой ткани и, как следствие, явления гибели нервных клеток, обусловленного различными болезнями и патологическими состояниями.
Эпидемиология -	наука, занимающаяся изучением распространения инфекционных заболеваний, их профилактикой и контролем.
Эпидемия -	массовое распространение инфекционного заболевания в какой-либо местности или стране, значительно превышающее обычный уровень заболеваемости.
Этиология –	наука о причинах заболеваний.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ахтырская Н.А., Сизова Н.В., Рахманова А. Г. и др. // «Особенности эпидемии ВИЧ-инфекции в Санкт-Петербурге»//Тезисы Российско-Американского совещания «Стратегии предупреждения наркоманий и связанных с ними инфекционных заболеваний»//1999.
2. Беляева В.В.// «Нарушение психической адаптации человека при ВИЧ-инфекции»//Докторская диссертация в виде научного доклада// М., 1999.
3. Беляева В.В., Шахгильдян В.И., Кравченко А.В. // Деменция как следствие цитомегаловирусного энцефалита у больных СПИДом//Журнал неврологии и психиатрии//1999//№ 4.
4. Беляева В.В.// «Особенности социально-психологической адаптации лиц, инфицированных ВИЧ»//Журнал Эпидемиология и инфекционные болезни//1998// № 5.
5. Беляева В.В., Ручкина Е.В.// «Особенности психической деятельности заразившихся ВИЧ после сообщения об инфицированности»/ Независимый Психиатрический журнал//1995//№ 3.
6. Боровский И.В.// «ВИЧ-инфекция: эпидемиология и профилактика» //Омск//1996.
7. ВИЧ-инфекция и СПИД. // Информация и практические советы людям с диагнозом ВИЧ/СПИД//М. - Знание//2001.
8. Группа высокого уровня по туберкулёзу в Российской Федерации//тематическая рабочая группа «Туберкулёз у больных ВИЧ-инфекцией»// «Рекомендации по снижению заболеваемости туберкулёзом среди населения с высокой распространённостью ВИЧ-инфекции»//М.- 2004.
9. Покровский В.В., Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Г.// «ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение»/ Москва - 2000.
10. Покровский В.В., Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Г.// «ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение»//Москва - 2003.
11. Покровский В.В., Юрин О.Г., Беляева В.В.// «Клиническая диагностика ВИЧ-инфекции»//Москва. - 2002.
12. Приказ МЗ РФ «О мерах по совершенствованию профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации» от 16.08.94 г. № 170.
13. Пятницкая И. Н.// «Наркомании (руководство для врачей)» //Медицина//1994.
14. Рахманова А.Г.// «ВИЧ-инфекция: клиника и лечение»//СПб - 2000.
- 15.Рахманова А.Г.// «Противовирусная терапия ВИЧ-инфекции. Химиопрофилактика и лечение ВИЧ-инфекции у беременных и новорожденных»//СПб. - ВОНИИХ СПб ГУ. - 2001.
16. Shinazi R.F., Larder B.A., Mellors J.W. Mutations in retroviral genes associated with drug resistance. //Int. antiviral News. – 1997. – Vol.5. – P. 129-142.
17. Zurlo J.J. and Lane H.C. Other Bacterial Infections. //AIDS (Etiology, Diagnosis, Treatment and Prevention). Philadelphia - New York. - 1997. - Vol.746. - P.259-267.

18. СПИД Фонд Восток-Запад (AIDS Foundation East-West- AFEW) Уход на дому за людьми, живущими с ВИЧ/ СПИДом// М.- 2004.
19. Просветительский Центр «ИНФО-Плюс»// «Жизнь с ВИЧ»//М.- 2003.
20. ВОЗ// «Предоставление помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе. Протоколы ВОЗ для стран СНГ, версия 1» - 2004.
- 21.Открытый Институт Здоровья в рамках проекта ГЛОБУС//«Краткое клиническое руководство по паллиативной помощи при ВИЧ/СПИДе»//М.- 2005.
22. Хелен Шитингер // «Поддержка и паллиативная помощь для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом»//Журнал «Наше здоровье»// Весна – 2005.
23. Р.М. Янгсон // «Медицинский энциклопедический словарь»//АСТ Астрель//М. – 2005.
24. Управление по наркотикам и преступности ООН, Региональное представительство в России и Беларуси, «СПИД Фонд Восток-Запад»// «Рекомендации по организации программ социального сопровождения для уязвимых групп// Практическое пособие для социальных работников»// М.- 2007.
25. УНП ООН // «Схема направления наркопотребителей на лечебно-профилактические мероприятия. Руководство по проведению семинара-тренинга для сотрудников правоохранительных органов и медико-социальных служб»//М.- 2011.
26. Фонд ООН в области народонаселения // «Консультирование до и после теста на ВИЧ. Пособие для тренеров, работающих в области консультирования по вопросам ВИЧ/СПИД»//М.- 2007.
27. Н. Недзельский «Проблемы проще решать сообща»//электронный ресурс доступа www.aids.ru.
28. «ВИЧ–инфекция и СПИД». Справочник// «Знание»//М. – 2001.
29. Кюблер-Росс Э.// «О смерти и умирании» //Киев// «София», - 2000.
30. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека // «Профилактика заражения ВИЧ». Методические рекомендации// – М. - 2014.
31. НП «ЭСВЕРО»//Концепция «Комплексная программа по профилактике и лечению социально значимых заболеваний среди потребителей инъекционных наркотиков» - 2011.
32. ВОЗ // «Протокол 5: ВИЧ/СПИД у потребителей инъекционных наркотиков: лечение и помощь». Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ - 2006.

**«Помощь, уход и поддержка при ВИЧ-инфекции»
Информационное пособие для организаторов и специалистов
негосударственных и общественных служб поддержки,
предоставляющих паллиативную помощь и уход**

**Издание подготовлено
Группой технической поддержки
Ресурсного Центра по вопросам ВИЧ-инфекции, туберкулёза
и других социально значимых заболеваний
Российского Красного Креста**



**в рамках программы
«Региональная Инициатива по здравоохранению
в странах Евразийского региона»**

Москва - Иркутск, 2016



**РЕСУРСНЫЙ ЦЕНТР РКК
по вопросам ВИЧ-инфекции, туберкулёза
и других социально значимых заболеваний
г. Москва, 117036
Черемушкинский проезд, дом 5
тел. (+7)4991261751,
e-mail: tb@redcross.ru
www.redcross.ru**

**ГРУППА ТЕХНИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ РЦ РКК
Россия, г. Иркутск, 664005
ул.2 Железнодорожная, 9
тел./факс +7 (3952) 38 25 57
e-mail: hivirk@mail.ru
www.redcross-irkutsk.org**