

**А. С. Кузнецова  
Р. Ш. Юсуфов**

**Проведение тестирования  
и консультирования  
при ВИЧ-инфекции лиц,  
подозреваемых,  
обвиняемых и осужденных,  
находящихся в местах  
лишения свободы**

**Методическое руководство**



Проведение тестирования  
и консультирования  
при ВИЧ-инфекции лиц,  
подозреваемых, обвиняемых  
и осужденных, находящихся  
в местах лишения свободы

Методическое руководство

Москва

2006

Авторы:

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

**Юсуфов Рустам Шихзадаевич**, кандидат медицинских наук, главный специалист Центра медицинской и социальной реабилитации Федеральной службы исполнения наказаний РФ.

*Авторы выражают благодарность за помощь в подготовке материала:*

*профессору Беляевой В. В., доктору медицинских наук, ведущему научному сотруднику Федерального научно-методического Центра по профилактике и борьбе со СПИДом Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека,*

*Буравцовой Е. В., заведующей медико-диагностическим отделом Федерального научно-методического Центра по профилактике и борьбе со СПИДом Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.*

Проведение тестирования и консультирования при ВИЧ-инфекции лиц, подозреваемых, обвиняемых и осужденных, находящихся в местах лишения свободы. — М., 2006, 44 с.

# ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение .....	5
1. Общие положения тестирования и консультирования при ВИЧ-инфекции .....	7
1.1. Преимущества тестирования и консультирования .....	8
1.2. Принципы тестирования и консультирования .....	10
1.3. Требования, предъявляемые к консультантам .....	13
2. Порядок проведения тестирования и консультирования .....	15
2.1. Порядок обследования на наличие антител к ВИЧ лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы и заключенных под стражу .....	15
2.2. Дотестовое консультирование .....	16
2.3. Послетестовое консультирование .....	18
3. Диагностика ВИЧ-инфекции .....	21
3.1. Обнаружение антител к ВИЧ .....	22
4. Критерии установления диагноза .....	25
4.1. Эпидемиологические критерии установления инфицированности ВИЧ .....	25
4.2. Клинические критерии установления диагноза ВИЧ-инфекции .....	27
4.3. Лабораторные критерии для постановки диагноза ВИЧ-инфекции .....	29
4.4. Постановка полного клинического диагноза ВИЧ-инфекции .....	31
Приложения .....	32
Приложение 1. Порядок обеспечения конфиденциальности информации о ВИЧ-инфицированных .....	32
Приложение 2. Обязанности медицинского работника, ответственного за профилактику ВИЧ/СПИДа в учреждении, организацию обследования на ВИЧ-инфекцию и проведение до- и послетестовых консультаций, диагностику и лечение .....	33

Приложение 3. Учетная карта ВИЧ-инфицированного .....	34
Приложение 4. Ведение делопроизводства .....	35
Приложение 5. Журнал учета контроля движения ВИЧ-инфицированных .....	36
Приложение 6. Журнал учета сывороток крови, направляемых в лабораторию для обследования на ВИЧ .....	37
Приложение 7. Бланк информированного согласия на проведение тестирования на антитела к ВИЧ ..	38
Приложение 8. Перечень вопросов для дотестового консультирования по ВИЧ .....	39
Приложение 9. Перечень вопросов для послетестового консультирования по ВИЧ .....	41
Приложение 10. Предупреждение ВИЧ-инфицированному, содержащемуся в учреждениях ФСИН России ..	43
Литература .....	44

## ВВЕДЕНИЕ

Распространенность ВИЧ-инфекции в стране и пенитенциарных учреждениях уголовно-исполнительной системы России продолжает расти, обостряя комплекс социальных, медицинских и психологических проблем, связанных с диагностикой, лечением, профилактикой, психологической коррекцией и социальной адаптацией.

Заболеваемость ВИЧ-инфекцией в учреждениях УИС в десятки раз превышает соответствующий показатель в целом по России. Это объясняется высокой концентрацией социально дезадаптированных лиц, содержащихся в местах лишения свободы (в т. ч. больных наркомагией, алкоголизмом, лиц, ведущих беспорядочную половую жизнь). Следует отметить, что ежегодно в следственные изоляторы ФСИН России поступают около 7 тысяч ВИЧ-инфицированных. В первом полугодии 2006 года в учреждениях ФСИН России содержалось 36400 ВИЧ-инфицированных. На сегодняшний день 4,3% подозреваемых, обвиняемых и осужденных ВИЧ-инфицированы, из них: 32678 (89,6%) — мужчины, 3584 (10,1%) — женщины, 116 (0,32%) — подростки мужского пола, 22 (0,06%) — подростки женского пола.

Профилактика и борьба с ВИЧ-инфекцией являются приоритетными направлениями деятельности медицинской службы уголовно-исполнительной системы. Инфекционный и социальный характер этих заболеваний требует особых организационных подходов. Сегодня ВИЧ-инфицированные содержатся в учреждениях уголовно-исполнительной системы на общих основаниях. Федеральный закон «О внесении изменений и дополнений в Уголовный кодекс Российской Федерации, Уголовно-процессуальный кодекс РСФСР, Уголовно-исполнительный кодекс Российской Федерации и другие законодательные акты Российской Федерации» исключил из части 2 статьи 101 Уголовно-исполнительного кодекса норму, предусматривающую изолированное содержание ВИЧ-инфицированных в специализированных лечебных исправительных учреждениях и противоречащую международным стандартам и правилам.

Порядок организации медицинской помощи лицам, задержанным, заключенным под стражу, отбывающим наказание в местах лишения свободы либо административный арест (контингент) устанавливается законодательством Российской Федерации, нормативными актами Министерства Юстиции, Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Во всех учреждениях УИС медицинская помощь должна оказываться в объеме, предусмотренном

Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (согласно Постановлению Правительства Российской Федерации от 28.07.2005 №461, «О Программе государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью», опубликовано: «Российская газета», №173 от 09.08.2005). Вместе с тем в этой работе отмечается ряд недостатков и упущений.

Основным методом профилактики распространения ВИЧ-инфекции в практике подавляющего большинства территориальных органов ФСИН России является всеобщее обязательное обследование контингента, что противоречит «Правилам медицинского освидетельствования лиц, находящихся в местах лишения свободы, на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 28 февраля 1996 г. № 221. Кроме того, данная практика совершенно не эффективна, так как не сопровождается консультированием, способным влиять на поведение тестируемого, тем самым теряя профилактическую значимость как таковую.

Существует практика тестирования больных на ВИЧ перед госпитализацией для проведения хирургических вмешательств. Однако нет никаких подтверждающих данных о том, что знание ВИЧ-статуса пациента помогает медицинским работникам снизить личный риск. Вероятность передачи ВИЧ во время травм, сопровождающих медицинские манипуляции, не превышает 0,3% (через слизистые оболочки 0,1%, через поврежденную кожу менее 0,1%). В то же время для гепатита В эта вероятность составляет примерно 25%. В целом риск инфицирования медицинских работников при половых контактах или употреблении наркотиков значительно выше, чем при профессиональной деятельности (В. В. Покровский, 2000).

Санитарно-просветительская работа и гигиеническое воспитание содержащихся в учреждениях УИС граждан и персонала учреждений находятся на низком уровне. Не везде назначены сотрудники, ответственные за проведение информационно-просветительской работы по профилактике ВИЧ-инфекции и за ведение документации по этому направлению. Медленно внедряются в практику работы медицинских работников исправительных учреждений и следственных изоляторов проведение до- и послетестового консультирования при обследовании на ВИЧ-инфекцию. Не реализуются в полной мере положения Федерального закона от 30.03.1995 № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого



вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», касающиеся бесплатности и доступности медицинского освидетельствования лиц, содержащихся в учреждениях ФСИН России, на выявление вируса иммунодефицита человека.

Федеральным законом определено, что любой гражданин РФ может обследоваться на предмет наличия у него антител к ВИЧ: добровольно (п. 3 ст. 7), анонимно по желанию (п. 2 ст. 8), с предварительным и последующим консультированием по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции (п. 6 ст. 7).

## **1. Общие положения тестирования и консультирования при ВИЧ-инфекции**

Медицинское освидетельствование граждан проводится с предварительным и последующим консультированием по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции. Термин «консультирование» по отношению к ВИЧ-инфекции представляет собой заимствование из английского языка (HIV counseling). Под ним подразумеваются диалог и отношения между консультантом и обратившимся человеком с целью предотвращения распространения ВИЧ-инфекции и оказания поддержки тем, кто затронут этой проблемой.

*Добровольное консультирование и тестирование — это процесс, в ходе которого человек получает конфиденциальную консультацию, позволяющую ему сделать информированный выбор и принять решение о том, нужно ли ему (или ей) проходить тест на ВИЧ, знать результат этого теста (ВИЧ-статус) и предпринимать соответствующие действия.*

Консультирование включает консультации до теста (дотестовое консультирование), после него (послетестовое консультирование) и последующие дополнительные консультации. В ходе дотестовой консультации консультант предоставляет человеку (или группе) возможность исследовать и проанализировать свое положение и решить, проходить ли ему (им) тест на ВИЧ. Каждый принимает информированное решение, проходить ли ему тест на ВИЧ, после того как получит необходимую информацию и помощь в понимании проблемы. Консультирование помогает определить смысл отрицательного и положительного результатов теста и помогает обдумать практические пути, как справиться с тем или иным результатом. Дополнительные

консультации призваны оказать поддержку и помочь справиться с проблемами, возникшими в свете новых обстоятельств. Проведение консультативных мероприятий в процессе тестирования на антитела к ВИЧ среди лиц, содержащихся в УИС, позволяет успешно сочетать профилактическую работу по изменению поведения с целью предупреждения заражения ВИЧ с индивидуальной психологической поддержкой.

*Личностно ориентированное дотестовое и послетестовое консультирование подозреваемых, обвиняемых и осужденных — современный этап борьбы с ВИЧ-инфекцией.*

После соответствующего обучения консультирование могут проводить медицинский персонал, социальные работники, психологи УИС. Они должны уметь довести до сведения контингента основные положения, касающиеся тестирования на ВИЧ, а также рассказать о путях передачи ВИЧ, способах защиты от заражения ВИЧ, видах медицинской и психосоциальной помощи, которые могут получить люди, инфицированные ВИЧ. Консультирование направлено на помощь в разрешении кризиса, решение проблемы или принятие решения и затрагивает личные, интимные переживания и особенности поведения. Необходимо отметить состояние стресса, который оказывает влияние на психологическое состояние консультируемого от момента задержания до окончания проведения судебно — следственных действий. Лишение свободы также является психической травмой. Поэтому необходимо уметь распознавать и определять различные эмоциональные проявления подозреваемых, обвиняемых и осужденных, а также оценивать степень их выраженности. Консультируемый может быть подавлен, находиться в состоянии отрицания. Кроме того, находясь в изоляции, осужденные не могут получить поддержку близких и друзей, у них нет возможности обратиться за помощью по телефону доверия.

### **1.1. Преимущества тестирования и консультирования**

Тестирование и консультирование — это эффективная стратегия, помогающая облегчить процесс изменений в поведении — как тех, у кого результат теста положительный, так и тех, у кого он отрицательный.

Ожидаемые преимущества для консультируемого:

*При отрицательном результате теста на ВИЧ:*

- возможность получить консультирование по проблеме ВИЧ/СПИДа;
- стимулировать изменения в сексуальном поведении, чтобы результат теста оставался отрицательным.

Эффект доказан различными исследованиями. Он состоит, в частности, в сокращении сексуальных контактов без средств индивидуальной сексуальной гигиены, в уменьшении случаев частой смены партнеров, во все более широком использовании презервативов, а также в том, что все большее число консультируемых предпочитают воздержание.

*При положительном результате теста на ВИЧ:*

- способствует более раннему доступу к получению необходимого медицинского ухода;
- стимулирует изменения в поведении с целью предотвращения инфицирования ВИЧ других людей;
- позволяет планировать свое будущее исходя из новых обстоятельств;
- оказывает помощь женщинам в предотвращении передачи вируса от матери к ребенку.

*Для общества в целом:*

- доступность тестирования на ВИЧ способствует осознанию проблемы ВИЧ и СПИДа, что ведет к сокращению распространения заболевания. И, хотя тестирование является сравнительно затратной деятельностью, считается, что эти затраты «рентабельны», т. е. добровольное тестирование и консультирование действительно влияют на изменение модели поведения людей;
- эпидемиологические данные необходимы для разработки эффективных программ профилактики и лечения ВИЧ-инфекции. Кроме того, это отправная точка для других услуг, связанных с проблемами ВИЧ и СПИДа, включая предотвращение передачи вируса от матери

к ребенку, предотвращение и умение справляться с заболеваниями, связанными с ВИЧ, а также социальную поддержку;

- тестирование на ВИЧ гарантирует безопасность донорской крови и органов;

- с точки зрения прав человека, тестирование и консультирование может сыграть свою роль в решении проблемы своего рода позорного клейма, которое ложится на ВИЧ-инфицированных (так называемой «стигматизации»), и связанной с этим дискриминации.

## 1.2. Принципы тестирования и консультирования

Общие принципы, закрепленные в национальных программах борьбы со СПИДом, должны распространяться на всех членов общества.

Обращение за помощью зависит от знания своего ВИЧ-статуса, что диктует необходимость в передовых, практичных, эффективных и этически приемлемых методах тестирования и консультирования, которые бы отвечали потребностям разных типов медицинских учреждений и в том числе проводились бы в УИС. В то время как предложение пройти тестирование на ВИЧ при определенных обстоятельствах должно стать обязательным, само тестирование должно проводиться *только после получения информированного согласия и в условиях строгой конфиденциальности*. Процедура получения информированного согласия неизбежно будет в каждом случае отличаться, но ее основные компоненты неизменны:

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

*Конфиденциальность* — этический принцип, особенно важный в сфере оказания медицинских услуг. Принцип конфиденциальности основан на том, что человек должен иметь право на неразглашение своих наиболее личных физических и психологических тайн; однако он также служит основой для эффективных взаимоотношений с медицинским работником и, следовательно, является основой эффективности многих видов вмешательства, которые опираются на эти отношения. Человек может пойти на предоставление сведений, необходимых для принятия клинических решений и лечения, только в том случае, если он уверен, что медицинские работники будут сохранять предоставленную им информацию в тайне.

Достижение конфиденциальности медицинской информации в местах лишения свободы является сложной проблемой. Информация в учреждениях УИС распространяется быстро. Постоянное общение во всех сферах жизнедеятельности, невозможность скрыть информацию, связанную с ВИЧ, вынуждает осужденного сообщать другим о наличии инфицирования. Отношение со стороны окружающих может иметь различную направленность: от полного неприятия и разрыва отношений до разносторонней поддержки. Социальный статус также влияет на реакцию личности, на болезнь, а для осужденных он имеет особое значение, поскольку они находятся в условиях возможного понижения и применения отрицательных санкций со стороны пенитенциарного социума. Психосоциальный статус инфицированного усугубляет переживания по поводу социальной стигматизации, снижения трудоспособности, ограничения контактов с внешним миром, изоляции от близких, родственников, способствует усилению тревоги и беспокойства, вызывает чувство вины, снижение самооценки. Уважение прав контингентов, инфицированных ВИЧ, имеет огромное значение для эффективного противодействия этому заболеванию. Дискриминация или разглашение диагноза приведет к отказу от консультирования по вопросам профилактики, а также добровольного тестирования. Статус ВИЧ-инфицированного в исправительных учреждениях часто становится клеймом позора. Осужденные явно рискуют оказаться на положении отверженных или даже подвергнуться физическому насилию. Обязанность медицинского работника в учреждениях УИС — обеспечить сохранение взаимоотношений врач — пациент, направленное на предотвращение восприятия медицинских работников лишь в качестве части тюремной администрации. При отсутствии доверия врач потеряет всякое влияние, которое могло бы защитить тех осужденных, которым необходимы помощь и поддержка. Разглашение ВИЧ-статуса осужденных может вообще оттолкнуть их от медицинских учреждений, что еще больше затруднит профилактическую и просветительскую работу. Помимо медицинского персонала другие лица не должны иметь доступ к медицинской документации. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя производится только в исключительных случаях, оговоренных в ст. 61 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»:

1. В целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;
2. При угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

3. По запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;

4. В случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей или законных представителей;

5. При наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.

Врач должен поставить в известность лицо, которому стали известны сведения, составляющие врачебную тайну, с учетом причиняемого подозреваемым, обвиняемым и осужденным ущерба, что он несет административную, дисциплинарную или уголовную ответственность за разглашение этих сведений в соответствии с законодательством РФ и субъектов РФ.

*Требование соблюдения конфиденциальности не является абстрактным гуманитарным принципом, а представляет собой неотъемлемое право человека, отбывающего наказание в государстве, которое претендует на статус правового.*

Добровольный характер тестирования и консультирования является одним из его основополагающих принципов. Тестирование на ВИЧ само по себе не ведет к изменению поведения на менее опасное.

Изменения поведения можно ожидать, используя возможности до- и послетестового консультирования, в процессе которого люди осознают проблему ВИЧ-инфекции как индивидуально значимую, получают оценку индивидуального риска подвергнуться заражению и знания об этой инфекции и путях предотвращения заражения.

Важно иметь достаточно навыков и знаний для того, чтобы установить контакт и взаимопонимание. Это необходимо как для собственно консультирования, так и для того, чтобы обратившийся человек осознал необходимость изменить поведение и мог принять решение по поводу своего образа жизни в отношении ВИЧ-инфекции. Зачастую медицинские работники ссылаются на недостаток времени для проведения консультирования. Чаще это связано с недостатком практических навыков, а также с проявлениями психологической защиты, когда изменения привычного профессионального стереотипа и расширение навыков встречают сопротивление врачей. С опытом, как правило, приходит умение структурировать беседу, распределяя время таким

образом, что его хватает и на работу с первично обратившимся пациентом и на повторные консультации.

*Доброжелательность и благосклонность* консультирующего не должны зависеть от образа жизни осужденного, его сексуальных предпочтений, этнических и религиозных особенностей. Опытный врач не проявляет каких-либо субъективных эмоций по поводу индивидуальных особенностей посетителей. Вполне естественно, что медицинский работник может иметь отрицательное отношение к некоторым формам поведения, например, к употреблению наркотиков, составу преступления. Однако привнесение личных мотивов в консультирование не позволяет осуществлять его на должном уровне и в конечном итоге приводит к несостоятельности специалиста.

Консультация должна быть *доступной*. Каждый желающий может ее получить. Люди, нуждающиеся в консультации, должны чувствовать, что они всегда могут попросить о встрече или связаться с врачом. Любая информация, которую сообщает врач, должна быть последовательна и изложена простым, понятным языком. Опытные доктора просят своих пациентов коротко повторить основные положения беседы. Это придает им уверенность в том, что их рекомендации были правильно поняты.

### **1.3. Требования, предъявляемые к консультантам**

Основные знания, навыки и личные качества, которыми должны обладать консультанты:

#### *Квалификация*

- Должны пройти полный учебный курс по ВИЧ-консультированию с упором на ориентированные на контингент или иные модели поведенческих изменений, направленные на предупреждение ВИЧ-инфицирования.

- Должны быть заинтересованными и мотивированными на дальнейшее обучение.

#### *Знания*

- Должны обладать новейшими знаниями в области ВИЧ, в том числе: отличия ВИЧ от СПИДа, способы передачи и предупреждения, детали, касающиеся тестирования, и существующие ограничения

(например, тестирование во время периода «окна»), доступные методы лечения и приверженность к лечению.

- Должны владеть новейшей информацией о спектре медицинских услуг, которые ВИЧ-инфицированные могут получить.
- Должны понимать важность методов последовательного и регулярного мониторинга, оценки качества.

### *Навыки*

- Должны обладать навыками активного слушания (вербальными и невербальными).
- Должны уметь пользоваться прямыми вопросами, чтобы договариваться, а не убеждать.
- Должны уметь в короткий срок создать атмосферу доверия.
- Должны уметь поддерживать основную тему беседы в русле предупреждения ВИЧ-инфицирования и методов безопасного секса.
- Должны уметь говорить на деликатные темы просто и в соответствии с культурными традициями, уровнем образования и убеждениями (духовными и традиционными).
- Должны уметь расставлять приоритеты, чтобы использовать отведенное для консультации время наилучшим образом.
- Должны уметь адекватно справляться с возможными реакциями в процессе консультации (например, гнев, беспокойство, страх и пр.)

### *Личные качества*

- Должны уметь спокойно обсуждать вопросы ВИЧ/СПИДа и сексуальности.
- Должны уметь устанавливать контакт и взаимопонимание вне зависимости от пола, возраста, уровня культуры, образования, социально-экономического статуса, верований и убеждений.
- Должны иметь четкое представление о своих собственных предубеждениях и моральных принципах и уметь общаться в непредвзятой манере.
- Должны верить в то, что они делают.



## 2. Порядок проведения тестирования и консультирования

### 2.1. Порядок обследования на наличие антител к ВИЧ лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы и заключенных под стражу

1. По прибытии в следственный изолятор всем поступившим (в том числе следующим транзитом) проводится дотестовое консультирование, исследование на наличие антител к ВИЧ, посттестовое консультирование. Исследование проводится в рамках первичного медицинского осмотра с целью выявления лиц, представляющих эпидемическую опасность для окружающих, а также больных, нуждающихся в неотложной помощи.

2. Факт консультирования и тестирования регистрируется в журнале медицинских осмотров СИЗО.

3. Данные о результатах проведенного консультирования и тестирования вносятся в медицинскую карту амбулаторного больного установленного образца.

4. Отказ подозреваемого, обвиняемого или осужденного от предлагаемого ему обследования оформляется соответствующей записью в медицинской документации и подтверждается его личной подписью, а также подписью медицинского работника после беседы. В беседе подозреваемому, обвиняемому или осужденному *в доступной для него форме* разъясняются возможные последствия отказа от предлагаемых лечебно-диагностических мероприятий. В частности, подчеркивается, что отказ от обсуждения тем, связанных с ВИЧ-инфекцией, может снизить возможность избежать заражения. Обговариваются выгоды обследования на ВИЧ, отказ от которого может ограничить доступ к получению своевременной медицинской помощи и в конечном итоге привести к ухудшению здоровья.

Нежелание подозреваемого, обвиняемого либо осужденного подтверждать свой отказ личной подписью фиксируется в медицинской документации.

5. Преимущество в обследовании и лечении при переводе больного в другое учреждение обеспечивается передачей медицинской карты амбулаторного больного с личным делом.

6. Если осужденным, прибывшим в учреждения УИС, ранее не проводилось консультирование и тестирование на наличие антител

к ВИЧ или срок от последнего консультирования и тестирования превышает 6 месяцев, то осужденному предлагается пройти исследование на наличие антител к ВИЧ с до- и послетестовым консультированием.

7. Данные о результатах проведенного консультирования и тестирования вносятся в медицинскую карту амбулаторного больного установленного образца.

8. В дальнейшем консультирование и тестирование осужденных на наличие антител к ВИЧ проводится по желанию осужденного или по эпидемиологическим и клиническим показаниям, но не чаще одного раза в год.

9. При консультировании осужденных женщин особое внимание необходимо уделить вопросам семьи, рождению детей и ухода за ними в условиях исправительного учреждения.

10. Консультирование несовершеннолетних осужденных необходимо проводить с учетом особенностей подросткового периода, социопатии, нередко психопатии.

Решения, связанные с уведомлением родителей или законных представителей о наличии ВИЧ-инфекции или с получением согласия на лечение, необходимо принимать на тех же основаниях, что и в обществе в целом, соблюдая при этом принцип приоритетности ребенка.

11. При консультировании осужденных иностранных граждан необходимо обеспечить возможность перевода, а также конфиденциальность в случае экстрадиции.

Порядок обеспечения конфиденциальности информации о ВИЧ-инфицированных — в Приложениях 1-5.

## **2.2. Дотестовое консультирование**

*Консультирование направлено на помощь в разрешении кризиса, решение проблемы или принятие решения и затрагивает личные, интимные переживания и особенности поведения.*

В результате дотестового консультирования человек:

- получает информацию о ВИЧ-инфекции, тесте на антитела к ВИЧ, мерах профилактики ВИЧ-инфекции, возможных последствиях тестирования;

- получает объективную оценку наличия в его жизни риска заразиться ВИЧ-инфекцией;
- принимает осознанное решение о прохождении обследования на антитела к ВИЧ;
- обдумывает возможности изменения своего поведения, рискованного в плане заражения ВИЧ.

В учреждениях уголовно-исполнительной системы, наряду с индивидуальным консультированием, нужно внедрять групповое дотестовое консультирование, во время которого вся информационная часть излагается нескольким обследуемым. Однако каждому подозреваемому, обвиняемому и осужденному перед получением информированного согласия следует предоставить возможность индивидуальной беседы с консультантом в конфиденциальной обстановке. Лица, проводящие консультирование, должны быть готовы к тому, что обследуемый возлагает на тест нереальные надежды или не изъявит желания изменить поведение и пройти тестирование. Все подозреваемые, обвиняемые и осужденные, которым предлагается пройти тестирование, имеют право отказаться от него. Отказавшимся важно предоставить информацию о путях передачи ВИЧ, профилактике ВИЧ-инфекции, а также рассказать, где они могут получить дополнительную информацию о ВИЧ-инфекции, если у них возникнет такая потребность в будущем.

Во время консультирования необходимо обосновать его важность. Спросите, хочет ли консультируемый поговорить о ВИЧ-инфекции. Выясните, что он о ней знает. Объясните, почему это важно и какие возможности все-таки дает знание своего ВИЧ-статуса. Получите согласие на консультирование. Если консультирование индивидуальное, обсудите вопрос конфиденциальности. Подробно объясните, какая информация является конфиденциальной, кому и при каких условиях она может быть передана. Для определения наличия или отсутствия факторов риска выясните следующие вопросы: особенности полового поведения; частота смены половых партнеров; использование презервативов; наличие ВИЧ-инфекции среди половых партнеров; факты внутривенного употребления наркотиков; наличие среди половых партнеров лиц с гомосексуальными предпочтениями, работников коммерческого секса; перенесенные переливания крови, использование продуктов крови, пересадка органов, нестерильные проникающие процедуры, нанесение татуировок. Если консультант обнаружил факторы риска и может предполагать, что результат тести-

рования окажется положительным, уточните, что думает обследуемый о своей реакции на положительный или отрицательный результат тестирования и кто поддержит его в случае положительного результата.

Убедитесь в том, что консультируемый понимает, что означают понятия «положительный», «отрицательный» и «неопределенный» применительно к результату теста. Обсудите его возможные реакции на результат (особенно положительный). Оцените возможные последствия тестирования.

*Задачей дотестового консультирования является выработка осознанного решения («информированного согласия») о прохождении обследования на антитела к ВИЧ.*

Кровь для исследования на ВИЧ может быть взята только после того, как обследуемый выразит свое согласие добровольно, т. е. без всякого прямого или косвенного принуждения (например, заявления о том, что ему будет отказано в оказании медицинской помощи из-за отказа от тестирования на ВИЧ).

Предоставьте время для обдумывания затронутых при консультировании вопросов, спросите обследуемого, согласен ли он пройти тестирование, предложите заполнить и подписать бланк информированного согласия (Приложение 7).

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

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

Результат тестирования может оказаться отрицательным, неопределенным или положительным.

### **2.3. Послетестовое консультирование**

Цель послетестового консультирования по ВИЧ/СПИДу – обсуждение результатов теста на ВИЧ, предоставление соответствующей информации, оказание поддержки и направление к другим специали-

там, а также поощрение поведения, которое снижает риск заражения, если результаты теста отрицательны, или снижает риск передачи ВИЧ другим, если они положительны.

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

*Послетестовое консультирование при отрицательном результате*

Повторите основную информацию, предоставленную до тестирования. Обсудите вопросы наименее опасного поведения в отношении ВИЧ-инфекции. Напомните о наличии периода «окна». Посоветуйте пройти повторное тестирование через 3-6 месяцев. Вернитесь к вопросу наименее опасного поведения в отношении ВИЧ-инфекции. Обсудите необходимость использования презервативов. При наличии в анамнезе сведений об употреблении наркотиков обратите внимание обследуемого на то, что несоблюдение стерильности шприцев и игл, раствора наркотика, емкости, из которой он набирается, использование их совместно с другими ведет к заражению ВИЧ. Обратите внимание обследуемого на риск заражения ВИЧ при нанесении татуировок нестерильными инструментами.

*Послетестовое консультирование при неопределенном результате*

Существует вероятность получения неопределенного результата по причине ошибки при постановке теста; сероконверсии, наличия у обследуемого острых и хронических заболеваний.

При получении неопределенного результата обсудите с обследуемым значение полученного результата. Объясните, при каких обстоятельствах бывает неопределенный результат. Для исключения ошибки предложите повторить тест. Посоветуйте придерживаться менее опасного в плане передачи ВИЧ поведения: использовать презерватив при половых контактах; при внутривенном введении наркотиков соблюдать стерильность раствора наркотика, емкости, из которой набирается раствор, шприцев и игл и не использовать их совместно с другими. Сообщите обследуемому о взятии его под наблюдение медицинским работником учреждения.

### *Посттестовое консультирование при положительном результате*

О положительном результате теста на ВИЧ обследуемому сообщает медицинский работник, проводивший дотестовое консультирование. Ясно и кратко сообщите результат, оцените реакцию пациента на сообщение о наличии антител к ВИЧ, выслушайте мысли и опасения консультируемого относительно своего диагноза. Выслушайте о чувствах, касающихся ВИЧ-инфекции. Объясните еще раз, что такое ВИЧ, как он влияет на иммунную систему, разницу между ВИЧ-инфекцией и СПИДом.

Обратите внимание на важность соблюдения наименее опасного поведения в отношении ВИЧ-инфекции, предотвращения заражения инфекциями, передающимися половым путем, которые могут угнетать иммунитет и способствовать прогрессированию заболевания. Рекомендуйте использовать презервативы при сексуальных контактах, отказаться от приема наркотиков, а при невозможности прекращения приема наркотиков — пользоваться одноразовыми шприцами и иглами, не передавая их другим потребителям, следить за стерильностью раствора наркотика и емкости, из которой он набирается.

Предупредите об ответственности за изменение поведения для избежания передачи возбудителя (Приложение 10). Сообщите о взятии под диспансерное наблюдение, цель которого — своевременное выявление и лечение сопутствующих заболеваний, своевременное выявление показаний для начала ВААРТ и химиопрофилактики вторичных заболеваний, своевременное лечение вторичных заболеваний.

Учитывая специфические условия, в которых находится контингент, необходимо предвидеть и по возможности предотвратить психоэмоциональную реакцию в ответ на полученный положительный результат. Связанные с этим раздражительность, озлобленность, конфликтность могут привести к нарушению режима содержания и водворению в штрафной изолятор. В некоторых случаях гнев может быть направлен против самого человека, принимая форму аутоагрессивного (в том числе суицидального) поведения. Обратите внимание на актуальные для ВИЧ-инфицированных мужчин проблемы утраты или ограничения в сексуальной сфере. Игнорирование этой темы приводит к неполному охвату проблемы, т. к. вопросы интимного характера в среде осужденных, как правило, не обсуждаются.

Дайте разъяснение, что наличие ВИЧ у осужденного не повлияет на условия отбывания наказания, предусмотренные Уголовно-исполнительным кодексом Российской Федерации (УИК), и перевод в другое

исправительное учреждение может осуществляться только по основаниям, предусмотренным статьями УИК.

Дайте разъяснение, что ВИЧ-инфицированный осужденный имеет право на труд и возможность рационального трудоустройства, право на профессиональное образование и профессиональную подготовку, возможность получить психологическую помощь, дополнительное питание, социальную поддержку (рациональное трудоустройство после освобождения, обеспечение связи с родственниками).

*Квалифицированное консультирование помогает людям овладеть ситуацией в случае получения ими положительного результата тестирования и тем самым вносит существенный вклад в профилактику самоубийств и других поступков, продиктованных отчаянием.*

### **3. Диагностика ВИЧ-инфекции**

Диагностика ВИЧ-инфекции осуществляется путем комплексной оценки эпидемиологических данных, результатов клинического обследования и лабораторных исследований. Она включает два последовательных этапа: выявление факта инфицирования ВИЧ и установление развернутого клинического диагноза, определение стадии, характера течения ВИЧ-инфекции и прогноза. Поэтому диагноз «ВИЧ-инфекция» только на основании положительного результата анализа на антитела к ВИЧ не выставляется.

В России в настоящее время стандартной процедурой лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции является обнаружение антител к ВИЧ с последующим подтверждением их специфичности в реакции иммунного блоттинга. Антитела к ВИЧ появляются у 90-95% зараженных в течение 3 месяцев после заражения, у 5-9% — через 6 месяцев с момента заражения и у 0,5-1% — в более поздние сроки. Наиболее ранний срок обнаружения антител — 2 недели с момента заражения.

Забор крови для серологического обследования на антитела к ВИЧ производится из локтевой (или другой) вены в чистую сухую пробирку в количестве 3-5 мл. У новорожденных можно брать пуповинную кровь. Полученный материал (цельную кровь) нельзя замораживать, кроме того, его не рекомендуется хранить более 12 часов при комнатной температуре и более 1 суток в холодильнике при 4-8°C. Происходящий при неправильном хранении гемолиз может повлиять на результаты анализа. Сыворотка отделяется центрифуги-

рованием или обводкой крови по стенке пробирки пастеровской пипеткой либо стеклянной палочкой. Отделенная сыворотка переносится в чистую (лучше стерильную) пробирку, флакон или пластиковый контейнер, и в таком виде она может храниться до 7 дней при температуре 4-8°C, в замороженном виде — несколько лет. При работе следует соблюдать правила техники безопасности, приведенные в «Инструкции по противоэпидемическому режиму в лабораториях диагностики СПИДа» № 42-28/38-90 от 5 июля 1990 года.

### **3.1. Обнаружение антител к ВИЧ**

Обнаружение антител к ВИЧ включает два этапа. На первом этапе проводится выявление суммарного спектра антител против антигенов ВИЧ с использованием различных тестов. На втором этапе методом иммунного блоттинга проводится определение антител к отдельным антигенам вируса. В работе допустимо использование только тест-систем, разрешенных к применению Министерством здравоохранения и социального развития РФ. Диагностические процедуры должны проводиться только в соответствии с утвержденными инструкциями по применению соответствующих тестов.

*На первом этапе*, если получен положительный результат, анализ проводится последовательно еще 2 раза (с той же сывороткой и в той же тест-системе). Если при этом был получен хотя бы один положительный результат (два положительных результата из трех постановок в ИФА), сыворотка считается первично-положительной и направляется в референс-лабораторию для дальнейшего исследования.

Первично-положительная сыворотка повторно исследуется в ИФА во второй (другой) тест-системе, выбранной для подтверждения. При получении положительного результата анализа и во второй тест-системе сыворотку необходимо исследовать в ИБ.

При получении отрицательного результата во второй тест-системе сыворотка повторно исследуется в третьей тест-системе.

В случае получения отрицательного результата анализа и во второй, и в третьей тест-системе выдается заключение об отсутствии антител к ВИЧ.

При получении положительного результата в третьей тест-системе сыворотка также направляется на исследование в иммунном блоттинге.



## *Иммунный блоттинг*

Принцип метода заключается в выявлении антител к определенным белкам вируса, иммобилизованным на нитроцеллюлозную мембрану. Белки оболочки вируса (env) ВИЧ-1 обычно обозначаются как гликопротеины («gp» или «gp») с молекулярным весом, выраженным в килодальтонах (кд): 160 кд, 120 кд, 41 кд. У ВИЧ-2 гликопротеины имеют вес 140 кд, 105 кд, 36 кд. Белки сердцевин (gag) (обычно обозначаемые как протеины — «p» или «p») у ВИЧ-1 имеют молекулярный вес соответственно 55 кд, 24 кд, 17 кд, а ВИЧ-2 — 56 кд, 26 кд, 18 кд. Ферменты ВИЧ-1 (pol) имеют молекулярный вес 66 кд, 51 кд, 31 кд, ВИЧ-2 — 68 кд. Результаты, полученные в иммунном блоттинге, интерпретируются как положительные, сомнительные и отрицательные.

*Положительными* (позитивными) считаются пробы, в которых обнаруживаются антитела к 2 или 3 гликопротеинам ВИЧ.

*Отрицательными* (негативными) считаются сыворотки, в которых не обнаруживается антител ни к одному из антигенов (белков) ВИЧ.

Пробы, в которых обнаруживаются антитела к одному гликопротеину ВИЧ и/или каким-либо протеинам ВИЧ, считаются *сомнительными* (неопределенными или не интерпретируемыми).

При получении сомнительного результата с антителами к белкам сердцевин (gag) в иммунном блоттинге с антигенами ВИЧ-1 проводится исследование с антигенами ВИЧ-2.

При получении положительных результатов иммунного блоттинга делается заключение о наличии в исследуемом материале антител к ВИЧ.

При получении отрицательного результата анализа в ИБ выдается заключение об отсутствии антител к ВИЧ.

При получении неопределенного результата (если не был выявлен антиген p24) проводятся повторные исследования на антитела к ВИЧ через 3 месяца и при сохранении неопределенных результатов еще через 3 месяца. Если был выявлен антиген p24, повторное обследование проводится через 2 недели после получения первого неопределенного результата.

Если через 6 месяцев после первого обследования вновь будут получены неопределенные результаты, а у пациента не будут выявлены факторы риска заражения и клинические симптомы ВИЧ-инфекции,

результат расценивается как ложноположительный. (При наличии эпидемиологических и клинических показаний серологические исследования повторяются по назначению).

Особенностью серологической диагностики ВИЧ-инфекции у детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, является то, что как у зараженных, так и у незараженных детей в первые 6-12 месяцев жизни обнаруживаются антитела к ВИЧ материнского происхождения, которые затем могут исчезать. Критерием, свидетельствующим о наличии у ребенка ВИЧ-инфекции, является обнаружение у него антител к ВИЧ в возрасте 18 и более месяцев. Отсутствие антител к ВИЧ у ребенка в возрасте 18 месяцев, рожденного от ВИЧ-инфицированной матери, является критерием, свидетельствующим против наличия у него ВИЧ-инфекции.

В настоящее время в России разрешены к применению тест-системы для обнаружения антигенов ВИЧ или генного материала ВИЧ. Эти тест-системы могут давать положительные реакции на наличие маркеров ВИЧ в ранних стадиях ВИЧ-инфекции, до того как концентрация антител достигнет уровня, достаточного для определения. При обнаружении положительных результатов на ВИЧ-инфекцию в тест-системах данных типов следует провести обследование на антитела к ВИЧ. При обнаружении антител следует придерживаться стандартной диагностической тактики. Применяемые в настоящее время генно-инженерные методы позволяют провести не только качественный (определение наличия), но и количественный анализ содержания генетического материала ВИЧ в крови. Определение количества копий РНК ВИЧ в крови (так называемой «вирусной нагрузки») имеет большое значение для контроля за эффективностью антиретровирусной терапии.

Обнаружение с помощью лицензированных тест-систем генного материала (ДНК или РНК) ВИЧ в двух (взятых в разное время) образцах крови пациента является критерием, подтверждающим наличие у пациента ВИЧ-инфекции.

У детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей, повторное обнаружение молекулярно-биологическими методами ДНК или РНК ВИЧ служит диагностическим критерием в пользу ВИЧ-инфекции, а повторные отрицательные результаты (в образцах крови, взятых в разное время, в возрасте старше 1 месяца) — против диагноза ВИЧ-инфекции. Однако окончательно вопрос о наличии или отсутствии

у этих детей ВИЧ-инфекции решается в возрасте не менее 1 года на основании эпидемиологических, клинических и лабораторных данных.

## **4. Критерии установления диагноза**

В ряде случаев для проведения своевременных противоэпидемических мероприятий необходимо исключать ВИЧ-инфекцию, когда имеется большая вероятность ВИЧ-инфицирования, но временно не имеется полных или достаточных данных для окончательного подтверждения диагноза.

В этих случаях необходимо ориентироваться на критерии высокой, значительной и большой достоверности, при которых соответственно высок риск инфицированности.

### **4.1. Эпидемиологические критерии установления инфицированности ВИЧ**

Важнейшим эпидемиологическим критерием при постановке диагноза ВИЧ-инфекции является выявление возможных факторов риска инфицирования ВИЧ.

К критериям *большой вероятности инфицирования ВИЧ* можно отнести:

1. Установление заражения реципиента ВИЧ-инфекцией через кровь инфицированного донора (хотя реципиент, конечно, мог заразиться и другим, например половым, путем).
2. Совместный прием наркотиков для парентерального введения с известным лицом, инфицированным ВИЧ.
3. Рождение от ВИЧ-инфицированной матери (заражение происходит не всегда).
4. Половой контакт с известным лицом, зараженным ВИЧ (заражение происходит не обязательно).
5. Пребывание в установленном очаге внутрибольничного распространения ВИЧ в период его существования (заражение происходит не обязательно).

К эпидемиологическим факторам *достаточной вероятности инфицирования ВИЧ* можно отнести:

1. Парентеральное введение наркотиков на территориях с большой пораженностью ВИЧ среди наркоманов или совместно с выходцами с территорий с большой распространенностью ВИЧ-инфекции.

2. Половые контакты с наркоманами, проститутками и мужчинами-гомосексуалистами на территориях с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции или с лицами, принадлежащими к указанным группам.

3. Переливание крови от неустановленных или необследованных доноров на территориях с большой распространенностью ВИЧ-инфекции.

К факторам *средней вероятности инфицирования* можно отнести:

1. Парентеральное введение наркотиков.

2. Половые связи с большим количеством партнеров.

3. Половые связи с мужчинами-гомосексуалистами.

4. Половые связи с наркоманами.

5. Переливание крови от большого количества неустановленных доноров.

6. Пребывание в странах с большой (более 5% населения) распространенностью ВИЧ-инфекции.

К эпидемиологическим *критериям относительной достоверности* можно отнести обнаружение факторов незначительного риска, например, гетеросексуальных половых партнеров, не принадлежащих (по крайней мере, внешне) к группам повышенного риска заражения ВИЧ.

Об эпидемиологических *критериях малой достоверности инфицирования ВИЧ* можно говорить в тех случаях, когда достаточно точно можно установить, что обследуемый не имел ни одного из вышеперечисленных факторов большой вероятности, например, если у него был один гетеросексуальный половой партнер, не употреблявший наркотики, он сам не употреблял наркотики и не получал переливаний крови.

Об эпидемиологических *критериях сомнительной вероятности инфицирования ВИЧ* можно говорить в тех случаях, когда установлено, что обследуемый не имел никаких достоверных факторов риска заражения. Например, если речь идет о ребенке, рожденном от матери, не инфицированной ВИЧ, никогда не подвергавшемся госпитализации.

## 4.2. Клинические критерии установления диагноза ВИЧ-инфекции

К критериям высокой достоверности ВИЧ-инфекции относят следующие клинические состояния (которые известны как заболевания, позволяющие диагностировать СПИД без лабораторного подтверждения ВИЧ-инфекции, если оно не проводилось или дало неопределенные результаты):

1. Кандидоз пищевода, трахеи, бронхов или легких.
2. Криптококкоз внелегочный.
3. Криптоспоридиоз с диареей, длящейся более 1 мес.
4. Цитомегаловирусное поражение других органов, кроме печени, селезенки, лимфатических узлов, у больных старше 1 мес.
5. Инфекция вирусом простого герпеса, вызывающего многоочаговые язвы, не заживающие более 1 мес, или бронхит, пневмонит или эзофагит любой длительности.
6. Саркома Капоши у пациента моложе 60 лет.
7. Первичная лимфома мозга у пациента моложе 60 лет.
8. Диссеминированная инфекция возбудителями группы *M. avium* или *M. kansasii* (с локализацией поражений вне легких, кожи, шейных или воротных лимфатических узлов).
9. Пневмоцистная пневмония.
10. Прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия.
11. Токсоплазмоз мозга у пациентов старше 1 мес.

Как известно, эти заболевания считаются признаками СПИДа при условии, что они диагностированы в основном морфологически и исключены следующие факторы:

- проводимая высокими дозами и длительная систематическая кортикостероидная или другая иммунодепрессивная или сопровождающаяся цитотоксичностью терапия в течение 3 мес. до появления индикаторного заболевания;
- любая из следующих болезней, диагностированных в течение 3 мес. до возникновения индикаторного заболевания: лимфогранулематоз, другие лимфомы (кроме первичной лимфомы мозга), лимфоидная лейкемия, многоочаговая миелома, или любой рак из лимфоретикулярной или гистиоцитарной ткани, или ангиоиммунобластная лимфаденопатия;

• генетический (врожденный) иммунодефицитный синдром или приобретенная иммунная недостаточность, атипичная для ВИЧ-инфекции.

К *критериям значительной достоверности* относятся те же клинические проявления при отсутствии данных о перечисленных исключениях.

К *критериям большой достоверности* при тех же исключениях относят:

1. Перечисленные выше заболевания, подтвержденные клиническими, инструментальными, лабораторными, но не морфологическими методами.

2. Обнаружение персистирующей генерализованной лимфаденопатии (увеличение не менее двух лимфатических узлов в двух разных группах у взрослых до диаметра более 1 см, у детей более 0,5 см, сохраняющееся в течение не менее 3 мес).

3. Рецидивирующий опоясывающий лишай у лиц моложе 60 лет.

4. Цитомегаловирусный ретинит.

5. Лимфоидный интерстициальный пневмонит и/или гиперплазия у детей до 13 лет.

6. Диссеминированный гистоплазмоз (с локализацией в других местах помимо легких или шейных лимфатических узлов).

7. Изоспороз с диареей более 1 мес.

8. Диссеминированный кокцидиомикоз (с локализацией в других местах или помимо поражения легких или шейных лимфатических узлов).

9. Множественные или рецидивирующие бактериальные инфекции (в любом сочетании не менее двух за 2 года) следующего типа у детей до 13 лет: септицемия, пневмония, менингит, костная или суставная инфекция, абсцесс внутренних органов или полостей тела (исключая отит и поверхностные абсцессы кожи и слизистых оболочек).

10. Неходжкинская лимфома В-клеточного или неизвестного клеточного фенотипа.

11. Любое заболевание, вызванное микобактериями, кроме *M. tuberculosis*, диссеминированное, с локализацией поражения в другом

месте, кроме (или в добавление) легких, кожи, шейных лимфатических узлов.

12. Внелегочный туберкулез (хотя бы одна локализация вне легких вне зависимости от поражения легких).

13. Рецидивирующая сальмонеллезная септицемия.

14. Исхудание (слим-синдром) при отсутствии других факторов, объясняющих его происхождение.

К *критериям достаточной достоверности* можно отнести обнаружение типичной клиники острой ВИЧ-инфекции, различные повторные и прогрессирующие грибковые, вирусные или бактериальные поражения кожи и слизистых оболочек.

К *критериям средней достоверности* можно отнести все случаи, когда у обследуемого выявлены отдельные синдромы, которые могут встречаться при ВИЧ-инфекции, например гепатолиенальный синдром.

*Критериями малой достоверности* являются те случаи, когда у обследуемого не обнаруживается синдромов, а выявляются только отдельные симптомы или заболевания, которые могут наблюдаться при ВИЧ-инфекции, например кандидозный стоматит.

*Критерием сомнительной достоверности* является отсутствие у обследуемого пациента какого-либо из перечисленных выше состояний.

#### **4.3. Лабораторные критерии для постановки диагноза ВИЧ-инфекции**

*Критерием высокой достоверности* диагностики ВИЧ-инфекции является выделение ВИЧ из крови или других тканей обследуемого с последующей идентификацией выявленной культуры.

*Критерием значительной достоверности* заражения ВИЧ является обнаружение антител к отдельным антигенам ВИЧ методом иммунного блоттинга.

К *критериям большой достоверности* относится:

1. Обнаружение антител к отдельным диагностически значимым белкам ВИЧ (в других методиках, кроме иммунного блоттинга).

2. Обнаружение генного материала ВИЧ или антигенов ВИЧ (в том числе и с помощью ПЦР).

3. Уровень CD4-лимфоцитов менее  $0,210^9$ /л.

*Критериями достаточной достоверности* являются:

1. Обнаружение суммарных антител к ВИЧ иммуноферментным или иным методом.

2. Уровень CD4-лимфоцитов менее  $0,4 \cdot 10^9$ /л.

К *критериям средней достоверности* относятся сочетанные (синдромальные) показатели системных сдвигов иммунитета, типичных для ВИЧ-инфекции. К таковым среди доступных в обычной практике может быть отнесено уменьшение соотношения CD4- и CD8-клеток и повышение уровня CDS-клеток.

К *критериям относительной достоверности* можно отнести обнаружение сдвигов отдельных лабораторных показателей, достаточно типичных для ВИЧ-инфекции, но неспецифичных, таких, как лимфопения и повышение уровня кислотолабильного интерферона.

К *критериям малой достоверности* можно отнести обнаружение изменений лабораторных показателей, которые могут наблюдаться при ВИЧ-инфекции, но не являются для нее специфичными и встречаются и при других состояниях (например, лимфоцитоз, снижение показателя гематокрита, уровня альбумина, повышение СОЭ и т.п.).

К *критериям сомнительной достоверности* принадлежат случаи отсутствия какого-либо из перечисленных выше лабораторных свидетельств.

Кроме недостатка информации практическому врачу нередко приходится сталкиваться с такими проблемами, как различные технические ошибки составления записей, перепутывание проб от разных пациентов и, наконец, недостаточная квалификация лабораторного персонала, который не умеет правильно проводить исследование или правильно интерпретировать его результаты. При использовании лабораторных критериев следует учитывать неизбежные ошибки, которые могут возникнуть на разных этапах диагностики. В тех случаях, когда лабораторные данные, очевидно, противоречат эпидемиологическим или клиническим критериям, необходимо проводить повторные исследования в других лабораториях.



#### **4.4. Постановка полного клинического диагноза ВИЧ-инфекции**

После подтверждения факта наличия у обследуемого ВИЧ-инфекции необходимо установить полный клинический диагноз заболевания, который позволит определить дальнейшую тактику ведения пациента. При необходимости для этого осуществляются дополнительные исследования.

# Приложения

## Приложение 1.

### Порядок обеспечения конфиденциальности информации о ВИЧ-инфицированных

Настоящий порядок определяет условия обеспечения конфиденциальности в следственных изоляторах и исправительных учреждениях ФСИН России медицинской информации, связанной с результатами обследования на ВИЧ-инфекцию и является обязательным для исполнения во всех учреждениях ФСИН России.

1.1. Начальник исправительной колонии, СИЗО, лечебно-профилактического учреждения обеспечивает режим конфиденциальности в отношении всей информации, связанной с персонификацией находящихся в учреждении ВИЧ-инфицированных.

1.2. С целью выполнения этой задачи начальник учреждения обязан:

1.2.1. Назначить приказом по учреждению медицинского работника, ответственного за профилактику ВИЧ/СПИДа в учреждении, организацию обследования на ВИЧ-инфекцию, проведение до- и послетестовых консультаций, лечение, реабилитацию ВИЧ-инфицированных.

1.2.2. Создать необходимые условия для работы указанного медицинского работника.

1.2.3. Организовывать подготовку медицинских работников, отвечающих за работу с указанной категорией подозреваемых, обвиняемых и осужденных.

1.2.4. Исключить допуск к конфиденциальной медицинской информации всех лиц, кроме назначенного приказом по учреждению медицинского работника, а также в установленном законом порядке официальных представителей суда, органов следствия и прокуратуры.

1.2.5. Проводить служебные расследования случаев распространения информации о ВИЧ-инфицированных.

1.3. Начальники медицинских управлений (отделов, отделений) территориальных органов ФСИН России обязаны:

1.3.1. Проводить контроль за сохранением конфиденциальности информации о ВИЧ-инфицированных в следственных изоляторах и исправительных учреждениях.

1.3.2. Организовывать подготовку медицинского персонала по профилактике, диагностике, лечению ВИЧ/СПИДа в учреждениях ФСИН России.

1.3.3. Проводить обучение личного состава по вопросам законодательства в сфере предупреждения ВИЧ/СПИДа.

## Приложение 2.

### **Обязанности медицинского работника, ответственного за профилактику ВИЧ/СПИДа в учреждении, организацию обследования на ВИЧ-инфекцию и проведение до- и послетестовых консультаций, диагностику и лечение (далее — медицинского работника)**

2.1. Медицинский работник несет персональную ответственность за сохранение тайны ВИЧ-инфицированного лица.

2.2. Он обязан:

2.2.1. Знать и иметь всю необходимую информацию по профилактике, диагностике и лечению ВИЧ/СПИДа.

2.2.2. Беречь тайну личности, касающуюся наличия ВИЧ-инфекции.

2.2.3. Соблюдать правила пользования конфиденциальной информацией и заполнения личных карточек ВИЧ-инфицированных (приложение 3), порядок учета их хранения.

2.2.4. Составлять и подавать необходимую статистическую информацию в утвержденные сроки по ВИЧ/СПИДу без персонификации ВИЧ-инфицированных лиц.

2.2.5. Обязательно проводить до- и послетестовое консультирование всем, кому предстоит пройти обследование на ВИЧ. К этой работе могут привлекаться психолог, социальный работник учреждения.

2.2.6. В случае получения информации о наличии ВИЧ-инфицированных — декодировать лицо, провести послетестовое консультирование, заполнить личную карточку.

2.2.7. При направлении ВИЧ-инфицированного в другое учреждение его личную карточку запечатать в конверт и с медицинской картой вложить в личное дело. В журнале учета контроля движения ВИЧ-инфицированных (Приложение 5) делается соответствующая отметка с указанием номера учреждения, куда выбыл инфицированный, и ставится роспись медработника, который отправляет конверт с конфиденциальной информацией.

2.2.8. При освобождении ВИЧ-инфицированного его учетную карточку с соответственной отметкой хранить в отдельной папке (не менее 10 лет) в архиве.

2.3. Медицинская информация о ВИЧ-инфицированном лице выдается медицинским работником лишь по требованию суда, следственных органов и прокуратуры, о чем делается отметка в учетной карточке.

**Приложение 3.**  
**Учетная карта ВИЧ-инфицированного**

1. Фамилия \_\_\_\_\_
  2. Имя, отчество \_\_\_\_\_
  3. Год рождения \_\_\_\_\_
  4. Статья Уголовного кодекса \_\_\_\_\_  
начало срока \_\_\_\_\_ конец срока \_\_\_\_\_
  5. Причина или цель обследования \_\_\_\_\_
  6. Дата получения положительного иммуноблотта « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200\_\_ г.
  7. Эпидемиологический анамнез: инъекционное употребление наркотиков, половая связь с ВИЧ-инфицированными, проститутками, большое количество половых партнеров, гомосексуальные отношения, другое (подчеркнуть)
  8. Серия тест-системы, которой был получен положительный результат \_\_\_\_\_,  
завод-поставщик \_\_\_\_\_
  9. Лаборатория, в которой был получен положительный результат \_\_\_\_\_
- № кода, за которым кровь направлялась в лабораторию \_\_\_\_\_  
дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200\_\_ г.
10. Номер исправительного учреждения, в котором установлен диагноз ВИЧ-инфекции \_\_\_\_\_
  11. ФИО врача, установившего диагноз ВИЧ-инфекции \_\_\_\_\_
  12. Пребывание на учете у врача-психиатра, нарколога, дерматовенеролога, фтизиатра (нужное подчеркнуть)
  13. Разъяснение ВИЧ-инфицированному о требованиях ст. 122 УК РФ дано « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200\_\_ г.
  14. Информация о ВИЧ-инфицированном предоставлялась:  
в суд \_\_\_\_\_ дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200\_\_ г. информацию получил \_\_\_\_\_  
в прокуратуру \_\_\_\_\_ дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200\_\_ г. информацию получил \_\_\_\_\_  
органам дознания \_\_\_\_\_ дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200\_\_ г. информацию получил \_\_\_\_\_

#### **Приложение 4.**

##### **Ведение делопроизводства**

1. Медицинский сотрудник (работник), ответственный за профилактику ВИЧ в учреждении, должен иметь журнал учета и контроля движения ВИЧ-инфицированных, учетные карты предусмотренной формы.

2. Журнал и учетные карты хранятся в сейфе. В журнал заносится только персонифицированная информация. В журнале запрещено делать приписки, которые могли бы декодировать ВИЧ-инфицированное лицо.

3. Медицинский сотрудник (работник) должен самостоятельно вести делопроизводство, связанное с обеспечением медицинской конфиденциальности, организовав свою работу с медицинской документацией и другими документами, носящими закрытый характер, с исключением доступа к ним других лиц.

4. При увольнении с работы или на время отпуска медицинский сотрудник (работник) должен передавать под расписку учетные карты и журнал медицинскому сотруднику (работнику), который назначается начальником учреждения для исполнения этих обязанностей.

5. В каждом учреждении должен быть также журнал учета сывороток крови, направляемых в лабораторию для обследования на ВИЧ (Приложение 6). Отметка о наличии у этих лиц ВИЧ-инфекции в журнале не делается. Журнал хранится в медицинской части учреждения.

6. В случае получения из лаборатории сведений о наличии положительного на ВИЧ-инфекцию результата медицинский сотрудник (работник) переносит информацию в учетную карту. Информация из лаборатории передается в письменной форме только медицинскому сотруднику (работнику), который отвечает за работу с ВИЧ-инфицированными.

7. Учетная карта заполняется в одном экземпляре. Дублирование ее запрещается.

8. Каждой учетной карте присваивается порядковый номер, под которым в этом учреждении выявлен ВИЧ-инфицированный.

9. Учетные карты ВИЧ-инфицированных лиц, которые освободились в течение года, накапливаются в скоросшивателе, и после окончания года подшиваются в отдельную папку. В скоросшивателях и подшитых папках ведется опись учетных карт, которые в них имеются.

**Приложение 5.**

**Журнал учета контроля движения ВИЧ-инфицированных**

№ п/п	№ учетной карты ВИЧ- инфицированного	№ учреждения, куда направлен ВИЧ- инфицированный	Дата отправки конфиден- циальной информации	Ф. И. О. ответственного лица и его подпись

Хранить отдельно от другой медицинской документации

**Приложение 6.**

**Журнал учета сывороток крови, направляемых в лабораторию для обследования на ВИЧ**

№ п/п	Ф.И.О.	Дата забора крови	Дата направле- ния в лаборато- рию	Ф. И. О. заби- равшего кровь	Ф. И. О. отвозив- шего кровь	Код сыворотки

## Приложение 7.

### Бланк информированного согласия на проведение тестирования на антитела к ВИЧ

ФИО \_\_\_\_\_

Год рождения \_\_\_\_\_

Настоящим заявлением я подтверждаю свое желание обследоваться на ВИЧ-инфекцию и даю согласие на взятие образца моей крови и исследование его на ВИЧ.

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

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

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

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

Подпись: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_



## Приложение 8.

### Перечень вопросов для дотестового консультирования по ВИЧ

#### *Цели консультирования:*

- Помочь консультируемому сделать информированный выбор (проходить ли ему тест на ВИЧ, основанный на полной и корректной информации о преимуществах и недостатках знания своего ВИЧ-статуса).
- Выяснить, что он знает о ВИЧ и СПИДе и предоставить ему корректную информацию по этим вопросам.
- Оценить потенциальную подверженность консультируемого ВИЧ.
- Убедить его предпринять необходимые меры по сокращению риска инфицирования ВИЧ или передачи вируса другим.
- Объяснить, что собой представляет процесс тестирования.
- Помочь подготовить консультируемого к результату теста и тем вопросам, которые могут возникнуть после того, как он узнает свой ВИЧ-статус.

#### *Дотестовая консультация:*

- поприветствуйте консультируемого.
- Установите, что он знает о ВИЧ и способах его передачи, внесите необходимые коррективы, если имеет место недопонимание, и восполните имеющиеся пробелы в знаниях по этому вопросу.
- Помогите оценить его индивидуальный риск инфицирования ВИЧ.
- Помогите клиенту составить план действий по сокращению его риска инфицирования ВИЧ (и ИППП), в том числе обсудите вопрос о презервативах.
- Выясните, что консультируемый знает о тестировании, и расскажите ему о тесте на ВИЧ.
- Объясните, что тест — это анализ крови, и что тест покажет наличие или отсутствие в крови ВИЧ-антител. Если результат теста окажется положительным, то потребуется проведение дополнительных анализов, чтобы подтвердить или исключить этот результат.
- Объясните, что означают положительный, отрицательный и неопределенный результаты теста на ВИЧ.
- Объясните, что такое период «окна».
- Объясните, что результат теста клиент узнает на послетестовой консультации, на которой он обсудит результат с консультантом.
- Объясните, что процедура эта является добровольной, что результаты теста являются конфиденциальной информацией, как защищается конфиденциальность.
- Предусмотрите время, необходимое консультируемому для того, чтобы все обдумать, задать вопросы, получить разъяснения.
- Помогите подготовиться к положительному или отрицательному результатам теста. Поговорите с ним о том, какой может быть его реакция, как могут отреагировать на это другие, как он справлялся с трудными ситуациями, которые возникали у него в прошлом.
- Проанализируйте риски депрессии, суицида, насилия и т. д.

- Помогите прийти к его собственному решению о том, проходить ли ему тест, еще раз повторив, что этот процесс является добровольным. Дайте гарантии конфиденциальности консультирования и тестирования.

- Если клиент решит не проходить тестирование, помогите ему составить план по сокращению его рисков и скажите ему, что в любое время он может прийти еще раз и обсудить любые интересующие его вопросы.

## Приложение 9.

### Перечень вопросов для послетестового консультирования по ВИЧ

#### *Цели консультирования*

##### Помочь:

- понять смысл результата теста, принять этот результат и помочь выразить свои чувства по поводу результата
- составить план действий на краткосрочную и среднесрочную перспективу
- решить, как рассказать о результатах теста своим партнерами, близким и другим людям
- уменьшить риск их инфицирования ВИЧ и принять меры по предотвращению инфицирования других
- получить доступ к медицинскому обслуживанию и социальной поддержке, которые ему необходимы

#### *Послетестовое консультирование по ВИЧ*

- поприветствуйте консультируемого.
- Спросите, как он себя чувствует после взятия крови на анализ.
- Спросите, есть ли у него какие-либо вопросы, и хочет ли он поговорить о чем-то еще, прежде чем вы сообщите ему результаты теста.
- Когда клиент будет готов, сообщите ему о результатах теста. Сделайте это ясно и четко и подождите его ответа, прежде чем продолжать.
- Удостоверьтесь, что он понимает, что означают его результаты.
- Дайте возможность выразить свои чувства, отведите для этого определенное время.

#### *При отрицательном результате теста*

- Обсудите смысл результата — в том числе возможность повторного тестирования, если был риск инфицирования ВИЧ в течение трех месяцев до тестирования (во время периода «окна»).
- Обсудите план по сокращению персонального риска (о котором говорилось на дотестовой консультации) и о том, как избежать инфицирования в дальнейшем. В этом разговоре нужно затронуть вопросы использования презервативов.
- Обсудите ВИЧ-статус партнера.
- Обсудите вопрос целесообразности рассказать о результатах теста его партнеру и убедить партнера также пройти тестирование.
- Обсудите дальнейшие планы и направления.

#### *При положительном результате теста*

Обсудите смысл результата.

- Умейте справляться с сиюминутными эмоциональными реакциями клиента.
- Если у клиента нет СПИДа, напомните ему о разнице между ВИЧ и СПИДом, и скажите, что люди, у которых обнаружен ВИЧ, могут на протяжении длительного времени оставаться здоровыми.

- Обсудите последствия — личные, семейные и социальные, и помогите определить, что его больше всего беспокоит на этом этапе (например, тревога, депрессия, необходимость рассказать о результатах теста и последствия этого — например, дискриминация, потенциальное насилие или отвержение со стороны партнера, семьи, пенитенциарного социума и т.д.).

- Выясните, как он справлялся с трудными ситуациями, которые возникали у него в прошлом.

- Помогите выявить источники поддержки — члены семьи, друзья, партнеры, религиозные группы и т. д., и сообщите о других имеющихся источниках поддержки (осужденные ЛЖВС).

- Рассмотрите планы, намерения и действия на краткосрочную перспективу.

- Проверьте возможности оказания немедленной поддержки.

- Обсудите риск передачи ВИЧ другим, риск повторного инфицирования ВИЧ или другими ИППП, важность безопасного секса в вопросе сокращения этих рисков и план по сокращению рисков.

Поговорите о его ответственности в связи с необходимостью информирования его партнера (партнеров), если они подвергались риску инфицирования, и о тех мерах, которые он предпримет, чтобы не допустить передачи инфекции.

- Если клиент чувствует, что не в состоянии в данное время рассказать кому-либо о своих результатах теста, обсудите вопрос использования презервативов, чтобы сократить риск инфицирования партнера.

- Если необходима поддержка в информировании его близких, других людей и партнеров о его ВИЧ-статусе, составьте план по его поддержке.

- Дайте разъяснение, что наличие ВИЧ у осужденного не повлияет на условия отбывания наказания, предусмотренные Уголовно-исполнительным кодексом Российской Федерации (УИК) и перевод его в другое учреждение может осуществляться только по основаниям, предусмотренным статьями УИК.

- Разъясните, что ВИЧ-инфицированный осужденный имеет:

- право на труд и возможность рационального трудоустройства, право на профессиональное образование и профессиональную подготовку, имеет возможность получить психологическую и юридическую помощь, дополнительное питание, социальную поддержку (рациональное трудоустройство после освобождения, обеспечение связи с родственниками).

- Предложите прийти на дополнительные консультации, обсудите дату следующего посещения.

**Приложение 10.  
ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ**

**ВИЧ-инфицированному, содержащемуся в учреждениях ФСИН России**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200\_\_ г.

учреждение № \_\_\_\_\_

Я, врач \_\_\_\_\_ разъясняю  
Вам \_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

(год рождения)

что Вы являетесь ВИЧ-инфицированным и Вам необходимо знать и руководствоваться в дальнейшем требованиями статьи 122 Уголовного кодекса Российской Федерации:

1. Заведомое поставление другого лица в опасность заражения ВИЧ-инфекцией наказывается ограничением свободы на срок до трех лет, либо арестом на срок от трех до шести месяцев, либо лишением свободы на срок до одного года.

2. Заражение другого лица ВИЧ-инфекцией лицом, знавшим о наличии у него этой болезни, наказывается лишением свободы на срок до пяти лет.

3. Деяние, предусмотренное частью второй указанной статьи, совершенное в отношении двух и более лиц, либо в отношении заведомо несовершеннолетнего, наказывается лишением свободы сроком до восьми лет.

Вы предупреждаетесь об уголовной ответственности за деяния, предусмотренные данной статьей.

В целях сохранения Вашего здоровья, здоровья окружающих Вас лиц и Ваших родственников, а также во избежание привлечения Вас к уголовной ответственности

**ВЫ ОБЯЗАНЫ:**

1. Не совершать умышленно действий, которые могут привести к заражению ВИЧ-инфекцией другого лица.

2. Предупреждать возможных сексуальных партнеров о наличии у Вас ВИЧ-инфекции.

3. Не нарушать гигиенических правил поведения в быту.

4. Не срывать проведение Вам назначенных лечебных процедур.

Предупреждение прочитано и подписано мною лично.

Подпись: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

## Литература

1. ВИЧ в тюрьмах: Практическое пособие для пенитенциарных систем новых независимых государств. Всемирная организация здравоохранения. Европейское бюро, 2003.
2. Глобальные новости по ВИЧ/СПИДу. Вып. № 28 (декабрь 2003); вып. № 29 (январь 2004); вып. № 30 (март 2004); вып. № 31 (август 2004); вып. № 32 (ноябрь 2004).
3. Киселев М. В., Нарзулаев С. Б. Проблемы подготовки сотрудников уголовно-исполнительной системы к работе с ВИЧ-инфицированными осужденными // Материалы научно-практического семинара «Актуальные проблемы профилактики ВИЧ-инфекции в учреждениях уголовно-исполнительной системы Минюста России». — Томск, 2004. — С. 32-39.
4. Ладная Н. Н., Покровский В. В., Соколова Е. В. Эпидемиология ВИЧ-инфекции в российских регионах в 2002 году. — М.: ФНМЦ по профилактике и борьбе со СПИДом, 2003.
5. Молчанова Е. П., Писарев О. М. Особенности психологического консультирования ВИЧ-позитивных в условиях исправительной колонии строгого режима // Материалы научно-практического семинара «Актуальные проблемы профилактики ВИЧ-инфекции в учреждениях уголовно-исполнительной системы Минюста России». — Томск, 2004.
6. Покровский В. В., Ермак М. Н., Беляева В. В. и др. Под общ. ред. В. В. Покровского. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003.
7. Покровский В. В., Юрин О. Г., Беляева В. В. и др. Клиническая диагностика и лечение ВИЧ-инфекции. — М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ России, 2001.
8. Садченко В. Ю., Антоненко В. И., Берг Ж. Н. Социально-психологический портрет ВИЧ-инфицированных в учреждениях пенитенциарной системы // Материалы научно-практического семинара «Актуальные проблемы профилактики ВИЧ-инфекции в учреждениях уголовно-исполнительной системы Минюста России». — Томск, 2004. — С. 53-55.
9. Суворова З.К., Буравцова Е.В., Деулина М.О., Покровский В.В. Серологическая диагностика инфекций, вызываемых ВИЧ, иммуноферментными методами // Мед. помощь. — 1993, № 5. — С. 22-24.





Руководство разработано  
по заказу Федеральной  
службы по надзору в сфере  
защиты прав потребителей  
и благополучия человека  
Открытым Институтом  
Здоровья в рамках  
«Приоритетного  
национального проекта  
в сфере здравоохранения»  
в 2006 году