

МЕДИЦИНА 2007

**МАТЕРИАЛЫ**  
**КРУГЛЫХ СТОЛОВ**  
**«О ходе реализации приоритетного**  
**национального проекта «Здоровье»**

**6 - 8 июня**  
**Конгресс-центр ЦМТ**

Москва 2007

---

**Материалы круглых столов «О ходе реализации приоритетного  
национального проекта «Здоровье»**

М., 2007 - 168 с.

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации №164 от 12 марта 2007 г.

Министерство здравоохранения и социального развития РФ  
ЗАО «МЕДИ Экспо»

ISBN 978-5-94943-036-1

©«МЕДИ Экспо», 2007

---

# РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕФЕКТАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

**Ан А.В.**

*Федеральное агентство по высокотехнологической медицинской помощи*

С развитием технологического прогресса увеличивается количество пострадавших в результате автомобильных аварий, огнестрельных и осколочных ранений, воспалительных процессов, бытовых травм. Ухудшение экологии приводит к рождению детей с патологиями развития челюстно-лицевой области. Значительная часть пострадавших становится инвалидами, т.к. дефекты челюстей врожденного и приобретенного характера сопровождаются и приводят к деформациям средней и нижней зоны лица, нарушают функции зубочелюстной системы, эстетику лица, жевательную функцию, дыхание, фонетику и негативно влияют на формирование психоэмоционального статуса. Традиционные методы лечения таких больных, учитывая индивидуальные особенности, не дают удовлетворительного результата. Это обусловлено значительным объемом дефекта, отсутствием альвеолярной части и зубов, дефицитом мягких тканей. В связи с этим при традиционном ортопедическом лечении очень часто сталкиваются с проблемой фиксации зубных протезов, что не позволяет достичь идеальных функциональных и эстетических результатов.

**Цель.** Повышение эффективности и внедрение новых методов лечения больных с посттравматическими повреждениями и врожденными дефектами челюстно-лицевой области.

**Материал и методы.** Разработанный алгоритм лечения, состоит из нескольких этапов:

1). Тщательное изучение зоны предполагаемого вмешательства с помощью компьютерной томографии. Моделирование трехмерного изображения. Изготовление стереолитографической модели.

2). Устранение дефектов реконструктивными костно-пластическими операциями с использованием аутотрансплантатов из: гребня подвздошной кости, ребра, подбородочной области, ветви нижней челюсти.

3). Проведение операции дентальной имплантации с установкой внутрикостных винтовых имплантатов.

4). Протезирование на имплантатах несъемным и условно-съемным методом.

---

Результаты. Хирургическое лечение заключалось в устранении дефекта, увеличении объема костной ткани, необходимой для установки определенного количества имплантатов, для фиксации и функционирования ортопедической конструкции.

Лечение проведено 23 пациентам. В 1-ю группу вошло 12 пациентов с посттравматическими дефектами зубного ряда и альвеолярного отростка верхней и нижней челюсти. Во 2-ю группу – 7 пациентов с посттравматическими дефектами в боковых отделах челюстей. В 3-ю группу вошло 4 пациента с одно- и двусторонними расщелинами верхней челюсти.

Отдаленные результаты лечения пациентов составили до 5 лет. Была выявлена незначительная резорбция костной ткани в области шейки имплантатов.

Выводы. Разработанный алгоритм реабилитации пациентов с посттравматическими и врожденными дефектами верхней и нижней челюстей позволил эффективно проводить лечение больных с применением имплантатов и адекватно прогнозировать его отдаленные результаты.

## **ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» В РЕСПУБЛИКЕ ХАКАСИЯ**

**Ананьевский О. В., Захарова Е. В.**

*Министерство здравоохранения Республики Хакасия, г. Абакан*

Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» со значительным вложением средств федерального бюджета (288,1 млн. руб.) требует адекватных организационных решений и активных действий организаторов здравоохранения регионального и муниципального уровня.

Региональным компонентом расширения и развития проекта «Здоровья» на 2006-2007гг. явились целевая республиканская программа «Развитие первично медико-санитарной помощи» (75,3 млн. руб.) и целевая ведомственная программ «Управление обеспечением качества медицинской и лекарственной помощи населению Республики Хакасия» (2 млн. руб.).

В республике сформирована нормативная правовая база, система промежуточных и итоговых показателей эффективности реализации национального проекта, организован мониторинг, проведено дополнительное обучение специалистов для работы на поступившем диагностическом оборудовании, организованы систематические тренинги для врачей и фельдшеров скорой медицинской помощи, подготовлены

---

помещения для заказанного в рамках национального проекта оборудования, приобретено оборудование для создания холодильной цепи с целью транспортировки и хранения вакцины. Контроль данных мероприятий проводится при выездной работе организационно-методического отдела Хакасской республиканской больницы и Министерства здравоохранения с привлечением главных внештатных специалистов-экспертов.

Результатом реализации проекта за 2006 г. явилось:

- рост рождаемости на 5,2% , с 11,4 до 12,0 на 1000 населения;
- снижения общей смертности населения на 16,7% , с 17.4 до 14,9 на 1000 населения;
- снижение младенческой смертности на 11,3% , с 17,5 до 15,6 на 1000 родившихся;
- снижение уровня социально-значимых заболеваний, в том числе туберкулеза – на 12% , сифилиса – на 5% , наркологических расстройств – на 4% ;
- улучшение укомплектованности участковой службы на 12,5% .

В настоящее время планируются мероприятия по расширению проекта на 2008-2009гг.: определена сеть лечебных учреждений, расположенных вдоль федеральной трассы и сформирована заявка на диагностическое оборудование по оказанию помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях; проведено совещание с главными внештатными специалистами-экспертами по совершенствованию медицинской помощи при острых отравлениях, сосудистых заболеваниях, женщинам в период беременности, во время родов и в послеродовом периоде. В республике планируется продлить целевые программы «Развитие первично медико-санитарной помощи» и «Управление обеспечением качества медицинской и лекарственной помощи населению Республики Хакасия» до 2010 года. За счет средств республиканского и муниципального бюджетов.

## **МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ – ИНФЕКЦИИ, ПРОВОДИМЫЕ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ В РАМКАХ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА**

**Антимонова М.Ю. , Павлов В.В. , Быков А.А. , Спирин А.В.**

*Министерство здравоохранения и социального развития Самарской области, Самарский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями.*

Самарская область входит в десятку регионов Российской Федерации, на долю которых приходится 60 % всей заболеваемости ВИЧ-инфекцией.

---

---

На 01.05.07 года в области состоит на диспансерном учете 14 529 ВИЧ-инфицированных.

подавляющее большинство ВИЧ-инфицированных (76,%) - находятся в возрасте 18-30 лет.

Ведущим путем передачи ВИЧ за все время наблюдения является парентеральный, связанный с употреблением инъекционных наркотиков (80,3%)

Растет значимость полового пути передачи ВИЧ: в 2006 году доля этого пути инфицирования выросла до 41,8%, что связано с широким вовлечением в эпидпроцесс женщин.

Родилось от ВИЧ-инфицированных женщин 2728 детей, в том числе в 2006 году – 589. Диагноз ВИЧ – инфекция выставлен 121 ребенку.

Вопросам предупреждения распространения ВИЧ инфекции в стране и области уделяется большое внимание. В 2006 году в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» блок «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ» в Самарскую область поступили лекарственные препараты и диагностические средства, что позволило активизировать работу по выявлению ВИЧ инфицированных, особенно в группах риска, увеличить охват антиретровирусной терапией больных, подлежащих лечению.

В рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в области охвачено специфическим лечением 602 больных ВИЧ/СПИДом, обследовано 201 622 человека, улучшено качество диспансерного наблюдения за пациентами, получающими лечение, осуществляется мониторинг иммунного статуса и вирусной нагрузки.

## **ОБ ОПЫТЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА В ОБЛАСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ/СПИД В УЧРЕЖДЕНИЯХ ФСИН РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Бекетова Е.В. Быков С.А.**

*ГУЗ «ЦПБ со СПИДом и ИЗ» в Ростовской области*

Распространение ВИЧ-инфекции в тюрьмах проявляется острее и носит более агрессивный характер, чем в обществе в целом. В настоящее время в учреждениях ФСИН Ростовской области находится около 300 ВИЧ-инфицированных заключенных.

В рамках Приоритетного Национального проекта «Здоровье» (ПНП) силами специалистов ГУЗ «ЦПБ со СПИДом и ИЗ» в РО при поддержке ГУФСИН в Ростовской области реализуется два проекта в основе которых лежит санитарное просвещение и обучение персонала

---

тюрем и заключенных: «Профилактика ВИЧ-инфекции среди лиц, находящихся в учреждениях УИС» и «Профилактика ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С среди осужденных». Работа в них строится на ряде принципов: обязательная подготовка тренеров на тренингах различных уровней организации (Фонд «Открытый институт здоровья населения», ГУЗ «ЦПБ со СПИДом и ИЗ» в РО); вовлечение в работу самих заключенных, активное использование принципа «равный обучает равного»; использование доступных к восприятию печатных материалов; проведение мониторинга заболеваемости ВИЧ-инфекцией в учреждениях ГУФСИН, оценка эффективности проводимых профилактических мероприятий; проведение мероприятий по подготовке к началу антиретровирусной терапии (АРВТ) нуждающихся в ней.

За время работы проектов проведено: 21 тренинг с участниками целевых групп; охвачено работой в проекте 1487 человек, подготовлено 25 волонтеров для работы по программе «равный равному»; распространено несколько тысяч экземпляров информационных материалов, проведено 60 медицинских консультаций. Во исполнение решения заседания Правительственной комиссии по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции) в части координации мероприятий в рамках ПНП и реализации проектов Глобального фонда (ГФ) в Ростовской области, сложились благоприятные условия для взаимодействия. Ведутся медицинские консультации, исследование иммунного статуса, вирусной нагрузки с целью выявления нуждающихся в АРВТ. Планируется проведение АРВТ до 200 осужденным. При освобождении пациентов из мест лишения свободы разработан механизм преемственности между медицинской частью ФСИН и ГУЗ «ЦПБ со СПИДом и ИЗ» в РО обеспечивающий продолжение лечения и диспансерного наблюдения. Реализация проектов (ПНП и ГФ) в учреждениях ФСИН позволит эффективно повлиять на распространения ВИЧ-инфекции в тюрьмах и обеспечит доступность к АРВ терапии.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Бондарь И.В., Алиева Г.А.**

*Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи*

Онкологические заболевания в детском и подростковом возрасте характеризуются высоким уровнем инвалидизации, значительным ограничением жизнедеятельности, резким снижением возможности

---

---

социальной адаптации и интеграции ребенка. Достаточно высок и уровень смертности среди детей с онкологическими заболеваниями. В связи с этим, медицинские и организационные аспекты данной проблемы имеют большое социальное значение.

В Российской Федерации на начало 2006 г. число детей до 14 лет, составляет 30,2 млн. человек, подростков от 15 до 18 лет – 6,7 млн., что в сумме составляет около четверти населения страны.

По данным официальной статистики в России смертность детей и подростков (от рождения до 18 лет) от злокачественных новообразований сегодня составляет 23,9 на 100 000 населения соответствующего возраста. За последние 5 лет этот показатель снизился на 6,3%. В структуре причин смерти детей первых 4-х лет жизни смертность от злокачественных новообразований занимает 8 место. Среди причин смерти детей в возрасте 15-18 лет смертность от онкологических заболеваний занимает второе место (после смертности от внешних причин).

Данная структура онкологической патологии характерна и для детей старшего подросткового возраста. В то же время, среди 15-18-летних подростков за последний год наметилась тенденция некоторого уменьшения доли гемобластозов в структуре онкологических заболеваний (с 42,1% до 41,1%).

С 1991 года организовалась достаточно широкая сеть учреждений, оказывающих онкологическую помощь детям. В настоящее время практически во всех территориях Российской Федерации на межрегиональном и региональном уровнях работает 89 центров или отделений детской онкологии.

Однако недостатки в работе педиатрической службы на местах приводят к поздней диагностике, росту запущенных стадий и ошибкам в лечении большинства больных злокачественных опухолей.

Крайне отрицательно влияет на прогноз заболевания оказание помощи детям со злокачественными новообразованиями в неспециализированных детских учреждениях (хирургия, ЛОР, стоматология, гематология, офтальмология, урология и т.д.).



---

# ОБ ОПЫТЕ ПОДГОТОВКИ ВЫПУСКНИКОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ ПО ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

**Брико Н.И., Волчкова Е.В, Зверев В.В, Соколова Т.В.**

*ГОУ ВПО московская медицинская академия им. И.М. Сеченова*

Несмотря на то, что эпидемия ВИЧ-инфекции в РФ сконцентрирована среди ПИН и КСР, в последние годы отмечается активное вовлечение в эпидемический процесс основного населения страны. В сложившейся ситуации все большее значение приобретает подготовка молодых специалистов, способных осуществлять грамотные действия препятствующие распространению эпидемии. Из-за недостаточного объема учебных часов, отведенных действующими учебными планами для изучения данной проблемы, основное внимание в педагогической деятельности уделяется разработке новых, энергоемких технологий обучения, позволяющих увеличить имеющийся образовательный ресурс. Одной из перспективных форм педагогической деятельности в медицинском вузе является элективный курс, который значительно расширяет основную образовательную программу.

Междисциплинарный элективный курс «Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции», разработанный сотрудниками ММА им. И.М. Сеченова включает три раздела: этиология, иммунология, лабораторная диагностика; патогенез, клиника, лечение; эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции. Каждый раздел подготовлен специалистами соответствующего профиля с последующим объединением в междисциплинарную программу с общим названием. Основными формами обучения на элективном курсе стали семинарские занятия, большое внимание также уделялось самостоятельной подготовке студентов.

К участию в элективном курсе привлекались в основном студенты 6 курса лечебного и медико-профилактического факультетов, которые уже получили базовую подготовку в вузе. Заключительное занятие проводилось в форме собеседования по теоретическим вопросам, а также при решении тестовых заданий и ситуационных задач. Студенты, прослушавшие элективный курс, продемонстрировали умения в обосновании тактики лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции, использовании приемов эпидемиологического подхода к изучению заболеваемости ВИЧ-инфекцией, консультирования при проведении эпидемиологического расследования, клинического обследования больных с ВИЧ-инфекцией/СПИДом с определением стадии заболевания, прогноза возможного исхода и обоснованием проведения комплекса лечебных мероприятий.

---

# О МЕТОДИЧЕСКИХ ОСНОВАХ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ

**Брико Н.И.**

*Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова*

Вакцинация относится к числу мероприятий, требующих значительных материальных затрат, поскольку предусматривает охват прививками широкие слои населения. В связи с этим важно иметь правильное представление об эффективности иммунизации. Состояние вакцинопрофилактики оценивается по трем группам критериев: показатели документированной привитости (охват прививками), показатели иммунологической или клинической эффективности (efficacy) и показатели эпидемиологической или полевой эффективности (effectiveness).

Показатели охвата прививками позволяют косвенно оценить возможное состояние популяционного иммунитета. Объективными критериями качества вакцинного препарата, а также состояния защищенности коллектива против того или иного инфекционного заболевания являются показатели иммунологической (клинической) и эпидемиологической (полевой) эффективности. Иммунологическая эффективность (efficacy) отвечает на вопрос «работает ли вакцина?», в то время как эпидемиологическая эффективность - «помогает ли прививка людям?». Иными словами, иммунологическая эффективность вакцины и эффективность иммунизации как профилактического мероприятия - разные понятия. Если под иммунологической эффективностью вакцины принято понимать способность препарата вызывать выработку иммунитета у привитого, то эффективность иммунизации представляет собой различие в заболеваемости в группе привитых и непривитых лиц. Необходимость проведения иммунологических исследований определена неоднозначностью понятий «привит» и «защищен». Имеющийся опыт свидетельствует, что эти понятия далеко не всегда совпадают. Это было отмечено рядом авторов при дифтерии, кори и эпидемическому паротиту. Иммунологическая активность вакцин может отражать ее профилактическую эффективность в том случае, если известен защитный уровень иммунологических показателей при данной инфекции.

Основными критериями оценки эффекта массовой иммунизации служат не только показатели заболеваемости, но и смертности, изменения в характере очаговости, сезонности и цикличности, возрастной структуры болеющих, а также клинического течения соответствующей вак-

---

цине инфекционной болезни, которые учтены за достаточно длительный период времени до и после проведения прививок. Предусматривается определение индекса эффективности, коэффициента (показателя) защищенности, коэффициента тяжести клинического течения болезни.

## **ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Вовченко А.В.**

*Начальник департамента социальной защиты населения Тверской области*

Демографическая ситуация в Тверской области, как и во многих областях центральной России, характеризуется стабильно высокой на протяжении последних десятилетий естественной убылью населения, высокими показателями смертности, низкими показателями рождаемости и значительным оттоком молодого населения в столицы.

Решающую роль в демографическом развитии Тверского края сыграла внешняя исходящая миграция, преимущественно в столицы. Результатом этого являются: ускоренное старение, снижение рождаемости, ухудшение качественных характеристик остающегося населения, высокая доля лиц старших возрастов.

Другой важный фактор, наложивший отпечаток на демографическое развитие региона – замедленная индустриализация. На территории области не было осуществлено ни одного инвестиционного проекта общегосударственного масштаба.

Население области сокращается, начиная с 1930-х гг. По переписи 1926 г., оно составляло 2 млн. 667 тыс. чел., а по переписи 2002 г. – лишь 1 млн. 471 тыс. чел. Уменьшение – более 40%. За это же время численность населения России выросла более, чем в полтора раза. В результате доля региона в населении России снизилась с 2,9% до 1,1%. За последний межпереписной период, с 1989 по 2002 гг., население области сократилось на 191,6 тыс. чел., или на 11,5%. После переписи 2002 г., к началу 2007 г. население области сократилось на 71,9 тыс. чел. или на 5,1 %

Низкая общая рождаемость – следствие неблагоприятной возрастной структуры, а именно пониженной доли женщин детородных возрастов. Общий коэффициент смертности в Тверской области почти в полтора раза выше, чем в среднем по России. Связано это не только с повышенной долей старших возрастов, но и с более высокой смертностью в отдельных возрастных группах. Причина этого – большая преждевременная, или социальная, смертность, в первую очередь среди мужского населения в среднем возрасте.

Прогноз численности населения области на 2010 и 2020 гг., рассчитанный в двух вариантах (оптимистичном, с учетом реализации дополнительных мер, и естественном, основанном на показателях естественного движения за последние годы), позволяет сделать вывод о том, что демографическая ситуация в Тверской области весьма неблагоприятна.

Прогноз численности населения Тверской области на 2010 и 2020 гг. (от базы 2004 г.)

Годы	Численность населения, тыс. чел.		
	Все население	Городское население	Сельское население
2004 (База прогноза)	1443,7	1057,6	386,1
Первый вариант			
2010	1373,0	1010,4	362,6
2020	1265,1	946,6	318,5
Абс. сокр. к 2020 г.	178,6	111,0	67,6
2020 г. в % к 2004 г.	87,6	89,5	82,5
Второй вариант			
2010	1296,7	958,2	338,5
2020	1110,7	832,2	278,5
Абс. сокр. к 2020 г.	333,0	225,4	107,6
2020 г. в % к 2004 г.	76,9	78,7	72,1

В связи с этим, сохранение и восстановление демографического потенциала Тверской области Администрация области рассматривает как важнейшую задачу управления регионом.

В целях анализа причин, обусловивших сложившуюся демографическую ситуацию и определения приоритетов и основных направлений для ее улучшения, по инициативе Администрации Тверской области создана межведомственная рабочая группа, в состав которой вошли представители федеральных структур, органов исполнительной власти Тверской области, представители органов местного самоуправления, науки и общественных объединений. Итогом работы рабочей группы стал проект региональной программы демографического развития Тверской области и план мероприятий, направленных на улучшение демографической ситуации, реализация которых предусмотрена в 2007-2009 годах.

Кроме того, проведенный анализ причин сложившейся демографической ситуации позволил выявить ряд факторов, обуславливающих ухудшение демографической ситуации не только в Тверской области, но и в большинстве областей ЦФО.

Администрация Тверской области выступила с инициативой о проведении в июне 2007 года в г.Твери семинара-совещания для руководителей и специалистов, отвечающих в регионах ЦФО за разработку демографической политики с участием представителей

---

федеральных ведомств, науки с целью выработки единых подходов к решению сходных для большинства регионов ЦФО проблем, обуславливающих демографическое неблагополучие.

С 2007 года в рамках бюджетных целевых программ и областных целевых программ начата реализация многих инициатив, направленных на улучшение демографической ситуации.

В целях стимулирования рождаемости и поддержки материнства : предоставление адресной помощи на проезд беременных женщин в лечебные учреждения; организация полноценного питания беременных и кормящих женщин; повышение доступности для супружеских пар метода экстракорпорального оплодотворения; внедрение овременных методов ранней диагностики врожденных пороков развития плода; мониторинг беременных и родильниц (внедрение специальной программы, позволяющей вести учет всех женщин с осложненным течением беременности и давать заключение о сроках и месте родоразрешения).

В целях поддержки семей, имеющих детей первых лет жизни : оказание адресной социальной помощи в натуральной форме малоимущим семьям при рождении детей; выплата регионального пособия при рождении третьего ребенка; открытие пунктов проката предметов первой необходимости для ухода за малолетними детьми.

В целях поддержки семей, имеющих детей дошкольного и школьного возраста, учащейся молодежи : оказание адресной социальной помощи в натуральной форме малоимущим семьям для подготовки ребенка к началу учебного года; обеспечение учащихся 1-4 классов муниципальных образовательных учреждений горячим питанием; организация горячего питания детей 5-11 классов, проживающих в семьях, находящихся в трудной жизненной ситуации; компенсация проезда иногородних студентов к месту жительства и обратно; создание сети базовых образовательных учреждений Тверской области; проведение мероприятий, направленных на развитие семейных форм жизнеустройства детей - сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (внедрение патроната, развитие института приемной семьи); обеспечение жильем детей-сирот; реализуется региональная программа «Школьный автобус»; реализуется региональный проект «Ключ к здоровью», в рамках которого предусмотрены мероприятия, направленные на повышение качества стоматологической помощи детям, создание центров охраны репродуктивного здоровья подростков и молодежи.

В целях оказания помощи гражданам с ограниченными возможностями : обеспечение инвалидов средствами реабилитации сверх федерального перечня; выплата ежемесячного регионального пособия семьям, имеющим детей-инвалидов, и детей, страдающих хро-

---

ническими заболеваниями; открытие отделений дневного пребывания для детей и подростков с ограниченными возможностями; организация оздоровления инвалидов-колясочников.

В целях сохранения жизненного потенциала населения : создание школ здоровья для больных с артериальной гипертонией; создание школ здоровья для больных сахарным диабетом; открытие Центра репродуктивного здоровья детей и молодежи; мероприятия по профилактике онкологических заболеваний среди женщин; открытие стационарного отделения для ВИЧ-инфицированных беременных ; реализуется региональный проект «Семейный доктор».

Считаем важной в реализации мер по улучшению демографической ситуации роль Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, которое на основе анализа эффективности мер, иницируемых регионами, осуществит их методическое обобщение с целью распространения положительного опыта среди субъектов РФ.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА «С» У ВИЧ – ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ ЯНАО**

**Волова Л.Ю., Донцова Е.А.**

*ГУЗ «Ямало – Ненецкий окружной Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»*

Успехи в разработке препаратов для лечения ВИЧ–инфекции позволили существенно снизить заболеваемость оппортунистическими инфекциями ВИЧ–инфицированных пациентов. После улучшения прогноза в отношении ВИЧ–инфекции клинически значимым становится поражение печени, вызванное HCV. Стандартной терапией HCV у ВИЧ – инфицированных пациентов является комбинация интерферона - альфа и рибавирина.

Цель исследования: Изучить результаты проведения противовирусной терапии хронического гепатита у пациентов коинфицированных ВИЧ/ВГС.

Материалы и методы: На терапию были взяты 6 пациентов:

В возрасте от 26 до 35 лет, находящихся в бессимптомной стадии ВИЧ – инфекции (стадия III по В.И. Покровскому, 2001);

Распределение по полу: 3 мужчины, 3 женщины;

Распределение по генотипу ВГС: 1б – 1 чел., 3а – 2 чел., ни 1а, 1б, 2, 3а – 2 чел., исследование не проводилось -1.

Результаты: терапия проводилась препаратами: рибамидил в дозировке 10,6 мг/кг/с., интрон А 3 МЕ 3 р/нед. Длительность терапии определялась генотипом ВГС: 2, 3 тип – 24 нед., 1, 4 тип

---

– 48 нед. В результате проведенного лечения достигнут вирусологический ответ: быстрый (4 нед.) – 4 чел., ранний (12 нед.)–6 чел., на окончание терапии (24-48 нед.) – 6 чел., устойчивый – (72 нед.) – 3 чел. Под наблюдением остаются - 3 чел., из которых реинфицирован – 1 (рецидив наркомании, определение ранее не определяемого генотипа).

При лечении хронического ВГС у ВИЧ – инфицированных пациентов отмечалось снижение абсолютного числа СД4 клеток от 33,8% до 57,0%, в то время как их относительное снижение отмечалось лишь от 1,6% до 13,2%. Это снижение СД4 клеток транзиторно и отражает перемещение клеток из периферической циркуляции в лимфоидные органы, а не истинную деструкцию этих клеток. Поэтому при лечении необходимо отслеживать относительное количество СД4 лимфоцитов более, чем их абсолютное число.

**Выводы:** При раннем назначении специфической противовирусной терапии хронического вирусного гепатита С у ВИЧ–инфицированных пациентов, находящихся в бессимптомной стадии ВИЧ – инфекции, можем ожидать больший процент устойчивого вирусологического ответа на проведенную терапию.

## **ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ЭЛИМИНАЦИИ КОРИ/ КРАСНУХИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

**Герасимова А.Г., Тихонова Н.Т., Цвиркун О.В., Мамаева Т.А., Шульга С.В.**

*Национальный научно-методический центр по надзору за корью, Московский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Г. Н. Габричевского*

Оценивая динамику заболеваемости корью в стране за последние десять лет можно с уверенностью говорить о четко выраженной тенденции к неуклонному снижению. Однако, 2006 год характеризовался ростом заболеваемости корью по сравнению с 2005 годом. Число случаев кори в целом по стране достигло в 2006 году 1147. По сравнению с предыдущем годом интенсивный показатель заболеваемости увеличился в 2,5 раза и составил 0,8 против 0,32 на 100 тыс. нас. Тем не менее, в 2006 году в 90,9% регионов России случаи кори либо не регистрировались (39 территорий), либо регистрировались единичные случаи заболевания корью, и показатель заболеваемости не превышал 1,0 на 100 тыс. нас. (41 территория).

В то же время продолжает сохраняться «повзросление» кори - в последние годы доля заболевших корью взрослых почти в 5 раз превышает число больных корью детей. Как и прежде, большинство заболевших корью (51,5%) в 2006 году составили лица, не имеющие



---

сведений о прививках против кори или о кори в прошлом. Как правило, данную группу составляют лица в возрасте 20 лет и старше.

Практически четверть всех заболевших корью (23,4%) составили не привитые против кори дети. Причем среди всех заболевших корью детей доля не привитых ЖКВ (без детей в возрасте до 1 года) составила 62,9%, хотя дети в возрасте 1-2 года, 3-6 лет должны быть вакцинированы, а 7-14 лет – ревакцинированы против этой инфекции. В 2006 году на долю заболевших привитых - вакцинированных и ревакцинированных - приходилось соответственно 8,9% и 16,2%..

Сохраняющиеся условия накопления восприимчивого контингента способствуют формированию крупных очагов кори при заносе инфекции. В 2006 году было зарегистрировано 700 очагов кори, из них 571 (81,57%) очаг без распространения кори (1 случай), а 129 (18,45%) - очаги с разной степенью распространения инфекции

В период низкой заболеваемости корью в стране возрастает роль завозных случаев кори, что подтверждается данными генотипирования диких штаммов вируса кори. Установлено множественное импортирование кори из сопредельных регионов как традиционного для России генотипа D6, так и нехарактерных генотипов H1 и D5.

## **ТАКТИКА СНИЖЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДИФТЕРИЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

**Максимова Н.М., Маркина С.С., Яцковский К.А., Корженкова М.П.,  
Черкасова В.В., Лазикова Г.Ф., Кошкина Н.А.**

*ФГУН «МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского», Роспотребнадзор, г. Москва.*

В настоящее время заболеваемость дифтерией носит спорадический характер с тенденцией к продолжению её снижения. В 2006 году всего заболело дифтерией 179 человек, показатель заболеваемости составил 0,12 против 0,25 в 2005 году. За I квартал 2007 год показатель заболеваемости равнялся 0,02, т.е. снизился в 1,5 раза по сравнению с I кварталом 2006 года. Ежегодно уменьшается число территорий, где регистрируются случаи дифтерии – 45,8% в 2006 году против 61,8% в 2005 году. Эти успехи достигнуты, в первую очередь благодаря проведенной огромной работе органами практического здравоохранения по многолетней плановой иммунизации всего населения против дифтерии. Уровень охвата прививками детей ежегодно достигает 97,9%. Показатель своевременности охвата вакцинацией и ревакцинацией против дифтерии детей и подростков в декретированных возрастах соответствует требованиям ВОЗ и равняется не менее 95%.

Среди взрослых в 2003-2005 годах осуществлена II массовая иммунизация против дифтерии. Анализ показал (сведения собраны с 70



---

территорий), что в среднем по стране привито 94,2% населения, в том числе очередную ревакцинацию, получили 92,6% и 7,3% вакцинацию. Высокий уровень охвата прививками достигнут во всех возрастных группах (25-45 лет – 94%-97,4% и несколько ниже в более старших возрастах – 91,4%).

Однако ежегодно среди заболевших остается стабильно высокой доля непривитых – 29,6%-31,7%, что определяет тяжесть течения инфекции- удельный вес тяжелых форм составил в 2006 году 32,4%. Снижение заболеваемости дифтерией в целом по России не сопровождается адекватным снижением смертности от этой инфекции. Ежегодно в ряде территорий отмечается активизация эпидемиологического процесса дифтерии, сохраняются недостатки в клинической и бактериологической диагностике. Так, среди больных токсической дифтерией несвоевременно госпитализируются 25% больных, в том числе 15,4% больных дифтерией с летальным исходом. На ряде территорий, где регистрируются больные дифтерии, носители возбудителя не выявляются. Это свидетельствует о не знании врачами диагностики тяжелых форм дифтерии и низком уровне бактериологической диагностики.

Таким образом, не смотря на достигнутые успехи в снижении заболеваемости дифтерии, об эпидблагополучии говорить преждевременно, тем более о ликвидации дифтерии в ближайшем времени.

## **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВИЧ/СПИД И ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ, УПРАВЛЯЕМЫХ СРЕДСТВАМИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

**Голиусов А.Т.,**

*начальник отдела организации надзора за ВИЧ/СПИД Управления эпидемиологического надзора, санитарной охраны территории, надзора на транспорте Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека*

Проблема распространения ВИЧ-инфекции является актуальной для мирового сообщества на протяжении 25 лет. По данным Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИД количество лиц, инфицированных ВИЧ, в мире превышает сегодня 40 млн. человек. Более 20 млн. уже умерло от СПИДа. Только в 2005 году в мире зарегистрировано более 4 млн. новых случаев ВИЧ-инфекции.

В Российской Федерации на 31. 12. 2006 года зарегистрировано 369 998 людей, живущих с ВИЧ-инфекцией, среди них более 1 307 детей, заразившихся от ВИЧ-инфицированных матерей, кроме того, 16 141 детей, рожденных ВИЧ-позитивными матерями, находятся

---

на диспансерном наблюдении с не установленным диагнозом. Число диагностированных случаев СПИДа – 2 380, из них среди детей - 214. Число умерших, у которых был диагностирован СПИД, – 1 653, из них среди детей – 142. Число ВИЧ-инфицированных, умерших по разным причинам, – 11 938. Выявлено новых случаев ВИЧ-инфекции за 12 месяцев 2006 года – 38 738, в 2005 году – 36 тысяч.

В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» на профилактическое направление в 2006 году было выделено 200 млн. рублей. По результатам консультаций с российскими и международными экспертами, неправительственными организациями были определены четыре основных направления, требующие первоочередного решения, и запланированы соответствующие объемы финансирования.

- Мероприятия, направленные на информирование и обучение населения. Информационные кампании с использованием всех средств массовых коммуникаций, включая федеральное и региональное телевидение, региональные радиостанции, печатные СМИ, наружную рекламу – 120 млн. руб.

- Мероприятия, направленные на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции среди наиболее уязвимых групп населения- 50 млн. рублей;

- Мероприятия, направленные на профилактику передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку - 20 млн. рублей.

- Комплекс мероприятий по снижению дискриминации и повышению толерантности к людям, живущим с ВИЧ/СПИДом и членам их семей и вовлечению людей, живущих с ВИЧ/СПИД в реализацию сохранения и повышения приверженности к антиретровирусной терапии - 10 млн. руб.

В рамках «Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения» в 2006 году Приказом Роспотребнадзора № 191 от 09.12.2006г. была создана Конкурсная комиссия для организации и проведения открытого конкурса №25к- 745 на право заключения Государственного контракта по выполнению работ по комплексу профилактических мероприятий, направленных на противодействие эпидемии ВИЧ/СПИДа в Российской Федерации по лотам № 1 - № 4. Ответственными за реализацию проекта стали:

- Лот № 1 «Мероприятия, направленные на информирование и обучение населения. Информационные кампании с использованием всех средств массовых коммуникаций, включая федеральные и региональные TV, региональные радиостанции, печатные СМИ, наружную рекламу и интернет». - ФГУП «Медицина для Вас»;

---

Лот № 2 «Комплекс мероприятий, направленных на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции среди наиболее уязвимых групп населения». - Фонд «Открытый Институт здоровья населения»;

Лот № 3 «Мероприятия, направленные на профилактику передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку». – ГОУ ВПО Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова;

Лот № 4 – «Комплекс мероприятий по снижению дискриминации и повышению толерантности к людям, живущим с ВИЧ/СПИД и членам их семей и вовлечению людей, живущих с ВИЧ/СПИД в реализацию сохранения и повышения приверженности антиретровирусной терапии ВИЧ/СПИД». – ГОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет.

Все мероприятия, запланированные на 2006 год по проведению профилактической работы выполнены.

По лоту №1

Разработана концепция информационной кампании. Девиз кампании: «Ты имеешь право знать, как защитить себя от ВИЧ-инфекции.»

Основной идеей кампании является – Позитивный образ системы государственного здравоохранения – опыт, надежность, качество, профессионализм.

Для реализации кампании использовались различные, дополняющие друг друга средства:

- Организована и функционирует бесплатная Федеральная «горячая линия» по медицинским, юридическим, социальным и психологическим аспектам профилактики и лечения ВИЧ-инфекции принято более 20000 звонков, особенную активность проявляют молодые люди в возрасте 19-29 лет.

- Запущена и действует информационная кампания на региональных телеканалах в 50 крупнейших городах России. Для реализации кампании создана серия из 3 видеороликов – каждый в вариантах 10, 15 и 30 секунд, рассчитанные на разные целевые аудитории. Основное послание роликов: «Ты имеешь право знать, как защитить себя от ВИЧ-инфекции. Получи бесплатную консультацию в региональном центре СПИД. Позвони по телефону горячей линии 8-800-505-6543». Осуществлено 12 211 показов, охват около 24 млн. человек.

Выпущено 42 еженедельных передачи на телеканале ТНТ «СПИД Скорая помощь». Цель программы изменить отношение общества к людям живущим с ВИЧ-инфекцией, дать возможность через судьбы конкретных людей почувствовать их проблемы, боль, порой отчаяние, показать роль государства в решении вопросов ВИЧ-инфекции, систему оказания медицинской помощи, возможности современной медицины в лечении ВИЧ-инфекции.

---

Съемки телепередачи проводились в 40 городах: Владимир, Москва, Смоленск, Брянск, Сочи, Туапсе, Саратов, Волгоград, Ростов-на-Дону, Тверь, Санкт-Петербург, Усть-Ижора, Липецк, Казань, Чебоксары, Оренбург, Грозный, Хабаровск и др.,

Организована и осуществляется работа по рекламе на транспорте.

Размещена наружная реклама на транспорте в 57 городах России, рекламный носитель – стикер формата А 4, общее количество рекламных мест 15 000. Задействовано 1457 маршрутов.

- Разработаны и выпущены 12 наименований информационных полиграфических материалов для различных групп населения и специалистов.

Материалы общим тиражом - 344 000 экз. направлены в медицинские библиотеки, комитеты здравоохранения, ТУ Роспотребнадзора, территориальные Центры по профилактике и борьбе со СПИД, учреждения здравоохранения и образования, Министерство обороны России в соответствии с планом распределения.

В целях организации профилактики ВИЧ-инфекции среди военнослужащих Вооруженных Сил совместно с экспертами министерства обороны разработано и издано 9 видов информационных материалов.

Организованы и проведены мероприятия, направленные на обучение педагогов, психологов, студентов вузов, колледжей и ПТУ по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции:

- Разработаны и выпущены материалы по профилактике ВИЧ-инфекции на CD – носителях в количестве 3180 штук.

- Разработано и выпущено руководство по проведению семинаров-тренингов по профилактике ВИЧ/СПИД в образовательной среде, ориентированное на развитие толерантных отношений в обществе (со слайдами) тиражом 15800 экз.

- Проведено повышение квалификации педагогов по программе первичной профилактики ВИЧ/СПИД в объеме 72 часов.

Северо-Западный Федеральный округ -180 человек,

Центральный Федеральный округ - 550 человек

Сибирский Федеральный округ- 180 человек

- Проведено обучение 1200 студентов по программе первичной профилактики ВИЧ/СПИД в объеме 16 часов (Тулский педагогический университет им. Л.Н.Толстого, МГТУ им. Н.Э.Баумана, Старооскольском технологическом институте (Филиал МИСИ в Белгородской области, г.Санкт – Петербурга).

По Лоту № 2

Впервые, в рамках проекта, на средства государственного бюджета общественными организациями была проведена работа,

---

направленная на профилактику ВИЧ-инфекции среди наиболее уязвимых слоев населения.

1. Совместно с Роспотребнадзором отобраны 15 территорий и организации-соисполнители для реализации комплекса мероприятий по «Профилактике ВИЧ-инфекции среди ПИН, лиц, находящихся в учреждениях ФСИН, лиц оказывающих платные сексуальные услуги.

2. Совместно с ФСИН отобраны 13 территорий и организации-соисполнители в них для реализации комплекса мероприятий по «Профилактике ВИЧ-инфекции среди лиц, находящихся в учреждениях ФСИН».

3. Организован и проведен вводный теоретический обучающий цикл для сотрудников, выбранных региональных проектов Обучено 210 сотрудников проектов: руководители, координаторы и менеджеры проектов, бухгалтеры. Проведено 55 - тренингов для аутрич-работников, работающих с представителями групп риска по программе «равный обучает равного», обучено 628 человек.

4. Обучено более 800 сотрудников государственных и общественных организаций по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции в уязвимых группах населения.

5. Достигнут охват профилактическими мероприятиями до 20% потребителей инъекционных наркотиков.

6. Охвачены профилактическими программами более 5000 заключенных, свыше 2500 коммерческих секс-работников, около 1000 людей живущих с ВИЧ/СПИДом привлечены в группы взаимопомощи и поддержки

7. Разработаны и подготовлены к печати информационные материалы:

Методическое руководство по «Профилактике ВИЧ инфекции среди заключенных» (тираж 1000 экземпляров)

Методическое руководство для медицинских специалистов (дерматовенерологов, инфекционистов, эпидемиологов) ФСИН: «Персонализация профессионального и поведенческого риска заражения ВИЧ-инфекцией, вирусными парентеральными гепатитами и инфекциями, передаваемыми половым путем» (тираж 1000 экземпляров)

Методическое руководство для медицинских специалистов и психологов по добровольному до и пост-тестовому консультированию (тираж 1000 экземпляров)

Рекомендации по профилактике ВИЧ для осужденных для «кабинетов профилактики ВИЧ-инфекции и других социально значимых заболеваний» в учреждениях ФСИН (тираж 1000 экземпляров).

Базовый пакет информационных материалов для региональных проектов (тираж 200 CD дисков)

---

Практическое руководство по «снижению вреда» от наркотиков;  
Учебное руководство для обучающих центров «по снижению вреда»;  
Практическое руководство для врачей «Особенности диагностики, лечения и профилактики инфекций, передающихся половым путем у лиц, оказывающих сексуальные услуги за плату»

Практическое руководство по подготовке тренеров из числа лиц, оказывающих сексуальные услуги за плату.

Брошюры для КСР: «Контрацепция» и «ИППП»

Брошюра-тест «ВИЧ-инфекция и ИППП»

По лоту №3

Мероприятия, направленные на профилактику передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку осуществлялись в 15 субъектах Российской Федерации.

1. В ходе реализации работ разработаны и изданы:

- «Клинико-организационное руководство по профилактике ВИЧ-инфекции от матери ребенку»

Учебные пособия для врачей:

- Тестирование и консультирование ВИЧ-инфицированных женщин (профилактика вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку)

- Формирование приверженности к медицинскому наблюдению и приему антиретровирусных препаратов для ВИЧ-инфицированных женщин

Лекционные материалы для региональных экспертов:

- Наркологические проблемы женщин с ВИЧ-инфекцией.

- Идентификация и профилактика рискованного поведения по инфицированию ВИЧ среди женщин репродуктивного возраста.

- Принципы вскармливания детей, рожденных от ВИЧ-инфицированной женщины.

Материалы для работы на уровне общего населения:

- Основные вопросы профилактики передачи ВИЧ-инфекции. Пособие для проведения мероприятий на популяционном уровне

- Образовательные материалы для организации школ для ВИЧ-инфицированных женщин. Методическое пособие

- Консультирование и тестирование на ВИЧ. Брошюра для женщин детородного возраста

- Профилактика ВИЧ-инфекции. Брошюра для женщин

2. Разработана и утверждена Программа учебного модуля «Мероприятия, направленные на профилактику передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку». Специальности: «Лечебное дело», «Педиатрия».

3. Разработаны лекционные курсы для региональных экспертов по 14 темам, касающимся проблем ВИЧ-инфекции.

---

#### 4. Разработаны и изданы:

- «Клинико-организационное руководство по профилактике ВИЧ-инфекции от матери ребенку»
- «Клиническое руководство по оказанию медицинской помощи ВИЧ-инфицированным женщинам по охране репродуктивного здоровья и планированию семьи»

5. Проведены 15 двухдневных семинаров для акушеров-гинекологов, педиатров, инфекционистов, эпидемиологов, терапевтов (в Московской, Владимирской, Пермской, Новосибирской, Тульской, Кемеровской областях, республике Карелия на тему «Мероприятия, направленные на профилактику передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку». Охвачено обучением 740 специалистов.

6. Разработаны и изданы информационные материалы для ВИЧ-положительных беременных (по 10 темам) тираж 14 000 экз.

7. Разработаны и выпущены плакаты по профилактике ВИЧ-инфекции - тираж 2 250 экз.

#### По лоту № 4

Проведен комплекс мероприятий по снижению дискриминации и повышению толерантности к людям, живущим с ВИЧ/СПИДом и членам их семей:

1. Разработана, запущена и реализуется информационная кампания «Оставайтесь людьми!», крайне актуальной при сегодняшнем состоянии российского общества, где наблюдается крайне низкий порог терпимости к людям, живущим с ВИЧ/СПИДом.

2. Проведен обзор, анализ и обобщение международного опыта по снижению стигмы и дискриминации в отношении ЛЖВС.

#### 3. Разработаны и изданы:

- «Методическое руководство по снижению стигмы и дискриминации ЛЖВС для региональных проектов»;

- Рекомендации для фтизиатров «ВИЧ/СПИД во фтизиатрической практике: соблюдение врачебной тайны»,

- Рекомендации для дерматовенерологов «ВИЧ/СПИД в практике дерматовенеролога: соблюдение врачебной тайны»,

- Рекомендации для юристов «Этические аспекты исследований в области ВИЧ/СПИД»,

- Рекомендации для врачей-инфекционистов и психиатров-наркологов «Алгоритм диагностики и лечения гепатита с у ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков.»;

- «Методическое руководство для лечебно-профилактических учреждений, предоставляющих антиретровирусную терапию ВИЧ/СПИДа, по повышению приверженности в региональных проектах «Основы антиретровирусной терапии»



---

- «Методическое руководство для сотрудников учреждений интернатного типа, в которых воспитываются ВИЧ-позитивные дети»

- «Материалы для населения по вопросам снижения стигмы и дискриминации в отношении ЛЖВС» 4 вида;

- «Обучающие материалы по вопросам повышения приверженности антиретровирусной терапии для медицинских специалистов»

4. Запущены проекты по повышению приверженности антиретровирусной терапии ВИЧ-инфекции в 3 субъектах Российской Федерации (Астраханской области и г. Санкт Петербург, а также Республике Мордовия);

5. Проведены семинары для врачей по вопросам снижения стигмы и дискриминации к людям живущим с ВИЧ-инфекцией и повышению приверженности антиретровирусной терапии в 15 городах. Обучением охвачено более 2000 специалистов.

## **О ДЕМОГРАФИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТИ**

**Горчакова И. А.**

*Председатель комитета по делам женщин, семьи и демографии Липецкой области.*

Липецкая область прочно входит в число стабильно развивающихся регионов с устойчивыми темпами роста в большинстве отраслей экономики, самостоятельно обеспечивая текущие расходы – в том числе финансирование проблем семейной и демографической политики, которые находятся в центре внимания всех уровней власти и общественности Липецкой области. В 2004 году была утверждена Концепция демографической политики области до 2015 года. Принятие этого документа стало серьезным шагом на пути решения проблем демографического развития и семьи.

Общий коэффициент рождаемости в нашей области стабильно растет с 1999 года, т.е. в течение 8 лет, из них последние 3 года остается самым высоким среди областей Центрального федерального округа. В I квартале 2007 года общий коэффициент рождаемости составил 10,0 на 1000 человек населения, то есть достиг российского уровня. Такое увеличение рождаемости не стало неожиданностью – оно вполне закономерный итог ранее принятых решений.

В 2005-2006 годах были дополнительно разработаны 13 областных нормативных правовых актов по укреплению интересов семьи, в том числе об утверждении новых областных целевых программ «Население Липецкой области: стратегия народосбережения», «Молодая семья», «Здоровый ребенок». Были также внесены изменения



---

в областную целевую программу «О государственной поддержке в обеспечении жильем для молодых семей до 2010 года», подписано областное трехстороннее Соглашение между администрацией Липецкой области, Федерацией профсоюзов области и объединениями работодателей на 2006-2008 годы, где выделен специальный раздел по решению проблем демографической политики. Вопросы повышения рождаемости и укрепления института семьи относятся к приоритетным задачам, определенным Стратегией социально-экономического развития Липецкой области до 2020 года.

Ежегодно увеличивается количество средств, выделяемых на социальную поддержку семей с детьми. В 2006 году на эти цели израсходовано 1,27 млрд. рублей, в т.ч. 904,2 млн. рублей из областного бюджета, что составляет 72 % от всех выделенных средств.

Из 61 принятых в области целевых программ 31 программу (50,8%) можно отнести к «демографическим», в том числе 10 областных программ, направленных на стимулирование рождаемости и укрепление института семьи.

В марте 2006 года была принята новая программа – «Население Липецкой области: стратегия народосбережения (2006-2010 годы)». Главное направление Программы предусматривает концентрацию усилий и средств на одной из трех главных составляющих демографического развития – принятии дополнительных мер в области рождаемости и укрепления семьи, повышении престижа семей, воспитывающих нескольких детей.

В соответствии с указанной Программой в прошедшем году:

Продолжено совершенствование системы морального и материального поощрения родителей за рождение и воспитание нескольких детей. Учреждены ежегодные денежные премии родителям многодетных семей в размере 25 тыс. рублей. Впервые они будут вручены в 2007 году в канун Международного дня семьи.

Осуществлен комплекс мероприятий по повышению ответственности отцов в воспитании детей. 2006 год по инициативе делегатов V областного съезда женщин был объявлен «Годом отца». Различными формами морального и материального поощрения были удостоены более 2,5 тысяч отцов. Год успешно завершён проведением областного праздника – «Дня отца» и учреждением Почетного знака Липецкой области «За верность отцовскому долгу». Отныне ежегодно, во второе воскресенье февраля, мы будем чествовать лучших отцов.

Активно ведется работа по созданию в области социальной рекламы, направленной на пропаганду семейных ценностей, отцовства и материнства. На эти цели в рамках программы по народосбережению до конца 2007 года будет израсходовано 5,0 млн. рублей.

---

Одним из важных резервов повышения рождаемости является противодействие абортам. За последние 6 лет число абортотв в целом по области снизилось в 1,6 раза. Соотношение числа абортотв к числу родившихся детей за период с 2000 по 2006 год года сократилось с 1,9 до 1,06.

В рамках областной социально-значимой акции «Мама, подарите мне жизнь!» создано 5 агитбригад из числа студентов медицинских учебных заведений, которые провели дни защиты нерожденных детей практически во всех районах и городах области. В акции приняло участие более 4,0 тысяч старшеклассников и студентов.

В области активно ведется работа по социальной поддержке многодетных семей: установлено 13 прав и льгот без учета среднедушевого дохода семьи, причем объем финансовых затрат из областного бюджета постоянно растет. За период 2001-2006 годов он вырос более чем в 6 раз! Только в 2006 году на финансирование льгот для многодетных семей израсходовано 175 млн. рублей. Растет и количество многодетных семей – в прошедшем году их стало на 542 семьи больше, чем в 2001 году. В I квартале 2007 число многодетных семей выросло на 304 семьи и составило 6498 семей.

Почти два года в Липецкой области действует областная целевая программа «Молодая семья (2005-2010 годы)», цель которой – создание для молодых семей условий, обеспечивающих возможность наилучшего выполнения своих основополагающих функций.

За это время значительную поддержку получили за счет средств областного бюджета малообеспеченные молодые семьи: в 2005 году – 4505 семей, израсходовано 25 млн. рублей; в 2006 году – уже 14 590 семей, помощь составила свыше 187 млн. рублей. То есть количество молодых семей, получивших региональную поддержку, увеличилось почти в 3,2 раза; объем выделенных средств – в 7,5 раза! Кроме того, в 3,5 раза возросло число молодых семей, которые получили единовременное пособие на рождение второго ребенка: с 510 до 1762.

Учитывая важность влияния жилищных условий на рождение детей в Липецкой области приняты своевременные меры по обеспечению жильем молодых семей: в 2006 г. на 80 % увеличилось количество молодых семей, улучшивших свои жилищные условия, при чем затраты из областного бюджета увеличились в 3 раза.

Результатом поддержки многодетных и молодых семей, решения их жилищных проблем можно считать тот факт, что сегодня суммарный коэффициент рождаемости в Липецкой области несколько выше, чем по ЦФО, но ниже, чем в целом по России. Вместе с тем, он в 1,7 раза ниже уровня, необходимого для обеспечения простого воспроизводства населения. Поэтому стратегическая цель проводимой в регионе демографической политики – восстановление рожда-

---

емости до 2-3 детей в большинстве семей, постоянно проживающих на территории области. Для обеспечения нулевого естественного прироста, т.е. баланса рождаемости и смертности, необходимо, чтобы суммарный коэффициент рождаемости составлял 2,44.

В последние годы в нашей области активизировалась работа по улучшению материально-технической базы родильных домов и консультаций. В рамках национального проекта «Здоровье» повышается заработная плата медицинского персонала, что влияет на качество оказания медицинской помощи женщинам и детям. Обеспеченность врачами акушерами-гинекологами в Липецкой области последние годы улучшилась и составляет 5,0 на 10 тысяч женского населения.

По программе «Родовой сертификат» учреждения акушерско-гинекологической службы области в 2006 году дополнительно получили 69,53 млн. рублей, в январе-марте 2007 года – 20,8 млн. рублей. Результаты эффективности реализации национального проекта «Здоровье» очевидны: увеличился охват беременных женщин пренатальным скринингом, что позволило снизить смертность от врожденных пороков развития на 29%. В службе родовспоможения нашли широкое применение современные технологии, что дало возможность на 14% снизить заболеваемость новорожденных, на 7% – общую заболеваемость беременных женщин. Показатель младенческой смертности по области уменьшился на 11% (с 9,3 в 2005 году до 8,3 в 2006 году на 1000 родившихся живыми). По итогам января-марта 2007 года показатель младенческой смертности в Липецкой области один из самых низких по ЦФО. Он составляет 6,3, то есть приближается к европейскому уровню.

Система учреждений родовспоможения Липецкой области готова и к дальнейшему увеличению рождаемости. С 2000 года функционирует Перинатальный центр на 100 коек на базе областной клинической больницы, оснащенный современным лечебно-диагностическим оборудованием. В нем принимается до 30% всех родов в области и оказывается высококвалифицированная медицинская помощь наиболее сложным категориям беременных, рожениц, родильниц и новорожденных. В 2006 году открыт перинатальный центр на 80 коек в г. Липецке.

Приведенные выше факты доказывают, что среди основных направлений демографической политики Липецкой области приоритетными являются повышение рождаемости и укрепление института семьи.

Послание Президента Российской Федерации Федеральному собранию, в котором наступающий 2008 год объявлен в России годом семьи, дало новый толчок к объединению «усилий государства, обще-

---

ства, бизнеса вокруг важнейших вопросов укрепления авторитета и поддержки института семьи, базовых семейных ценностей».

Предложения в проект резолюции круглого стола:

Обратиться с предложением к Правительству Российской Федерации о необходимости разработки и принятия национальной программы по народосбережению сроком не менее 10 лет, где приоритетным должен стать раздел о повышении рождаемости и укреплении института семьи.

В современных условиях реализация мер семейной и демографической политики в субъектах Российской Федерации затруднена из-за отсутствия данных терминов в официальных российских документах и, прежде всего, федеральных законах №№ 122, 131, 184.

В этих условиях считаем необходимым внесение изменений в вышеназванные федеральные нормативные акты.

Внести изменения в федеральную целевую программу «Жилище» в части улучшения жилищных условий многодетных семей, вернув им право относиться к льготной категории населения для получения государственной социальной поддержки с учетом количества детей в семье.

## **ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО ОРГАНИЗАЦИИ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Грухина Г.Н., Опарина Л.В.**

*Управление Роспотребнадзора по Кировской области*

Комплексное решение проблем, связанных с вакцинопрофилактикой, предусматривает на региональном уровне: решение вопросов обеспечения учреждений здравоохранения вакцинами; подготовку кадров медицинских работников, осуществляющих иммунопрофилактику; обеспечение и контроль условий транспортирования и хранения иммунобиологических препаратов; мониторинг поствакцинальных осложнений и других изменений состояния здоровья в поствакцинальном периоде; обеспечение статистического наблюдения; серологический контроль коллективного иммунитета. Стратегия иммунизации населения области корректируется в зависимости от результатов контроля за инфекциями.

Ежегодно 530-550 тысяч человек, или третья часть жителей Кировской области, получают необходимые прививки. В рамках приоритетного национального проекта в 2006 году дополнительно было привито почти 400 тысяч человек, в результате чего почти в два раза вырос и объем прививочной работы. Учитывая это, для

---

практического исполнения поставленных задач на региональном уровне был сформирован и реализован план «Дополнительная иммунизация населения против вирусного гепатита В, краснухи, гриппа и полиомиелита». Приняты необходимые нормативные документы регионального уровня, организационно-распорядительные и методические материалы. Дополнительная подготовка медицинских работников была проведена на семинарах и курсовой базе повышения квалификации. Объем холодильного оборудования увеличен на всех уровнях на 40%. В оперативном порядке проблемные вопросы рассматриваются созданной рабочей комиссией при департаменте здравоохранения, а также сформированном при Правительстве Межведомственном Совете. Мониторинг проведения иммунизации и расхода вакцин осуществляется в электронном формате, начиная с уровня врачебных участков в ежедневном режиме и формированием сводных показателей по области еженедельно. Вопросы безопасности иммунизации контролируются при проведении рейдовых проверок учреждений здравоохранения, результаты которых направляются в адрес Главного Федерального инспектора области, областную прокуратуру, рассматриваются на заседаниях Совета при Правительстве области с заслушиванием администраций всех уровней.

В результате проведения дополнительных прививок против краснухи в объеме 90 тысяч человек охват прививками детей вырос с 58% в 2005 году до 92% в 2006 году, заболеваемость населения краснухой снизилась в 7,1 раза. Против вирусного гепатита В привито 120 тысяч человек, показатель охвата прививками детей и подростков составил 90%, по итогам первого этапа дополнительной иммунизации удалось снизить заболеваемость на 34%.

## **УЧАСТИЕ РУССКОЙ ПРАВОСЛАВНОЙ ЦЕРКВИ В БОРЬБЕ С ЭПИДЕМИЕЙ ВИЧ/СПИДА В АЛТАЙСКОМ КРАЕ**

**Егорова М.А., священник Сергей Холодков**

*Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями г. Барнаул*

Русская Православная Церковь (РПЦ) принимает активное участие в борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИДа и в 2004 году утвердила «Концепцию участия Русской Православной Церкви в борьбе с распространением ВИЧ/СПИДа и работе с людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом». Концепция участия РПЦ содержит рекомендации отно-

---

сительно разнообразных форм церковной работы с ЛЖВС, в соответствии с которыми, реализуются профилактические программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД.

Для осуществления профилактической деятельности при Барнаульской епархии была создана одна из первых в России специализированная церковная общественная организация «Благовещание».

Создан первый православный телефон доверия по проблемам ВИЧ/СПИДа, основная цель которого не только информирование по вопросам ВИЧ/СПИДа, но и оказание психологической, эмоциональной и духовной поддержки людям, живущим с ВИЧ, их родственникам и близким.

В Алтайском крае конкретная работа по привлечению Русской Православной Церкви к оказанию пастырской, психологической и иной помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, и их близким началась в 1993 году. Была подготовлена и утверждена «Программа совместной деятельности Краевого центра по профилактике и борьбе со СПИДом и религиозными конфессиями «СПИД-угроза счастью человека». В 2005 году был подписан официальный «Договор о совместной деятельности АКЦПБ со СПИДом и Барнаульской епархией».

В настоящее время, при поддержке краевого центра СПИД, Барнаульской епархией реализуются следующие направления работы с людьми, вовлеченными в эпидемию ВИЧ/СПИДа: очное консультирование ЛЖВС в инфекционном отделении церковными социальными работниками для поддержки для оказания психологической и духовной помощи.

Проводятся ежемесячные молебны о здравии ЛЖВС и их близких в храме Серафима Саровского (Барнаул).

## **О ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ И МЕРАХ ПО ЕЕ УЛУЧШЕНИЮ**

**Емцова Ю.В.**

На территории Саратовской области в 85 году еще отмечался положительный демографический баланс и рождаемость превышала смертность. Начиная с 90-х годов и до последнего времени демографическая ситуация на территории Саратовской области является неблагоприятной, несмотря на то, что за последний год появились положительные тенденции. С 2001 года население области сократилось на 88 тыс. и на начало 2006 года составило 2 млн. 608 тыс. человек. В среднем по области ежегодно умирает около 44

---

тыс. человек, в том числе трудоспособного возраста – порядка 21 тыс., а рождается – не более 25 тыс.

В структуре причин смертности населения области на первом месте на протяжении длительного времени остаются болезни системы кровообращения, их удельный вес составил 59 %, на втором – смертность от новообразований (12,7 %), на третьем – смертность от несчастных случаев, отравлений и травм (12 %).

Младенческая смертность стабильно ниже среднероссийского показателя, по итогам 2006 года она составила 9,0 против 11,0 на тысячу родившихся по РФ в 2005г.

Показатель материнской смертности также остается стабильным в течение ряда лет – 21,1 на 100 тысяч живорожденных. (РФ 25,4)

Достижение указанных показателей стало возможным во многом благодаря реализации областных целевых программ, а также начавшему свою реализацию в 2006 году приоритетному национальному проекту.

По программе родовых сертификатов в 2006 году на счета ЛПУ перечислено 145 млн. 389 тыс. рублей. Это позволило повысить заработную плату медицинским работникам и укрепить материально-техническую базу лечебно-профилактических учреждений.

В рамках областных целевых программ «Охрана репродуктивного здоровья населения» и «Дети Саратовской области» освоено 53,43 млн. рублей, что в 2 раза больше, чем в 2005 году. Для учреждений детства и родовспоможения приобретена ультразвуковая, наркозно-дыхательная аппаратура, лабораторное оборудование и медикаменты.

Удалось на 4,1% снизить смертность от сердечно-сосудистой патологии – с 918,8 в 2005 г. до 958,4 в 2006 г.

В дальнейшем улучшению ситуации, снижению инвалидности и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний будет способствовать развитие высокотехнологичной медицинской помощи пациентам кардиохирургического профиля. Правительством области принято решение об организации областного кардиохирургического центра на 100 коек. Вместе с тем, планируется увеличение количества высокотехнологичных оперативных вмешательств в ГМУ «Саратовская областная клиническая больница» до 1300 в год, на что выделяются дополнительные средства областного бюджета.

В рамках реализации мероприятий подпрограммы «Онкология» все нуждающиеся больные обеспечены современными противоопухолевыми лекарственными препаратами и средствами для купирования боли. В результате наметилась тенденция к стабилизации показателя заболеваемости злокачественными образованиями, отмечается снижение показателя смертности на 4,2% (198,8 в 2005 г. и 206,9 в 2006г.).

---



---

В рамках софинансирования приоритетного национального Проекта в 2006 году введен в строй новый онкологический корпус областной клинической больницы на 130 коек, который оснащен современным высокотехнологичным оборудованием. Общая стоимость проекта составила более 250 млн. руб. Правительством области предусматривается дальнейшее расширение областного онкологического диспансера за счет строительства двух каньонов для гамма и близкофокусной терапии с целью обеспечения современной специализированной помощью всех онкологических больных.

С началом реализации национального проекта количество больных, направленных на лечение в федеральные медицинские учреждения, возросло на 49,7%, при этом 2/3 пациентов получили помощь в федеральных медицинских учреждениях, расположенных на территории области.

Как результат проделанной работы по итогам 2006 года отмечается некоторое улучшение демографической ситуации в области. На 1,1% повысился показатель рождаемости (9,0 в 2005 г. и 9,1 в 2006 г.) на 7,3% сократилась смертность (с 16,8 в 2005 г. до 15,6 в 2006 г.). Естественная убыль населения снизилась на 16,7% и составляет 6,5 человек на 1000 жителей (показатель в 2005 г. - 7,8).

Удалось снизить смертность по основным причинам: от сердечно-сосудистой патологии – на 4,1% (918,8 в 2006 г. и 958,4 в 2005 г.), от новообразований – на 4,2% от неестественных причин – на 7,2% (187,6 в 2006 г. и 202,2 в 2005 г.).

Губернатором Саратовской области 2007 год объявлен Годом здоровья и это второй год реализации приоритетного национального Проекта.

В рамках Года здоровья в этом году проводится ряд акций: «Измерь свое давление», «Проверь свой вес» и ряд мероприятий, которые позволят определить состояние здоровья населения и выявить заболевания, лечение которых будет начато на ранних стадиях.

Будет организована работа «выездной поликлиники» с передвижным маммографом и УЗИ – сканером для раннего выявления онкологических заболеваний у женщин, живущих в отдаленных селах. Планируется расширение сети реабилитационных отделений для психоневрологических больных, оснащение оборудованием и автотранспортом в рамках областной целевой программы учреждений, оказывающих неотложную наркологическую помощь. Будет проведена работа по оптимизации сети ЛПУ, увеличению числа учреждений социального обслуживания семьи и детей.

Министерство здравоохранения и социальной поддержки области является разработчиком и принимает участие в реализации 9 областных целевых Программ, общий объем финансирования которых



---

составляет 2 млн. 195 тыс. руб., в том числе в 2007 году – 419,6 млн. руб.; а также комплекс других мероприятий в соответствии с Планом.

Проводимые мероприятия приводят к дальнейшему улучшению ситуации: за 3 месяца 2007 года на 7,9% по сравнению с аналогичным периодом 2006 года снизился показатель смертности при ДТП; смертность от отравлений алкоголем и его суррогатами снизилась на 28,1%. Показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний снизился на 11,3%.

В результате реализации национального проекта «Здоровье» и проведения мероприятий Года здоровья в 2007 году мы прогнозируем дальнейшее улучшение демографической ситуации на территории области: повышение рождаемости и снижение смертности от основных причин – сердечно-сосудистых заболеваний, новообразований, отравлений и травм.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ РОДИЛЬНОМ ОТДЕЛЕНИИ ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**

**Епоян Т.А., Рахманова А.Г.**

*Москва - Санкт-Петербург*

В Санкт-Петербурге организована система оказания медицинской помощи беременным женщинам в женских консультациях и центре профилактики и борьбе со СПИД.

У ряда женщин возникают тяжелые психосоциальные проблемы, связанные с наркоманией, стигматизацией и низким материальным положением. В виду этого, женщинам должны быть оказана необходимая психосоциальная поддержка с участием, нередко нарколога.

Для решения вопросов конкретной помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам нами проводилось анкетирование непосредственно в стационаре, куда женщина направлялись для родов. Это было важно для последующей помощи женщине, находящейся в трудной ситуации в семье, привлечения психологов, социальных работников по месту жительства или сотрудников Центра СПИД, а также наркологов при необходимости для наркологической помощи беременным после родов.

Выяснение социально-психологического статуса рожениц было также важно и для того, чтобы решить проблемы с семьями рожениц иногда с привлечением родителей и родных по желанию пациенток.

---

Для решения конкретных задач нами было подвергнуто анкетированию 240 женщин. Наибольшее количество женщин живут в гражданском браке – 99 человек (41,3%), 92 состоят в официальном браке (38,3%), 12,9% (31 человек) являются незамужними, 2,1% (5) – разведены, о семейном положении 13 женщин данных получить не удалось.

Большинство опрошенных женщин – 214 (89,2) имеют близких родственников, но только 68,8% от общего числа могут рассчитывать на помощь этих родственников в воспитании ребенка.

Из 240 женщин 139 (57,9%) имели опыт употребления внутривенных наркотических средств, из них 76 продолжали употреблять наркотики во время беременности.

23,3% женщин имеют проблемы с жильем, 39,2% материально не обеспечены. 15,8% женщин когда-либо в прошлом имели конфликты с правоохранительными органами, при этом одна и во время беременности находилась в СИЗО, туда же была отправлена сразу же после родов.

Для большинства женщин (63,75%) рожденный ребенок был первым, у 31,25% уже есть дети, о 12 женщинах данных нет.

В зависимости от риска возникновения сиротства для удобства дальнейшей работы женщины были разделены на 4 группы:

благополучные (группа I) – 75 человек  
психологически дезадаптированные, стигма (группа II) – 24 человека

социально незащищенные (группа III) – 64 человека  
наркопотребители активные (группа IV) – 77 человек

Критериями включения женщин в первую группу «Благополучные» - было отсутствие серьезных социальных, психологических проблем, эти женщины ни на одном из этапов сопровождения не высказывали намерения отказаться от ребенка. Средний возраст женщин этой группы составил  $23,1 \pm 0,4$  года с колебаниями от 18 до 33 лет. 55 женщин (73,3%) этой группы никогда не употребляли наркотики и инфицировались ВИЧ половым путем, из 26,7% употреблявших наркотики в прошлом ни одна не продолжила прием наркотических средств во время беременности. Также большая часть женщин первой группы не имеют материальных проблем (76,0%) и обеспечены жильем (76,0%). У 20% женщин уже есть дети, которые воспитываются в семье. Отказов от ребенка в этой группе не зарегистрировано.

Вторую группу составили женщины, которые отличаются от таковых первой группы наличием психологических проблем (неготовность к материнству, трудность принятия диагноза, неосведомлен-

---

ность родственников о диагнозе, боязнь инфицирования ребенка, боязнь огласки диагноза и т.д.). Таких женщин было 24, средний возраст их составил  $24 \pm 7$  лет (от 18 до 31 года). 45,8% живут со своим половым партнером гражданским браком, примерно столько же (41,7%) состоят в законном браке, 3 (12,5%) – не замужем. Большинство женщин (83,3%) также надеются на помощь близких родственников в воспитании ребенка. В этой группе большее количество женщин, чем в предыдущей (33%), имеют опыт употребления наркотиков, но во время беременности наркотики не применяли.

Хотя в целом материально-бытовые условия у женщин этой группы удовлетворительные, у 16,7% существует нехватка материальных средств, у 12,5% есть проблемы с жильем. У 87,5% рожениц других детей нет. 22 из 24 пациенток состоят на учете в Центре СПИД и 19 из них получали химиопрофилактику во время беременности, остальные не обращались за получением препаратов.

В отношении женщин и семей, относящихся к этой группе, наиболее актуальна работа психологов для снятия стигмы.

Третья группа была представлена 64 женщинами, имеющие социально-бытовые проблемы. Среди них 13 женщин незамужние (20,3%), 18 официально замужем (28,1%), 30 (46,9%) живут гражданским браком, 2 разведены, в отношении ещё 1ой сведений не получено. В этой группе, также как и в предыдущих, большинство женщин рассчитывают на поддержку близких родственников в воспитании ребенка (83,3%). Среди представительниц этой группы уже 53,1% потребляли в прошлом наркотики и 2ое женщины продолжали их применение до 3 месяцев беременности, позже прекратили. 38 женщин из 64 (59,4%) не имеют собственного жилья, 48 человек (75,0%) не имеют собственных доходов и ощущают материальные нехватки. 20,3% опрошенных в прошлом имели конфликты с правоохранительными органами, в основном это были судимости по статьям, связанным с применением и распространением наркотиков. 39,1% женщин уже имеют детей.

Женщины, относящиеся к этой группе, нуждаются в социальном сопровождении, им выдавалась питательная смесь для кормления ребенка, оказывалась помощь по получению пластиковых карт на ребенка. В связи с наличием социальных проблем практически у всех женщин этой группы был риск отказа от ребенка.

Наиболее неблагополучной, безусловно, являлась группа IV, в которую были включены женщины, активно употребляющие наркотики. Эта группа оказалась наиболее многочисленной (77 женщин), средний возраст их был несколько выше, чем в остальных группах –  $25,3 \pm 0,4$  лет (от 17 до 34 лет). Лишь 19,5% женщин

---

состоят в законном браке, 44,2% - в гражданском, 16,9% - незамужние, 3 (3,9%) – разведены, о 12 сведений нет. Несмотря на то, что 80,5% пациенток имеют близких родственников, на их помощь в воспитании ребенка могут рассчитывать только 54,5% их.

Подавляющее большинство женщин этой группы (96,1%) активно употребляли наркотики во время беременности. Употребление наркотиков тесно связано с наличием материальных и социальных проблем. Так, 51,9% материально не обеспечены. 28,6% имели конфликты с правоохранительными органами. 42,9% матерей уже имеют детей. В этой группе не удалось предотвратить отказы у 9 женщин.

Таким образом, анкетирование женщин с ВИЧ-инфекцией в период их пребывания в родильном отделении позволяет глубже оценить их психологический и социальный статус для решения вопросов о дальнейшей их реабилитации в после родовом периоде.

## **О ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИММУНИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ В РАМКАХ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Ерофеев Ю.В., Миленина В.М., Вайтович М.А., Бурашникова И.П., Пуртова И.Н.**  
*Управление Роспотребнадзора по Омской области*

Работа по реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в Омской области проводится в соответствии с его планом реализации в Омской области на 2005-2007г.г.

Для контроля за ходом реализации мероприятий по дополнительной иммунизации создан организационный комитет по организации и обеспечению реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в составе Министра здравоохранения Омской области, руководителя Управления Роспотребнадзора по Омской области, руководителя Управления Росздравнадзора по Омской области, руководителей других заинтересованных ведомств. Организационно–методическая работа проводится в тесном взаимодействии с Правительством Омской области и Главами муниципальных районов. В 2006 г. проведено заседание Совета глав муниципальных образований при Губернаторе Омской области «О роли и деятельности администраций муниципальных районов в реализации приоритетных национальных проектов на территории районов». Состоялось заседание комитета Омского городского совета по социальным вопросам и здравоохранению. Ежемесячно заме-

---

стителем Председателя Правительства Омской области проводятся селекторные совещания с участием глав муниципальных районов. Вопросы дополнительной иммунизации населения рассмотрены на заседании областной санитарно-противоэпидемической комиссии.

В результате проведенных организационно-методических мероприятий удалось достичь выполнения плана дополнительной иммунизации населения. Всего в области привито против краснухи 50000 человек (100%), против гриппа 500000 человек (100%), против вирусного гепатита В - 220218 человек (100% от плана).

В связи с поздним поступлением инактивированной полиомиелитной вакцины план иммунизации против полиомиелита был выполнен к 01.04.07 г., привито всего 3000 детей (100% от плана).

В 2007 г. работа продолжается при значительной поддержке Правительства области.

## **ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Ерофеев Ю.В., Вайтович М.А., Еремеева И.Н., Пуртова И.Н.**

*Управление Роспотребнадзора по Омской области*

Омская область относится к территориям с низким уровнем инфицирования населения ВИЧ. За все годы регистрации в области выявлен 631 случай ВИЧ-инфекции - 30,8 на 100 тыс. населения, в том числе 31 - в 2007 году. Тем не менее, за последние годы отмечается увеличение доли местных случаев заражения с 58,0% в 2003г. до 70,8% в 2006г. На возрастную группу 20–29 лет приходится 63% ВИЧ-инфицированных. В 40,0% заражение ВИЧ произошло половым путем. Соотношение мужчин и женщин на территории области составляет 2,3:1. За весь период регистрации ВИЧ-инфекция была выявлена у 48 беременных женщин. Рождено ВИЧ-инфицированными матерями – 46 детей, из них у 5 – диагноз ВИЧ-инфекция подтвержден. Выявлено 16 ВИЧ-инфицированных среди доноров. Умерло – 48 человек.

На 01.05.07г. лечение получают 12 человек, из них 3 детей. На конец 2007 г. планируется начать лечение у 30 ВИЧ-инфицированных и 20 пар мать-дита.

Главным государственным санитарным врачом по Омской области в 2005-2006гг. изданы Постановления “О мероприятиях по дополнительной иммунизации и профилактике ВИЧ-инфекции в Омской области в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения”, “О неотложных мерах против распространения ВИЧ-инфекции

---

в Омской области”. Ряд вопросов, относящихся к проблемам диспансеризации, лечения, профилактики ВИЧ-инфекции заслушиваются на заседаниях Межведомственного комитета, на Коллегиях в Министерстве здравоохранения области, на медицинских комиссиях.

В рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения определены основные направления профилактики ВИЧ-инфекции на территории области:

Информирование и обучение населения: информационные кампании с использованием всех средств массовых коммуникаций, включая федеральное и региональное телевидение, региональные радиостанции, печатные СМИ, наружную рекламу.

Предупреждение распространения ВИЧ-инфекции среди наиболее уязвимых групп населения.

Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

Снижение дискриминации и повышение толерантности к людям, живущим с ВИЧ/СПИДом и членам их семей и вовлечение людей, живущих с ВИЧ/СПИД, в реализацию сохранения и повышения приверженности к антиретровирусной терапии.

## **РЕАЛИЗАЦИЯ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИММУНИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**Забродин Н.А., Хлопотов В.В., Данилова В.В., Горева Е.С.**

*Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Удмуртской Республике*

В рамках Приоритетного национального проекта (ПНП) в сфере здравоохранения на 2006-2007 гг. в Удмуртской Республике (УР) поставлена задача дополнительно иммунизировать против гепатита В 553 тысячи человек (из них 202 тыс. детей); против краснухи - 189 тыс. человек (из них 115 тыс. детей), гриппа - 300 тыс. человек ежегодно; против полиомиелита инактивированной вакциной – 3 тыс. детей раннего возраста.

Распоряжением Президента Удмуртской Республики утвержден штаб по координации мероприятий Национального проекта. При Главах Администраций муниципальных образований функционируют комитеты по реализации ПНП. Утверждены планы реализации I и II этапов проведения Приоритетного национального проекта

---

на территории УР на 2006-2007 годы. Подготовлены постановления Главного государственного санитарного врача по УР о дополнительной иммунизации населения в 2006-2007 гг. Разработаны совместные приказы Управления Роспотребнадзора по УР и Министерства здравоохранения Удмуртской республики, в которых отражены вопросы подготовки кадров, организации работы прививочных бригад и прививочных пунктов, учтены особенности иммунизации различных возрастных и социально-профессиональных групп населения.

Утвержден план дополнительной иммунизации, разработаны помесячные рабочие планы-графики в разрезе муниципальных образований и отдельных лечебных учреждений.

Проведена оценка оснащенности лечебно-профилактических учреждений холодильным оборудованием, эффективность его работы на II, III, IV уровнях. Закуплено дополнительно 80 единиц холодильного оборудования, 816 термоконтейнеров.

В 2006 году в республике успешно проведена вакцинация против гриппа и краснухи, привито 256 тысяч человек против гриппа и 85 тысяч человек против краснухи. Завершены первая и вторая аппликации против вирусного гепатита В детям в возрасте до 17 лет – охвачено 196667 детей. Из-за недостатков в планировании и учете прививок, несвоевременности начала вакцинации в ряде муниципальных образований третья аппликация вакциной против вирусного гепатита В в полном объеме была успешно завершена в марте 2007года.

Реализация ПНП по дополнительной иммунизации в 2006 году позволила снизить в Удмуртской Республике заболеваемость детей вирусным гепатитом В в 3 раза, сократить уровень заболеваемости детей краснухой на 20%.

## **О ХОДЕ РЕАЛИЗАЦИИ II ЭТАПА ПРОГРАММЫ ЛИКВИДАЦИИ КОРИ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

**Забродин Н.А., Данилова В.В., Горева Е.С., Корюкова И.В.**

*Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Удмуртской Республике*

Одной из основных задач «Национальной программы по борьбе с инфекционными болезнями» является ликвидация кори. На территории Удмуртской Республики (УР) с 2003 года реализуется региональная программа по ликвидации кори к 2010 году, утвержденная Правительством республики. В 2005 году начался второй этап реализации данной программы, направленной на обеспечение

---

условий для предупреждения возникновения случаев кори и полная ликвидация заболеваемости на территории республики.

С 1998 года в республике регистрируются единичные случаи заболевания коревой инфекцией, и за последние 20 лет эпидемиологического наблюдения уровень заболеваемости снизился с 160,0 на 100 тысяч населения до 0,06. Последний случай кори выявлен в 2005 году у ранее непривитого взрослого. Отсутствуют вторичные случаи заболевания в очагах.

Показатели охвата населения УР иммунизацией в рамках Национального прививочного календаря в декретированных возрастах соответствуют регламентируемому уровню, в том числе по вакцинации – 99,5% и ревакцинации – 98,3%.

Данные проводимого серологического мониторинга напряженности постпрививочного иммунитета, подтверждают эффективность осуществляемой иммунизации населения живой коревой вакциной. Удельный вес защищенных от кори составляет 95,2%. Процент серонегативных детей сократился за последние десять лет в 11 раз с 39,1% до 3,5%.

В рамках надзорных мероприятий в республике обеспечено лабораторное обследование всех лиц с подозрением на корь и больных корью, а с 2005 года - дополнительно больных с лихорадкой и пятнисто-папулезной сыпью. Сыворотки крови в установленные сроки направляются в региональный центр по надзору за корью. Случаев подтверждения кори у данных категорий больных не установлено.

В 2004-2006 гг. иммунизация взрослого населения до 35 лет проводилась только на средства организаций, учреждений, отдельных граждан и темпы дополнительной вакцинации взрослых были невысоки. Но даже при этом, показатель охвата взрослых в возрасте 18-35 лет прививками против кори за эти годы существенно вырос с 47% в 2004 году до 72,8% в 2006 году. На 2007-2009 гг в рамках выполнения республиканской программы «Вакцинопрофилактика» предусмотрены средства на закупку живой коревой вакцины для иммунизации всех нуждающихся взрослых, что позволяет говорить, что мероприятия второго этапа программы ликвидации кори к 2010 году на территории УР успешно выполняются.



---

# ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗРАБОТКИ ВЫСОКИХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

**Заварзина О.О., Дикке Г.Б.**

*Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи*

Одним из важнейших направлений государственной политики, определенных Посланиями Президента Российской Федерации Федеральному собранию, является улучшение демографической ситуации в стране, повышение рождаемости и создание условий, благоприятствующих рождению и воспитанию детей.

В целом в Российской Федерации и в значительном большинстве федеральных округов за последние годы наметилась тенденция к снижению процесса депопуляции населения: в 2005 году в сравнении с 2000 годом естественная убыль населения уменьшилась на 12% - с 6,7 до 5,9.

Основными интегральными показателями качества оказываемой медицинской помощи женщинам и детям являются показатели материнской, перинатальной и младенческой смертности, которые до настоящего времени остаются неудовлетворительными, что в условиях экономического кризиса, падения рождаемости и высокого уровня общей смертности населения России приобретает особую социальную значимость.

Существенным резервом увеличения рождаемости следует отметить обеспечение высокоэффективной медицинской помощью бесплодных супружеских пар. Частота бесплодных браков в российской Федерации составляет 15-17%, из них на женское бесплодие приходится 40-60%.

На основании выше изложенного можно сказать, что в условиях демографического кризиса существует острая необходимость скорейшего внедрения новых научно обоснованных медико-организационных и высоких медицинских технологий в работу акушерско-гинекологической службы высоко урбанизированных регионов, целью которых является сохранение и укрепление репродуктивного потенциала подрастающего поколения, репродуктивного здоровья женщин в детородном возрасте и снижение материнских и плодово-инfantильных потерь.

Реализация национального проекта «Здоровье» по направлению оказания высокотехнологичной медицинской помощи призвана решить эту проблему.

К 2008 году планируется в 4 раза увеличить объем высокотехнологичной медицинской помощи населению, закупаемой за счет

---

средств федерального бюджета у существующих федеральных специализированных организаций и вновь создаваемых центров высоких медицинских технологий.

Наряду с совершенствованием механизма оплаты такой помощи путем формирования государственного задания конкретному федеральному центру, планируется разработка новых и совершенствование существующих высокотехнологичных видов медицинской помощи и реабилитации по следующим направлениям: комплексное лечение при привычном невынашивании беременности с применением лекарственных и биологических препаратов в сочетании с методами экстракорпорального воздействия на кровь; комплексное лечение тяжелых форм гестоза с применением лекарственных и биологических препаратов, эфферентных методов терапии; комплексное лечение при поражении плода (предполагаемое в результате употребления лекарственных средств); экстракорпоральное оплодотворение, культивирование и внутриматочное введение эмбриона при трубной форме бесплодия; многокомпонентная интенсивная терапия при гиперстимуляции яичников, парацентез с регулируемым удалением перитонеального трансудата; редукция эмбриона трансабдоминальным и трансвагинальным доступом при многоплодной беременности в первом триместре; гистерорезектоскопия, лапароскопическая метропластика, пластика тела матки при аномалиях развития; лапароскопическая демедулляция яичников, контролируемая индукция овуляции с применением химиотерапевтических и биологических препаратов при женском бесплодии; реконструктивно-пластические операции при распространенном эндометриозе; рентгенохирургическая эмболизация маточных артерий, питающих опухоль при забрюшинных и гигантских опухолях гениталий, спаечном процессе 4 степени; лапароскопическое удаление опухолей гениталий при беременности в сочетании с комплексной терапией, направленной на пролонгирование беременности; хирургическое лечение пороков развития гениталий и мочевыделительной системы, включающее лапароскопическую сальпингостоматопластику, ретроградную гистерорезектоскопию, операции влагалитчным доступом с лапароскопической ассистенцией; комплексная терапия при задержке полового созревания, включающая рентгенологические, гормональные, иммунологические и хирургические методы лечения.

Главными задачами медицинской науки на перспективу были и остаются формирование долгосрочной стратегии укрепления здоровья населения и разработка научных основ борьбы с наиболее распространенными заболеваниями.

---

В настоящее время создан высокопрофессиональный научный коллектив в составе Федеральных государственных учреждений Росмедтехнологии: Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии, Ивановского НИИ материнства и детства им. В.Н.Городкова, Ростовского НИИ акушерства и педиатрии, Уральского НИИ охраны материнства и младенчества.

Основные направления развития медицины высоких технологий в области акушерства и гинекологии, как и в целом развитие медицинской науки, будет осуществляться на основе следующих принципов: концентрация научно-технического потенциала и ресурсов на приоритетных направлениях медицинской науки, возрастание роли программно-целевого планирования, повышение качества экспертизы научных исследований и этического контроля за их проведением, законодательное закрепление правовых механизмов развития медицины высоких репродуктивных технологий, защита прав интеллектуальной собственности на результаты научной деятельности.

Важным направлением работы Управления координации разработки высоких медицинских технологий и подготовки кадров Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи является формирование единой информационной системы мониторинга здоровья, создание телекоммуникационных связей между клиническими центрами и регионами для консультирования пациентов и повышения профессиональных знаний медицинских работников.

Существующий «задел» в виде научной продукции, созданной в предшествующие годы, и продемонстрировавший результативность ее внедрения в практическое здравоохранение, позволяет в настоящее время сконцентрировать усилия ученых и ресурсы на наиболее перспективных из них.

Таким образом, определение основных направлений развития научных исследований медицины высоких технологий в области акушерства, перинатологии и гинекологии, разработка и внедрение в практическое здравоохранение высокотехнологичных видов медицинской помощи, применение их во всех случаях при возникновении необходимости в специализированных центрах, независимо от материального положения будущей матери, на основе государственных ассигнований, позволит реально улучшить качество оказания медицинской помощи населению регионов и позитивно изменит демографическую ситуацию.

---

## ТЕХНОЛОГИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

**Заварзина О.О., Мыльникова Л.А., Константинова М.Ю.**

*Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи*

Рассмотрение вопроса о технологиях здравоохранения является актуальным и своевременным для Российской Федерации, ввиду того, что в 2006 году Указом Президента Российской Федерации В.В. Путина создано Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи, призванное осуществлять функции по оказанию услуг и управлению в сфере разработки и реализации современных медицинских технологий, новых методов диагностики и организации высокотехнологичной медицинской помощи. Для осуществления обозначенных функций необходимо решение задач в области технологий здравоохранения.

Для планирования и реализации проектов в этой сфере необходимы новаторские, комплексные и эффективные методы. Высокотехнологичная медицинская помощь, соответствующая конкретным целям и задачам требует систематического мониторинга процессов ее предоставления.

В настоящее время актуализация качественных медицинских услуг международным принципам возможна путем разработки инструментов принятия организационных решений, включая нормы и стандарты, и является базисом развития технологий здравоохранения.

Оценка потребностей и установление приоритетов в области технологий здравоохранения должны быть определены, согласуясь с национальными приоритетами развития медицинской науки и техники.

Необходимо способствовать большей эффективности с учетом определения приоритетов в расходовании средств, поскольку современные технологии здравоохранения являются весьма затратными. Создание моделей и систем оценки эффективности, развиваемых направлений высокотехнологичной медицинской помощи, может быть основой для инвестиционных программ и инновационных проектов.

Другой важнейшей и основополагающей составляющей для дальнейшего развития технологий здравоохранения является обеспечение открытости, отчетности и ответственного отношения к решению поставленных задач.

Необходимость осуществления оценки этических, научных и социальных аспектов и последствий исследований в сфере медицинских технологий – основополагающее качество для успешного развития, а результаты деятельности научных медицинских учреждений

---

должны быть актуальными, легкодоступными для практического здравоохранения, руководителей, профессионалов в той или иной области здравоохранения и специалистов смежных и иных областей, а также для широкой общественности и населения.

Таким образом, технологии здравоохранения, являющиеся перспективными для внедрения, должны быть подкреплены механизмами законодательного регулирования, широким использованием достижений медицинской науки, анализом социальной и экономической эффективности применения высокотехнологичной медицинской помощи с использованием стандартов, соответствующих международным нормам. Медицинская помощь должна быть оказана специалистами, имеющими соответствующую подготовку, отвечающую международным требованиям.

## **ТРАВМАТИЗМ, КАК ПРИОРИТЕТНАЯ ЗАДАЧА ТЕХНОЛОГИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Заварзина О.О., Мыльникова Л.А.**

*Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи*

Стремительный рост травматизма во всех индустриально развитых странах явление общепризнанное. Различные вопросы патогенеза, течения и исхода тяжелых механических травм, а также вопросы организации медицинской помощи в этой сфере являются одним из приоритетов научных исследований в Российской Федерации.

В последние десятилетия механическая травма, превратилась в одну из ведущих проблем современной медицины и занимает третье место среди причин смертности населения мира (после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний) и первое место в группе лиц моложе 45 лет. Средний возраст больных с механической травмой составляет 20-59 лет составляет более 75% от общего числа этой категории заболевших.

Особенно увеличивается число тяжелых, множественных и сочетанных повреждений, что обуславливает высокую летальность и инвалидизацию лиц молодого трудоспособного возраста.

Статистика травматизма показывает, что на долю производственных травм приходится 17-19% , бытовых 46-46%, уличных 28-30% .

Особое место среди травм занимают дорожно-транспортные травмы, которые, по данным разных авторов, составляют 35,4% всех видов травм, среди смертельных случаев от травм роль ДТП

---

повышается до 60%. Они занимают первое место среди причин смертности от механических повреждений и являются одной из основных причин выхода на инвалидность граждан трудоспособного возраста, более 7% раненых остаются инвалидами, способствуя возрастанию социальной напряженности в обществе.

Этому вопросу уделил внимание Президент Российской Федерации В.В. Путин в своем Послании Федеральному Собранию Российской Федерации в 2005 году, поскольку в России ежегодно около 30 000 погибших и около 200 000 раненых от дорожно-транспортных, в том числе около 1500 погибших и 22000 раненых детей. Такие цифры позволяют отнести дорожно-транспортный травматизм к одной из серьезнейших социально-экономических и медицинских проблем России.

С учетом того, что кроме высокой летальности и инвалидности дорожно-транспортная травма сопровождается длительной временной нетрудоспособностью (только стационарное лечение 43-52 дня), приоритетным, с точки зрения технологий здравоохранения является обеспечение высокотехнологичной медицинской помощью пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях на ранних этапах, а также разработка и применение высоких медицинских технологий при реабилитации больных, позволяющих максимально эффективно достигать восстановления здоровья.

Приведенный пример одного из видов травматизма в России наглядно демонстрирует приоритетные направления деятельности и развития научного потенциала в сфере медицинских технологий и стратегических направлений планирования в сфере развития медицинской науки и технологий.

В связи с этим перспективным с точки зрения решения стоящих задач и обозначенных приоритетных направлений необходимо решать проблемы связанные с отсутствием системного подхода к организации и проведению профилактических мероприятий, разработке критериев оценки эффективности проводимых мероприятий по этому направлению.

При этом ключевым является укрепление научного потенциала, повышение квалификации кадрового состава медицинских учреждений всех уровней и, безусловно, развитие высоких медицинских технологий.

Такой подход отвечает принятой международной методологии по внедрению на всех уровнях выполнение намеченных целей и задач и позволяет обеспечивать качество, безопасность и эффективность деятельности здравоохранения в целом.

Таким образом, учитывая основные причины низкой продолжительности жизни и сверхвысокого уровня смертности в России, которыми

---

являются неинфекционные хронические заболевания, такие как сердечно-сосудистые, диабет, рак, а также несчастные случаи, насильственная смерть и самоубийства, а также угрожающая демографическая ситуация, является решение проблем в области травматизма.

## **ПРОБЛЕМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В РОССИИ**

**Какорина Е.П., Фролова О.П.**

*Минздравсоцразвития России, Центр противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией*

В России создание единой системы мониторинга случаев туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, начато в 2004 году с введения карты персонального учета и определения системы ее представления.

На все случаи сочетанной патологии в субъекте Российской Федерации (где бы они не были выявлены), заполняется учетная карта, которая затем направляется специалисту, отвечающему за координацию помощи этим больным, далее паспортные данные в картах шифруются и они посылаются в адрес Центра ПТП больным ВИЧ-инфекцией. Кроме того, с 2005 года на основании этой учетной карты сведения собранные о числе случаев сочетанной патологии в субъектах федерации, включаются в форму государственной статистической отчетности № 61 «Сведения о контингенте больных ВИЧ-инфекцией».

Определение единых дефиниций и системы учета позволило начать рассматривать в динамике сопоставимые сведения о случаях сочетанной патологии.

В результате за 2005-2006 годы получены следующие данные о состоянии контингента больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией: впервые выявленная сочетанная патология установлена у 3907 граждан, среди лиц с активным туберкулезом ВИЧ-инфекцию имели 9102 человека, а среди всех состоящих на учете по поводу туберкулеза - 12948.

Темп роста числа случаев впервые выявленной сочетанной патологии, а также всего контингента в 2006 году, по сравнению с 2005, составил более 30%.

Среди всех лиц, имеющих ВИЧ-инфекцию в 2005 году поздние стадии ее были зарегистрированы только в 3,5%, а в 2006 – в 5,7%.

Среди имеющих поздние стадии ВИЧ-инфекции процент роста в 2006 г., по сравнению с 2005 годом составил 47,5%, а туберкулез у них установлен более чем в 60% случаев.

---

Из числа лиц, умерших от ВИЧ-инфекции, основной причиной смерти был туберкулез (почти в 60% случаев). Рост абсолютного числа лиц, умерших в 2006 г., по сравнению с 2005 годом, составил 41%.

Таким образом, значимость проблемы туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией для Российской Федерации очевидна. Основная проблема учета на данном этапе - это отсутствие четкого знания определенных учитываемых случаев и единой системы подготовки кадров, так как анкетирование специалистов, занимающихся туберкулезом и ВИЧ-инфекцией, в 2004 году показало, что 43% респондентов, используя одни и те же термины, понимали под ними разные определения.

**РОССИЙСКОЕ МЕДИА-ПАРТНЕРСТВО В  
БОРЬБЕ С ВИЧ/СПИДОМ, НЕКОММЕРЧЕСКАЯ  
ОРГАНИЗАЦИЯ «ТРАНСАТЛАНТИЧЕСКИЕ  
ПАРТНЕРЫ ПРОТИВ СПИДА» (ТППС).  
ВОЗМОЖНОСТИ ЧАСТНО-ГОСУДАРСТВЕННОГО  
ПАРТНЕРСТВА В БОРЬБЕ С ВИЧ/СПИДОМ: ОПЫТ  
РОССИЙСКОГО МЕДИА-ПАРТНЕРСТВА В БОРЬБЕ С  
ВИЧ/СПИДОМ И КАМПАНИИ «СТОПСПИД»  
Кацап Наталья**

Российское медиа-партнерство в борьбе с ВИЧ/СПИДОМ (РМП) – группа из более 40 коммерческих медиа-компаний, объединившихся в рамках единой информационной кампании. Российское медиа-партнерство в борьбе с ВИЧ/СПИДОМ является ответом медиа-сообщества на рост эпидемии ВИЧ-инфекции в России. Участники инициативы используют свои коммуникационные возможности для повышения осведомленности аудиторий и изменения поведения для профилактики распространения ВИЧ-инфекции и формирования толерантного отношения к людям, живущим с ВИЧ. Во время Специальной сессии Генеральной ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДУ в июне 2006 года Партнерство было представлено в качестве передового опыта вовлечения медиа-сообществ в борьбу с ВИЧ в отчете Глобальной медиа-инициативы по СПИДУ. Первый Страновой отчет РФ по мерам противодействия эпидемии ВИЧ также отметил кампанию Партнерства – «СтопСПИД» – как ключевой компонент в информировании общества о ВИЧ/СПИДе.



---

Кампания «СтопСПИД: Касается каждого» включает в себя: разработку и размещение информационных материалов на различных носителях, включая телевидение, радио, прессу, наружные площадки, интернет, кинотеатры и потребительскую продукцию; разработку информационных и развлекательных программ и публикаций; бесплатные информационные ресурсы (онлайн, печать); брифинги и тренинги для журналистов, редакторов и продюсеров; специальные проекты и мероприятия для привлечения внимания целевых аудиторий. Все мероприятия Медиа-партнерства осуществляются при участии экспертов в соответствующих сферах и при лидерстве компаний-участников.

Участники Медиа-партнерства предоставляют инициативе как экспертизу по разработке всех материалов и контента, так и размещение информационных материалов на безвозмездной основе. Только за 2006 год, коммерческая стоимость предоставленного размещения составила свыше 8 миллионов долларов США (по данным компании «Сорсер-М» и официальным рейтингам TNS Gallup). Согласно всероссийскому опросу, проведенному фондом «Общественное мнение» в июле 2006 года, 62% россиян знакомы с материалами кампании «СтопСПИД» (видео, наружные макеты, логотип) и 11% из них предприняли конкретные действия для того, чтобы узнать больше о ВИЧ. Респонденты, видевшие хотя бы один из роликов кампании, реже говорят, что для них опасности заражения ВИЧ не существует (30% против 36%); намного чаще утверждают, что лично предпринимают те или иные действия по профилактике ВИЧ-инфекции (62% против 50%); намного чаще остальных выражают интерес к информации о СПИДе (44% против 31%) и намного чаще лично проявляют активность, чтобы эту информацию получить (22% против 9%).

Модель Медиа-партнерства представляет собой пример объединения усилий государственного и негосударственного (частного) секторов, направленного на эффективное противодействие эпидемии ВИЧ/СПИДа. В 2007 году, Медиа-партнерство поддержало усилия по профилактике ВИЧ национального проекта «Здоровье», создав прецедент частно-государственного партнерства. Очередная (пятая) серия кампании «СтопСПИД: Касается каждого» направлена на привлечение широкой аудитории, и в особенности молодых людей и женщин, к получению информации о ВИЧ по государственной горячей линии, работающей в рамках национального проекта. Таким образом, Медиа-партнерство делает вклад в реализацию компонента по профилактике ВИЧ в рамках национального проекта. Этот вклад выражается в ресурсах международных и рос-

---

сийских некоммерческих инвесторов по разработке и производству информационных материалов кампании, а также по проведению социологических опросов для мониторинга и оценки эффективности кампании. Помимо этого, вклад Партнерства исчисляется и ресурсами участвующих медиа-компаний, которые предоставляют размещение для кампании «СтопСПИД» безвозмездно. Усилия Медиа-партнерства напрямую содействуют достижению задач национального проекта – привлечение широких аудиторий к государственной горячей линии.

Подход позволяет оптимизировать ресурсы, поскольку задействует основные компетенции и сравнительные преимущества частного и государственного секторов, при этом:

Основной компетенцией государственных органов в решении данной задачи является предоставление и расширения доступа к качественным услугам в сфере ВИЧ/СПИДа: информация по горячей линии, анонимное тестирование сопровождающееся консультированием, профилактика и лечение.

Основной компетенцией Медиа-партнерства является способность эффективно доносить до широких аудиторий качественную информацию, способствующую информированности аудитории о наличии услуг, и привлечение аудитории к пользованию данными услугами.

При соответствующих инвестициях как со стороны Медиа-партнерства в виде разработки и проведении информационной кампании, так и со стороны государства в виде расширения доступа к качественным услугам, применяемая модель государственно-частного партнерства оптимизирует затраты и повышает эффективность реализуемых инициатив. Результатом такого сотрудничества в данном случае становится высокая информированность общества о наличии услуг в сфере ВИЧ/СПИДа и желание обратиться к данным услугам для профилактики и лечения ВИЧ. Таким образом, объединив усилия, государство и частный сектор, который в данном случае представляет собой Российское медиа-партнерство в борьбе с ВИЧ/СПИДом, способствует профилактике новых случаев ВИЧ, выявлению ВИЧ-положительных людей для лечения и в целом популяризации услуг по лечению ВИЧ-инфекции и профилактике.

Участники Медиа-партнерства надеются, что опыт сотрудничества в 2007 году положит начало для содержательного обсуждения потенциала государственно-частного партнерства в сфере профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом в России. Результаты Медиа-партнерства на сегодняшний день демонстрируют важный потенциал, который может быть реализован в большей степени при сотрудничестве с профильными государственными органами.

---

---

Работу «СтопСПИД» и Партнерства координирует неправительственная организация «Трансатлантические партнеры против СПИДа» (ТППС). Фонд семьи Кайзер, Виакон и ЮНЭЙДС предоставляют экспертную и техническую, а также финансовую поддержку производства материалов кампании «СтопСПИД». Фонд Билла и Мелинды Гейтс, Группа Всемирного банка и Агентство США по международному развитию оказывают финансовую поддержку кампании «СтопСПИД» посредством отдельных грантов для ТППС.

## **ДОБРОВОЛЬЧЕСТВО – КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ**

**Кириллова Л.Д., Сушинова Е. В., Колчева Л.А., Филатов А.Н.**

*ГУЗ «Липецкий областной Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»*

Четвертый год подряд для подготовки добровольцев при Центре СПИД работает Подростковый клуб волонтеров. Здесь ребята, как правило, старше 14 лет проходят обучение и подготовку для проведения профилактической работы среди сверстников. Занятия с волонтерами ведутся по 25-часовой программе в виде семинаров-тренингов. Программа представляет теоретические знания об опасности ВИЧ/СПИД, ЗППП, зависимостей, развивает навыки общения, безопасного поведения, ответственных решений, умения заботиться о себе и бережного отношения к другим, помогает противостоять давлению сверстников. В 2005-2006 годах обучение прошли 55 человек, они были отмечены сертификатами, подтверждающими прохождение курса и владение знаниями на темы «ВИЧ/СПИД» и «Наркомания». Для оценки изменения информированности подростков, вовлеченных в программу, используются анкеты, заполняемые до и после обучения. Анализ анкет показал, что по сравнению с исходным уровнем осведомленность обученных повысилась на 23 %, процент правильных ответов вырос с 62 до 84 %.

Показательным результатом работы «Клуба волонтеров» в 2005 учебном году стала разработка новых форм профилактических занятий на темы «Наркомания» и «ВИЧ/СПИД». Это два компьютерных видео-урока, которые прошли рецензию в Департаменте образования с их последующим внедрением в систему школьного образования.

Идея привлечения подростков к проведению профилактической работы очень понравилась педагогам. Они охотно согласились помочь ребятам и организовать встречи с их сверстниками в своих

---

школах. После чего работа подростков-волонтеров была организована в 6 школах города.

Вовлеченность подростков в профилактическую деятельность дает свои эффективные результаты: в 38 учебных заведениях были организованы и проведены более 80 массовых акций, театрализованных представлений, круглых столов, встреч-бесед, занятий-тренингов. За 2006 год эта программа охватила более 3,5 тысяч человек.

Волонтеры работают со сверстниками в своих учебных заведениях, разрабатывают сценарии профилактических спектаклей, шоу-акций с миниатюрами, шуточными вопросами, «буриме», речевками, стихами и обращением к сверстникам. Работа волонтеров хорошо вписалась в профилактическую деятельность Центра СПИД. Проведены профилактические акции и мероприятия к памятным датам: Всемирный день борьбы со СПИД, Всемирный день здоровья, Всемирный день памяти людей, умерших от СПИДа. В качестве помощников специалистов (врачей, психологов) они принимали участие в тематической дискотеке «Лучше танцевать, чем болеть» в танцевальном клубе «Торнадо», церемонии награждения победителей областного конкурса плакатов «Нет наркотикам и СПИДу», стали активными участниками мероприятий Молодежного кинотелефорума «Молодость России 2006», в т.ч. семинара «Молодежь выбирает здоровый образ жизни», выступали на открытой эстраде Нижнего парка и своими руками изготовили венки памяти людей, умерших от СПИДа. Лучшие из числа волонтеров были делегированы в качестве участников на молодежный фестиваль «Вести за собой», приняли участие в региональном этапе Всероссийского конкурса лидеров молодежных и детских объединений «Лидер 21 века», заняв почетное второе место.

Вовлечение добровольных помощников из числа подростков в работу по первичной профилактике ВИЧ/СПИДа и организация обучения по принципу «равный равному» позволяет систематизировать массовую профилактическую деятельность специалистов по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции в молодежной среде.

---

## **ЦЕЛЕВАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ УЯЗВИМЫХ ГРУПП, КАК ЧАСТЬ НАЦИОНАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ В ОБЛАСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ/СПИДА**

**Кириллова Л.Д., Филатов А.Н., Колчева Л.А., Горбунов А.В.**

*ГУЗ «Липецкий областной Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»*

В рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения по разделу «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ» и в соответствии с государственным контрактом наше учреждение было включено в 2006 году в реализацию целевых профилактических мероприятий среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), коммерческих секс-работниц (КСР) и осужденных, находящихся в учреждениях исполнения наказания.

Деятельность осуществлялась на договорных условиях с учреждениями, выигравшими конкурс Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Российской Федерации: мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С среди ПИН и среди осужденных с Фондом «Открытый Институт здоровья населения», мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С среди КСР с РОО «СПИД инфосвязь». Помимо этого по договорам осуществлялся благотворительный проект «Профилактика ВИЧ-инфекции среди ПИН и КСР», поддерживаемый НП «Всероссийская Сеть Снижения Вреда».

В рамках приоритетного национального проекта организовано 2 информационно-обменных пункта в Центре СПИДа и наркодиспансере, просветительную работу среди ПИН и КСР вели 5 аутрич работников, обученных по специальной тренинговой методике. За время реализации проектов было охвачено 813 наркопотребителей, проведена выдача 113832 шт. стерильных шприцев, собрано и утилизировано 97757 шт. использованных шприцев, помимо аутрич-консультирования, проведения тренингов (10) и раздачи инфо-материала (4200 шт.) Центр по профилактике и борьбе со СПИД и ИЗ предоставлял клиентам проекта беспрепятственный и бесплатный доступ к консультациям инфекциониста, иммунолога, дерматовенеролога, акушер-гинеколога, терапевта, психолога и юриста. Предлагалось пройти бесплатное обследование на вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекцию, в т.ч. на вирусную нагрузку, получить первую медицинскую помощь в процедурном кабинете. Получили медицинскую, психологическую помощь

---

или обследование 479 человек, направлены в другие медицинские учреждения 121 человек. В целом, за полгода реализации данного профилактического направления охвачено около 20% ПИН от теоретически расчетного числа.

С мая по октябрь охвачено 117 женщин, оказывающих сексуальные услуги за плату. Проведено обследование 70 женщин на ВИЧ, вирусные гепатиты В и С, ИППП. Проведено лечение 47 женщин, оказана психологическая консультация 69 КСР. Роздано 900 презервативов и 540 образцов профилактической литературы. Проведено 7 тренингов с женщинами коммерческого секса и 12 групп самопомощи среди ЛЖВС. Активной целевой профилактикой удалось охватить 29% КСР от теоретически расчетного числа, полученного в ходе проведения экспресс-оценки ситуации.

Информационно-образовательной работой охвачено 1693 чел. заключенных исправительных колоний ИК-2 и ИК-6. Роздано 1500 шт. информационно-просветительных материалов для заключенных. В отрядах, где содержатся ВИЧ-инфицированные удалось создать 2 группы поддержки, с которыми проведено 24 тренингов по приверженности к лечению, диспансеризации, а также к профилактике инфицирования окружающих – охвачено 98 человек. Проведено 12 тренингов среди осужденных, являвшихся добровольными помощниками проекта, которые в последствии проводили консультирование осужденных по принципу «равный равному». Обучено полным курсом 18 осужденных. С персоналом учреждений исполнения наказания проведено 3 семинара по реализации проекта и профилактике ВИЧ-инфекции в пенитенциарных учреждениях.

В сентябре 2006 года работа по данным направлениям была проверена техническими консультантами Фонда «Открытый Институт Здоровья населения» и РОО «СПИД инфосвязь». Выполнение мероприятий признано успешным. Результаты выполнения приоритетного национального проекта в этом направлении заслушивались на аппаратном совещании управления здравоохранения Липецкой области, заседании рабочей группы депутатов областного Совета, представлялись на 5 областных семинарах медицинских работников и пресс-конференции для СМИ.

Случаев ВИЧ-инфекции среди клиентов программ профилактики не выявлено. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией в Липецкой области в 2006 году составила 6,6 случаев на 100 тысяч населения, при средне российском показателе – 25,5 случаев, а распространенность среди населения – 39,7 случаев и 250,6 случаев соответственно.

Таким образом, осуществление технологий целевой профилактики в уязвимых группах позволяет сдерживать эпидемический

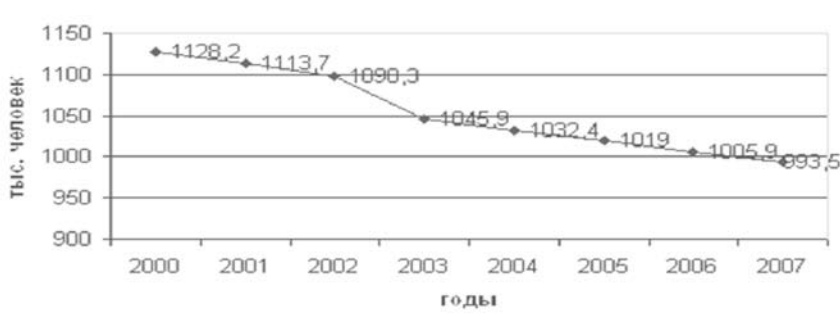
процесс ВИЧ-инфекции, а также привлекать внимание заинтересованных ведомств и общественности к приоритетным национальным идеям.

## ОБ ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЯХ ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

(К КРУГЛОМУ СТОЛУ ПО ВОПРОСУ «ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ  
СИТУАЦИЯ В РОССИИ И ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ»)

Кривко С.Р.

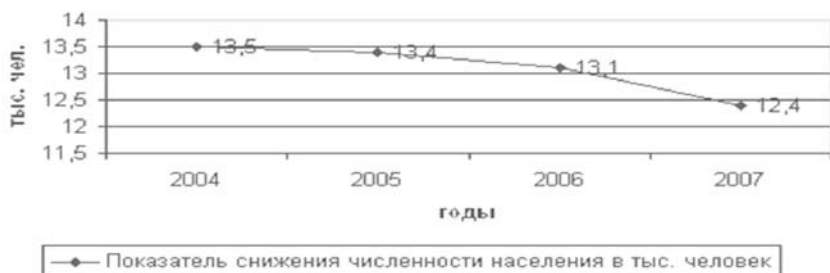
Демографическая ситуация в Смоленской области в последние годы характеризуется негативными процессами. Область находится в стадии стабильного процесса депопуляции. В послевоенный период максимальная численность населения Смоленской области была достигнута к началу 1995 года и составила 1168,0 тыс. человек. После этого численность населения неуклонно сокращалась и к началу 2007 года составила 993 тыс. человек. В последние 5 лет убыль населения стабилизировалась и составляет в среднем 13 чел. на 1000 человек населения.



Динамика численности населения Смоленской области за 2000-2007 годы

С 2001 года Администрация Смоленской области приступила к решению вопросов связанных со стабилизацией численности населения программно целевым методом. Разработан ряд нормативных правовых актов направленных на улучшение демографической ситуации. В целях улучшения демографической ситуации в регионе и консолидации усилий органов исполнительной власти Смоленской области по планированию и осуществлению мероприятий в сфере управления демографическими процессами на территории





Показатель снижения темпов убыли численности населения Смоленской области за 2003-2007 годы

области реализуется Указ Главы Администрации Смоленской области от 30 мая 2003г. № 4 «Об утверждении Концепции демографической политики Смоленской области на 2003-2007 годы».

Приоритетными направлениями Администрации Смоленской области для достижения поставленной цели являются укрепление здоровья социально уязвимых групп населения, улучшение репродуктивного здоровья населения, укрепление здоровья подростков и молодежи, людей трудоспособного возраста, сохранение здоровья пожилых людей, повышение престижа сплоченной семьи с несколькими детьми, создание для семей условий жизнедеятельности, обеспечивающих возможность воспитания в них нескольких детей, развитие и совершенствование системы социальной поддержки семей и другие. Вышеназванные направления деятельности реализуются в соответствии с федеральными и региональными нормативными правовыми актами.

В последние годы на территории Смоленской области приняты следующие основные нормативные правовые документы:

- областной закон от 7 мая 2002 года № 47-з «Об областной целевой программе «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Смоленской области» на 2002 – 2008 годы»;

- закон Смоленской области от 23 января 2002 г. N 11-з «Об областном государственном единовременном пособии при рождении ребенка» (с изменениями от 30 ноября 2005 г.);

- областной закон от 27 ноября 2003 г. № 89-з «Об областной целевой программе «Обеспечение жильем молодых семей» на 2004-2010 годы»;

- закон Смоленской области от 09.02.2007 г. № 3-з «О долгосрочной областной целевой программе «Дети Смоленщины» на 2007-2010 годы»

- закон Смоленской области от 1 декабря 2004 г. N 84-з «О мерах социальной поддержки многодетных семей на территории Смоленской области» (с изменениями от 19 июня 2005 г., 13 марта 2006 г.);



---

- закон Смоленской области от 1 декабря 2004 г. N 83-з «О государственном ежемесячном пособии на ребенка в Смоленской области» (с изменениями от 30 ноября 2005 г.);

- областным законом от 20 декабря 2004 года № 101-з «Об областной целевой программе «Развитие заместительной почечной терапии в Смоленской области» на 2005 – 2007 годы»;

- областной закон от 28 декабря 2004 года № 119-з «Об областной целевой программе «Реорганизация сети психиатрической помощи в Смоленской области» на 2005 – 2008 годы»;

- областной закон от 20 декабря 2004 года № 100-з «Об областной целевой программе «Развитие донорства крови и ее компонентов в Смоленской области» на 2005 – 2010 годы»;

- областной закон от 29 сентября 2005 года № 88-з «Об областной целевой программе «Создание областного медицинского диагностического центра» на 2005 -2016 годы»;

- постановление Администрации Смоленской области от 9 февраля 2005 г. № 21 «Об утверждении Порядка предоставления материальной помощи гражданам пожилого возраста, инвалидам, гражданам, находящимся в трудной жизненной ситуации, детям-сиротам, безнадзорным детям, детям, оставшимся без попечения родителей (за исключением детей, обучающихся в федеральных образовательных учреждениях)» (с изменениями от 6 декабря 2005 г.);

- постановление Администрации Смоленской области от 21 декабря 2005 г. № 375 «Об установлении региональных стандартов оплаты жилого помещения и коммунальных услуг» (постановление принято в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 14 декабря 2005 г. № 761 «О предоставлении субсидий на оплату жилого помещения и коммунальных услуг»).

В 2006 году на реализацию программных мероприятий, направленных на улучшение демографической ситуации из областного бюджета выделено около 300 млн. руб.

Следует отметить, что в 2006 году:

- общая сумма выплат государственного ежемесячного пособия на ребенка составила 61,244 млн. руб.;

- государственное единовременное пособие при рождении ребенка в размере 3000 рублей в 2006 г. получили 7988 человек;

- 9148 семьям предоставлены субсидии на оплату жилья и коммунальных услуг на общую сумму 56,259 млн. руб.

- общая сумма средств, израсходованных на отдых детей составила 193,8 млн. рублей (в области работали 1226 оздоровительных лагерей, в том числе 17 загородных и 1209 лагерей с дневным пребыванием, в которых отдохнули 66868 детей и подростков);

---

- продолжается строительство реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями «Вишенки». Всего на строительство объекта в 2006 году было выделено 33,574 млн. руб., из них: денежные средства, поступившие из федерального бюджета, составили 25,0 млн. руб., из областного бюджета - 5,8 млн. руб., из внебюджетных источников - 2,774 млн. руб.

В целях укрепления института семьи, создания для семей условий жизнедеятельности, обеспечивающих возможность воспитания в них нескольких детей, развития и совершенствования системы социальной поддержки семей с детьми принимаются следующие меры:

- развивается сеть областных государственных учреждений органов социальной защиты населения. На сегодняшний день действуют 17 учреждений. Общее количество стационарных мест – 818, мест дневного пребывания – 169. Обслужено за 2006 год – 3759 детей и 3119 семей, находятся на социальном патронаже – 1771 семья;

- органами социальной защиты населения оказаны различные виды социальной помощи 56 125 семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации;

- предоставлена материальная помощь 4193 гражданам, в том числе семьям, имеющим детей;

- предоставлено бесплатное питание учащимся из многодетных семей на сумму 4,933 млн. рублей;

- предоставлена 50% скидка за посещение детьми из многодетных семей, дошкольных образовательных учреждений на сумму 1,013 млн. рублей;

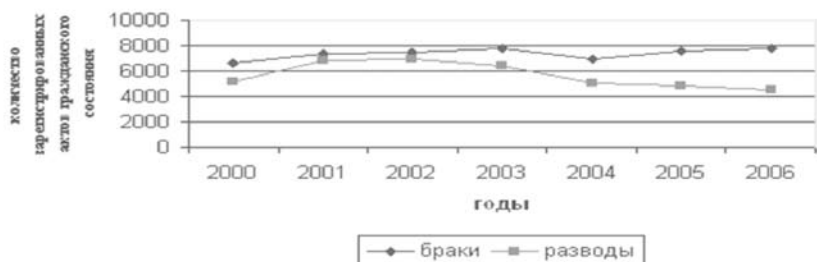
За последние 5 лет меры, предпринимаемые органами исполнительной власти Смоленской области, позволили достигнуть определенных положительных результатов.

Начиная с 2000 года, в области наблюдается некоторое увеличение рождаемости, абсолютное число родившихся в 2000 составляло 7651 чел, в 2006 – 8835. Общий коэффициент рождаемости вырос с 6,8 родившихся в расчете на 1000 человек населения в 2000 году до 8,8 в 2006 году.

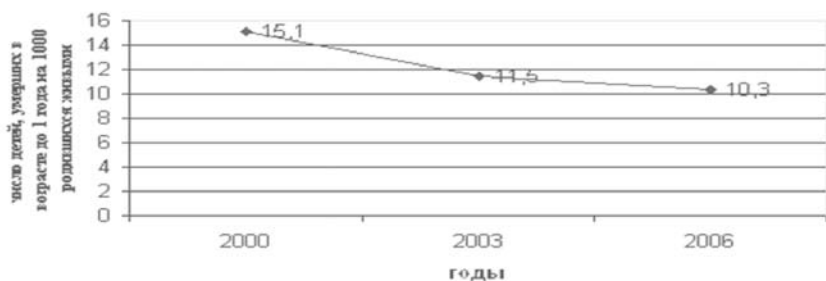
На улучшение ситуации с рождаемостью сказывается благоприятная тенденция состояния брачности населения Смоленской области. В 2006 году было заключено 7811 браков, что на 1210 браков больше, чем в 2000 году, количество разводов сократилось с 5142 в 2000 году до 4566 в 2006 году.

СЛАЙД 3 (динамика регистрируемой брачности населения Смоленской области за 2003-2006 годы)

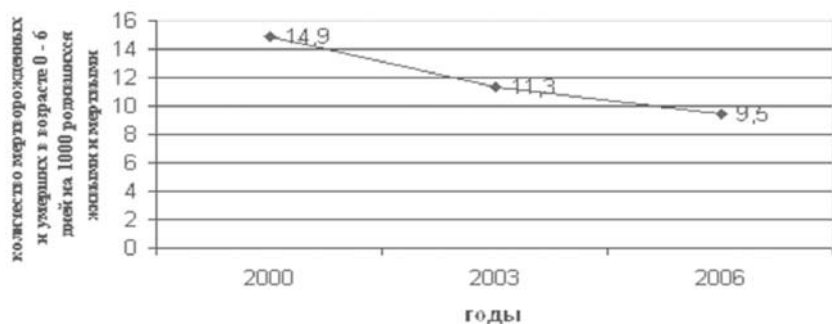
Занятость женщин в общественном производстве является одним из факторов снижения рождаемости и малодетности. За последние



Динамика регистрируемой брачности населения Смоленской области за 2003-2006 годы



Младенческая смертность в Смоленской области за период 2000-2006 годы



Перинатальная смертность в Смоленской области за период 2000-2006 годы

десять лет удельный вес женщин в общей численности занятых в экономике области увеличился с 49% до 52% .

В органах ЗАГСа в последние годы в среднем на одно рождение регистрируется 2,5 случая смерти, причем в городских поселениях – 2,1 случая, в сельской местности – 3,8. Но вместе с тем, на сегодняшний день мы можем говорить об улучшении ситуации с младенческой и перинатальной смертностью.

---

Кроме этого, за последние годы уменьшилась смертность детей в возрасте до 18 лет, заболеваемость детей в возрасте до 14 лет по отдельным группам болезней (инфекционные и паразитические болезни, болезни крови, болезни костно-мышечной системы, врожденные аномалии и др.), заболеваемость детей первого года жизни.

В 1999 году произошло резкое одновременное увеличение естественной убыли населения, и появление миграционной убыли жителей области. В последние 5 лет наблюдается устойчивая, хотя и незначительная миграционная убыль, в среднем 0,6 тыс. чел.

Ежегодно увеличивается количество семей, получающих различные виды помощи, стабильными остаются процентные соотношения числа детей с ограниченными возможностями и числа безнадзорных детей от общего числа детей, проживающих на территории Смоленской области, укреплен материально – техническая база лечебно – профилактических учреждений, учреждений органов образования и социальной защиты населения.

Однако, несмотря на небольшие сдвиги в лучшую сторону существует ряд проблем, возникающих при решении задач демографической политики Смоленской области.

С целью снижения демографических рисков и сохранения положительной динамики необходимо принятие мер по:

- поддержке организации деятельности федеральных и региональных центров по оказанию высокотехнологичных видов медицинской помощи населению;
- поддержке организации перинатальных центров и их оснащению современным оборудованием;
- поддержке развития системы центров по охране репродуктивного здоровья детей и молодежи;
- внедрению новых форм обеспечения жильем молодых семей;
- увеличению количества рабочих мест и материальной поддержке молодых специалистов;
- повышению ежемесячного пособия на ребенка до величины прожиточного минимума, установленного для детей;
- поддержке граждан, усыновивших (удочеривших), взявших на патронатное воспитание детей;
- развитию системы учреждений социально-культурного, бытового и досугового обслуживания населения в городских и сельских поселениях.

---

## О ПОДГОТОВКЕ КАДРОВ В ОБЛАСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВИЧ/СПИД

Кубатаев А.А.

Американский международный союз здравоохранения (АМСЗ) является международной организацией с более чем четырнадцатилетним опытом реализации программ интернационального сотрудничества в области здравоохранения между сектором здравоохранения США и системами здравоохранения стран Центральной и Восточной Европы (ЦВЕ) и Содружества Независимых Государств (СНГ) - 22 страны региона, включая Российскую Федерацию. С 2005 года АМСЗ ведет ряд инициатив по противодействию ВИЧ/СПИД в рамках так называемых Братиславских соглашений, которые были подписаны между президентами США и Российской Федерации и осуществляются посредством взаимодействия Агентства США по международному развитию и Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Направление, реализуемое АМСЗ, направлено на усиление борьбы против глобальной угрозы ВИЧ/СПИДа путем укрепления образовательных программ додипломного и последипломного образования в области борьбы со СПИДом, ориентированных на российских специалистов, а также на вовлечение Российских медицинских ВУЗов в подготовку медицинских работников из стран СНГ и стран третьего мира.

На современном этапе в учебном процессе кафедр инфекционных болезней особое внимание следует уделить разбору вновь возникших инфекций, среди которых ВИЧ-инфекция занимает особое место. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ/СПИДу в стране остается напряженной несмотря на то, что уровень пораженности населения ВИЧ-инфекцией не превышает среднеевропейский. На конец 2006 г. общее число ВИЧ-инфицированных в России превысило 370 тысяч человек. Известно, что в 2005 - 2006 годах Россия предприняла ряд важных шагов по противодействию ВИЧ/СПИД, включая выделение значительных финансовых ресурсов на обеспечение лекарственными препаратами всех нуждающихся в них пациентов с ВИЧ-инфекцией. Стартовали программы по лечению СПИДа через Национальный проект «Здоровье», а также программы 3-го и 4-го раундов Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией. В результате была обеспечена доступность современного лечения ВИЧ/СПИДа для большинства нуждающихся в антиретровирусной терапии пациентов, но вместе с тем число таких пациентов продолжало возрастать.

Только в 2006 году антиретровирусными препаратами обеспечено около 15 тысяч больных – все нуждающиеся с подобной терапией.

---

До конца 2007 года планируется обеспечить лечением в два раза больше пациентов за счет средств федерального правительства. Понятно, что данная ситуация требует колоссальных организационных усилий, и в первую очередь большого количества подготовленных медицинских кадров в регионах, способных быстро предоставить и провести адекватное лечение ВИЧ-инфицированных пациентов. Учитывая, что распространенность ВИЧ-инфекции неуклонно нарастает, требуется постоянное совершенствование профессиональной подготовки медицинских кадров. Медицинские работники разного уровня – вот то звено, которое определяет качество лечебной и профилактической работы. От степени их подготовленности зависит насколько эффективной будет профилактическая, диагностическая и лечебная работа с пациентами по вопросам ВИЧ-инфекции. Анализ подготовки медицинских кадров в высших и средних специальных учебных заведениях по вопросам своевременной и качественной диагностики, лечения и профилактики ВИЧ/СПИДа показал, что учебная работы в этом плане ведется на недостаточном методическом уровне. Имеет место дублирование учебных программ без четкой дифференциации глубины прорабатываемого материала на додипломном и последипломном периоде обучения. Не сформированы четкие представления необходимого объема контроля практических навыков у студентов-медиков и практикующих врачей по проблеме ВИЧ-инфекции.

Необходимость проведения образовательно-профессиональной подготовки с контингентом, имеющими различный исходный уровень знаний, заставляет обратиться к современной концепции непрерывного медицинского образования с использованием блок-модульной системы планирования и преподавания материала. Указанная система позволяет строить работу с учетом объема и уровня преподаваемого материала, что особенно существенно, когда речь идет о контингентах, имеющих определенную специальную (медицинскую) подготовку. Блок-модульная система позволяет учесть степень подготовленности (исходный уровень знаний) и провести коррекцию с учетом выявленных пробелов в знаниях.

Проект сотрудничества АМСЗ позволяет объединить более чем 25-летний опыт США и международную практику в подготовке кадров по профилактике и лечению при ВИЧ/СПИД с уже имеющимся опытом Российской Федерации и значительным потенциалом российской системы до- и последипломного профессионального медицинского образования. При взаимодействии АМСЗ с Департаментом фармацевтической деятельности, благополучия человека, науки, образования Министерства здравоохранения и социального разви-

---

тия РФ проводится согласование образовательных программ по вопросам ВИЧ/СПИД, разработанных международными и российскими экспертами, на соответствие этих программ российским рекомендациям и стандартам клинической практики. В частности при активном участии АМСЗ в рабочей группе Минздравсоцразвития по разработке образовательных программ по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции и ассоциированных заболеваний были получены рецензии ведущих медицинских ВУЗов России на ряд инновационных учебных программ по вопросам ВИЧ/СПИД с целью их дальнейшего внедрения в систему медицинского образования.

В дополнение к активному взаимодействию с соответствующими департаментами Минздравсоцразвития РФ, АМСЗ ведет работу с учреждениями профессионального медицинского образования и ведущими клиническими учреждениями по лечению ВИЧ/СПИД по созданию сети Центров по подготовке и образованию (ЦПО) по вопросам лечения и ухода при ВИЧ/СПИД. Первый ЦПО был открыт АМСЗ в ноябре 2006 года в Санкт-Петербурге совместно с Санкт-Петербургской медицинской академией последипломного образования и Республиканской инфекционной больницей в Усть-Ижоре. Основной задачей ЦПО является укрепление российского организационного и кадрового потенциала с целью проведения комплексного высококачественного лечения и оказания помощи людям, живущим с ВИЧ-инфекцией, посредством совершенствования опыта медицинских работников и специалистов смежных специальностей, укрепления системы подготовки кадров по вопросам ВИЧ-инфекции в Российской Федерации и формирования научно-обоснованных информационных ресурсов по вопросам помощи, лечения и поддержки при ВИЧ/СПИД. Санкт-Петербургский ЦПО также работает над интеграцией современных международно признанных программ обучения в области ВИЧ/СПИД в систему додипломного и последипломного образования в ряде других регионов России благодаря грантам фонда «Российское здравоохранение» и Глобального фонда по борьбе со СПИД, туберкулезом и малярией.

В 2007 году АМСЗ планирует развитие национального ЦПО в г. Москве и регионального ЦПО в г. Иркутске для удовлетворения потребностей в укреплении организационного и кадрового потенциала по вопросам ВИЧ/СПИД в Центральном и Сибирском Федеральных округах. Распространение опыта ЦПО по вопросам поддержки, лечения и ухода при ВИЧ/СПИД, несомненно, приведет к улучшению качества предоставляемой специализированной помощи гражданам России, живущим с ВИЧ/СПИД.



---

# ОБ ИНФОРМАЦИОННОМ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ В СИСТЕМЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ НАСЕЛЕНИЮ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Кузнецов П.П.

*д.м.н., профессор кафедры организации здравоохранения с курсом медицинской статистики и информатики ММА им. И.М. Сеченова*

Эффективное управление системой предоставления гражданам высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) предполагает организацию электронного документооборота (ЭДО) и создание автоматизированной информационной системы (АИС) сбора и обработки необходимых данных от территориальных органов управления здравоохранением, медицинских учреждений, оказывающих ВМП, осуществления мониторинга и оперативного обмена информацией между всеми участниками системы. Например, предварительное направление медицинских документов в специализированное учреждение по каналам связи во многих случаях позволяет более чем на две недели сократить время ожидания пациентом решения о предоставлении ВМП. При этом сегодня почти для 30% пациентов, приехавших за тысячи километров в федеральные клинические центры Москвы и Санкт-Петербурга, решение об отсутствии показаний для госпитализации могло быть принято только на основе медицинских документов с результатами обследования, переданными по электронной почте. Прикладное базовое программное обеспечение для этой АИС в настоящее время уже разработано в МИАЦ РАМН. Подготовлены также методические рекомендации, в которых определены стандарты обмена данными. Однако, для запуска АИС необходимо решить ряд организационных вопросов и издать соответствующие приказы: 1) определить организацию, которая будет выполнять функции информационного центра - осуществлять сбор и обработку данных; определить источники финансирования расходов на эксплуатацию системы; 2) решить вопросы с организацией ведения и распространения необходимых справочников и классификаторов, подобно тому, как это сделано в системе ОМС-ДЛО; 3) подготовить и издать приказ об организации сети электронного документооборота, включая криптозащиту персональных данных и электронную цифровую подпись.

При этом представляется целесообразным использовать инфраструктуру ЭДО, созданную в системе ОМС-ДЛО, абонентами которой уже сегодня являются органы управления здравоохранением



---

субъектов РФ и многие федеральные специализированные медицинские учреждения. Это позволит существенно сократить время и совокупные затраты на построение и эксплуатацию АИС.

## **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ/СПИД И ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ В УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЕ**

**Кузнецова А.С.**

*Медицинское управление ФСИН России.*

Во всем мире эпидемия ВИЧ/СПИДа в тюрьмах носит более агрессивный характер, чем в обществе в целом. Уровень инфицирования ВИЧ в тюрьмах некоторых западных стран варьирует от 1,9% до 12% от числа отбывающих наказания [Ф.Алькабес, Р.Беделл, П.Боллини и др., ВОЗ, 2001] Несмотря на то, что распространенность ВИЧ в тюрьмах остается низкой, однако массовое заражение в местах лишения свободы регистрируется. В 2001 году в 10 тюрьмах Ирана была вспышка ВИЧ-инфекции, распространенность в одном из учреждений составляла 63%. В 2002 году в Литве зарегистрирована вспышка в пенитенциарном учреждении, в одной из тюрем Индонезии распространенность ВИЧ-инфекции превышала 50% в 2002 году.

На сегодняшний день концентрация ВИЧ среди лиц, подозреваемых, обвиняемых и осужденных, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системе (УИС), значительно выше, чем в других группах населения. Доля ВИЧ-инфицированных осужденных от общего числа лиц, отбывающих наказания составляет 4-5%, что превышает аналогичный показатель по стране в целом почти в 15 раз. Следует отметить, что ежегодно в следственные изоляторы поступают более 7 тысяч ВИЧ-инфицированных. Особую опасность представляет сочетанное поражение людей наркоманией, ВИЧ-инфекцией и туберкулезом. Прогрессирующий рост сочетанной патологии в гражданском обществе ведет к естественному увеличению количества таких больных, поступающих в пенитенциарные учреждения, так как многие из них совершают уголовно наказуемые деяния. 90% от числа всех ВИЧ-инфицированных в УИС составляют потребители внутривенных наркотиков. Наркомания и туберкулез у ВИЧ-инфицированных ускоряет развитие данного заболевания и способствует более быстрому переходу бессимптомной стадии ВИЧ-инфекции в заболевание СПИДом. Употребление наркотиков и ВИЧ-инфекция повышают восприимчивость организма к любой инфекции, в том числе к туберкулезу,

---

способствуя переходу инфицированности - в заболевание. Около 3 тыс. ВИЧ-инфицированных подозреваемых, обвиняемых и осужденных страдают туберкулезом. В учреждениях ФСИН России с 2003 по 2006 годы отмечается более чем двукратное увеличение указанной сочетанной патологии, а по наиболее тяжелой форме, объединяющей наркозависимость, ВИЧ-инфекцию и туберкулез отмечается увеличение в 3,5 раза. Сохраняется неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по вирусным гепатитам с парентеральным механизмом передачи (гепатиты В и С). Показатели заболеваемости вирусными гепатитами среди подозреваемых, обвиняемых и осужденных в 3-4 раза превышают аналогичные показатели среди населения России.

С 2001 г. Федеральным законом исключена норма, предусматривающая отбывание наказания в виде лишения свободы ВИЧ-инфицированных в специализированных лечебных исправительных учреждениях, в связи с чем, они отбывают наказание на общих основаниях.

Профилактические мероприятия планируются и осуществляются в соответствии с эпидемиологической обстановкой в стране, уголовно-исполнительной системе а также прогнозом ее изменений. Комплексный, социальный характер проблемы ВИЧ-инфекции требует при ее решении в учреждениях ФСИН России обеспечения взаимодействия с органами и учреждениями здравоохранения, гражданским обществом, частным сектором, общественными, религиозными и неправительственными организациями.

Высокая концентрация среди лиц, заключенных под стражу больных различными заболеваниями предъявляет особые требования к организации медицинской помощи в учреждениях пенитенциарной системы. Улучшение медицинского обеспечения осужденных возможно только при условии увеличения бюджетного финансирования до уровня потребностей, создания соответствующих социально-экономических условий для закрепления квалифицированных медицинских кадров и их обучения, расширения связей с международными гуманитарными организациями и фондами, формирования навыков здорового образа жизни, медицинской и социальной реабилитации осужденных.

---

# **ОПЫТ РАБОТЫ ПО РЕАЛИЗАЦИИ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА ПО ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИММУНИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ В ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Кузнецова И.А., Лесникова Л.В., Смелков С.Н., Смирнова Н.А.**

*Управление Роспотребнадзора по Вологодской области*

В области организована работа по реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения по дополнительной иммунизации населения. В 2006-2007 гг. необходимо привить против вирусного гепатита В 231,9 тыс. населения области, против краснухи – 84,2 тыс. человек, против гриппа - не менее 550,0 тыс. человек, что позволит снизить заболеваемость вирусным гепатитом В к 2008 году - до 3,0 на 100 тыс. населения, краснухой к 2008 году - до 10,0 на 100 тыс. населения, предупредить заболеваемость врожденной краснухой, снизить заболеваемость гриппом.

В целях реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в Вологодской области разработан и утвержден «План по реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» на территории Вологодской области», созданы Координационный Совет при Губернаторе области и межведомственные рабочие группы по реализации приоритетных национальных проектов, на заседания которых заслушиваются Главы муниципальных образований области, руководители управлений здравоохранения и главные врачи центральных районных больниц. В области организован ежемесячный контроль за ходом реализации приоритетного национального проекта и динамикой укомплектования и состояния «холодовой цепи». В 2006 году в области закуплено 117 холодильников и 192 термоконтейнера, обеспечена 100% готовность всех уровней «холодовой цепи» к приему МИБП. Проводится систематическая информационно-просветительная работа о целях и ходе дополнительной иммунизации в рамках приоритетного национального проекта. В области сформировано 75 прививочных бригад для проведения дополнительной иммунизации населения. Прививочные бригады в полном объеме оснащены одноразовым медицинским инструментарием и термоконтейнерами.

Проведенная работа по дополнительной иммунизации населения области позволила повысить охват прививками детского населения против вирусного гепатита В с 59,1% в 2005 году до 99,3% в 2006 году и против краснухи с 53,7% до 94,7% соответственно. Увеличился охват населения прививками против гриппа до 20,3%, при-

вито по области 252,7 тыс. населения, в т.ч. 96,7 тыс. детей (40,5%). В 2006 году заболеваемость гриппом снизилась в сравнении с 2005 годом в 3,7 раза. Благодаря дополнительной иммунизации против краснухи удалось стабилизировать начавшийся эпидемический подъем заболеваемости и снизить уровень заболеваемости краснухой в ноябре - декабре относительно апреля 2006 года в 48 раз.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ВИЧ – ИНФЕКЦИЕЙ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

**Лещева Г.Г., Курина Н.В., Корнеева Е.Р., Кузьмин Е.Г.**

*Государственное учреждение здравоохранения, «Удмуртский республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями»*

По клинико – лабораторным признакам прогрессирования ВИЧ в течение последних 7 лет растет количество больных, получающих антиретровирусную терапию. В 2000 году - 2 человека, в 2004 – 6, а с 2007 года высокоактивную антиретровирусную терапию в Удмуртской республике получает 61 человек, среди которых 9 детей. Средний уровень СД4, при котором начиналась АРТ, 159 кл/мкл с колебаниями от 20 до 280 кл/мкл. В процессе наблюдения за больными явное клинико – лабораторное улучшение было зафиксировано у 77,2 %: в течение последующих 1-4 месяцев наблюдалось прекращение лихорадки, перевод оппортунистических заболеваний в ремиссию и тенденция к восстановлению показателей иммунной системы.

Длительность лечения	Среднее содержание у больных:	
	Уровень СД4	РНК ВИЧ методом ПЦР
До лечения	159 кл/мкл	410 тыс. коп/мл
1 мес на фоне лечения	248 кл/мкл	2 тыс. коп/мл
3 мес на фоне лечения	344 кл/мкл	627 коп/мл

В 32 % случаев при стойкой приверженности к АРТ вирусная нагрузка не определялась уже через 3 мес. Троим больным была проведена смена терапии в связи с возникновением побочных эффектов противовирусных препаратов. Девять больных прекратили лечение самовольно. Троим из них лечение было возобновлено через 7 месяцев. Умерло на фоне лечения 6 больных, в среднем через 1 месяц от начала АРВТ. При анализе клинического течения СПИДа у данных пациентов было отмечено быстрое прогрессирование вторичных заболеваний, что и явилось причиной смерти ( в 1

---

случае неходжкинская лимфома со множественными метастазами в ЦНС, в 4 – туберкулез различной локализации с гематогенной диссеминацией)

Таким образом, высокоактивная антиретровирусная терапия, по нашим данным, оказалась эффективной в 77,2 % эпизодов, а у 32 % больных в стадии 4Б и 4В привела к снижению репликации вируса иммунодефицита человека до неопределяемого уровня. В результате этого больные даже в стадии СПИДа сохраняют качество жизни и социальную активность. Снижают эффективность антиретровирусной терапии позднее начало лечения и низкая приверженность к терапии.

## **ПРОБЛЕМА СНИЖЕНИЯ РИСКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ- ИНФЕКЦИЕЙ МЕДРАБОТНИКОВ ЛПУ Г. ЧЕЛЯБИНСКА**

**Лучина С.В., Степанова О.Н., Матушкина А.Б., Селютина Л.И..**

*Управление Роспотребнадзора по Челябинской области, Областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями*

С ростом заболеваемости ВИЧ-инфекцией увеличивается количество заносов в лечебно-профилактические учреждения города. По состоянию на 01.01.2007г. в г.Челябинске показатель инфицированности населения ВИЧ-инфекцией составил 827,97 на 100 тыс. населения. За период с 2003 по 2006г.г. зарегистрировано 9216 заносов. При этом растет риск профессионального заражения ВИЧ-инфекцией медработников. В г.Челябинске специалистами Управления здравоохранения и Роспотребнадзора с целью защиты медперсонала от заражения ВИЧ-инфекцией создана система мониторинга за уровнем эпидемиологической безопасности медперсонала в лечебно-профилактических учреждениях при оказании помощи ВИЧ-инфицированным, внедрены стандарты инфекционного контроля, включающие разделы обучения персонала вопросам инфекционной безопасности, охраны здоровья персонала от неблагоприятного воздействия профессиональных факторов инфекционной природы. В областном Центре профилактики и борьбы со СПИДом отработана система диспансеризации медработников, пострадавших при оказании помощи ВИЧ-инфицированному, схемы химиопрофилактики при риске парентерального инфицирования. Проведенные комплексные мероприятия позволили повысить уровень инфекционной безопасности медр-

---

ботников при оказании помощи ВИЧ-инфицированным: отмечено снижение количества аварийных ситуаций с 46 случаев в 2001г. до 28 - в 2006г. и удельного веса аварийных ситуаций, связанных с попаданием биологических жидкостей на слизистые, в том числе глаза, с 6,2% в 2001г. до 3,6% в 2006г.; на кожу - с 12,2% в 2001г. до 10,7% в 2006г.

С 2003г. на диспансерный учет в Центре профилактики и борьбы со СПИДом взято 126 медработников, пострадавших в аварийной ситуации и подвергшихся риску заражения при оказании помощи ВИЧ-инфицированным больным в ЛПУ г. Челябинска. Инфицированных ВИЧ среди них не выявлено. Из 126 медработников: медсестер – 44,4%, врачей – 34,1%, младшего медперсонала – 11,1%, фельдшеров скорой помощи – 2,4%, акушерок – 4,0%, лаборантов – 1,6%. 92 медработника (73%) обратились в первые часы от момента «аварии», им назначен курс химиопрофилактики. Наибольшее количество пострадавших из числа среднего медицинского персонала - это постовые, процедурные медсестры отделений терапевтического и инфекционного профилей – 53,6%, медсестры хирургических отделений – 19,6%, реанимационных отделений – 17,9%, медсестры гинекологических, родильных отделений – 8,9%. При анализе аварийных ситуаций у врачей (43 человека) зарегистрировано: хирургов - 32,6%, акушеров-гинекологов – 30,2%, реаниматологов – 11,6%, терапевтов – 6,9%, врачей скорой помощи – 9,3%, стоматологов и врачей судебно-медицинской экспертизы – по 4,7%.

При анализе причин возникновения аварийных ситуаций у медработников ЛПУ г. Челябинска за период 2001-2006г.г. установлено, что наибольший удельный вес занимают уколы иглой – 92,1%.

С целью решения проблемы безопасности медработников при оказании помощи ВИЧ-инфицированным необходимо: совершенствовать профессиональную подготовку медперсонала по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции; повысить требовательность со стороны руководителей ЛПУ, а также лиц, ответственных за технику безопасности труда, за выполнением медперсоналом нормативных документов по вопросам личной и общей профилактики ВИЧ-инфекции; учитывая, что одной из основных причин аварийных ситуаций медработников является укол иглой, предложено в 2007г. оснастить все поликлинические отделения деструкторами игл за счет средств областного бюджета.

---

## **ТАКТИКА СНИЖЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДИФТЕРИЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

**Максимова Н.М., Маркина С.С., Яцковский К.А.,**

**Корженкова М.П., Черкасова В.В., Лазикова Г.Ф., Кошкина Н.А.**

*ФГУН «МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского», Роспотребнадзор, г. Москва.*

В настоящее время заболеваемость дифтерией носит спорадический характер с тенденцией к продолжению её снижения. В 2006 году всего заболело дифтерией 179 человек, показатель заболеваемости составил 0,12 против 0,25 в 2005 году. За I квартал 2007 год показатель заболеваемости равнялся 0,02, т.е. снизился в 1,5 раза по сравнению с I кварталом 2006 года. Ежегодно уменьшается число территорий, где регистрируются случаи дифтерии – 45,8% в 2006 году против 61,8% в 2005 году. Эти успехи достигнуты, в первую очередь благодаря проведенной огромной работе органами практического здравоохранения по многолетней плановой иммунизации всего населения против дифтерии. Уровень охвата прививками детей ежегодно достигает 97,9%. Показатель своевременности охвата вакцинацией и ревакцинацией против дифтерии детей и подростков в декретированных возрастах соответствует требованиям ВОЗ и равняется не менее 95%.

Среди взрослых в 2003-2005 годах осуществлена II массовая иммунизация против дифтерии. Анализ показал (сведения собраны с 70 территорий), что в среднем по стране привито 94,2% населения, в том числе очередную ревакцинацию, получили 92,6% и 7,3% вакцинацию. Высокий уровень охвата прививками достигнут во всех возрастных группах (25-45 лет – 94%-97,4% и несколько ниже в более старших возрастах – 91,4%).

Однако ежегодно среди заболевших остается стабильно высокой доля непривитых – 29,6%-31,7%, что определяет тяжесть течения инфекции- удельный вес тяжелых форм составил в 2006 году 32,4%. Снижение заболеваемости дифтерией в целом по России не сопровождается адекватным снижением смертности от этой инфекции. Ежегодно в ряде территорий отмечается активизация эпидемического процесса дифтерии, сохраняются недостатки в клинической и бактериологической диагностике. Так, среди больных токсической дифтерией несвоевременно госпитализируются 25% больных, в том числе 15,4% больных дифтерией с летальным исходом. На ряде территорий, где регистрируются больные дифтерии, носители возбудителя не выявляются. Это свидетельствует о не назначении врачами диагностики тяжелых форм дифтерии и низком уровне бактериологической диагностики.



---

Таким образом не смотря на достигнутые успехи в снижении заболеваемости дифтерии об эпидблагополучии говорить преждевременно, тем более о ликвидации дифтерии в ближайшем времени.

## **О РЕАЛИЗАЦИИ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» В ЧАСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**

**Мамчик Т.А., Душкина Н.В., Лексикова Т.В., Ситник Т.Н.**

*ГУЗ «Воронежский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»*

В рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения «Профилактика ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ-инфекцией» в 2006 г. на ВИЧ-инфекцию в Воронежской области было обследовано (в Воронежской области определение вирусной нагрузки осуществляется с 2003 года, а исследование иммунного статуса с помощью моноклональных антител с 2002 года) 307584 человека, на гепатиты В и С 428447 человек.

В Воронежской области на 31.12.2006 состояло на диспансерном учете 402 пациента (94% от подлежащих наблюдению). Из них на стадии 3 находятся 62,5%, стадиях 4А - 15,5%, 4Б - 10,8%, 4В - 1,0%.

До начала реализации приоритетного национального проекта получали ВААРТ 9 пациентов (с 2001-2005 годов), в 2006 году лечение назначено 37 пациентам, а в 2007 году – еще семи.

Несмотря на то, что расчетное количество лиц, нуждающихся в антиретровирусной терапии, в 2006 году составило 54 человека, к настоящему времени на антиретровирусной терапии находятся 66 человек, из них 12 пациентов в рамках проекта клинических испытаний лекарственного средства (по поручению Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 18.10.05 года № 360). Процент ВИЧ-инфицированных пациентов, получающих ВААРТ от подлежащих лечению, составил 122% от запланированного количества. Организовано лечение 9 ВИЧ-инфицированных, находящихся в учреждениях исполнения наказания. У всех пациентов находящихся на антиретровирусной терапии отмечается стойкая положительная динамика лабораторных показателей: вирусная нагрузка менее 1000 копий/мл, CD 4 от 400 до 600 кл/мкл.

Решение вопроса представления лечения лицам без российского гражданства, находящихся на территории области и нуж-



---

дающихся в лечении, является проблемой федерального уровня законодательного порядка.

Для реализации приоритетного проекта обеспечено софинансирование за счет средств областного бюджета и других источников закупок антиретровирусных препаратов на сумму 7,457 млн. рублей (в рамках Проекта получено на сумму 8,165 млн. рублей). В том числе начато лечение вирусного гепатита С у 10 ВИЧ-инфицированных пациентов.

## **ОБ АКТИВИЗАЦИИ РАБОТЫ ПО ОБЛАСТНОЙ ЦЕЛЕВОЙ ПРОГРАММЕ «ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА»**

**Мамчик Т.А., Ситник Т.Н., Русяев Н.П.**

*ГУЗ «Воронежский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», Главное управление здравоохранения Воронежской области*

Подготовка к реализации Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения по компоненту «Дополнительная иммунизация населения» способствовала активизации работы по областной программе «Вакцинопрофилактика» на 1999-2000 г.г. и на период до 2006 года. В выделяемых целевых финансовых средствах до 2006 года доля областного бюджета составляла 2-28%. Активно привлекались внебюджетные средства и спонсорские пожертвования (благотворительная помощь Фонда «Вишневской-Ростроповича», ООО «СмитКляйнБичем-Биомед»). В 2006 году общий объем областного финансирования увеличился в 10 раз, ранее запланированные средства на закупку вакцин против вирусного гепатита В, краснухи, гриппа для детей и бюджетной сферы, были перепрофилированы.

До 2006 года оборудование для обеспечения «холодовой цепи» обновлялось преимущественно за счет благотворительных пожертвований (120 холодильников и 350 термоконтейнеров пожертвовано фондом «Вишневской-Ростроповича») и по федеральной программе «Вакцинопрофилактика» (термоконтейнеры разной емкости). С конца 2005 года активизировались закупки в муниципальных образованиях: из приобретенных за 7 лет реализации программы «Вакцинопрофилактика» холодильников в прививочные кабинеты и термоконтейнеров более трети приобретены в 2006 году.

В области в 11-ти районах из 32-х и нескольких ЛПУ г. Воронежа имелись программы автоматизированного управления иммунопрофилактикой. Для дальнейшего их внедрения в 2006 году при благо-

творительной помощи Фонда «Вишневской-Ростроповича» поставлено 36 компьютеров, по областному бюджету приобретены 37 комплектов программного обеспечения для иммунопрофилактики.

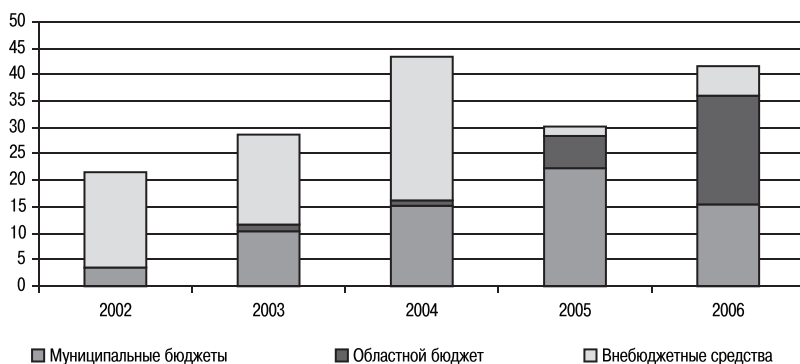


Рис. 1. Финансирование программы «Вакцинопрофилактика» (млн. руб.)

## ИММУНИЗАЦИЯ ПРОТИВ КРАСНУХИ В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

**Мамчик Т.А., Ситник Т.Н., Русяев Н.П.**

*ГУЗ «Воронежский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», Главное управление здравоохранения Воронежской области*

Иммунизация против краснухи в области проводилась с 2001 года детям календарных возрастов - на начало 2006 года иммунная прослойка достигла нормативных показателей (95%) только по детям до 6-ти летнего возраста. В 2003-2004 г.г. на средства областного бюджета было приобретено 15,8 тысяч доз вакцины, что позволило поддерживать на нормативном уровне своевременность вакцинации детей в 12 месяцев. Благодаря реализации национального проекта по компоненту «Дополнительная иммунизация населения» охват прививками против краснухи детей до 14 лет увеличился до 59,5%, своевременность вакцинации детей в 24 месяца в целом по области составляет 99,2%, во всех районах он выше нормативных 95%. По дополнительной иммунизации привиты 22,1 тысячи человек. Всего за год привиты против краснухи 68,3 тысячи человек, из них ревакцинированы 17,7 тысяч человек. Своевременную ревакцинацию в 6 лет получили 84% детей, в 7 лет ревакцинацию имеют 72% детей. Положительным фактом является охват ревакцинацией свыше 96-98% детей в 6 и в 7 лет

в 15-ти районах и г. Воронеже. В остальных районах достаточно охвачена ревакцинацией только одна из указанных возрастных групп.

На 2007 год остаются не привитыми 165,3 тысяч детей, подростков и женщин 18-25 лет, которые включены в план дополнительной иммунизации на 2007 год.

В результате проведенной работы по плановой иммунизации и по эпидемическим показаниям при регистрации случаев краснухи в организованных детских коллективах удалось не допустить высоких уровней заболеваемости, хотя тенденция к очередному периодическому подъему краснухи прослеживалась в 2006 году.

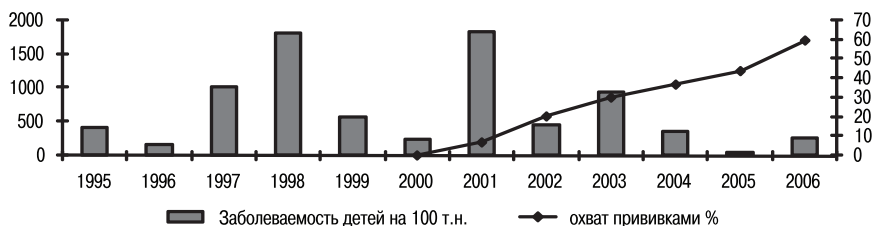


Рис. 1. Заболеваемость детей до 14 лет краснухой и охват иммунизацией

## ИММУНИЗАЦИЯ ПРОТИВ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

**Мамчик Т.А., Ситник Т.Н., Русяев Н.П.,**

*ГУЗ «Воронежский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», Главное управление здравоохранения Воронежской области*

До начала реализации приоритетного проекта «Дополнительная иммунизация населения» наиболее благоприятная ситуация в области сложилась с вакцинацией против вирусного гепатита В. Начатая с сентября 2002 года «Программа вакцинации подростков» совместно с фондом «Вишневской-Ростроповича» сняла остроту проблемы нехватки вакцины: поставлены более 330 тысяч доз вакцины против вирусного гепатита В для детей, 17,5 тысяч доз – для медицинских работников. За счет средств Фонда, в 2002-2004 годах была проведена вакцинация учащихся старших классов школ и первых курсов средних учебных заведений, в 2005 году продолжена реализация Программы вакцинации подростков за счет областного бюджета. До начала реализации приоритетного проекта были охвачены прививками 82,9% подростков 15-17 лет, однако дети до 2000 года рождения (начало централизованных поставок вакцин национального календаря) были охвачены только на 1,5-14%.

В результате дополнительной иммунизации против вирусного гепатита В, иммунная прослойка по области на конец 2006 года (таблица 1) увеличилась в 1,6 раза, охват прививками детей до 17 лет составил 95-99,9% по всем возрастным группам. Лица 18-35 лет охвачены прививками против вирусного гепатита В на 12,8%, за счет привитых в 2002-2004 годах школьников старше 15-ти лет и медицинских работников.

Таблица 1. Охват прививками против вирусного гепатита «В» по области.

Контингенты	Иммунная прослойка на конец года, %				
	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.
1 год	78,8	93,6	97,6	97,5	96,2
2 года	52,7	86,2	97,2	98,9	99,6
Всего дети до 14 лет	8,93	21,1	33,2	47,7	95,2
Подростки 15-17 лет	3,14	27,4	55,8	82,9	98,3
Взрослые старше 18 лет	0,98	1,38	1,84	2,3	4,2
Всего	2,27	5,46	8,7	11,9	19,4

Всего за 2006 год привиты по области свыше 160,5 тысяч человек (из них, 156,6 тысяч детей). По дополнительной иммунизации охвачены двукратными прививками 100% подлежащих, третью прививку получили 137,3 тысячи детей и подростков – 98,1% от подлежащих. Сдвиг завершения иммунизации на 1 квартал 2007 года произошел из-за позднего поступления достаточного количества вакцины и медицинских отводов (преимущественно по тубинфицированию).

## **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В НА ТЕРРИТОРИИ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Минашкин А.И., Интякова О.Б., Смирнова Л.А.**

*Управление Роспотребнадзора по Ивановской области*

В соответствии с Федеральным Законом Российской Федерации «О иммунопрофилактике инфекционных болезней» вакцинопрофилактика относится к числу государственных задач и гарантирует бесплатное проведение прививок, включенных в национальный календарь. Но только принятие и введение в действие раздела «Дополнительная иммунизация населения» приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения позволили охватить вакцинацией более широкие слои населения, не включенные в национальный календарь прививок.

До 2003 года на территории Ивановской области вакцинация от вирусного гепатита В (ВГВ) среди детей и подростков не проводи-

---

лась. В 2003 году в рамках национального календаря профилактических прививок было охвачено вакцинацией от ВГВ около 12% детей в возрасте от 7 до 14 лет от общего количества подлежащих. В 2004-2005 годах, благодаря дополнительным поступлениям по линии Фонда Вишневской–Ростроповича, удалось число вакцинированных (в первую очередь, школьников) и по состоянию на 01.01.2006 г. охват прививками от ВГВ в 13 лет составил 77,4%, в 14 лет – 80%, в 15 лет – 78,8%.

С 2006 года на территории Ивановской области в рамках реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения проводились прививки против ВГВ детям от 1 года до 17 лет (ранее не привитым). На 01.01.07 г охват первой вакцинацией составил 59 478 человек – 99,1%, второй 59 199 человек – 98,7%, третьей 51 201 человек – 85,3%. В первом квартале 2007 года охват первой и второй вакцинацией составили 100%, третьей- 98%. Завершение вакцинации против данной инфекции планируется в июне 2007 года.

Проведение прививок против ВГВ позволило добиться снижения заболеваемости данной инфекцией в 2006 году на 27,2%, показатель заболеваемости составил 11,83 на 100 тысяч населения (2005 г. - 16,2 на 100 тысяч населения) и в 1 квартале 2007 года по сравнению с аналогичным периодом 2006 года на 26,9 %.

В 2007 году реализация мероприятий приоритетного национального проекта по дополнительной иммунизации населения Ивановской области против ВГВ продолжается.

## **РОЛЬ СРЕДСТВ МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ В РЕАЛИЗАЦИИ ПРИОРИТЕТНЫХ НАЦИОНАЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Москвичева М.Г., Лучинина С.В., Косарева Р.Р., Софейкова Т.В., Финце М.Н..**  
*Министерство здравоохранения Челябинской области, Управление Роспотребнадзора по Челябинской области.*

Реализация приоритетных Национальных проектов в сфере здравоохранения, ориентированных, в первую очередь, на профилактику заболеваний, является частью государственной политики в области здравоохранения. Однако, даже при глобальных инвестициях в здравоохранение, эффективное проведение профилактических мероприятий невозможно без формирования активной позиции граждан в отношении собственного здоровья и изменения общественного сознания. Подготовка общественного мнения к осо-

---

знанию ведущей роли профилактики в сохранении здоровья, указание на возможные негативные последствия пренебрежительного отношения к собственному здоровью и вовлечение в профилактический процесс всего населения области, как частных лиц, так и организаций, являются основополагающими в реализации поставленных Национальным проектом задач.

В Челябинской области в 2006 году в рамках областной целевой Программы «Здоровье» создана информационно-образовательная система «Медиа-проект» по формированию приверженности населения к вакцинации, включающая в себя проведение телевизионных передач, акций, публикаций в газетах, радиопередач, изготовление аудиороликов, наружной рекламы на баннерах и на городском пассажирском транспорте. Проведены Первый Южно-Уральский Профилактический форум и областная выставка «Уральское здоровье». Изданы сборники «Приоритетный Национальный проект «Здоровье» в вопросах и ответах», нормативно-методических документов по вакцинопрофилактике, пропагандистские буклеты. Имеется опыт проведения общественных акций, конкурсов, агитационных бригад. Проведенные мероприятия способствовали снижению отказов населения от прививок и выполнению поставленных задач по обеспечению дополнительной иммунизацией подлежащих контингентов населения в 2006 г.

Говоря о роли средств массовой информации в формировании общественного мнения, нельзя не сказать и о негативном воздействии на сознание населения. Широкое обсуждение возможного риска и зачастую искажение информации в центральных СМИ формирует отрицательное отношение населения к вакцинопрофилактике. Залогом успешной реализации беспрецедентных по объему профилактических мероприятий приоритетного Национального проекта «Здоровье» является совместная и однонаправленная работа органов здравоохранения и средств массовой информации в проведении широкомасштабных информационных и агитационных мероприятий.

---

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ВААРТ. НАДО ЛИ ИССЛЕДОВАТЬ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К ПРОТИВОВИРУСНЫМ ПРЕПАРАТАМ ДО НАЧАЛА ТЕРАПИИ?**

**Мошкович Г.Ф., Минаева С.В.**

*Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, г. Нижний Новгород.*

С увеличением продолжительности эпидемии ВИЧ-инфекции все большее число больных нуждается в назначении высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ). Для сохранения жизни и здоровья пациента перед лечащим врачом стоит задача подобрать наиболее эффективную схему терапии. В то же время, для экономически обоснованной деятельности лечебного учреждения, оказывающего медицинскую помощь ВИЧ-инфицированным, необходимо планировать количество и номенклатуру лекарственных препаратов, учитывая возможную смену схем лечения, как по причине неэффективности терапии, так и по причине развития нежелательных побочных явлений.

Впервые ВААРТ начала проводиться в 1999 году 2 больным, один из которых до настоящего получает терапию. Количество пациентов, которым была назначена ВААРТ, ежегодно увеличивалось, и на начало мая 2007 года достигло 409. Число пациентов, получающих лечение, составило 337 (47 больных отказалась от продолжения лечения, 25 - умерли).

Нами было проведено исследование эффективности первой линии ВААРТ у 38 пациентов, (мужчин – 24, женщин – 14, средний возраст больных –  $26,8 \pm 1,8$  лет, продолжительность заболевания от выявления до начала терапии -  $42 \pm 2$  мес) получавших ВААРТ с 1999-2001 г.г. по 2007 г. Исследовались уровень СД4+-лимфоцитов, вирусная нагрузка до начала ВААРТ, через 3, 6, 12, 48, 60 месяцев. Резистентность к препаратам определялась в лаборатории Федерального научно-методического Центра СПИД Минздравсоцразвития РФ. Кроме того, учитывались и клинические признаки – присутствие оппортунистических заболеваний (туберкулез легочный и внелегочный, рецидивирующая ВПГ (1,2) инфекция, рецидивирующая инфекция, вызванная *H. Zoster*, кандидоз ротоглотки, кишечника, мочевыводящих путей, бактериальный вагиноз, микозы, пиодермия и фурункулез рецидивирующие, хронические гепатиты В, С, В+С, В+С+Д). Оценивались стандартные схемы ВААРТ: Зидовудин (ZDV)/Ставудин (d4T) + Ламивудин (3TC)/Диданозин (ddI) + невирапин (NVP)/ Ифавиренц (EFV).

---

---

В результате нами было выяснено, что у 27% больных ВИЧ-инфекцией первая линия ВААРТ не дает положительных результатов. Для повышения эффективности лечения перед назначением ВААРТ целесообразно исследовать резистентность к препаратам.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОГО ИНТЕРФЕРОНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ОРОФАРИНГЕАЛЬНЫМ КАНДИДОЗОМ**

**Наумова И.В., Алешина Т.В.**

*Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи*

Орофарингеальный кандидоз (ОФК) является рецидивирующей оппортунистической инфекцией, при которой система интерферона ребенка страдает в первую очередь.

Цель: оценить состояние системы интерферона (ИФН - статус) у детей с ОФК, доказать необходимость применения препаратов генно-инженерных интерферонов в комплексном лечении ОФК.

Материалы и методы. Произведена оценка ИФН - статуса у 45 детей. ИФН - статус оценивался по четырем основным показателям: уровню циркулирующего в крови эндогенного интерферона, по способности лейкоцитов продуцировать *in vitro* - и -ИФН. Исследование проводили в начале заболевания, и после лечения препаратами генно-инженерного интерферона. Проведена сравнительная оценка пациентов 2-х групп.

1-я группа-25 детей в качестве заместительной терапии в комплексном лечении, помимо противогрибковой терапии, получали генно-инженерный препарат интерферона - Виферон-150 и виферон-500, в состав которого включены рекомбинантный интерферон 2 и мембраностабилизирующие компоненты. 2-я группа (контрольная) - 20 больных виферон не получали (по социальным причинам) и были пролечены только противогрибковыми препаратами. Виферон-150 назначали детям до 7 лет, виферон-500 - больным старше 7 лет. Режим лечения: по 2 свечи *per rectum* через 12 часов в течение 10 дней и затем по 1 свече 2 раза в день 3 раза в неделю в течение 3 месяцев.

Результаты. У всех 45 обследованных в ИФН - статусе отмечено повышение сывороточного ИФН. Наряду с этим у 28 детей установлено снижение продукции ИФН- и у 25 детей ИФН-. У 10 детей отмечался дефицит ИФН-системы 3 степени, у 5 больных-2 степени; у остальных - дефицит ИФН-системы 1 степени.



---

У больных 1 группы исчезновение клинических проявлений ОФК происходило в сроки от 7 до 14 суток. У пациентов 2 группы - в сроки от 17 до 25 суток.

Выводы. У детей с ОФК в системе ИФН-а достоверно определяются нарушения в виде снижения продукции ИФН- и -, что служит основанием для включения в комплекс терапии препаратов генно-инженерного интерферона.

## **РОЛЬ И МЕСТО МЕЖДУНАРОДНЫХ ПРОГРАММ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ/СПИДА В МУРМАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Ошеров И.С., Байлук Ф.Н.**

*Государственное учреждение здравоохранения «Мурманский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»*

На 1 января 2007 года Мурманская область занимает четвертое место среди регионов с высоким уровнем распространения ВИЧ-инфекции на Северо-западе России. Начиная с 2002 года, в рамках международной программы по борьбе с ВИЧ/СПИДом в Баренцевом регионе, при центре СПИДа начал действовать мобильный пункт профилактики (МПП) ВИЧ-инфекции среди ПИН – «Автобус «Доверие», а с 2003 года – МПП ВИЧ-инфекции среди коммерческих секс-работниц (РКС). В МПП проводилось информирование ПИН и РКС о риске заражения ВИЧ, обменивались грязные шприцы, выдавались презервативы, дезинфектанты.

Благодаря масштабным профилактическим мерам, включая реализацию указанных международных программ, в 2003-2005 годах было достигнуто снижение заболеваемости ВИЧ/СПИДом в Мурманской области.

В ноябре 2005 года при центре СПИД начал работу новый международный проект (российско-финский) – низкопороговый центр поддержки (НПЦП). Цель его – улучшить понимание целевыми группами (ПИН и РКС) необходимости предупреждения заражения ВИЧ-инфекцией и уменьшить вероятность рискованного поведения. Обратившимся в НПЦП ПИН обменивают использованные шприцы, выдаются спиртовые салфетки, вода для инъекций в ампулах, презервативы, при необходимости мазь для лечения флебитов. РКС, кроме обмена шприцев, предлагаются презервативы, смазки, интимные дезинфектанты. При желании посетителям НПЦП проводится экспресс тестирование на ВИЧ, ВГС и ВГВ с до- и послетестовым консультированием.

---

В 2006 году в НППЦ обратилось 1484 человека (1484 обращения, 951 человек), из них ПИН - 645, 180 ВИЧ-инфицированные, 659 – созависимые ПИН (родственники и половые партнеры). Поставлено экспресс тестов на ВИЧ 768, выявлено 26 ВИЧ+, из них 17 ВИЧ+ у ПИН, 2 ВИЧ+ у лиц, имевших половые контакты с ПИН, 6 ВИЧ+ у лиц, имевших половые контакты с ВИЧ+, 1 случай ВИЧ + у лица, имевшего случайные половые связи. Поставлено экспресс тестов на ВГС - 412, из них положительных – 121, на ВГВ – 77, из них положительных – 5.

Таким образом, МПП и НППЦ, действующие при центре СПИД, удачно дополняют работу центра по профилактике ВИЧ/СПИДа в уязвимых группах.

## **РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА**

**Панова Н.Г.**

*Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями г. Барнаул*

Известно, что успешность практически любого лечения на две трети зависит от компетентности и профессионализма медицинской сестры. Начало реализации национального проекта «Здоровье» потребовало решить целый ряд тактических задач, в т.ч.: применить в административном и психологическом плане новые более эффективные формы и методы работы специалистов среднего звена. Медицинские сестры Центра СПИД проводят огромный объем работы, в рамках реализации национального проекта. Медицинские сестры обучены принципам работы в команде, некоторые из них в начале 2006 года прошли двух недельное обучение по вопросам формирования приверженности к лечению у ВИЧ – инфицированных, подлежащих высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) в г. С-Петербурге. В созданных мульти - профессиональных командах (МПК) для работы с данной группой ВИЧ – инфицированных, наряду с такими специалистами, как врачи инфекционисты, психотерапевты, социальные работники в состав входят и медицинские сестры. Перечень обязанностей медсестры в этих командах довольно широк. Для решения главной проблемы пациента, связанной с ВААРТ – привлечение пациента к терапии и его удержание в лечении ими разработан и используется в работе «Календарь приема препаратов», который включает в себя дни, часы, кратность приема препаратов и срок явки пациента к врачу

---

для решения вопроса о продлении лечения и получения медикаментов. Рабочие места медицинских сестер автоматизированы в единую сеть, что позволяет им, оперативно использовать информационные базы компьютерных данных любого отдела. Это обеспечивает возможность контролировать и анализировать количество лиц, состоящих на диспансерном учете, взятых и снятых с учета, перешедших в ту или иную стадию заболевания, подлежащих лечению, умерших, выбывших, пролеченных на базе стационара и многое другое. При помощи различных компьютерных программ одна медицинская сестра обслуживает до пятнадцати территорий края и более, она не только использует информационную базу, но и постоянно пополняет ее.

В ходе реализации национального проекта «Здоровье» медицинские сестры приобрели новые знания, научились их применять в работе, и поделились опытом со своими коллегами из других ЛПУ городов и районов края.

## **О РЕАЛИЗАЦИИ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ**

**Парков О.В., Окунева М.А., Чхинджерия И.Г.**

*Управление Роспотребнадзора по городу Санкт-Петербургу*

В Санкт-Петербурге после высокого уровня заболеваемости гепатитом В в 1999-2001гг. (84,7-57,1 на 100 тыс. населения) отмечается снижение заболеваемости острыми формами этой инфекции, обусловленное накоплением иммунных лиц в основном среди населения молодого возраста. В 2006г. показатель заболеваемости гепатитом В составил 9,7 на 100 тыс. населения.

С начала массовой иммунизации в 2001г. против гепатита В в Санкт-Петербурге вакцинировано более 900 тыс. человек, в том числе более 800 тыс. составили дети и подростки до 17 лет. В рамках совместной программы с фондом Вишневской – Растроповича в 2001-2004гг. были вакцинированы 260 тыс. детей и подростков, возраст которых к началу 2006г. составил 17-20 лет. В национальный проект «Здоровье» в 2006г. были включены оставшиеся не привитыми дети и подростки 5-17 лет в количестве 280 тыс. человек, из них вакцинированы 97,5%.

Анализ возрастной заболеваемости показал высокую эпидемиологическую эффективность вакцинации против гепатита В. В 2006г. не зарегистрированы случаи заболевания гепатитом В у детей до 1 года, в

---

то время как показатель заболеваемости гепатитом С в этой возрастной группе составил 21,4 на 100 тыс. детей данной возрастной группы. Заболеваемость гепатитом В подростков 15-17 лет в 2006г. в 3,6 раза ниже, чем гепатитом С (4,5 и 16,0 соответственно). Наряду с этим, проявления эпидемического процесса среди взрослого населения, не охваченного массовой иммунизацией, характеризовались высоким удельным весом лиц 20-29 лет в возрастной структуре больных как гепатитом В, так и гепатитом С: 50,8 и 45,6% соответственно. Интенсивные показатели заболеваемости в этих возрастных группах максимальны и практически равны: 33,8 и 30,1 на 100 тыс. возрастной группы соответственно.

В программу национального проекта «Здоровье в 2007г. включены для проведения иммунизации против ВГВ 212 тыс. населения 18-35 лет. По состоянию на 01.05.2007г. 94,5% их них однократно вакцинированы. Актуальность иммунологической защиты лиц молодого возраста до 30 лет подтверждается высоким уровнем заболеваемости в этом возрасте хроническими формами ВГВ – 72,8 на 100 тыс. населения в 2006г.

В рамках приоритетного национального проекта на маркёры гепатитов В и С в 2006г. обследовано 757815 чел. Реализация проекта косвенно подтвердила удовлетворительный уровень диагностики вирусных гепатитов в Санкт-Петербурге: соотношение случаев заболевания (острыми и хроническими формами) к носителям в 2006г. составило по ВГВ 1,7 : 1, по ВГС – 1:1,3.

## **ОБ ОРГАНИЗАЦИИ НАДЗОРНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ЗА ХОДОМ РЕАЛИЗАЦИИ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА**

**Парков О.В., Маркович Г.И., Волкова Г.В.**

*Управление Роспотребнадзора по городу Санкт-Петербургу*

Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ/СПИДу в городе Санкт-Петербурге остается неблагоприятной. С 1987г., по состоянию на 01.01.2007 года учтено 33 981 случай ВИЧ - инфекции, из которых 29 452 - у жителей Санкт-Петербурга.

В целях реализации национального проекта в сфере здравоохранения принято постановление Правительства Санкт-Петербурга, издано постановление Главного государственного санитарного по городу Санкт-Петербургу, выпущены приказы и распоряжения Управления Роспотребнадзора по городу Санкт-Петербургу.

С 2007 года работа осуществляется в рамках ведомственной целевой Программы Управления Роспотребнадзора по городу Санкт-

---

Петербургу «Совершенствование профилактики, усиление мер по противодействию распространения ВИЧ - инфекции и СПИДа в Санкт-Петербурге». Контрольно-надзорные и организационные мероприятия проводятся во взаимодействии с Комитетом по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, Центром СПИДа.

Обеспечен контроль полноты регистрации ВИЧ - позитивных случаев в медицинских учреждениях, усилен контроль в учреждениях здравоохранения за соблюдением противоэпидемических мероприятий, направленных на профилактику госпитальных случаев заболеваний, особенно в учреждениях, оказывающих специализированную медицинскую помощь. Осуществляется контроль полноты обследования беременных и своевременности передачи информации о детях с перинатальным контактом. Проводится контроль обеспечения инфекционной безопасности донорской крови и ее компонентов.

В ходе реализации национального проекта по проблеме ВИЧ - инфекции в 2006 году:

- обследовано на наличие антител к вирусу иммунодефицита более 500 тыс. человек, показатель выявляемости на 1000 тестируемых составил 9,3;

- частота выявления ВИЧ - позитивных среди наркопотребителей увеличилась до 85,4 на 1000 обследованных против 64,0 в 2005 году;

- введена централизованная регистрация выявленных ВИЧ - инфицированных, в результате чего в 2006 году, количество впервые обратившихся в Центр СПИД за медицинской помощью возросло в 2 раза от числа зарегистрированных;

- на 01.01.2007 года диспансерным наблюдением охвачено 66% от числа живущих с ВИЧ/СПИД, антиретровирусную терапию получили 1113 больных ВИЧ/СПИД, до конца 2007 года планируется охватить лечением около 2000 человек.

## **ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗАТРАТЫ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ**

**Перхов В.И., Самородская И.В.**

*Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи  
Информационно-аналитического центра ГУ НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН*

Министерство здравоохранения и социального развития РФ в настоящее время внедряет новые методы финансового обеспечения согласованных объемов деятельности медицинских организаций,

---

---

оказывающих населению высокотехнологичную медицинскую помощи, основанные на применении среднепрофильных тарифов, формируемых нормативным методом, при сохраняющимся финансировании по бюджетной смете.

Вместе с тем, интенсивное развитие и внедрение новых медицинских технологий привело не только к повышению эффективности лечебно-диагностического процесса, но и к такому росту стоимости медицинской помощи, что ни одна страна мира уже не может обеспечить финансирование всех видов помощи всем больным из средств общественного здравоохранения. В результате общество не получает полного объема законодательно предусмотренных услуг здравоохранения, их доступность ограничена, но не только вследствие дефицита финансовых ресурсов.

В практике здравоохранения выполнить точную количественную оценку затрат на конкретную медицинскую услугу или технологию очень сложно, методов существует достаточно много, но каждый из них имеет преимущества и недостатки. Между плательщиками и поставщиками услуг часто возникает конфликт интересов: затраты с точки зрения поставщиков услуг больше, чем считают плательщики.

Для оплаты стационарной медицинской помощи используются разные методы: по смете, за пролеченный случай, по методу глобального бюджета, за отдельные услуги, за проведенные койко-дни. Каждый метод оплаты услуг имеет свои преимущества и недостатки.

ВОЗ опубликован аналитический обзор, рассматривающий преимущества и недостатки разных методов компенсации затрат медицинским учреждениям. Эксперты пришли к следующему выводу: ни одна из моделей платежей явным образом не превосходит другую, и конкретные решения должны приниматься с учетом ситуации на местах.

Оптимальный механизм компенсации затрат медицинским учреждениям будет зависеть от приоритетов в политике, а также от способности систем здравоохранения и больничных служб наиболее эффективно использовать выбранный метод.

Методические рекомендации Минздравсоцразвития России (от 08.07.2006 № 3604-ВС) предписывают проводить компенсацию затрат медицинским учреждениям, оказывающим высокотехнологичные виды помощи, на основе финансовых нормативов и определяют их, как величину финансовых средств, обеспечивающих за счет федерального бюджета основные (но не все) затраты, связанные с оказанием высокотехнологичной медицинской помощи.

В то же время стоимость одной и той же высокотехнологичной и (или) высокозатратной медицинской услуги в разных клиниках имеет

---

значительный диапазон. Это обусловлено тем, что стоимость лечения в клинике больных одного профиля даже с применением одного вида лечения (хирургического) может значительно различаться.

Частота использования того или иного метода реваскуляризации может оказать значительное влияние на среднюю стоимость случая госпитализации.

Так средняя стоимость лечения больного с острым коронарным синдромом по данным McCollam P. ⇒2003⇒, пролеченного в США в клиниках системы «managed care organization (MCO)» в период с 7.1.1999 по 6.30.2001 была равна \$23330. Из общего числа (13731) пролеченных больных один из видов реваскуляризации миокарда выполнен в 50% случаях. Из тех, кому выполнена реваскуляризация, 27,8% сделано АКШ, 4,7% ТЛБА, 67,5% - стентирование коронарных артерий. Общая стоимость госпитального лечения больных ИБС методом АКШ значительно выше (\$22,832), чем методами эндоваскулярной хирургии (\$12,413). Следовательно, средняя стоимость госпитализации больного с одним и тем же диагнозом будет выше в клиниках, чаще использующих в качестве метода лечения АКШ. А на частоту используемого метода может оказывать влияние не только диагноз, но и сопутствующие заболевания, возраст, пол, особенности клинического течения.

Клиническое состояние пациента может значительно изменять стоимость лечения. Стоимость ангиопластики и стентирования коронарных артерий выше среди пациентов с 3-х сосудистым поражением коронарного русла, а на стоимость АКШ значительно влияют сопутствующие заболевания, обуславливающие вероятность возникновения послеоперационных осложнений.

**Выводы:**

Система финансирования любого вида медицинской помощи – это, прежде всего, механизм обеспечения эффективности системы здравоохранения и ограничения роста затрат.

Использование тарифов на оказание высокотехнологичных видов медицинской помощи в виде «среднепрофильных финансовых нормативов» создает условия для оплаты медицинской помощи с учетом реальных результатов деятельности учреждений, но не позволяет провести объективную оценку экономической эффективности этой же деятельности.

На затраты медицинских учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, значительное влияние может оказывать соотношение больных с разными клиническими характеристиками и используемых методов лечения, а также расходных материалов, имплантатов и т.д.



---

Совершенствование механизмов учета затрат в рамках государственного задания медицинским учреждениям на оказание дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи является актуальной научно-практической задачей.

## **ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИММУНИЗАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ НОВГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» В 2006 ГОДУ**

**Петров А.Н., Пьяных В.А., Леонова Н.П., Цейц О.Е.**

*Управление Роспотребнадзора по новгородской области*

В Новгородской области вопросам иммунопрофилактики инфекционных болезней всегда уделялось большое внимание, о чем убедительно свидетельствуют высокие показатели охвата населения профилактическими прививками и благополучная эпидобстановка по «управляемым» инфекциям.

Успешная реализация приоритетного национального проекта в части дополнительной иммунизации безусловно способствовала дальнейшему и существенному снижению и стабилизации заболеваемости краснухой и вирусным гепатитом В.

Нами была определена численность контингентов, подлежащих дополнительной иммунизации, а именно: против вирусного гепатита В – 60000 человек; против краснухи – 14200 человек; против гриппа – 115000 человек; инактивированной вакциной против полиомиелита – 200 человек. Прделана большая организационная работа. В частности, подготовлено распоряжение Администрации Новгородской области от 28.12.2005г. №564-рз «О дополнительной иммунизации населения области в 2006 году». Подготовлено 3 совместных с комитетом по охране здоровья населения области приказа; утвержден в Администрации области план мероприятий по реализации национального проекта по дополнительной иммунизации населения.

Ход реализации приоритетного национального проекта в части дополнительной иммунизации обсуждался на совместных с комитетом по охране здоровья коллегиях (4 раза). Проведены многочисленные семинары, совещания. При комитете по охране здоровья населения созданы рабочие группы по контролю за ходом реализации национального приоритетного проекта.

В итоге удалось добиться следующих результатов:

-против краснухи привито – 14988 человек, то есть 100% и начата иммунизация контингентов 2007 года;



---

- против вирусного гепатита В – завершили курс вакцинации 57314 человек (95.5%);

- против гриппа – 115000 человек (100%);

-против полиомиелита – 200 человек (100%).

Кроме того, снизилась заболеваемость вирусным гепатитом В в 1,2 раза, показатели заболеваемости краснухой стали ниже средне-российских в 3,5 раза, заболеваемость гриппом не превышала эпидемического порога.

## **ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ВЫЯВЛЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» В 2006г**

**Петров А.Н., Пьяных В.А., Лойцкер Л.И., Бузунова С.А.**

*Управление Роспотребнадзора по Новгородской области, Центр по профилактике и борьбе со СПИД в Новгородской области*

Эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Новгородской области остается нестабильной. В 2006 году в области зарегистрированы 100 новых случаев ВИЧ-инфекции. По сравнению с 2005 годом отмечается рост заболеваемости на 12%.

Среди ВИЧ-инфицированных преобладают лица молодого возраста до 30 лет – 66%. Суммарное число ВИЧ-инфицированных, зарегистрированных в Новгородской области за весь период регистрации с 1990 года составляет 942 человека, показатель распространенности на 100 тысяч населения равен 141,5.

Диспансерному учету в 2006 году подлежали 714 человек, охвачено наблюдением 669 человек, что составляет 94% от подлежащих.

За весь период наблюдения ВИЧ-инфицированные женщины родили 102 ребенка, из них здоровы (сняты с диспансерного наблюдения) - 64. На диспансерном наблюдении продолжает находиться 38 детей, из них 5 детей с диагнозом ВИЧ-инфекция.

Осуществлена профилактика вертикальной передачи ВИЧ-инфекции у 84 беременных, из них в 2006 году у 19 женщин из 20, что составляет 95%.

Антиретровирусные препараты, полученные в рамках национального проекта, позволили организовать специфическое лечение 38 ВИЧ-инфицированных из 50 подлежащих в 2006 году (76%).

За 2006 года Центром по профилактике и борьбе со СПИД обследовано 93291 человек на ВИЧ-инфекцию, проведено 493 исследования иммунного статуса у ВИЧ-инфицированных, 257 исследований по определению вирусной нагрузки.

---

---

Для оказания помощи ВИЧ-инфицированным, наблюдения за контактными, проведения профилактической работы в области совместным приказом комитета по охране здоровья населения и Территориального управления Роспотребнадзора от 12.10.2005г. №416/121 создан институт доверенных врачей в каждом районе области.

Проводимая работа по профилактике ВИЧ-инфекции, в том числе в рамках приоритетного национального проекта позволила стабилизировать ситуацию по ВИЧ/СПИДу, не допустить массового распространения инфекции.

## **ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИММУНИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ В РАМКАХ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В 2007 Г**

**Петров Е.Ю., Княгина О.Н., Шарабакина М.А.**

*Управление Роспотребнадзора по Нижегородской области*

С целью обеспечения высокого уровня охвата населения иммунизацией по профилактике инфекционных заболеваний в 2006 году в Нижегородской области разработан Регламент взаимодействия органов и учреждений здравоохранения и Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Нижегородской области по вакцинопрофилактике инфекционных заболеваний. В 2007 году для оптимизации и систематизации работы по дополнительной иммунизации издан ряд нормативно- распорядительных документов.

В лечебно- профилактических учреждениях откорректированы приказы по ответственным лицам, распределению обязанностей по организации и проведению вакцинопрофилактики, назначены «дублеры».

На кафедре профилактической медицины ЦПК и ППС НГМА им. С.М. Кирова Росздрава проводятся постоянно действующие курсы по подготовке медицинских работников, ответственных за иммунопрофилактику по вопросам вакцинопрофилактики.

Планирование и проведение иммунизации осуществляется лечебно- профилактическими учреждениями по территориально- производственному принципу.

С момента получения первой партии вакцины по дополнительной иммунизации до их полного применения в разрезе каждого терапевтического участка имеются понедельные графики проведения прививок. С целью оперативного контроля и своевременного при-

---

нятия мер введен еженедельный мониторинг за ходом дополнительной иммунизации населения по утвержденной форме.

Контроль за соблюдением санитарного законодательства по дополнительной иммунизации населения осуществляется специалистами Управления Роспотребнадзора по Нижегородской области при проведении плановых и внеплановых мероприятий по контролю с применением мер административного воздействия к ответственным должностным лицам и гражданам. При необходимости организуются комплексные проверки лечебно-профилактических учреждений со специалистами Департамента здравоохранения Нижегородской области. В случае неудовлетворительной организации прививочной работы среди населения руководители лечебно-профилактических учреждений и представители Департаментов здравоохранения области и города приглашаются на заседания Постоянно действующего совещания при Управлении Роспотребнадзора по Нижегородской области.

Активизированы все виды разъяснительной работы среди населения о необходимости вакцинации против ВГВ, краснухи и последствий отказа от прививок.

## **ЛЕЧЕБНАЯ ГРЯЗЬ – ЦЕННЫЙ ИСТОЧНИК БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

**Плетнёва И.В., Симонян А.В., Толмачева С.В., Симонян Н.А.**

*ГОУ ВПО ВолГМУ Росздрава, г. Волгоград*

Иловые лечебные грязи стимулируют процессы регенерации, иммунокоррекции, оказывают обезболивающие, противовоспалительное действие. Однако, использование нативной грязи ограничено целым рядом противопоказаний: туберкулез, заболевания ССС и др. Поэтому разработка лечебно-профилактических средств на основе БАВ лечебных грязей, обладающих выраженной биологической активностью, но лишенных противопоказаний, характерных для нативной грязи, является актуальной проблемой здравоохранения.

Нами разработана технология комплексной переработки иловой грязи озера Эльтон, позволяющая получить лечебно-профилактические средства («Эльтон» и «Аквалим»). Эльтон представляет собой липидный комплекс из лечебной грязи, содержит глицериды, насыщенные и ненасыщенные жирные кислоты, фосфолипиды (лецитины, кефалины), каротиноиды, ксантофилы, хлорофиллы, стерины. Эльтон оказывает обезболивающее, противовоспалитель-

---

ное, биостимулирующее, ранозаживляющее и кератопластическое, антиоксидантное и мембраностабилизирующее действие. Аквалим представляет собой раствор, содержащий водорастворимые органические соединения, обладающий противогрибковой и ранозаживляющей активностью. Для этих лечебных средств разработана технология соответствующих мазей, которые по упруго-вязко-пластичным свойствам соответствуют требованиям НТД.

Раневая поверхность (травмы, ожоги), воспалительные заболевания пародонта и др. сопровождаются обсеменением микроорганизмами. Поэтому оценка биоценоза пораженной поверхности является достоверным показателем положительной динамики патологического процесса. Установлено, что максимальный бактериостатический эффект зафиксирован у средства эльтон (со  $120,1 \pm 5,7$  КОЕ/см<sup>2</sup> – на 7 сут. эксперимента до  $85,3 \pm 4,1$  КОЕ/см<sup>2</sup> – на 14 сут.). Достоверное снижение исследуемого показателя выявлено и при использовании средства аквалим (со  $140,1 \pm 6,8$  КОЕ/см<sup>2</sup> – на 7 сут. эксперимента до  $120,3 \pm 5,5$  КОЕ/см<sup>2</sup> – на 14 сут.). (P<0,05). Исследуемые средства по ранозаживляющей активности превосходят препарат сравнения – левомеколь. При лечении хронического генерализованного пародонтита комплексное назначение эльтона с антибиотиками показало увеличение периода ремиссии, снижение частоты обострения и сокращение сроков лечения по сравнению с терапией только антибиотиками и средством эльтон.

При лечении больных остеоартрозом эффективность совместного назначения эльтона (наружно) и НПВП существенно выше их применения порознь. Клиническая эффективность эльтона сопоставима с локальной терапией НПВП и может быть использована для лечения остеоартроза, особенно при патологиях желудочно-кишечного тракта.

## **КАКАОВЕЛЛА – ИСТОЧНИК НОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**

**Покровская Ю.С., Симонян А.В.**

*ГОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет*

Поиск новых эффективных лекарственных средств растительного происхождения полифункционального действия (сочетающих энтеросорбционное, гепато-, нефро- и радиопротекторное, антиоксидантное, ранозаживляющее и противоожоговое действие) с низкой токсичностью и отсутствием побочных эффектов – актуальная проблема современного здравоохранения и фармации. Одним из перспективных путей решения данной проблемы является разработка лекарственных средств на основе какаовеллы (отход пере-

---

работки какао-бобов) – гранул веллакао и мази «Кавехол». В ходе исследований установлено, что оптимальной лекарственной формой какаовеллы с высокими сорбционными свойствами, являются гранулы (10,05 мкМ/г), превосходящие по данному показателю такие традиционные энтеросорбенты, как полисорб МП (2,26), полифепан (2,61), энтеросгель (4,13). К преимуществам гранул веллакао следует отнести наличие гепато- и нефропротекторного действия. Результаты исследований гранул на модели хронического эндотоксикоза в опытах *in vivo* показали, что их курсовое введение позволяет предотвратить цитотоксические, сосудистые и фибропластические механизмы повреждения ткани печени и почек, свойственные ХЭТ.

Кроме того, в результате исследований установлено, что гранулы веллакао малоэффективны в отношении повреждения ткани легкого и развития хронической интерстициальной пневмонии и пневмофиброза.

Разработана технология мази на основе экстракта из какаовеллы и исследована ее ранозаживляющая и противоожоговая активность. Установлена положительная динамика снижения площади ожога в процессе лечения мазью «Кавехол» (3 – 88,6; 7 – 58,9; 14-е сут. – 28,8; левомеколь: 3 – 94,5; 7 – 62,1; 14-е сут. – 26,7 % от площади ожога). Для мази «Кавехол» характерно высокая численность эпидермального (42,5%) и сапрофитного (41,8%) и меньшее содержание золотистого (15,7%) стафилококков по сравнению с левомеколем (31,3%, 23,6%, 45,1%, соответственно), что положительно влияет на заживление ожогов. При лечении мазью «Кавехол» общая микробная плотность поверхности ожога снизилась со  $131,5 \pm 17,1$  до  $100,9 \pm 12,3$  КОЕ/см<sup>2</sup>, тогда как обработка левомеколем не привела к уменьшению бактериальной обсемененности.

Таким образом, какаовелла – ценное сырье для получения лекарственных средств как для профилактики и лечения заболеваний гепатобиллиарной системы, так и мягких лекарственных форм, обладающих ранозаживляющим и противоожоговым действием. Важным преимуществом лекарственных средств является природное происхождение, доступность, дешевизна и полифункциональный характер действия.

---

## РАЗРАБОТКА ЦЕЛЕЙ УНИВЕРСАЛЬНОГО ДОСТУПА К ПРОФИЛАКТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ, УХОДУ И ПОДДЕРЖКЕ В СВЯЗИ С ВИЧ/СПИДОМ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Покровский В.В.<sup>1</sup>, Ладная Н.Н.<sup>1</sup>, Голиусов А.Т.<sup>2</sup>, Семенченко М.В.<sup>3</sup>**

*<sup>1</sup>Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом;*

*<sup>2</sup>Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;*

*<sup>3</sup>Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом, Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС)*

8 июля 2005 года лидеры стран «Большой восьмерки» призвали ЮНЭЙДС, ВОЗ и другие международные организации поддержать разработку и внедрение комплекса мер по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ-инфекцией с целью максимально возможного обеспечения всеобщего доступа для всех нуждающихся к 2010 году.

В сентябре 2005 года на Всемирном саммите Генеральной Ассамблеи ООН страны-участницы, включая Россию, взяли на себя обязательства по разработке национальных стратегий и планов по ВИЧ/СПИДу, которые позволили бы обеспечить к 2010 году максимально близкий к универсальному доступ к услугам по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ-инфекцией.

На основе взятых обязательств страны провели всесторонние национальные, а впоследствии и региональные, консультации, на которых они обсудили приоритеты в сфере расширения комплексных мер в ответ на эпидемию ВИЧ-инфекции, определили критические препятствия и возможности на пути обеспечения универсального доступа к 2010 году.

В ходе заседания высокого уровня по ВИЧ/СПИДу Генеральной Ассамблеи ООН в июне 2006 года правительства всех стран-членов ООН взяли на себя обязательство установить к концу 2006 года национальные цели по обеспечению универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ-инфекцией в своих странах, что отражено в Политической декларации 2006 года, п. 49.

В Российской Федерации обсуждение процесса обеспечения универсального доступа началось в декабре 2005 года, когда, в соответствии с приказом министра здравоохранения и социального развития РФ в целях разработки национальной стратегии по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа при поддержке ЮНЭЙДС и методической поддержке Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, состоялось первое национальное совещание по данному вопросу.

---

Совещание стало первым опытом комплексной оценки ситуации в РФ и выбора целей для достижения универсального доступа к 2010 г. В ходе его работы участники провели анализ текущего состояния эпидемии ВИЧ-инфекции в России и попытались оценить степень доступности мероприятий по профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции, обозначить основные проблемы и возможные пути их преодоления, а также наметить цели по охвату профилактикой и лечением, что в целом позволит достичь поставленной задачи.

После заседания высокого уровня по ВИЧ/СПИДу Генеральной Ассамблеи ООН 2006 года, в ходе которого Российская Федерация в числе других стран-членов ООН взяла на себя обязательство установить к концу 2006 года национальные цели по обеспечению доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке, в стране была начата работа группы экспертов по разработке целей универсального доступа. Группа экспертов Минздравсоцразвития РФ, Роспотребнадзора, Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, НПО и международных организаций провела работу по выбору национальных индикаторов и приоритетных целей из уже утвержденных на национальном совещании по вопросу обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции.

Выбор индикаторов и разработка целей основывались на оценке текущей ситуации по ВИЧ-инфекции и тенденций дальнейшего развития эпидемии и ее последствий, анализе основных документов, регламентирующих достижение универсального доступа к услугам в связи с ВИЧ-инфекцией в РФ, оценке имеющихся потребностей в области противодействия эпидемии для достижения универсального доступа к услугам в связи с ВИЧ-инфекцией, определении приоритетных проблем в достижении целей универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке к 2010 году в Российской Федерации и возможных путей решения.

В конце 2006 г. выбранные приоритетные цели в области противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции были представлены на рассмотрение специалистов государственных, неправительственных и международных организаций, работающих в области противодействия ВИЧ-инфекции в России и в странах СНГ, и обсуждены в ходе ряда совещаний.

Следует отметить активное участие гражданского общества в процессе постановки Национальных целей по обеспечению универсального доступа. Обеспечение информационной поддержки и разработка механизма сбора информации были организованы силами



---

Международной коалиции по готовности к лечению (ИТРС) при активном участии сетевых организаций и технической поддержке ЮНЭЙДС в РФ. Большинство индикаторов, разработанных экспертами Роспотребнадзора и Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, были приняты (с дополнениями и уточнениями). Список был дополнен индикаторами, важными, с точки зрения общественных организаций.

В декабре 2006 года состоялось заседание экспертов, представляющих государственные и общественные организации, при участии и технической поддержке агентств ООН. В ходе встречи они обсудили список индикаторов и целей. По результатам встречи экспертами Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом была подготовлена справка «Процесс разработки целей универсального доступа к 2010 году для Российской Федерации в рамках концепции универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ/СПИДом». Проект списка национальных целей с учетом всех предложений и дополнений, внесенных специалистами государственных организаций и представителями гражданского общества, был разослан для согласования в 268 организаций, вовлеченных в противодействие эпидемии ВИЧ-инфекции. По итогам рассылки были получены комментарии от 46 организаций.

Согласованный документ по национальным целям в области противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции был рассмотрен на заседании Координационного совета по проблемам ВИЧ/СПИДа Минздравсоцразвития РФ 30 января 2007 г. Участники заседания Координационного совета отметили целесообразность направления документа на рассмотрение Правительственной комиссии по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека.

Данный документ был также представлен для обсуждения на заседании Странового Координационного Механизма 21 февраля 2007 г. и на заседании рабочей экспертной группы по мониторингу и оценке Роспотребнадзора 27 февраля 2007 г. В марте 2007 г. документ был направлен на рассмотрение Правительственной комиссии по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека, в целях выполнения п. 49 Политической декларации Генеральной Ассамблеи ООН (июнь 2006 года).

Ниже представлен проект целей по обеспечению универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции в Российской Федерации к 2010 году.



Цель	Исходное значение	Значение индикатора (цель)к 2008 году	Значение индикатора (цель) к 2010 году
Молодые люди (мужчины и женщины) 15-24 лет правильно называют пути предотвращения передачи ВИЧ и отрицают неправильные представления о ВИЧ-инфекции.	Исходное значение находится в диапазоне от 18,5% (проект «Глобус», 2006 г.) до более 70%.	70%	95%
Охват молодежи в возрасте 15-24 лет (либо, по предложениям специалистов, охват населения 15-40 лет) профилактическими программами по ВИЧ-инфекции.	Исходное значение находится в диапазоне от 40% (проект «Глобус», 2006 г.) до более 80%.	80%	95%
Процент представителей уязвимых групп: ПИН, СР, МСМ, охваченных профилактическими программами.	Репрезентативные данные по РФ отсутствуют. По имеющимся данным - менее 20%.	Не менее 10% в каждой из групп.	Не менее 30% в каждой из групп (либо 35%, по предложениям специалистов).
Охват полным курсом химиопрофилактики беременных ВИЧ-позитивных женщин.	По данным Роспотребнадзора на декабрь 2006 г., – 70%.	Не менее 80%.	Не менее 85%.
Охват (какой-либо) химиопрофилактикой беременных ВИЧ-позитивных женщин и рожденных ими детей.	В 2005 г. – 94%.	Не менее 95%.	Не менее 98%.
Доступность тестирования, сопровождаемого до- и послетестовым консультированием, для всех, кто проходит обследование на ВИЧ.	Нет данных. По оценкам, доступность тестирования всеобщая, доступность консультирования низкая.	80%	90%
Охват антиретровирусной терапией нуждающихся ЛЖВ.	По данным Роспотребнадзора на декабрь 2006 г.:среди ЛЖВ, на диспансерном наблюдении – 67%,среди зарегистрированных ЛЖВ – 25%.	Не менее 60%.	Не менее 80%
Охват диагностикой и лечением сопутствующих заболеваний среди нуждающихся ЛЖВ.	Нет данных. По оценкам – менее 50%.	Не менее 50%.	Не менее 70%.
Организация диспансерного наблюдения за ЛЖВ (регулярное обследование не менее 1 раза в год в соответствии со стандартами).	В 2005 г. 42% (ф. №61).	Не менее 60% от числа выявленных ВИЧ-позитивных.	Не менее 75% от числа выявленных ВИЧ-позитивных.

Охват психосоциальной (ПС) помощью нуждающихся ВИЧ-положительных лиц и членов их семей.	Нет данных. По оценкам – не более 30%.	До конца 2007 г. разработаны и утверждены стандарты качества психосоциальной (ПС) помощи.	Не менее 80%.
Охват паллиативной помощью нуждающихся ВИЧ-положительных лиц.	Нет данных. По оценкам – не более 10-30%.	До конца 2007 г. разработаны и утверждены стандарты по оказанию паллиативной помощи (ПП).	Не менее 80%. **
Объем финансирования, выделенного Правительством на проблему ВИЧ/СПИДа в % от ВВП.	Нет данных в % от ВВП с учетом расходов регионов.		Не менее 0,5% от ВВП.
Функционирует Правительственная Комиссия по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызываемого ВИЧ	Комиссии созданы во всех регионах РФ.	Созданы и функционируют Комиссии на федеральном и региональном уровнях.	Функционируют Комиссии на федеральном и региональном уровнях.
Создана на федеральном уровне и осуществляется единая стратегия противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции.	Отсутствует в оформленном целостном виде.	Разработана на Федеральном уровне единая согласованная стратегия.	Функционирует
Создана на федеральном уровне и функционирует единая согласованная система мониторинга и оценки на уровне страны.	Отсутствует в оформленном целостном виде.	Разработана на Федеральном уровне единая согласованная система мониторинга.	Функционирует

## **КОМПЬЮТЕРНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННЫМИ НА ТЕРРИТОРИИ АЛТАЙСКОГО КРАЯ С 1991 ПО 2006гг**

**Поподына Е.Б., Лукьянова В.А.**

*Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями г. Барнаул*

С 1991 года в Алтайском краевом центре по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями функционирует компьютерная база персонализированного учета ВИЧ-инфицированных, контактных с ними и серопозитивных. К 2000г. в связи с ростом базы данных и необходимостью сбора более развернутой информации по ВИЧ-инфицированным, назрела необходимость выделить пациентов с ВИЧ/СПИДом в отдельную базу данных.

---

При разработке этой программы преследовались следующие цели:

систематизация информации по ВИЧ инфицированным;

обеспечение преемственности в работе отделов краевого Центра СПИД;

оперативное получение конкретной информации по интересующим параметрам; что облегчает оценку эпидситуации по распространению ВИЧ-инфекции в Алтайском крае и в каждом районе края в динамике, с учетом эпидемиологически значимых на данный момент контингентов среди групп риска: половой, возрастной, социально-профессиональной принадлежности, путей инфицирования ВИЧ;

осуществление 'привязки' всех данных с программой АСОДОС-информационно-компьютерной системы данных о ВИЧ-инфекции в регионах России;

наблюдение за ведением ВИЧ-инфицированных. Контроль обследования на СД4, РНК ВИЧ, количество лимфоцитов, флюорографией и т.д. Оказание медицинской помощи (начало/окончание оказания помощи, тип помощи, где оказывалась), получением АРВ терапии (начало/окончание приема, схема, причины, по которым прекратился прием). Система сбора информации должна быть оперативной и давать возможность управлять схемой лечения, оценивать эффективность проводимого лечения, управлять изменением схем антиретровирусной терапии в случае их неэффективности.

Таким образом, компьютерное сопровождение программ по персонифицированному учету ВИЧ-инфицированных является одним из важных и перспективных направлений в работе т.к. оптимальная работа отделов Центра СПИД возможна только при наличии постоянного сопровождения и модернизации компьютерных программ.

## **РЕАЛИЗАЦИЯ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ) В 2006 ГОДУ**

**Протодияконов А.П., Игнатьева М.Е., Самойлова И.Ю.**

*Управление Роспотребнадзора по Республике Саха (Якутия)*

Прививочная кампания в Якутии была завершена в середине декабря со 100-процентным охватом прививками против гепатита В, гриппа и краснухи всех подлежащих вакцинации контингентов населения. Для защиты жителей республики от гриппа в регион поступили и были полностью использованы по назначению более

---

188 тысяч доз «Гриппола», прививки против гепатита В получили более 79 тысяч человек, против краснухи иммунизировано 45 тысяч детей и подростков. Впервые в республике более 400 детей с хроническими заболеваниями провакцинированы инактивированной полиомиелитной вакциной. Необходимо отметить, что и раньше в республике за счет ее собственных ресурсов и финансовых средств из других источников, в процесс вакцинации специалисты стремились вовлечь как можно больше людей. Так, ежегодный охват жителей Якутии прививками против гриппа составляет от 40 до 50 %.

Якутия – один из крупнейших и удаленных регионов России со сложной транспортной инфраструктурой, что создает некоторые трудности в организации поставок вакцин, требующих особых условий хранения и транспортировки. Поэтому основной задачей Управления Роспотребнадзора по РС(Я) была координация сил и средств всех участников проекта «Здоровье» по бесперебойному обеспечению вакцинами всех районов республики и в тоже время осуществление постоянного контроля за работой прививочных кабинетов, соблюдение условий «холодовой цепи». Общий объем средств, направленных на софинансирование проекта по дополнительной иммунизации населения республики, составил 40 млн. рублей, на которые были приобретены холодильное оборудование, расходные материалы по безопасному сбору медицинских отходов, СР – шприцы. Особое внимание уделялось обучению медицинских работников. Впервые в истории республиканского здравоохранения благодаря телемедицинским технологиям на вопросы врачей в режиме он-лайн отвечали ведущие эпидемиологи страны. В ходе сертификационного телесеминара были обсуждены актуальные вопросы вакцинопрофилактики, в том числе касающиеся проблем поствакцинальных осложнений, обращения с отходами иммунизации. Как и в остальных российских регионах, в Якутии национальный приоритетный проект «Здоровье» курируют региональные руководители и первым - Президент республики. Много горизонтальных и вертикальных линий системы контроля и мы являемся одним из ее звеньев. Это обстоятельство не могло не повысить ответственность каждого сотрудника службы за порученное дело.

---

## **ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ ИНФЕКЦИИ: УСПЕХИ ПРОГРАММЫ ЭКСПРЕСС- ТЕСТИРОВАНИЯ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ ЖЕНЩИН ВЫСОКОГО РИСКА В РОДАХ, С-ПЕТЕРБУРГ, РОССИЯ, 2004-2006**

**Рахманова А.Г., Акатова Н.Ю., Киссин Д.М., Виноградова Е.Н., Воронин Е.Е,  
Лисицина З.Н., Самарская М.Ф., Яковлев А.А., Волкова Г.В., Степанова Е.В,  
Талантова О. Е., Денишева Г.А., Робинсон Дж., Миллер Б, Хиллис С.**

Обоснование: Согласно рекомендациям Министерства Здравоохранения РФ, проведение экспресс-тестирования на ВИЧ-1 показано всем беременным женщинам, поступающим на родоразрешение с недокументированным ВИЧ-серостатусом и отсутствием теста на ВИЧ-инфекцию после 34 недели беременности. Параллельно проводится стандартное тестирование с помощью ИФА и подтверждающее тестирование методом иммуноблота.

В г. С-Петербурге наблюдение и последующее обследование детей с перинатальным контактом осуществляется Городским Центром СПИД с использованием метода ПЦР в возрасте 1-го и 6-ти месяцев, определения антител методом ИФА в течение 18 месяцев и постановке иммуноблота с 12 месяцев.

Методы: В период с 13 апреля 2004 г по 13 апреля 2006 г женщинам, поступившим с родовой деятельностью в родильные дома г. С-Петербурга и подлежащим обследованию, было предложено обследование быстрым тестом «Abbot Determine HIV 1/2». Критериями для постановки быстрого теста явились: а) отсутствие документированного обследования на ВИЧ; б) неполное обследование на ВИЧ (1, 2 теста до 34 недель); в) активное употребление инъекционных наркотиков вне зависимости от проведенного обследования на ВИЧ во время беременности. Для определения успешности программы быстрого тестирования оценивали: долю женщин, подлежащих быстрому тестированию; характеристики женщин, результаты тестирования на ВИЧ которых не были доступны ни до, ни после родов; проведение химиофилактики ВИЧ матери и ребенку; использование искусственного вскармливания; обследование методом ПЦР детей, рожденных от матерей с положительным результатом быстрого теста. Кроме того, была использована система расширенного перинатального мониторинга для оценки индикаторов репродуктивного здоровья среди ВИЧ-инфицированных женщин, включая нежелательную беременность и отказ от ребенка.

---

Результаты: Из 30 942 женщин, родоразрешенных в родильных домах-участниках программы, 12 766 (41,2%) подлежали быстрому тестированию; из них 11386 женщин (89,1%) были обследованы с помощью быстрого теста. Следует отметить, что от общего числа подлежащих обследованию быстрым тестом, 34% женщин составил контингент с несвоевременным обследованием на ВИЧ (на момент поступления в родильный дом имели 2 и более теста, но до 34 недель). 96% положительных результатов быстрых тестов подтверждено иммуноблотом, в ряде случаев результаты иммуноблота оказались неопределенными. Среднее время от момента забора крови до предоставления результатов медперсоналу родильного отделения составило 20 минут. В 95% случаев результаты теста были известны до родов. Наиболее частой причиной непредставления результатов быстрого теста до родов явилось позднее поступление в родильный дом (менее 1 часа до родов, 50.0 vs 0.5%,  $p < .0001$ , 95% доверительный интервал 98,6-292).

Основными причинами позднего поступления в родильный дом являются ВИЧ - позитивный статус (24.4 vs 12.8%,  $p < .0001$ ), инъекционное употребление наркотиков (23,9 vs 12.4%,  $p < .0001$ ), отсутствие обследования на ВИЧ-инфекцию во время беременности (26,2 vs 4.7%,  $p < .0001$ ). Результаты серологического обследования на ВИЧ различаются в зависимости от количества проведенных во время беременности тестов на ВИЧ: положительный результат обследования был зарегистрирован у 6.6% женщин, необследованных на ВИЧ во время беременности; у 0.6% с одним отрицательным тестом на ВИЧ до 34 недель беременности; в 1 случае у женщины с двумя отрицательными тестами на ВИЧ до 34 недель беременности. В период с 13 апреля 2004г. по 13 апреля 2006 г. в родильных домах, где работал проект, родоразрешились 1 573 женщины с ВИЧ-инфекцией. Установлено, что 36 % женщин употребляли наркотические препараты даже во время беременности, 22% от общего числа рожавших не состояли на учете в женских консультациях. Использование быстрого тестирования на местах позволило провести химиопрофилактику ВИЧ 93,8% (1 475) женщин с положительным результатом теста; 97.9% (1540) новорожденных от этих матерей также была проведена химиопрофилактика и получено искусственное вскармливание. Наблюдение детей в центре СПИД (71.2% vs 59.9%), и процент передачи ВИЧ (15.4% vs 2.5%) был выше среди женщин без ДН в сравнении с группой женщин, имеющих наблюдение.

Для ВИЧ-инфицированных матерей характерными явились нежелательная беременность (61.8%) и высокий процент отказов от детей (37.5%).

---

Выводы: Использование быстрых тестов позволило усовершенствовать своевременное определение ВИЧ - статуса у женщин, поступающих на родоразрешение без предварительного обследования; способствовало проведению наиболее адекватной перинатальной профилактики женщинам и их детям. Совершенствование программ по профилактике перинатальной передачи ВИЧ-инфекции должно проводиться с помощью усиления общественных программ, подчеркивающих важность дородового наблюдения и своевременной госпитализации для родоразрешения, улучшения наблюдения за детьми с перинатальным ВИЧ-контактом, усиление профилактики нежелательной беременности среди ВИЧ-положительных женщин и мероприятий, направленных на профилактику отказов от детей.

## **ОПЫТ РАБОТЫ ГОРОДСКОЙ КОМИССИИ ПО МАТЕРИНСТВУ И ДЕТСТВУ ПО ПРОБЛЕМАМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА**

**Рахманова А. Г.**

*Главный инфекционист Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, Член координационного совета МЗ СР по профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку в РФ, з.д.н., профессор СПб МАПО, при участии Виноградовой Е.Н., Волковой Г.В., Ястребовой Е.Б., Коневой Н.А*

Распространение ВИЧ-инфекции является основным из неблагоприятных факторов для системы здравоохранения в целом и демографических показателей (Онищенко Г.Г., 2001-2007; Шарпова О.В., Садовникова В.Н. и соавт., 2002-2006). В виду этого одной из важнейших задач национального проекта по СПИДу является: снижение частоты передачи ВИЧ от матери ребенку, профилактика нежелательной беременности, отказов от детей и решение вопросов специализированной помощи наркозависимым беременным и социально незащищенным семьям.

Учитывая вышеизложенное, в Санкт-Петербурге создана Городская комиссия по материнству и детству, которая включает наряду с представителями центра СПИД главного педиатра, главного акушер-гинеколога и представителей Комитета по труду и социальной защите. Руководителем комиссии назначен главный инфекционист Комитета по здравоохранению.

В задачи комиссии входит:

решение текущих и перспективных вопросов химиопрофилактики ВИЧ-инфекции у беременных и младенцев

---

установление и снятие диагноза ВИЧ-инфекции у детей от ВИЧ+ матерей;

улучшение качества диспансеризации и лечения детей;

решение вопросов о проведении терапии вторичных заболеваний;

обеспечение консультирования по вопросам вакцинопрофилактики;

подготовка и подтверждение инструкций, распоряжений, приказов, проведение конференций и семинаров совместно с Комитетом по труду и социальной политике, молодежи, науки и культуры

Наряду с этим в задачи комиссии входят вопросы выявления ВИЧ-инфекции у женщин репродуктивного возраста из групп риска: инъекционных наркопотребителей, или женщин, вовлеченных в сферу коммерческого секса. Важнейшей задачей является планирование семьи и предупреждение нежелательной беременности.

Комиссия работает в тесном контакте с общественными организациями, в том числе с международными, и в их числе наибольшую значимость имеет программа профилактики ВИЧ от матери к ребенку, решаемая совместно с Элизабет Глайзер Фаундейшн, CDC и Университетом Северной Каролины. В этот проект, который выполнялся совместно с государственными учреждениями на партнерской основе, были включены женские консультации, родильные дома для групп риска, а также Центр профилактики и борьбы со СПИДом. Благодаря совместным действиям удалось установить диагноз ВИЧ-инфекции у женщин без пренатального наблюдения, назначения химиопрофилактики женщине в родах и младенцу.

Партнерская программа с неправительственной организацией АРО (IREX) позволила снизить уровень отказа от детей социально неблагополучными родителями, а также решать вопросы медико-социальной работы с неблагополучными семьями.

В работе этих проектов участвовали сотрудники центра СПИД, социальные службы районов города, а также неправительственные организации с привлечением ЛЖВС.

В Санкт-Петербурге к настоящему времени от ВИЧ позитивных женщин за все годы наблюдения (1988-2006 гг.) рождено 2200 детей, у большинства из которых диагноз ВИЧ-инфекции снят, а подтвержден у 156 младенцев с использованием ПЦР диагностики для раннего подтверждения и снятия диагноза. Частота передачи ВИЧ от матери к ребенку в СПб снизилась с 19% (1999 г.) до 6% (2006 г.).

Социально неблагополучные семьи систематически получают молочные смеси для кормления грудных детей за счет проекта Глобус, городского бюджета и фондов общественных организаций. Для решения вопросов помощи семьям, находящимся в трудных жиз-



---

ненных ситуация в центре профилактики и борьбы со СПИД созданы палаты «Мать и дитя», мобильная бригада с выездом на дом, включающая инфекционистов, социальных работников, психологов и при необходимости наркологов.

Вместе с тем, международный опыт свидетельствует о возможности дальнейшего совершенствования работы и снижения частоты передачи ВИЧ от матери к ребенку с использованием не только традиционных, но и более совершенных методов химиопрофилактики. В соответствии с рекомендациями отечественных авторов и Центра по контролю за заболеваниями (CDC) наряду с использованием протоколов 076 и 013, включающих 3х этапную профилактику (АЗТ до родов, АЗТ в/в в период родов и АЗТ в сиропе младенцу), и 2х этапную (невирапин матери в родах и младенцу в суспензии), предлагается усовершенствованный метод. Этот метод включает введение всем беременным в родах ретровира в/в и ретровира в сиропе всем младенцам не зависимо от пренатального наблюдения. Одновременно, беременные непосредственно перед родами получают 200 мг невирапина, а младенец однократно суспензию невирапина.

Беременные, находящиеся под диспансерным наблюдением обследуются на вирусную нагрузку и уровень CD4 клеток, и при наличии показаний им назначается высокоактивная антиретровирусная терапия, включающая комбивир и вирасепт или комбивир с калетрой.

Как показали результаты наших исследований у женщин, получающих вышеуказанные схемы частота передачи ВИЧ-инфекции не превышает 1-1,5%. Вместе с тем, чрезвычайно актуальной задачей является увеличение числа женщин с антенатальным наблюдением, т.к. их процент остается на том же уровне (20-22% в течение последних 5 лет). Как правило, эти женщины являются наркопотребителями или мигрантами с не желательной беременностью, поэтому важнейшей задачей является интеграция службы репродуктивного здоровья женщин, планирования семьи в службы профилактики и борьбы со СПИД с решением комплекса социальных проблем.

---

## ГОРМОНАЛЬНО-АКТИВНЫЕ ОПУХОЛИ ГИПОФИЗА: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

**Рожинская Л.Я., Марова Е.И., Арапова С.Д., Молитвослова Н.Н.,  
Дзеранова Л.К., Григорьев А.Ю.**

*ГУ Эндокринологический научный центр Федерального агентства по высокотехнологической медицинской помощи (дир. член-корреспондент РАМН, профессор Г.А. Мельниченко), Москва*

Распространенность гормонально-активных аденом (опухолей) гипофиза по данным современных исследований и зарубежных национальных регистров составляет 160-180 человек на 1 млн. населения. Таким образом, в Российской Федерации могут проживать 25000 пациентов, 70% из которых нуждаются в хирургическом лечении.

В Эндокринологическом научном центре Росмедтехнологий создается Национальный регистр пациентов, к настоящему времени имеются сведения только о 2200 больных с гормонально-активными опухолями гипофиза, которым проводится специализированное лечение и активное наблюдение. В 60% случаев характерна поздняя диагностика заболевания с развитием многочисленных метаболических расстройств, тяжелых поражений сердечно-сосудистой, опорно-двигательной и других систем организма. В условиях запоздалой диагностики и неадекватного и/или поздно начатого лечения указанные нарушения приводят к стойкой потере трудоспособности, значительному сокращению продолжительности жизни и повышенной смертности.

Среди гормонально-активных аденом гипофиза наиболее часто встречаются пролактиномы (70-100 на 1 млн населения, ежегодно регистрируется 6-10 новых случаев), являющиеся одной из ведущих причин бесплодия как у женщин, так и у мужчин. В России гиперпролактинемические состояния встречаются у 220 тыс. женщин, у 31 000 мужчин. Акромегалия (соматотропномы – 50-70 на 1 млн населения, ежегодно 3-4 новых случая на 1 млн) – наиболее поздно диагностируемое, инвалидизирующее заболевание, при котором смертность пациентов в отсутствие своевременного и адекватного лечения в 10 раз превышает таковую в популяции, и около половины пациентов умирают, не дожив до 50 лет. Сходная удручающая статистика имеется и при болезни Иценко-Кушинга (кортикотропиномы – 15-20 на 1 млн населения, ежегодно 2-3 новых случая на 1 млн). Это заболевание, характеризующееся полиорганным поражением и тяжелыми клиническими проявлениями, без применения высокотехнологичных методов лечения кортикотропиномы приводят к 100% инвалидности и существенному снижению продолжительности жизни.

---

Необходимо отметить, что все гормонально-активные опухоли гипофиза поражают наиболее трудоспособную часть населения в возрасте от 20 до 55 лет, а ранняя диагностика и своевременное лечение, включая щадящие нейрохирургические операции, медикаментозное лечение препаратами, в производстве которых применяются нанотехнологии, высокоточные лучевые методы, могут реабилитировать и вернуть к труду до 70% пациентов и существенно снизить смертность от осложнений заболеваний и увеличить продолжительность жизни.

Для достижения оптимальных исходов лечения необходима стройная 3-х уровневая система диагностического алгоритма, оптимального лечения и реабилитации пациентов после проведенного базисного лечения и динамического наблюдения. В настоящее время такой комплексный подход осуществляется только в Эндокринологическом научном центре Росмедтехнологий, где в отделении нейроэндокринологии осуществляется инструментально-гормональная диагностика заболевания, предоперационная подготовка при наличии показаний к аденомэктомии и пациент переводится в нейрохирургическое отделение центра, откуда после операции возвращается в отделение нейроэндокринологии для реабилитации и принятия решений о дальнейшем лечении. В отделении нейроэндокринологии также обследуются и наблюдаются пациенты после всех видов лечения гормонально-активных аденом гипофиза для оценки результатов и при показаниях назначения дополнительной терапии или повторного хирургического вмешательства.

В ФГУ ЭНЦ за год обращается около 1,5 тыс. больных с гиперпролактинемией. Основным методом лечения синдрома гиперпролактинемии является медикаментозный. Его применение приводит к ремиссии в 75% случаев, к выздоровлению - в 20%. Препаратом выбора в лечении гиперпролактинемии является селективный агонист дофамина - каберголин. При пролактиномах, рефрактерных к терапии агонистами дофамина, макроаденомах, сопровождающихся хиазмальным синдромом - показано оперативное лечение, которое выполняется в нашем центре. В 65% случаев при оперативном вмешательстве отмечается ремиссия заболевания. Разработаны алгоритмы диагностики и лечения женщин и мужчин с синдромом гиперпролактинемии, алгоритмы ведения беременности у пациенток с гиперпролактинемией.

В отделении нейроэндокринологии ежегодно обследуется лечится около 150 пациентов с акромегалией, 80 из них за 2006-2007 гг. проведена трансфеноидальная аденомэктомия в условиях эндоскопического контроля. В 68% случаев достигнута ремиссия заболе-

---

вания, в 97% - клиническое улучшение, восстановление зрительных функций у 75% больных. Дополнительная терапия аналогами соматостатина увеличила процент ремиссии до 85.

За последний год в отделении нейроэндокринологии получили высокотехнологическую медицинскую помощь 218 пациентов с болезнью Иценко-Кушинга. В настоящее время широко используются два основных метода лечения- нейрохирургический метод и лучевая терапия протонным пучком.

Разработаны показания и противопоказания к нейрохирургической операции. Показана высокая эффективность и безопасность данного метода, прослежены отдаленные результаты, разработаны алгоритмы раннего и длительного послеоперационного наблюдения и реабилитации больных с учетом формы и тяжести заболевания. За 2006-2007 гг. прооперировано 42 пациента. Главным преимуществом оперативного вмешательства, по сравнению с лучевой терапией, является быстрое (в течение 3-6 мес.) наступление у 84% пациентов ремиссии заболевания. Проанализированы отдаленные результаты нейрохирургической операции и было показано, что у 78,5 % пациентов сохраняется длительная ремиссия заболевания, что согласуется с зарубежными данными.

Впервые в России отделением нейроэндокринологии совместно с радиологическим отделением ЭНЦ для лечения опухолей гипофиза успешно применяется современный метод лучевой терапии – облучение протонным пучком. Отделением нейроэндокринологии ЭНЦ накоплен большой опыт по лечению болезни Иценко-Кушинга с помощью протонного облучения аденомы гипофиза. Проанализированы отдаленные результаты свыше 500 больных, получивших протонное облучение. Протонотерапия проводится на синхротроне Института теоретической и экспериментальной физики. Облучение узко-коллимированным протонным пучком – один из методов радиохирургии, позволяющий подвести энергию ионизирующего излучения за один сеанс (средние дозы в точке конвергенции – 50-70 Грей). Эффективность протонотерапии достигает 83% .

Таким образом, в отделении нейроэндокринологии ФГУ ЭНЦ Росмедтехнологий осуществляется программа диагностики, многопрофильного лечения, длительного диспансерного наблюдения и реабилитации пациентов с опухолями гипофиза после нейрохирургического лечения и лучевой терапии, создается регистр пациентов с вышеуказанной патологией, что вместе с распространением опыта ЭНЦ на региональный уровень существенно улучшит результаты лечения, повысит трудоспособность, продолжительность и качество жизни пациентов.

---

## **ХИМИОПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ**

**Романенко О.М., Макарова М.В., Курмашева Е.В., Ставропольская Л.В.,  
Дижонова И.А., Валеева Э.В**

*Республиканский Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями Министерства здравоохранения Республики Татарстан*

В связи с увеличением объема медицинской помощи, оказываемой больным ВИЧ/СПИД возрастает опасность внутрибольничных случаев ВИЧ - инфекции в том числе среди медицинских работников. С 1.01.99г. по настоящее время зарегистрировано 1727 случаев аварийных ситуаций, из них при оказании медицинской помощи - 750 случаев, при исполнении не медицинских служебных обязанностей - 99 случаев (сотрудники МВД, УИН, работники коммунального хозяйства и т.д.), в бытовых условиях - 867 случаев. Источником аварийных ситуаций стали ВИЧ-инфицированные в 575 случаях. (33,3 %). Проведено профилактическое лечение 1313 пострадавшим (76,0%), в основном медицинским работникам при оказании медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией. Лечение не назначено 414 (23,9%) пострадавшим в бытовых аварийных ситуациях. Диспансерное наблюдение за пострадавшими в аварийных ситуациях проводится в течение года с лабораторным обследованием через 3,6,12 месяцев. По истечении срока наблюдения сняты с учета 1232 человек., на учете состоят 495 человек.

По итогам 2006 года наибольшее количество аварийных ситуаций приходится на проколы полой иглой от шприцев (79 случаев). Реже регистрировались: попадание крови на поврежденные кожные покровы (20 случаев), проколы цельной (хирургической) иглой (13 случаев), порезы (9 случаев), загрязнение слизистых оболочек (6 случаев), укусы (3 случая), царапины (1 случай). Наиболее уязвимым остается, как и в предыдущие годы, средний медицинский персонал, доля которого составляет 55,7% или 73 случая, доля врачей среди пострадавших в «аварийных ситуациях» составила 31,3% (41 случай), младшего медицинского персонала 13,0% (17 случаев). Ни в одном случае «аварийная ситуация» не привела к заражению пострадавших ВИЧ-инфекция.

Работа по перинатальной профилактике ВИЧ-инфекции в Республике Татарстан проводится в соответствии с нормативными документами. На территории РТ с 2000 года родилось от ВИЧ-инфицированных матерей 566 детей, из них 40 детям выставлен диагноз: ВИЧ-инфекция, 358 детей сняты с учета. Состоит на диспансерном учете с диагнозом: перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции - 174 ребёнка. Охват химиопрофилактикой беременных

---

ВИЧ- инфицированных женщин составил в 2006 году 81,3% ( по сравнению с 2004 годом-74,3%). Охват в родах и новорожденных- более 90%. Это позволило снизить инфицирование детей с 6,2% в 2004 году до 5,6% в 2006 году.

## **ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ И НОВОРОЖДЕННЫМ**

**Садовникова В.Н.**

*Департамент медико-социальных проблем семьи, материнства и детства Минздрав-соцразвития России*

В Российской Федерации (по данным федерального государственного статистического наблюдения, форма № 61) за период 1987-2006 гг. выявлено более 354 тыс. ВИЧ-инфицированных, из них более 30,0% женщин.

В 2006 г на диспансерном наблюдении в Центрах по профилактике и борьбе со СПИДом находилось 80 173 женщины (в 2005 г. – 83 351).

Доля детей в возрасте от 0 до 17 лет включительно среди всех ВИЧ-инфицированных составляет 1,4% (4988 из 354507). Доля детей в возрасте 0-14 лет среди всех ВИЧ-инфицированных детей составляет 46,3%. Следует отметить, что среди ВИЧ-инфицированных детей в возрасте 0-14 лет более 90,0% составляют дети, инфицированные ВИЧ вследствие перинатальной передачи (2093 из 2310).

На диспансерном наблюдении до установления ВИЧ-статуса находится более 14 тыс. детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей.

За последние годы (по данным ФЦ СПИД) доля женщин среди ВИЧ-инфицированных возросла в 1,8 раза, с 24,1% в 2001 г. до 43,0% в 2006 г. (рис.1).

В возрастной структуре ВИЧ-инфицированных женщин преобладают молодые женщины в возрасте 20-30 лет, на долю которых приходится более 62,0%, женщины в возрасте 15-20 лет составляют 19,5% и в возрасте 30-40 лет – 13, 2%. (рис.2)

Ежегодно увеличивается число ВИЧ-инфицированных беременных. Частота выявления ВИЧ-инфекции у беременных за последние пять лет остается высокой, ее показатель составляет от 111, 4 в 2004 г. до 116,0 в 2006 г на 100 тыс. обследованных (по данным ФЦ СПИД) (рис.3).

В 2006 г. в среди 2,9 млн. беременных женщин выявлено 11827 ВИЧ- инфицированных, в 2005 г. – 11308, в 2004 г. - 11021, в 2003 г. - 9494 (по данным федерального статистического наблюдения,

---

форма № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» и форма № 13 «Сведения о прерывании беременности (в сроки до 28 недель).

Удельный вес ВИЧ-инфицированных беременных среди беременных в общей популяции увеличился с 0,3% в 2003 г. до 0,39% в 2005 и до 0,41% в 2006 г. (рис.4).

Наибольший удельный вес ВИЧ-инфицированных беременных – 69,7% от общего числа женщин этой группы приходится на три федеральных округа: Приволжский ФО (26,95), Уральский ФО (24,05) и Центральный ФО (18,8%).

За последние годы более половины всех беременностей у ВИЧ-инфицированных женщин закончились родами. Удельный вес родов в этой группе женщин составил в 2006 г. - 58,7%, в 2005 г. – 59,0%, в 2004 г. – 57,8%, в 2003 г. – 61,3% (рис.5).

По федеральным округам этот показатель составляет от 53,9% в Уральском ФО до 68,0% в Центральном ФО.

Удельный вес ВИЧ-инфицированных беременных, поступивших на роды без диспансерного наблюдения в женской консультации, за последние годы в среднем составляет 20,0%. Однако, в результате реализации «родового сертификата» в рамках Национального приоритетного проекта «Здоровье», доля ВИЧ-инфицированных беременных, поступивших на роды без диспансерного наблюдения в женской консультации в 2006 г. снизилась и составила 16,7% от общего числа ВИЧ-инфицированных беременных, закончивших беременность родами (1157 из 6943).

Число родов у ВИЧ-инфицированных женщин в Российской Федерации также ежегодно увеличивается. В 2006 г. отмечалось 6943 родов (в 2005 г. - 6668). Общее число родов в этой группе женщин только за последние пять лет составило 30332. Удельный вес родов у ВИЧ-инфицированных женщин от числа родов в общей популяции в 2006 г. по сравнению с 2000 г. увеличился с 0,05% до 0,48% (в 2005г.- 0,47%) (рис.6).

Наиболее эффективной мерой защиты ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью является комплексная профилактика, снижающая риск инфицирования ребенка до 2%, проводимая во время беременности, родов и новорожденному. Для достижения этой цели в 2006 г. определены меры государственной поддержки в рамках Национального проекта «Здоровье», включающие закупку диагностических препаратов и лекарственных средств, необходимых для своевременного выявления и проведения антиретровирусной профилактики (АРВП) передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку; повышение профессиональной подготовки врачей акуше-

ров-гинекологов, неонатологов и педиатров, оказывающих медицинскую помощь ВИЧ-инфицированным беременным и рожденным ими детям. В рамках приоритетного национального проекта в Российской Федерации в 2006 году 4950 (70,8%) ВИЧ-инфицированных женщин, родивших детей получили полный курс химиопрофилактики. Риск перинатальной передачи ВИЧ-инфекции может быть снижен до 1% - 2% при условии обеспечения не менее 85% охвата пары мать-ребенок трехкомпонентной АРВП.

В 2006 г. по сравнению с 2005 г. отмечается увеличение охвата антиретровирусной профилактикой перинатальной передачи ВИЧ-инфекции ВИЧ-инфицированных беременных женщин: во время беременности с 66,8% до 73,5%, во время родов – с 86,0% до 89,0% и у новорожденных с 94,0% до 95,2% (по данным федерального государственного статистического наблюдения (форма № 61).

Операция Кесарево сечение, как одна из профилактических мер, осуществляемых при ведении родов у ВИЧ-инфицированных женщин, в 2006 г. была проведена у 1309 из 6990 женщин (18,7%).

Таким образом, реализация Национального приоритетного проекта «Здоровье способствовала снижению числа ВИЧ-инфицированных беременных, поступивших на роды без диспансерного наблюдения в женской консультации, своевременному выявлению ВИЧ-инфицированных беременных женщин и проведению антиретровирусной профилактики во время беременности, в родах и новорожденным.

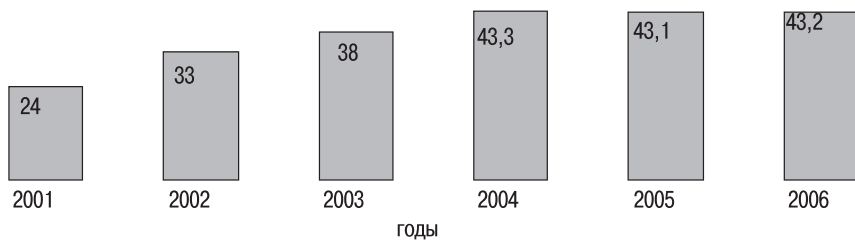


Рис. 1. Динамика удельного веса женщин среди всех инфицированных ВИЧ в РФ (%)



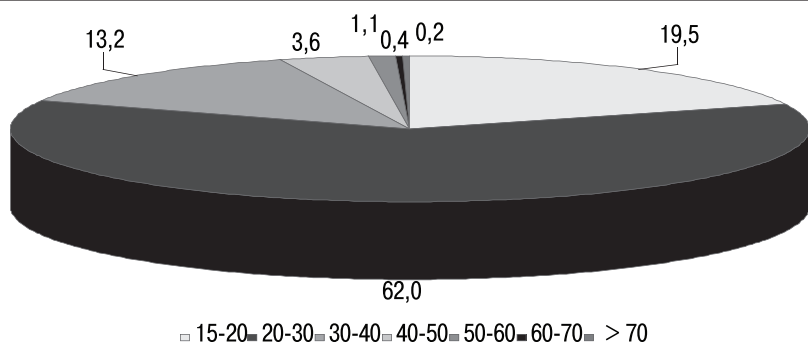


Рис.2.Возрастная структура ВИЧ-инфицированных беременных ( в %), 1987-2006 гг

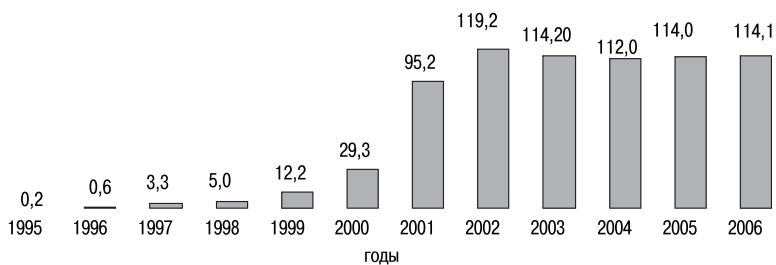


Рис.3.Частота выявления ВИЧ-инфицированных РФ (на 100 тыс обследованных)

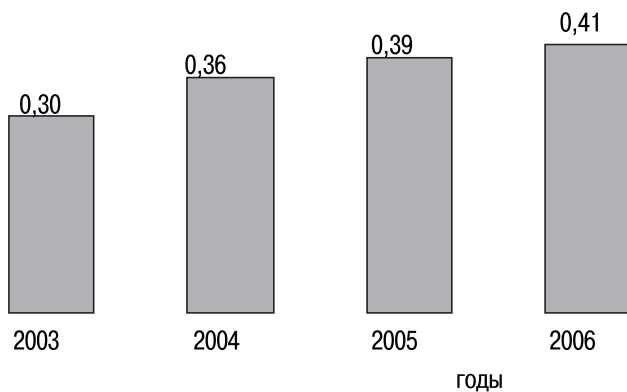


Рис.4.Удельный вес ВИЧ-инфицированных беременных среди беременных в общей популяции в РФ (%)

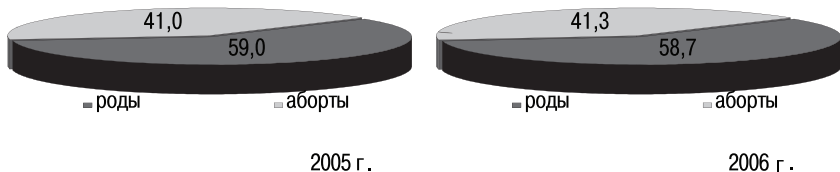


Рис.5.Репродуктивное поведение ВИЧ-инфицированных женщин в Российской Федерации

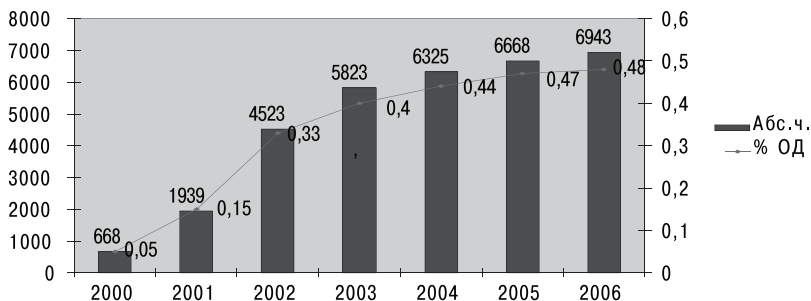


Рис.6.Роды у ВИЧ-инфицированных женщин и их удельный вес (%) от числа родов в общей популяции в РФ

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

**Садовникова В.Н.**

*Департамент медико-социальных проблем семьи, материнства и детства Минздрава-соцразвития России*

В настоящее время проблема ВИЧ/СПИДа стала одним из вопросов, к которому постоянно приковано внимание общества во всем мире. Эпидемия ВИЧ/СПИДа не только не ослабевает, но продолжает развиваться, превратившись в реальную угрозу социально-экономическому развитию для всех стран мира. По данным ЮНЭЙДС (Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу) более трех четвертей новых случаев ВИЧ-инфекции диагностируется среди молодых людей в возрасте 15-29 лет.

В Российской Федерации за 1987-2006 гг. выявлено более 350 тыс. ВИЧ-инфицированных, из них более 100 тыс. женщин. Среди ВИЧ-инфицированных женщин более 61,4% приходится на женщин активного репродуктивного возраста – 20-30 лет и 19,4 % - на женщин в возрасте 15-20 лет.

---

За последние пять лет резко возросло число ВИЧ-инфицированных беременных женщин и соответственно число рожденных ими детей. Число ВИЧ-инфицированных беременных в 2006 г. по сравнению с 2002 г. увеличилось на 27, 2% . и составило 13049 женщин (2002 г. – 9, 5 тыс.). Соотношение родов и абортс у ВИЧ-инфицированных беременных в 2006 году составило 1:0,58, в то время как в общей популяции - 1:0,98 (в 2001 г. 1:1,5 и 1:1,2 соответственно).

Число родов в этой группе женщин за указанный период увеличилось на 46,3% , показатель на 10 000 родов составил в 2006 г. – 48, 0 (2002 г. – 32,8).

По данным федерального государственного статистического наблюдения (форма № 61) на 01.01.2007 г. от ВИЧ-инфицированных матерей родилось 33844 детей, из них у 2093 детей подтверждена ВИЧ-инфекция и более 14 тыс. детей находятся на диспансерном наблюдении до установления ВИЧ-статуса.

Удельный вес детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей в 2002 г. -2006 гг., от кумулятивного числа детей составляет 88,9% (30091 из 33844).

Доля детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей с подтвержденной ВИЧ-инфекцией, среди всех ВИЧ-инфицированных детей в возрасте 0-14 лет включительно составляет 90,6% (2093 из 2310).

Частота перинатальной передачи ВИЧ-инфекции в Российской Федерации до 2001 года составляла 19,4%, после внедрения антиретровирусной профилактики этот показатель в 2002 – 2005 годах снизился до 10,8% .

По результатам выборочных исследований оценка частоты перинатального ВИЧ-инфицирования детей раннего возраста сопряжена с определенными трудностями и во многом связана с отсутствием в большинстве территорий возможности проведения ранней диагностики методом ПЦР, отсутствием тест-систем (2%), а также с потерей значительного числа детей из наблюдения (30%). Среди детей, потерянных из наблюдения детей, у 80% причина потерь неизвестна и у 20% причинами потерь являются неизвестно место жительства (3%), смена места жительства (6%), отказ от медицинской помощи(8%), отсутствие тест-систем (2%).

Распространенность ВИЧ-инфекции у беременных женщин и рожденных ими детей, требует проведения специальных профилактических мер по предупреждению передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, улучшению качества дородового и послеродового диспансерного наблюдения матери и ребенка.

Одной из наиболее эффективных мер предупреждения инфицирования ВИЧ ребенка вследствие перинатального контакта явля-

---

ется проведение антиретровирусной профилактики женщине во время беременности, родов и новорожденному.

В 2006 г. по сравнению с 2005 г. отмечается увеличение охвата антиретровирусной профилактикой перинатальной передачи ВИЧ-инфекции ВИЧ-инфицированных беременных женщин: во время беременности с 66,8% до 73,5%, во время родов – с 86,0% до 89,0% и у новорожденных с 94,0% до 95,2%. (по данным федерального государственного статистического наблюдения (форма № 61).

В целях обеспечения доступности и качества оказания медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным женщинам и детям разработаны и утверждены нормативные правовые документы:

- приказы Минздрава России и Минздравсоцразвития России:
- от 30.05.2005г. № 375 «Об утверждении стандарта профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку»;
- от 30.05.2005г. № 374 «Об утверждении стандарта медицинской помощи детям, больным ВИЧ-инфекцией»;
- от 05.12.2005 г. N 757 «О неотложных мерах по организации обеспечения лекарственными препаратами больных ВИЧ-инфекцией»;
- от 30.03 2006 г. N 224 «Об утверждении положения об организации проведения диспансеризации беременных женщин и родильниц»;
- от 19.01.2004 № 9 « Об утверждении временной учетной формы № 313/у «Извещение о случае завершения беременности у ВИЧ-инфицированной женщины»;
- от 16.09.2003г. № 442 «Об утверждении учетных форм для регистрации детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями»;
- от 19.12.2003г. № 606 «Об утверждении инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ»;
- от 19.04.99 г. N 133 «О научно - практическом центре профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей»;
- методическое письмо Минздравсоцразвития России от 28.08.2006 г. № 4614-ВС «Об организации медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам и рожденным ими детям».

Вместе с тем, при оказании медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным женщина и детям остаются проблемы, требующие решения, и в первую очередь разработки и внедрения следующих документов:

- протоколов по проведению дотестового и послетестового консультирования при обследовании на ВИЧ инфекцию;
- индивидуальной карты профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции» и инструкции по ее заполнению;

---

#### Рекомендаций:

- по тактике медико-социального сопровождения ВИЧ-инфицированных беременных женщин и детей с перинатальным контактом ВИЧ-инфекции;
- по взаимодействию службы охраны здоровья матери и ребенка с инфекционной и социальной службами;
- по реализации правовых норм по обеспечению ВИЧ-инфицированных детей льготами, установленными в Российской Федерации для детей-инвалидов.
- по обеспечению своевременной передачи на социальный патронаж ВИЧ-инфицированных беременных женщин и детей с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции из группы социального риска;
- по контролю соблюдения сроков, предусмотренных действующим законодательством для оформления и перевода детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами и оставшихся без родительского попечения, в дома ребенка, их размещения в соответствующую возрастную группу вместе с остальными детьми.

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ИСПЫТАНИЯ ПЕРВОЙ РОССИЙСКОЙ КАНДИДАТНОЙ ВАКЦИНЫ ПРОТИВ ВИЧ/СПИД «ВИЧРЕПОЛ»**

**<sup>1</sup>Сидорович И.Г., <sup>1</sup>Коробова С.В., <sup>1</sup>Николаева И.А., <sup>1</sup>Шевалье А.Ф.,  
<sup>1</sup>Горностаева Ю.А., <sup>1</sup>Гудима Г.О., <sup>1</sup>Гасанов В.А., <sup>1</sup>Киселев А.В.,  
<sup>1</sup>Трубченинова Л.П., <sup>1</sup>Трефильева Н.Ф., <sup>1</sup>Пинегин Б.В., <sup>1</sup>Черноусов А.Д., <sup>2</sup>  
Петрова Т.В., <sup>2</sup>Трофимов Д.Ю.**

*<sup>1</sup>ГНЦ «Институт иммунологии ФМБА России»*

*<sup>2</sup>ЗАО «НПФ ДНК-Технология»*

Несмотря на высокий рост случаев заражением ВИЧ, только один кандидатный вакцинный препарат против ВИЧ/СПИД «ВИЧРЕПОЛ» проходит клинические исследования на территории Российской Федерации. «ВИЧРЕПОЛ» представляет собой конъюгат химерного рекомбинантного белка, копирующего полноразмерный внутренний белок р24 и часть трансмембранного белка gp41 ВИЧ1, с иммуномодулятором полиоксидонием. Целью данной стадии исследования является оценка безопасности и переносимости кандидатного препарата, а также предварительные исследования его иммуногенности.

В исследовании принимает участие 15 ВИЧ - негативных добровольцев в возрасте от 20 до 40 лет. Для определения безопасной и хорошо переносимой дозы препарата, испытуемых разбили на 5

---

групп в соответствии с иммунизирующей дозой (2,5; 5; 10; 25; 50 мкг антигена/человека). Всего проводится 4 иммунизации каждой дозой, препарат вводится внутримышечно. Иммунный ответ исследуется в ИФА, в иммуноблоте с белками культурального вируса и реакции антиген-специфической пролиферации лимфоцитов.

Предварительные данные клинических испытаний показывают, что «ВИЧРЕПОЛ» хорошо переносится при введении как низких, так и высоких доз. Нет изменений в клинических и биохимических показателях крови и мочи. У 80% добровольцев отмечалась болезненность в месте инъекции препарата. Ведение препарата вызывает образование антител, распознающих белки культурального вируса в иммуноблоте. Максимальный иммунный ответ определяется после 4-ой иммунизации и зависит от дозы введенного препарата. Антитела преимущественно образуются на р24 часть «ВИЧРЕПОЛ».

Таким образом, кандидатный вакцинный препарат «ВИЧРЕПОЛ» хорошо переносится и безопасен, а также вызывает образование ВИЧ специфических антител. Окончание клинических исследований планируется в середине 2008 года.

## **НОВЫЕ ИСТОЧНИКИ ПРИРОДНЫХ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИХ СРЕДСТВ**

**Симонян А.В., Саламатов А.А., Аванесян А.А.,  
Гетманенко А.Ю., Кулагина С.В.**

*ГОУ ВПО ВолГМУ Росздрава, г. Волгоград*

Поиск и разработка технологии новых высокоэффективных лечебно-профилактических средств из промышленных отходов растительного сырья, обладающих гипополипидемической активностью в сочетании с низкой токсичностью, является актуальной проблемой современного здравоохранения.

Так, из шрота травы чабреца предложен лекарственный препарат «Терисерп», представляющий собой сумму тритерпеноидов и обладающий гипополипидемическим действием. Аналог терисерпа «Гипурам» предложен из отходов плодов облепихи. Перспективными источниками пентациклических тритерпеноидов являются представители рода шалфей и др.

Нами разработана технология комплексной переработки шрота яблок, позволяющая последовательно получать водорастворимую субстанцию (випом), содержащую сумму флавоноидов (4 %, в пересчете на кверцетин), аминокислот (2,61 %, в пересчете на

---

пролин), а затем сумму тритерпеноидов (помал) с выходом 5 % и содержанием тритерпеновых веществ не менее 80 %, в пересчете на урсоловую кислоту.

Проведенные исследования показали, что випом обладает выраженной желчегонной, гепатопротекторной, гипохолестеринемической и ранозаживляющей активностью. Для помала установлено гипополипидемическое, противоатеросклеротическое, гепатопротекторное, кардиотоническое, иммуномодулирующее действие.

Нами разработана технология гранул помала методом влажного гранулирования. С целью обеспечения точности дозирования помала и удобства его применения, предложены гранулы в твердых желатиновых капсулах. Разработана технология таблеток помала методом предварительного гранулирования, которая позволяет получать гранулы и таблетки. Полученные лекарственные формы соответствуют по всем показателям требованиям ГФ XI.

В настоящее время проводится разработка технологии водорастворимых лекарственных форм помала и его пролонгированных форм.

Разработана технология мази вилома на основе 6 % геля Na-КМЦ, характеризующейся оптимальными структурно-механическими и технологическими параметрами, обладающей выраженной противовоспалительной и ранозаживляющей активностью.

Таким образом, предложена технология комплексной переработки шрота яблок и травы шалфея для получения гипополипидемических средств, разработаны лекарственные формы на их основе.

## **О ПРОВЕДЕНИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИММУНИЗАЦИИ В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ИТОГАМ 2006 ГОДА**

**Соловьев М.Ю., Ковалев Е.В., Рыжков В.Ю., Мирошниченко Г.А., Сароян Ю.Д.**  
*Управление Роспотребнадзора по Ростовской области, г.Ростов-на-Дону*

В целях осуществления дополнительной иммунизации населения в 2006 году совместно с заинтересованными службами и ведомствами проведена определенная организационная работа: вынесены постановления Главы Администрации (Губернатора) Ростовской области, Главного государственного санитарного врача по Ростовской области, совместно с министерством здравоохранения Ростовской области разработаны планы по обеспечению допол-

---

нительной иммунизации, подготовлены нормативно-методические и информационные документы, проведены рабочие совещания, конференции, коллегия, обучающие семинары, проводились рейдовые проверки учреждений здравоохранения, а также областного склада бакпрепаратов, усилена санитарно-просветительная работа с населением с привлечением средств массовой информации.

Для обеспечения надлежащих условий транспортирования и хранения медицинских иммунобиологических препаратов дополнительно закуплено 680 единиц холодильного оборудования: 364 холодильника, 2 холодильных шкафа, 72 сумки-холодильника, 242 термоконтейнера. Фактическая обеспеченность холодильным оборудованием на всех уровнях холодовой цепи составляет 100%. На 2007 год запланировано приобретение холодильного оборудования с целью замены имеющегося изношенного.

Мониторинг за ходом иммунизации осуществлялся по форме ежемесячного статистического наблюдения «Сведения о контингентах детей и взрослых, дополнительно иммунизированных против гепатита В, полиомиелита, гриппа, краснухи и движении вакцин для иммунизации». При министерстве здравоохранения области функционирует Сектор мониторинга национального проекта, который осуществляет еженедельный мониторинг за дополнительной иммунизацией населения, а также обеспечивает ежемесячную отчетность по форме 3-СГ «Сведения о выполнении сетевого графика реализации приоритетного национального проекта в субъекте Российской Федерации».

Дополнительно было охвачено вакцинацией против краснухи 110 000 человек, вакцинацией против вирусного гепатита В 266 670 человек, вакцинацией против гриппа 875 150 человек, против полиомиелита инактивированной полиовакциной – 4566 детей. Проведенные мероприятия позволили добиться в 2006 году снижения заболеваемости краснухой в 1,5 раза, острым вирусным гепатитом В на 12,3%, гриппом в 3 раза, а также не допустить развития эпидемии гриппа и возникновения случаев острого паралитического полиомиелита ассоциированного с вакциной у реципиента.



---

## **ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННЫХ И ПРИОБРЕТЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ**

**Соловьева К.С., Давыдова Т.А.**

*ФГУ «НИДОИ им. Г.И.Турнера Росздрава», Санкт-Петербург*

Цель настоящей работы - помочь врачам общего профиля заподозрить ортопедическую патологию у ребенка и направить его к ортопеду или детскому хирургу для уточнения диагноза и раннего лечения. Предлагаем последовательность и особенности осмотра опорно-двигательного аппарата ребенка для выявления клинических признаков аномалий развития и заболеваний костно-мышечной системы.

При сборе анамнеза врач выясняет факторы риска ортопедических заболеваний: наличие ортопедической патологии у близких родственников, нарушения в состоянии здоровья родителей, отягощенный акушерский анамнез матери, осложнения во время беременности и в процессе родов. Наиболее неблагоприятны роды в ягодичном предлежании, крупный плод, стремительные роды или ручное пособие в родах, недоношенность.

Осмотр ребенка первых месяцев жизни должен быть очень деликатным, без использования насильственных движений, не приносящим болей. При осмотре в положении «лежа на спине» туловище и голова ребенка должны располагаться по средней линии. При наклоне головы к плечу и повороте лица в другую сторону, при напряжении, уплотнении и припухлости по ходу грудино-ключично-сосцевидной мышцы, можно заподозрить врожденную кривошею.

Осматривая верхние конечности, исключают грубые анатомические нарушения: врожденное отсутствие или недоразвитие сегментов конечностей, сращение пальцев, увеличение или уменьшение их числа. Сравнивают длину рук, складывая их ладонями, проверяют объем движений в суставах, осторожной пальпацией определяют тонус мышц, тургор мягких тканей. Проводят кончиком пальца по передней поверхности ключиц, чтоб исключить их перелом при родах. Если плечо повернуто внутрь, вся рука или ее дистальный отдел висит, то можно заподозрить родовой паралич (парез) плечевого сплетения. Множественные деформации конечностей, непропорциональное их развитие, контрактуры и тугоподвижность в суставах позволяют предположить врожденные системные заболевания, артрогрипоз.

Осматривая нижние конечности и ориентируясь на положение первого пальца стопы, который должен смотреть вверх, определяют ротацию конечности кнаружи или кнутри. Для сравнения длины

---

конечностей их осматривают сначала в выпрямленном положении, сопоставляя уровни лодыжек и коленных суставов, а затем в согнутом положении, когда обе пятки упираются в плоскость опоры. В таком положении лучше заметна разность в длине конечностей. Патологию тазобедренного сустава (дисплазию, врожденный вывих/подвывих бедра) можно заподозрить по наличию одного или нескольких косвенных признаков: асимметрия расположения кожных складок на бедрах, ограничение разведения бедер, ограничение отведения кнаружи одной или обеих конечностей, согнутых в коленных суставах, ощущение «щелчка» в тазобедренном суставе во время движений бедра. Углообразное искривление в нижней трети голени кпереди без резких болей говорит о врожденном ложном суставе костей голени. При осмотре стоп обращают внимание на их форму, положение переднего отдела, установку пятки. Если одна или обе стопы повернуты кнутри и исправить это положение полностью не удается, если передний отдел стопы приведен или отведен, а пятка подтянута и находится в варусном или в вальгусном положении, то у ребенка врожденная косолапость или плоско-вальгусные стопы, лечение которых должно начинаться максимально рано.

При осмотре ребенка в положении «на животе» проверяют ось позвоночника, положение туловища и состояние мышц, пальпируют остистые отростки позвонков. Наклон головы в сторону, косое положение туловища и асимметрия мышечных валиков вдоль позвоночника, могут быть симптомами врожденного сколиоза. Деформация и смещение кверху одной или обеих лопаток, ограничение подвижности и объема движений в плечевом суставе говорят о врожденном высоком стоянии лопатки.

В дошкольном возрасте ребенка осматривают в положении стоя, обращая внимание на положение головы, симметрию конечностей и стоп, объем движений в суставах конечностей, походку. В положении ребенка «лежа на спине» проверяют тонус мышц, пассивные движения в верхних и нижних конечностях. В положении лежа на животе обращают внимание на ось и симметрию мышечных валиков. У детей этого возраста можно обнаружить как последствия врожденных аномалий развития, так и деформации опорно-двигательного аппарата, которые являются следствием травм, рахита, остеомиелита, нейроинфекций, детского церебрального паралича. Начинают развиваться статические деформации: нарушение осанки и плоскостопие, причина которых часто лежит в слабом физическом развитии ребенка. В этом возрасте обнаруживается болезнь Легг-Кальве-Пертеса, симптомами которой являются периодические боли в области тазобедренного сустава, иррадиру-

---

ющие в коленный сустав, ночные боли, периодическая хромота, изменение походки. Может наблюдаться варусное искривление верхнего отдела большеберцовой кости, увеличивающееся по мере нагрузки (болезнь Эрлахера-Блаунта).

У детей школьного возраста могут быть выявлены запущенные формы заболеваний, прогрессирование ранее выявленной патологии и рецидивы после предшествующего лечения. При осмотре подростков особое внимание уделяют состоянию позвоночника, так как в этом возрасте наиболее часто обнаруживают статические деформации (сколиотическая болезнь, юношеский кифоз). Ребенка осматривают в положении стоя (сзади и сбоку), сравнивая мышцы шеи, надплечий, спины, треугольники талии справа и слева. Деформация грудной клетки в виде реберного горба может быть обнаружена при наклоне туловища. Для сколиоза характерны боковое или задне-боковое искривление позвоночника, перекос таза, деформация грудной клетки. У мальчиков 13-16 лет с повышенным весом могут наблюдаться боли в тазобедренных суставах, прихрамывание, ограничение ротационных движений, что возможно является ранними симптомами юношеского эпифизеолиза головки бедренной кости. Также для мальчиков характерна болезнь Осгуд-Шлаттера - припухлость и болезненность в области бугристости большеберцовой кости вследствие травмы или микротравм.

## **НАПРАВЛЕНИЯ И МЕХАНИЗМЫ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЗАДАНИЯ НА ОКАЗАНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В 2007 ГОДУ**

**Солодкий В.А.**

*Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи*

Основные направления реализации государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП) определены в соответствии посланием Президента Российской Федерации В.В. Путина Федеральному Собранию Российской Федерации и включают:

- обеспечение доступности и качества медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, для граждан Российской Федерации;
- обеспечение эффективного и ориентированного на конечный результат использования средств федерального бюджета.

Для реализации основных направлений создан федеральный орган исполнительной власти Российской Федерации (Росмедтех-

---

нологии), уполномоченный по оказанию государственных услуг и управлению государственным имуществом в части организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Механизмы реализации государственного задания на оказание на ВМП в 2007 году предполагают:

- в части обеспечения доступности и приближения ВМП к потребителю

1. привлечение для участия в государственном задании на оказание ВМП медицинских учреждений субъектов Российской Федерации и муниципальных образований;

2. ввод первых новых центров высоких медицинских технологий к концу 2007 года;

- в части обеспечения качества ВМП, оказываемой по государственному заданию за счет средств федерального бюджета.

1. осуществление лицензирования медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (услуг) по оказанию ВМП;

2. создание системы профессиональной курации медицинских учреждений – исполнителей государственного задания ведущими федеральными медицинскими учреждениями по профилям ВМП;

3. мониторинг соответствия оказываемой ВМП стандартам, утвержденным приказами Минздравсоцразвития России.

- в части обеспечения эффективного использования средств федерального бюджета

1. осуществление целевого планирования и анализа результативности исполнения государственного задания в рамках создаваемой Росмедтехнологиями единой базы данных;

2. регулирование исполнения задания за счет перераспределения финансово обеспеченного резерва по факту выполнения медицинским учреждением основных объемов государственного задания на ВМП;

3. совершенствование структуры нормативов финансовых затрат.

## **РОЛЬ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ФОРМИРОВАНИИ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ**

**Стёпкин Ю.И., Платунин А.В., Шарипова Л.Ф., Жукова А.И.,  
Шукелайть С.Н., Акимова Г.И.**

*ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Воронежской области», Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко*

Приоритетным направлением в деятельности учреждений санитарно-эпидемиологической службы и здравоохранения является достижение положительных тенденций в вопросах профилактики инфекционных

---

заболеваний, как важнейшем факторе, влияющим на повышение здоровья нации, улучшение демографических процессов в обществе.

Наиболее реальным достижением XX века явилась вакцинопрофилактика, позволившая искоренить и свести к минимуму десятки заболеваний, «управляемых средствами специфической профилактики».

Ежегодно в Воронежской области регистрируется от 277 до 376 тысяч инфекционных заболеваний. При исключении гриппа и острых респираторных вирусных инфекций, на которые ежегодно приходится от 90 до 93% всей заболеваемости, на другие нозологические формы приходилось 22300-32600 заболевших. Среди них удельный вес основных инфекций, управляемых средствами специфической профилактики (корь, эпидемический паротит, дифтерия, коклюш, вирусный гепатит В), за последние годы (1996-2006 гг.) снизился в 25 раз, с 18,2% от всех нозологий в 1996 г. до 0,73% в 2006 г., в том числе заболеваемостью корью, дифтерией, эпидемическим паротитом – до спорадических случаев. Экономический ущерб от 5 «управляемых» инфекций в 2006 году снизился в 11,6 раза и составил 3,5 млн. рублей против 40,9 млн. в 1996 году.

Летальность, как один из основных показателей, негативно влияющий на демографический процесс, в 21 столетии практически прекратилась по анализирующей группе инфекций, из 15 умерших (с 1996 г.) лишь 2 случая от вирусного гепатита В в период с 2000 по 2006 гг.

Вместе с тем, в последнее десятилетие резко осложнилась эпидемиологическая, и, соответственно, демографическая ситуация по социально обусловленной группе инфекций (туберкулез, сифилис, гонорея, ВИЧ-инфекция/СПИД). На фоне стабильно высоких показателей заболеваемости туберкулезом среди жителей области – от 54,4 до 60,3 на 100 тыс. населения, отмечаются высокие показатели смертности – от 11,9 в 2000 году до 12,7 – 14,8 на 100 тыс. населения в 2006-2005 гг. соответственно. Ежегодно от туберкулеза умирает от 290 до 347 человек.

Увеличение заболеваний, передающихся половым путем, наравне с другими факторами, сопровождается ухудшением показателей репродуктивного здоровья: осложнением беременности (1142,0 – 1213,5 на 1000 женщин), родов (1361,4 – 1145,2), рождение маловесных детей (59,4 – 54,6) по данным на 2003-2005 гг. соответственно.

Таким образом, на современном этапе, когда успешно решаются вопросы снижения и ликвидации инфекций, управляемых средствами специфической профилактики, наибольшую эпидемиологическую, экономическую значимость приобретает группа социально обусловленных инфекций, которые влияют на осложнение демографической ситуации.

---

# **ЭФФЕКТИВНОСТЬ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ КОНТАКТОМ ПО ВИЧ- ИНФЕКЦИИ**

**Стриханов С.Н., Александрова О.К., Ермолаева Н.Б. Кулагин В.В..  
Топольская С.В.**

*Департамент здравоохранения Краснодарского края, Кубанский государственный  
медицинский университет, ГУЗ «Клинический центр по профилактике и борьбе со  
СПИД и инфекционными заболеваниями» г. Краснодар.*

Одной из наиболее актуальных задач для врачей при работе с детьми, рожденными от ВИЧ-инфицированных матерей является своевременная вакцинопрофилактика. Целью исследования было изучение эффективности иммунизации детей с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции (в том числе и ВИЧ-инфицированных) вакцинами, предусмотренными Национальным календарем прививок. Под наблюдением было 562 ребенка с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции. Сроки наблюдения с 1996 г. по 01.04.2007 г. Диагноз ВИЧ-инфекции подтвержден у 47 детей, 181 ребенок продолжает находиться под наблюдением. На момент вакцинации все наблюдаемые дети не имели клинических проявлений ВИЧ-инфекции.

Результаты: в родильном роддоме вакцинировано БЦЖ и ОПВ 33 ребенка (из них у 8 в последующем установлен диагноз ВИЧ-инфекции); БЦЖ-М – 6 детей, 34 детям начата вакцинация против гепатита В. Вакцинация АКДС в дальнейшем с ИПВ своевременно начата у 48 детей. В возрасте 1 года вакцинацию против кори, эпидемического паротита получило 39 ВИЧ-инфицированных ребенка. В группах детей снятых с учета и продолжающих наблюдение, законченную вакцинацию АКДС и ИПВ получило 379 детей, а против кори, эпидемического паротита и краснухи – 311 детей. Тяжелых поствакцинальных реакций и осложнений не было. У детей не получавших вакцинацию БЦЖ имели место 2 случая заболевания туберкулеза с летальным исходом; в 1 случае – диссеминированный туберкулез легких, в 5 – первичный туберкулезный комплекс (ПТК), в 2 – инфицированность туберкулезом. Из числа детей, вакцинированных БЦЖ, через 18 месяцев у 1 ребенка диагностирован ПТК, у 2-х инфицированность туберкулезом. Случаев вирусного гепатита В, кори, краснухи, эпидемического паротита у привитых выявлено не было.

Таким образом, наше исследование показало, что для детей с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции без клинических признаков заболевания вакцинация БЦЖ является эффективной.

---

# РЕГИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ В ОБЛАСТИ ВИЧ/СПИДА

**Султанов Л.В.**

*Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями г. Барнаул*

Одним из ключевых принципов эффективности мероприятий в области ВИЧ/СПИДа является единая система мониторинга и оценки эффективности профилактических программ по ВИЧ/СПИДу. Мониторинг существенно повышает надежность, оперативность и эффективность принимаемых в этой области мер. В Алтайском крае в рамках проекта «Комплексные стратегии противодействия распространению эпидемии ВИЧ/ИППП среди молодежи в РФ» по компоненту программы развития ООН в 2004 году разработана рамка по мониторингу и индикаторам оценки эффективности профилактических программ по ВИЧ/СПИДу при участии «ЮНЭЙДС», ведущих специалистов АГУ, АГМУ, управления Алтайского края по здравоохранению, ГУЗ «Краевой центр СПИД».

Индикаторы краткосрочного результата – включают изменение знаний по ВИЧ, охват услугами, доступность и удовлетворенность качеством услуг. Индикаторы долгосрочного результата включают в себя изменение поведения и связанного с ним риска инфицирования.

Индикаторы воздействия включают эпидемиологические показатели, отражающие тенденции эпидемии ВИЧ.

Разработанные индикаторы используются для оценки эффективности проводимых профилактических программ. В крае проведен широкий спектр социологических исследований, направленных на изучение знаний, отношения, поведения различных групп населения, охваченных разными формами профилактической работы в контексте ВИЧ/СПИДа. В 2005г. была издана монография «Региональная модель мониторинга и оценка эффективности профилактических программ в области ВИЧ/СПИДа»

Таким образом, впервые в Алтайском крае предпринята попытка системного анализа, мониторинга и оценки эффективности проводимых различными организациями, ведомствами и НПО профилактических программ. Разработанные индикаторы вошли в качестве показателей оценки мероприятий в рамках ЦКП по ВИЧ/СПИДу на 2006-2010 гг. на мониторинговой основе. Разработана учебная программа по мониторингу и оценке для управленцев.



---

# ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ХАНТЫ – МАНСКИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ. СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ВЫБОР И МЕХАНИЗМЫ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ

Успенская Т.Н.,

*директор Департамента труда и социальной защиты населения Ханты – Мансийского автономного округа – Югры*

В ежегодном послании Президента РФ Федеральному Собранию (от 10 мая 2006 года) стимулирование рождаемости, усиление мер социальной поддержки и защиты семьи, женщин и детей, а также старшего поколения, названы в числе важнейших задач, на решении которых в среднесрочной перспективе должно быть сосредоточено внимание органов управления всех уровней. Не секрет, что результат решения обозначенных проблем во всех субъектах будет разным, поскольку во многом будет зависеть от демографической ситуации и уровня социально – экономического развития регионов.

В автономном округе - самом крупном по численности населения регионе, полностью относимом к северным местностям, созданы стабильные социально-экономические условия для рождения и воспитания двух и более детей (так как именно эти дети обеспечивают воспроизводство населения). В 2006 году выросла доля автономного округа в общем объеме налоговых поступлений в бюджетную систему РФ, отмечается рост уровня жизни населения, доходов населения, ввода в действие жилых домов; произошло увеличение бюджетных средств на финансирование окружных целевых программ.

Одновременно с этим демографическая ситуация так же характеризуется положительными тенденциями: увеличением численности постоянного населения, показателей уровня рождаемости, естественного прироста населения; снижением уровня общей смертности, показателей младенческой и материнской смертности.

Однако, согласно прогнозам ученых к 2025 г. возникнут серьезные проблемы: сократится естественный прирост населения, общая численность населения, численность экономически активного населения. Сегодня в Югре формируются новые подходы в решении демографических проблем, направленные на реализацию существующих резервов.

В 2003 г. в автономном округе, в одном из первых субъектов в Российской Федерации, была утверждена постановлением Правительства автономного округа Концепция демографической политики Ханты-Мансийского автономного округа - Югры на период до 2015 года. В 2006 году проведена работа по уточнению Концеп-



---

ции демографической политики Ханты-Мансийского автономного округа - Югры на период до 2015 года.

Избранный в качестве приоритетного один из вариантов демографического развития автономного округа, предложенных уточненной Концепцией, определил стратегию: повышение рождаемости, снижение смертности и сохранение баланса трудовых ресурсов в результате комплексной демографической политики.

Важным шагом в реализации стратегии демографического развития стала разработка программы «Демографическое развитие Ханты – Мансийского автономного округа – Югры на среднесрочную перспективу (2008 – 2010 годы)», предлагающей конкретные направления деятельности по реализации существующих резервов, позволяющая обеспечить наиболее эффективное объединение усилий в реализации мер демографической политики.

Программа состоит из 3-х подпрограмм, направленных на повышение рождаемости и укрепление семейного статуса, сокращение смертности и рост продолжительности жизни, регулирование миграционных процессов.

При оценке эффективности и результативности программы будет учитываться индекс развития человеческого потенциала, который позволит дать оценку по трем основным направлениям: возможность долгой и здоровой жизни, получение образования, поддержание достойного жизненного уровня.

Говоря об улучшении демографической ситуации, нельзя забывать, что средства на проведение такой политики не заданы изначально, общество «согласиться» их выделить лишь в случае создания системы, способной доказать высокий уровень приоритетности демографических проблем. Создание такой системы и механизма управления демографическими процессами – актуальная задача, которая успешно решается в автономном округе.

Обеспечение прав и социальных гарантий семьи и детства осуществляется в соответствии с демографически-ориентированным законодательством Ханты-Мансийского автономного округа-Югры. В настоящее время на территории автономного округа действуют 30 видов мер социальной поддержки семьи, материнства и детства.

Проектом Программы предполагается дифференциация мер социально-экономической помощи семьям с двумя и более детьми (обычным функциональным семьям, многодетным, малообеспеченным). Планируется введение новых видов пособий.

В результате реализации мероприятий Программы планируется: повышение среднего числа детей, рожденных одной женщиной до 1,7-1,8 (в 2006 – 1,53); увеличение к 2010 г. абсолютного числа

---

родившихся до 22,0–22,5 тыс. человек (на 10-12% больше, по сравнению с 2005 г.); повышение общего коэффициента рождаемости (число родившихся на 1000 населения) – до 14,4–14,6% (2005 г. – 13,5%); повышение продолжительности жизни населения до 64,4 лет для мужчин и 75,2 лет для женщин (2005 год - 62,7 (мужчины), 74,2 года - (женщины)); увеличение доли местных уроженцев в населении автономного округа до 22% к 2010 г.(2005 год – 19,8%); удовлетворение потребности автономного округа в трудовых ресурсах.

Обеспечение государственных гарантий прав граждан на общедоступность дошкольного образования регулирует нормативная правовая база и действующие целевые программы автономного округа, благодаря чему в 2006 году удалось сохранить охват образовательными услугами в дошкольных образовательных учреждениях, в 2006 году он составил 73,5 % (2005 г. – 72 %), что на 16 % выше, чем в целом по стране, во многом – это результат использования дополнительных механизмов – вариативных форм (группы кратковременного пребывания детей, специализированные группы для детей с проблемами здоровья, надомное обучение и воспитание дошкольников с проблемами в развитии и др).

В Югре реализуются различные механизмы приобретения жилья молодыми семьями. Законом автономного округа «О программе «Улучшение жилищных условий населения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры» предусмотрена реализация подпрограммы «Молодой семье - доступное жилье». Целью принятия данного закона является увеличение объемов жилищного строительства на территории автономного округа, ускорение сроков приобретения молодежью собственных жилых помещений.

По всем направлениям демографической и семейной политики проводятся социологические исследования, осуществляется информационное сопровождение. Югра также активно участвует в международных проектах по профилактике семейного неблагополучия, развитию системы услуг для ВИЧ-положительных, развитию народонаселения и др.

Предлагаем Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации:

создать общенациональные программы «Российская семья», «Многодетная семья»;

внести изменения в законодательство об актах гражданского состояния в части получения данных о числе рожденных детей по порядку рождения у матери, о социальных характеристиках новобрачных и родителей (для оказания мер социальной поддержки вторым, третьим и последующим детям);

---

---

изменить существующий порядок оплаты отпусков по беременности и родам в части пересмотра порядка ограничения максимального размера выплат, их минимального уровня, исходя из принципа: «не менее прожиточного минимума, установленного в данном регионе и действовавшего в квартале, предшествовавшем уходу в отпуск по беременности и родам».

## **ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ/СПИДА СРЕДИ БЕЗРАБОТНОЙ МОЛОДЕЖИ**

**Федина С.А., Егорова М.А.**

*Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями г. Барнаул*

В условиях распространения ВИЧ/СПИДа молодежь оказалась наиболее уязвимой группой населения в отношении этого заболевания. Это подтверждают и данные статистики: 80% людей с ВИЧ – это молодые люди от 15 до 29 лет. Рост безработицы среди молодежи усугубляет ситуацию.

Возникает необходимость внедрения новых технологий по профилактике ВИЧ-инфекции именно среди безработных.

Были определены возможные направления работы по профилактике ВИЧ с учетом технологии и формы работы службы занятости: через информационные программы, консультации, клубы ищущих работу. В рамках проекта в 2005 году различные категории специалистов центров занятости Алтайского края: директора, профконсультанты, психологи, – прошли обучение по вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа и ценностного отношения к здоровью в ГУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями» в Барнауле.

В феврале - марте 2007 года сотрудники СПИД-центра провели семинары-тренинги для специалистов центров занятости Алтайского края на тему «Вопросы профилактики ВИЧ-инфекции. Межведомственное взаимодействие». У нас сложилось многолетнее сотрудничество с общественными организациями, работающими в области профилактики ВИЧ/СПИДа, наркомании. В семинаре приняли участие представители АКОО «Позитивное развитие», АКОО «Анти-СПИД-Сибирь», АКОО МАБН (Алтайская краевая общественная организация Международной ассоциации по борьбе с наркоманией и наркобизнесом), городского подросткового центра «ЮНИКС», православной общественной организации

---

при Барнаульской Епархии «Благовещение», которые рассказали о своем опыте работы в области профилактики ВИЧ/СПИДа и наркомании специалистам центров занятости.

## **ТУБЕРКУЛЕЗ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ МАТЕРЕЙ**

**Фролова О.П.**

*Центр противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией*

В России приказом МЗ РФ № 170 от 16.08.94г. отмена вакцинация БЦЖ детей, рожденных от больных ВИЧ-инфекцией матерей. Такое решение мотивировано предупреждением развития на фоне иммунодефицита БЦЖ-инфекции на авирулентную, но живую вакцину.

В связи с тем, что ВОЗ рекомендует в странах с высокой распространенностью туберкулеза вакцинировать БЦЖ детей, рожденных от больных ВИЧ-инфекцией матерей, в случаях отсутствия у них проявлений иммунодефицита, нами анализировалась в 2003-2006 гг. целесообразность отмены вакцинации.

Изучены случаи вакцинации БЦЖ детей, рожденных от больных ВИЧ-инфекций матерей и заразившихся ВИЧ (в отсутствии признаков иммунодефицита) (54). Вакцинация им была произведена, так как информация о ВИЧ-инфекции у матери в роддом поступила с опозданием. Ни у кого из этих детей патологической реакции на БЦЖ не возникло. Но, с другой стороны, за этот период только в детское отделение больницы, на базе которой находится наш центр, госпитализировано 13 больных туберкулезом детей, рожденных от больных ВИЧ-инфекцией матерей. Туберкулез у них развился, так как они попали в очаги туберкулезной инфекции (в большинстве случаев матери употребляют наркотики, ведут асоциальный образ жизни).

В результате динамического обследования этих детей выяснилось, что никто из них не заразился ВИЧ-инфекцией, но из-за отказа от вакцинации БЦЖ у 8 их них развились тяжелые осложненные формы туберкулеза (что характерно для детей раннего возраста не вакцинированных БЦЖ и попавших в очаги туберкулеза).

Таким образом, в условиях современной профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку таким путем ВИЧ-инфекцией заражаются только 1-2%. Но большинство детей, родившихся от страдающих наркоманией матерей, попадают из роддома в неблагополучные семьи, в которых нередко бывают больные туберкулезом родственники или друзья. Оказавшись в очагах туберкулезной инфекции,

---

не вакцинированные БЦЖ дети, не заразившись ВИЧ-инфекцией, заболевают тяжелыми формами туберкулеза.

В связи с этим считаем целесообразным, подготовить методические рекомендации о вакцинации БЦЖ детей, рожденных от больных ВИЧ-инфекцией матерей, и профилактике туберкулеза у этого контингента граждан.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ**

**Хаустова Л.В., Карпова Л.Н.**

*Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями г. Барнаул*

Среди вторичных заболеваний, зарегистрированных у ВИЧ-инфицированных туберкулез занимает ведущее место. Это связано с тем, что уровень первичной заболеваемости туберкулезом населения края за 5 летний период повысился на 17%.

На начало 2006 года зарегистрировано 271 случай ВИЧ-ассоциированного туберкулеза. Следует отметить, что заболеваемость и смертность от сочетанной патологии ВИЧ+ туберкулез ежегодно увеличивается. В крае реализуется комплекс организационных мероприятий по профилактике туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных, внедрена технология оказания медицинской помощи данной категории больных, а именно:

на уровне администрации края создана межведомственная комиссия по профилактике и борьбе со СПИДом;

на уровне управления по здравоохранению 2 раза в год проводятся заседания Координационного совета по профилактике ВИЧ-ассоциированного туберкулеза, назначен координатор из числа врачей - фтизиатров. Ежегодно утверждается план мероприятий по профилактике, выявлению, лечению и «Д»-наблюдению за пациентами с ВИЧ+туберкулез.

Консультативный осмотр и мониторинг за данной категорией больных осуществляется фтизиатрами Центров СПИД. Лечение больных на стадиях первичных проявлений ВИЧ-инфекции проводится в противотуберкулезных диспансерах.

Стационарное лечение на поздних стадия ВИЧ-инфекции проводится на госпитальных базах - инфекционных отделениях.

По месту жительства организована туберкулинодиагностика и создание флюорографических архивов на ВИЧ-инфицированных.

---

Важным аспектом профилактики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных является подготовка медицинских кадров по данной проблеме. С этой целью ежегодно проводятся семинары для врачей фтизиатров, инфекционистов, медицинских работников УФСИН специалистами подготовленными в Российском Федеральном научно-методическом центре по профилактике и борьбе со СПИДом.

Особое внимание уделяется вопросам информирования населения и ВИЧ-инфицированных профилактике туберкулеза.

## **МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАЗРАБОТКИ СТАНДАРТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ**

**Царик Г.Н., Рычагов И.П., Шпилянский Э.М., Тё И.А.**

*ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия, Институт социально-экономических проблем здравоохранения г. Кемерово*

В рамках реализации нового хозяйственного механизма (1987-1991 гг.), направленного на улучшение общественного здоровья населения путем повышения качества медицинской помощи на основе рационального распределения и эффективного использования ресурсов отрасли была предпринята попытка разработать для конкретных клинико-статистических групп стандарты качества.

Стандарты качества того периода включали набор показателей и параметров, характеризующих желаемое (ожидаемое) состояние здоровья пациента на момент выписки, окончания курса лечения, а также стандартный набор мероприятий – оптимально необходимый при данном заболевании перечень лабораторных анализов, функциональных и прочих исследований, лечебно-реабилитационных манипуляций и процедур.

Кузбасс в числе первых регионов приступил к реализации закона «О медицинском страховании граждан в РСФСР». Это потребовало разработки нового пакета документов, включая медико-экономические стандарты.

Отличительной особенностью медико-экономических стандартов было включение в схему стандартов качества трудозатрат на реализацию технологий курации и операций. Величина трудозатрат определялась в зависимости от категории сложности курации и операций.

В целях состыковки объемов финансирования с объемами оказания медицинских услуг в Кемеровской области разработана и внедрена многоуровневая многоэтапная система оказания медицинской помощи.

---

Многоуровневая многоэтапная система включает следующие этапы: амбулаторно-поликлинический (поликлиника, общие врачебные практики; дневные стационары лечебно-профилактических учреждений; стационары (отделения, этапы) краткосрочного пребывания (коррекции неотложных состояний); стационары (отделения, этапы) интенсивного лечения; стационары (отделения, этапы) долечивания с круглосуточным пребыванием пациентов; стационары (отделения, этапы) долечивания с дневным пребыванием в ЛПУ; стационары на дому; стационары (отделения, этапы) медико-социальной помощи (хосписы).

Обязательным условием внедрения многоуровневой многоэтапной системы организации медицинской помощи была разработка стандартов организации технологий (СМТ). В отличие от медико-экономических стандартов (МЭС), стандарты медицинских технологий (СМТ) наряду с кодом СМТ и шифром МКБ содержали: показания для пребывания на этапе; сроки лечения; диагностические процедуры (на 100 пациентов); лечебные мероприятия (на 100 пациентов); лечебные процедуры, выполняемые врачом; лечебные процедуры, выполняемые медсестрой; консультации (на 100 пациентов); критерии завершения этапа; дальнейший маршрут.

В настоящее время в Кузбассе действуют стандарты профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

Стандарты первичной, вторичной и третичной профилактики заболеваний, влияющих на продолжительность и качество жизни населения, имеют следующую структуру:

- шифр заболевания или группы заболеваний по Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра (МКБ-10);

- наименование заболевания;

- контингенты населения, на которые направлено профилактическое вмешательство (дети, подростки, трудоспособный возраст, пенсионный возраст). Градациями детского возраста являются: 0-1 лет – грудные дети; 1-2 года – дети ясельного возраста; 3-6 лет – дошкольный возраст; 7-10 лет – ранний школьный возраст; 11-13 лет – средний школьный возраст, 14-17 лет – подростковый возраст. К трудоспособному возрасту отнесены мужчины в возрасте 16-59 лет и женщины в возрасте 16-54 года. Пенсионный возраст включает в себя мужчин старше 60 лет и женщин старше 55 лет;

- перечень факторов риска развития заболевания, по поводу которого проводится профилактическое вмешательство;

- перечень диагностических манипуляций и процедур, позволяющих оценить статус обследуемого (предрасположенность к возникновению заболевания, оценка факторов риска), частота их проведения;

---

---

перечень профилактических мероприятий, включающих технологию его проведения (индивидуальная работа, групповое консультирование, обучение в школах и кружках больных с различными формами заболеваний, консультации по типу «горячей линии» и т.п.);

перечень корректирующих манипуляций и процедур с использованием необходимой аппаратуры, медикаментов, изделий медицинского назначения;

ожидаемые результаты профилактического вмешательства (отказ от вредных привычек, рациональное трудоустройство, стабилизация контролируемых показателей, взятие на учет в группу риска, перевод в другую группу диспансерного наблюдения и т.п.).

Стандарты диагностики и лечения корреспондируют со структурой СМТ.

Стандарты медицинских технологий реабилитации содержат:

#### I. Виды помощи

Лечебно-профилактические мероприятия:

2. Восстановительная терапия:

2.1. Базисная терапия (варианты)

2.2. Симптоматическая терапия

2.3. Терапия осложнений

Длительность и число курсов:

3. Реконструктивная хирургия (нуждаемость на 100 инвалидов):

4. Протезно-ортопедическая помощь (нуждаемость на 100 инвалидов):

5. Санаторно-курортное лечение (нуждаемость на 100 инвалидов):

6. Изделия медицинского назначения, средства ухода (нуждаемость на 100 инвалидов):

7. Технические средства реабилитации (нуждаемость на 100 инвалидов):

8. Медицинский патронаж (нуждаемость на 100 инвалидов):

9. Противопоказанные виды труда

#### II. Оценка качества

Оценка качества осуществляется с использованием индикатора качества, единиц его измерения, стандарта, оценки норматива в баллах и цены единицы отклонения в баллах.

Вопросы обеспечения качества были основополагающей задачей на всех этапах модернизации системы здравоохранения.

Разработанная в Кемеровской области система управления обеспечением качества медицинской и лекарственной помощи с использованием СМТ позволяет:

учесть мнение пациентов;



---

дать объективную оценку доступности медицинской помощи, профессионализму медработников, состоянию материально-технической базы, санэпидрежиму, лекарственному обеспечению, соблюдению этических и деонтологических норм медицинским персоналом, адекватности медицинской помощи, деятельности ЛПУ;

оценить объемы финансирования и эффективность использования ресурсов ЛПУ.

Определение экономического эффекта подтвердило целесообразность внедрения перечисленных выше мероприятий, поскольку дефицит финансирования ЛПУ в результате внедрения многоуровневой, многоэтапной системы медицинского обслуживания и системы управления обеспечением качества медицинской помощи удалось сократить на 15,3% -22,8%. Без ущерба качеству и доступности медицинских услуг.

## **ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ВЫХАЖИВАНИИ ГЛУБОКОНЕДОШЕННЫХ ДЕТЕЙ**

**Черданцева Г.А., Русанов С.Ю.**

*ФГУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи»,  
Екатеринбург*

Современный этап развития перинатологии характеризуется совершенствованием медицинских технологий, направленных на качественное улучшение реанимации и интенсивной терапии, создание новых методов лечения респираторного дистресс-синдрома, перинатальных повреждений ЦНС.

Дети с экстремально низкой массой тела при рождении (ЭНМТ) по России составляют 4,5% от числа всех детей, родившихся с массой тела до 1500г, которые, в свою очередь, составляют 12% всех недоношенных.

К современным высокотехнологичным методам лечения дыхательной недостаточности при РДС у недоношенных новорожденных относятся различные варианты респираторной поддержки (неинвазивная вентиляция легких методом биназального СРАР, высокочастотная осцилляционная и пациент-триггерная вентиляция легких) и заместительная сурфактантная терапия.

Соблюдение предшествующих появлению таких младенцев этапов современных перинатальных технологий (транспортировка в «естественной упаковке», антенатальная профилактика, выбор

---

оптимального, преимущественно оперативного, способа родоразрешения под контролем состояния кровотоков у плода) и внедрение этих методов лечения в условиях ОРИТ УНИИ ОММ позволило в течение последних 3-х лет существенно улучшить показатели выживаемости среди наиболее проблемной категории новорожденных массой тела менее 1500г.

Летальность недоношенных снизилась на 29% (с 9,0% до 2,6%) при увеличении числа пролеченных пациентов массой до 1500г с 55 до 87 (63%). Летальность детей до 999г снизилась с 54,5 до 12,5%, а летальность детей от 1000г до 1499г – с 20,4 до 5,6%.

Внедрение перинатальных технологий, включая антенатальную профилактику и лечение осложнений беременности снизило частоту ИВЛ у недоношенных детей на 65%, одновременно в 35,8% детям проводится неинвазивная вентиляция легких методом биназального СРАР. Частота осложнений ИВЛ значительно снизилась: пневмоторакс – в 2 раза; ВЖК III ст. – в 2,4 раза; БЛД – в 1,4 раза.

Уменьшение продолжительности лечения в отделении детской реанимации составило 1,5 койко-дня, что в расчете на каждого больного в день экономит до 10000 рублей.

## **ОБ ОРГАНИЗАЦИИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ВЫПОЛНЕНИЮ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА ПО КОМПОНЕНТУ ВИЧ/СПИД ЗА 2006 Г. НА ТЕРРИТОРИИ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Чубирко М. И., Усачева Л.П.**

*Управление Роспотребнадзора по Воронежской области*

Территория Воронежской области по уровню инфицированности ВИЧ относится к неэпидемичным территориям (за 2006 г. показатель – 18,5 на 100 тыс. населения). В 2006 г. в области достигнуты индикаторные показатели выполнения Национального проекта по профилактике ВИЧ: диспансерным наблюдением охвачено 95% из подлежащих, высокоактивную антиретровирусную терапию (ВААРТ) получали 54 человека за счет средств Проекта и областного бюджета и 12 человек – в рамках клинических испытаний препарата Презиста (100%). В учреждения ФСИН получали лечение 7 нуждающихся. Организация бесплатного лечения возложена на ГУЗ «Воронежский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями». С целью контроля

---

эффективности лечения не реже одного раза в квартал осуществляется определение иммунного статуса и вирусной нагрузки (за 2006 г. проведено исследований соответственно 806 и 642). Проведено 307584 скрининговых исследований на ВИЧ и 428447 - на вирусные гепатиты В и С.

На территории области осуществлялась реализация 2-х профилактических проектов и 11 программ с участием общественных организаций. Автономная некоммерческая организация «Центр Анти-СПИД» участвовала в реализации проекта, направленного на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции среди наиболее уязвимых групп населения (потребителей инъекционных наркотиков и коммерческих секс-работниц). В области разработана областная целевая программа «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера на 2007- 2011 гг.» с подпрограммой «ВИЧ-инфекция». В 2006 г. подписано соглашение о взаимодействии между Главным управлением здравоохранения области и управлением Федеральной службы исполнения наказаний России по Воронежской области по вопросам обследования, лечения ВИЧ-инфицированных, находящихся в учреждениях ФСИН. В целях эффективности реализации Национального проекта на территории области Управлением Роспотребнадзора проведен ряд необходимых организационных мероприятий.

В целях профилактики посттрансфузионного пути передачи в области по предписанию руководителя Управления Роспотребнадзора с 2006 г. прекращена выдача некарантинизированной свежемороженой плазмы в лечебно-профилактические учреждения.

## **БЕЗОПАСНОСТЬ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ - НАДЛЕЖАЩАЯ ПРАКТИКА ВЫПОЛНЕНИЯ ИНЪЕКЦИЙ**

**Шухов В.С.**

*Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии*

Проведенные исследования и многолетние наблюдения показали, что основной путь распространения ВИЧ-инфекции связан с небезопасным личным поведением. Причем, это относится и к тем, кто по долгу профессии оказывает помощь пациентам с ВИЧ/СПИДом и особенно там, где не соблюдаются всеобщие меры предосторожности и охраны здоровья. Повышение профессиональной нагрузки, связанное с нарастанием эпидемии, увеличением числа пациентов, находящихся под наблюдением, недостаточность адекватных

---

мер предосторожности среди медицинского персонала, приводят к тому, что работники здравоохранения испытывают достаточно большие психологические и физические нагрузки. Учитывая цели, поставленные Национальным проектом «Здоровье» по включению в лечение в 2007 году не менее 30000 человек, можно предполагать и соответствующее возрастание нагрузки и на медицинский персонал. Это означает и адекватное увеличение профессиональных рисков и ставит проблему безопасности в медицинских учреждениях в особое положение.

Около двух лет тому назад, на этапе становления программы организаций ООН по обеспечению всеобщей доступности к антиретровирусному лечению, Всемирная Организация Здравоохранения совместно с Международной Организацией Труда не только обратили на эти вопросы свое внимание, но и подготовили специальное издание «Совместные рекомендации для служб здравоохранения по теме ВИЧ/СПИДа» (Международное бюро труда, Женева, 2005), нацеленное на содействие формирования в службах здравоохранения адекватного подхода к работе по противодействию ВИЧ/СПИДу, включая защиту медицинских работников от воздействия ВИЧ-инфекции на рабочем месте, а также создание для них безопасных для здоровья и достойных условий труда. Интересно, что в своем контексте несколько секций этого документа являются своеобразным продолжением другой публикации, подготовленной Всемирной Организацией Здравоохранения несколько лет тому назад и известной как «Надлежащая практика в области инъекций» (Managing an injection safety policy. A framework to benchmark, assess, plan, implement and evaluate a national strategy for the safe and appropriate use of injections - WHO/BCT/03.01, 2003).

Появление этих двух документов объясняется тем, что с одной стороны, частота травм работников здравоохранения, обусловленных выполнением инъекций, продолжает оставаться крайне высокой, инъекции (в том числе и при вакцинации), особенно в развивающихся странах, продолжают оставаться одной из наиболее востребованных форм оказания медицинской помощи, а с другой стороны – дальнейшее ухудшение эпидемиологической ситуации с ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами В и С, делает оказание медицинской помощи людям, далеко не безопасной практикой.

Только согласно существующей, крайне неполной статистике, от 600.000 до 1.000.000 работников здравоохранения в США травмируются инъекционными иглами и другим профессиональным инструментарием. У части из них (около 1000), эти, легкие травмы приводят к появлению серьезных гемоконтактных заболеваний, таких как

---

гепатиты В и С, ВИЧ. В этой ситуации не приходится говорить о высокой стоимости внедрения безопасной инъекционной практики – изменения поведения или, как минимум, использования безопасных инъекционных устройств - имеются все основания констатировать, что обследование травмированных медицинских работников и их лечение гораздо более затратно. Однако проблемы инъекционной практики состоят не только в потенциальном инфицировании пациента и/или медицинского работника, но и в незнании, несоблюдении или, просто, игнорировании правил выполнения инъекций (включая выбор надлежащей иглы, устройства для инъекций, правил постановки катетера, соблюдения санитарно-эпидемиологического режима).

Внедрение надлежащей инъекционной практики, согласно рекомендациям Международной Сети по Безопасным Инъекциям (Safe Injection Global Network - SIGN), лежит в плоскости стойкого изменения поведения, как самих пациентов (потребителей), так и всех медицинских работников - медицинских сестер, которые традиционно являются ответственными за выполнение инъекций, и врачей, которые несут всю ответственность за методически грамотное выполнение инъекции, ее безопасность для пациента и лица, выполняющего инъекцию, утилизацию материала после проведения процедуры.

Надлежащая практика выполнения инъекций, должна базироваться на следующих положениях:

Обобщенные рекомендации и некоторые положения надлежащей инъекционной практики

Исключение не необходимых инъекций является приоритетной задачей по обеспечению профилактики гемоконтактных инфекционных заболеваний.

Лекарственные средства должны вводиться инъекционно только если это единственный возможный путь введения

Везде, где это возможно должны использоваться лекарственные средства в готовой к инъекции форме. При этом, они должны использоваться в предельно короткие сроки после его подготовки к введению. Препараты, подготовленные для инъекции непосредственно рядом с пациентом, должны быть введены немедленно

При невозможности использовать лекарственное средство в готовой для введения форме (если подобная форма отсутствует) требуется внедрение жесткого алгоритма действий, минимизирующих потенциальный риск

Подготовка к процедуре инъекции (лекарственного средства, инструментария) должна осуществляться подготовленным персоналом, в соответствующей обстановке, и по надлежащей методологии

---

Необходимо избегать любых ручных манипуляций с использованными шприцами и иглами после проведения инъекций. При необходимости извлечь иглу из шприца (если не используются стандартные безопасные инъекционные устройства и предполагается утилизация пластмассовых шприцев и т.д.) следует использовать специальные устройства (извлекатели, отсекатели игл, др.).

Следует обеспечить правильную утилизацию инъекционного материала - все медицинские учреждения должны быть обеспечены специальным утилизационными ударопрочными плотными контейнерами для сбора игл и шприцев.

При этом, в основу безопасного трудового процесса, гарантирующего минимальный риск передачи ВИЧ-инфекции и других гемоконтактных инфекций на рабочем месте, должны быть заложены стандартные и универсальные меры предосторожности, включая признание следующих моментов, связанных с организацией трудового процесса как приоритетных:

Признание ВИЧ/СПИДа проблемой, связанным с каждым рабочим местом может играть существенную роль в ограничении распространения и снижения негативных последствий эпидемии.

Безопасная для здоровья производственная среда предполагает сохранение оптимального физического и психического здоровья на работе и адаптацию условий труда к возможностям работников.

Принципы надлежащей инъекционной практики являются обобщением существующих доказательно обоснованных данных призванных предохранить пациента, медицинского сотрудника, общество в целом.

Действенность профилактических мер можно повысить, применяя для этих целей все элементы «Надлежащей практики выполнения инъекций», информирование и просвещение на рабочем месте, минимизируя риски на каждом рабочем месте, а также используя специальную инъекционную технику и средства утилизации, которые могут косвенно повлиять на изменение отношения к проблеме и поведения каждого работника

---

## О РЕЗУЛЬТАТАХ МЕРОПРИЯТИЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫХ В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В 2006 г.

**Щуренков А.П.**

*ГУЗ Ивановской области «Центр профилактики и борьбы со СПИД и инфекционными заболеваниями»*

Проблема распространения ВИЧ-инфекции является актуальной для Ивановской области на протяжении последних 10 лет. 2006 год стал во многом значимым в решении проблем ВИЧ инфекции в области.

В августе 2006 года организован ГУЗ Ивановской области «Центр профилактики и борьбы со СПИД и инфекционными заболеваниями» как самостоятельное юридическое лицо.

В конце 2006г. при Правительстве Ивановской области создан Координационный Совет по борьбе с ВИЧ-инфекцией. В принятой Ивановской областной целевой программе «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера на 2007-2009 годы» на 2007 год запланировано на подпрограмму «Анти ВИЧ/СПИД» выделение дополнительно 3,5 млн.рублей.

На 01.01 2007 года в Ивановской области зарегистрировано 2675 ВИЧ-инфицированных, среди них 80,6 % - население в возрасте от 15 до 30 лет.

Реализация приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения по разделу «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ» позволила активизировать работу Центра, улучшить материально-техническую базу и благодаря достаточному количеству поступивших тест-систем увеличить число проводимых скрининговых обследований на ВИЧ. За период с сентября по декабрь 2006 года было обследовано на ВИЧ 195 880 человек (2005 год – 175 419).

Из них вновь выявлено в 2006 году 304 человека (в 2004 г. - 289, в 2005 г. – 250).

Увеличился охват ВИЧ-инфицированных диспансерным наблюдением. На 01.01.2007 г. на диспансерном учете состояло 1980 ВИЧ-инфицированных (74%) и 135 детей не достигших возраста 1,5 лет.

До 2006 года лечение ВААРТ проводилось только 6-ти пациентам, а с 2006 г. количество пациентов увеличилось до 31 (из них 3 детей). Кроме того 14 ивановцев лечатся за пределами области (3 ребенка и 3 взрослых в Усть-Ижоре, 8 взрослых в Москве). На апрель 2007г. лечение в Центре получают 53 человека.

---

**PREVENTION OF MOTHER-TO-CHILD  
TRANSMISSION OF HIV  
SUCCESS OF RAPID HIV TESTING PROGRAM FOR  
HIGH RISK WOMEN IN LABOR, ST. PETERSBURG,  
RUSSIA, 2004-2005**

**ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА  
ВИЧ ИНФЕКЦИИ: УСПЕХИ ДОСТИЖЕНИЯ  
ПРОГРАММЫ ЭКСПРЕСС-ТЕСТИРОВАНИЯ НА  
ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ ЖЕНЩИН ВЫСОКОГО РИСКА В  
РОДАХ С-ПЕТЕРБУРГ, РОССИЯ, 2004-2005**

**Akatova НАкатова Н.Ю, Rakhmanova АРахманова А.Г, Kissin ДМКиссин Д.М,  
Vinogradova ЕВиноградова Е.Н, Воронин Е.Е,  
Воронин Е.Е, Лисицына З.Н., Voronin E, Jamieson D, Jamieson D,  
SamarSKaya МСамарская М.ФФ, Yakovlev АЯковлев А.А, Volkova G.Волкова  
Г.В, Stepanova ЕСтепанова Е.В, Талантова О. Е, Denishova GTалантова О.Е,  
Денишцева Г.А, Robinson JРобинсон Дж, Miller WСМиллер Б, Джеймсон  
Д, Glynn МККэйт Г, Хиллис С. and Hillis S for the PMTCT in High Risk Women  
Project Team**

Согласно рекомендациям Министерства Здравоохранения РФ, проведение экспресс-тестирования на ВИЧ-1 показано всем беременным женщинам, поступающим на родоразрешение с недокументированным ВИЧ-серостатусом и отсутствием теста на ВИЧ-инфекцию после 34 недели беременности. Параллельно при параллельном проведении стандартного тестирования с помощью ИФА и подтверждающего тестирования методом иммуноблота.

The Russian Ministry of Health recommends rapid HIV-1 testing (RT) of all pregnant women presenting for delivery with undocumented HIV serostatus and with no second HIV test after 34 weeks gestation, with parallel standard HIV testing using EIA with Western blot confirmation. В г. С-Петербурге наблюдение и последующее тестированиеобследование детей с перинатальным контактом осуществляется Городским цЦентром СПИД с использованием метода ПЦР в возрасте 1-го и 6-ти месяцев,, и Определения антител методом ИФА после возраста в течение 18 месяцев и постановке иммуноблота с 12 месяцев от рождения.

In St. Petersburg, follow-up testing for perinatally-exposed infants is standardly conducted in the City AIDS Center using PCR at 1 and 6 months and EIA antibody testing after 18 months.

**METHODS**Методы: В период с 13 апреля 2004 г по 13 апреля 20065



---

г женщинам, поступившим в роды в родильные дома №№15 и 16 г. С-Петербурга и подлежащим обследованию, было предложено обследование быстрым тестом «Abbot Детермин Determine HIV 1/2».а (лаборатория Эббот). From April 13, 2004 to April 13, 2005, eligible women presenting in active labor at 2 high-risk maternity hospitals in St. Petersburg were offered point-of-care RT using Determine (Abbott Laboratories). Критериями для постановки быстрого теста являлись: а) отсутствие документированного обследования на ВИЧ после 34 недель беременности; и б) неполное обследование на ВИЧ (1, 2 теста до 34 недель); в) факт активного употребления инъекционных наркотиков, вне зависимости от имеющих проведенного обследования тестов на ВИЧ во время беременности. Criteria for RT included no documented HIV test 34 weeks gestation, and active injection drug use (IDU), regardless of previous HIV testing. Для определения успешности программы быстрого тестирования мы оценивали: долю женщин, подлежащих тестированию быстрому тестированию; характеристики матерей-женщин, чьи результаты тестирования на ВИЧ которых не были доступны ни до, ни после родов; проведение химиопрофилактики ВИЧ матери и ребенку; использование искусственного вскармливания; , обследование методом ПЦР детей, рожденных от матерей с положительным результатом быстрого теста. To assess the success of the RT program, we evaluated eligibility for RT, characteristics of mothers whose RT results were not available until after delivery, administration of maternal and infant antiretroviral (ARV) prophylaxis, use of replacement feeding, and follow-up infant PCR testing among those mothers with positive RT results. Кроме того, была использована расширенную систему расширенного перинатального мониторинга для оценки индикаторов репродуктивного здоровья среди ВИЧ-инфицированных женщин, включая нежелательную беременность и отказ от ребенка.

Furthermore, we used enhanced perinatal surveillance data to evaluate reproductive health indicators among HIV-infected mothers, including unintended pregnancy and infant abandonment.

**RESULTS** Результаты: Из 30 9428.798 женщин, родоразрешивших в исследуемых родильных домах-участниках программы, 12 7664.491 Of the 8,798 women giving birth at participating hospitals, 4,491((451,2.0%) подлежали быстрому тестированию; were eligible for RT. Из них 11 Of these, 386.,669 женщин (891,.17%) женщин были получены обследованы с помощью быстрого теста. Следует отметить, что от общего числа под-

---

лежащих обследованию быстрым тестом, 34% женщин составил контингент с несвоевременным обследованием на ВИЧ (на момент поступления в родильный дом имели 2 и более теста, но до 34 недель). 96.,% положительных результатов быстрых тестов подтверждено иммуноблотом, в ряде случаев результаты иммуноблота оказались неопределенными. underwent RT. В среднем Среднее время от момента забора крови до предоставления результатов медперсоналу родильного отделения составило 20 минут. В 950,7% (3,329) случаев результаты теста были известны до родов. The median time between blood collection and availability of test results to labor and delivery staff was 20 minutes Среди тех, кому был поставлен быстрый тест, в . Of those who received rapid testing 90.7% (3.,-329) случаев результаты теста были известны до родов. of results were known before delivery. Наиболее частой причиной риска фактором в случае непредставления результатов быстрого теста до родов явилось позднее поступление в родильный дом ( менее 1 часа до родов, 50.0 vs 0.5%,  $p < .0001$ , 95% доверительный интервал 98,6-292) менее одного часа до родов, 50.0 в сравнении с 0.5 %, вероятность 169.7).

Риск факторами Основными причинами позднего поступления в родильный дом являются ВИЧ - позитивный статус The strongest risk factor for results not being available until after delivery was late presentation ( $< 1$  hour before delivery; 50.0 vs 0.5%,  $p < .0001$ , adjusted odds ratio 169.7, 95% confidence interval 98.6-292.1). Risk factors for late presentation included being HIV positive (24.4 vs 12.8%,  $p < .0001$ ), injection drug use (23.9 vs 12.4%,  $p < .0001$ ), and having no known previous HIV test (26.2 vs 4.7%,  $p < .0001$ ). Результаты Сeropозитивность логического обследования на ВИЧ колеблется различаются в зависимости от количества предыдущих тестов на ВИЧ проведенных во время беременности тестов на ВИЧ: положительный результат обследования HIV seropositivity differed significantly according to number of previous HIV tests ( $p < .0001$ ): positive RT results were observed for был зарегистрирован в у 6.6% женщин, (90/1.,,358), of those with 0 previous HIV tests с отсутствием тестирования не обследованных на ВИЧ во время беременности; у 0.6% (9/1.,,556) of those with с одним отрицательным тестом на ВИЧ до 1 negative HIV test  $< 34$  weeks gestation недель беременности; и у 0.,1% (1 случае у/718) женщины с двумя отрицательными тестами на ВИЧ

---

до 34 недель беременности of those with 2 such tests. В период с 13 апреля 2004г. по 13 апреля 20065 г. вВ observational родильных домах, где работал проект, родоразрешились 1 573 женщин с ВИЧ-инфекцией. Установлено, что 36 % женщин употребляли наркотические препараты даже во время беременности, 22% от общего числа рожавших не состояли на учете в женских консультациях. №№ 15 и 16 г. Санкт-Петербурга родилось 217 детей от женщин-потребителей инъекционных наркотиков. Из них только 6 женщин при поступлении в родильный дом имели полное обследование на ВИЧ (в том числе второй отрицательный результат теста после 34 недель). Среди этих женщин впоследствии ни одна не была диагностирована как ВИЧ-положительная. Из общего количества женщин-потребителей инъекционных наркотиков 24% (53/217) не были тестированы на ВИЧ в течение беременности и в родах выявлены с положительным результатом теста. Использование быстрого тестирования на местах позволило провести химиопрофилактику ВИЧ 9376,80% (1 475The use of point-of-care RT allowed 77 76-ти из of 101 100 ) (76.20%) presumed HIV-infected women andженщинам с положительным результатом теста;, 97.9% 93 из of 95 (154093 из 95) 97.9%) живноворожденныхх детей от этих матерей также получили была проведена химиопрофилактикуа и полученовозможность искусственное вскармливаниевскармливание.infants born alive to these women to receive antiretroviral ARV prophylaxis and replacement feeding. Наблюдение детей в центре СПИД (71.2% vs 59.9%), и процент передачи ВИЧ (15.4% vs 2.5%) был выше среди женщин без ДН в сравнении с группой женщин, имеющих наблюдение.

Из 75 детей с перинатальным контактом, рожденных с 13 апреля по 31 декабря 2004 г, обследование методом ПЦР в возрасте отс 1 до 3 месяцев, былио проведеноу у 53.3% (40/75);Of the 75 perinatally-exposed infants born from April 13 to December 31, 2004 in participating sites, follow-up PCR testing at 1 to 3 months was available for 53.3% (40/75); of theиз 40 infants receiving PCR testing,обследованных детей у 3- 3трое had initial positive PCR resultsдетей имели положительные результаты обследования на ВИЧ тестированияоказались положительными. Для ВИЧ- инфицированных матерей широконаиболее распространенными факторамиихарактерными явились явились как нежелательная беременность For HIV-infected mothers, both unintended pregnancy (61.8%), так и высокий процент отказов от детей and infant abandonment at birth (37.5%).

were commonly reported.

CONCLUSIONSВыводы: Использование быстрых тестов налади-

---

лопозволило усовершенствовать своевременное определение ВИЧ - статуса у женщин, поступающих на родоразрешение родов без предварительного обследования вовремя; способствовало адекватному проведению наиболее адекватной перинатальной профилактики женщинам и их детям. The use of RT improves timely detection of HIV infection among women presenting in labor with undocumented HIV serostatus, and facilitates appropriate delivery of intrapartum ART to these women and their infants. Достижения Совершенствование программ по профилактике перинатальной передачи ВИЧ-инфекции можно улучшить должно проводиться путем с помощью усиления государственных общественных программ, делающих акцент на подчеркивающих важность родового наблюдения и своевременной госпитализации на роды для родоразрешения, совершенствованию улучшения наблюдения за детьми с перинатальным ВИЧ-контактом, улучшение усиление профилактики нежелательной беременности среди ВИЧ позитивных женщин, увеличение и мероприятий, направленных на профилактику отказов от детей. The success of MTCT prevention programs could be improved by: strengthening community-based programs which emphasize the importance of prenatal care and of early presentation for labor and delivery; improving follow-up for perinatally-exposed infants; strengthening prevention of unintended pregnancy in HIV-infected women, and intensifying interventions to prevent infant abandonment.

## **ОСНОВНЫЕ ТЕЗИСЫ ДОКЛАДА О РЕАЛИЗАЦИИ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Махакова Г.Ч.**

Основные составляющие приоритетного национального проекта в области здравоохранения:

- Развитие первичной медицинской помощи;
- Развитие профилактического направления медицинской помощи;
- Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью.

Нормативное правовое обеспечение реализации Проекта в 2006-2007 (I квартал)

Подготовлено и утверждено:

- 8 федеральных законов;
- 28 постановлений Правительства Российской Федерации;

---

• 52 приказа Министерства здравоохранения и социального развития.

Повышение квалификации врачей первичного звена в 2007 году:

• Запланировано обучение врачей участковых педиатров - 4000 человек;

• Запланировано обучение врачей общей (семейной) практики - 2500 человек;

• Запланировано обучение врачей участковых терапевтов - 5500 человек

Осуществление денежных выплат медицинским работникам:

	Факт 2006 г. (млрд. руб.)	План 2007 г. (млрд. руб.)	I кв. 2007 г. (млрд. руб.)
Медицинский персонал первичного звена	14,6	21,1	4,0
Медицинский персонал ФАП и СМП	4,1	11,2	1,7

Итоги оснащения диагностическим оборудованием медицинских учреждений в 2006 году:

- Электрокардиографы - 8785
- Ультразвуковое оборудование - 4115
- Эндоскопическое оборудование - 3606
- Рентгенологическое оборудование - 3247
- Лабораторное оборудование - 2899

Результаты оснащения диагностическим оборудованием медицинских учреждений в 2006 году:

• Для жителей сельских населенных пунктов повысилась доступность медицинского обследования

• С 10 до 7 дней снизилось время ожидания обследования в городских амбулаторно-поликлинических учреждениях

• На 30% снизилась платность медицинских услуг

Итоги оснащения автомобилями скорой медицинской помощи в 2006 году:

• Автомобили скорой медицинской помощи - 6722

• Реанимобили - 93

Результаты деятельности учреждений и подразделений скорой медицинской помощи:

• Сокращение среднего времени ожидания больными бригад скорой медицинской помощи с 35 до 25 минут;

• Повышение эффективности оказания скорой медицинской помощи посредством оказания ее с первой минуты транспортировки

Итоги оказания медицинской помощи женщинам в период беременности в 2006 году:

• Оказание амбулаторно-клинической помощи - 1 319 555 беременным женщинам;

---

---

• Оказание помощи в период родов - 1 273 585 беременным женщинам

Результаты оказания медицинской помощи женщинам в период беременности в 2006 году:

• Увеличилось количество посещений беременными женских консультаций в среднем с 10 до 12 за период наблюдения

• Увеличился охват беременных женщин пренатальным скринингом с целью выявления пороков развития плода в среднем на 7% (с 81,5 до 87%)

• Увеличились объемы стационароразмещающей помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе на 5-10% (с 14 до 16%)

• Увеличилась доля женщин, вставших на учет по беременности в ранние сроки, в среднем на 9% (с 74 до 79%)

• Появилась возможность приобретения дорогостоящих препаратов для реанимации новорожденных, борьбы с акушерскими кровотечениями, лечения инфекционных осложнений

Итоги проведения иммунизации в рамках Национального календаря прививок в 2006 году:

• Против полиомиелита было привито 150 000 человек;

• Против гриппа было привито 22 000 000 человек;

• Против краснухи было привито 5 000 000 человек;

• Против гепатита В было привито 10 000 000 человек.

Результаты проведения иммунизации населения в рамках Национального календаря прививок в 2006 году:

• Снижение заболеваемости гепатитом В на 17%;

• Снижение заболеваемости гриппом в 1,8 раза;

• Стабилизация и снижение заболеваемости краснухой.

Итоги проведения дополнительной диспансеризации и дополнительных медицинских осмотров:

• Работники бюджетной сферы - 2,9 млн. человек;

• Работники, занятые во вредных условиях - 3,6 млн. человек;

• Работники других отраслей - 0,2 млн. человек

Результаты проведения дополнительной диспансеризации и дополнительных медицинских осмотров:

Выявлено:

• Новых случаев сахарного диабета - 46 000 случаев;

• Злокачественных новообразований - 6700 случаев;

• Туберкулеза - 670 случаев.

Обеспечение профилактики, выявления и лечения инфицированных вирусом иммунодефицита человека, гепатитом В и С:

• Поставка антиретровирусных препаратов - 446 952 упаковок;

- Поставка препаратов для лечения гепатитов В и С - 18 115 упаковок;
- Поставка тест-систем для диагностики ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С - 126 968 упаковок

Итоги проведения профилактики, выявления и лечения инфицированных вирусом иммунодефицита человека, гепатитом В и С:

- 14,4 тыс. человек, больных ВИЧ-инфекцией получили антиретровирусную терапию;
- 3465 детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей и нуждавшихся в лечении прошли полный курс химиопрофилактики;
- 4950 ВИЧ-инфицированных беременных женщин прошли полный курс химиопрофилактики

Строительство федеральных центров высоких медицинских технологий

Федеральные центры	2006 год	2007 год
Федеральные центры сердечно-сосудистой хирургии	Астраханская область, Красноярский край, Пензенская область, Хабаровский край	Калининградская область, Пермский край, Смоленская область, Челябинская область
Федеральные центры нейрохирургии	Тюменская область	Новосибирская область
Федеральные центры травматологии, ортопедии и эндопротезирования	Краснодарский край, Чувашская республика	Алтайский край, Приморский край

Основные направления реализации пилотного проекта в субъектах РФ, направленного на повышение качества услуг в здравоохранении:

- Переход на преимущественно одноканальное финансирование систем здравоохранения субъектов РФ;
- Внедрение единых федеральных стандартов оказания медицинской помощи, табелей оснащения и кадрового обеспечения лечебно-профилактических учреждений;
- Реформа оплаты труда в сфере здравоохранения;
- Внедрение частичного фондодержания;
- Формирование персонализированного учета оказания медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования

Разработка дополнительных мероприятий Приоритетного национального проекта в области здравоохранения на 2008-2010 гг.

- Совершенствование оказания медицинской помощи больным с заболеваниями сосудов головного мозга и сердца;
- Совершенствование оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях;

- 
- Проведение мероприятий по снижению рисков несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;
  - Строительство перинатальных центров.

## **О ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ НАПРАВЛЕНИЯХ В ПРИОРИТЕТНОМ НАЦИОНАЛЬНОМ ПРОЕКТЕ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Махакова Г.Ч.**

Основные составляющие развития профилактического направления в здравоохранении:

- Диспансеризация работающего населения;
- Иммунизация населения в рамках Национального календаря прививок.
- Профилактика, выявление и лечение инфицированных вирусом иммунодефицита человека, гепатитом В и С.
- Обследование новорожденных детей на галактоземию, мукополисахаридоз и аденогенитальный синдром.

Итоги и результаты проведения дополнительной диспансеризации и дополнительных медицинских осмотров работающего населения в 2006 году:

- Всего прошло дополнительную диспансеризацию и медицинские осмотры – 6,7 млн. человек, что составило 7% от всего трудоспособного населения, при этом свыше 70% были лица в возрасте 35-55 лет
- Выявлено около 46 тысяч новых случаев сахарного диабета, 6700 злокачественных новообразований, более 670 случаев туберкулеза
- Раннее выявление заболеваний у обследованных, работающих граждан, в рамках проекта, позволило предотвратить рост числа осложнений, временную утрату трудоспособности, инвалидизацию, а возможно и преждевременную смертность

Динамика показателей проведения дополнительной диспансеризации работников бюджетной сферы в 2006-2007 годах:

- Увеличение объема финансирования с 2-х до 4-х миллиардов рублей;
- Увеличение нормативов финансовых затрат с 500 до 540 рублей на каждый случай дополнительной диспансеризации;
- Расширение контингента, подлежащего дополнительной диспансеризации;



---

• Сокращение срока действия результатов лабораторных и инструментальных исследований с 6 до 3-х месяцев.

Итоги проведения иммунизации в рамках Национального календаря прививок в 2006 году:

- Против полиомиелита было привито 150 000 человек;
- Против гриппа было привито 22 000 000 человек;
- Против краснухи было привито 5 000 000 человек;
- Против гепатита В было привито 10 000 000 человек.

Результаты проведения иммунизации населения в рамках Национального календаря прививок в 2006 году:

- Снижение заболеваемости гепатитом В на 17%;
- Снижение заболеваемости гриппом в 1,8 раза;
- Стабилизация и снижение заболеваемости краснухой.

Обеспечение профилактики, выявления и лечения инфицированных вирусом иммунодефицита человека, гепатитом В и С:

- Поставка антиретровирусных препаратов - 446 952 упаковок;
- Поставка препаратов для лечения гепатитов В и С - 18 115 упаковок;
- Поставка тест-систем для диагностики ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С - 126 968 упаковок.

Итоги проведения профилактики, выявления и лечения инфицированных вирусом иммунодефицита человека, гепатитом В и С:

- 14,4 тыс. человек, больных ВИЧ-инфекцией получили антиретровирусную терапию;
- 3465 детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей и нуждавшихся в лечении прошли полный курс химиопрофилактики;
- 4950 ВИЧ-инфицированных беременных женщин прошли полный курс химиопрофилактики

Охват субъектов Российской Федерации неонатальным скринингом:

- В 36 субъектах Российской Федерации поставлены и введены в эксплуатацию многофункциональные автоматизированные комплекты лабораторий;
- В 53 субъекта Российской Федерации поставлено 4650 наборов реагентов для проведения скрининговых исследований

Итоги проведения обследований на галактоземию, адреногенитальный синдром и муковисцидоз в 2006 году:

- Адреногенитальный синдром - обследовано 651872 новорожденных;
  - Муковисцидоз - 668113 обследовано новорожденных;
  - Галактезимия - 312696 обследовано новорожденных.
-

---

Результаты проведения обследования на галактоземию, аденогенитальный синдром и муковисцидоз в 2006 году:

- Аденогенитальный синдром - выявлен 71 больной новорожденный;
- Муковисцидоз - выявлено 56 больных новорожденных;
- Галактезимия - выявлено 5 больных новорожденных.

**РЕАЛИЗАЦИЯ ПРИОРИТЕТНОГО  
НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» НА  
ТЕРРИТОРИИ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ В 2006 Г.  
ПО БЛОКУ «ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ,  
ВЫЯВЛЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ВИЧ»**

**Т.Н. Мельникова, В.Н. Смирнов, О.В. Здерихина**

*ГУЗ «Вологодский областной Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями»*

В Вологодской области на 01.01.2007 г. было зарегистрировано 1093 случаев ВИЧ-инфекции. С учетом умерших, выбывших за пределы области и прибывших ВИЧ-инфицированных в область на постоянное место жительства, в области проживало 919 человек, подлежащих учету и диспансерному наблюдению.

Показатель пораженности ВИЧ-инфекцией на 01.01.2007 г. составил 73,7 на 100 тыс. населения. Показатель инцидентной заболеваемости за 2006 г. составил 11,0 на 100 тыс. населения против показателя 9,5 на 100 тыс. населения за 2005 г. Темп прироста заболеваемости составил 15,8%.

В целях выполнения задач по реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» на территории Вологодской области по блоку «Профилактика ВИЧ-инфекции, выявление и лечение больных ВИЧ» за 2006 г. проведены следующие организационные и лечебно-диагностические мероприятия:

- Проводилось контролируемое непрерывное лечение антиретровирусными препаратами 71 больным (плановый показатель взятия на контролируемое лечение за 2006 г. – 71 человек).

- Прошли диспансерное наблюдение 664 человека (72,3% от числа подлежащих диспансерному наблюдению в 2006 г.).

- Обследовано за 2006 г. с профилактической целью на ВИЧ-инфекцию 207 491 человек (92,2% от объема запланированных обследований на 2006 г. и 16,4% от числа проживающего населения).

---

• По состоянию на 01.01.07 г. поставлено лекарственных препаратов и тест-систем на сумму 28 146,4 тыс. руб., в том числе:

лекарственных препаратов - 5665 упаковок на общую сумму 18 723,1 тыс. руб. – 105% от стоимости запланированных поставок;

диагностических тест-систем - 809 наборов (124195 определений) на общую сумму 9 423,3 тыс. руб. (136,6% от стоимости запланированных поставок).

Полученные тест-системы распределены учреждениям – получателям по разрядке, утвержденной департаментом здравоохранения Вологодской области.

## **СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН**

**Мурзабаева С.Ш., Байтурина А.Т., Зайцев С.В., Азаматов Р.Ш., Шлемская В.В.**

*Министерство здравоохранения Республики Башкортостан, Государственное учреждение здравоохранения Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, г. Уфа*

Широкий масштаб распространения ВИЧ-инфекции, важность социально-экономических аспектов, позволяют определять данное заболевание к важнейшим социально-значимым проблемам медицинской науки и практического здравоохранения.

В целях усиления профилактической направленности в области охраны здоровья, совершенствования знаний медицинских работников по проблемам профилактики передачи ВИЧ-инфекции, реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в феврале, марте и мае 2007 года в г.Уфа специалистами Фонда «Здоровая Россия» проведены Республиканские тренинговые семинары «Профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку», «Коммуникация и консультирование при ВИЧ-инфекции» и «Актуальные проблемы внедрения в Республике Башкортостан программ профилактики ВИЧ-инфекции».

На практическом этапе занятий были отработаны различные модели консультирования и формы межличностной коммуникации между медицинским работником и пациентом. Детально разобрано консультирование беременных женщин с положительным результатом анализа на ВИЧ, проработано консультирование по теме «ВИЧ-инфекция, беременность и ребенок».

В результате этих мероприятий было подготовлено 25 тренеров по профилактике вертикальной передачи ВИЧ-инфекции и 22

---

тренера по коммуникации и консультированию в области ВИЧ-инфекции. С целью повышения уровня знаний по ВИЧ-инфекции и в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Башкортостан от 18.04.2007 г. № 437-Д «О проведении тренинговых семинаров «Профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку» и «Коммуникация и консультирование в области ВИЧ-инфекции» обученными специалистами в 16 городах Республики проведены Республиканские тренинговые семинары на которых прошли обучение 500 врачей инфекционистов, акушеров-гинекологов, педиатров, дерматовенерологов, наркологов.

Проводимые тренинговые семинары не только показали, но и доказали, что квалифицированное проведение консультирования в процессе тестирования на ВИЧ-инфекцию позволяет сочетать профилактическую работу по изменению поведения личности с целью предупреждения заражения ВИЧ с индивидуальной психологической поддержкой, что характеризует данный этап борьбы с ВИЧ-инфекцией как лично ориентированный.

## **КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**

**Мустафина В.Х., Зайцев С.В., Азаматов Р.Ш., Шлемская В.В.**

*Министерство здравоохранения Республики Башкортостан*

*Государственное учреждение здравоохранения Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, г. Уфа*

Неослабевающее внимание к ВИЧ-инфекции обусловлено пожизненной персистенцией вируса в организме больного, тяжестью течения заболевания, развитием выраженного иммунодефицитного состояния, формированием СПИД – ассоциированных инфекций. Массивная репликация вируса приводит к снижению числа CD4+ - клеток, являющихся центральной фигурой иммунного ответа человека. Все вышеуказанное, показывает о необходимости создания каждому ВИЧ-инфицированному пациенту индивидуального Клинико-Иммунологического Мониторинга (КИМ), подразумевающего четкий контроль за течением основного процесса, иммунологическими нарушениями, сопутствующими заболеваниями, развитием оппортунистических инфекций, с последующим определением показаний для назначения антиретровирусной (далее - АРВТ) для подавления репликации ВИЧ, назначением превентивной терапии СПИД-ассоциированных инфекций.

Выбор назначения АРВТ осуществляется каждому пациенту

---

индивидуально решением консилиума ГУЗ РЦПБ СПИД и ИЗ, основываясь на сочетанности клинических проявлений ВИЧ-инфекции и лабораторных данных.

Назначение комбинированного режима «тройной» АРВТ ВИЧ - инфицированным пациентам способствует значительному уменьшению содержания ВИЧ РНК в крови, динамике роста числа CD4+ - лимфоцитов, клиническому улучшению состояния больного, замедлению скорости прогрессирования заболевания и частоты летальных исходов.

Диспансерное наблюдение за пациентом на стадии первичных проявлений ВИЧ-инфекции с обязательной оценкой иммунного статуса и активностью СПИД-ассоциированных заболеваний осуществляется 1 раз в квартал, а на стадии вторичных заболеваний 2 раза в квартал. С целью повышения иммунологической реактивности ВИЧ - инфицированным пациентам проводятся месячные курсы реабилитации, включающие как назначение лекарственных препаратов, так и традиционного лечения, физиотерапии.

Таким образом, проводимый индивидуальный КИМ позволяет осуществлять своевременное и качественное диспансерное наблюдение за ВИЧ-инфицированными пациентами, диагностировать оппортунистические инфекции и нарушения иммунного ответа организма, проводить антиретровирусную терапию, психотерапию, превентивное лечение «вторичных инфекций». Проведение иммунореабилитации способствует более продолжительной ремиссии ВИЧ-инфекции, стабилизации иммунного ответа и благоприятному клиническому течению процесса.

## **ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ: БИМЕДИЦИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ИСПЫТАНИЯ**

**Рукавишников М.В.**

*РОО «Сообщество людей, живущих с ВИЧ»*

Разработка и тестирование новых препаратов для лечения ВИЧ является важным элементом усилия в борьбе с эпидемией, расширения доступа к лечению и повышения качества социальных услуг. Между тем, следуя общепринятому принципу того, что интересы отдельного человека имеют приоритет по отношению к интересам науки и общества, следует выделить ряд проблем, возникающих в процессе биомедицинских исследований препаратов для лечения ВИЧ-инфекции в России. По мнению многих исследователей, проводить биомедицинские испытания в России гораздо выгоднее, чем

---

в странах западной и восточной Европы. Это, в первую очередь, связано с несовершенством законодательства. Вместе с тем российское законодательство, регламентирующее биомедицинские исследования, не отличается ни детальностью, ни системностью, ни единым понятийным аппаратом. Так, в действующих законодательных актах содержатся преимущественно либо запреты, либо ограничения на проведение биомедицинских, прежде всего, клинических исследований, на определенных категориях граждан (несовершеннолетние, лица с психическими расстройствами, военнослужащие, осужденных и т.д.). При этом гарантии соблюдения прав граждан, участвующих в исследованиях, практически законодательно не установлены. Ни в одном законодательном акте подробно не регламентируется порядок организации и деятельности этических комитетов, предварительное одобрение которыми любого биомедицинского исследования с участием человека является обязательным в соответствии с международно-правовыми требованиями (например, Конвенцией Совета Европы о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине», Дополнительным протоколом к этой Конвенции, касающимся биомедицинских исследований) и практикой других стран. Учитывая неуклонно расширяющиеся масштабы многоцентровых (международных) биомедицинских исследований, в которых участвуют граждане России – в качестве как исследователей, так и испытуемых, особенно актуальной становится гармонизация отечественного законодательства в этой области с теми нормами и принципами, которыми руководствуется мировое сообщество. Устранить отмеченные недостатки и пробелы действующего российского законодательства о биомедицинских исследованиях путем внесения дополнений в действующие законодательные акты не представляется возможным, в связи с чем необходимы разработка и принятие самостоятельного федерального закона в этой сфере.

---

## СОДЕРЖАНИЕ

РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕФЕКТАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.....	3
Ан А.В.	
ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» В РЕСПУБЛИКЕ ХАКАСИЯ.....	4
Ананьевский О. В., Захарова Е. В.	
МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ –ИНФЕКЦИИ, ПРОВОДИМЫЕ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ В РАМКАХ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА.....	5
Антимонова М.Ю. , Павлов В.В. , Быков А.А., Спирин А.В.	
ОБ ОПЫТЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА В ОБЛАСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ /СПИД В УЧРЕЖДЕНИЯХ ФСИН РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	6
Бекетова Е.В. Быков С.А.	
ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	7
Бондарь И.В., Алиева Г.А.	
ОБ ОПЫТЕ ПОДГОТОВКИ ВЫПУСКНИКОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ ПО ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ.....	9
Брико Н.И., Волчкова Е.В, Зверев В.В, Соколова Т.В.	
О МЕТОДИЧЕСКИХ ОСНОВАХ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ.....	10
Брико Н.И.	
ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ.....	11
В ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ.....	11
Вовченко А.В.	
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА «С» У ВИЧ – ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ ЯНАО.....	14
Волова Л.Ю., Донцова Е.А.	

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ЭЛИМИНАЦИИ КОРИ/КРАСНУХИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.....	15
Герасимова А.Г., Тихонова Н.Т., Цвиркун О.В., Мамаева Т.А., Шульга С.В.	
ТАКТИКА СНИЖЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДИФТЕРИЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.....	16
Максимова Н.М., Маркина С.С., Яцковский К.А., Корженкова М.П., Черкасова В.В., Лазикова Г.Ф., Кошкина Н.А.	
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВИЧ/СПИД И ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ, УПРАВЛЯЕМЫХ СРЕДСТВАМИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.....	17
Голиусов А.Т.,	
О ДЕМОГРАФИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТИ.....	24
Горчакова И. А.	
ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО ОРГАНИЗАЦИИ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	28
Грухина Г.Н., Опарина Л.В.	
УЧАСТИЕ РУССКОЙ ПРАВОСЛАВНОЙ ЦЕРКВИ В БОРЬБЕ С ЭПИДЕМИЕЙ ВИЧ/СПИДА В АЛТАЙСКОМ КРАЕ.....	29
Егорова М.А., священник Сергей Холодков	
О ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ И МЕРАХ ПО ЕЕ УЛУЧШЕНИЮ.....	30
Емцова Ю.В.	
РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ РОДИЛЬНОМ ОТДЕЛЕНИИ ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ.....	33
Епоян Т.А., Рахманова А.Г.	
О ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИММУНИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ В РАМКАХ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	36
Ерофеев Ю.В, Миленина В.М., Вайтович М.А., Бурашникова И.П., Пуртова И.Н.	
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ.....	37
Ерофеев Ю.В, Вайтович М.А., Еремеева И.Н., Пуртова И.Н.	



---

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИММУНИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ. ....	38
Забродин Н.А., Хлопотов В.В., Данилова В.В., Горева Е.С.	
О ХОДЕ РЕАЛИЗАЦИИ II ЭТАПА ПРОГРАММЫ ЛИКВИДАЦИИ КОРИ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ. ....	39
Забродин Н.А., Данилова В.В., Горева Е.С., Корюкова И.В.	
ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗРАБОТКИ ВЫСОКИХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ. ....	41
Заварзина О.О., Дикке Г.Б.	
ТЕХНОЛОГИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ. . . .	44
Заварзина О.О., Мыльникова Л.А., Константинова М.Ю.	
ТРАВМАТИЗМ, КАК ПРИОРИТЕТНАЯ ЗАДАЧА ТЕХНОЛОГИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ....	45
Заварзина О.О., Мыльникова Л.А.	
ПРОБЛЕМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В РОССИИ. ....	47
Какорина Е.П., Фролова О.П.	
РОССИЙСКОЕ МЕДИА-ПАРТНЕРСТВО В БОРЬБЕ С ВИЧ/СПИДОМ, НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ «ТРАНСАТЛАНТИЧЕСКИЕ ПАРТНЕРЫ ПРОТИВ СПИДА» (ТППС). ВОЗМОЖНОСТИ ЧАСТНО-ГОСУДАРСТВЕННОГО ПАРТНЕРСТВА В БОРЬБЕ С ВИЧ/СПИДОМ: ОПЫТ РОССИЙСКОГО МЕДИА-ПАРТНЕРСТВА В БОРЬБЕ С ВИЧ/СПИДОМ. ....	48
Кацап Наталья	
ДОБРОВОЛЬЧЕСТВО – КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ. ....	51
Кириллова Л.Д., Сушинова Е. В., Колчева Л.А., Филатов А.Н.	
ЦЕЛЕВАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ УЯЗВИМЫХ ГРУПП, КАК ЧАСТЬ НАЦИОНАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ В ОБЛАСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ/СПИДА. ....	53
Кириллова Л.Д., Филатов А.Н., Колчева Л.А., Горбунов А.В.	

---

ОБ ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЯХ ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ (К КРУГЛОМУ СТОЛУ ПО ВОПРОСУ «ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В РОССИИ И ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ»).....	55
Кривко С.Р.	
О ПОДГОТОВКЕ КАДРОВ В ОБЛАСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВИЧ/СПИД.....	61
Кубатаев А.А.	
ОБ ИНФОРМАЦИОННОМ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ В СИСТЕМЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ НАСЕЛЕНИЮ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	64
Кузнецов П.П.	
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ/СПИД И ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ В УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЕ.....	65
Кузнецова А.С.	
ОПЫТ РАБОТЫ ПО РЕАЛИЗАЦИИ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА ПО ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИММУНИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ В ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ.....	67
Кузнецова И.А., Лесникова Л.В., Смелков С.Н., Смирнова Н.А.	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ВИЧ – ИНФЕКЦИЕЙ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ.....	68
Лещева Г.Г., Курина Н.В., Корнеева Е.Р., Кузьмин Е.Г.	
ПРОБЛЕМА СНИЖЕНИЯ РИСКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ МЕДРАБОТНИКОВ ЛПУ Г. ЧЕЛЯБИНСКА.....	69
Лучинина С.В., Степанова О.Н., Матушкина А.Б., Селютина Л.И..	
ТАКТИКА СНИЖЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДИФТЕРИЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.....	71
Максимова Н.М., Маркина С.С., Яцковский К.А., Корженкова М.П., Черкасова В.В., Лазикова Г.Ф., Кошкина Н.А.	
О РЕАЛИЗАЦИИ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» В ЧАСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ.....	72
Мамчик Т.А., Душкина Н.В., Лексикова Т.В., Ситник Т.Н.	
ОБ АКТИВИЗАЦИИ РАБОТЫ ПО ОБЛАСТНОЙ ЦЕЛЕВОЙ ПРОГРАММЕ «ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА».....	73
Мамчик Т.А., Ситник Т.Н., Русяев Н.П.	

---

---

ИММУНИЗАЦИЯ ПРОТИВ КРАСНУХИ В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ..	74
Мамчик Т.А., Ситник Т.Н., Русяев Н.П.	
ИММУНИЗАЦИЯ ПРОТИВ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ.....	75
Мамчик Т.А., Ситник Т.Н., Русяев Н.П.,	
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В НА ТЕРРИТОРИИ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	76
Минашкин А.И., Интякова О.Б., Смирнова Л.А.	
РОЛЬ СРЕДСТВ МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ В РЕАЛИЗАЦИИ ЭПРИО- РИТЕТНЫХ НАЦИОНАЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	77
Москвичева М.Г., Лучинина С.В., Косарева Р.Р., Софейкова Т.В., Финце М.Н..	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ВААРТ. НАДО ЛИ ИССЛЕДОВАТЬ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К ПРОТИВОВИРУСНЫМ ПРЕПА- РАТАМ ДО НАЧАЛА ТЕРАПИИ?.....	79
Мошкович Г.Ф., Минаева С.В.	
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОГО ИНТЕРФЕРОНА ЭВ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ОРОФАРИНГЕАЛЬНЫМ КАНДИДОЗОМ.....	80
Наумова И.В., Алешина Т.В.	
РОЛЬ И МЕСТО МЕЖДУНАРОДНЫХ ПРОГРАММ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ/СПИДА В МУРМАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	81
Ошеров И.С., Байлук Ф.Н.	
РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА.....	82
Панова Н.Г.	
О РЕАЛИЗАЦИИ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ.....	83
Парков О.В., Окунева М.А., Чхинджерия И.Г.	
ОБ ОРГАНИЗАЦИИ НАДЗОРНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ЗА ХОДОМ РЕАЛИ- ЗАЦИИ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА.....	84
Парков О.В., Маркович Г.И., Волкова Г.В.	

---

---

**ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗАТРАТЫ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ.....85**  
Перхов В.И., Самородская И.В.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИММУНИЗАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ НОВГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» В 2006 ГОДУ..... 88**  
Петров А.Н., Пьяных В.А., Леонова Н.П., Цейц О.Е.

**ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ВЫЯВЛЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» В 2006Г..... 89**  
Петров А.Н., Пьяных В.А., Лойцкер Л.И., Бузунова С.А.

**ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИММУНИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ В РАМКАХ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В 2007 Г.....90**  
Петров Е.Ю., Княгина О.Н., Шарабакина М.А.

**ЛЕЧЕБНАЯ ГРЯЗЬ – ЦЕННЫЙ ИСТОЧНИК БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ.....91**  
Плетнёва И.В., Симонян А.В., Толмачева С.В., Симонян Н.А.

**КАКАОВЕЛЛА – ИСТОЧНИК НОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ... 92**  
Покровская Ю.С., Симонян А.В.

**РАЗРАБОТКА ЦЕЛЕЙ УНИВЕРСАЛЬНОГО ДОСТУПА К ПРОФИЛАКТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ, УХОДУ И ПОДДЕРЖКЕ В СВЯЗИ С ВИЧ/СПИДОМ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ..... 94**  
Покровский В.В., Ладная Н.Н., Голиусов А.Т., Семенченко М.В.

**КОМПЬЮТЕРНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ НА ТЕРРИТОРИИ АЛТАЙСКОГО КРАЯ С 1991 ПО 2006ГГ..... 98**  
Поподына Е.Б., Лукьянова В.А.

**РЕАЛИЗАЦИЯ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ) В 2006 ГОДУ.....99**  
Протодьяконов А.П., Игнатьева М.Е., Самойлова И.Ю.

---

**ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ ИНФЕКЦИИ: УСПЕХИ ПРОГРАММЫ ЭКСПРЕСС-ТЕСТИРОВАНИЯ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ ЖЕНЩИН ВЫСОКОГО РИСКА В РОДАХ, С-ПЕТЕРБУРГ, РОССИЯ, 2004-2006....101**  
Рахманова А.Г., Акатова Н.Ю., Киссин Д.М., Виноградова Е.Н., Воронин Е.Е., Лисицина Э.Н., Самарская М.Ф., Яковлев А.А., Волкова Г.В., Степанова Е.В., Талантова О. Е., Денишева Г.А., Робинсон Дж, Миллер Б, Хиллис С.

**ОПЫТ РАБОТЫ ГОРОДСКОЙ КОМИССИИ ПО МАТЕРИНСТВУ И ДЕТСТВУ ПО ПРОБЛЕМАМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА.....103**  
Рахманова А. Г.

**ГОРМОНАЛЬНО-АКТИВНЫЕ ОПУХОЛИ ГИПОФИЗА: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ.....106**  
Рожинская Л.Я., Марова Е.И., Арапова С.Д., Молитвослова Н.Н., Дзеранова Л.К., Григорьев А.Ю.

**ХИМИОПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ.....109**  
Романенко О.М., Макарова М.В., Курмашева Е.В., Ставропольская Л.В., Дижонова И.А., Валеева Э.В

**ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ И НОВОРОЖДЕННЫМ.....110**  
Садовникова В.Н.

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ.....114**  
Садовникова В.Н.

**КЛИНИЧЕСКИЕ ИСПЫТАНИЯ ПЕРВОЙ РОССИЙСКОЙ КАНДИДАТНОЙ ВАКЦИНЫ ПРОТИВ ВИЧ/СПИД «ВИЧРЕПОЛ».....117**  
Идорович И.Г., Коробова С.В., Николаева И.А., Шевалье А.Ф., Горностаева Ю.А., Гудима Г.О., Гасанов В.А., Киселев А.В., Трубоченинова Л.П., Трефильева Н.Ф., Пинегин Б.В., Черноусов А.Д., Петрова Т.В, Трофимов Д.Ю.

**НОВЫЕ ИСТОЧНИКИ ПРИРОДНЫХ ГИПОЛИПДЕМИЧЕСКИХ СРЕДСТВ.....118**  
Симонян А.В., Саламатов А.А., Аванесян А.А., Гетманенко А.Ю., Кулагина С.В.

**О ПРОВЕДЕНИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИММУНИЗАЦИИ В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ИТОГАМ 2006 ГОДА.....119**  
Соловьев М.Ю., Ковалев Е.В, Рыжков В.Ю., Мирошниченко Г.А., Сароян Ю.Д.

---

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННЫХ И ПРИОБРЕТЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ. . .121  
Соловьева К.С., Давыдова Т.А.

НАПРАВЛЕНИЯ И МЕХАНИЗМЫ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЗАДАНИЯ НА ОКАЗАНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В 2007 ГОДУ.....123  
Солодкий В.А.

РОЛЬ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ФОРМИРОВАНИИ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ.....124  
Стёпкин Ю.И., Платунин А.В., Шарипова Л.Ф., Жукова А.И., Шукелайть С.Н., Акимова Г.И.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ КОНТАКТОМ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ.....126  
Стриханов С.Н., Александрова О.К., Ермолаева Н.Б. Кулагин В.В..  
Топольская С.В.

РЕГИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ В ОБЛАСТИ ВИЧ/СПИДА...127  
Султанов Л.В.

ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ХАНТЫ – МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ. СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ВЫБОР И МЕХАНИЗМЫ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ.....128  
Успенская Т.Н.,

ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ/СПИДА СРЕДИ БЕЗРАБОТНОЙ МОЛОДЕЖИ 131  
Федина С.А., Егорова М.А.

ТУБЕРКУЛЕЗ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ МАТЕРЕЙ.....132  
Фролова О.П.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ..... 133  
Хаустова Л.В., Карпова Л.Н.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАЗРАБОТКИ СТАНДАРТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ.....134  
Царик Г.Н., Рыч Тагов И.П., Шпилянский Э.М., Тё И.А.

---

**ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ВЫХАЖИВАНИИ ГЛУБОКОНЕДО-  
НОШЕННЫХ ДЕТЕЙ. ....137**  
Черданцева Г.А., Русанов С.Ю.

**ОБ ОРГАНИЗАЦИИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ВЫПОЛНЕНИЮ ПРИОРИТЕТ-  
НОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА ПО КОМПОНЕНТУ ВИЧ/СПИД ЗА  
2006 Г. НА ТЕРРИТОРИИ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ. ....138**  
Чубирко М. И., Усачева Л.П.

**БЕЗОПАСНОСТЬ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ - НАДЛЕЖАЩАЯ  
ПРАКТИКА ВЫПОЛНЕНИЯ ИНЪЕКЦИЙ. .... 139**  
Шухов В.С.

**О РЕЗУЛЬТАТАХ МЕРОПРИЯТИЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫХ В ИВАНОВ-  
СКОЙ ОБЛАСТИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В 2006 Г. ....143**  
Щуренков А.П.

**PREVENTION OF MOTHER-TO-CHILD TRANSMISSION OF HIV  
SUCCESS OF RAPID HIV TESTING PROGRAM FOR HIGH RISK WOMEN IN  
LABOR, ST. PETERSBURG, RUSSIA, 2004-2005  
ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ ИНФЕКЦИИ: УСПЕХИ  
ДОСТИЖЕНИЯ ПРОГРАММЫ ЭКСПРЕСС-ТЕСТИРОВАНИЯ НА ВИЧ-  
ИНФЕКЦИЮ ЖЕНЩИН ВЫСОКОГО РИСКА В РОДАХС-ПЕТЕРБУРГ,  
РОССИЯ, 2004-2005. ....144**  
Akatoва NАкатова Н.Ю, Rakhmanova АРахманова А.Г, Kissin DMКиссин Д.М,  
Vinogradova EВиноградова Е.Н, Воронин Е.Е,  
Воронин Е.Е, Лисицына Э.Н., Voronin E, Jamieson D, Jamieson D, Samarskaya  
MSамарская М.ФФ, Yakovlev АЯковлев А.А, Volkova G.Волкова Г.В, Stepanova  
EСтепанова Е.В, Talantova O. E, Denishova GTалантова О.Е, Денишцева Г.А,  
Robinson JРобинсон Дж, Miller WСМиллер Б, Джеймсон Д, Glynn МККэйт Г,  
Хиллис С. and Hillis S for the PMTCT in High Risk Women Project Team

**ОСНОВНЫЕ ТЕЗИСЫ ДОКЛАДА О РЕАЛИЗАЦИИ ПРИОРИТЕТНОГО  
НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ....148**  
Махакова Г.Ч.

**О ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ НАПРАВЛЕНИЯХ В ПРИОРИТЕТНОМ  
НАЦИОНАЛЬНОМ ПРОЕКТЕ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ....152**  
Махакова Г.Ч.

---

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» НА ТЕРРИТОРИИ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ В 2006 Г. ПО БЛОКУ «ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ВЫЯВЛЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ВИЧ».....	154
Т.Н. Мельникова, В.Н. Смирнов, О.В. Здержихина	
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН .....	155
Мурзабаева С.Ш., Байтурина А.Т., Зайцев С.В., Азаматов Р.Ш., Шлемская В.В.	
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ БОЛЬНЫХ ВИЧ- ИНФЕКЦИЕЙ .....	156
Мустафина В.Х., Зайцев С.В., Азаматов Р.Ш., Шлемская В.В.	
ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ: БИМЕДИЦИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ИСПЫТАНИЯ.....	157
Рукавишников М.В.	