

# Лечебно-профилактические мероприятия в отношении больных с ВИЧ-инфекцией и ВИЧ-ассоциированными герпесвирусными дерматозами на различных этапах нахождения в заключении

Ковалёва Л. Н., Недужко А. А.

*Одесский национальный медицинский университет*

Проблема лечебно-профилактических мероприятий (ЛПМ) актуальна для всей медицины исправительных колоний и имеет общегосударственное значение. Специфика заключения формируется под влиянием системы факторов – социальных, демографических, национальных, психологических, биологических и т. п. Их изучение на фоне адекватных ЛПМ позволит поэтапно влиять на поведение заключенных с целью снижения заболеваемости ИППП и ВИЧ-ассоциированными дерматозами. Исходя из специфики пенитенциарной системы Украины, подробно описаны отдельные этапы нахождения в заключении, определены и внедрены основные ЛПМ, а также сформированы перспективные направления для их развития.

**Ключевые слова:** ВИЧ-инфекция, ВИЧ-ассоциированные герпесвирусные дерматозы, лечебно-профилактические мероприятия, пенитенциарная система

В настоящее время проблема лечебно-профилактических мероприятий (ЛПМ) актуальна для всей медицины исправительных колоний (ИК) и имеет общегосударственное значение. Сравнивая публикации предыдущих лет с данными, опубликованными в последние годы, мы обнаруживаем лишь констатацию того факта, что вредные привычки являются одним из важных факторов в распространении инфекций, передающихся половым путем (ИППП) среди заключенных. К сожалению, данные глубокого анализа социально-эпидемиологического аспекта применительно к ЛПМ в доступной литературе ограничены [9, 14].

В условиях заключения формируется рискованное поведение, связанное с потреблением инъекционных наркотиков, с незащищенными сексуальными контактами и т. п. [19], что приводит к высокому уровню распространенности ИППП [17]. По данным дозорного эпиднадзора (ДЭН), уровень инфицированности ВИЧ среди заключенных Украины в 2009 и 2011 гг. составлял 15 % и 13,7 %, соответственно [9]. Еще более высокий уровень инфицированности характерен для инфекции, вызываемой вирусом про-

стого герпеса (ВПГ-инфекции), – в частности, при сочетании ВПГ и ВИЧ:

- инфицированность ВПГ-2 среди ВИЧ-положительных заключенных-мужчин в Италии была в 1,9 раз выше по сравнению с ВИЧ-негативными заключенными – 353 (40,3 %) против 186 (21,2 %), соответственно [16];

- в Российской Федерации серопревалентность ВПГ-2 среди конкретного спецконтингента ( $n = 919$ ) составила 61,9 % [10];

- инфицированность вирусом герпеса человека третьего типа (ВГЧ-3) в мире составляет 90-100 % [1];

- среди ВИЧ-положительных лиц опоясывающий герпес (ОГ) возникает приблизительно в 25-30 % случаев [2, 7];

- серопревалентность вируса Эпштейна-Барр (ВЭБ) (ВГЧ-4) в человеческой популяции превышает 90 % [4]; инфицированность ВЭБ среди ВИЧ-положительных пациентов в Украине, по данным Н. О. Бабий и А. М. Щербинской (2007), близка к 100 % [3];

- среди людей, живущих с ВИЧ, (ЛЖВ) заболеваемость волосистой лейкоплакией языка (ВЛ), вызываемой ВЭБ, может достигать 25 % [18];

- инфицированность цитомегаловирусом (ЦМВ) среди ВИЧ-положительных пациентов составляет 65-93 %, причем исключительно редко поражается кожа [3, 6];

- ВГЧ-6, 7 ассоциируются с различными лимфопролиферативными заболеваниями [7, 8];

- ВГЧ-8 вызывает СПИД-ассоциированную саркому Капоши (СПИДСК) — наиболее распространенное злокачественное новообразование кожи среди ЛЖВ [12]. В 1991-2001 гг. в США заболеваемость СК среди ВИЧ-положительных заключенных ( $n = 336668$ ) была в 283 раз выше, чем у спецконтингента без ВИЧ-инфекции (283 и 1 на 100 тыс., соответственно) [11].

С учетом социально-эпидемиологических особенностей патогенеза герпесвирусной и ВИЧ-инфекций у заключенных, научные исследования по борьбе с герпесвирусами и ВИЧ для очередного поколения специалистов, занятых в области венерологии в Украине, становятся всё более сложной и актуальной задачей.

В исправительных учреждениях недостаточно внедряются лечебно-профилактические мероприятия в отношении ИППП [19]. Доказанным фактором увеличения риска передачи ИППП является нехватка или отсутствие презервативов в тюрьмах [13]. Качество оказания медицинской помощи в учреждениях пенитенциарной системы (ПС) значительно ниже по сравнению с таковым гражданской медицины (ГМ) [5, 15]. Проблемы лабораторной диагностики ИППП в условиях ПС связаны не только с ограниченными возможностями ее осуществления, но и с организационными вопросами [14]. Результативность терапии ИППП в условиях ПС также ниже по сравнению с учреждениями ГМ

[17]. В то же время гиперболизация проблем, связанных с распространением ИППП и других заболеваний в ПС, создает дополнительный фактор стигматизации заключенных и препятствует осуществлению адекватных ЛПМ, хотя имеются различные возможности в повышении их эффективности. Подходы к организации диагностики, лечения и профилактики ВИЧ-инфекции и ВИЧ-ассоциированных дерматозов в условиях ИК Украины недостаточно учитывают такие факторы, как этиопатогенетические характеристики данных нозологий, особенности контингента, специфические условия ПС и т. п.

**Цель работы** – усовершенствовать и внедрить ЛПМ для снижения заболеваемости ВИЧ-ассоциированными герпесвирусными инфекциями (ВИЧГВИ) на различных этапах нахождения заключенных в ИК; довести до заключенного понимание того, что безопасность его здоровья и здоровья окружающих может быть обеспечена лишь безопасным поведением в быту, в том числе в условиях ИК.

**Материалы и методы.** Социально-эпидемиологическая часть работы базируется на скрининговой традиционной методологии. Разработана архивная документация ИК № 14 за шесть лет. Изучены законодательные акты по оказанию медицинской помощи ВИЧ-положительным пациентам в условиях ГМ и ПС, включая совместные приказы Министерства здравоохранения Украины и Государственной пенитенциарной службы Украины. Проведен анализ статистических отчетов по всем медицинским подразделениям, изучен ряд ведомственных документов.

## Результаты и обсуждение

### 1 Основные этапы нахождения заключенных в учреждениях ПС и связующие элементы с другими типами учреждений

Нахождение в заключении представляет собой этапный процесс, начиная от момента поступления в ИК и заканчивая освобождением. В учреждении заключенный может находиться в различных условиях (участок карантина, локальный участок, производственные помещения, медицинская часть и др.). По необходимости, возможен временный вывоз заключенного за пределы учреждения с целью обследования/лечения в учреждении здравоохранения гражданского профиля или специализированной больницы ПС. Рис. 1 демонстрирует этапы ве-

дения и основные ЛПМ (профилактические, лечебно-диагностические и организационно-методические) для индивидуальной работы с заключенными в ограниченных условиях ИК, что требует решения вопроса о профильной подготовке кадров на всех этапах.

**1.1 Поступление в учреждение.** На первом этапе осуществляется этапирование осужденного с медицинской документацией, относящейся ко времени пребывания заключенного в следственном изоляторе (СИЗО) или других учреждениях ПС в участок карантина до момента распределения на постоянный участок ресоциализации. На этапе карантина осуществляется первичный медицинский осмотр заклю-



Рисунок 1. Этапы ведения заключенных и основные ЛПМ

ченных (изучение медицинской документации из СИЗО, сбор анамнеза, физикальный осмотр и клинико-лабораторные исследования). В ИК для повторно осужденных, по мере необходимости, используют архивную медицинскую документацию. Таким образом, этап нахождения на карантине является отправной точкой для внедрения ЛПМ в ИК.

## 1.2 Нахождение в учреждении.

**1.2.1 Участок ресоциализации** является основной структурной единицей ИК, куда поступают заключенные для постоянного пребывания после нахождения на участке карантина. Данные участки находятся в жилой зоне учреждения. Неработающие заключенные проводят на участке ресоциализации основную часть своего времени. Заключенные, которые заняты на производстве либо других видах деятельности, организовано с другими регулярно покидают данный участок с учетом своего рабочего графика. Медицинская помощь заключенным, находящимся на участке ресоциализации, предоставляется путем регулярного посещения участков медицинским персоналом с оказанием определенных видов медицинской помощи вплоть до обеспечения доставки заключенных

в медицинскую часть учреждения по показаниям. Аналогичные медицинские мероприятия проводятся на участках повышенного контроля, где содержатся заключенные, склонные к проявлению противоправного поведения.

**1.2.2 Участок социальной реабилитации**, находящийся за пределами основного ограждения ИК, является еще одним структурным подразделением постоянного пребывания заключенных, где содержатся лица с хорошим поведением и предпосылками для некриминального и социально приемлемого поведения после освобождения. Поскольку возможна трансмиссия инфекционных возбудителей (в т. ч. ИППП) в данных участках между самими заключенными, ЛПМ здесь направлены на минимизацию риска такой передачи и обеспечение доступа к медицинской помощи на всех этапах инфицирования ВИЧГВИ.

**1.2.3 Свидания в специально оборудованных комнатах.** Существующее законодательство предусматривает право заключенных на краткосрочные (до нескольких часов) и длительные (до трех суток) свидания в специально оборудованных комнатах; по требованиям ЛПМ, первостепенное значение имеет последний тип свиданий (в т. ч. свидания между супругами).

Нередко половые и бытовые контакты между супругами служат путями передачи ИППП, и здесь могут быть эффективными ЛПМ, направленные на обоих партнеров.

**1.2.4 Медико-санитарная часть (МСЧ)** является основным звеном в организации и проведении ЛПМ в ИК. В МСЧ осуществляется первичный осмотр заключенных участка карантина, осмотры при самостоятельном обращении, профилактические осмотры, консультации узких специалистов; оказывается ургентная помощь; производится забор биологического материала для исследования (кровь, моча, мокрота и т. п.), а также выполняются некоторые инструментальные (рентгенологические, антропометрические, ЭКГ и т. п.) и лабораторные исследования. По показаниям осуществляется стационарное лечение пациентов и изоляция больных с заразными заболеваниями (туберкулез, чесотка и т. д.). В МСЧ выполняются врачебные назначения (прием препаратов, инъекции, инфузии и т. п.). Сотрудники МСЧ ежедневно посещают участки ИК, осуществляют инфекционный контроль и обеспечивают взаимодействие с другими учреждениями гражданской медицины и ПМ. Медицинская служба ИК участвует в планировании закупок лекарственных препаратов, реагентов и другого оборудования. Таким образом, помимо профилактики, диагностики и лечения отдельных заболеваний, МСЧ отвечает за планирование и внедрение всех ЛПМ и взаимодействие ИК с другими службами.

**1.3 Временное пребывание вне учреждения.** Одна из причин, по которой заключенные временно покидают ИК, – это наличие клинических показаний, при которых необходима дополнительная диагностическая и лечебная помощь. При временном убытии из ИК заключенные поступают в учреждения гражданского профиля или в специализированные медицинские учреждения ПС. Основными причинами временного убытия в специализированные учреждения ПС являются назначение антиретровирусной терапии (АРТ) – для терапии ВИЧ-инфекции, а также лечение туберкулеза. При приеме АРТ заключенный в условиях стационара больниц ПС находится от одного до трех месяцев с последующим амбулаторным этапом в условиях отбывания наказания. Лечение туберкулеза также может осуществляться в специализированных больницах. Перед переводом в другие учреждения на заключенных,

получающих АРТ, оформляются сопроводительные документы с подробным описанием полученного лечения и с указанием количества выданных медикаментов, что обеспечивает необходимый курс терапии. В случае необходимости, заключенные с ВИЧ-ассоциированными дерматозами могут быть направлены в специализированную больницу ПС данного профиля.

**1.4 Убытие из учреждения.** Заключительным этапом пребывания заключенного в учреждении является подготовка к его убытию. В случае освобождения ВИЧ-положительного заключенного, обеспечивают выдачу заключенному/родственникам копии его медицинской документации. В случае нахождения заключенного на медицинском учете в связи с ВИЧ-инфекцией, информация о его планируемом освобождении с соответствующей медицинской документацией передается в региональный центр СПИДа с обеспечением заключенного запасом АРТ препаратов.

## **2 Перечень ЛПМ для использования на отдельных этапах нахождения в заключении**

### **2.1 Повышение информированности заключенных в вопросах профилактики ВИЧ/ИППП на всех этапах заключения.**

2.1.1 Изучение реальных потребностей заключенных в соответствующей информации.

2.1.2 Привлечение заключенных к разработке информационных материалов.

2.1.3 Размещение наглядной информации (плакаты, стенды и пр.) и раздача печатной информации (брошюры, буклеты, листовки и пр.) в помещении карантинного участка, в МСЧ, в комнатах свиданий, на участках ресоциализации, социальной реабилитации и повышенного контроля.

### **2.2 Профилактика передачи ВИЧ/ИППП путем формирования безопасной среды на всех этапах нахождения в заключении.**

2.2.1 Раздача презервативов в комнатах длительных свиданий, локальных участках и т. д.

2.2.2 Распространение лубрикантов совместно с презервативами для повышения эффективности использования презервативов, особенно при гомосексуальных половых контактах.

2.2.3 Предоставление информации (обучение правильному использованию презерватива) для формирования необходимых навыков безопасного поведения.

### **2.3 Раннее выявление ВИЧ-инфекции на всех этапах нахождения в заключении путем обеспечения широкого доступа к консультированию и тестированию на ВИЧ-инфекцию в МСЧ учреждения.**

2.3.1 Рутинное предложение о проведении консультирования и тестирования (КиТ) на ВИЧ-инфекцию (использование подхода КиТ по инициативе медицинского работника) при первичном/плановом осмотре либо самостоятельном обращении, для обеспечения более широкого охвата тестированием.

2.3.2 Использование рекомендаций по КиТ среди отдельных групп населения, в т. ч. среди заключенных, с учетом специфических потребностей данной группы (наркопотребление, гомосексуальные половые контакты, нанесение татуировок, повышенный уровень депрессии).

2.3.3 Формирование комфортных условий для проведения КиТ как одного из мотивирующих факторов к прохождению КиТ.

2.3.4 Увеличение кратности доставки образцов крови в лабораторию подтверждающей диагностики ВИЧ-инфекции и/или рутинное использование быстрых тестов (БТ) для диагностики ВИЧ-инфекции с целью сокращения времени между проведением исследования и получением результата и увеличения числа заключенных, получивших результат тестирования.

2.3.5 Направление запросов в лабораторию подтверждающей диагностики ВИЧ-инфекции в случае, если заключенный заявляет о наличии у него ВИЧ-инфекции при отсутствии документального подтверждения данной информации, чтобы избежать повторного тестирования лиц с позитивным ВИЧ-статусом.

2.3.6 Привлечение помощи неправительственных организаций (НПО) для обеспечения тестовыми системами диагностики ВИЧ-инфекции.

### **2.4 Раннее выявление ВИЧ-ассоциированных герпесвирусных дерматозов путем регулярного клиничко-лабораторного обследования спецконтингента и обеспечения условий для самостоятельного обращения.**

2.4.1 Проведение регулярных первичных и плановых медицинских осмотров в МСЧ как основного метода установления диагноза.

2.4.2 Привлечение к консультированию врача-дерматовенеролога для повышения эффективности оказания медицинской помощи больным с ВИЧ-ассоциированными герпесви-

русными дерматозами (ВИЧГВД).

2.4.3 Обязательный тщательный осмотр ротовой полости на предмет наличия высыпаний ВЛ и других маркерных заболеваний.

2.4.4 Учет клинических особенностей отдельных ВИЧГВД.

2.4.5 Использование БТ в диагностике ВПГ-инфекции с целью сокращения времени между проведением исследования и получением результата для более раннего начала лечения.

2.4.6 Регулярное определение уровня иммуносупрессии для формирования настороженности в развитии отдельных ВИЧГВД для своевременного назначения АРТ.

### **2.5 Своевременная и максимально полная постановка на медицинский учет лиц с позитивным результатом тестирования на ВИЧ-инфекцию на всех этапах нахождения в заключении путем сокращения времени между получением позитивного результата тестирования и постановкой на учет.**

2.5.1 Привлечение к консультированию врача-инфекциониста для получения возможности установления диагноза ВИЧ-инфекции и взятия на медицинский учет на месте.

2.5.2 Заполнение «Регистрационной карты ВИЧ-позитивного» непосредственно в учреждении с отправкой копии данного документа в региональный центр СПИДа.

### **2.6 Обеспечение комплексным лечением на всех этапах нахождения в заключении.**

2.6.1 Использование рекомендаций по особенностям лечения ГВД на фоне ВИЧ-инфекции, в т. ч. по лечению ОГ, с учетом степени ВИЧ-иммуносупрессии и тяжести клинических проявлений для повышения эффективности лечебных мероприятий.

2.6.2 Использование дополнительных возможностей содержания заключенных в учреждениях ПС для обеспечения лечения ВИЧГВД и других заболеваний под непосредственным наблюдением для повышения комплаентности терапии.

2.6.3 Широкий охват АРТ как средство профилактики рецидива ВИЧГВД и трансмиссии ВИЧ.

2.6.4 Обеспечение доступности лекарственных препаратов за счет помощи родственников заключенных и путем формирования постоянного запаса препаратов для сокращения промежутка времени между установлением диагноза и началом лечения.

2.6.5 Использование полусиндромного и синдромного подходов при назначении терапии

для повышения ее эффективности.

2.6.6 Исследование устойчивости к Герпес-виру и другим лекарственным препаратам для системного лечения ВИЧГВД.

2.6.7 Обеспечение запаса дорогостоящих медикаментов для лечения тяжелых, устойчивых к лечению Герпесвирусом и осложненных форм ВИЧГВД.

## **2.7 Инфекционный контроль за ВИЧ и ГВ на всех этапах нахождения в заключении.**

2.7.1 Обеспечение доступа к постконтактной профилактике (ПКП) заражения ВИЧ.

2.7.2 Проведение карантинных мероприятий по отношению к больным ОГ.

2.7.3 Проведение карантинных мероприятий по отношению к больным с симптомами острой ВИЧ-инфекции.

## **2.8 Профессиональная подготовка персонала.**

2.8.1 Обучение в рамках проведения конференций, тренингов, он-лайн курсов и других мероприятий.

2.8.2 Предоставление обучающих практических материалов на бумажных носителях и в электронном виде.

2.8.3 Внедрение клинического наставничества.

## **2.9 Организационные мероприятия для обеспечения непрерывности ЛПМ в заключении и после освобождения.**

2.9.1 Регламентация вопросов взаимодействия учреждений пенитенциарной и гражданской медицины.

2.9.2 Создание единого электронного реестра ВИЧ-позитивных пациентов с доступом учреждений пенитенциарной и гражданской медицины.

## **3 Основные ЛПМ, внедренные в условиях ПС и гражданской медицины**

3.1 Изучение поведенческих характеристик заключенных путем анализа результатов ДЭН среди спецконтингента Украины.

3.2 Размещение наглядной информации (плакаты, стенды и пр.) и раздача печатной информации (брошюры, буклеты, листовки и пр.) в помещении карантинного участка, в МСЧ, в комнатах свиданий, на участках ресоциализации, социальной реабилитации и повышенного контроля.

3.3 Раздача презервативов в комнатах длительных свиданий, локальных участках и т. д.

3.4 Предоставление при проведении КиТ информации по правильному использованию

презерватива для формирования необходимых навыков безопасного поведения.

3.5 КиТ на ВИЧ-инфекцию предлагалось всем заключенным при первичном осмотре (осмотр карантинного контингента при поступлении в учреждение).

3.6 При проведении консультаций в связи с тестированием на ВИЧ-инфекцию использовались рекомендации по КиТ среди заключенных. Рекомендации изложены в пособии «Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію: шлях до удосконалення послуг для окремих груп населення / за ред. І. В. Дзюблик. – К., 2010 – 200 с.».

3.7 При проведении консультирования в связи с тестированием на ВИЧ-инфекцию разработана и использовалась «Практическая модель консультирования заключенных для снижения риска инфицирования ВИЧ/ИППП» (рис. 2).

3.8 Оборудован кабинет «Доверие» для создания комфортных условий для проведения КиТ и как один из мотивирующих факторов к прохождению тестирования на ВИЧ-инфекцию.

3.9 Доставка образцов крови в лабораторию подтверждающей диагностики ВИЧ-инфекции проводится еженедельно.

3.10 В случае заявления заключенного о наличии у него позитивного ВИЧ-статуса и при отсутствии документального подтверждения данной информации, осуществляется запрос в лабораторию подтверждающей диагностики ВИЧ-инфекции.

3.11 Для обеспечения тестовыми системами диагностики ВИЧ-инфекции привлекаются ресурсы НПО.

3.12 Первичный осмотр врачом-дерматовенерологом проводится еженедельно для поступающего контингента, а амбулаторный прием – два раза в неделю.

3.13 Требования – тщательный осмотр кожных покровов, а также ротовой полости в проходящем свете на предмет наличия высыпаний ВЛ и других маркерных заболеваний.

3.14 При установлении диагноза учитываются данные анамнеза и клинические особенности отдельных ВИЧГВД.

3.15 Проводится регулярный мониторинг уровня ВИЧ-иммуносупрессии в соответствии с требованиями «Клинического протокола антиретровирусной терапии ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков», утвержденного прика-



Из рисунка видно, что заключенные относятся к группе повышенного риска инфицирования ВИЧ, поэтому на первом этапе важно оценить уровень вовлеченности заключенного в рискованное поведение. В ряде случаев общение с заключенным не вносит достаточной ясности относительно уровня такого риска, поскольку тема сексуальных (и особенно гомосексуальных) взаимоотношений и употребления наркотических препаратов обсуждается заключенными неохотно. В случае высокого риска инфицирования необходимо оценить, какие именно факторы формируют этот риск (низкая информированность, недостаточная мотивация, нехватка навыков, отсутствие условий для реализации безопасного поведения, насилие и т. д.). Среди выявленных компонентов важно выявить доминирующие в формировании риска инфицирования. С учетом этой информации необходимо установить факторы, которых не хватает человеку для снижения риска, и в то же время выяснить понимание готовности заключенного к снижению риска. Если заключенный готов к формированию безопасного поведения, необходимо предоставить ему необходимую информацию и научить навыкам, которых не достаёт. Если влияние внешних факторов является приоритетным в формировании риска, а усилить защитную роль внутренних факторов сложно или невозможно, могут быть рассмотрены вопросы изменения характеристик окружения, – например, перевод заключенного на другой локальный участок. В случае низкого риска инфицирования важно выяснить, связано ли это с внутренними убеждениями человека либо с тем, что в настоящий момент данный фактор риска попросту отсутствует (нет возможности практиковать рискованные формы поведения). В случае сильной внутренней мотивации и высокого уровня информированности важно сохранить существующую ситуацию, и наоборот – предоставить необходимые компоненты, если в случае изменения внешней ситуации риск инфицирования может возникнуть. Независимо от уровня рискованного поведения, каждый заключенный должен иметь доступ к повторному консультированию.

Рисунок 2. Практическая модель консультирования заключенных для снижения риска инфицирования ВИЧ/ИППП

зом МЗ Украины от 12.07.2010 г № 551.

3.16 В рамках договора между ИК № 14 и Одесским городским управлением здравоохранения осуществляется регулярный прием врача-инфекциониста Одесского городского центра по профилактике и борьбе со СПИДом. Диагноз ВИЧ-инфекция и взятие на медицинский учет с заполнением «Регистрационной карты ВИЧ-инфицированного лица», утвержденной приказом МЗ Украины от 24.12.2004 № 640/663, осуществляется на месте.

3.17 Лечение ВИЧГВД проводится в соответствии с требованиями «Клинического протокола диагностики и лечения оппортунистических инфекций и общих симптомов у ВИЧ-инфицированных взрослых и подростков», утвержденного приказом МЗ Украины от 13.04.2007 № 182, с учетом особенностей лечения ГВД на фоне ВИЧ-инфекции, в т. ч. лечения ОГ с учетом степени ВИЧ-иммуносупрессии и тяжести клинических проявлений.

3.18 Организована система ежедневного приема медицинских препаратов от родственников.

3.19 Используются подходы по полусиндромному и синдромному лечению согласно методическим рекомендациям «Особенности лечения инфекций, передающихся половым путем, в группах населения, уязвимых к заражению вирусом иммунодефицита человека», Киев, 2009 г.

3.20 Разработаны наглядные материалы по вопросам универсальных мер предосторожности инфицирования ВИЧ/гепатитами В и С и ПКП.

3.21 Имеется доступ к тематической обучающей информации в рамках конференций, тренингов, он-лайн курсов и других обучающих мероприятий. На протяжении последних шести лет в ИК № 14 внедрялись оптимизированные профилактические системы пропаганды, куда входили разработанные нами лекции и беседы по диагностике, профилактике ИППП как для медицинских работников, так и для индивидуальной работы с заключенными. В них рекомендовалось останавливаться анонимно на примерах, имевших место в ИК № 14, акцентировать внимание заключенных-слушателей на последствиях поздней диагностики и осложнениях при ВИЧ-ассоциированных дерматозах и ИППП. Одновременно были записаны аудиолекции по профилактике ВИЧ-инфекции и других ИППП. Были разработаны стенды, тематические подборки-выставки и т. д.

#### **4 Практические шаги для внедрения перспективных ЛПМ**

4.1 Включение тестирования на ВИЧ-инфекцию в стандартный перечень лабораторных исследований среди заключенных и вне-

дрение подхода КиТ по инициативе медицинского работника – требует утверждения нового «Порядка КиТ на ВИЧ-инфекцию» (находится в процессе разработки).

4.2 Рутинное использование БТ для диагностики ВИЧ-инфекции – требует внесения изменений в приказ «Об утверждении нормативно-правовых актов по вопросам медико-санитарного обеспечения лиц, которые содержатся в следственных изоляторах и учреждениях исполнения наказаний Государственного департамента Украины по вопросам исполнения наказаний», утвержденный совместным приказом Государственного департамента Украины по вопросам исполнения наказаний и МЗ Украины от 18.01.2000 г. № 3/6.

4.3 Привлечение к консультированию в ИК врача-дерматовенеролога и врача-инфекциониста – требует заключения на регулярной основе договоров между учреждениями ПС и учреждениями дерматовенерологического профиля и центрами по профилактике и борьбе со СПИДом о предоставлении консультационных приемов.

4.4 Широкий охват АРТ как средство профилактики рецидива ВИЧГВД и передачи ВИЧ – требует внедрения комплекса мероприятий, включая: (а) внесение изменений в «Клинический протокол диагностики и лечения оппортунистических инфекций и общих симптомов у ВИЧ-инфицированных взрослых и подростков», утвержденный приказом МЗ Украины от 13.04.2007 № 182, относительно назначения АРТ всем ВИЧ-позитивным пациентам, независимо от уровня иммуносупрессии; (б) обеспечение препаратами АРТ; (в) обеспечение клинико-лабораторного мониторинга АРТ; (г) обеспечение необходимого уровня приверженности.

4.5 Исследование устойчивости к Герпесвиру и другим лекарственным препаратам для системного лечения ВИЧГВД с учетом высокой стоимости исследования и ограниченности финансирования.

4.6 Обеспечение запаса дорогостоящих медикаментов для лечения тяжелых, устойчивых к Герпесвиру и осложненных форм ВИЧГВД – требует поиск источников финансирования для закупки препаратов.

4.7 Проведение на постоянной основе карантинных мероприятий по отношению к больным ОГ и лицам с симптомами острой ВИЧ-инфекции – требует внесения изменений в приказ «Об утверждении нормативно-правовых актов по вопросам медико-санитарного обеспечения лиц, которые содержатся в следственных изоляторах и учреждениях исполнения наказаний Государственного департамента Украины по вопросам

исполнения наказаний», утвержденный совместным приказом Государственного департамента Украины по вопросам исполнения наказаний и МЗ Украины от 18.01.2000 г. № 3/6.

4.8 Для регламентации вопросов взаимодействия учреждений пенитенциарной и гражданской медицины целесообразно принятие соответствующих совместных приказов на национальном и региональном уровнях.

4.9 Создание единого электронного реестра ВИЧ-позитивных пациентов с обеспечением доступа учреждений пенитенциарной и гражданской

медицины позволит расширить доступ к действующему электронному реестру ВИЧ-позитивных пациентов *EpiAIDS* в учреждениях ПС.

Резюмируя вышесказанное, отметим, что специфика заключения формируется под влиянием системы факторов – социальных, демографических, национальных, психологических, биологических и т. п. Их изучение на фоне адекватных ЛПМ поэтапно позволит влиять на поведение заключенных с целью снижения заболеваемости ИППП и ВИЧ-ассоциированными дерматозами.

### Выводы

1. В условиях ИК заключенный проходит ряд этапов, начиная от поступления в учреждение с нахождением на участке карантина и заканчивая убытием из учреждения в связи этапированием для отбывания наказания в другом учреждении, смертью или освобождением.

2. Повышение информированности заключенных в вопросах профилактики ВИЧ/ИППП, профилактика передачи данных инфекций, раннее их выявление, своевременная и максимально полная постановка на медицинский учет лиц с позитивным результатом тестирования на ВИЧ-инфекцию, обеспечение комплексным лечением, инфекционный контроль за ВИЧ и ГВ, а также профессиональная подготовка персонала и организационные мероприятия для обеспечения непрерывности ЛПМ являются основными ЛПМ для использования на отдельных этапах нахождения в заключении.

3. Информирование заключенных, размещение наглядной информации, раздача печатных

материалов и презервативов, обеспечение доступа к КиТ на ВИЧ-инфекцию, использование рекомендаций по КиТ, оборудование кабинета «Доверие», учет клинических особенностей отдельных ВИЧГВД и т. д. являются основными компонентами ЛПМ, внедренными в условиях ПС и гражданской медицины.

4. Практические шаги для внедрения перспективных ЛПМ должны быть направлены на включение тестирования на ВИЧ-инфекцию в стандартный перечень лабораторных исследований и на внедрение подхода КиТ по инициативе медицинского работника, на привлечение к консультированию в ИК врача-дерматовенеролога и врача-инфекциониста на постоянной основе, на широкий охват АРТ как средство профилактики рецидива ВИЧГВД и передачи ВИЧ, на регламентацию вопросов взаимодействия учреждений пенитенциарной и гражданской медицины, что позволит снизить уровень заболеваемости ВИЧ и ВИЧГВД в условиях ПС.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Андрашко Ю. В., Миронюк І. С. До проблеми оперізувального герпесу // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. – 2007. – № 1. – С. 18-20.
2. Андрашко Ю. В., Сыроватка Я. А. Кожные и неврологические проявления герпетической инфекции: единый возбудитель – единые принципы этиотропного лечения // Здоров'я України. – 2007. – № 3. – С. 42-43.
3. Бабій Н. О., Щербинська А. М. Ко-інфекції вірусного генезу у хворих на ВІЛ-інфекцію // Інфекційні хвороби. – 2007. – № 2. – С. 23-26.
4. Возіанова Ж. І., Глей А. І. Інфекційний мононуклеоз, спричинений вірусом Епштейна-Барр // Мистецтво лікування. – 2005. – № 5. – С. 17-20.
5. Друзин А. И. Пенитенциарная медицина на пути реформ // Проблемы туберкулеза - 2002. – № 10. – С. 11-13.
6. Калюжна Л. Д., Гречанська Л. В. Асоціації інфекцій, що передаються статевим шляхом, у ВІЛ-інфікованих // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. – 2004. – № 1. – С. 78-80.
7. Мавров І. І. Герпес-вірусна інфекція: глобальна проблема здравоохранення // Дерматологія та венерологія. - 2007. - № 1. - С. 3-8.
8. Мавров І. І., Коляденко В. Г., Руденко А. А. и др. Герпесвірусні захворювання як міждисциплінарна проблема // Новини медицини та фармації. – 2007. – № 5. – С. 11-13.
9. Моніторинг поінформованості, поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед засуджених як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління: результати біоповедінкового дослідження 2011 року / О. М. Балакірева, Т. В. Бондар, А. В. Судакова, Я. О. Сазонова (Державна пенітенціарна служба України; ГО «Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка»; ДУ «Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом МОЗ України») – К., 2012. – 124 с.
10. Сивак В. В. Некоторые особенности заболе-

- ваемости и клиники сифилиса у заключенных в условиях пенитенциарной системы // Вестн. дерматол. и венерол. – 2004. – № 4. – С. 33-35.
11. *Baillargeon J., Pollock B. H., Leach C. T., Gao S. J.* The association of neoplasms and HIV infection in the correctional setting // *International Journal of STD & AIDS*. – 2004. – Vol. 15, No 5. – P. 348-351.
  12. *Freytes D. M., Arroyo-Novoa C. M., Figueroa-Ramos M. I. et al.* Skin disease in HIV-positive persons living in Puerto Rico // *Advances in Skin & Wound Care*. – 2007. – Vol. 20, No 3. – P. 152-156.
  13. *Hammett T. M.* HIV/AIDS and other infectious diseases among correctional inmates: transmission, burden, and an appropriate response // *Am. J. Public Health*. – 2006. – Vol. 96, No 6. – P. 974-978.
  14. *Health in prisons: A WHO guide to the essentials in prison health*. – 2007. – 198 p.
  15. *Kanato M.* Drug use and health among prison inmates // *Current Opinion in Psychiatry*. – 2008. – Vol. 21, No 3. – P. 252-254.
  16. *Sarmati L., Babudieri S., Longo B., Starnini G., Carbonara S., Monarca R., Buonomini A. R., Dori L., Rezza G., Andreoni M.* Gruppo di Lavoro Infettivologi Penitenziari (GLIP). Human herpesvirus 8 and human herpesvirus 2 infections in prison population // *Journal of Medical Virology*. – 2007. – Vol. 79, No 2. – P. 167-173.
  17. *Seal D. W.* HIV-related issues and concerns for imprisoned persons throughout the world // *Current Opinion in Psychiatry*. – 2005. – Vol. 18, No 5. – P. 530-535.
  18. *Trent J. T., Kirsner R. S.* Cutaneous manifestations of HIV: a primer // *Advances in Skin & Wound Care*. – 2004. – Vol. 17, No 3. – P. 128-129.
  19. *Werb D., Kerr T., Small W. et al.* HIV risks associated with incarceration among injection drug users: implications for prison-based public health strategies // *Journal of Public Health*. – 2008. – Vol. 30, No 2. – P. 126-132.

#### ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНІ ЗАХОДИ ВІДНОСНО ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ ТА ВІЛ-АСОЦІЙОВАНІ ГЕРПЕСВІРУСНІ ДЕРМАТОЗИ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ЗНАХО- ДЖЕННЯ В УВ'ЯЗНЕННІ

Ковальова Л. М., Недужко О. О.

Одеський національний медичний університет

Проблема лікувально-профілактичних заходів (ЛПЗ) актуальна для всієї медицини виправних колоній і має загальнодержавне значення. Специфіка ув'язнення формується під впливом системи чинників – соціальних, демографічних, національних, психологічних, біологічних і т. п. Їх вивчення на тлі адекватних ЛПЗ дозволить поетапно впливати на поведінку ув'язнених з метою зниження захворюваності на ІПСШ та ВІЛ-асоційовані дерматози. Виходячи зі специфіки пенітенциарної системи України, докладно описані окремі етапи перебування в ув'язненні, визначені та впроваджені основні лікувально-профілактичні заходи, а також сформовані перспективні напрямки для їхнього розвитку.

**Ключові слова:** ВІЛ-інфекція, ВІЛ-асоційовані герпесвірусні дерматози, лікувально-профілактичні заходи, пенітенциарна система

#### TREATMENT AND PREVENTION AMONG PATIENTS WITH HIV INFECTION AND HIV- ASSOCIATED HERPESVIRAL DERMATOSES AT DIFFERENT STAGES OF INCARCERATION

Kovalyova L. M., Neduzhko O. O.

Odesa National Medical University

The problem of treatment and prevention measures is relevant to the whole correctional medicine and is of national significance. The specificity of incarceration is formed under the influence of a system of factors – social, demographic, national, psychological, biological etc. Studying those factors on the background of adequate treatment and prevention measures will enable to influence stepwise the behavior of prisoners in order to reduce the incidence of sexually transmitted infections and HIV-associated dermatoses. Based on the specificity of the penitentiary system in Ukraine, the detailed description of the individual stages of imprisonment is given, major treatment and prevention measures have been defined and implemented, and promising directions for their development have been designed.

**Keywords:** HIV infection, HIV-associated Herpesviral dermatoses, treatment and prevention measures, penitentiary system

Ковалёва Людмила Николаевна – д-р мед. наук, профессор кафедры дерматологии и венерологии Одесского национального медицинского университета.

Недужко Александр Александрович – врач-дерматовенеролог КУ «Одесский областной кожно-венерический диспансер».

[Victoriya88@bigmir.net](mailto:Victoriya88@bigmir.net)