

гуманитарное  
действие

## РЕКОМЕНДАЦИИ

«ОРГАНИЗАЦИЯ  
МОБИЛЬНОЙ СЛУЖБЫ  
АДРЕСНОЙ ПОМОЩИ  
ЛЮДЯМ, ЖИВУЩИМ С ВИЧ И  
ИМЕЮЩИМ СУЩЕСТВЕННО  
ОГРАНИЧЕННЫЕ  
ФИЗИЧЕСКИЕ  
ВОЗМОЖНОСТИ»

**Автор:**

**Д.А. Мусин**, ассистент кафедры государственного и муниципального управления Пермского государственного национального исследовательского университета (2009 - 2013 гг.), эксперт Фонда «Центр гражданского анализа и независимых исследований «ГРАНИ»» (2009 - 2017 гг.), с 2018 – независимый эксперт, исследователь по вопросам поддержки и развития НКО, доступа к бюджетному финансированию НКО, бюджетному финансированию программ и услуг в сфере профилактики ВИЧ и оказания помощи ЛЖВ.

**Рецензент:**

**В.И. Шахгильдян**, к.м.н., старший научный сотрудник Специализированной научно-исследовательской лаборатории эпидемиологии и профилактики СПИДа ФБУН «Центральный НИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора, врач-инфекционист «Клинико-диагностического отделения» Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом.

**Редакторы:**

М.С. Лапина, А.С. Шеломов, А.Т. Лахов.

**Санкт-Петербург, 2022**

# ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение .....	4
Используемые термины, определения, понятия и сокращения .....	7
Практики работы служб надомной помощи людям, живущим с ВИЧ, включая наркозависимых, в России .....	10
Актуальность проблемы и социальная значимость программ помощи маломобильным людям, инфицированным ВИЧ, включая наркозависимых .....	15
Организация службы надомной помощи маломобильным людям с ВИЧ, включая наркозависимых, БФ «Гуманитарное действие»: .....	18
Цели и задачи службы надомной помощи маломобильным людям с ВИЧ .....	18
Целевая аудитория службы. Требования к отбору клиентов .....	18
Спектр потребностей маломобильных больных ВИЧ-инфекцией, требующих надомной помощи .....	24
Основные принципы и правила функционирования мобильной службы надомной помощи .....	27
Основные виды услуг, оказываемых клиентам службы .....	29
Материально-техническое оснащение мобильной службы надомной помощи .....	36
Кадровое обеспечение мобильной службы надомной помощи, требования к компетенциям и квалификации сотрудников .....	38
Обеспечение прав и законных интересов клиентов службы .....	41
Информационное сопровождение реализации службы .....	48
Улучшение качества жизни клиентов службы (на примере жизненных историй) .....	49
Заключение .....	54
Законодательная, нормативно-правовая и методическая база .....	56
Приложение 1. Перечень нормативных правовых актов, регламентирующих вопросы профилактики ВИЧ-инфекции и ассоциированных с ней заболеваний .....	56
Приложение 2. Перечень методических материалов, которыми могут воспользоваться ВИЧ-сервисные НКО и инициативные группы при осуществлении своей работы .....	58

## ВВЕДЕНИЕ

Настоящие рекомендации по реализации программы адресной помощи людям, живущим с ВИЧ, имеющим существенно ограниченные физические возможности, предусматривающей, прежде всего, организацию мобильной службы надомной помощи маломобильным людям с ВИЧ-инфекцией, включая наркозависимых, подготовлены с целью формирования информационно-методической базы для медицинских организаций и социальных служб, некоммерческих организаций, инициативных групп, донорских благотворительных и грантодающих организаций, общественных экспертов и других заинтересованных сторон, осуществляющих работу в сфере профилактики ВИЧ-инфекции и оказания помощи людям, живущим с ВИЧ (ЛЖВ), в том числе, среди ключевых групп населения.

В методических рекомендациях рассматривается уникальный опыт Санкт-Петербургского Благотворительного фонда «Гуманитарное действие» по организации мобильной службы надомной помощи маломобильным людям, инфицированным ВИЧ, включая людей, употребляющих психоактивные вещества (наркозависимых). Уникальность данной службы заключается в том, что она основывается на партнёрстве «Центра по борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» (Центр СПИД) и социально ориентированной некоммерческой организации (СОНКО). Как правило, медицинская и социальная помощь больным ВИЧ-инфекцией, имеющим существенные нарушения физических и/или психических возможностей, в т.ч. паллиативная помощь, оказывается на базе государственных Центров СПИД (возможности которых в этой области крайне ограничены) или государственными Центрами социального обслуживания населения (не обладающими знаниями и

организационными навыками работы с ВИЧ-инфицированными, тем более наркозависимыми, людьми) без вовлечения в эту работу СОНКО. Поэтому основной целевой группой данных рекомендаций являются:

- государственные Центры профилактики и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, заинтересованные в организации подобной службы в регионах России (тиражировании данного опыта);
- территориальные Центры социального обслуживания населения, привлекаемые к организации помощи людям, живущим с ВИЧ, с выраженными ограничениями физических возможностей;
- представители ВИЧ-сервисных организаций, готовые участвовать в реализации программы помощи людям, живущим с ВИЧ и имеющим существенно ограниченные физические возможности, в партнёрстве с государственными Центрами СПИД и Центрами социального обслуживания населения.

Эпидемиологическая ситуация в России в настоящее время продолжает оставаться напряженной за счет роста числа новых случаев ВИЧ-инфекции во всех ключевых группах населения, а также высокого риска развития осложнений и смерти от заболеваний, ассоциированных с ВИЧ-инфекцией.

Согласно персонифицированным данным о случаях выявления ВИЧ-инфекции СНИО ПБ СПИД ФБУН «Центральный НИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора (от 30.09.2021), в России кумулятивное количество случаев ВИЧ-инфекции среди граждан РФ составило 1 546 017. За 9 мес. 2021 г. выявлено 54 423 новых случая ВИЧ-инфекции. Продолжает увеличиваться количество больных на поздних

стадиях ВИЧ-инфекции, стадии СПИДа, количество пациентов с ВИЧ-инфекцией, нуждающихся в стационарном лечении, количество лиц, имеющих тяжелые последствия перенесенных вторичных заболеваний и нуждающихся в паллиативной помощи. На 30.09.2021 г. всего погибло 413 930 больных ВИЧ-инфекцией. За 9 мес. 2021 г. умерло 23 319 больных ВИЧ-инфекцией. С 2016 г. ежегодно в РФ умирает более 30 тысяч россиян (2018 г.: 36 868, 2019 г.: 33 577, 2020 г.: 32 208 человек) в среднем возрасте 42 года<sup>1</sup>.

В ситуации недостаточной правовой защищенности в вопросах права на охрану здоровья, двойной дискриминации и стигматизации наибольшие барьеры доступа к услугам медицинских организаций и социальных служб испытывают именно маломобильные люди, живущие с ВИЧ.

Достоверно оценить непосредственное количество маломобильных людей с ВИЧ и количество ЛЖВ, нуждающихся в специализированной помощи, не представляется возможным, поскольку такие объективные статистические данные в Центрах СПИДа отсутствуют, определенная часть лиц не знает свой ВИЧ-статус, другие не состоят на учёте в Центрах СПИДа. Зачастую этим людям не предоставляется должный/надлежащий уход со стороны Центров СПИДа, районных поликлиник или центральных районных больниц, Центров социальной помощи населению, а также со стороны родственников и иных близких. Более того, далеко не всегда родственники и близкие информируют медицинские организации и социальные службы о состоянии маломобильных людей, живущих с ВИЧ, и их потребностях.

<sup>1</sup> Форма мониторинга «Сведения о мероприятиях по профилактике ВИЧ-инфекции, выявлению и лечению больных ВИЧ», 2021; Справка СНИО ПБ СПИД «ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 30.09.2021 г.» (Ладная Н.Н. и др., 2021).

Усилия по противодействию распространения ВИЧ-инфекции и ассоциированных с ней заболеваний, а также по оказанию помощи людям, живущим с ВИЧ, предпринимаются со стороны органов власти (в рамках Государственной стратегии противодействия ВИЧ-инфекции и комплекса мер по ее реализации на период до 2030 г., нормативных правовых актов и организационно-методической документации на всех уровнях власти). Маломобильные люди, живущие с ВИЧ, не обозначены как отдельная целевая группа в Государственной стратегии противодействия ВИЧ-инфекции, несмотря на то что у них имеются специфические потребности в вопросах лечения ВИЧ-инфекции, а главное, медицинского ухода, социальной и психологической помощи, не совпадающие со специфической работой с иными группами ЛЖВ.

При этом в Государственной стратегии противодействия ВИЧ-инфекции в качестве решения ее задач предусмотрены направления, в той или иной степени затрагивающие поддержку маломобильных людей с ВИЧ:

- оказание социальной поддержки отдельным категориям граждан с ВИЧ-инфекцией в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- повышение мотивации к диспансерному наблюдению лиц с ВИЧ-инфекцией и их лечению за счет более широкой доступности услуг по месту проживания за счет развития выездных форм работы<sup>2</sup>.

Представленные ниже рекомендации разработаны, прежде всего, на основе анализа и обобщения опыта работы мобильной службы надомной помощи

<sup>2</sup> Распоряжение Правительства РФ от 21 декабря 2020 г. № 3468-р «О Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в РФ на период до 2030 г.»

маломобильным людям с ВИЧ, включая наркозависимых, реализуемой СПб БФ «Гуманитарное действие» с 21 ноября 2018 года.

Настоящие рекомендации призваны ответить на такие вопросы, как:

- 1) На решение каких проблем и удовлетворение каких потребностей маломобильных людей с ВИЧ-инфекцией направлена служба мобильной надомной помощи?
- 2) Какие практики организации службы надомной помощи людям, живущим с ВИЧ, существуют в России?
- 3) Какова целевая аудитория службы надомной помощи маломобильным людям, живущим с ВИЧ?
- 4) На основе каких организационных и этических принципов функционирует служба помощи маломобильным людям, живущим с ВИЧ?
- 5) Какие виды и формы помощи в виде услуг оказываются в рамках программы помощи маломобильным людям, живущим с ВИЧ?
- 6) Каковы требования к кадровому и материально-техническому обеспечению программы?
- 7) Каким образом организовано информационное сопровождение программы?
- 8) На основе какой нормативной правовой и методической базы может осуществляться деятельность некоммерческих организаций, инициативных групп и активистов, оказывающих услуги и реализующих проекты/программы помощи маломобильным людям, живущим с ВИЧ?

Рекомендации разработаны на основе анализа международных рекомендаций в данной области, государственных до-

кументов по вопросам профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, методических документов, разработанных как органами власти, так и ведущими научно-исследовательскими экспертными организациями, с учетом публикаций в СМИ, информации, представленной на сайтах органов государственной власти, иных публичных источников по вопросам профилактики и оказания различных видов помощи при ВИЧ-инфекции, сбора, анализа и обобщения опыта российских НКО, осуществляющих профилактическую работу в сфере ВИЧ-инфекции и ассоциированных с ней заболеваний.

В целях разработки настоящих рекомендаций были проведены:

- 8 глубинных интервью с благополучателями программы (маломобильными людьми с ВИЧ и/или их родственниками/близкими);
- 3 глубинных интервью с руководителями/сотрудниками программы (2 интервью с врачами программы, 1 интервью с руководителем/социальным работником программы);
- проанализированы сайты организаций, реализующих программы надомной помощи маломобильным людям, живущим с ВИЧ, в России, публикации в сети Интернет и СМИ о практиках оказания помощи маломобильным людям, живущим с ВИЧ;
- проанализированы внутренние документы, регламентирующие работу службы надомной помощи маломобильным людям, живущим с ВИЧ, СПб БФ «Гуманитарное действие» (должностные инструкции, документы, которые заполняются на клиентов программы), данные о количестве и видах оказанных услуг, бюджет программы, материалы, разработанные в рамках ее реализации.



## ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ПОНЯТИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

**АРТ** – антиретровирусная терапия – прием препаратов, подавляющих репликацию (размножение) ВИЧ. Благодаря подавлению репликации вируса сохраняется на нормальном уровне или восстанавливается до нормального уровня количество CD4-лимфоцитов и CD8-клеток, что защищает от развития вторичных (оппортунистических) болезней. АРТ позволяет перевести ВИЧ-инфекцию в хроническое несмертельное заболевание и сохранить большинству ВИЧ-инфицированных лиц возможность вести нормальный образ жизни.

**Аутрич-работа** – работа по охвату социальными и профилактическими услугами представителей ключевых групп населения в привычном для них окружении; уличная социальная работа; предоставление социально-медицинской помощи в местах сбора и/или проживания группы. Направлена на изменение поведения представителей ключевой группы, связанного с риском заражения ВИЧ, на более безопасное, путем предоставления информации, мотивационных пакетов, включающих средства защиты, информационных материалов и консультирования. **Аутрич-работник** – социальный или медицинский работник на выезде, специалист по профилактическим мероприятиям и услугам.

**Вирусная нагрузка ВИЧ** – количество РНК ВИЧ в плазме крови. Определение вирусной нагрузки осуществляется молекулярными методами в лабораторных центрах, в том числе в лабораториях организаций, оказывающих медицинскую помощь ВИЧ-инфицированным. **Иммунный статус при ВИЧ-инфекции** означает определение показателей клеточного звена иммунитета (абсолютного и относительного количества CD4-лимфоцитов, CD8-лимфоцитов, соотношения

CD4/CD8). Данные показатели характеризуют тяжесть заболевания и дают возможность контролировать эффективность и степень приверженности к **АРТ (антиретровирусной терапии)**.

**ВИЧ** – вирус иммунодефицита человека

**ВИЧ-инфекция** – хроническое заболевание, вызванное ВИЧ. Патогенез ВИЧ-инфекции включает прогрессирующее поражение иммунной системы, приводящее к развитию вторичных заболеваний, наличием которых характеризуется поздняя стадия ВИЧ-инфекции – стадия **СПИДа** (синдром приобретенного иммунодефицита).

**ВИЧ-сервисные организации** – юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции и ассоциированных с ней заболеваний, помощи ключевым группам населения, потенциально подверженным риску заражения ВИЧ-инфекцией, и людям, живущим с ВИЧ-инфекцией.

**Горячая линия** – служба быстрого предоставления информации и направления клиента в соответствующие службы посредством телефонной связи и иных каналов информирования в сети Интернет. Зачастую «горячие линии» существуют при службах групповой поддержки или очного консультирования.

**Телефоны доверия** – служба предоставления информации и оказания экстренной психологической помощи посредством телефонной связи и иных каналов информирования в сети Интернет.

**Дискриминация** – прямое ущемление прав, ставящих одних граждан в худшее положение по сравнению с другими.

**Доверенный врач** – врач, обладающий знаниями в области ВИЧ-инфекции, навыками медико-социальной помощи и пользующийся доверием со стороны ЛЖВ и/или представителей ключевых групп, оказывающий лечебно-диагностическую и консультативную помощь с

учетом социально-психологических особенностей ЛЖВ и представителей ключевых групп, в том числе и анонимно.

**ИППП** – инфекции, передающиеся половым путём.

**Ключевые группы населения**<sup>3</sup> – группы населения повышенного риска, а также особо уязвимые и уязвимые в отношении ВИЧ-инфекции:

- **группы повышенного риска** – потребители инъекционных наркотиков и иных психоактивных средств для немедицинского потребления, лица, оказывающие сексуальные услуги, а также лица, вступающие в нетрадиционные сексуальные отношения;
- **особо уязвимые группы** – лица, заключенные под стражу, отбывающие наказание в виде лишения свободы, содержащиеся в следственных изоляторах уголовно-исполнительной системы.
- **уязвимые группы населения** – лица, потенциально подверженные риску передачи ВИЧ-инфекции в определенных ситуациях или при определенных обстоятельствах: подростки и молодежь, беременные женщины, беспризорные дети, лица без определенного места жительства, мигранты, пары, в которых один из партнеров относится к группам населения повышенного риска, медицинские работники и лица других профессий, имеющие непосредственный контакт с инфицированным биоматериалом при осуществлении профессиональной деятельности.

<sup>3</sup> Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2030 года, утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 21.12.2020 № 3468-р.

**МСМ** – мужчины, имеющие секс с мужчинами<sup>4</sup>, идентично вступающие в нетрадиционные сексуальные отношения<sup>5</sup>, мужчины, вступающие в сексуальные отношения с мужчинами<sup>6</sup>, идентично мужчины, практикующие секс с мужчинами<sup>7</sup>.

**Потребители инъекционных наркотиков (ПИН)** – люди, употребляющие психоактивные (психотропные) вещества инъекционным путем в немедицинских целях. Эти вещества включают следующие категории (но не ограничиваются ими): опиоиды, стимуляторы амфетаминового ряда, кокаин, гипно-седативные средства и галлюциногены. Инъекции могут быть внутривенными, внутримышечными, подкожными и т.д. **ЛУН** – люди, употребляющие наркотики в немедицинских целях, **ЛУИН** – люди, употребляющие наркотики инъекционным путем в немедицинских целях.

**Секс-работники (-цы) (СР)** – взрослые женщины, мужчины и трансгендерные лица (18 лет и старше), которые на регулярной или нерегулярной основе оказывают сексуальные услуги в обмен на деньги или товары<sup>8</sup>, идентично лица, оказывающие сексуальные услуги<sup>9</sup>, также в российском правовом поле можно встретить определения «женщины, вовлеченные в оказание сексуальных услуг», «женщины, вовлеченные в проституцию».

<sup>4</sup> Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход, Всемирная организация здравоохранения, ВОЗ. 2014

<sup>5</sup> Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2030 года, утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 21.12.2020 № 3468-р.

<sup>6</sup> Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 11.01.2011 N 1 «Об утверждении СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции»

<sup>7</sup> Профилактика и лечение ВИЧ-инфекции и инфекций, передаваемых половым путем, среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, и трансгендерных лиц: Рекомендации с позиций общественного здравоохранения, ВОЗ, 2011

<sup>8</sup> Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход, Всемирная организация здравоохранения, 2014

<sup>9</sup> Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2030 года, утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 21.12.2020 № 3468-р.



**ЛЖВ** – люди, живущие с ВИЧ.

**Медико-социальное сопровождение** – процесс, в ходе которого происходит удовлетворение медицинских и социальных потребностей представителей ключевых групп с оказанием помощи в преодолении трудностей доступа к необходимым социальным и медицинским услугам. Конечным результатом является улучшение качества жизни клиентов.

**Низкопороговые программы** – комплекс социальных, медицинских мероприятий среди представителей ключевых групп, обеспечивающий легкий доступ для указанной категории лиц к бесплатным и анонимным услугам, независимо от социальных, биологических и структурных факторов. Низкопороговые программы направлены на установление и поддержание контакта с ключевыми группами, профилактику риска инфицирования ВИЧ и интеграцию клиентов в государственную систему медико-социальных услуг. Обязательным компонентом низкопороговой комплексной программы является аутрич-работа, осуществляемая социальными работниками, часто – консультантами из самой ключевой группы.

**Низкопороговые услуги** – социальные, правовые, медицинские и другие услуги, которые предоставляются бесплатно, анонимно, без документов представителям ключевых групп населения. **Низкопороговый центр** – организация, на базе которой реализуется низкопороговая программа. Принцип «низкопорогового» доступа предполагает оказание услуг анонимно (без документов), бесплатно и с учетом особенностей поведения групп повышенного риска. Низкопороговые программы/услуги могут реализовываться/предоставляться в центрах сообществ – центрах, в которых представители ключевой группы собираются и общаются.

**НКО** – некоммерческие организации – организации, не имеющие целью извлечение прибыли и не распределяющие полученную прибыль между участниками, созданные в соответствии со ст. 123.1–123.8 Гражданского кодекса РФ, Федеральным законом от 19.05.1995 № 82-ФЗ, Федеральным законом «О некоммерческих организациях» от 12.01.1996 № 7-ФЗ и другими законами России, в соответствующих организационно-правовых формах.

**Приверженность к лечению ВИЧ-инфекции (сопутствующих ВИЧ-инфекции заболеваний)**

– следование пациентом предписанному режиму лечения: прием лекарственных препаратов по схеме, назначенной врачом (в определенное время и в определенной дозировке, при соблюдении рекомендуемого режима питания), полное понимание важности лечения, самоконтроль и самодисциплина. **Недостаточная приверженность к лечению ВИЧ-инфекции (сопутствующих ВИЧ-инфекции заболеваний)** – пропуск в приеме препаратов, несоблюдение режима приема, несоблюдение пищевых и иных общих рекомендаций.

**Равный консультант** – человек, являющийся представителем ключевой группы населения, имеющий повышенный риск заражения ВИЧ-инфекцией, или живущий с ВИЧ-инфекцией, имеющий необходимую подготовку по равному консультированию и консультирующий других людей по вопросам профилактики и/или жизни с ВИЧ-инфекцией.

**Социально значимые заболевания** – заболевания, обусловленные значительными социально-экономическими потерями, приносящие ущерб обществу и требующие социальной защиты человека. К их числу относятся: туберкулез, ИППП, гепатиты В и С, ВИЧ-инфекция и ряд других. **Заболевания, представляющие опасность для окружающих** – инфекционные заболевания человека, характеризующиеся тяжелым течением, высоким уровнем смертности и инвалидности, быстрым распространением среди населения (эпидемия). К заболеваниям, представляющим опасность для окружающих, относятся: ВИЧ-инфекция, туберкулез, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки, гельминтозы, гепатиты В и С, дифтерия, ИППП, лепра, малярия, педикулез и др.

**Стигматизация** – предвзятое, негативное отношение к отдельному человеку или группе людей, связанное с наличием у него/них каких-либо особых свойств или признаков. **Внешняя стигма** – стигма, связанная с нарушением конфиденциальности. **Внутренняя стигма** – стигма, связанная с психологическими переживаниями человека, инфицированного ВИЧ или принадлежащего какой-либо ключевой группе.

## ПРАКТИКИ РАБОТЫ СЛУЖБ НАДОМНОЙ ПОМОЩИ ЛЮДЯМ, ЖИВУЩИМ С ВИЧ, ВКЛЮЧАЯ НАРКОЗАВИСИМЫХ, В РОССИИ

В настоящее время в России активно реализуются проекты для людей, живущих с ВИЧ, имеющих длительный период времени выраженные нарушения физических или психических функций. Данные программы направлены на повышение качества жизни больных людей и оказание услуг в соответствии с их специальными потребностями. В обзоре рассмотрена практика реализации такого рода проектов/программ и сервисов в ряде регионов России – Москве, Санкт-Петербурге, Оренбургской и Волгоградской областях. Настоящий обзор не ставит перед собой целью описать все имеющиеся на современном этапе практики реализации проектов в России, направленные на помощь людям с ВИЧ, имеющим стойкие существенно нарушенные физические возможности, а лишь отразить общие и специфические в сложившихся практиках моменты, с иллюстрацией на конкретных примерах.

**СПб БФ «Гуманитарное действие»** запустил мобильную службу помощи людям с ВИЧ-инфекцией, имеющим стойкие существенно нарушенные физические возможности, 21 ноября 2018 года. Целевой группой службы являются пациенты с продвинутыми стадиями ВИЧ-инфекции и/или с тяжелыми коморбидными состояниями, состоящие на учете в СПб ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»; больные, которые не имеют возможности самостоятельно посещать поликлиническое отделение Центра СПИДа в течение более чем 6 месяцев в связи

с развитием различных патологических состояний; ВИЧ-положительные лица, имеющие II или I группу инвалидности, проживающие и имеющие регистрацию в г. Санкт-Петербург, которые нуждаются в социальной поддержке. Также в «охват пациентов» входят больные, находившиеся на стационарном лечении в отделении «Паллиативной медицины» Центра СПИД и нуждающиеся после выписки в дальнейшем медико-социальном сопровождении врачей, психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников.

Мобильная служба помощи людям с ВИЧ-инфекцией, имеющим стойкие существенно нарушенные физические возможности, за три года реализации программы охватила и взяла на сопровождение 196 человек. За три года работы:

- совершено выездов с врачом по месту нахождения/пребывания/проживания клиентов программы – 253;
- совершено выездов для забора крови – 289;
- оказано услуг социального сопровождения (МФЦ, ПФР, МСЭК и пр.) – 970;
- осуществлена доставка АРВ-препаратов – 381 (91 человек);
- оказана помощь в получении и оформлении группы инвалидности – 31 человек;
- начали/возобновили прием АРВ-терапии – 37 человек;
- оказано консультаций психолога – 1 154 дистанционных по телефону, 172 очных.

Состав временного коллектива, оказывающего услуги в рамках проекта: 1 руководитель проекта, совмещающий

функции социального работника (сотрудник фонда), 1 психолог (сотрудник фонда), 2 врача-инфекциониста и 1 медсестра (сотрудники Центра СПИД).

Период реализации проекта: 21 ноября 2018 г. – по настоящее время.

\*\*\*

**РОО «Центр Плюс»** (г. Москва) реализовал проект «Помощь+»<sup>10</sup>, направленный на обеспечение устойчивого доступа к комплексу социально-информационных и профилактических услуг для людей, затронутых проблемой ВИЧ-инфекции. Целевая группа проекта – пациенты (инвалиды, тяжелобольные, пенсионеры) с ВИЧ-инфекцией в возрасте 20–90 лет. Проект реализуется для жителей г. Москвы и Московской области.

Всего в реализации проекта «Помощь+» были задействованы 3 человека: 1 руководитель проекта, 2 социальных работника/равных консультанта, которые осуществляют социальное сопровождение, консультирование клиентов проекта, в т.ч. направленное на повышение грамотности в вопросах лечения ВИЧ-инфекции (АРТ).

В рамках проекта «Помощь+» оказывались следующие услуги: очное и телефонное консультирование, адресное оказание помощи (с личным присутствием равного консультанта/социального работника), предоставление комплекса социальных услуг – доставка АРТ-препаратов, иных жизненно важных лекарственных средств, сопровождение в медицинские организации. Пациенты получали психологическую поддержку, решали различные жизненные ситуации, связанные с ВИЧ, что привело к повышению социальной адаптации, улучшению психоэмоционального состояния. Консультанты/курьеры общались с

<sup>10</sup> РОО «Центр плюс», вебсайт.

пациентами с ограниченными физическими возможностями, что способствовало приверженности лечению, улучшению их здоровья и повышению качества жизни.

Осуществлялось информирование об услугах проекта в социальных сетях и на сайте организации, поддержание контакта с клиентами проекта.

Уникальность проекта – вовлечение представителей целевой группы (пациенты с ВИЧ-инфекцией, ограниченные в возможностях здоровья, пенсионеры, в том числе инвалиды) в мероприятия проекта посредством повышения доверия к сотрудникам проекта с помощью подхода «равный-равному».

Период реализации проекта: 1 октября 2019 г. – 30 сентября 2020 г.

\*\*\*

**АНО «Новая жизнь» (г. Оренбург)** реализовала проект «Совершенствование на современном этапе системы паллиативной помощи на основе межведомственного подхода на территориях Оренбургской области, с высокой пораженностью вирусом ВИЧ, включая оказание комплексных услуг по уходу на дому ВИЧ-инфицированным людям на продвинутых стадиях заболевания»<sup>11</sup>. Проект направлен на повышение качества жизни и облегчение страдания людей, живущих с ВИЧ, имеющих поздние стадии болезни.

Целевая группа проекта:

- ВИЧ-инфицированные люди с наличием клинических состояний на фоне поздних стадий болезни, при-

<sup>11</sup> Использование уникального инструмента «равный равному» в системе оказания паллиативной помощи людям, живущим с ВИЧ, в регионах России. АНО по профилактике социально значимых заболеваний «Новая жизнь». Фонд президентских грантов. Оренбург, 2020.

водящих к стойкому снижению или утрате физических и/или психических функций и требующих постоянного (или временного) интенсивного ухода за больным;

- ВИЧ-инфицированные люди, имеющие стойкую утрату трудоспособности (имеющие инвалидность первой группы) и требующие активной посторонней помощи;
- ВИЧ-инфицированные люди с признаками выраженной социальной дезадаптации (отсутствие стабильного места жительства, утрата документов, удостоверяющих личность, финансовые доходы ниже уровня прожиточного минимума, отсутствие людей в микросоциальном окружении, которые могут принимать участие в уходе);
- а также родственники и близкие людей, живущих с ВИЧ, из вышеперечисленных групп.

В рамках проекта оказывался следующий спектр услуг:

- предоставление паллиативного ухода на дому многопрофильной бригадой специалистов, включая психологическую, эмоциональную поддержку больного на этапе прогрессирования заболевания, включая период его ухода из жизни;
- обеспечение ухода за больным, имеющим значительно сниженные функциональные возможности;
- оказание духовной поддержки и организация необходимых религиозных услуг в соответствии с желаниями больного;
- помощь в решении социально-экономических и юридических проблем больного ВИЧ-инфекцией, имеющего ограниченные физические или

психические возможности;

- психосоциальное консультирование, духовная и эмоциональная поддержка членов семьи больного, находящегося на заключительной стадии заболевания, и в период тяжелой утраты.

В реализацию проекта были вовлечены следующие специалисты:

- координатор «внутренней сети», координирующий деятельность мультипрофессиональной бригады и ответственный за медико-социальный патронаж пациента;
- руководитель команды специалистов паллиативной помощи;
- медицинская сестра, задействованная в определении физических и умственных возможностей пациента для осуществления программы лечения, в осуществлении ухода, предоставлении рекомендаций по осуществлению ухода для родственников, включая обучение навыкам ухода;
- равный консультант, осуществляющий представление интересов пациента и предоставляющий моральную поддержку, помощь в принятии диагноза, прогноза и плана лечения, консультации по приверженности лечению;
- психотерапевт, осуществляющий профессиональное консультирование и поддержку пациента и его близких на всех этапах заболевания: помощь пациенту с принятием диагноза, улучшением приверженности к программе лечения, налаживание отношений с его социальным окружением, эмоциональная поддержка при длительном нахождении в стационаре, в период ухода из жизни,



а также помощь родным и близким больного в период тяжелой утраты; при развитии тяжелых психических расстройств у пациента, психотерапевт оценивает психический статус больного и назначает лечение (или привлекает врачей-психиатров из государственных психиатрических клиник);

- лечащий (доверенный) врач, служащий связующим звеном между врачами-специалистами в соответствующих медицинских организациях и пациентом, обеспечивая таким образом непрерывность лечения;
- социальный работник, непосредственно участвующий в решении социальных вопросов и оказывающий эмоциональную поддержку пациенту и его близким;
- юрист, оказывающий комплекс услуг по содействию в: получении основных документов, удостоверяющих личность, оформлении инвалидности, получении льготного социального статуса, получении технических средств реабилитации, реализации права на социальное жилье, содействие в должном юридическом урегулировании имущественных наследственных и иных гражданско-правовых дел.

Уникальность проекта заключалась в создании платформы для формирования Областного координационного органа управления системой оказания паллиативной помощи ВИЧ-инфицированным людям на уровне межведомственного взаимодействия общественных и государственных учреждений региона. В рамках проекта происходило обучение основам ухода за паллиативными больными специалистов, волонтеров и родственников ВИЧ-инфицированных людей, создание и развитие работы

мобильной бригады специалистов, оказывающих многопрофильные услуги на дому людям, живущим с ВИЧ.

Период реализации проекта: 1 ноября 2018 г. – 30 ноября 2019 г.

\*\*\*

**ВРОО «Мария» – Матери против наркотиков» (г. Волгоград)**<sup>12</sup> реализовала проект «Оказание помощи тяжелобольным ВИЧ-инфицированным Волгограда», направленный на создание условий для оказания помощи ВИЧ-инфицированным жителям Волгограда, находящимся в тяжелом состоянии.

Основные мероприятия проекта: осуществление выездов на дом к тяжелобольным ВИЧ-инфицированным, при необходимости – госпитализация в стационар; медицинское и психологическое консультирование тяжелобольных ВИЧ-инфицированных; доставка препаратов для лечения ВИЧ-инфекции, выданных в Центре СПИД; проведение поддерживающих консультаций тяжелобольным ВИЧ-инфицированным по телефону; проведение консультаций родственникам ВИЧ-инфицированных; оказание помощи родственникам в оформлении необходимых документов тяжелобольных ВИЧ-инфицированных в медицинских и социальных организациях; проведение группового обучения родственников тяжелобольных ВИЧ-инфицированных.

Команда специалистов проекта состояла из:

- врача, который оценивал состояние здоровья пациента, назначал лечение; объяснял, как будет действовать тот или иной лекарственный препарат, предупреждал о возмож-

<sup>12</sup> <https://www.asi.org.ru/news/2020/02/19/volgograd-uich-pomoshh-na-domu/>



ных нежелательных явлениях терапии и контролировал ход лечения. При необходимости проведения лабораторных исследований, на дом приезжала медсестра;

- социального работника, который информировал пациентов о новых методах лечения ВИЧ-инфекции и современных препаратах для борьбы с болезнью, помогал решить бытовые вопросы, оформить необходимые документы, в том числе инвалидность; по договоренности с Центром СПИД доставлял лекарственные препараты, назначенные врачами;
- психолога, в рамках проекта вел психологическую и просветительскую работу с родственниками тяжелобольных, которые сталкиваются со множеством мифов о болезни; для них проводились обучающие семинары, показывались фильмы о ВИЧ.

В течение года пациент с ВИЧ получал 3–4 плановых посещения специалиста на дому, дополнительные – при необходимости. Кроме того, врач, психолог и соцработник оставались на связи с подопечными по телефону.

Период реализации проекта: 1 ноября 2019 г. – 31 декабря 2020 г.

## АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ И СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПРОГРАММ ПОМОЩИ МАЛОМОБИЛЬНЫМ ЛЮДЯМ, ИНФИЦИРОВАННЫМ ВИЧ, ВКЛЮЧАЯ НАРКОЗАВИСИМЫХ

Эпидемиологическая ситуация в Российской Федерации продолжает оставаться напряженной за счет роста числа новых случаев ВИЧ-инфекции, распространения ВИЧ-инфекции за пределы ключевых групп населения, а также высокого риска развития осложнений и смерти от заболеваний, ассоциированных с ВИЧ-инфекцией. При этом в 2017–2020 гг. наметилась тенденция к снижению выявления числа новых случаев ВИЧ-инфекции<sup>13</sup> (в 2020 г. отчасти это может быть связано со снижением охвата тестированием ключевых групп населения в период пандемии COVID-19)<sup>14</sup>.

Согласно персонифицированным данным о случаях выявления ВИЧ-инфекции СНИО ПБ СПИД ФБУН «Центральный НИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора (от 30.09.2021), в России кумулятивное количество случаев ВИЧ-инфекции среди граждан РФ составило 1 546 017. За 9 мес. 2021 г. выявлено 54 423 новых случая ВИЧ-инфекции. Среди прошедших тестирование на антитела к ВИЧ в 2020 г. было впервые выявлено 88 154 положительных результата при референс-исследовании в иммунном блоте или ПЦР, что на 26,2% меньше, чем в

2019 г. Снижение количества новых случаев ВИЧ-инфекции, вероятно, в значительной степени было связано с сокращением объема обследований на ВИЧ и снижением обращаемости пациентов в Центры по профилактике и борьбе со СПИД в период осуществления противоэпидемических мероприятий по коронавирусной инфекции COVID-19. Вместе с тем, продолжает увеличиваться количество больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, стадии СПИДа, количество пациентов с ВИЧ-инфекцией, нуждающихся в стационарном лечении, количество лиц, имеющих тяжелые последствия перенесенных вторичных заболеваний и нуждающихся в паллиативной помощи. На 30.09.2021 г. всего погибло 413 930 больных ВИЧ-инфекцией. За 9 мес. 2021 г. умерло 23 319 больных ВИЧ-инфекцией. С 2016 г. ежегодно в РФ умирает более 30 тысяч россиян (2018 г.: 36 868, 2019 г.: 33 577, 2020 г.: 32 208 человек) в среднем возрасте 42 года<sup>15</sup>.

ВИЧ-инфекция в последние годы в Российской Федерации диагностируется в более старших возрастных группах. В 2000 г. 86,7% ВИЧ-инфицированных получили диагноз в возрасте 15–29 лет. В 2020 г. 85,3% больных были впервые выявлены в возрасте старше 30 лет. В 2020 г. ВИЧ-инфекцию диагностировали у россиян преимущественно в возрасте 30–49 лет (71,4% новых случаев). Доля подростков и молодежи в возрасте 15–20 лет снизилась в 2020 г. до 0,8%<sup>16</sup>.

ВИЧ-инфекция вышла за пределы уязвимых групп населения и активно распро-

<sup>13</sup> Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2030 года, утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 21.12.2020 № 3468-р. (в Стратегии: «В соответствии с данными федерального государственного статистического наблюдения за 2017 - 2019 годы отмечено стойкое снижение числа новых случаев ВИЧ-инфекции).

<sup>14</sup> Коронавирус провалил тест на ВИЧ // <https://www.kommersant.ru/doc/4826667>

<sup>15</sup> Форма мониторинга «Сведения о мероприятиях по профилактике ВИЧ-инфекции, выявлению и лечению больных ВИЧ», 2021; Справка СНИО ПБ СПИД «ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 30.09.2021 г.» (Ладная Н.Н. и др., 2021)

<sup>16</sup> Справка «ВИЧ-инфекция в Российской Федерации» по состоянию на 31 декабря 2020 г. // <http://www.hiurussia.info/na-sajte-razmeshhena-spravka-vich-infektsiya-u-rossijskoj-federatsii-po-sostoyaniyu-na-31-dekabrya-2020-g/>

страняется в общей популяции. Большинство больных, впервые выявленных в 2020 году, заразились при гетеросексуальных контактах (64,9%), доля инфицированных ВИЧ при употреблении наркотиков снизилась до 31,1%, и лишь 2,8% лиц были заражены при гомосексуальных контактах. Количество зараженных ВИЧ половым путем ежегодно увеличивается.

На 30.09.2021 г. в России проживало 1 132 087 ВИЧ-инфицированных граждан. На диспансерном наблюдении в Центрах СПИДа состояло 785 206 чел. (68%). АРТ получали 640 678 чел. (55% от числа живущих с ВИЧ, 82% от числа состоявших на диспансерном наблюдении). Прервали АРТ в 2021 г. 24 589 больных.

На 01.07.2021 в Санкт-Петербурге было зарегистрировано 61 149 случаев ВИЧ-инфекции, включая умерших (информационный бюллетень СПб ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»). На диспансерном учете состояли 33 115 человек.

В последние годы наблюдается тенденция роста тяжелых случаев ВИЧ-инфекции, которые приводят к инвалидности пациента. Данные пациенты не могут должным образом осуществлять уход за собой, как и постоянно находиться в стационаре. При наличии родственников и близких людей им может быть оказана помощь на дому. Однако чаще всего родственники данных пациентов являются престарелыми людьми, внутрисемейные отношения могут быть нарушены, а сами пациенты не могут доехать до соответствующих медицинских организаций или прийти к врачу поликлиники на осмотр. Медицинские работники, как правило, не знают, какова приверженность этих людей к терапии, в каком состоянии они находятся, каковы их социальное окружение и возможно-

сти осуществления медицинских рекомендаций, необходимого ухода на дому. Поэтому для таких пациентов крайне важна мобильная бригада по оказанию помощи.

Как отмечает заведующая 3-м отделением (паллиативной медицины) стационара СПб ГБУЗ «Центр СПИД и инфекционных заболеваний» **Евгения Базюк**: *«Идет выявление ВИЧ-инфекции на поздних стадиях, уже изначально на низких клетках. Когда мы начинаем таким пациентам АРТ, риск развития синдрома восстановления иммунной системы выше, вероятность присоединения неврологической симптоматики выше на фоне поражения оппортунистическими инфекциями».*

Патронаж таких пациентов должны обеспечивать районные поликлиники или иные медицинские амбулаторные учреждения районного звена по месту регистрации больных. Однако слабая подготовка персонала поликлиник (или полное отсутствие таковой) не позволяют оказывать качественную поддержку, уход и лечение пациентов на продвинутых стадиях ВИЧ-инфекции. Также поликлиники в большинстве случаев не имеют в штате специалистов по социальной работе, социальных работников и подготовленных психологов. Нет в этой области взаимодействия с городскими социальными службами, Центрами социального обслуживания, которые могли бы взять на себя социальную составляющую помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией, имеющим выраженные нарушения физических возможностей хронического характера. Несмотря на то что практически в каждой территориальной поликлинике Санкт-Петербурга есть отделения хронических вирусных инфекций, в которых наблюдаются пациенты, состоящие на учете в городском Центре СПИДа, обеспечение патронажа не входит в их обязанности.

Таким образом, на уровне города существуют разрозненные органы власти, учреждения, службы, организации и специалисты, обеспечить взаимодействие которых для осуществления реального эффективного патронажа ВИЧ-инфицированных пациентов не представляется возможным.

По оценке врача службы помощи людям, живущим с ВИЧ, имеющим существенно ограниченные физические возможности, **Алексея Шеломова**, заведующего приёмным отделением стационара СПб ГБУЗ «Центр по борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»: *«Большее половины пациентов, которые состоят в проекте, умерли бы в ближайшее время. Это были пациенты с низким иммунным статусом, высокой вирусной нагрузкой. С нашей помощью им начали АРТ, за ними наблюдали в стационаре, по стабилизации состояния выписали на амбулаторное лечение. Дальше они могут столкнуться с другими проблемами, которые, если упустить в первое время после выписки, могут быть для них летальными».*

**Е. Базюк:** *«Пациенты находятся в стационаре с низкими уровнями CD4-клеток, с различными парезами, параличами на фоне прогрессии ВИЧ-инфекции. У них часто развивается менингоэнцефалит. Мы у всех таких пациентов проводим люмбальную пункцию, и практически у всех получаем очень высокую вирусную нагрузку. Что говорит именно о поражении центральной нервной системы ВИЧ».*

Следовательно, осуществление эффективного патронажа больных ВИЧ-инфекцией на дому, с оказанием необходимых видов помощи, является крайне актуальной задачей, от выполнения которой нередко зависит жизнь ВИЧ-инфицированных людей, имеющих стойкие выраженные физические и/или психические нарушения.

## ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ НАДОМНОЙ ПОМОЩИ МАЛОМОБИЛЬНЫМ ЛЮДЯМ С ВИЧ, ВКЛЮЧАЯ НАРКОЗАВИСИМЫХ, БФ «ГУМАНИТАРНОЕ ДЕЙСТВИЕ»

Цели и задачи службы надомной помощи маломобильным людям с ВИЧ. Целями программы надомной помощи маломобильным людям с ВИЧ являются максимальное повышение/сохранение качества жизни больных ВИЧ-инфекцией на продвинутых стадиях болезни и/или с тяжелыми коморбидными состояниями, улучшение/сохранение здоровья пациента, а также усиление преемственности в оказании медицинской помощи между стационарными, амбулаторными медицинскими учреждениями и службами помощи на дому, обеспечение своевременной постоянной медико-социальной помощи и высокой приверженности к АРТ, а также другим видам лечения с контролем их эффективности.

Для достижения указанных целей программа решает следующие задачи:

- выявление пациентов, нуждающихся в помощи мобильной службы;
- наблюдение пациентов и, при необходимости, коррекция лечения, включая забор крови и других биоматериалов, для контрольных лабораторных исследований;
- мониторинг режима приема пациентом антиретровирусной терапии;
- обеспечение пациенту скоординированной и своевременной медицинской, социальной, психологической помощи;

- выявление необходимости в госпитализации маломобильных пациентов с ВИЧ-инфекцией, содействие в госпитализации;
- сопровождение больных с тяжелыми коморбидными состояниями;
- сопровождение пациентов при обращении в социальные службы, органы власти и медицинские организации;
- реализация индивидуального плана оказания медицинской помощи и определение потребностей в случае каждого конкретного пациента;
- организация собраний для обсуждения тактики ведения пациентов;
- консультирование труднодоступных и низкомотивированных пациентов по возобновлению приема АРТ;
- консультирование по социальным и психологическим вопросам ближайшего окружения пациента;
- разработка рекомендаций по работе мобильной службы надомной помощи пациентам на продвинутых стадиях ВИЧ-инфекции;

### **Целевая аудитория программы. Требования к отбору клиентов**

Клиентами мобильной службы помощи людям с ВИЧ-инфекцией, имеющим стойкие существенно нарушенные физические возможности, в большинстве случаев становятся пациенты на поздних стадиях ВИЧ-инфекции (доля стадии 4В (СПИД) – более 70%). В основном это люди со стойкими неврологическими нарушениями и/или тяжелыми коморбидными состояниями.

В программу попадают пациенты, имеющие самый различный социально-экономический уровень жизни, род профессиональной деятельности, условия



проживания. Клиентам службы, как правило, присущи следующие характеристики, составляющие их социально-медицинский портрет:

- низкий социально-экономический уровень;
- отсутствие дохода;
- отсутствие комфортного образа жизни, антисанитария;
- отсутствие сторонней помощи в жизни (одинокое проживание);
- отсутствие возможности самостоятельно передвигаться (ходит с тростью, на ходунках, передвигается в инвалидной коляске);
- активный наркопотребитель;
- низкое количество CD4-лимфоцитов;
- обширное поражение мягких тка-

ней, пролежни;

- проживание с одним из возрастных родителей, как правило, матерью;
- выраженная кахексия (крайнее истощение);
- парезы и/или параличи (ограничение и/или отсутствие движений в конечностях);
- отсутствие контроля за физиологическими отправлениями;
- одышка при физической нагрузке;
- отсутствие ранее АРТ при осведомленности о своем положительном ВИЧ-статусе;
- отсутствие диспансерного наблюдения врачом-инфекционистом специализированного медицинского учреждения или поликлиники по месту регистрации, отсутствие в течение

<b>Наиболее часто встречающиеся оппортунистические заболевания</b>	<b>Наиболее часто встречающиеся сопутствующие заболевания:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия</li> <li>➤ ВИЧ-энцефалит</li> <li>➤ криптококковое поражение ЦНС</li> <li>➤ туберкулёз</li> <li>➤ микоз пищевода</li> <li>➤ токсоплазмоз головного мозга</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ хронические вирусные гепатиты, в т.ч. в стадии цирроза</li> <li>➤ алкогольная и наркотическая зависимость</li> <li>➤ онкологические заболевания</li> <li>➤ выраженная сердечно-сосудистая недостаточность</li> <li>➤ хронический панкреатит</li> <li>➤ хронический холецистит</li> <li>➤ ишемическая болезнь сердца</li> <li>➤ острое нарушение мозгового кровообращения</li> <li>➤ атеросклероз сосудов</li> <li>➤ сифилис, в т.ч. нейросифилис</li> <li>➤ тромбофлебиты</li> <li>➤ переломы костей</li> <li>➤ воспаления суставов</li> <li>➤ остеопороз</li> <li>➤ псориаз</li> <li>➤ себорейный дерматит</li> </ul>

длительного времени лабораторных исследований на вирусную нагрузку, иммунный статус, маркеры гепатитов В и С.

При этом среди клиентов службы могут встречаться и социально адаптированные пациенты, не являющиеся активными потребителями наркотических веществ и/или алкоголя, имеющие родственников и близких, заинтересованных в оказании помощи/поддержке им и уходе за ними.

За три года реализации программы помощь оказана 200 клиентам, из них 127 человек – с мужским биологическим полом (63%), 73 человека – с женским биологическим полом (37%). Средний возраст клиентов – 45 лет, возрастной диапазон – 25–84 года. Всего за период реализации программы умерло 26 человек (16 мужчин, 10 женщин).

Пути заражения ВИЧ: 95 человек из 200 (47%) – инъекционное употребление наркотических и психотропных веществ в немедицинских целях; 75 человек (38%) – половой путь; неустановленный путь передачи – 30 человек (15%).

Более трети пациентов (36%), ставших клиентами службы, не принимали АРТ. Это были как наивные больные, т.е. никогда не принимавшие терапию (19 человек), так и пациенты, ранее прервавшие прием АРТ (37 человек).

На момент включения в программу 26% ВИЧ-инфицированных лиц имели выраженный иммунодефицит с количеством CD4-лимфоцитов менее 200 кл/мкл. Величина вирусной нагрузки была высокой и составляла, в среднем, 257 651 копий/мл.

Стадии ВИЧ-инфекции у клиентов программы были следующими: вторичных заболеваний, 4А – 21 человек (10,5% случаев), вторичных заболеваний, 4Б – 23

человека (11,5%), вторичных заболеваний, 4В (СПИД) – 156 человек (78%).

У 110 человек (55%) имел место хронический гепатит С, у 4 – хронический гепатит В или гепатит смешанной этиологии (В + С или С +В + D).

У 50 человек (25%) была установлена I группа инвалидности, 35 человек (18%) имели II группу инвалидности, 2 человека (1%) – III группу инвалидности.

**А. Шеломов:** *«Мы наблюдаем рост количества пациентов с прогрессирующей мультифокальной лейкоэнцефалопатией. Это пациенты, у которых неблагоприятный прогноз по выживаемости. Но мы создаем им достойные условия в стационаре, за них, в любом случае, до конца боремся, даем терапию, наблюдаем, корректируем лечение».*

Как правило, клиентов службы с определенной периодичностью госпитализируют в отделение паллиативной медицины стационара СПб ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» для проведения комплексного обследования и назначения лечения и/или его коррекции в случае необходимости.

Выход на клиентов – выявление ЛЖВ, нуждающихся в комплексной помощи на дому – осуществляется, как правило, через:

- 1) специализированные медицинские организации, прежде всего, поликлинику и стационарные отделения Санкт-Петербургского «Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»;
- 2) обращения на телефонные горячие линии;
- 3) городские и районные службы по социальному обслуживанию населения (районные отделы социальной

защиты населения и комплексные центры социального обслуживания населения (КЦСОН);

- 4) партнёрские ВИЧ-сервисные организации г. Санкт-Петербурга;
- 5) кейс-менеджеров БФ «Гуманитарное действие».

В частности, сотрудники поликлиники СПб ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» предоставляют информацию непосредственно сотрудникам программы или направляют пациентов в БФ «Гуманитарное действие». Приведём пример такого взаимодействия со слов матери пациента по имени **Николай, 37 лет**: «Он был не ходячий, я поехала в поликлинику Центра СПИД. Мне надо было, чтобы его осмотрели. Там я попала на прием к заведующей. Она говорит, хотите, я вам мобильную бригаду вышлю. Они приехали. Там доктор, психолог, социальный работник. И мы подписали договор по оказанию помощи сыну».

Поликлиника Центра СПИД предоставляет информацию о пациентах, продолжительное время состоящих на диспансерном учете, но не проходящих обследование в течение года и более. Соответственно, врачи-инфекционисты поликлиники делают запрос врачам программы о необходимости патронажного визита к этим пациентам.

На этапе передачи информации между персоналом Центра СПИД (между поликлиникой и стационаром) информированного согласия пациентов не требуется, т.к. происходит передача сведений между сотрудниками одного учреждения. Перед визитом к потенциальному клиенту проекта врач, являющийся сотрудником проекта, информирует о посещении вместе с врачом Центра СПИД социального работника, медицинской сестры и психолога – сотрудников БФ

«Гуманитарное действие» – и получает устное согласие на визит всей бригады мобильной службы. При первичном визите по месту проживания/пребывания потенциального клиента проекта соцработник подписывает информированное согласие, согласие на предоставление персональных данных и документ о предоставлении от пациента данных, содержащих врачебную тайну, разработанный юридической службой Центра СПИД, что обеспечивает соблюдение тайны диагноза (врачебной тайны).

Как отмечает **Е. Базюк**: «Пациент обследуется для МСЭ, и нужно заключение инфекциониста для МСЭ. И нам из поликлиники поступает запрос, что надо выехать на данный адрес и сделать освидетельствование на МСЭ».

Информацию также предоставляют районные поликлиники, в т.ч. отделения хронических вирусных инфекций, в которых люди, живущие с ВИЧ, получают необходимую медицинскую помощь, в т.ч. в связи с ВИЧ-инфекцией. Предоставление подобных сведений не нарушает врачебную тайну, т.к. пациенты состоят на учёте в Центре СПИД, и информация предоставляется врачам Центра СПИД, работающим в мобильной бригаде. Чаще всего информация предоставляется непосредственно потенциальному клиенту проекта в соответствующей медицинской организации, и он сам обращается в мобильную бригаду по контактному данным, предоставленным в медицинской организации.

Приведем пример подобного взаимодействия – пациентка по имени **Наталья, 70 лет**: «Я пошла к инфекционисту, она говорит, мы не принимаем... Кровь стали брать, отправили в другую поликлинику нашего района. Я поехала кровь сдавать. Попала на врача (врача службы – прим. авт.). Пропускала таблетки, стала плохо себя чувствовать. Позвонила врачу,

сказала об этом. Он говорит, давайте вас в больницу положу. Я отказывалась. Я не люблю больницы, говорю: «Нет». Короче, он меня убедил. Я сказала, что я подумаю. Позвонил на следующий день, спрашивает, надумали? Я говорю, нет, там плохие условия. Он мне расписал, как хорошо в больнице, вы не будете жалеть».

Кроме того, клиенты попадают в службу через первичное взаимодействие во время пребывания в специализированном отделении стационара СПб ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями». После выписки из стационара пациент может быть взят в программу, при условии, что он является маломобильным, и ему требуется соответствующая помощь. Таким образом помощь стал получать пациент по имени **Антон, 28 лет**: «Я лежал в конце 2018 года в стационаре Центра СПИД, заведующая мне предложила благотворительный фонд, где будет соцработник, который будет мне помогать. Я сначала отказался, потому что не знал, что это такое. А потом сам к ней подошел, чего отказываться, если предлагают помощь. И потом уже домой ко мне приехала соцработник вместе с моим лечащим врачом».

В перенаправлении потенциальных клиентов в некоторых случаях участвуют работники социальных служб города. Такая передача данных возможна, только если потенциальный клиент программы сообщит работникам социальной службы о своём ВИЧ-статусе, а уже работники социальных служб направят его в мобильную бригаду.

Таким образом в программу попала пациентка по имени **Марина, 53 года**, незрячая: «Я так понимаю, что соцработник в районном Центре социального обслуживания обзванивала, видимо, были телефоны, информация. Это не я сама делала. Но мне было не получить документы об инвалидности. А пока нет этих

документов, мне ничего не предоставят (соцработника от центра социального обслуживания – прим. авт.). Я позвонила, там работала такая сочувствующая женщина, говорит, посмотрю, что можно сделать. И она позвонила в фонд. И мне оттуда позвонили и помогли документы получить, и медицинскую помощь я стала получать».

Стать клиентом службы также можно благодаря обращению на номера телефонов различных служб, среди которых выделим следующие:

- 1) горячая линия Центра СПИД;
- 2) горячая линия БФ «Гуманитарное действие»;
- 3) рабочие телефоны сотрудников проекта.

Рассказывает пациентка по имени **Татьяна, 40 лет**: «Случилось так, что у меня парализовало ноги. Я лежала в больнице, мне надо было поменять терапию, приехала из больницы домой, не знала, как получить терапию, до поликлиники Центра СПИД не доехать. Позвонила в стационар Центра СПИД, мне сказали, что есть такая бригада. Я созвонилась с врачом, он мне сказал, есть бригада, мы сами к вам приедем. Через 2–3 дня приехал доктор, психолог, осмотрели меня. Так я с ними познакомилась».

О потенциальных клиентах сообщают кейс-менеджеры БФ «Гуманитарное действие», в некоторых случаях информация поступает от других организаций, осуществляющих работу в сфере профилактики ВИЧ/СПИДа и помощи ЛЖВ.

Также служит источником привлечения клиентов в программу информация о службе, размещённая на веб-сайте БФ «Гуманитарное действие», других информационных ресурсах в сети Интернет, в социальных сетях организации.



Вспоминает мать пациента по имени **Леонид, 42 года**: «И один раз ехала из больницы, был шок от всего этого... мы с мужем и мамой моей жили в однокомнатной квартире. И тогда встал вопрос его забирать из больницы, а куда я его заберу. И потом мне в голову стукнуло искать по интернету, я стала искать и вышла на этот Фонд. И они спросили разрешения, можно ли приехать. Мы его в конце июля домой привезли, в августе врач и соцработник приехали».

Критерии включения клиентов в программу:

- пациенты с поздними стадиями ВИЧ-инфекции;
- тяжелые коморбидные состояния больных;
- малодоступные или дистанцировавшиеся от медицинской помощи в силу различных причин (инвалиды, малоимущие, матери-одиночки с малолетними детьми) пациенты;
- наличие письменного согласия пациента или его родственника при наличии у больного ВИЧ-инфекцией когнитивных расстройств;
- гражданство РФ;
- регистрация в г. Санкт-Петербург.

При этом наличие тяжелых психических нарушений служит основанием для отказа от включения пациента в программу.

Период наблюдения ограничивается:

- летальным исходом;
- появлением способности лица, получающего помощь, самостоятельно решать медико-социальные вопросы.

У ряда пациентов, как правило, с про-

грессирующей лейкоэнцефалопатией, был зафиксирован летальный исход.

**А. Шеломов**: «Пациент находился в стационаре СПб ГБУЗ «Клиническая инфекционная больница имени С. П. Боткина». Был выписан домой, при этом у него была афазия, он не разговаривал и не был доступен к продуктивному контакту. Он с помощью своей матери получал АРТ. В таком состоянии пациент прожил в течение года. Периодически его госпитализировали в стационар, где он обследовался, ему корректировали лечение. Но пациент умер из-за поражения головного мозга, вызванного прогрессирующей лейкоэнцефалопатией, а также присоединившейся пневмонии». В подобных случаях силами службы возможно обеспечить уход, наблюдение, коррекцию терапии, чтобы пациент прожил как можно дольше с сохранением максимально возможного высокого качества жизни. Фактически, это является вариантом оказания паллиативной помощи.

Аналогичная ситуация наблюдается в случае с онкологическими заболеваниями на четвертой стадии. **А. Шеломов**: «Нами был осуществлён выезд к пациентке на четвертой стадии рака шейки матки. В этой ситуации уже ничего не сделать. В данном случае были даны рекомендации по поводу обезболивания, а также рекомендовано вызвать онколога, терапевта, чтобы были даны рецепты на обезболивающие. Дана рекомендация рассмотреть возможность устройства пациентки в хоспис. Данной пациентке можно было только облегчить страдания».

В ряде случаев, среди активных наркопотребителей, летальные исходы были обусловлены передозировками наркотиков.



## СПЕКТР ПОТРЕБНОСТЕЙ МАЛОМОБИЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ТРЕБУЮЩИХ НАДОМНОЙ ПОМОЩИ

Как уже говорилось выше, работа программы направлена в первую очередь на удовлетворение потребностей **в медицинской помощи**, наблюдении, корректировке терапии, в госпитализации и уходе.

**Е. Базюк:** «Условия, в которых пребывают такие пациенты, – как правило, ужасные. Родственники в большинстве своём пожилые, им тяжело передвигаться, осуществлять элементарные действия. И в этих условиях находится лежачий или маломобильный пациент. Чаще всего состояние квартир, в которых проживают пациенты, откровенно плачевное. А условия и уход очень важны для наших пациентов. Я думаю, если бы не было этой программы, больше половины пациентов, которые являются ее клиентами, могли бы погибнуть. Как правило, это пациенты с низким иммунным статусом и высокой вирусной нагрузкой...».

Особенно остро стоит проблема выписки из стационара подобных пациентов. Практика работы службы показывает, что крайне мало родственников хотят или имеют возможность забрать своего близкого человека домой в маломобильном состоянии и ухаживать за ним. Врачи после завершения обследования, медицинских манипуляций, проведенного лечения, подготовки к выписке и отправки пациента по месту жительства, как правило, сталкиваются с выраженным негативом со стороны родственников.

Рассказывает мать пациента по имени **Леонид, 42 года:** «Я даже не знала, чем он

болел, я узнала только в конце 2018 года. Он был в таком неадекватном состоянии. По всей видимости, наркотики там были. Случайно узнала, что у него гепатит. В конце ноября, когда он стал наркотики принимать, мы стали ругаться, он с нами не жил. И вот тогда он мне сказал, что у него ВИЧ. И он собрался и ушел от нас, стал опять пить, принимать наркотики. 2 июля 2019 года у него случилась черепно-мозговая травма. Мы с мужем были в отпуске. Нам младший сын сказал, что его нашли в больнице. А он был в коме после операции. У него полголовы нет, от лба, полчерепна нет. И вот мы его в конце июля нашли. И в таком состоянии он был плачевном, он весь в пролежнях был. И тогда я уже вышла на фонд».

Важнейшим условием получения помощи является желание клиентов следовать рекомендациям врачей. В практике работы службы встречались случаи, когда клиенты игнорировали рекомендации медицинских специалистов, или же полностью отказывались от предложенной медицинской помощи. Вспоминает **Мария Лапина**, руководитель программы, социальный работник: «Молодая женщина, 44 года, одна из первых клиенток службы, очень быстро умерла. Наверное, поэтому и запомнилось. Приехали к ней домой. У неё трое детей, на двоих она лишена родительских прав. Клиентка находилась в наркопотреблении. У нее жила приятельница, которая могла покормить, также находящаяся в активном употреблении. У клиентки был огромный свищ в районе копчика, соответственно, все процессы жизнедеятельности выходили через этот свищ. В итоге наша команда с помощью этой подруги по скорой помощи отправила её в больницу. У нее выявилась онкология, ей было предложено делать колостому, она отказалась (подписала отказ). Её отправили домой в таком состоянии, и она пролежала два года в таком состоянии, пока не умерла. Но это исто-

рия про то, что надо было своевременно начать получать медицинскую помощь, поскольку АРВ-терапию она принимала».

Еще одна категория клиентов – это пациенты-наркопотребители с длительным наркотическим анамнезом, много раз бросавшие АРТ, потерявшие способность передвигаться самостоятельно из-за употребления психоактивных веществ, вызывающих грубые двигательные нарушения в нижних конечностях. Как правило, в таких случаях происходит госпитализация, подбор и назначение терапии, по желанию пациента может быть назначена реабилитация в СПб ГБУЗ «Городская наркологическая больница».

Часть пациентов вновь прерывала приём АРТ, что приводило к прогрессированию ВИЧ-инфекции и к последующей маломобильности на фоне оппортунистических и/или сопутствующих заболеваний. Вспоминает пациентка **Н., 70 лет**: «Стоять я еще могу, дойти до туалета могу. Долго не могу ходить. Большие ограничения в ходьбе. Я могу напрячь силы, выйти и зайти, постоять минут 10, а поехать куда-то уже сложно. Когда я узнала, что у меня ВИЧ-инфекция, мне назначили лекарства. Я их принимала, потом решила, что это обман, откуда ей взяться, и перестала принимать. Перестала и похудела на 10 кг, стала думать, почему. Стала плохо чувствовать себя. Слабость. Пошла к врачу. И вот этот вопрос меня заинтересовал, посмотрела в интернете, что такое ВИЧ. Испугалась. Потом меня положили в стационар Центра СПИД. Стала принимать АРТ опять. Начала быстро выздоравливать. Вируса нет сейчас, клеток 500. Стало все хорошо. Поправилась, опять вошла в норму, как была 62 кг, так и стало. После этих таблеток стала приходить в себя».

Другой пример, когда ВИЧ-инфекция приводит к прогрессированию сопут-

ствующих заболеваний, на фоне чего возникает маломобильность, как это произошло с пациентом по имени **Виктор, 40 лет**: «У меня был ВИЧ, псориаз. Все тело было покрыто псориазом. Назначили лечение, уколы, мази, но они не помогли. В июне я уже двигаться плохо стал. Было больно ходить за счет того, что псориаз сковывал мои движения. Он покрывал 80% тела. Я передвигался, но очень плохо, было больно ходить. Боль была адская. К тому моменту уже сильно болели ноги».

Также программа направлена на удовлетворение потребностей в получении **социальной помощи**.

Мобильная служба содействует в восстановлении утраченных документов, оформлении инвалидности, оплате услуг ЖКХ. У ряда клиентов имеются потребности в содействии в получении средств реабилитации, адсорбирующего белья, подгузников. Пациенты могут получать подгузники бесплатно при наличии инвалидности и в соответствии с индивидуальной программой реабилитации, при установлении медицинских показаний и противопоказаний (согласно ст. 11.1 Федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»). Однако не исключены ситуации, когда пациенты и их родственники или близкие люди не могут реализовать данное право, например, в связи с отсутствием этих товаров (чаще всего это связано с проблемами у поставщиков государственного заказа).

У клиентов службы могут возникать сложности и с реализацией права инвалидов на иные технические средства реабилитации (ТСР), к примеру, органы и учреждения, ответственные за предоставление ТСР, могут устраивать родственникам пациентов излишнюю административно-бюрократическую волокиту, создавать искусственные административные барьеры. Один из таких

примеров приводит **М. Лапина**: «Коляску получали на пациента С. Коляска была готова, её нужно было приехать и забрать. Пациент живет в пригороде, в Павловске. Я приезжаю, коляски нет. Я говорю, подождите, матери С. сказали, что коляска готова. Вот соответствующие документы. В итоге сказали, что нужно приехать через три дня. Ладно, через три дня я приехала. Там оказалось, что не хватает оригинала паспорта, копия была, а оригинала нет. Это опять в Павловск ехать. А у него две коляски было положено. Одна комнатная, вторая прогулочная. Одну получили. Со второй – доставка. Мать пациента С. ждала ее две недели».

Распространены ситуации, когда клиенты программы оказываются «заброшенными». Как правило, это одинокие маломобильные люди с ВИЧ, которые не в состоянии за собой ухаживать. В силу того, что такие пациенты фактически «невидимы» для медицинских и социальных организаций, они лишены необходимой помощи, чаще всего у них не оформлен соответствующий социальный статус (например, группа инвалидности). Один из типичных примеров «заброшенного» пациента – мужчина по имени **Антон, 28 лет**: «Тяжелое было состояние. Я плохо очень передвигался. Потому что у меня в 2016 году была травма позвоночника. Также был остеопороз. Пока не начал обращаться в больницу, пока не начали помогать сотрудники проекта, я помощи, по сути, не получал. Приехали врач, соцработник и психолог. Спрашивали про состояние здоровья, про то, какая помощь нужна. Мне сотрудники проекта начали делать пенсию по инвалидности, соцработник меня возила в пенсионный фонд, это ж на дому все не делается».

Помощь службы получают не только маломобильные пациенты, но и люди с иными серьезными ограничениями по здоровью. Рассказывает пациентка по имени

**Марина, 53 года**, незрячая: «Состояние было такое, как сейчас. Я потеряла зрение, и мне была очень нужна эта помощь. У меня ВИЧ. И пошло на глаза осложнение из-за цитомегаловирусной инфекции».

Следовательно, потребности клиентов мобильной службы надомной помощи маломобильным людям с ВИЧ многообразны и остры. Необходимо их выявление и организация оказания медицинской и социальной помощи на дому с привлечением специалистов различного профиля.

## ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ И ПРАВИЛА ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ МОБИЛЬНОЙ СЛУЖБЫ НАДОМНОЙ ПОМОЩИ

При оказании услуг клиентам сотрудники мобильной службы помощи людям с ВИЧ, имеющим стойкие существенно нарушенные физические возможности, должны руководствоваться следующими принципами и правилами:

- добровольность, гуманность, законность; согласие на получение услуг должно быть зафиксировано письменно и подписано самим клиентом или его законным представителем (информация о потенциальном клиенте проекта передаётся сотрудникам мобильной бригады, не являющимся сотрудниками Центра СПИД, только после получения устного согласия по итогам телефонного звона между пациентом и врачом Центра СПИД, затем при первичном визите мобильной бригады подписываются информированное согласие и иные виды документов, обеспечивающих защиту персональных данных и тайну диагноза);
- соблюдение конфиденциальности информации о клиенте, основанной на принципе информированного согласия;
- наличие у специалистов программы профессионального опыта по качественному и долгосрочному консультированию и оказанию помощи ЛЖВ и лиц из числа близкого окружения (снижение «внутренней» стигмы);
- уважительное отношение, понимание и принятие достоинства каждого клиента;
- признание человеческой ценности клиента, его личности независимо от того, какими качествами он обладает, болен он или здоров, особенностей его внешнего вида, поведения, этнических и религиозных особенностей, уважительное отношение к его ценностям; специалисту следует воздерживаться от осуждения клиента, оценок его поведения и личностных характеристик;
- клиент-центрированный подход;
- персонал не противопоставляет себя клиентам, а сотрудничает с ними; поощряется и стимулируется максимальная открытость в общении при строгом соблюдении правил конфиденциальности и анонимности;
- семейный подход, предполагающий активное участие родственников клиента или иного близкого окружения в оказании помощи; диагностика, консультирование и коррекция проблем, существующих у членов семьи и ближайшего окружения клиента;
- «субъективный стандарт» информирования, предполагающий адаптацию информации с учетом интересов и потребностей отдельного клиента; признание независимых информационных потребностей и желаний человека в процессе принятия непростых решений;
- признание приоритета интересов клиента и добровольность его решений в процессе получения социальных услуг;
- сотрудники организации, оказывающей услугу, стремятся быть полезным клиенту, не брать на себя всю ответственность за состояние здоровья и настроение клиента; клиент осознаёт: сотрудник намерен помогать, а не заставлять;
- активное участие клиента в процессе взаимодействия и развитие его собственного потенциала;



- своевременность предоставления услуги, информации, медицинской помощи (т.е. они должны быть оказаны настолько быстро, насколько это возможно);
- бесплатность, так как потенциальные клиенты в большинстве своем не могут оплачивать медико-социальную помощь;
- оказание медицинской помощи и максимального набора социальных и иных услуг в одном месте;
- уход от «опекунской» модели отношений между сотрудниками организации, оказывающей услуги, и клиентами, и переход к взаимодействию, основанному на принципе сотрудничества.

Важнейшим принципом работы службы является профилактика профессионального выгорания ее сотрудников, в том числе отход от попыток «спасения клиентов». Предоставление помощи должно быть осознанным и сопровождаться участием со стороны всех сторон, занятых оказанием услуг в рамках программы, в том числе со стороны пациентов и/или их родственников/близких. Необходимо отделять личное эмоциональное отношение к проблемам клиентов от разумного рабочего подхода. Как отмечает **М. Лапина**: *«На первых порах мне хотелось помочь всем и сразу. Если человек соглашается на помощь, я иду на отклик. Насилие, когда я больше добра «причиняла», оно на первых порах было. Сейчас нет. Если человеку что-то необходимо, он попросил, то без проблем. Я могу только уточнить, может быть, еще что-то нужно. Не навредить и без насилия. Потому что некоторые люди не хотят лечиться, и это их выбор в данный конкретный момент времени. Впоследствии он может измениться, и тогда мне нужно быть рядом, чтобы успеть прийти на помощь».*



## ОСНОВНЫЕ ВИДЫ УСЛУГ, ОКАЗЫВАЕМЫХ КЛИЕНТАМ ПРОГРАММЫ

Сервисный компонент программы имеет 3 составляющих:

- ❖ медицинскую;
- ❖ социальную;
- ❖ психологическую.

**Медицинская составляющая** сервисного компонента программы включает в себя:

- осмотр пациента врачом-инфекционистом;
- рекомендации пациенту и родственникам;
- курацию пациента;
- наблюдение за состоянием здоровья пациента и контроль анализов;
- забор крови на дому (выезд медицинской сестры на дом, как правило, 1 раз в 6 месяцев);
- выявление необходимости в госпитализации пациентов с ВИЧ-инфекцией;
- в случае необходимости – организация госпитализации пациента в паллиативное отделение стационара Центра СПИД;
- ведение пациента в стационаре Центра СПИД врачом-инфекционистом, являющимся как сотрудником отделения, так и выездной службы (в случае если пациент госпитализирован);
- сопровождение больных с тяжелыми коморбидными состояниями после выписки из стационара;
- консультации пациента на дому или организация выезда пациента для

консультаций узкопрофильных медицинских специалистов, таких как невролог, психиатр, психиатр-нарколог, эндокринолог и т.д.;

- организацию совещаний для обсуждения вопросов координации и интеграции ухода за больными;
- мониторинг режима приема пациентом АРТ;
- консультирование труднодоступных и низкомотивированных пациентов по восстановлению приема АРТ;
- вовлечение лиц из ближайшего окружения пациента для формирования и сохранения его приверженности к получаемой помощи и АРТ;
- работа по запросу самих пациентов, при необходимости – консультации психолога;
- рекомендации для близкого окружения или родственников пациента по вопросам сестринского (или медицинского) ухода

Приведём один из примеров того, как происходит выявление потребности в госпитализации. Пациентка по имени **Татьяна, 40 лет**: *«В мае стала себя плохо чувствовать, позвонила доктору. Предложили меня госпитализировать. Меня не приняли в стационар центра СПИД, потому что тест показал, что у меня ковид, я уехала в Клиническую инфекционную больницу им. С.П. Боткина. А потом стационар центра СПИД закрыли на карантин. И вот в августе ко мне приехали из мобильной бригады, взяли кровь, буквально через неделю врач позвонил и сказал, что надо срочно госпитализироваться, что терапия не работает, пошла высокая нагрузка. У меня 50 тысяч нагрузка была. И клетки стали падать. Та терапия совершенно не работала. И я легла в больницу».*

Как уже отмечалось выше, одной из за-

дач медицинского компонента программы является предоставление близкому окружению или родственникам пациента рекомендаций по вопросам сестринского ухода, в частности, по профилактике тяжелых пролежней и их обработке. **Е. Базюк:** «Мы говорим по большей части о профилактике тяжёлых пролежней. С какой периодичностью переворачивать, как пациенты должны лежать, если появился пролежень, чем обрабатывать, проверить, чтобы была корка и пролежень не мок. Если они образовались, и они глубокие, в условиях дома ничего не сделать. Надо пациента госпитализировать, делать оперативное иссечение некротических тканей, и следить за заживлением. Когда мы видим начинающуюся мацерацию кожных покровов, конечно, мы говорим родственникам, как обработать, что купить, что делать».

Особенностью программы, реализуемой БФ «Гуманитарное действие», является то обстоятельство, что в ее основе лежит плодотворное сотрудничество между двумя отделениями стационара центра СПИД: приёмным отделением (заведующий А. Шеломов) и 3-м (паллиативным) отделением (заведующая Е. Базюк). Такое сотрудничество позволяет достигать более эффективной маршрутизации пациентов и своевременности, полноты, доступности в оказании медицинской помощи. Паллиативное отделение рассчитано на тяжелых, но без острой органной патологии, больных ВИЧ-инфекцией, большинство из которых находятся в лежачем положении. Отделение на 25 коек оснащено кроватями с электроприводом и наличием противопролежневых матрасов. Медицинский персонал обучен уходу за пациентами, нуждающимися в паллиативной помощи. Всё это в совокупности обеспечивает комфорт пациента. **Е. Базюк:** «Есть пациенты, которые лежат в третьем отделении стационара Центра СПИД. Мы им прово-

дим диагностику, лечим и выписываем. Но выписываем с анализами, которые далеки до нормы. И мы подключаем их к мобильной бригаде, выезжает медсестра, берет анализы, а мы как врачи проводим коррекцию терапии».

**Социальная составляющая программы** включает в себя комплекс социальных услуг и услуг социального сопровождения, в том числе:

- установление контакта с клиентами и людьми, готовыми предоставлять им уход;
- установление доверительных отношений и взаимопонимания с пациентами и людьми, оказывающими им уход;
- при первичном визите в адрес к пациенту заполнение всей необходимой документации в трех экземплярах – по одному экземпляру для Центра СПИД (в амбулаторную карту пациента), для БФ «Гуманитарное действие», для пациента / клиента проекта (информированного согласия; согласия на обработку персональных данных; заявления о согласии на предоставление сведений, составляющих врачебную тайну; карты клиента);
- оказание консультационных услуг и информирование клиентов по вопросам лечения ВИЧ, профилактики и лечения ИППП, вирусных гепатитов и иных социально значимых заболеваний;
- содействие в постановке на учет в Центр СПИД (при необходимости);
- содействие в психологическом принятии ситуации, в которой находится пациент и его близкие;
- патронирующие визиты по месту проживания/пребывания клиента

программы;

- при необходимости – направление и сопровождение клиента в служебном автомобиле для оказания помощи в иных организациях и учреждениях;
- доставка АРВ-препаратов и иных лекарственных средств (для доставки АРВ-препаратов между клиентом проекта или его законным представителем оформляется доверенность на их получение в Центре СПИД);
- содействие в получении группы инвалидности;
- содействие в оформлении справок, рецептов, льгот, пенсий, пособий;
- сопровождение в социальные и медицинские учреждения: МФЦ, ПФР, МСЭ, КЦСОН и иные органы государственной власти и местного самоуправления, государственные и муниципальные учреждения;
- сопровождение клиента в амбулаторные и стационарные медицинские учреждения для прохождения обследования, лабораторных исследований, назначения лечения, помощь в госпитализации;
- доставка/выдача адсорбирующего белья и подгузников.

На имеющемся у службы легковом автомобиле не всегда можно транспортировать клиентов в медицинские организации и социальные службы. Получение услуги по перевозке на специализированном транспорте за бюджетный счёт затруднительно ввиду высокого порога доступа. В этой ситуации БФ «Гуманитарное действие» организует перевозку клиентов проекта через организацию, непосредственно осуществляющую подобные перевозки. Как отмечает **М. Лапина**: «При необходимости госпита-

лизации, если человек может поехать на легковой машине, мы перевозим сами. Но для лежачих пациентов мы можем пользоваться, заранее договорившись, перевозкой на специализированном транспорте за счет средств фонда. Пациент ничего не платит. Заключен договор с организацией, занимающейся конкретно перевозкой лежачих пациентов. Платно – очень дорого для наших клиентов. Учитывая материальное положение 95% наших пациентов – это непосильные суммы для них. Опять же бесплатная перевозка на государственном уровне – это такое количество барьеров, чтобы элементарно на плановую госпитализацию попасть. По скорой – пожалуйста, это экстренная госпитализация. А если мы говорим о плановой, когда нужно человеку наблюдаться, это очень сложно, чтобы получить эту услугу от государства бесплатно».

Одной из самых востребованных услуг программы является доставка АРВ-препаратов и иных лекарственных средств. Это связано с тем, что самому пациенту сложно обратиться в поликлинику Центра СПИД, либо родственники и близкое окружение не могут покинуть тяжелобольного человека, требующего постоянного наблюдения и ухода. Социальные работники государственных социальных служб не участвуют в доставке антиретровирусных и иных лекарственных препаратов. Пациентка по имени **Марина, 53 года**, незрячая, отмечает: «Когда появился постоянный соцработник, не знаю, сопровождающий, сиделка, как назвать, мобильная бригада уже предоставляла только то, что мне необходимо, что мне не может сделать сиделка. Лекарства привезти, меня к врачу отвезти, медсестру привезти. Помощь продолжается. Они помогают мне доехать до учреждений здравоохранения, которые находятся от меня далеко. Если здесь близко, то мы с моей соцработником сходим. А в эти специализированные учреждения по-

могут доехать, получают и привозят лекарства, привозят медсестру для забора крови». **М. Лапина:** «Кто-то плохо себя чувствует, мать клиента проекта просит привезти обычные таблетки из аптеки, если есть время и ресурсы на это, мы спокойно и это делаем. Или получить у невролога в Центре СПИД на неврологические препараты рецепт, заехать в аптеку, купить, отвезти. Если есть запрос и он в наших силах, мы никогда не отказываем».

Другой наиболее востребованной услугой среди клиентов программы является сопровождение в поликлиники и стационары для прохождения клинических, инструментальных и лабораторных обследований, помощи в госпитализации. Многим пациентам недостаточно транспортировки до места получения медицинской помощи и/или социальных услуг, как правило, им требуется сопровождение в процессе получения услуг. Как отмечает пациент по имени **Антон, 28 лет:** «Социальный работник помогала в больницу лечь, возила на разные обследования в разные центры по поводу позвоночника, я бы сам не смог. Пенсию помогла сделать, инвалидность. Нет, инвалидность делал врач, а с пенсией соцработник помогала, чтобы это оформить. Сопровождение постоянное. Со мной ездили, я тогда не мог без сопровождения ездить. Где-то подсказывали, как лучше сделать. Какие лучше оформления в пенсионном фонде взять, что было бы лучше для меня».

При доставке/выдаче адсорбирующего белья и подгузников также возможны различные варианты. Как правило, речь идёт о доставке технических средств реабилитации – подгузников из территориальных отделов Фонда социального страхования или Комплексных центров социального обслуживания населения. Однако в ряде случаев впитывающие пелёнки и подгузники предоставляются за счёт средств БФ «Гуманитарное дей-

ствие». Чаще всего это связано с тем, что в местах выдачи ТСР закончились их запасы, а также с тем, что потребности пациентов в них превышают тот объём, который предоставляется за счёт бюджетных средств. **М. Лапина** приводит пример: «Там мать ухаживает за ребенком, ну, взрослым уже мужчиной. И так как стул очень частый, им не хватает средств, которые обеспечивают по инвалидности. И соцработник возила им дополнительно подгузники, потому что там пожилая мама, у нее пенсия, а это все стоит денег».

В некоторых случаях в социальный компонент данного сервиса может быть включена доставка продуктов питания, средств гигиены и иных товаров первой необходимости. Одна из клиенток службы, пациентка **Н., 70 лет,** отметила: «Соцработник мне продукты питания привозила, да, я заказывала что-то, а она привозила». В редких случаях может быть организовано предоставление гуманитарной помощи, прямой материальной поддержки (чаще всего, продуктовых наборов, лекарств).

В ряде случаев социальное сопровождение предоставляется на период, в течение которого клиент оказывается без услуг социального работника государственных социальных служб (отпуск социального работника, отсутствие необходимого статуса для получения услуг социального работника и др.). Так, пациентка по имени **Н., 70 лет,** вспоминает: «Соцработник от благотворительного фонда меня может куда-нибудь отвезти, когда моя официальная соцработник в отпуске».

Некоторым клиентам службы требовалась услуга по уборке квартиры. Жильё, в котором проживает клиент, может быть в крайне запущенном состоянии, человек вынужден находиться в антисанитарных условиях. В подобных ситуациях производится уборка жилого помеще-



ния с привлечением волонтеров.

Периодически социальные работники службы посредством краудфандинга осуществляют сбор средств на поддержку тех или иных подопечных. Один из таких примеров приводит **М. Лапина**: *«Мы таким образом собирали деньги на приобретение препарата «Акласта», это для остеопороза достаточно дорогой препарат. Около 20 тысяч рублей стоит. А на очереди стоять можно долго».*

Одним из важнейших элементов социально-психологического компонента сервисной программы является эмоциональная поддержка, которую оказывает не только психолог, но и все сотрудники службы, возможность поддержания контакта с врачами, психологом, социальным работником.

Служба может удовлетворить далеко не все потребности клиентов. Так, например, мать пациента по имени **Леонид, 43 года**, отмечает: *«Иногда его помыть надо, в ванну посадить. Пока обходимся. Я одна не справлюсь, понимаете. Потом, я не знаю, какие права он имеет и на что. Я пока справляюсь. Если не буду справляться, там будет видно. Куда тогда обращаться, я узнаю. У нас ему положено социальное такси. Раньше я заказывала просто такси, а теперь социальное. Оно дешевое. Конечно, перевозка мне тяжело обходится. Я беру тогда платно. Я беру за 4000 тысячи рублей, но это я сама плачу. От кровати до кровати везут».* Рассказывает мать пациента по имени **Николай, 37 лет**: *«У меня пенсия копейки, у него копейки, хотелось бы финансовой поддержки, конечно... но я так думаю, это не входит ведь в эти услуги... Мне как-то позвонила психолог проекта, сказала, если получится, нам выделяют какую-то помощь в виде продуктовых наборов».*

**Психологическая составляющая** сервисного компонента программы осуществ-

ляется в форме очного и дистанционного консультирования. Психологическая помощь предоставляется как пациентам, так и их родственникам, близкому окружению. Согласно наблюдениям команды службы, родственниками психологическая помощь востребована даже в большей степени, нежели пациентами.

Большинство пациентов имеют ограничения в передвижении, забота о них ложится на плечи их родственников, или лиц из близкого социального окружения. В результате и те, и другие вынуждены проводить много времени вместе, что увеличивает напряжение во взаимоотношениях. Родственники переживают за здоровье близкого, накапливается эмоциональная и физическая усталость, у пациентов увеличивается стресс, поскольку они теряют чувство самостоятельности, ощущения собственной значимости, увеличивается чувство безысходности.

Мать пациента по имени **Николай, 37 лет**, рассказывает о работе психолога службы: *«Она мне звонит строго раз в месяц. Мы с ней разговариваем по телефону, она спрашивает, как Николай, я уже срываться начинаю иногда. У него бывают обострения. Она проводит беседы со мной, видимо, я больше страдаю».*

Динамика развития болезни и ухудшение самочувствия способствуют увеличению социальной изоляции, потере коммуникативных связей с другими людьми. Происходит фиксация на «проблеме здоровья близкого человека», что приводит к депрессивным состояниям пациентов, их родных и близких.

В ряде случаев психологической помощи бывает недостаточно, и сотрудники службы помогают в получении профессиональной психиатрической помощи. Но и после получения помощи психиатра психолог службы продолжает со-



проводить пациента, его родственников и людей из близкого окружения. Пациентка по имени **Татьяна, 40 лет**, вспоминает: *«У меня была жуткая депрессия после того, как меня парализовало. Я сначала общалась с психологом. Долгое время, но это не помогло, у меня опухоль на позвоночнике, нарушение ЦНС, плюс принятие того, что я больше не буду ходить. Не смогла она мне помочь, я просила мне на дом вызвать психиатра, этим тоже психолог занималась. Мне вызывали на дом психиатра, чтобы назначить мне антидепрессанты. Теперь психолог мне каждый месяц звонит, чтобы узнать, нужна ли помощь. Она всегда на связи».*

Не менее значимой проблемой являются взаимоотношения пациента и родственников. Они могут развиваться по принципу созависимых, оказываясь деструктивными, выявляя и усугубляя чувства вины и стыда. Происходит нарушение личных границ и соотношения ответственности (например – гиперопека), что негативно сказывается на эмоциональном состоянии пациентов и их близких людей.

Мать пациента по имени **Леонид, 42 года**, пользуется услугами психолога: *«Мы как-то справляемся, чтобы ни на кого не вешать свои проблемы. Мне достаточно того, чтобы та же психолог придет как родной человек, мы поговорим, она спрашивает, советы дает. Она мне очень помогла. Я уже ей говорю, что мне и так надо было бы искать психолога. А в службе он есть. Человек просто пришел и подсказал, мне стало намного легче и лучше. И учила, рассказывала, как мне с Леной быть. Я и с этим не могла смириться. Меня научили, мне подсказали, как надо жить, что надо делать. я безмерно благодарна ребятам из этого благотворительного фонда».*

В ряде случаев у некоторых пациентов имеются необратимые изменения дея-

тельности головного мозга, что выражается в развитии нейрокогнитивных нарушений, вплоть до степени деменции. Происходят глубокие изменения в психическом состоянии и уровне интеллекта человека. Вышеперечисленное затрудняет полноценный диалог с пациентами, построения с ними дальнейшей программы. Вирусная инфекция оказывает влияние на эмоциональное состояние человека, что приводит к эмоциональной неустойчивости, быстрым переходам от бурной радости к глубокой грусти, от вспышек агрессии к состоянию подавленности. К данной группе проблем можно отнести и пограничные психические состояния (невроз, психоз, депрессия). В некоторых случаях требуется вмешательство врача-психиатра для подбора соответствующей лекарственной терапии.

Психологическая составляющая сервисного компонента включает в себя:

- ежемесячные телефонные звонки всем подопечным службы;
- консультирование и психологическую поддержку (очно/по телефону) подопечным, а также людям, оказывающим им уход;
- помощь пациенту с принятием диагноза;
- комплекс психологических и психокоррекционных мероприятий подопечным службы по удержанию на терапии, участвует в формировании приверженности к АРТ;
- повышение приверженности к лечению: мотивация к посещению центра СПИД, к госпитализации и прохождению обследований по показаниям, приему АРВ-препаратов;
- содействие в налаживании отношений с социальным окружением па-

циента;

- эмоциональная поддержка при длительном нахождении в стационаре, в период ухода из жизни, а также помощь родным и близким больного в период тяжелой утраты;
- при развитии тяжелых психических расстройств у пациента проведение оценки психического статуса и потребности необходимости лечения (или привлечение врачей-психиатров из государственных психиатрических клиник);
- по запросу подопечных и/или их близких – восстановление семейно-социальных связей;
- адаптация подопечных и родных или близких людей к текущей ситуации, связанной с состоянием здоровья пациента, мотивация на принятие ответственности за ситуацию по мере возможностей;
- регулярный выезд в составе мобильной службы к клиентам;
- участие в формировании программы реабилитации от наркозависимости клиентам;
- профилактические информационные мероприятия в области ВИЧ/СПИД, ИППП, наркозависимости и гендерных аспектов.

**М. Лапина:** *«Сначала психолог с нами выезжал в адрес к каждому новому подопечному. Со временем мы отказались от очных визитов, в том числе и связи с пандемией новой коронавирусной инфекции. Потому что, если мы берем типичную историю: «сын-мать» или «дочь-мать», они погружены в тяжелое физическое состояние пациента настолько, что им в эту минуту не до психолога, их больше интересует врач. У нас вообще нет культуры обращения за психологической помощью».*

Количество услуг, оказанных в рамках работы службы с ноября 2018 года по декабрь 2021 года:

- забор крови – 283 раза;
- доставка АРВ-препаратов – 373 раза;
- доставка/предоставление пелёнок – 52 раза;
- доставка/предоставление специализированного белья (подгузников) – 45 раз;
- выездов врачей – 249 раз;
- консультаций психолога – 157 ед.;
- оказание услуг социального работника, в т.ч. выезды и сопровождение – 1657 ед.

## МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОСНАЩЕНИЕ МОБИЛЬНОЙ СЛУЖБЫ НАДОМНОЙ ПОМОЩИ

Ключевое требование к материально-техническому оснащению программы – наличие легкового автомобиля. Автомобиль должен обладать следующими характеристиками:

- удобен для клиентов программы;
- вместительный салон;
- тип кузова – хэтчбек (службой используется машина с таким типом кузова), возможен вариант минивэна;
- предпочтительно, чтобы задние двери автомобиля «откатывались», это дает возможность легко сложить одну из секций задних сидений и загрузить на них инвалидное кресло, его выгрузка также не создаст проблем;
- посадка у машины должна быть невысокая, примерно на «колясочном» уровне, поэтому, пересаживаясь в него, маломобильному человеку не придется затрачивать много физических усилий;
- топливная экономичность автомобиля;
- оборудован аптечкой первой помощи, огнетушителем, знаком аварийной остановки.

Правила эксплуатации автомобиля службы:

- своевременная подача автомобиля для выезда врача (осмотр/консультация на дому); медсестры (забор крови на дому, транспортировка биоматериалов в лабо-

раторию Центра СПИД);

- обеспечение технически исправного состояния закрепленного за водителем автомобиля;
- обеспечение мер по сохранности автомобиля и имущества, находящегося в нем: не оставлять автомобиль без присмотра, в обязательном порядке ставить автомобиль на сигнализацию при любых случаях выхода из салона, блокировка всех дверей автомобиля во время движения и стоянки;
- вождение автомобиля, максимально обеспечивающее сохранность жизни и здоровья пассажиров и технически исправное состояние самого автомобиля;
- контроль технического состояния автомобиля и обеспечение его безопасной эксплуатации (согласно инструкции по эксплуатации);
- своевременное техническое обслуживание в сервисном центре и технический осмотр;
- содержание в чистоте двигателя, кузова и салона автомобиля, с использованием соответствующих средств ухода за теми или иными поверхностями;
- запрет на употребление в течение рабочего дня алкоголя, психотропных, снотворных и другие средства, снижающие внимание, реакцию и работоспособность организма человека;
- своевременное информирование о ДТП, поломках/повреждении агрегатов, механизмов и приборов автомобиля, имущества или возникновении иных нестандартных ситуаций.

В связи с тем, что сотрудники программы работают с иммунодефицитными пациентами, они должны быть снабжены:

- одноразовыми халатами и головными уборами;
- масками;
- перчатками;
- антисептиками для обработки рук.

Для клиентов программы необходим запас адсорбирующего белья – пеленок и подгузников.

Для планирования деятельности, ведения документационной работы, проведения совещаний сотрудники программы должны иметь доступ к офису, оснащённому:

- сейфом для хранения документации и документов, касающихся персональных данных клиентов программы;
- столами, стульями, флипчартом, экраном, проектором, базовым набором канцелярских принадлежностей, в т.ч. для проведения собраний, обучения волонтеров и т.п.;
- компьютерами, принтером, сканером, копиром, серверным оборудованием (система информационной безопасности должна соответствовать минимальным требованиям защиты персональных данных клиента, сохранения конфиденциальности, врачебной тайны).

Каждый сотрудник программы должен быть снабжён:

- телефоном и служебной SIM-картой;
- планшетом или ноутбуком.

## КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МОБИЛЬНОЙ СЛУЖБЫ НАДОМНОЙ ПОМОЩИ, ТРЕБОВАНИЯ К КОМПЕТЕНЦИЯМ И КВАЛИФИКАЦИИ СОТРУДНИКОВ

Клиентам программы гарантируется обслуживание квалифицированными специалистами и социальными работниками, прошедшими специальную подготовку, необходимую для выполнения возложенных на них обязанностей.

В состав мобильной бригады службы надомной помощи маломобильным ВИЧ-инфицированным людям входят:

- врач-инфекционист – координатор медицинского компонента службы (заведующий приёмным отделением стационара Центра СПИД);
- врач-инфекционист (заведующая паллиативным отделением стационара Центра СПИД);
- координатор социально-психологического компонента службы;
- социальный работник, совмещающий функции кейс-менеджера, водителя;
- медицинская сестра (в штате БФ «Гуманитарное действие» или Центра СПИД)
- психолог (сотрудник БФ «Гуманитарное действие»).

Требования к врачам-инфекционистам: высшее медицинское образование по специальности «Лечебное дело», специализированное образование по инфекционным болезням, опыт работы с больными ВИЧ-инфекцией. В силу специфики

состояния пациентов (поздние стадии ВИЧ-инфекции) нецелесообразно привлекать врача, только что закончившего ординатуру, так как необходим опыт работы с такой группой пациентов. Врач-инфекционист в рамках работы службы в установленное время отвечает на звонки пациентов и их родственников; составляет план выездов (на неделю вперед); проводит осмотр и консультация пациентов на дому.

Требования к медицинской сестре: наличие среднего специального образования по специальности «Сестринское дело». Наличие опыта работы с тяжелобольными людьми, навыков ухода за тяжелобольными людьми, оказания паллиативной помощи. Забор крови и иных анализов для исследований у данной группы пациентов может быть затруднен, поэтому необходимо владение навыками взятия крови при труднодоступных венах. Медицинская сестра осуществляет забор анализов и их транспортировку в лабораторию Центра СПИД.

Требования к психологу: наличие специализированного медицинского образования, например, по специальности «Клиническая психология». Психолог проводит очные консультации пациентов и их родственников; осуществляет дистанционное консультирование по телефону и в мессенджерах.

Социальный работник, он же водитель, осуществляет коммуникации между сотрудниками мобильной службы; связь с пациентами и их родственниками, к которым намечается выезд; занесение информации в журнал и компьютерную базу данных; передачу медицинской документации врачам; получение АРТ в поликлинике Центра СПИДа для доставки ее пациентам, на основе полученной от клиента проекта доверенности; содействие в получении группы инвалидности, социальных льгот, пособий и т. д.



Социальные работники должны быть хорошо осведомлены об образе жизни и проблемах данной когорты ЛЖВ и строго придерживаться принципов толерантности. Рекомендуется включать в программу социальных работников из категории «равных» (по ВИЧ+ статусу, по опыту наркопотребления, имеющих в своем близком окружении людей с подобными проблемами и т.п.).

Социальные работники должны знать:

- основные сведения, касающиеся ВИЧ-инфекции (пути заражения вирусом, понятия «вирусная нагрузка», «иммунный статус», нормальное количество CD4-клеток, принципы лечения болезни и др.);
- основные риски заражения ВИЧ и возбудителями сопутствующих заболеваний (ИППП, вирусные гепатиты, туберкулез), способы снижения или исключения подобных рисков;
- современные подходы к АРТ, принципы выбора АРВ-препаратов для составления схемы терапии, оценки эффективности лечения, правил смены АРВ-препаратов;
- эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ-инфекции в мире, стране, области (городе) проживания;
- основную законодательную базу РФ и субъектов РФ в области профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа;
- особенности медико-социальной, психологической работы с группой тяжелобольных и маломобильных людей, живущих с ВИЧ;
- этические требования, принципы и алгоритм консультирования;
- функции специалиста и равного консультанта и принципы распределения ответственности между ним и

клиентом;

- типичные проявления синдрома эмоционального выгорания и необходимые меры его профилактики;
- сведения об организациях, предоставляющих помощь людям, затронутым проблемой ВИЧ-инфекции;
- меры безопасности заражения ВИЧ и другими инфекционными агентами, в том числе при проведении домашней работы.

Социальным работникам следует овладеть навыками оказания первой помощи и другими парамедицинскими навыками.

Наряду с соответствующей профессиональной квалификацией и подготовкой, все специалисты службы должны обладать высокими моральными и нравственно-этическими качествами, чувством ответственности, руководствоваться в работе принципами гуманности, объективности и доброжелательности, проявлять к обслуживаемым максимальную чуткость, вежливость, внимание, эмпатию, выдержку, терпение, учитывать их физическое и психическое состояние.

Организации, предоставляющей услуги больным ВИЧ-инфекцией и другими инфекционными заболеваниями, следует в рамках ежегодной диспансеризации проводить (организовать) медицинский осмотр врачом-терапевтом, флюорографическое обследование, освидетельствование на наличие антител к ВИЧ, маркеров гепатитов В и С, исследование показателей клинического анализа крови и общего анализа мочи. Целесообразно при наличии показаний (отсутствии антител к возбудителям) организовать вакцинацию сотрудников против гепатита В, новой коронавирусной инфекции, дифтерии, столбняка, гриппа (ежегодно).

Следует отметить постоянно возрастающую потребность в оказании выездной комплексной помощи и медико-социальном сопровождении все большему количеству ВИЧ-инфицированных лиц, имеющих выраженные нарушения физических возможностей в г. Санкт-Петербург. Имеющийся кадровый состав мобильной службы недостаточен для расширения охвата медицинскими и социальными услугами, оказания психологической поддержки. Команда службы в текущем кадровом составе подошла к охвату 200 ВИЧ-инфицированных людей, имеющих существенно ограниченные физические возможности. По оценке руководства службы, это составляет максимально возможный показатель по охвату эффективными услугами для данного количества сотрудников.

Согласно анализу интенсивности работы мобильной службы и опросам сотрудников, с целью сохранения высокого качества оказываемых медицинских и социальных услуг, — необходимо усиление коллектива службы по меньшей мере еще одним социальным работником и врачом, а также получение дополнительного транспортного средства. Также сотрудники обращают внимание на проблемы, связанные с транспортировкой лежачих больных в стационар на госпитализацию и домой при выписке из стационара: *«Не всегда скорая помощь, тем более сейчас, во времена пандемии новой коронавирусной инфекции, может такого пациента привезти в стационар. Бывает так, что он компенсированный, но ему нужно планово обследоваться, скорая приезжает, экстренных моментов нет, они разворачиваются, уезжают. Приходится через врача поликлиники организовать вызов санитарного транспорта, а время проходит. Если бы у нас была возможность таких пациентов транспортировать – было бы идеально».*

Также сотрудники службы отмечают значительную потребность в выделении ставки врача-нарколога с выездом специалиста в составе бригады в случае поступившего запроса: *«Или хотя бы был очень доступен, как наши врачи, взял, позвонил, все спросил».*

Следовательно, для эффективной работы выездной службы по оказанию эффективной комплексной помощи маломобильным, часто социально дезадаптированным больным ВИЧ-инфекцией по месту их жительства необходима полноценная комплектация бригады специалистов, обладающих соответствующими знаниями, навыками и опытом, обеспечение их техническими и транспортными средствами.

## ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАВ И ЗАКОННЫХ ИНТЕРЕСОВ КЛИЕНТОВ ПРОГРАММЫ

**Условия предоставления услуги и хранения персональных данных получателей услуги должны удовлетворять требованиям обеспечения конфиденциальности.**

Сотрудникам и волонтерам организации следует сохранять конфиденциальность любых сведений об обстоятельствах личной жизни и персональных данных получателей услуг, которые стали им известны при исполнении должностных обязанностей.

Для работников, которые предоставляют услуги, должен проводиться специальный инструктаж в отношении обеспечения сохранения конфиденциальности. Со всеми специалистами и равными консультантами, которые оказывают консультационные услуги, подписывается соглашение о конфиденциальности.

Сведения личного характера, ставшие известными сотрудникам организации, предоставляющей услугу, составляют профессиональную тайну. Сотрудники, виновные в разглашении профессиональной тайны, несут ответственность в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Клиенты программы или их законные представители в обязательном порядке подписывают 3 копии (по одному экземпляру для Центра СПИД (в амбулаторную карту пациента), для БФ «Гуманитарное действие», для пациента / клиента проекта):

- информированного согласия, добровольное согласие на виды медицинских вмешательств;
- согласия на обработку персональных данных;

- заявления о согласии на предоставление сведений, составляющих врачебную тайну.

Все документы, полученные от пациентов программы и их законных представителей, в обязательном порядке хранятся в сейфе.

Социальный работник заполняет карту клиента, в которой фиксируется код (первые три буквы имени + день даты рождения + первые три буквы имени матери + месяц рождения + последние две цифры года рождения, например, ЕКА-12НАТ1288), группа инвалидности (при ее наличии), диагноз и стадия туберкулеза при его постановке, наличие хронических гепатитов, иные значимые медицинские и социальные характеристики клиента.

Образец 1

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов вмешательств, на которые граждане дают информированное, добровольное согласие при выборе врача в медицинской организации для получения первичной медико- санитарной, специализированной медицинской помощи.**

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО гражданина)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения , зарегистрированный по адресу : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

Даю информированное согласие на виды медицинских вмешательств , включенные в перечень определенных видов медицинских вмешательств, в т.ч. осмотр врача-психиатра, психиатра-нарколога, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной, специализированной медицинской помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции РФ 5 мая 2012 г. № 24082), законом РФ от 02.07.92 № 3185-1 ст.23 (ред. 03.70.16) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, в Санкт-Петербургском благотворительном фонде «Гуманитарное Действие»

Медицинским работником: врач инфекционист NNN, в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею права отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст.3442, 3446)

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 ФЗ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состояния лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных оператор обязан прекратить их обработку в течении периода времени, необходимого для завершения расчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон \_\_\_\_\_

Почтовый адрес \_\_\_\_\_

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

СПб ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» от пациента

\_\_\_\_\_

дата рождения \_\_\_\_\_

адрес проживания \_\_\_\_\_

контактный телефон \_\_\_\_\_

от законного представителя пациента \_\_\_\_\_

*(в этом случае также заполняется информация о пациенте)*

\_\_\_\_\_

дата рождения \_\_\_\_\_

адрес проживания \_\_\_\_\_

контактный телефон \_\_\_\_\_



**ЗАЯВЛЕНИЕ  
О СОГЛАСИИ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ  
ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ**

С целью организации мне (пациенту) \_\_\_\_\_

медико-социального сопровождения Санкт-Петербургским благотворительным фондом медико-социальных программ «Гуманитарное действие» (далее по тексту – «Фонд»), в соответствии с пунктом 3 статьи 13 Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», согласно которой «с письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях» даю согласие на предоставление сведений составляющих врачебную тайну социальному работнику Фонда:

ФИО \_\_\_\_\_ паспорт \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_

1. Контактный телефон пациента.
2. Адрес проживания пациента.
3. Иная информация \_\_\_\_\_

Настоящее согласие выдано на срок \_\_\_\_\_

Я уведомлен(а) о том, что данное заявление будет храниться в медицинских документах в СПб ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», пациент, либо его законный представитель могут отозвать настоящее согласие до истечения срока, на которое оно предоставлено, изменить объем предоставленной для передачи информации.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. подпись \_\_\_\_\_

Подпись, ФИО лечащего врача \_\_\_\_\_

Подпись, (ФИО) социального работника \_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ  
на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_

проживающий по адресу \_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку «Санкт-Петербургский благотворительный фонд «Гуманитарное Действие» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, паспортные данные, сведения о месте работы и должности, адрес места жительства, контактн(ы), телефон(ы), реквизиты полиса ОМС, (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также оформления листка временной нетрудоспособности, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопления, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списке (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС)

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией, Наличный расчет, территориальным фондом ОМС, территориальным фондом социального страхования с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично по расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку

персональных данных оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения расчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный(е) телефон(ы) \_\_\_\_\_

Почтовый адрес \_\_\_\_\_

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Руководитель организации ведет регулярный прием сотрудников по личным вопросам, родственников больного ВИЧ-инфекцией, который получает помощь со стороны службы. Должны быть организованы прием и регистрация жалоб и заявлений клиентов службы и их родственников или доверенных лиц, поступающих в письменном виде. График приема по личным вопросам должен быть доступен посетителям организации.

По результатам рассмотрения жалобы организация, предоставляющая услугу, принимает решение и не позднее рабочего дня, следующего за днем его принятия, направляет заявителю мотивированный ответ о результатах рассмотрения жалобы в письменной форме, а также, по желанию заявителя, – в электронной форме.







## ИНФОРМАЦИОННОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

Потенциальные получатели услуги, заинтересованные лица и организации имеют право на полную и достоверную информацию о перечне услуг, порядке и правилах их предоставления.

Информация об услугах и порядке их предоставления распространяется среди потенциальных клиентов, заинтересованных лиц и организаций, в том числе:

- лично при взаимодействии с мало-мобильными людьми, живущими с ВИЧ, в поликлиниках и стационарах, социальных службах;
- по телефону БФ «Гуманитарное действие» (+7 (812) 237-14-95);
- по телефону горячей линии Центра СПИД (+7 (812) 955-27-00);
- по телефону горячей линии координатора проекта;
- в буклетах, листовках и иной печатной продукции, которая распространяется в поликлинике и стационаре Центра СПИД, районных поликлиниках;
- на официальном сайте БФ «Гуманитарное действие» (<https://haf-spb.org/program/moblie/>);
- на официальной странице БФ «Гуманитарное действие» в социальной сети «ВКонтакте» ([https://vk.com/haf\\_spb/](https://vk.com/haf_spb/));
- на официальной странице БФ «Гуманитарное действие» в социальной сети «Facebook» (<https://www.facebook.com/hafstest/>);
- в Телеграм-канале БФ «Гуманитарное действие» (@haf\_spb\_org)

Информация об услугах должна быть понятна и доступна людям с ВИЧ, имеющим стойкие существенно нарушенные физические возможности. Содержание информационных материалов должно соответствовать требованиям толерантного отношения к ЛЖВ.

## МОБИЛЬНАЯ БРИГАДА

Мобильная бригада медико-социальной помощи для людей, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно посещать медицинские, социальные учреждения и/или учреждения государственных услуг.

Специалисты (врач, медсестра, психолог, социальный работник) выезжают по адресу и оказывают по запросу необходимую медико-социальную помощь, включая тестирование, связанное с ВИЧ-инфекцией.

Специалисты также могут:

- оказывать на дому неотложную медицинскую помощь людям, живущим с ВИЧ-инфекцией;
- осуществлять медико-социальное сопровождение пациентов после выписки

***из стационара; - доставлять антиретровирусную терапию (АРВТ) на дом (по доверенности); - оказывать психологическую помощь; - содействовать в восстановлении и оформлении документов, пособий и пр.***

***контактный телефон: +7 952 242 89 71 (с 11:00 до 20:00 в будние дни) электронная почта: m.lapina80@gmail.com***



## УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ КЛИЕНТОВ ПРОГРАММЫ (НА ПРИМЕРЕ ЖИЗНЕННЫХ ИСТОРИЙ)

Анализ работы мобильной службы на- домной помощи ВИЧ-инфицированным людям с тяжелыми длительными нарушениями физических возможностей показал, что благодаря выездным формам работы с данной когортой лиц удается своевременно определить показания для направления в стационар, повысить приверженность к лечению, решить социальные и психологические проблемы пациентов, помочь ближайшему окружению в вопросах ухода и наблюдения за больными ВИЧ-инфекцией. Кроме того, оказание помощи на дому позволяет сохранить преемственность в наблюдении и лечении пациента, которые были начаты в специализированных по ВИЧ-инфекции медицинских учреждениях, повысить качество и продолжительность жизни тяжелобольного человека, снизить смертность, связанную с ВИЧ-инфекцией.

У некоторой части клиентов произошли кардинальные улучшения в состоянии здоровья, существенно повысилось качество жизни.

Так, например, пациент **Виктор, 40 лет**, с декабря 2019 года отмечал ухудшение состояния в виде слабости, псориатических высыпаний, снижения памяти, концентрации внимания, сложности выполнения своих профессиональных обязанностей. При обследовании в поликлинике по месту жительства в начале 2020 года выявлена ВИЧ-инфекция. Был направлен на госпитализацию в СПб ГБУЗ «Клиническая инфекционная больница имени С. П. Боткина». На тот момент состояние было тяжелым, наблюдались выраженная энцефалопатия, когнитивные нарушения, генерализованный экссудативный псориаз. Имел место выраженный

иммунодефицит (количество CD4-лимфоцитов в крови находилось на уровне менее 200 кл/мкл) и высокая вирусная нагрузка с концентрацией РНК ВИЧ в плазме крови более 100 000 копий/мл. В стационаре СПб ГБУЗ «Клиническая инфекционная больница имени С. П. Боткина» было диагностировано ВИЧ-ассоциированное поражение головного мозга, назначена АРТ. После выписки из стационара жена пациента связалась с мобильной службой помощи тяжелобольным людям, инфицированным ВИЧ, пациент был взят на курацию. Проведены неоднократные выезды по месту проживания больного врача-инфекциониста с проведением врачебного осмотра, осуществлялись контроль приема АРВ-препаратов, консультации по приему лекарственных средств для лечения оппортунистических инфекций, забор крови на дому. Пациенту и членам семьи была оказана психологическая поддержка.

В настоящий момент Виктор находится в удовлетворительном состоянии. Когнитивные нарушения полностью регрессировали. Также наблюдается ремиссия в течении псориаза. Количество CD4-лимфоцитов возросло до 462 кл/мкл, а вирусная нагрузка (РНК ВИЧ в крови) находится на неопределяемом уровне. Пациент полностью себя обслуживает, ведет активный социальный образ жизни, трудоустроился.

Как вспоминает **А. Шеломов**: *«Кстати, по поводу поражений головного мозга. Ещё есть ВИЧ-энцефалит. Сам по себе вирус вызывает поражение головного мозга. Пациенты на этом фоне могут погибнуть. Пациент был с ВИЧ-энцефалитом, с запущенным псориазом. Когда мы к нему выехали первый раз, увидели его, он передвигался с трудом. Была выраженная энцефалопатия. У него ребенок недавно родился, ему еще не было года. Он потерял работу. А супруга одна с ребенком, ухаживает за му-*

жем. Тяжелая ситуация была. Мы скорректировали лечение, наблюдали за ним, скооперировались с дерматологом по поводу лечения псориаза. Ему было назначено лечение. Использовали комплексный подход. Он стал поправляться, брали анализы, смотрели, как действует терапия, и видели положительный результат. И потом прошло время, около полугода, мы к нему выезжали - видели результат. Человек стал адекватным. Он не помнил то время, когда он был в таком состоянии. Он нормально разговаривает, у него полностью восстановилась сила в конечностях. Он нашел работу, работает, обеспечивает семью».

**М. Лапина:** «Есть В., который находился в плохом физическом состоянии, 80% поражения псориазом, я чего только ни рассмотрела, но такого еще не видела. И он с 5 или 15 CD4-клетками попадает к нам, мы ставим его на учет в Центре СПИДа. Он начал принимать АРТ, через 4 месяца на работу вышел. Просто чудо».

Жена пациента по имени **В., 40 лет:** «Я ими восхищаюсь, я благодарна. Я рада, что их встретила. Потому что без них мы не смогли бы так быстро вытянуть В. И очень дорого стоила психологическая помощь. Я восхищаюсь этой бригадой, я очень благодарна им, что они взяли В. на поруки. 100% выздоровления почти, нагрузка погашена, дальше просто принимать терапию, и следовать инструкциям. И при этом у доктора... Был отдельный разговор со мной. Про детей, про все. Какие у меня еще были вопросы, задала. На эти мельчайшие вопросы я получила ответы».

Пациент по имени **А., 28 лет:** ВИЧ-инфекция выявлена в 2015 году. Состоит на диспансерном учете в Центре СПИД с 2015 г. Пациент был взят на курацию мобильной службой помощи тяжелобольным ВИЧ-инфицированным людям в 2018 г. На момент включения в программу пациент нерегулярно принимал АРТ, имел выраженный иммунодефицит (количество

CD4-лимфоцитов в крови – менее 100 кл/мкл) и высокую вирусную нагрузку. В связи с травмой позвоночника на фоне выраженного остеопороза не мог себя в полной мере обслуживать. Санитарно-бытовые условия проживания были неудовлетворительными. Отмечались выраженные когнитивные нарушения, болевой синдром в поясничном отделе позвоночника, кахексия.

Пациент был госпитализирован в стационар Центра СПИД. Проведено углубленное обследование, проведена коррекция схемы лечения, назначена нутритивная поддержка. Медицинскую помощь оказывалась мультидисциплинарной командой (врач-инфекционист, невролог, психиатр, психолог и др.). Были оформлены документы и получена группа инвалидности. Пациент стал передвигаться с тростью без посторонней помощи. Также были оформлены документы на реабилитационное лечение.

В настоящее время пациент находится в удовлетворительном состоянии, передвигается самостоятельно, без помощи опорной трости, отмечается набор веса. Уровень CD4-лимфоцитов составляет 290 кл/мкл, в крови РНК ВИЧ отсутствует.

Социальный работник в процессе сопровождения данного пациента оказывал следующие услуги: содействие в оформлении пенсии по инвалидности; содействие в получении из государственных органов социальной защиты ежедневной помощи на дому (социальный работник, медсестра); с привлечением волонтеров была произведена генеральная уборка квартиры; организован сбор средств для приобретения препарата «Акласта»; оказано содействие в решении вопроса по долгам ЖКХ, оформлении необходимых справок; организованы получение и доставка АРВ-препаратов, продуктов питания.

**А. Шеломов:** «Истощенный молодой человек, 27–28 кг веса; к нам поступила заявка с выездом к нему на дом. Выезжали, квартира была в ужасном состоянии, потому что пациент себя не обслуживал. В этой квартире жили какие-то посторонние люди, потому что он не мог оказать никакого влияния на них, там был проходной двор. За ним никто не ухаживал, пациент практически умирал от голода. Он злоупотреблял алкоголем, он инвалид с детства. Там проблемы с костной системой, на фоне ВИЧ-инфекции все это усугубилось. Мы его госпитализировали в стационар, провели комплексное обследование, он длительное время у нас лежал, назначили ему АРТ, наблюдали, корректировали лечение. В таких условиях он стал поправляться. Регулярно к нему выезжали, брали кровь. Сейчас он свободно передвигается, ездил в другой город недавно самостоятельно. У него остались проблемы с опорно-двигательным аппаратом. Но он живет обычной жизнью, он не прикован к кровати, как это было раньше. Это достижение».

**М. Лапина:** «А., наш чудесный. 26 кг веса в 25 лет. Врожденный остеопороз. Ходить он мог с огромным трудом и болью, большую часть времени передвигался на инвалидном кресле. Квартира вся захламлена, одна из трех комнат почти под потолок – мусор. Инвалидность у А. была получена, но пенсию не оформлял. Когда взяли его на сопровождение, через 6 дней госпитализировали в стационар Центра СПИД. За то время, что он там первый раз лежал, я собрала ребят-волонтеров, мы поехали разгребли эти авгиевы конюшни. Собрали ему новые вещи, одеяла, подушки. Вернулся он в чистую квартиру, хоть и разбитую, но она была пригодна для жилья. Спустя 1,5 года он уже без палочки, самостоятельно поехал в Карелию отдыхать. Пенсию ему оформили, подключили государственных медсестру и соцработника (положены по инвалидности, но получение этой помощи носит заявительный характер). Сейчас вполне себе социализировался, сам ездит

за АРТ в Центр СПИДа. Сейчас занят поиском работы для инвалидов».

**Пациент А, 28 лет:** «Я ложусь в основном на плановое обследование. Когда особых симптомов нет, зачем их дожидаться? В 2019 году меня с пневмонией забирали из дома, я жаловался на кашель постоянный. Я тогда был брошенный. Когда они появились, хоть кто-то начал помогать. Во многих делах начали подвижки идти: и в плане здоровья, и в плане оформления бумаг. Та АРТ что-то плохо пошла, у меня постоянно от нее все болело. Оказалось, какой-то препарат влиял на кости. Поменяли терапию, пошло улучшение, я стал самостоятельно передвигаться. Придерживаюсь этой терапии. На новый год, через месяц после того, как мне стали оказывать помощь в проекте, я уже и в гости ездил, а потом и в гости в другой город ездил, самостоятельно без сопровождающего. А до этого на коляске ездил. Начал ходить, начал лучше себя чувствовать. Я стараюсь регулярно лежать в стационаре Центра СПИД, слежу за состоянием здоровья, не пропускаю терапию».

Несмотря на неоднократные отказы от терапии и непоследовательность в лечении, благодаря программе отдельных пациентов удаётся возвращать к жизни снова и снова. **А. Шеломов:** «Еще был **тяжелый пациент**, он лежал, когда я работал на третьем отделении. Тяжелейший был пациент, я думал, что он погибнет. Потому что он уже не глотал пищу, ему поставили зондовое питание, был обеспечен паллиативный уход. Поменяли терапию, на ту, которая сильнее проникает через гематоэнцефалический барьер (у него огромное количество вируса было в головном мозге). Обычно на фоне терапии мы видим результат через несколько дней. А у него такого результата не видели длительное время, меняли терапию, комплексно подходили к лечению, думали, вдруг там еще какое-то поражение есть. Но все было очень плохо. И все близилось к летальному исходу. Но,



видимо, начала действовать терапия, он стал поправляться, потом отказался от зондового питания. Мы выписали этого пациента, взяли на курацию. Все было хорошо в течение года. А потом он прервал терапию и начал злоупотреблять алкоголем. Вернулся к тому, что было раньше. На этом фоне, когда я выехал к нему, увидел, что повторяется то, с чем он лежал. Он перестал узнавать близких, не понимал, где он находится, не хотел госпитализироваться. Совместно с родственниками получилось госпитализировать, назначить терапию, возобновить. Вот он уже два года принимает ее, не бросает. И он совершенно другой человек. На Новый год его сестра звонила, благодарила нас. Что он совершенно другой и ведет себя по-другому, нормальный, обычный человек трудоспособный».

У большинства клиентов программы кардинально улучшить состояние здоровья не удаётся, но, по крайней мере, благодаря программе можно улучшать качество жизни клиентов и их родственников. Мать пациента **Леонида, 42 года**: «С августа 2019 года и по сей день мы общаемся с сотрудниками мобильной службы. Это мое спасение. Я нигде не видела такого отношения. Они всегда и кровь приносят брать, и по любому поводу, конечно. И даже психолог. Отец у нас не выдержал всего этого, и год назад мы его похоронили. И стал приходить психолог, оказывали помощь уже мне. И до сих пор она звонит, интересуется, как Леонид и как я. Была в отпуске она, даже из отпуска писала. Они знают все наши проблемы. Они приходят, и на душе легче становится, по любому поводу к ним могу обратиться. Такие люди! Я всегда могу доктору позвонить, обратиться, он всегда поможет. Соработник мне привозит АРТ, я заказываю за неделю. Привозит домой, мне никуда ходить не надо. Для меня нереально было ездить за АРТ. Это огромное спасение. А так мне надо было маму оставлять с ним дома, без присмотра его

не оставить. Мы его оставляем на час или полтора днем, когда с мамой идем гулять. А так мы сидим с ним в комнате, мы его одного не оставляем. Он один раз упал с коляски. Мы его ни на минуту не оставляем. Это и для родителей, и для семьи вклад. Они его забрали на три недели, я морально сама восстанавливалась за это время. В обычной больнице как? Это принеси, то унеси. А тут не надо с ним сидеть, меня там не привлекали ни к чему».

Даже забор крови на дому, доставка АРТ и других препаратов, рецептов на лекарственные средства существенным образом облегчают положение родственников, осуществляющих уход за тяжелобольным пациентом с ВИЧ-инфекцией. Мать пациента **Леонида, 43 года**: «У него первая группа инвалидности. Лекарства он принимает. Я за этим слежу. Я 24 часа в сутки с ним. Я очень благодарна этому фонду, что они привозят все домой. Потому что я раньше сама ездила, а мне 73 года. А сотрудники службы и лекарства привозят, и рецепты на них. Это большая помощь. Иногда приезжают и берут анализы».

Периодическая плановая госпитализация маломобильного больного в стационар Центра СПИД служит для родственников возможностью получить небольшую передышку, поскольку зачастую они бывают измотаны постоянным (фактически круглосуточным) уходом за тяжелобольным пациентом с ВИЧ-инфекцией. В такой плановой госпитализации важное значение имеет сопровождение со стороны мобильной службы тяжелобольных людей с ВИЧ-инфекцией, потому что родственники, как правило, не могут в одиночку справиться с получением всех необходимых анализов, прохождением обследований, сбором необходимых документов, т.к. плановая госпитализация требует от пациентов самостоятельного прохождения всех необходимых обследований.

дований, оформления документов. Как замечает мать пациента по имени **Николай, 37 лет**: «Стало нам попроще с местом в стационаре Центра СПИД, я звоню доктору, да и мне отдохнуть надо. Я звоню соцработнику, соцработники приезжают, забирают, увозят его в больницу. Там и забор крови делают, и все анализы. Все это проходит в больнице. Он АРТ принимает постоянно, я это контролирую. У нас клетки растут. Он начал ходить. Голову, как доктор мне сказал, не лечат. Даже психиатр мне сказал. Вялости нет. Я его даже за хлебом посылаю, он ходит в магазин. Поставили на ноги парня, чудо. Состояние здоровья стало лучше. Это все благодаря службе. Мне бы с этим было не справиться».

В некоторых случаях клиентами службы ещё не получена группа инвалидности, поэтому они не могут получать помощь социальных работников государственных социальных служб (ввиду отсутствия оснований для получения такой помощи), а у клиента отсутствует возможность самостоятельно пройти обследования и собрать необходимый пакет документов для оформления группы инвалидности. В этой ситуации им могут помочь или родственники, или люди из близкого социального окружения, но для одиноких людей оформление группы инвалидности в подобном положении становится непреодолимым барьером. Как вспоминает пациентка по имени **М., 53 года, незрячая**: «Улучшений в состоянии здоровья не произошло, но мне стало спокойнее, потому что есть люди, которые могут мне помочь в случае необходимости. На которых я могу рассчитывать. В этом плане помощь большая, хотя бы я не дергаюсь, не переживаю, когда я поеду и как поеду. Это все очень важно и очень существенно. Прошлым летом сидела в одиночестве, не знала, что мне делать, как мне быть. Мне надо было в поликлинику, на МРТ в другой конец города, и документы надо было получать по инвалидности. И в поликлинику Центра

СПИД. Сотрудники службы меня спасли на тот момент. И продолжают мне по возможности помогать. Хорошее отношение, такое человеческое. Они стали фактически моими ногами».

У многих клиентов службы наблюдается улучшение психоэмоционального состояния. Пациенты получают не просто психологическую поддержку, но и доброжелательное общение, что особенно важно для одиноких людей с ВИЧ-инфекцией, имеющих стойкие существенно нарушенные физические возможности. Благодаря поддержке программы они решают различные жизненные ситуации, связанные с ВИЧ-инфекцией, что приводит к повышению социальной адаптации, улучшению их психологического состояния. Как заметила пациентка по имени **Наталья, 70 лет**: «Я поправилась, не такая тощая теперь, как раньше была. Пришла в норму. Зуд прошел. Был зуд постоянно, думаю, от таблеток, которые не приживались. Приходят ко мне девчонки, похочут, поюморят. Какой-то стимул у меня появился. Начала одеваться, ногти красить, хорошо выглядит, как раньше было. Хочется жить, творить. Просто ничего уже не умею. Руки болят, ноги болят. А раньше все умела. Девчонки приезжают, поддерживают». Другой пример, пациентка по имени **Татьяна, 40 лет**: «Дома я хожу, это я сама могу. А что касается документов, таблеток, то я сама не могу. Только благодаря им все это происходит. Близких родственников особо нет никого, кто бы этим занимался, это огромная помощь и поддержка. Даже морально, поговорить с социальным работником, настолько она понимает, она вызывает такое доверие. Даже просто пообщаться по телефону, или когда она таблетки привозит. Я ограничила круг общения, потому что не очень хочется. Очень благодарна, что есть такое. Когда меня парализовало, когда они приехали, сказали, как все будет происходить, что все вопросы они берут на себя, для меня это было очень важно».



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В России активно реализуются проекты и программы для людей, живущих с ВИЧ, имеющих длительный период времени выраженные нарушения физических или психических функций, направленные на повышение качества жизни больных людей и оказание услуг в соответствии с их специальными потребностями.

Ключевым фактором успешности таких программ является готовность к эффективному взаимодействию некоммерческих организаций, Центров СПИД и центров социального обслуживания населения. В последнее время наблюдается тенденция роста тяжелых случаев ВИЧ-инфекции, которые приводят к инвалидности пациента. Данные пациенты не могут должным образом осуществлять уход за собой, как и постоянно находиться в стационаре. При этом осуществление реального эффективного патронажа ВИЧ-инфицированных пациентов не представляется возможным. Оказанием необходимых видов помощи ВИЧ-инфицированным людям, имеющим стойкие выраженные физические и/или психические нарушения, некоммерческими организациями (в партнёрстве с государственными учреждениями) является крайне актуальной задачей, от выполнения которой нередко зависит их жизнь.

Проблемы клиентов мобильной службы надомной помощи маломобильным людям с ВИЧ остры и многогранны. Необходимо их выявление и организация оказания медицинской и социальной помощи на дому с привлечением специалистов различного профиля. Программа направлена на удовлетворение трёх базовых потребностей клиентов: 1) в медицинской помощи: наблюдении, корректировке терапии, госпитализации

и уходе; 2) в получении социальной помощи: восстановлении утраченных документов, оформлении инвалидности, оплате услуг ЖКХ, содействию в получении средств реабилитации, адсорбирующего белья, подгузников и др.; 3) в психологической помощи как пациентам, так и их родственникам, близкому окружению.

Выездная форма работы с ВИЧ-инфицированными людьми, имеющими стойкие выраженные физические и/или психические нарушения, позволяет своевременно определить показания для направления в стационар, повысить приверженность к лечению, решить социальные и психологические проблемы пациентов, помочь ближайшему окружению в вопросах ухода и наблюдения за больными ВИЧ-инфекцией, сохранить преемственность в наблюдении и лечении пациента, которые были начаты в специализированных по ВИЧ-инфекции медицинских учреждениях, повысить качество и продолжительность жизни тяжелобольного человека, снизить смертность, связанную с ВИЧ-инфекцией. В ряде случаев удаётся кардинально улучшить состояние здоровья, существенно повысить качество жизни, когда исчезают стойкие выраженные физические и/или психические нарушения.

Даже несмотря на неоднократные отказы от терапии и непоследовательность в лечении, благодаря программе отдельных пациентов удаётся возвращать к жизни снова и снова. У большинства клиентов программы кардинально улучшить состояние здоровья не удаётся, но, по крайней мере, благодаря программе можно улучшать качество жизни клиентов и их родственников, а именно: осуществлять забор крови на дому, доставку АРТ и других препаратов, рецептов на лекарственные средства. Даже периодическая плановая госпитализация

маломобильного больного в стационар Центра СПИД (содействие в которой оказывают сотрудники мобильной бригады) служит для родственников возможностью получить небольшую передышку. Благодаря программе у многих клиентов службы наблюдается улучшение психоэмоционального состояния, т.к. они получают не просто психологическую поддержку, но и доброжелательное общение, что особенно важно для одиноких людей с ВИЧ-инфекцией, имеющих стойкие существенно нарушенные физические возможности.

Развитие служб помощи для людей с ВИЧ-инфекцией, имеющих стойкие существенно нарушенные физические возможности, в России, основанных на эффективном партнёрстве некоммерческого сектора и государственных учреждений, позволило бы существенным образом улучшить качество и продолжительность их жизни.

# ЗАКОНОДАТЕЛЬНАЯ, НОРМАТИВНАЯ ПРАВОВАЯ И МЕТОДИЧЕСКАЯ БАЗА РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

## *Приложение 1. Перечень нормативных правовых актов, регламентирующих вопросы профилактики ВИЧ-инфекции и ассоциированных с ней заболеваний*

- Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2030 года, утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 21.12.2020 № 3468-р.
- Федеральный закон от 30.03.1995 № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».
- Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»;
- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»;
- Постановление Правительства Российской Федерации от 13.10.1995 № 1017 «Об утверждении Правил проведения обязательного медицинского освидетельствования на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»;
- Постановление Правительства РФ от 25.11.1995 № 1158 «Об утверждении требований к сертификату об отсутствии ВИЧ-инфекции, предъявляемому иностранными гражданами и лицами без гражданства при их обращении за визой на въезд в Российскую Федерацию на срок свыше трех месяцев»;
- Постановление Правительства РФ от 28.02.1996 № 221 «Об утверждении Правил обязательного медицинского освидетельствования лиц, находящихся в местах лишения свободы, на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».
- Постановление Правительства РФ от 01.12.2004 № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих»;
- Постановление Правительства РФ от 28.12.2016 № 1512 «Об утверждении Положения об организации обеспечения лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, в том числе в сочетании с вирусами гепатитов В и С, антивирусными лекарственными препаратами для медицинского применения и Положения об организации обеспечения лиц, больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, антибактериальными и противотуберкулезными лекарственными препаратами для медицинского применения».
- СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2021 № 4.
- Приказ Минздравсоцразвития РФ от 17.09.2007 № 610 «О мерах по организации оказания паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией».
- Приказ Минздравсоцразвития России от 30.05.2005 № 374 «Об утверждении

стандарта медицинской помощи детям, больным ВИЧ-инфекцией».

- Приказ Минздравсоцразвития России от 09.07.2007 № 474 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)».
- Приказ Минздравсоцразвития России от 09.07.2007 № 475 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) (при оказании специализированной помощи)».
- Приказ Минздрава России от 08.11.2012 № 689н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболевании, вызываемом вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».
- Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1511н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией)».
- Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 758н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».
- Приказ Минздрава России от 20.11.2018 № 796н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи взрослым при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) (обследование в целях установления диагноза и подготовки к лечению)».
- Приказ Минздрава России от 20.11.2018 № 797н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи взрослым при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) (предпочтительная антиретровирусная терапия первого ряда)».
- Приказ Минздрава России от 20.11.2018 № 799н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи взрослым при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) (особые случаи антиретровирусной терапии первого ряда)».
- Приказ Минздрава России от 20.11.2018 № 800н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи взрослым при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) (предпочтительная антиретровирусная терапия второго ряда)».
- Приказ Минздрава России от 20.11.2018 № 801н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи взрослым при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) (альтернативная антиретровирусная терапия второго ряда)».
- Приказ Минздрава России от 20.11.2018 № 802н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи взрослым при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) (антиретровирусная терапия третьего ряда)».

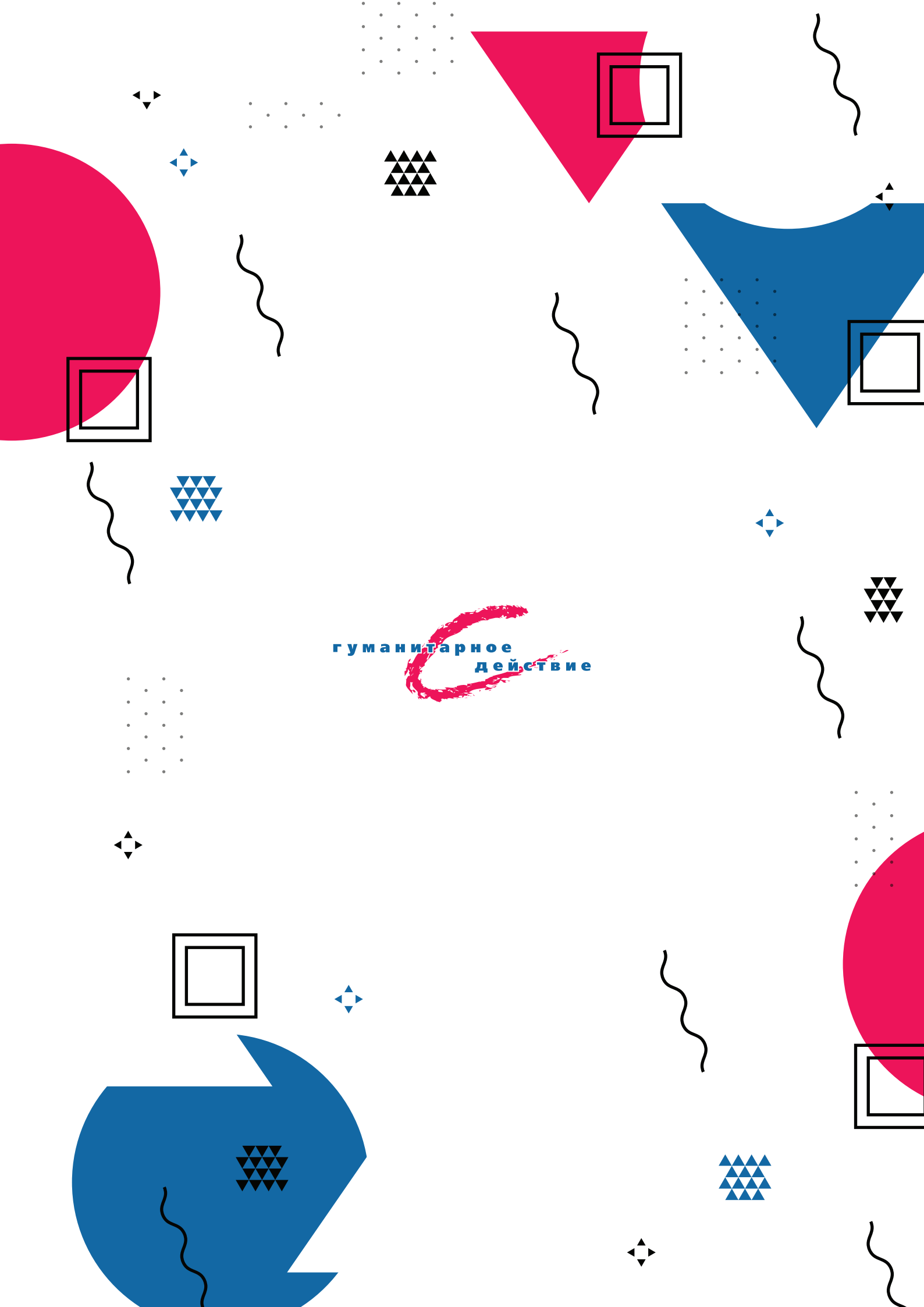
Приложение 2.

**Перечень методических материалов, которыми могут воспользоваться ВИЧ-сервисные НКО и инициативные группы при осуществлении своей работы**

1. Методические рекомендации 3.1.0087-14. 3.1. «Профилактика инфекционных болезней. Профилактика заражения ВИЧ. Методические рекомендации», утвержденные Роспотребнадзором 18.03.2014.
2. Методические рекомендации 3.1.5.0076/1-13. 3.1.5. Эпидемиология. Профилактика инфекционных болезней. ВИЧ-инфекция. До- и послетестовое консультирование как профилактика передачи ВИЧ» (утв. Роспотребнадзором 20.08.2013).
3. Организация профилактики ВИЧ-инфекции среди различных групп населения. Методические рекомендации (утв. Минздравсоцразвития России 20.12.2006 N 6834-РХ).
4. Методические рекомендации. Диспансерное наблюдение за пациентами с ВИЧ-инфекцией» (утв. Минздравсоцразвития РФ 29.12.2006 № 7124-РХ).
5. «Методические рекомендации. Показания к назначению лечения больных ВИЧ-инфекцией» (утв. Минздравсоцразвития РФ 29.12.2006 № 7125-РХ).
6. Методические рекомендации. Профилактика и лечение сопутствующих заболеваний (туберкулеза, вирусных гепатитов и ИППП) у взрослых и подростков, больных ВИЧ-инфекцией» (утв. Минздравсоцразвития РФ 29.12.2006 № 7126-РХ).
7. Методические рекомендации по вопросам профилактики и лечения вторичных заболеваний у взрослых и подростков, больных ВИЧ-инфекцией (утв. Минздравсоцразвития России 29.12.2006 № 7128-РХ).
8. Методические рекомендации о проведении обследования на ВИЧ-инфекцию (утв. Минздравсоцразвития России 06.08.2007 № 5950-РХ).
9. Проведение до- и послетестового консультирования лиц, обследуемых на ВИЧ-инфекцию. Методические рекомендации (утв. Минздравсоцразвития России 06.08.2007 N 5952-РХ).
10. Методические рекомендации «Организация работы по повышению приверженности пациентов к антиретровирусной терапии» (утв. Минздравсоцразвития России 06.08.2007 № 5960-РХ).
11. «Методические рекомендации. Анализ эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции и сопутствующим заболеваниям (туберкулез, ИППП, гепатиты)» (утв. Минздравсоцразвития РФ 20.09.2007 № 6964-РХ).
12. Мониторинг и оценка эффективности мероприятий по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции. Методические рекомендации (утв. Минздравсоцразвития России 20.09.2007 № 6965-РХ).
13. Методические рекомендации о проведении поведенческого надзора среди больных ВИЧ-инфекцией (утв. Минздравсоцразвития России 20.09.2007 № 6966-РХ).
14. «Методические рекомендации. Организация межведомственного взаимодействия по программам профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, сопутствующих заболеваний (туберкулез, инфекции, передаваемые половым путем, гепатиты, наркомания)» (утв. Минздравсоцразвития РФ 20.04.2007 № 3212-РХ).



15. МУ 3.1.3342-16. 3.1. Эпидемиология. Профилактика инфекционных болезней. Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией. Методические указания», утвержденные Главным государственным санитарным врачом РФ 26.02.2016).
16. МУ 3.1.2313-08. 3.1. «Профилактика инфекционных заболеваний. Требования к обеззараживанию, уничтожению и утилизации шприцев инъекционных однократного применения. Методические указания», утвержденные Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 15.01.2008.
17. Письмо Минздрава России от 22.01.2014 № 24-2/22А «О размещении информационно-разъяснительных материалов по профилактике и предупреждению распространения в Российской Федерации ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С».
18. Письмо Минобрнауки России от 18.11.2013 № ВК-843/07 «О направлении методических рекомендаций по организации обучения».
19. ВИЧ-инфекция у взрослых. Клинические рекомендации. Минздрав России, 2017.
20. Рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных гепатитом С, 2014.
21. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза у ВИЧ-инфицированных, 2014.
22. Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе. Клинические протоколы для Европейского региона ВОЗ. 2011 – 2013.
23. Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции: рекомендации с позиций общественного здоровья здравоохранения. Всемирная организация здравоохранения, 2014.
24. Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход, Всемирная организация здравоохранения, 2014.



гуманитарное  
действие

