

# **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**

**Учебно-методическое пособие**

Санкт-Петербург  
2009

**Составители пособия:**

***Ковеленов Алексей Юрьевич***, главный врач ГУЗ ЛО «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»,

***Улюкин Игорь Михайлович***, заместитель главного врача Центра,

***Богачёв Олег Владимирович***, заведующий отделением медико-психологической реабилитации Центра.

**От авторов**

Пособие для специалистов всех категорий, занимающихся проблемами медико-социального сопровождения больных ВИЧ-инфекцией, членов их семей.

Данное издание было выпущено в рамках проекта «Социально-психологическая поддержка ВИЧ-инфицированных женщин в Ленинградской области 2007–2009», осуществляемого в сотрудничестве между ГУЗ Ленинградским областным Центром по профилактике и борьбе со СПИД и Национального института здравоохранения и социального благополучия Финляндии при финансовой поддержке МИДа Финляндии.

## ЧАСТЬ 1. ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Ситуация с эпидемией ВИЧ-инфекции в Ленинградской области имеет такие же тенденции, как и по России в целом (рис. 1, 1а). Ведущими путями передачи ВИЧ-инфекции продолжают оставаться парентеральный (при внутривенном употреблении наркотиков) и гетеросексуальный (табл. 1).



Рис. 1. Динамика ВИЧ-инфекции в Ленинградской области на 01.01.2009 г. (абс.)

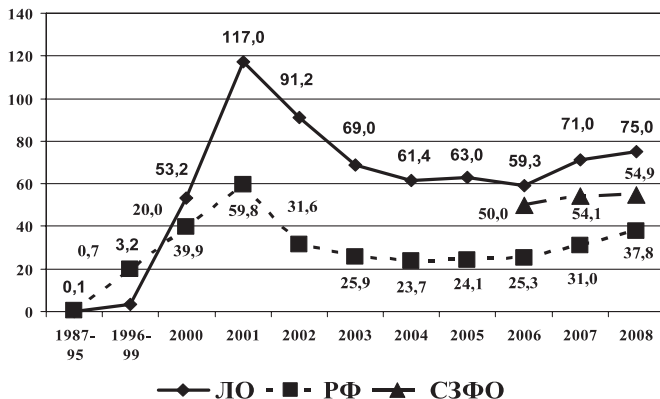


Рис. 1а. Динамика ВИЧ-инфекции в ЛО по сравнению с РФ (на 100000 населения)

Таблица 1

## Пути передачи ВИЧ-инфекции в Ленинградской области

	2005	2006	2007	2008
Впервые выявлено	1094	973	1165	1162
Пути передачи ВИЧ (%)				
Гомо-	0,2	0,7	0,2	0,2
Гетеро-	34,8	50,0	46,0	39,0
Переливание крови		0,3	0,2	0,0
ПИН	63,0	46,0	52,6	45,0
Вертикальный	2,0	3,0	1,0	0,8
Неизвестно				15,0

Наши пациенты – в основном люди молодого возраста, 20–34 лет, при соотношении мужчин и женщин – 1,8:1. Существенным представляется выявленный в 2007 г. факт, что в возрастной группе 15–18 лет преобладали женщины. Это обусловлено увеличением количества гетеросексуальных случаев передачи заболевания, в связи с чем имеет место значительное количество случаев выявления ВИЧ-инфекции у беременных женщин.

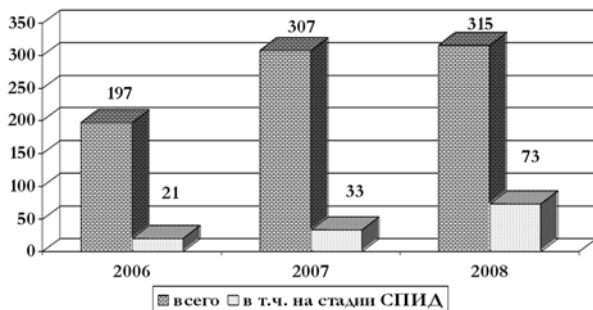
На сегодняшний день большинство больных проживает в районах области, прилежащих к Санкт-Петербургу, куда и откуда жители ездят на работу и учебу, а также в тех районах, где действуют хорошо работающие промышленные предприятия. Особо выделяются Всеволожский район, Гатчинский район, Тосненский район (табл. 2). Потому что там, где есть, так сказать, живые деньги – есть и наркотики. С другой стороны, происходит увеличение смертности больных, в том числе и на фоне антиретровирусной терапии (АРВТ), что обусловлено многими причинами (рис. 2).

Таблица 2

## Данные ВИЧ-инфекции в Ленинградской области в 2008 году

Муниципальное образование (район)	Выявлено с начала 2008 г., абс.	Всего зарегистрировано, абс.	Частота выявл. ВИЧ на 100 тыс.
Бокситогорский	25	152	285
Волосовский	36	314	652
Волховский	66	650	673
Всеволожский	137	1365	672

Выборгский	103	869	458
Гатчинский	213	2280	1035
Кингисеппский	30	289	435
Киришский	59	480	717
Кировский	75	602	658
Ломоносовский	45	519	801
Лужский	61	498	632
Лодейнопольский	16	83	243
Приозерский	58	488	792
Подпорожский	19	54	153
Сланцевский	47	218	473
Тихвинский	62	485	641
Тосненский	110	1097	984
<b>Всего по области</b>	<b>1162</b>	<b>10443</b>	<b>664</b>



**Рис. 2.** Умерло больных ВИЧ-инфекцией  
(из числа состоящих под диспансерным наблюдением, абс.)

В связи с тем, что основной путь передачи ВИЧ-инфекции продолжает оставаться наркотенным, скажем несколько слов о наркотиках.

Известно, что термин «наркотическое средство» включает в себя три аспекта: медицинский, юридический и социальный:

– медицинский аспект заключается в том, вещество, лекарственное средство оказывает специфическое (стимулирующее, седативное, галлюциногенное и др.) действие на центральную нервную систему (ЦНС), что

может являться причиной его немедицинского потребления, а также обладает потенциалом к формированию пристрастия и/или болезненной зависимости (т. н. «аддитивным потенциалом»); это наиболее объективный критерий, так как мнение медицинского сообщества достаточно стабильно, а медицинские факты с трудом поддаются искажению.

– социальный аспект подразумевает, что применение этого психоактивного вещества принимает *социально значимые масштабы*.

– юридический критерий требует, чтобы данное психоактивное вещество официально было признано наркотическим уполномоченной инстанцией и *внесено в список наркотических веществ* (Постановление Правительства РФ № 681 от 30 июня 1998 г. «Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации», в редакции от 06.02.2004 г. № 51, от 17.11.2004 г. № 648, от 08.07.2006 г. № 421; Постановление Правительства Российской Федерации от 29.12.2007 г. №964 «Об утверждении списков сильнодействующих и ядовитых веществ для целей статьи 234 и других статей Уголовного Кодекса Российской Федерации, а также крупного размера сильнодействующих веществ для целей статьи 234 Уголовного Кодекса Российской Федерации»).

### ***Что же такое наркотики?***

Наркотики – группа веществ различной химической или органической природы, являющихся в своей основе ядами, которые влияют на сознание человека и используются с этой целью. Они могут изменить чувства, настроение и характер мышления человека.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в своем докладе 1981 г. определяет наркотики как «Химическое вещество, или смесь веществ, отличное от необходимых для нормальной жизнедеятельности (подобно пище), прием которого влечет за собой изменение функционирования организма и, возможно, его структуры». (В принципе, в настоящее время в переносном смысле «наркотиком» может быть названо любое явление, занятие, без которого зависимый человек испытывает физическое или психологическое затруднение – например, зависимость от Интернета, компьютерных игр, телевизора).

Сами по себе наркотические вещества не представляют опасности, разрушительно воздействует отношение к ним. Влияние любого наркотика зависит от нескольких факторов:

- принимаемого за раз количества наркотика;
- длительность приема данного наркотика;
- характер приема наркотика;

– условия, при которых производится его прием (время, место, психологическая и эмоциональная стабильность человека, присутствие посторонних, одновременное употребление алкоголя или других наркотиков и т.д.).

***Основными группами наркотиков на сегодняшний день являются следующие***

А). Разрешенные к применению наркотики:

- транквилизаторы и снотворные вещества;
- спирт этиловый (этанол –  $C_2H_5OH$ );
- никотин (как стимулятор);
- кофеин;
- ингалянты (различные виды клея, очистительные жидкости, аэрозоли, растворители лака, бензин, эфир, средства для уничтожения насекомых). По разным данным, эти вещества занимают третье место по потребляемости среди подростков, уступая пальму первенства только алкоголю и табаку.

Б). Запрещенные вещества:

- марихуана;
- экстази, МДМА;
- кокаин;
- героин, производные опиума;
- галлюциногены (ЛСД, конопля, мескалин, псилоцибин, некоторые виды грибов, кактусов, лекарства – астматол, циклодол, димедрол).

***По действию наркотические вещества делятся на три основные группы:***

1) *Эйфорические* – опиаты (опий, морфий, кодеин и т.д.). При приеме наркотиков из этой группы у людей возникает состояние блаженства, которое нередко сравнивают с состоянием «пребывание в раю», создается иллюзия освобождения от земных трудностей и проблем. Эти ощущения не имеют ничего общего с эмоциями, возникающими в обычном, нормальном состоянии.

2) *Фантастические* – галлюциногены, или психодислептики (индийская конопля, мескалин, ЛСД и т.д.). Некоторые галлюциногены вызывают в воображении прекрасные «неземные» картины. Под влиянием других галлюциногенов возникает ощущения фантастического характера, например, появляется уверенность в способности ходить по воде или летать по воздуху, что некоторые и пытаются осуществить.

3) *Психостимуляторы* (амфетамин, эфедрин, катинон и т.д.). Психостимуляторы – это соединения, стимулирующие центральную нервную систему, обладающие способностью снимать усталость и сонливость, подавлять чувство голода, ослаблять позывы мочеиспускания. Вызываемая ими эйфория сопровождается двигательной активностью, экзальтирован-

ной велеречивостью, учащение сердцебиения. В отсутствии наркотика (а потом даже в присутствии) развивается подавленное состояние, иногда с склонностью к самоубийству. Большинство препаратов, используемых для допинга в спорте, относятся именно к этой группе соединений.

В настоящее время наркоманами осуществляется прием двух или более наркотических веществ – *полинаркомания*. Одновременный прием наркотического средства в сочетании с другими веществами, лекарственными препаратами или алкоголем является осложненной наркоманией.

Основные тенденции заражения наркоманов ВИЧ-инфекцией, в частности, в Ленинградской области, известны: через кровь, через секреты половых органов и через грудное молоко (от матери ребенку).

Так, потребители наркотиков являются основной группой, передающей ВИЧ по причине использования нестерилизованных игл и шприцев

На фоне потребления наркотиков имеет место неконтролируемая передача вируса сексуальным путем в среде наркопотребителей, но кроме этого, – довольно часто передача инфекции происходит от потребителей наркотика к их сексуальным партнерам, не употребляющим наркотика (связующее звено передачи к основной массе населения). Кроме того, имеет место проституция ВИЧ-инфицированных потребителей наркотика, обычно происходящая без использования презервативов.

Следствием этого является то, что отмечены случаи ВИЧ-инфекции среди детей, родившихся у женщин, которые либо сами были ВИЧ-инфицированы в ходе потребления наркотиков, либо имели половых партнеров, инфицированных ВИЧ.

### ***В чем же состоит уязвимость наркопотребителей?***

– Социальная маргинализация и отверженность, вовлеченность в криминальную деятельность с целью достать деньги на наркотики.

– Ограниченный доступ к системе здравоохранения.

– Постоянные соматические проблемы (хронические гепатиты, эндокардиты, абсцессы, пневмонии) на фоне психологических проблем.

– Повышенный риск заражения ВИЧ.

– Источник распространения ВИЧ-эпидемии в общую популяцию.

– Малая эффективность традиционных профилактических мероприятий.

– Необходимость особых подходов по контролю ВИЧ/СПИД.

В целом, ВИЧ-инфекция является для наркоманов еще одной проблемой в дополнение ко многим другим проблемам. На первом месте среди которых стоит часто наблюдаемое отсутствие мотивации справиться с проблемой употребления наркотика по причине безнадежности ситуации с точки зрения неизбежного смертельного исхода. Эти лица, в основном, и не выдерживают режим АРВТ (табл. 3). Отмеченная уязвимость (как «дей-



ствующим» наркоманов, так и наркоманов, находящихся в стадии ремиссии) находит свое отражение и в причинах смерти больных (табл. 4).

Структура наркопотребления меняется в течении времени. Так, в группе обследованных нами в 2007 г. ВИЧ-позитивных женщин происходило в основном потребление опиатов, препаратов конопли и анальгетиков (рис. 3). Но это не изолированная группа, и потребляли они то же, что и их мужчины.

Таблица 3

Причина прекращения АРВТ пациентами в 2008 году

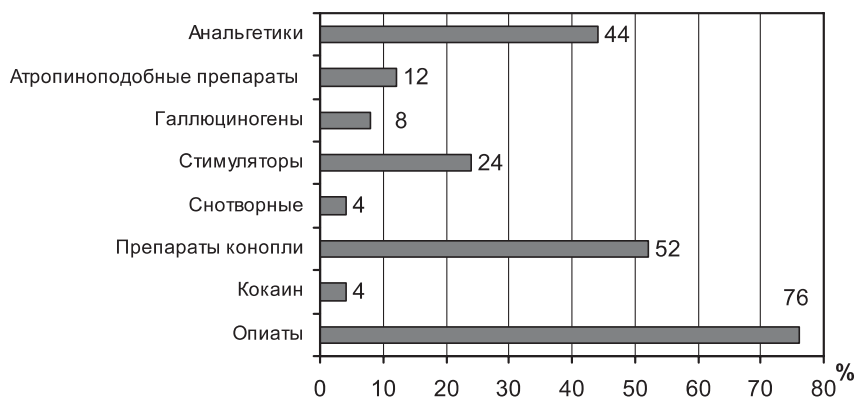
Прекратили АРВТ	Всего	Причина отказа от АРВТ	Комментарии
29	17	Лечение прекращено самостоятельно	На фоне алкоголизма и наркопотребления. Длительность АРВТ 2–3 месяца
	5	Плохая переносимость	Длительность АРВТ 2–3 месяца
	3	Помещены в МЛС	Длительность АРВТ 6–8 месяцев
	3	Отъезд из реабил. центра на ПМЖ	Длительность АРВТ 6–8 месяцев
	1	Медикаментозная аллергия	Длительность АРВТ 1 месяц

Таблица 4

Причина смерти пациентов на АРВТ в 2008 году

Патология	Всего	Кол-во	Причина смерти	Причина отказа от АРВТ	Комментарии
Туберкулез	9	5	Диссеминированный туберкулез легких	нет	Туберкулез развивался при сроках инфицирования более 3 лет. АРВТ продолжалось 3–12 месяцев
		3	Генерализованный туберкулез		
		1	Фиброзно-кавернозный туберкулез легких, фаза распада		
Отравление	5	3	Острое отравление	нет	Наркомания. Длительность АРВТ 1–3 месяца
		2	Передозировка героина		

Хронический алкоголизм	4	4	Алкогольный цирроз печени	1 отказ за 2 мес. до смерти – плохая переносим.	Хронический алкоголизм. Длительность АРВТ 4–6 месяцев
Полиорганная патология	2	2	Полиорганная патология		ВИЧ-инфекция в стадии СПИДа. Длительность АРВТ 6–8 месяцев
Прочее	6	1	Рецидив гнойного менингоэнцефалита		Длительность АРВТ 2–7 месяцев
		1	Двусторонняя пневмония		
		1	ГБ. Геморрагический инсульт		
		1	ДТП		
		1	Инфекционно-аллергический васкулит		
		1	Острая сердечная недостаточность		



**Рис. 3.** Структура наркотребления ВИЧ-положительных женщин за последние 12 месяцев (от числа употреблявших наркотические вещества в течение последних 12 месяцев), 2007 г.

В 1997 году ВОЗ совместно с Советом Европы выпустила документ «Принципы профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков», в котором приводится схема разработки стратегий профилактики ВИЧ-инфекции на национальном и местном уровнях, подчеркнута важность комплексного подхода к проблеме, и необходимость хорошо скоординированных действий на местном и национальном уровнях. В документе сформулированы основные принципы профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН):

- Информационная работа и образование всех слоев населения.
- Обеспечение доступности социальных служб для потребителей наркотиков.
- Активная информационная и образовательная работа по вопросам ВИЧ/СПИДа и вопросам здоровья среди потребителей инъекционных наркотиков.
- Обеспечение ПИН стерильными инструментами для инъекций и дезинфицирующими средствами.
- Предоставление ПИН возможности получать заместительную терапию.

В нашей стране неоднократно принимались различные законодательные акты по вопросам профилактики и лечения наркомании, последним по времени из которых является Постановление Правительства Российской Федерации от 13.09.2005 г. №561 «О федеральной целевой программе «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2005–2009 годы»».

С другой же стороны, как отмечено еще в издании «228. Газета для группы риска» – «Если сам наркоман не начнет активно шевелиться в сторону улучшения своего торчевого положения, то никакие снижения, никакие халявные баяны ему не помогут» [Доброскок О., 2004]. Поэтому «Как бы ни развивался психотерапевтический процесс, ответственность целиком и полностью лежит на клиенте» [Менеgetti А., 2003], ибо «Полное осознание пациентом своей ситуации влечет за собой исчезновение заболевания, поскольку *психическая деятельность перестает формировать болезнь*».

Вот поэтому и считается, что новое время вызывает к жизни новую психотерапевтическую парадигму, суть которой сводится к переводу пациента из роли реципиента в роль активного участника психотерапевтического процесса. То есть, необходимо обучение пациентов новому способу общения не только между собой, но и со здоровыми людьми, включая психотерапевта, а также других специалистов.

Поэтому подход, ориентированный на больного, по данным разных авторов, должен учитывать следующие моменты:

а) Понимание факта заболевания пациента и опыта болезни из его субъективной перспективы путем использования открытых вопросов и внимание к его вербальному/невербальному поведению и эмоциональной реакции /сознанию больного.

б) Понимание «всего человека» путем изучения истории жизни, вопросов личности и ее развития, в котором отмечаются существующие проблемы.

в) Отыскание точек соприкосновения с больным относительно темы беседы, целей лечения, роли врача и пациента в плане оказания помощи.

Поэтому все мероприятия реабилитации больных ВИЧ-инфекцией, в том числе и наркопотребителей, должны быть осуществлены в том максимальном объеме, который возможен, исходя из конкретных условий.

В группе медико-ориентированных функций реабилитации больных должны рассматриваться участие в организации медицинской помощи и ухода за больными; оказание медико-социальной помощи семье; медико-социальный патронаж различных групп; оказание паллиативной помощи; гигиеническое обучение и воспитание различных контингентов; информирование пациента о его правах на медико-социальную помощь и порядке оказания такой помощи с учетом особенностей патологии. Потому что, как говорится, только интегративная оценка морфо-функционального состояния больного с учетом его социально-психологических проблем дает возможность индивидуализировать объем лечебно-диагностических и профилактических мероприятий.

---

## **ЧАСТЬ 2. ОРГАНИЗАЦИЯ ЛАБОРАТОРНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

Известно, что ВИЧ-инфекция – длительно текущая инфекционная болезнь, развивающаяся в результате инфицирования вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Важной особенностью ВИЧ является способность поражать и вызывать гибель определенных клеток иммунной системы, следствием чего является развитие и прогрессирование иммунодефицитного состояния. Через несколько лет после заражения возникший иммунодефицит приводит к появлению у пациента заболеваний, вызванных условно-патогенными микроорганизмами. По мере прогрессирования иммунодефицита эти заболевания приобретают все более тяжелое течение и, при отсутствии специфического лечения, приводят к гибели больного.

Под термином СПИД (синдром приобретенного иммунодефицита) подразумеваются некоторые тяжелые оппортунистические заболевания и/или их сочетание (инфекционного или паразитарного генеза), развивающиеся у больных на фоне ВИЧ-инфекции.

Своевременное применение препаратов, подавляющих размножение ВИЧ (антиретровирусная терапия – АРВТ), в сочетании с профилактикой и лечением оппортунистических заболеваний позволяет в определенной степени восстановить иммунную систему, предупредить развитие оппортунистических заболеваний (или привести к их ремиссии), сохранить трудоспособность и улучшить качество жизни людей, зараженных ВИЧ.

Выявление ВИЧ-инфекции (положительного результата исследования крови на антитела к ВИЧ) возможно как в результате скринингового обследования, так и в результате обращения пациента к врачу для обследования на ВИЧ или с клиническими проявлениями, подозрительными на ВИЧ-инфекцию (методическое письмо Министерства здравоохранения и социального развития № 5922-РХ от 10.11.2006 г. «Правила постановки диагноза ВИЧ-инфекции»).

Установление диагноза ВИЧ-инфекции осуществляется врачом-клиницистом путем комплексной оценки эпидемиологических данных, результатов клинического обследования и лабораторных исследований.

*Диагностика ВИЧ-инфекции включает в себя два последовательных этапа:*

А) Установления собственно диагноза ВИЧ-инфекции, то есть определение состояния инфицирования ВИЧ, и

Б) Установление развернутого клинического диагноза, то есть определение стадии, характера течения ВИЧ-инфекции, наличия вторичных (развившихся вследствие ВИЧ-инфекции) и сопутствующих заболеваний, определение маркеров прогрессирования ВИЧ-инфекции (уровня CD4-лимфоцитов в крови и уровня РНК ВИЧ в крови).

В соответствии с Приложением 3 к приказу Минздравмедпрома РФ №295 от 30.10.1995 г., утвержденным Постановлением Правительства РФ №1017 от 13.10.1995 г., **показаниями для обследования на ВИЧ-инфекцию являются следующие:**

*1. Клинические:*

а) синдромы и симптомы неустановленного генеза:

– увеличенные лимфоузлы двух или более групп в течение 1 месяца и более,

– лихорадка в течение 1 месяца и более,

– диарея в течение 1 месяца и более,

– потеря массы тела на 10% и более,

– затяжные и рецидивирующие пневмонии или пневмонии, не поддающиеся стандартной терапии,

– постоянный кашель и/или одышка в течение 1 месяца и более,

– прогрессирующая энцефалопатия и слабоумие у ранее здоровых лиц с неотягощенным психиатрическим анамнезом,

– хронические заболевания репродуктивной системы.

*2. Предполагаемые или подтверждаемые диагнозы*

– гнойно-бактериальные и паразитарные заболевания с затяжным и/или рецидивирующим течением, сепсис,

– саркома Капоши у лиц моложе 60 лет,

– лимфома мозга первичная у лиц моложе 60 лет,

– подострый менингоэнцефалит любой этиологии,

– волосистая лейкоплакия языка,

– агрессивный цервикальный рак,

– прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия (асептический менингит, вакуолярная миелопатия),

– лимфомы (кроме лимфогрануломатоза),

– часто рецидивирующий, распространенный, генерализованный простой герпес,

– рецидивирующий опоясывающий герпес у лиц моложе 60 лет,

– вирусные гепатиты В, С, D (при постановке диагноза и через 6 месяцев),

- мононуклеоз (при постановке диагноза и через 6 месяцев),
- сифилис, гонорея и другие ЗППП (при постановке диагноза и через 6 месяцев; при сифилисе – повторные обследования в сроки сероконтроля),
- активные прогрессирующие формы легочного и внелегочного туберкулеза,
- атипичный микобактериоз,
- глубокие микозы,
- рецидивирующий кандидоз (пищевода, трахеи, бронхов, легких),
- криптококкоз внелегочный,
- пневмоцистоз (пневмония),
- токсоплазмоз ЦНС,
- криптоспоридиоз, изоспороз с диареей в течение 1 месяца и более,
- хронический стронгилоидоз с внекишечными проявлениями,
- цитомегаловирусные поражения различных органов, кроме печени, селезенки и лимфоузлов.

### *3. Эпидемиологические*

- наркомания внутривенная,
- половые контакты с ВИЧ-инфицированными и больными ЗППП.

### *4. Другие*

- беременность,
- анонимное обращение.

***Обязательному медицинскому освидетельствованию (то есть обследованию в обязательном порядке) подлежат:***

- 1) доноры крови, биологических жидкостей, органов и тканей;
- 2) работники отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации;
- 3) иностранные граждане и лица без гражданства, прибывающие в РФ на срок свыше трех месяцев;
- 4) лица, находящиеся в местах лишения свободы (утверждено Постановлением Правительства РФ «Об утверждении правил проведения обязательного медицинского освидетельствования лиц, находящихся в местах лишения свободы, на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» от 28 февраля 1996 г. № 221).

Лабораторное обследование больных на ВИЧ-инфекцию проводится после клинического обследования доверенным врачом-инфекционистом по месту жительства (либо врачом-инфекционистом ГУЗ ЛО «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», далее – Центра) в соответствии со «Стандартом медицинской помощи больным болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)» (утверж-

ден приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 9 июля 2007 г. №474).

Общеклиническое лабораторное и инструментальное обследование больных (общий и биохимический анализы крови, мочи, определение антител М, G к вирусам гепатитов, цитомегаловирусу, токсоплазме, рентгенологическое, ультразвуковое, эндоскопическое обследование, ЭКГ), связанное с ВИЧ-инфекцией и сопутствующими заболеваниями, поименованное в «Стандарте», проводится по месту жительства в ЦРБ (при наличии клинических показаний и невозможности обследования, обследование проводится в ЛОКБ).

Исследование крови методом полимеразной цепной реакции, ПЦР (диагностика и вирусная нагрузка – количество копий РНК ВИЧ в 1 мл плазмы крови) проводится в соответствии с инструкциями к тест-системам фирм-производителей, и в соответствии с методическими рекомендациями МЗ РФ «Забор, транспортировка, хранение клинического материала для ПЦР-диагностики» (2007) и методическими рекомендациями МУ 3.5.5.-1034-01 «Обеззараживание исследуемого материала, инфицированного бактериями I-IV групп при работе методом ПЦР» (2001).

Подпорожский, Лодейнопольский, Бокситогорский, Тихвинский, Кировский, Волховский, Киришский, Всеволожский, Выборгский, Приозерский районы доставляют кровь для исследования в РКИБ Росздрава (п. Усть-Ижора), ответственное лицо – врач-лаборант Коровина Галина Ивановна, тел. 4649511;

Гатчинский, Лужский, Тосненский, Волосовский, Кингисеппский, Сланцевский, Ломоносовский р-ны, г. Сосновый Бор доставляют кровь для исследования в лабораторию Гатчинской ЦРБ, ответственное лицо – врач-лаборант Купянская Любовь Евгеньевна, тел. 8-921-325-30-26.

Исследование крови на иммунный статус проводится в соответствии с инструкциями к тест-системам фирм-производителей.

Киришский, Подпорожский, Лодейнопольский, Бокситогорский, Тихвинский, Волховский р-ны доставляют кровь для исследования в лабораторию Киришской ЦРБ, ответственное лицо – врач-лаборант Иванова Наталья Викторовна, тел. (81368) 24943;

Гатчинский, Кировский, Всеволожский, Выборгский, Приозерский, Тосненский, Волосовский, Кингисеппский, Сланцевский, Ломоносовский р-ны, г. Сосновый Бор доставляют кровь для исследования в лабораторию Гатчинской ЦРБ, ответственное лицо – врач-лаборант Купянская Любовь Евгеньевна, тел. тел. 8-921-325-30-26.

Доставка крови на иммунный статус осуществляется в пробирках-вакутейнерах с ЭДТА (фиолетовая полоска) с понедельника по четверг до 15.00 по предварительной записи.



Для серологического исследования на антитела к ВИЧ-инфекции используют венозную кровь в количестве 5 мл. Кровь забирается вакуумной системой и транспортируется в одной вакуумной пробирке с разделительным гелем на 5 мл марки BD Vacutainer<sup>Г</sup> (Becton Dickinson, США).

Забор крови необходимо осуществлять утром натощак (с момента последнего приема пищи должно пройти не менее 12 часов). В день накануне взятия крови пациенту желательно воздержаться от употребления алкоголя, большого количества пищи, особенно жирной, а также от чрезмерной физической нагрузки.

Забор крови необходимо осуществлять в положении пациента сидя или лежа. Жгут следует снять сразу же после попадания иглы в вену. Длительность наложения жгута не должна превышать 1 минуты. Взятие крови должно осуществляться до проведения диагностических и лечебных процедур. При проведении пациенту внутривенных вливаний, пункцию вены для взятия крови необходимо осуществлять на другой руке. При взятии пробы из артериальных или венозных катетеров, канюлю следует промыть изотоническим солевым раствором (физиологическим раствором), первые 5 мл крови следует утилизировать, а затем взять пробу.

Вакуумную пробирку с кровью отстаивают 30 мин и центрифугируют при относительной центробежной силе 1500–2000g в течение 10 минут (повторное центрифугирование недопустимо!). После разделения клеток крови и сыворотки образец направляется на исследование в первичной пробирке (переливать образец во вторичную пробирку не нужно!). Образцы крови с двукратными положительными результатами исследования на антитела к ВИЧ должны быть направлены для проведения подтверждающих тестов в лабораторию РКИБ Росздрава (Санкт-Петербург, п. Усть-Ижора, Шлиссельбургское шоссе, д. 3).

Хранить кровь в вакуумной системе до отправки в референс-лабораторию необходимо при температуре 4–8°C не более 72 часов с момента взятия крови. Для более длительного хранения кровь в пробирке должна быть заморожена при температуре –4–18°C в штативе в вертикальном положении. На вакуумной системе должно быть указано время забора крови.

Направления на исследования проб доставляются в полиэтиленовых пакетах-файлах, вложенных в транспортные емкости вместе с пробами.

Каждая вакуумная система с кровью, направляемая в референс-лабораторию, должна быть пронумерована и сопровождена индивидуальным направлением. Кроме того, оформляется общее направление на все доставляемые образцы крови.

После обработки исследуемого материала индивидуальные направления с результатами анализов выдаются медицинским работникам ЛПУ, до-

ставившего кровь, под роспись. Общее направление остается в архиве референс-лаборатории.

Положительными считаются результаты анализов, которыми достоверно подтверждается наличие в крови антител к ВИЧ. Положительный тест на ВИЧ свидетельствует о том, что человек инфицирован ВИЧ. Только после получения повторного положительного результата методом иммуноблоттинга (ИБ) врач сообщает человеку о наличии у него ВИЧ-инфекции. При этом результат обследования врач сообщает обратившемуся человеку лично, и информация эта является строго конфиденциальной.

Медицинские работники и другие лица, которым в связи с выполнением служебных или профессиональных обязанностей стали известны сведения о результатах проведения медицинского освидетельствования на выявление ВИЧ-инфекции, обязаны сохранять эти сведения в тайне. За разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лица, которым эти сведения стали известны в связи с выполнением ими служебных или профессиональных обязанностей, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Необходимо знать, что от момента заражения ВИЧ до момента обнаружения антител в крови больного человека (то есть до возможности диагностирования ВИЧ-инфекции) проходит от 2 недель до 1 года (в среднем около 3 месяцев). Этот период называется «периодом окна». При обследовании методом иммуноферментного анализа (ИФА) в это время результаты еще отрицательные.

Однако человек является источником инфекции не с момента появления антител, а с момента инфицирования ВИЧ, даже не догадываясь о своем заболевании. В терминальной стадии болезни антитела уже не образуются из-за поражения иммунной системы, и результаты могут становиться отрицательными.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «О мерах по совершенствованию профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации» от 16 августа 1994 г. № 170, амбулаторное наблюдение за больными ВИЧ-инфекцией осуществляется Центрами по борьбе со СПИДом, а при их отсутствии – специально обученными врачами (инфекционистом или терапевтом) под методическим руководством ответственного за данную территорию Центра по профилактике и борьбе со СПИДом. Во всех случаях при работе с ВИЧ-положительными пациентами необходимо использовать принцип «доверенного врача», когда больной со всеми своими медицинскими проблемами обращается к конкретному врачу.

*Диспансерное наблюдение должно обеспечивать выполнение следующих задач:*

- 1) выявление и лечение у больного имеющих или вновь возникающих заболеваний, способствующих прогрессированию ВИЧ-инфекции;
- 2) максимально раннее выявление признаков прогрессирования ВИЧ-инфекции и своевременное назначение специфической терапии;
- 3) обеспечение больному ВИЧ-инфекцией всех видов квалифицированной медицинской помощи при гарантированном соблюдении тайны диагноза.

После установления диагноза ВИЧ-инфекции, стадии заболевания, и при наличии приверженности (подтвержденной заключением психолога/психотерапевта) больным по клинико-лабораторным показаниям назначается антиретровирусная терапия (АРВТ).

Для определения стадии заболевания и решения вопроса о необходимости начала лечения определяют иммунный статус, а также вирусную нагрузку.

Основными принципами терапии больных ВИЧ-инфекцией являются:

- создание охранительного психологического режима;
- своевременное начало АРВТ;
- тщательный подбор лекарственных препаратов и их необходимого минимума;
- ранняя диагностика вторичных заболеваний и их своевременное лечение.

Целью АРВТ является максимальное и продолжительное угнетение размножения вируса, восстановление и/или сохранение функции иммунной системы, улучшение качества жизни, снижение связанной со СПИДом заболеваемости и смертности. Сегодня арсенал лекарственных средств позволяет подавить размножение вируса у большей части больных на определенный, иногда довольно длительный срок, перевести заболевание в хроническое течение. Но, тем не менее, терапией удастся лишь продлить жизнь больного, хотя и довольно длительно, но пока нет возможности полностью остановить инфекционный процесс. Разработано свыше 200 возможных комбинаций АРВТ, но еще не найдено ни одной, которая являлась бы наилучшей для всех больных. Терапия всегда индивидуальна.

Первая линия АРВТ назначается врачом-инфекционистом Центра на основании решения комиссии по назначению АРВТ Центра, ее выполнение контролируется доверенным врачом-инфекционистом по месту жительства и психологом (Центра или ЦРБ по месту жительства). Назначение второй и последующих линий терапии проводится врачом-инфекционистом Центра на основании клинического обследования пациента в динамике заболевания, общеклинических, иммунологических, вирусологических показателей и приверженности больного к проводимому лечению. Конт-

рольные осмотры и лабораторное обследование больных в динамике проводятся в соответствии с руководящими документами.

Главная особенность АРВТ для пациентов – это необходимость строго следовать режиму приема препаратов, то есть не делать пропуски приема назначенных препаратов. Такое лечение способно долгие годы удерживать заболевание в клинически невыраженной (бессимптомной) стадии, либо купировать проявления оппортунистических заболеваний (в составе комплексной терапии). Очень важной задачей в работе медиков и социальных работников является объяснение пациентам, получающим АРВТ, необходимости соблюдения строгого режима приема препаратов. Пропуск приема лекарств приводит к возникновению вирусов, устойчивых к действию этих препаратов, и утяжелению течения основного заболевания.

При необходимости стационарного обследования и лечения (в соответствии со «Стандартом медицинской помощи больным болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)», утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 9 июля 2007 г. № 475) (приложение 2) больные ВИЧ-инфекцией госпитализируются в инфекционные стационары по месту жительства, а беременные женщины, тяжелые и диагностически неясные больные – в РКИБ (по согласованию). В случае диагностирования у пациента туберкулеза они госпитализируются в противотуберкулезные больницы, для совместного ведения вместе с врачом-инфекционистом.

При необходимости лечения соматической или хирургической патологии по согласованию больные госпитализируются в профильные ЛПУ.

В случае смерти больного ВИЧ-инфекцией вскрытие его тела проводится в соответствии с существующими нормативными документами. Кроме того, взятие трупной крови для исследования на антитела к ВИЧ проводится:

- у погибших от отравления функциональными ядами,
- при наличии на коже следов, характерных для введения наркотических веществ,
- в случаях насильственной смерти лиц в возрасте 14–49 лет,
- у иногородних граждан,
- у погибших и умерших граждан, которые находились в течение последних пяти лет в пенитенциарных учреждениях,
- у лиц, умерших от инфекционных, паразитарных заболеваний, сепсиса,
- при выявлении на секции изменений, характерных для СПИДа и других иммунодефицитных состояний.

---

### ЧАСТЬ 3. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛИЦ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ/ СПИДОМ (ЛЖВС) И ИХ СЕМЕЙ

Жизнь на фоне ВИЧ-инфекции – это серьезное испытание для человека, и те кризисные ситуации, которые чаще всего возникают, связаны в первую очередь с эмоциональными потерями и глубокими негативными переживаниями. По классификации стрессов DSM IV-R (1994) эти ситуации относятся к пятому уровню стрессорных факторов и определяются как чрезмерно тяжелые.

Многолетнее изучение особенностей психо-социальной адаптации людей, живущих с ВИЧ, на различных этапах их жизни показало, что существует взаимосвязь между тем, как протекает заболевание, и тем, как люди приспосабливаются к новым условиям. Ряд наблюдения позволил выделить *три основных периода* в жизни людей, инфицированных ВИЧ, когда они особенно психологически уязвимы и нуждаются в поддержке и сопровождении.

*Первый период:* установление ВИЧ-положительного статуса.

Факт установления наличия у человека ВИЧ-инфекции – чрезмерно тяжелый стрессовый фактор, так как сообщение диагноза приводит к психической травме. В этот период на первый план выступают эмоциональные переживания, которые могут привести к повышению риска развития различных форм суицидального поведения. Человек, как правило, испытывает:

- тревогу (по поводу нарушения конфиденциальности, невозможности что-либо изменить);
- страх (по поводу возможного заражения ВИЧ близких или угрозы преждевременной смерти);
- опасения (например, по поводу доступности лечения или возможности сохранения социального и профессионального статуса);
- чувство утраты (планов на будущее, положения в обществе и в семье, финансовой стабильности, физической привлекательности, здоровья, самостоятельности и т.п.);
- печаль, тоску, депрессию (по поводу ожидаемых или свершившихся потерь);
- чувство жизненной несправедливости;
- чувство вины (по отношению к людям, которых он мог заразить);
- угрызения совести (из-за собственного поведения, приведшего к инфицированию);

– агрессивность (по отношению к конкретному человеку, специалистам, учреждению – предполагаемому источнику заражения, либо к обществу в целом).

**Второй период:** появление клинических признаков заболевания.

Закономерность течения ВИЧ-инфекции такова, что рано или поздно наступает этап прогрессирования заболевания. Впервые ВИЧ-положительный человек начинает «ощущать присутствие вируса». Серьезные болезненные симптомы, необходимость стационарного лечения становятся тяжелым испытанием. Многие боятся того, что отныне их жизнь будет постоянно связана только с болью, лекарствами и больницей. Сам факт пребывания в инфекционной больнице или стационаре Центра по профилактике и борьбе со СПИДом может спровоцировать раскрытие тайны диагноза или возбудить определенные подозрения у знакомых, друзей, коллег, близких.

Ухудшение состояния здоровья и пребывание в медицинском учреждении зачастую вынуждают человека оставить работу, прекратить учебу, изменить круг привычных занятий и общения. В этот период психологический кризис усугубляется рядом социальных проблем: рушится профессиональная карьера, возникают реальные материальные и финансовые трудности, меняются социальные роли в семье (например, родители вынуждены ухаживать за своими больными взрослыми детьми) и т.д.

Может угнетающе подействовать необходимость начать регулярный прием препаратов АРВТ. Многих пугает сложный график приема лекарств, проявление побочных эффектов. Тяжелая болезнь или смерть знакомого, имевшего ВИЧ-положительный статус, служит дополнительным сильным психологическим потрясением для человека, живущего с ВИЧ. Мысли о возможности приближения собственной смерти нередко приводят к эмоциональному кризису.

**Третий период:** терминальная стадия ВИЧ-инфекции.

Это период, когда развиваются тяжелые необратимые заболевания. Опыт работы с людьми на терминальной стадии заболевания показывает, что, несмотря на имеющиеся нарушение памяти, замедление темпа протекания психических процессов, сужение объема слухоречевого восприятия, примерно треть больных сохраняет мучительные переживания по поводу своей скорой смерти и нуждается в психологической и социальной поддержке.

В каждый из перечисленных периодов ВИЧ-положительному приходится решать различные проблемы.

Одной из наиболее серьезных проблем ЛЖВС является проблема раскрытия ВИЧ-статуса перед родными и близкими, другими значимыми людьми. Из-за этого часто происходит осложнение супружеских отношений (возникает атмосфера взаимного недоверия, внутрисемейные конфликты, уг-

роза распада семьи). Соккрытие одним из супругов своего ВИЧ-статуса вносит в семейные отношения оттенок недосказанности, напряженности, подозрительности. В конечном счете, «запоздалое разоблачение тайны» еще более утяжеляет внутрисемейный конфликт. Чувство одиночества ЛЖВС нередко усугубляется изоляцией в то время, когда им особенно необходимо взаимопонимание и возможность поговорить с кем-то о своих страхах и одиночестве. Могут осложниться отношения с друзьями и коллегами из-за предвосхищения (как правило, преувеличенного) предстоящего отвержения, отказа в поддержке и т.п.

Социальные проблемы женщин, живущих с ВИЧ немного иные. Для женщины важно, что подумают о ней окружающие, как будут восприняты ее объяснения по поводу того, как она приобрела заболевание. Женщины чаще страшатся расставаний, беспокоятся о том, что они не смогут в должной мере ухаживать за детьми, престарелыми родителями. Знание этих психологических особенностей помогает социальным работникам грамотно построить беседу с женщинами, имеющими ВИЧ-положительный статус, и проанализировать их социальные проблемы для последующей разработки программы социальной помощи.

Практика показывает, что у многих женщин с ВИЧ беременность протекает без существенных последствий, дети благодаря проведенной комплексной перинатальной профилактике рождаются здоровыми.

Особое значение имеют проблемы, связанные со стигматизацией и дискриминацией. Стигматизация (предвзятое отношение) – сложный процесс социально-психологического межличностного взаимодействия, который ведет к отвержению лиц с определенными нежелательными признаками. Стигма – это свойство, рассматриваемое как порочащее, неуместное, отличающее человека от социально определяемой нормы. В рассматриваемом нами случае таким свойством или признаком является ВИЧ-положительный статус. Неосведомленность о путях развития ВИЧ-инфекции привела к появлению в обществе предубеждений по отношению к инфицированным людям. Недостаточность же просвещения по поводу передачи и клинических проявлений заболевания, представление о том, что СПИД во всех случаях – закономерный результат аморального и антисоциального поведения, спровоцировали ситуацию, когда ВИЧ-положительный статус стал для человека своего рода социальным клеймом.

Известно, что проявления стигматизации и дискриминации отмечаются даже в странах с высоким уровнем распространенности ВИЧ. Вследствие этого люди неохотно сообщают окружающим, в том числе социальным работникам, о своем ВИЧ-статусе, усиливая таким образом собственную изоляцию.

Кроме того, ЛЖВС сталкиваются с рядом *специфических психосоциальных проблем*, основными из которых являются следующие:

А) Эмоциональные проблемы:

- чувство тревоги, подавленности (вплоть до депрессии);
- потеря уверенности в будущем;
- недостаток взаимопонимания в семье;
- одиночество;
- чувство обиды и разочарования;
- потеря контроля над собой;
- чувство своей вины или, напротив, необоснованные обвинения окружающих;
- чувство беспомощности;
- страх смерти и социального отвержения.

Б) Проблемы, связанные с повышенной социальной уязвимостью:

- угроза потери работы или безработицы;
- временное ограничение или потеря трудоспособности;
- отсутствие социальной поддержки со стороны семьи и лиц ближайшего окружения;
- возросшие расходы на лечение на фоне отсутствия или недостаточности социальных пособий;
- проблемы, связанные с возможной дискриминацией.

В) Вопросы сексуального поведения:

- страх (часто преувеличенный) заразить любимого человека;
- опасения разрыва отношений в случае раскрытия своего ВИЧ-положительного статуса и т.п.

*Традиционно выделяют следующие психологические типы отношения к своим проблемам ЛЖВС.*

1-й тип – «гармоничный», характеризуется адекватным отношением к проблеме, активным поиском социальной поддержки, контактностью, пониманием необходимости своего активного участия в системе социальной поддержки.

2-й тип – «эргопатический», отличается попыткой скрыть свою тревогу за лихорадочной активностью («уход в работу»), опасениями, что на работе узнают о его ВИЧ-статусе.

3-й тип – «анозогнозический», предпочитает избирательную «слепоту» в отношении проблемы, убежденность в том, что «это может случиться с каждым, но только не со мной» («результаты тестирования ошибочны»).

4-й тип – «тревожный», проявляется тревогой, перерастающей в панику. Возникает стремление к бесконечным перепроверкам результатов теста, обращение к разным специалистам и службам, поиск каких-то сверх-



дорогостоящих и нереалистичных методов лечения.

5-й тип – «ипохондрический», «застревает» на малейших изменениях в организме, каких-либо симптомах, как правило, не имеющих отношения к ВИЧ-инфекции. Все самые малейшие и незначительные изменения в организме человек начинает относить к проявлениям ВИЧ-инфекции.

6-й тип – «меланхолический» (депрессивный), проявляется чувством безысходности. У человека формируется убежденность, что он самый худший, невезучий, мерзкий. «Мое состояние – результат роковых ошибок прошлого, настоящее ужасно, а в будущем ожидает самое худшее». На этом фоне нередко возникает стремление к самонаказанию, в том числе путем ухода из жизни (суицидальные стремления). У лиц этой группы многократно возрастает риск самоубийства.

7-й тип – «неврастенический», характеризуется «раздражительной слабостью» – реакцией, очень часто встречающейся в ситуации хронического стресса. Она проявляется перепадами настроения, вспышками раздражительности и гнева. Это состояние сменяется слезами, раскаянием. Такой человек в сердцах может наговорить резких слов социальным работникам, членам своей семьи, другим людям, а потом глубоко сожалеть об этом.

8-й тип – «демонстративный» (истероидный), отмечен выраженным стремлением к привлечению внимания окружающих. Человек получает своеобразное удовлетворение, сообщая всем о своем ВИЧ-статусе. Возможны демонстративный суицидальный шантаж, связанный с неудовлетворенными притязаниями, а также обвинения окружающих вплоть до необоснованных наговоров.

9-й тип – «сенситивный» (сверхчувствительный), имеют место опасения социального осуждения («если узнают о ВИЧ-статусе») со стороны близких людей и общества в целом. ВИЧ-положительный статус субъективно воспринимается как «факт, позорящий семью». Вследствие этого у человека развивается выраженное стремление к максимальному сокрытию информации. Он начинает изолировать себя и семью, вплоть до ухода с работы, отказа от посещения школы, вуза. Это, в свою очередь, чревато резким снижением социально-экономического статуса. В отдельных случаях возникает убежденность в ненужности продолжения жизни, вплоть до суицидальных попыток.

10-й тип – «параноидальный», проявляется в высказывании внешне-обвинительных идей, порой на грани утраты связи с реальностью. Например, «медики проводят запрещенные эксперименты. Они меня заразили»; «заразили специально, чтобы убить, отнять имущество». Продолжением такой позиции могут стать бесконечные жалобы в различные организации, содержащие обвинения в адрес мнимых «обидчиков». Иногда встречаются

и попытки «саморасправы», когда такие лица проявляют агрессию по отношению к предполагаемым обидчикам. Поскольку люди данного типа часто находятся в состоянии пограничного нервно-психического расстройства, необходимо тесное взаимодействие социального работника с медицинским психологом, психотерапевтом или психиатром.

11-й тип – «дисфорический», парадоксально сочетает в себе тоску и злобу, недоброжелательное отношение к людям, положение которых считает лучше своего, использует свою проблему для психологического давления на окружающих.

12-й тип – «апатический», характеризуется безразличием к своей судьбе и проявляется позицией «лежачего камня». Чаще подобное состояние пассивности развивается у ВИЧ-положительных, относящихся к малоимущим социоэкономическим слоям общества. Такие люди ничего не предпринимают для улучшения своего положения, и оно еще более усугубляется. Забота о внешнем виде, соблюдение правил гигиены – все отходит на второй план. Клиент «ложится и собирается умирать».

Комплекс проблем, включая психоэмоциональные реакции и неадекватный стиль поведения, приводит к ухудшению качества жизни как интегральной характеристики физического, душевного и социального благополучия.

Поэтому методы психологической реабилитации должны применяться только после тщательного психологического обследования больного ВИЧ-инфекцией.

---

## ЧАСТЬ 4. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И ЧЛЕНАМ ИХ СЕМЕЙ

Профессиональный выбор предполагает соблюдение специалистами, оказывающими социальную помощь, определенных нравственных и этических принципов. На основе Декларации этических принципов в социальной работе Международная Федерация социальных работников (1994) разработала и утвердила Профессионально-этический кодекс социального работника России. Он содержит положения, согласно которым применение и соблюдение принципов оказания социальной помощи не должно зависеть от статусной категории клиента (например, низкое материальное обеспечение, наличие социально значимого заболевания и т.д.). Все гуманистические принципы социальной работы применяются в соответствии с клиенто-ориентированным подходом, предполагающим приоритет решения проблем клиента, обратившегося за помощью.

### *Принципы оказания социальной помощи*

Уважение мнения клиента как основа действия социального работника подтверждается соблюдением *принципа самоопределения (добровольности) клиента*. Этот рабочий принцип является отражением положений Конституции РФ, гарантирующих уважение прав и свобод граждан и невмешательство в личную и семейную жизнь без их согласия.

Для реализации этого принципа очень важно положение об информированном согласии. Оно заключается в том, что клиент должен получить необходимую информацию в количестве, достаточном для принятия собственного решения. Социальный работник обязан получить от клиента разрешение на сотрудничество с ним и его семьей.

Социальный работник должен помнить, что именно за клиентом остается право выбора – получать или не получать ту или иную помощь.

*Принцип профессиональной компетентности* предполагает, что при использовании знаний и практических навыков специалист по социальной работе не дает критической оценки действиям клиента, но постоянно оценивает свою работу и стремится повышать квалификацию и уровень личностного роста. Кроме того, при реализации своих функциональных обязанностей, построении системы отношений с клиентом и его ближайшим окружением социальный работник должен четко разграничивать сферу профессиональных и личностных отношений. Он обязан соблюдать тактичность и корректность, быть вежливым. Социальный работник – представитель муниципального учреждения, на помощь которого надеется

ЛЖВС. Поэтому уважение к клиенту подчеркивает не только статус социального работника как представителя учреждения, но и статус клиента как члена общества.

*Принцип ответственности* реализуется как по отношению к решению проблем клиента, так и при сотрудничестве со специалистами конкретного социозащитного учреждения и при взаимодействии со специалистами органов и учреждений, задействованных в оказании помощи и поддержки ЛЖВС. Быть ответственным – значит отвечать за свои профессиональные решения, за используемые методы, а также за результаты своей работы. Социальный работник должен понимать, что многие ЛЖВС находятся в критическом состоянии, их жизнь меняется коренным образом, и от своевременности, полноты и качества помощи часто зависит жизнь этих людей.

*Принцип конфиденциальности* означает недопустимость разглашения информации личного характера без согласия клиента. Очень часто вопросы, обсуждаемые с социальным работником, глубоко личные, и порой вызывают у клиента чувство стыда или вины. Поэтому очень важно, чтобы клиент мог верить, что все, что он расскажет социальному работнику, не выйдет за пределы узкого круга вовлеченных в помощь специалистов.

Если возникает необходимость поделиться информацией еще с каким-либо заинтересованным лицом, то всегда следует предварительно обсудить подобную возможность с самим клиентом и получить его письменное согласие. Следует помнить, что в соответствии с ч. 5 ст. 61 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1 «лица, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками с учетом причиненного гражданину ущерба несут за разглашение врачебной тайны дисциплинарную, административную или уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации».

*Принцип социальной активизации* предполагает побуждение ЛЖВС к самостоятельным действиям при решении проблем ресоциализации. Социальный работник должен помочь клиенту выработать уверенность в своих силах, а в случае работы со всей семьей – расширять ее возможности в решении своих проблем, понимании их причин и возможных последствий. Важно, чтобы члены семьи осознали и приняли меру своей ответственности за то, что происходит с ними. Сюда же входят выработка навыков к самостоятельным действиям по решению проблем и приобретение самоконтроля над собственной жизнью. Социальные работники не должны опекать своих клиентов в большей степени, чем это необходимо, чтобы обеспечить их самостоятельное функционирование. Именно развитие незави-

симости, а не зависимости от специалистов, гарантий и услуг, является целью социальной работы.

Следует формировать у клиентов реальные ожидания от деятельности социальных работников и системы социальной помощи в целом. Необходимо, чтобы с самого начала и социальные работники, и ЛЖВС, и члены его семьи, вовлеченные в работу, понимали, что каждый из них вносит свой посильный вклад в успех, что перед работниками социальных служб не стоит задача обеспечить «бесп проблемное» существование клиента и его семьи. Социальный работник должен преодолеть закрытость семьи, чувство неполноценности, «зацикленность» на имеющихся проблемах и обеспечить динамику семейных взаимоотношений. Успешное развитие, сотрудничество с учреждениями социальной сферы основано на активности самого ЛЖВС и его семьи.

### *Психологические проблемы в работе с ЛЖВС и его семьей*

При использовании указанных выше принципов могут возникать психологические проблемы, которые специалист должен преодолевать, минимизировать или нивелировать.

Перечислим некоторые из них.

1. Социальный работник может попасть в плен общественно-бытовых стереотипных установок, что сразу же отражается на уровне и качестве профессиональных действий. Достаточно устойчивы представления о похоти всех ЛЖВС друг на друга, например:

- большинство ЛЖВС – наркоманы, гомосексуалисты, алкоголики;
- ЛЖВС держатся изолированно как от общества, так и от своих семей;
- у них слабое здоровье;
- ЛЖВС не интересуются половой жизнью или не способны к ней;
- ЛЖВС человек не может учиться;
- большинство ЛЖВС плохо справляются с работой;
- умственные способности у ЛЖВС снижены.

Негативные стереотипы не только внушают страх перед ВИЧ, они держат в своей власти и самих ЛЖВС. Но инфицированные люди далеко не всегда беспомощны, больны, одиноки. Опросы показали, что во многих случаях ЛЖВС чувствуют свою «неполноценность или оторванность от мира» именно из-за предвзятого отношения к ним со стороны других людей. Их внешняя «замкнутость» вызвана самостигматизацией и отчуждением людей.

Во многих случаях ЛЖВС абсолютно не отличается от окружающих ни по внешнему виду, ни по принадлежности к асоциальным группам (наркоманы, алкоголики и т.д.), ни по социальной активности, ни по общему состоянию здоровья, ни по способностям.

2. Социальный работник во взаимодействии с ЛЖВС и его семьей может столкнуться в общении с рядом *психологических барьеров*, возникших как у него самого, так и у клиента. Барьеры в общении – это особые психические состояния, проявляющиеся в неадекватном поведении участников общения и препятствующие позитивному взаимодействию.

*Барьер на почве страдания или горя* часто свойственен ЛЖВС-клиентам социальных служб. Причинами их страдания могут быть трагические события, неудовлетворенность своим положением, тягостные физические ощущения. Страдание настолько сильно, что трудно рассчитывать на их внимание к другим людям и чужим проблемам.

*Барьер общения, вызванный гневом*. Столкнувшись со сложной жизненной ситуацией, некоторые клиенты могут направить свое недовольство на человека, призванного оказать им помощь. Гнев увеличивает физическую и психическую энергию и вызывает потребность «излиться» в словах или агрессивных действиях.

*Барьер стыда и вины* – это барьер, возникающий от неловкости за себя или других. Нередко это связано с чувством стеснения при просьбе о помощи или ее получении. Стыд за свою несостоятельность может привести к прерыванию отношений с социальным работником.

*Барьер презрения* обычно связан с межличностными или межгрупповыми различиями. Презрительное отношение у социального работника могут вызвать какие-либо черты характера, стиль поведения, образ жизни, социально-групповая принадлежность клиента.

*Барьер страха* – один из самых труднопреодолимых. Это может быть страх потери, изменений, страх общения, страх перед неудачей и т.д. У самого социального работника может присутствовать страх возможного заражения ВИЧ. Причины страха различны, и необходимо точно их определить, проанализировать и по возможности преодолеть самостоятельно или с помощью психологов, психотерапевтов.

*Барьер отвержения или брезгливости* нередко возникает у социальных работников, так как они часто имеют дело с больными или морально и социально опустившимися людьми. Неприятные запахи, неопрятный внешний вид, физические недостатки – все это может вызвать чувство брезгливости. Если это ощущение не удастся скрыть, то партнер по общению заметит его, и дальнейшее взаимодействие станет проблематичным.

3. Социальный работник в процессе общения с ЛЖВС и его семьей может затронуть вопросы, которые ранее считались этически запретными, «чужими и страшными». Это такие вопросы, как, например, смерть клиента, будущее его детей и родителей. Не следует избегать разговоров на тему смерти и связанных с ней проблемах. Это очень актуально для ЛЖВС. При совмес-

тном их обсуждении он не будет чувствовать себя в одиночестве и будет уверен, что другой человек услышал и узнал о том, что его беспокоит.

Для многих клиентов важен вопрос о сексуальном поведении. Специалист по социальной работе должен быть подготовлен к тому, чтобы тактично обсудить потребности интимной жизни своего подопечного.

В общении со специалистом по социальной работе не может быть запретных тем. Проблемы «нетрадиционных» сексуальных взаимоотношений, употребления наркотиков, мысли о самоубийстве – беседы на эти и подобные темы не должны смущать профессионала. Он должен набраться терпения и внимательно, доброжелательно, спокойно, без осуждения и излишнего морализирования выслушать то, что захочет сказать ему подопечный.

4. Социальный работник должен быть готов к ситуации, когда на заданный вопрос у него нет ответа. Единственный выход – честное признание факта незнания и поиск нужных сведений.

Большинство решений ЛЖВС человеку приходится принимать самостоятельно, и иногда он получает недостающую информацию от других людей, живущих с ВИЧ, или на собраниях групп поддержки. Специалист по социальной работе должен формировать у клиента установку на получение качественной профессиональной информации.

5. ЛЖВС живут рядом с нами, их необходимо принять, к ним нужно относиться так же, как и ко всем другим.

Социальный работник должен быть готов к тому, что любой из его клиентов живет с ВИЧ, независимо от того, раскрывает он свой ВИЧ-статус или нет. Поэтому в соответствии с действующим законодательством социальные службы должны помочь ЛЖВС удовлетворить его основные потребности с использованием как ресурсов и возможностей государства, так и личных ресурсов и потенциальных возможностей ЛЖВС.

*Таким образом, деятельность социального работника должна строиться в двух направлениях:*

1) социально-правовом – оказание социально-правовой помощи и поддержки ЛЖВС и его семье, в том числе в получении установленных существующим законодательством гарантий;

2) медико-социально-психологическом – оказание помощи и поддержки в (ре-) социализации ЛЖВС, нахождении возможностей его индивидуальной и общественной самореализации.

#### ***Основные задачи социальной работы с ЛЖВС***

К таковым можно отнести следующие:

– создание условий, при которых клиенты могут осуществить все положенные по закону гарантии;

– помощь в создании условий жизнедеятельности (учебы, работы, ле-

чения, отдыха и т.п.), в которых клиент чувствовал бы себя востребованным, включенным в реальные дела, в социум;

– увеличение степени самостоятельности клиентов, их способности контролировать свою жизнь и более успешно разрешать возникающие проблемы;

– создание условий, в которых клиенты могут в максимальной мере проявить свои возможности и на их основе (ре-) адаптироваться к новым условиям жизни в обществе;

– достижение такого результата, когда необходимость в помощи социального работника у клиента отпадает.

### ***Основные функции специалистов по социальной работе с ЛЖВС и его семьей***

Профессиональная деятельность социального работника при оказании помощи и поддержки ЛЖВС клиенту и его семье реализуется в государственной сфере здравоохранения и социальной защиты населения и в рамках негосударственных организаций, занимающихся проблемами групп социального риска. Поэтому в функциях специалистов по социальной работе с данной категорией лиц находят свое отражение формы и методы, сложившиеся как в системе здравоохранения (профилактические, реабилитационные, психотерапевтические и т.п.), так и в системе социальной защиты населения (предоставление социального обслуживания, социальное и правовое консультирование и т.п.). Являясь координатором в разрешении комплекса проблем клиента, оказавшегося в трудной жизненной ситуации, специалист по социальной работе не только взаимодействует с другими специалистами (врачами, юристами, психологами, чиновниками различных органов, учреждений и т.д.), но частично берет на себя функции, являющиеся общими для реализации профессиональных ролей гуманистической направленности (консультационную и диагностическую, прогностическую, информационную, коммуникативную и т.д.).

*Следовательно, деятельность специалистов по социальной работе с ЛЖВС-клиентом определяется такими основными функциями, как:*

1) диагностическая – сбор материалов, относящихся к медико-социальному, социально-правовому и психологическому статусу клиента, включая сведения о семье, степени значимости профессионального и неформального социального окружения для постановки «социального диагноза»;

2) прогностическая – аналитико-синтетическая деятельность, прогнозирующая развитие определенных событий (процессов, происходящих в семье, группе, а также моделей социального поведения ЛЖВС). Социальный работник с учетом пола, возраста, социального, психологического статуса, стадии заболевания человека намечает путь наиболее эффективного сотрудничества;

3) правозащитная – информирование клиента о его правах и обязаннос-



тях в соответствии с Федеральным законом «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» от 24 февраля 1995 г. № 38-ФЗ с последующими изменениями и дополнениями, объясняет содержание гарантий и способы их реализации, применяет законодательство и иные нормативные акты, направленные на оказание помощи и поддержку клиента, его защиту;

4) организационная – при наличии согласия клиента и его семьи координация деятельности определенных специалистов и представителей общественных структур для оказания различных видов помощи и социальных услуг ЛЖВС и членам его семьи, не нарушая принципа конфиденциальности;

5) профилактическая – приведение в действие различных механизмов (правовых, психологических, медицинских, педагогических) для предупреждения развития социальных проблем ЛЖВС; содействие преодолению проблем личного характера, помощь в формировании положительного климата в семье, оказание помощи в предоставлении лечебно-профилактической помощи и т.п.;

6) медико-социальная – содействие укреплению здоровья, социально-медицинской реабилитации ЛЖВС; обучение овладению основами оказания первой медицинской помощи; помогает подготовке семьи к предстоящим изменениям;

7) социально-педагогическая – выявление интересов, потребностей, склонности ЛЖВС к различным видам деятельности, выдача рекомендаций по адекватному изменению в реализации профессиональных возможностей (в силу изменения психофизиологического статуса клиента), оказывает клиентам содействие в реализации их возможностей (обучение, трудоустройство, творчество, отдых);

8) психологическая – консультации по различным видам коррекции межличностных отношений ЛЖВС, содействие социальной адаптации личности, оказание помощи в организации психосоциальной терапии и реабилитации;

9) социально-бытовая – содействие в оказании необходимой помощи и поддержки ЛЖВС и членам их семей, нуждающимся по состоянию здоровья в уходе и помощи на дому, в сохранении и улучшении качества их жизни;

10) коммуникативная – установление контакта с ЛЖВС, организация обмена информацией, выработка единой стратегии взаимодействия, восприятия и понимания другого человека.

Открытое, непредвзятое, справедливое общение социального работника с ЛЖВС играет важную роль в преодолении предвзятого отношения (стигматизации) со стороны других членов общества, которые будут задействованы в работе с этим человеком.

Учитывая жизненные ситуации клиентов, отношение, сложившееся к этим людям в обществе, можно условно выделить три особых аспекта работы с ЛЖВС и членами их семей (не изменяющими в своей основе базовые функции социальных работников):

- соблюдение строгой конфиденциальности при работе с клиентами и взаимодействии с другими специалистами, подключившимися к работе;
- упор в работе по адаптации и реадаптации ЛЖВС на использование потенциала и активности самого пациента и его семьи;
- учет продолжительности сотрудничества с клиентами в силу открытости и незавершенности (неопределенности времени и эффективности отдельных результатов) работы.

От того, как сам социальный работник будет относиться к обратившемуся за помощью клиенту, раскрывшему свой ВИЧ-положительный статус, и от того, как социальный работник будет сохранять конфиденциальность при общении с другими социальными, медицинскими работниками по поводу оказания помощи этому клиенту, будет зависеть не только получение человеком помощи и ее качество, но и условия жизни человека в обществе, а возможно, и сама его жизнь.

Перед многими серьезно больными стоит проблема поиска своего места в обществе, однако для ЛЖВС эта проблема очень значима. При этом параллельно идут два процесса: адаптация и реадаптация, при которых очень важна психологическая поддержка и долговременное психосоциальное сопровождение. Адаптация к диагнозу у ЛЖВС влечет за собой определенные ограничения, необходимость наблюдаться у врача, принимать лекарства, сохранять свой диагноз в тайне. Социальный работник должен постараться создать условия, при которых человек, несмотря на особенности состояния здоровья, душевный срыв или жизненный кризис, может жить, сохраняя чувство собственного достоинства и уважение к себе со стороны окружающих.

Для (ре-)адаптации в обществе ЛЖВС социальный работник должен помочь ему найти в себе новые возможности, определить жизненные приоритеты и ценности. Для людей в подобном состоянии очень важным становится увеличение степени их самостоятельности, способности контролировать свою жизнь и разрешать возникающие проблемы с максимальной эффективностью.

Для ЛЖВС большое значение имеют отношения с его ближайшим окружением – семьей, родственниками, друзьями. Роль этих людей двояка. С одной стороны, они могут оказать очень серьезную психологическую поддержку и помощь ЛЖВС в социализации, с другой – нанести необдуманными словами и действиями дополнительную душевную травму. Поэтому сохранение и восстановление контактов между членами семьи, ее поддержка – одна из важнейших задач социального работника.

---

## ЧАСТЬ 5. АЛГОРИТМ СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЛЖВС И ЕГО СЕМЬИ

Больного ВИЧ-инфекцией могут направить в государственное / муниципальное учреждение социальной защиты специалисты Центра по профилактике и борьбе со СПИДом или другого медицинского учреждения. Не исключена возможность и самостоятельного обращения пациента или членов его семьи.

Большинство проблем ЛЖВС и его семьи могут быть успешно решены лишь при разностороннем сотрудничестве учреждений различных ведомств – социальных партнеров, поддерживающих между собой отношения на основе договоров о социальном партнерстве. В них четко определяются функции сторон, возможности предоставления конкретной помощи, сроки действия договора.

Для обеспечения конфиденциальности социальное сопровождение таких клиентов лучше вести одному человеку – доверенному лицу. В социальных учреждениях должен быть издан приказ о формировании группы доверенных лиц, работающих с ЛЖВС. К этой работе желательно привлекать специалистов высшей квалификационной категории, владеющих навыками социальной работы и прошедших специальное обучение.

*Специалисту, сопровождающему ЛЖВС, следует:*

– знать социальных партнеров, которые могут ему помочь в решении проблем ЛЖВС и членов его семьи;

– поддерживать связи с местными организациями, работающими с ЛЖВС;

– иметь информационно-методический материал, содержащий необходимую для сопровождения клиента информацию о заболевании, законодательстве и других вопросах.

Работу с ЛЖВС в социальном учреждении можно разделить на пять этапов, которые неразрывны, переходят один в другой, и каждый последующий не может быть реализован без предыдущих.

***На практике сложились следующие этапы работы:***

**1 этап.** Получение предварительной информации о клиенте и его семье, сбор дополнительных сведений (изучение и сбор дополнительных сведений). Сюда может относиться нижеследующее.

Изучение имеющейся информации о клиенте и его семье и сбор дополнительных сведений. Основное на этом этапе – получение как можно более полной информации о клиенте от организации, поставившей диаг-

ноз и направившей клиента. Например, подобного рода предварительная информация о ребенке, находящемся в специализированном или профильном отделении детской инфекционной больницы, может быть получена из листа или карты первичного осмотра пациента, заполняемых в приемном отделении. Часть этой информации представляют результаты анализов и первичного осмотра, а часть – анамнез со слов больного или сопровождающего его лица. Дополнительными сведениями для социального работника, который в дальнейшем будет осуществлять защиту прав и интересов своего подопечного, могут послужить также первые впечатления врача и другого медицинского персонала приемного покоя, которые могут словесно описать помимо нозологического (в рамках болезни) социальный (одежда, внешний облик, параметры физического истощения и т.п. признаки) и психологический статус ребенка на первичном медосмотре (неадекватное поведение, «взвинченность» и т.п.).

**II этап.** Установление контакта с ЛЖВС (и членами его семьи) – по согласию.

Важный момент – первая встреча социального работника с клиентом, так как от нее зависит их последующее взаимодействие. Социальный работник должен определить основную тему беседы, круг проблем, в решении которых он может помочь.

ЛЖВС, пришедший на первую встречу, находится в крайне тревожном эмоциональном состоянии. Необходимо проявить максимальное внимание, тактичность, дружелюбие и участие к клиенту, ослабить напряженность, помочь ему почувствовать себя в безопасности, подвести к принятию решения о сотрудничестве. Встречу лучше начать со знакомства, предварительно предложив удобно расположиться и расслабиться. Некоторому снятию напряженного состояния ЛЖВС способствуют вопросы: «Вы очень озабочены?», «Вы очень напуганы?», а также фразы типа: «Я Вас слушаю».

Если после такого вступления клиент начал говорить, то специалисту важно правильно выбрать тактику дальнейших действий. В зависимости от способностей клиента можно использовать нерефлексивное и рефлексивное слушание.

Нерефлексивное слушание – простейший прием, в основе которого лежит умение молчать, не вмешиваясь в речь собеседника. Он особенно подходит в работе с ЛЖВС и членами их семей, так как им в данный момент больше необходимо сочувствие и понимание, чем совет. Этот прием требует большого внимания от специалиста, умения в нужный момент короткими фразами, междометиями, мимикой выразить одобрение и поддержку клиенту. Категорически недопустимы упреки и обвинения, пусть даже обоснованные.

В случае, когда клиент ищет поддержки и участия в решении проблем, лучше использовать метод рефлексивного слушания, который характеризуется активной поддержкой беседы. Этот метод позволяет раскрыть смысл сообщений, выяснить их реальное значение.

*Наиболее часто при рефлексивном слушании применяются следующие приемы:*

– выяснение: социальный работник обращается к клиенту за уточнениями, используя фразы: «Повторите еще раз», «Я не понял, что Вы имеете в виду?»;

– перефразирование: социальный работник выражает мысль клиента другими словами для уточнения ее сути: «Правильно ли я понял, что...», «По Вашему мнению...», «Если я правильно Вас понял, то...»;

– отражение: прием, позволяющий показать отношение социального работника к говорящему, помогающий клиенту осознать свое эмоциональное состояние. Фраза может начинаться так: «Я понимаю, что Вы чувствуете», «Мне кажется, что Вы чувствуете...». Когда необходимо подчеркнуть интенсивность чувств, то можно сказать: «Вы очень переживаете по поводу...»;

– резюмирование: применяется в продолжительных беседах для подведения итога, при обсуждении разногласий, решении проблем. Фраза может начинаться: «Итак, если подвести итог всему сказанному Вами, то...», «Все сказанное означает, что...», «Итак, как я понимаю, в решении Ваших проблем может помочь...» и т.д.

Пациенту предлагается сотрудничество для разрешения выявленных проблем, гарантируется конфиденциальность и подписывается двухсторонний договор между клиентом и учреждением в лице специалиста по социальной работе. Значение договора – в установлении «правил игры», очерчивании круга взаимных обязательств и прав, определенных деловых отношений для достижения общей цели.

Получение согласия на сотрудничество свидетельствует о завершении второго этапа.

**III этап.** Определение задач в рамках социального сопровождения и составление индивидуального плана социально-психологической реабилитации.

Мероприятия плана индивидуальной социально-психологической реабилитации определяются исходя из выявленных проблем ЛЖВС и могут включать в себя:

– содействие в восстановлении паспорта, оформлении временной регистрации;

– поиск возможностей для получения временного или постоянного жилья;

- содействие в определении группы инвалидности и оформлении пенсии;
- содействие в трудоустройстве;
- содействие несовершеннолетним в возвращении в школу или иное учебное заведение;
- содействие в устройстве ребенка в дошкольные учреждения;
- помощь в проведении досуга, организации учебы, получении профессиональных навыков;
- сотрудничество со всеми организациями, помогающими данному клиенту полноценно участвовать в жизни общества;
- медицинскую, социальную и психологическую реабилитацию;
- лечение сопутствующих заболеваний;
- защиту прав и интересов клиента, в том числе в судебном порядке, в официальных инстанциях, развитие навыков по защите собственных интересов и прав;
- противостояние дискриминации и стигматизации;
- содействие в восстановлении нарушенных межличностных и внутрисемейных отношений.

Социальный работник совместно с клиентом составляют план индивидуальной реабилитации, где расписана деятельность социального работника, представителей других учреждений – социальных партнеров, а также предусматриваются активные действия самого клиента и членов его семьи. Если ЛЖВС или его семья не согласны с планом, то необходимо скорректировать его и убедить клиента в целесообразности получения социальной помощи. В каждом конкретном случае важно определить продолжительность реабилитации и критерии результативности.

Таким образом, в индивидуальном плане определяются характер, объем, координация и проверка качества предоставленных услуг.

Результатом третьего этапа работы является индивидуальный план социально-психологической реабилитации, подписанный ЛЖВС и специалистом по социальной работе (доверенным лицом).

#### **IV этап.** Реабилитация клиентов (при наличии согласия).

На данном этапе социальный работник выступает в роли координатора, связующего звена между клиентом и учреждениями – социальными партнерами.

Следует выделить несколько форм работы с социальными партнерами. Одна из них заключается в том, что социальный работник сообщает клиенту точное название учреждения, куда ему следует обратиться, называет адрес, номер телефона и кабинета, этаж и вид транспорта, каким можно доехать до места, время приема и разъясняет, на что он может надеяться. Другой результативной формой помощи, облегчающей действия клиен-

та по достижению цели, является сопроводительное письмо, дающее четкое представление о целях и ожидаемых результатах обращения клиента в учреждение. Социальный работник доставляет его учреждению-партнеру, проводит предварительную беседу, а затем сообщает клиенту фамилию, имя и отчество сотрудника, с которым необходимо встретиться. Использование подобных приемов дает клиенту возможность связаться с нужным для него учреждением и работником, значительно сократив время и средства и избежав лишних стрессовых ситуаций. В дальнейшем социальному работнику необходимо убедиться в том, что проблема ЛЖВС решена.

При решении вопросов межличностных отношений в семье специалист выступает посредником между клиентом и членами его семьи. Он предварительно (с согласия клиента) устанавливает связь с семьей, помогает разрушить сложившиеся стереотипы во взаимоотношениях, организует общение между конфликтующими сторонами.

Общение между конфликтующими сторонами должно происходить на нейтральной территории. Во время встречи не рекомендуется усаживать их напротив или близко друг к другу. Оставаясь беспристрастным, социальный работник предоставляет оппонентам возможность выражать эмоции, вспоминать все пережитое, обвинять и каяться и многое другое, но только без жесткой грубости и оскорблений. Социальному работнику необходимо приложить усилия к сближению мнений и поиску компромиссных вариантов решения проблем, что требует от него определенных знаний в области технологий разрешения конфликтов в семье.

Составной частью разрешения кризисной ситуации ЛЖВС, его реабилитации и реадaptации является работа по отстаиванию прав клиента и помощь в оформлении и осуществлении гарантий.

Правозащитная и социозащитная практика требует от социального работника не только специальных навыков и умений, но и знания нормативно-правовых актов.

Следующее направление помощи ЛЖВС – трудоустройство. Для оказания действенной помощи в трудоустройстве пациента необходимо с помощью специального тестирования определить его профессиональные склонности и возможности и тактично подвести его к пониманию необходимости изменить свои профессиональные претензии с учетом рекомендаций. Затем необходимо предпринять практические действия по трудоустройству: решить вопрос о профессиональном обучении, трудоустройстве через службу занятости.

Особое место в организации реабилитации ЛЖВС отводится медико-социально-психологическому консилиуму, в котором принимают участие доверенные лица, специалисты социальных и медицинских учреждений,

клиент и члены его семьи (по желанию). Обсуждение проблем клиента проходит анонимно, что обеспечивает конфиденциальность.

На консилиуме проводятся всесторонний анализ результатов социально-психологической реабилитации, коррекция индивидуального плана в соответствии с изменениями условий жизни ЛЖВС и его семьи, обновление в связи с этим методов реабилитации.

Результатом работы консилиума может быть:

- решение о прекращении процесса реабилитации;
- решение о прекращении активной социально-психологической реабилитации;
- соглашение о социальном патронате.

**V этап.** Патронат ЛЖВС и его семьи (при наличии согласия).

На этом этапе проводятся мероприятия по предотвращению вторичных состояний социально-психологической дезадаптации, обусловленных неблагоприятным влиянием микросоциального окружения. Социальный патронат предусматривает не патернализм, а сотрудничество. Специалист не закрепляется за семьей «на долгие годы», но в случае острой необходимости он активно помогает семье. На этапе социальной адаптации семьи к новым условиям жизни он оказывает социальную помощь по мере потребности клиента. Консультации специалистов, тренинги по повышению самосознания, другие формы индивидуальной и групповой работы являются составными процесса социального патроната. Результатом работы на данном этапе является снижение потребности ЛЖВС и его семьи в социально-психологической помощи или отказ от такой помощи по причине ее ненужности.

Разумеется, это далеко не полный перечень мероприятий индивидуальной реабилитации ЛЖВС и членов их семей. Все зависит от состояния пациента, его личностных особенностей, социально-экономических условий его проживания, возможностей социального учреждения и его социальных партнеров.



---

## ЧАСТЬ 6. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ И ЛИЧНОСТНЫЕ КАЧЕСТВА СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОЙ ПОМОЩИ ЛЖВС И ИХ СЕМЬЯМ

Сотрудничать с ЛЖВС и его семьей очень сложно. Залогом успешной работы служит способность социального работника относиться к ЛЖВС и их семьям без предубеждения, способность к эмпатическому подходу при решении всех возникающих проблем. Поэтому к таким специалистам выдвигают ряд требований.

**Требования к индивидуально-психологическим особенностям:** порядочность, честность, бескорыстие, целеустремленность, трудолюбие, наблюдательность, эмоционально-волевая устойчивость, достаточный уровень толерантности, развитое чувство эмпатии, социальная интуиция.

**Требования к профессиональной подготовке:** осведомленность в социально-гуманитарных и нравственных вопросах, навыки профессионального консультирования. Знания нормативно-правовой базы и возможностей эффективного взаимодействия с различными органами и учреждениями для оперативного решения вопросов обеспечения и защиты прав и законных интересов своих подопечных. Для социального работника, осуществляющего помощь ЛЖВС и их семьям, необходимы также базовые знания о ВИЧ-инфекции.

Здесь уместно привести и **медицинские противопоказания:** работа с данной категорией не рекомендуется людям, страдающим сердечно-сосудистыми, нервно-психическими заболеваниями и другими недугами, снижающими общую работоспособность и уравновешенность в общении, поступках и т.п.

Для работника, сотрудничающего с ЛЖВС и его семьей, наиболее **важны следующие качества личности:**

- благожелательность – искреннее желание помочь клиенту и его семье в преодолении проблем, связанных с ВИЧ-статусом;
- справедливость – беспристрастие, нацеленность на соблюдение нравственных норм и правил;
- толерантность – терпимость к проявлению человеческих слабостей, иных оценок действительности, иных жизненных ценностей;
- эмпатия – сочувствие, сопереживание, способность эмоционально отзываться на переживания других людей, понимать эти переживания;
- умение общаться и умение убеждать – легко вступать в контакт, под-

держивать общение и выходить из него, способность уверенно, спокойно, аргументированно и убедительно высказывать свое мнение;

- внимательность и чуткость, заботливое отношение к людям;
- умение слушать, вникать в содержание сказанного, помогать клиенту высказываться;
- обходительность – вежливость, тактичность, приветливость;
- организаторские навыки – умение планировать, контролировать и организовать собственную деятельность и процесс взаимодействия с другими людьми и учреждениями;
- выдержка – терпение, стойкость, самообладание, контроль над своими чувствами и эмоциями;
- оптимизм – «положительный настрой», бодрое и жизнерадостное мироощущение, при котором человек видит светлые стороны, верит в свои силы, в будущее, в успех.

Кроме вышеперечисленных личностных качеств, для социального работника, сотрудничающего с ЛЖВС и его семьей, наиболее значимы знания:

- юридические: социальное право, включая знание законов и нормативных актов, регламентирующих социальную работу с ЛЖВС, а также вопросы взаимодействия с государственными и негосударственными органами и учреждениями;
- медицинские: в том числе общие представления о ВИЧ-инфекции, путях ее передачи, заболеваниях, опосредованных ВИЧ;
- психологические: основы общей, медицинской, социальной психологии, психологии индивидуальных и возрастных различий, психологии стресса, основ психологического консультирования и психотерапевтического воздействия, основы конфликтологии и психологии межличностных отношений (основ социальной и групповой работы с учетом особенностей социальных проблем ЛЖВС и их семей);
- профессионального этикета.

Основным в работе с ЛЖВС является общение. Если социальный работник обладает высокими показателями коммуникативной компетентности, ему легче выбрать эффективную стратегию взаимодействия и добиться положительных изменений в личности и поведении клиента. Напротив, психосоциальное воздействие может оказаться малоэффективным, а то и невозможным, если специалист не сумеет преодолеть такие препятствия, как барьеры в общении. Однако активное взаимодействие с клиентом, «вживание» в его проблемы может привести к «эмоциональному выгоранию».

Отдельного рассмотрения требуют вопросы профессионального «выгорания» в работе с ЛЖВС и его семьей.

«Эмоциональное выгорание» – социально-психологический термин,

обозначающий последствия длительного рабочего стресса и профессионального кризиса. Это проблема людей, работающих в системе «человек – человек», которые сталкиваются с негативными переживаниями своих клиентов, из-за чего испытывают повышенное эмоциональное напряжение. Когда требования (внутренние и внешние) длительное время преобладают над ресурсами (внутренними и внешними), у человека нарушается состояние внутреннего равновесия, а это неизбежно ведет к «выгоранию».

Некоторые личностные особенности могут делать человека более или менее уязвимым к выгоранию. И зачастую именно преданный своему делу человек является наиболее уязвимым. Успешно и плодотворно работающие специалисты в области социальной работы имеют самый высокий риск «выгорания» из-за того, что они испытывают сильную потребность чувствовать себя необходимыми и значимыми.

Социальным работникам, осуществляющим помощь ЛЖВС, важно сохранить собственную психологическую устойчивость в ситуации длительного эмоционального напряжения. Для этого разработаны специальные методы.

#### А) Профилактика и устранение «выгорания»

1. Определение краткосрочных и долгосрочных целей. Это обеспечивает обратную связь и повышает долгосрочную мотивацию. Достижение заранее определенных (достижимых!) целей приносит чувство удовлетворенности, повышает самооценку.

2. Позитивное профессиональное общение. Когда социальные работники анализируют свои чувства и ощущения и делятся ими с коллегами, вероятность «выгорания» значительно снижается или этот процесс менее выражен.

3. Использование «тайм-аутов». Для обеспечения психического и физического благополучия очень важны «тайм-ауты», то есть отдых от работы и других нагрузок.

4. Овладение умениями и навыками саморегуляции. Овладение такими психологическими умениями и навыками, как релаксация, определение целей и позитивное мышление, способствует снижению уровня стресса, ведущего к «выгоранию». Определение реальных целей помогает сбалансировать профессиональную деятельность и личную жизнь, что способствует предотвращению «выгорания».

5. Сохранение положительной точки зрения на происходящее (позитивное мышление). Найдите людей, которые обеспечат социальную поддержку и, следовательно, помогут сохранить положительную точку зрения в отношении ваших действий.

6. Контроль эмоций, возникающих после завершения намеченной ра-

боты. Завершение работы не всегда устраняет сильные психологические чувства, особенно если работа не принесла нужных результатов. Эмоции часто усиливаются и проявляются в ссорах с коллегами и подчиненными или, наоборот, в депрессии, которая усугубляет «выгорание».

7. Поддержание хорошей спортивной формы. Между телом и разумом существует тесная взаимосвязь. Хронический стресс воздействует на организм человека, поэтому очень важно поддерживать хорошую спортивную форму с помощью физических упражнений и рациональной диеты.

Существуют техники восстановления эмоциональных ресурсов, которые помогут социальному работнику справиться со стрессом и избежать угрозы развития «синдрома эмоционального выгорания». Вот некоторые из них:

– «Снимите рабочий халат». Снимая халат или профессиональную одежду, мысленно представьте, что вместе с ним вы снимаете с себя усталость, накопленную за весь рабочий день.

– «Место отдохновения». Закройте глаза и мысленно представьте образ, с которым у вас связаны приятные переживания. Например, лес, пение птиц, запах смолы, листьев, вкус земляники на губах... или – море: его цвет, запах, прохладу, шум волн, горьковато-соленый вкус...

– «Восстановление ресурсного состояния»: встаньте, сделайте длинный глубокий вдох, одновременно поднимая руки через стороны вверх. Затем короткий сильный выдох: «Ха!» с одновременным резким наклоном вперед.

– «Освобождение от напряжения и неприятных эмоций»: сидя на краю стула, сделайте короткий вдох, затем сильный и резкий продолжительный выдох с одновременным наклоном вперед.

– «Огонь»: сидя с закрытыми глазами, представьте перед собой костер или горящую свечу. Положите руки на колени ладонями вверх. Представьте, как на левой ладони накапливаются все неприятные эмоции, переживания, воспоминания – «складывайте» их туда. Когда почувствуете, что «сложили» все и ладонь стала тяжелой, резко «сбросьте» все содержимое в воображаемый огонь. Посмотрите на горящую свечу в течение 3–5 минут (желательно перед сном).

– «Вода уносит все»: просто смотрите на воду (даже текущую из крана) или представляйте различные образы, связанные с ней – бегущий и журчащий ручей, водопады, озеро, море и т.д. Подставьте руку под струю воды и представьте себе, что поток воды смывает все негативные переживания. Умываясь или вставая под душ, также представляйте это.

– «Экспресс-метод для освобождения от агрессивных состояний»: присядьте на корточки, вытянув руки перед собой. Начните тихо «мыть» не

открывая рта и медленно поднимаясь, выпрямляясь, усиливайте звук и, доведя его до максимума, выдохните с резким выкриком «А!», вскинув руки вверх.

– «Нервно-мышечная релаксация»: в тех частях тела, где концентрируется напряжение (икры ног, плечи, шея), на счет до 5 с каждой единицей усиливайте напряжение. Затем расслабление – на счет до 5 с каждой единицей все больше и больше расслабляйтесь. Повторите это до 9 раз.

– Иногда могут помочь просто горячие ванны, физические упражнения, уединение на некоторое время. Не менее важным для снятия напряжения является процесс проговаривания своих ощущений, чувств, переживаний в кругу коллег.

– Группы само- и взаимопомощи: одним из способов предотвращения и преодоления «синдрома эмоционального выгорания» является участие социальных работников в работе групп взаимопомощи. В такой группе можно поделиться своими переживаниями и обменяться опытом.

## ЧАСТЬ 7. ОКАЗАНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ И ИХ СЕМЬЯМ

В последние годы на фоне эпидемии ВИЧ-инфекции отмечается увеличение количества детей, ВИЧ-инфицированных от их больных матерей (рис. 4).



**Рис. 4.** Некоторые данные о детях с ВИЧ-инфекцией (Покровский В.В., и др., 2009)

Практика показывает, что эффективную социально-психологическую поддержку ВИЧ-положительной беременной женщине может оказать социальный работник с необходимым уровнем знаний об особенностях течения беременности у ВИЧ-положительных женщин и методах профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку.

Комплексное взаимодействие служб охраны здоровья матери и ребенка и социальных служб в профилактике ВИЧ-инфекции у детей грудного и младшего возраста направлено на:

- Координацию работы медицинских и социальных служб и направление в них пациентов,
  - Борьбу со стигматизацией, дискриминацией и самостигматизацией,
  - Поддержку семей с ВИЧ-инфицированными матерями и их детьми.
- В задачи этих служб входят:
- консультирование и тестирование на ВИЧ о оппортунистические инфекции в динамике заболевания;
  - помощь по вопросам питания и вскармливания;

- социальная помощь;
  - обеспечение АРВТ;
  - психосоциальная и духовная поддержка;
  - симптоматическая терапия;
  - лечение от наркотической зависимости;
  - паллиативная помощь;
  - материальная помощь.
- обучение пациенток распознавать симптомы оппортунистических инфекций и предотвращать их;
- обучение пациенток распознаванию признаков побочного действия АРВП;
- пропаганда приверженности к АРВТ;
  - обучение пациенток распознаванию ранних проявлений ВИЧ-инфекции у ребенка.

Эффективное использование мероприятий ППМР в работе служб охраны здоровья матери и ребенка и социальных служб способствует улучшению помощи матерям, их детям и семьям. Комплексная программа ППМР обеспечивает долговременную и исчерпывающую помощь и поддержку матери и ребенку, которая особенно важна в критические периоды физического и психического развития ребенка.

Современная российская семья испытывает очень много трудностей, связанных с ВИЧ-инфекцией: экономические, социальные, бытовые, психологические, нравственные и т.д. последствия эпидемии ВИЧ-инфекции отражаются на всех сферах жизнедеятельности не только отдельных граждан, но и государства в целом. Огромную роль в профилактике ВИЧ-

инфекции и оказании помощи ВИЧ-позитивным гражданам играет сотрудничество между различными ведомствами и организациями. Опыт показывает, что совместная деятельность позволяет эффективно и оперативно решать возникающие вопросы силами разных ведомств и на самых разных уровнях.

Беременная женщина должна быть информирована о правах и обязанностях в сфере социального обслуживания, о доступных программах для предоставления услуг (например, программа «Глобус» обеспечивает рожавших женщин смесями для искусственного вскармливания детей). Важно подчеркнуть, что права женщины гарантируются законодательными актами РФ, нормативными документами ведомств и муниципальной администрации.

В обязанности пациентки в соответствии с соглашением на социальное сопровождение входит сообщение достоверной информации о существующих проблемах, соблюдение намеченных сроков плана по оказанию

помощи, сообщение социальному работнику об изменениях в своей жизни, активное участие в поиске решений проблем и в их осуществлении.

Когда-то всем ВИЧ-положительным женщинам рекомендовали медицинское прерывание беременности (аборт). Сейчас решение родить ребенка остается неотъемлемым правом каждой женщины, и наличие ВИЧ не является причиной для его ограничения (Приказ Минздрава России от 28.12.93 № 302 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности»). Основами законодательства об охране здоровья граждан (статья 36) установлено, что каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве. Искусственное прерывание беременности по желанию женщины, в том числе и инфицированной вирусом иммунодефицита человека, проводится в сроки до 12 недель беременности. Если ВИЧ-положительная беременная женщина по каким-либо причинам имеет намерение прервать беременность в сроки свыше 12 недель беременности, ей предоставлено право прервать эту беременность по медицинским показаниям до 27-й недели беременности. («Перечень медицинских показаний для прерывания беременности», раздел I «Инфекционные и паразитарные болезни. ВИЧ-инфекция»).

Искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям проводится только с согласия женщины.

ВИЧ-инфицирование плода возможно во время беременности, особенно на поздних сроках, во время родов при прохождении по родовым путям матери и при кормлении грудью. Частота инфицирования ребенка от ВИЧ-положительной матери составляет, по разным данным, от 10 до 45% и **зависит от целого ряда факторов:**

1. Во время беременности:

- инфицирование матери во время беременности или за 6 месяцев до наступления беременности;
- наступление беременности на поздних стадиях ВИЧ-инфекции;
- продолжение приема наркотиков во время беременности;
- промискуитет;
- любые другие инфекционные заболевания (другие инфекции, в том числе ЗППП, ослабляют иммунную систему матери, что увеличивает риск инфицирования ребенка ВИЧ).

2. Во время родов:

- прямой контакт между кожными и слизистыми оболочками младенца и половыми путями матери;
- в результате – заглатывание младенцем материнской крови или других биологических жидкостей.

3. В период новорожденности:



– после родов мать может передать вирус своему ребенку при кормлении грудью. Во время кормления грудью ребенок может подвергаться воздействию крови, если у матери повреждена кожа вокруг соска или имеются трещины сосков.

Профилактика ВИЧ-инфицирования у ребенка может быть снижена посредством:

- 1) химиопрофилактики во время беременности;
- 2) химиопрофилактики во время родов;
- 3) возможности родов путем кесарева сечения;
- 4) химиопрофилактики новорожденному;
- 5) искусственного вскармливания ребенка.

С целью проведения профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку всем беременным женщинам, которые планируют сохранить беременность, должно быть предложено тестирование на ВИЧ. Тестирование беременных женщин на ВИЧ должно быть добровольным. Оно проводится при постановке женщины на учет и повторяется в третьем триместре беременности для исключения вероятности «периода окна». В ряде регионов Российской Федерации проводится третье обследование на ВИЧ в сроки 38–40 недель или непосредственно в родильном доме. Необходимость трехкратного обследования объясняется возможностью «пропустить» ВИЧ-инфекцию в «период окна». Третье обследование оправдано в регионах с высоким уровнем распространенности ВИЧ среди населения, а также среди женщин из уязвимой группы.

При получении положительного результата на ВИЧ беременная женщина направляется из женской консультации в Центр по профилактике и борьбе со СПИДом для дообследования и подтверждения диагноза. В случае повторного положительного результата результаты тестирования сообщает женщине врач инфекционист / акушер-гинеколог Центра по профилактике и борьбе со СПИДом, которые и проводят послетестовое консультирование. Именно на этом этапе женщине оказывают социально-психологическую помощь в Центре по профилактике и борьбе со СПИДом, затем в социальном учреждении и при необходимости её консультирует врач-психотерапевт. Одновременно о данной беременной ставится в известность доверенный врач женской консультации, который в дальнейшем сопровождает эту беременную.

Обследование беременных женщин на ВИЧ обязательно сопровождается до- и послетестовым консультированием.

Дотестовое консультирование включает в себя: объяснение необходимости обследования, информацию о заболеваниях, передающихся половым путем, и ВИЧ (на уровне, доступном клиенту), сообщения о возможных

вариантах результатов обследования (положительный, отрицательный, сомнительный) и информацию о профилактике заболевания.

Особенностью послетестового консультирования ВИЧ-положительных беременных является обсуждение следующих вопросов:

1. влияние беременности на течение ВИЧ-инфекции. Нет никаких доказательств, что беременность ускоряет течение ВИЧ-инфекции у бессимптомных женщин;

2. влияние ВИЧ-инфекции на исход беременности;

3. обсуждение риска передачи ВИЧ-инфекции ребенку: меры профилактики;

4. необходимость дальнейшего наблюдения матери и ребенка.

Для проведения трехэтапной химиопрофилактики (во время беременности, родов и новорожденному) мать должна подписать информированное согласие (утверждено приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении Инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ» от 19 декабря 2003 г. № 606).

Химиопрофилактика проводится за счет федерального и регионального бюджетов, на базе Центра по профилактике и борьбе со СПИДом.

На большинстве территорий России выделены специализированные акушерские стационары для приема родов у ВИЧ-положительных беременных (Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации «О родах у ВИЧ-инфицированных женщин» от 27 июня 2002 № 2510/6468–02-32). Принципиальная схема профилактики перинатального пути передачи ВИЧ-инфекции изображена на рис. 5.

Есть определенные особенности медико-социальной помощи таким матерям и детям на послеродовом этапе.

На послеродовом этапе производятся следующие действия:

– новорожденный выписывается из родильного дома на седьмые сутки вместе с матерью;

– информация о новорожденных детях, родившихся от ВИЧ-положительных матерей, передается из родильного дома руководителям детских поликлиник по месту жительства и главному врачу территориального Центра по профилактике и борьбе со СПИДом. Имеется учетная форма № 309/у «Извещение о новорожденном, рожденном ВИЧ-инфицированной матерью»;

– при необходимости по состоянию здоровья новорожденные от ВИЧ-положительных матерей госпитализируются в территориальные стационары, подготовленные к работе с ВИЧ-инфицированными детьми и детьми от ВИЧ-положительных матерей;

– ВИЧ-положительные роженицы после выписки из родильного дома



**Рис. 9.** Общий алгоритм профилактики перинатального пути передачи ВИЧ-инфекции.

направляются в территориальный Центр по профилактике и борьбе со СПИДом для установления диагноза и определения тактики дальнейшего наблюдения за ребенком;

- медицинское обследование, лечение и диспансерное наблюдение ВИЧ-инфицированных детей и детей, рожденных от ВИЧ-положительных матерей, проводятся в детских поликлиниках по месту жительства с учетом рекомендаций врачей-педиатров Центра по профилактике и борьбе со СПИДом;

- ВИЧ-положительная женщина получает рекомендации по вскармливанию ребенка уже во время послетестового консультирования, затем в родильном доме, в поликлинике по месту жительства и в Центре по профилактике и борьбе со СПИДом;

- ВИЧ-положительная женщина получает консультирование по вопросу планирования семьи и послеродовой контрацепции, начиная с послетестового консультирования, затем в родильном доме и Центре по профилактике и борьбе со СПИДом;

- психологическая поддержка оказывается, начиная с этапа послетес-

тового консультирования, и затем продолжается в Центре по профилактике и борьбе со СПИДом.

При наличии согласия женщины она направляется в учреждение социальной защиты, где ей оказывается социальная помощь, предпринимаются меры профилактики социального сиротства.

При организации взаимодействия учреждений здравоохранения и социозащитных учреждений в целях оказания помощи ВИЧ-положительным женщинам и их детям (как ВИЧ-положительным, так и ВИЧ-отрицательным), следует помнить, что:

- в соответствии с действующим законодательством вмешательство в семью, имеющую детей, в установленных законом случаях будет правомерно. Медицинские работники, соблюдая принцип конфиденциальности, имеют право сообщать о выявлении семей, нуждающихся в социальной поддержке;

- в случае социального неблагополучия у ВИЧ-положительной беременной женщины обязательно наличие ее письменного согласия на направление информации о ней в учреждение социальной защиты. При отсутствии такого согласия ВИЧ-положительной беременной женщине должна быть предложена информация об учреждениях социальной защиты, учреждениях, готовых оказать помощь в решении ее проблем, куда она может обратиться самостоятельно.

Однако есть случаи, при которых законодательство обязывает сообщить о выявлении семей, требующих вмешательства специалистов (применительно к теме нашего пособия):

- при наличии угрозы жизни или здоровью детей граждане и должностные лица, которым стало известно об этом, обязаны сообщить об этом в орган опеки и попечительства (п. 3 ст. 56 Семейного кодекса РФ и пп. 3 п. 2 ст. 9 Федерального закона «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» от 24 июня 1999 г. № 120-ФЗ). Например: мать, имеющая детей, употребляет наркотические вещества, не работает, дети не получают должного ухода и воспитания, по причине чего дети голодают и т.д., к тому же она ВИЧ-положительная. Медицинский работник, соблюдая принцип конфиденциальности и не разглашая диагноз матери, обязан сообщить в орган опеки и попечительства об угрозе здоровью детей по причине социального неблагополучия матери;

- при получении информации о детях, находящихся в трудной жизненной ситуации в связи с оставлением их без попечения родителей (в том числе и по причине уклонения родителей от исполнения родительских обязанностей). Граждане и должностные лица, располагающие такими сведениями, обязаны сообщить об этом в орган опеки и попечительства по месту фактического нахождения детей (п. 1 ст. 122 Семейного кодекса РФ);

– при выявлении несовершеннолетних, находящихся в обстановке, препятствующей их воспитанию, должностные лица субъектов профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних обязаны сообщить об этом в органы опеки и попечительства (пп. 3 п. 2 ст. 9 Федерального закона «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» от 24 июня 1999 г. № 120-ФЗ);

– при выявлении несовершеннолетних, нуждающихся в помощи государства в связи с безнадзорностью или беспризорностью, а также выявлении семей, находящихся в социально опасном положении (в том числе и в связи с неисполнением родителями/законными представителями своих обязанностей по воспитанию, обучению и/или содержанию или их жестоким обращением со своими детьми), должностные лица субъектов профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних обязаны сообщить об этом в орган управления социальной защитой населения (пп. 4 п. 2 ст. 9 Федерального закона «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» от 24 июня 1999 г. № 120-ФЗ);

– при выявлении несовершеннолетних, нуждающихся в обследовании, наблюдении или лечении в связи с употреблением спиртных напитков, наркотических средств, психотропных или одурманивающих веществ, должностные лица субъектов профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних обязаны сообщить об этом в орган управления здравоохранением (пп. 6 п. 2 ст. 9 Федерального закона «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» от 24 июня 1999 г. № 120-ФЗ) и др.

Именно на сообщении о сопутствующей социальной проблеме (а не на диагнозе) должно быть основано своевременное выявление и информирование соответствующих структур о семьях и детях, нуждающихся в помощи государства, в том числе и ВИЧ-положительных.

*Прекращение обязательств перед ВИЧ-позитивной женщиной могут быть по следующим причинам:*

– переезд женщины за пределы области, которую обслуживает территориальный СПИД-центр,

– все приоритетные задачи женщины решены,

– установлен ВИЧ-отрицательный статус женщины,

– решение женщины о прекращении сопровождения,

– смерть женщины.

Датой прекращения сопровождения считается:

– дата смерти женщины,

– дата получения согласия женщины на прекращение сопровождения,

– дата признания того, что женщина не удовлетворяет требованиям территориального СПИД-центра для получения социального сопровождения.

В личное дело ВИЧ-положительной женщины, находящейся на учете в Центре, должно быть вложено заключение о прекращении социального сопровождения, подписанное социальным работником и руководителем службы. О прекращении социального обслуживания сообщается пациентке в срок не более месяца после составления заключения. Личное дело такой женщины хранится и может быть возобновлено, как правило, в течение 5 лет после прекращения сопровождения.

Социальный патронаж семьи с новорожденным ребенком проводит социальный работник территориального СПИД-центра или социальный работник службы социальной защиты населения – доверенное лицо по ВИЧ-инфекции. Социальный работник контролирует: посещает ли женщина педиатра, врача-инфекциониста, соблюдает ли рекомендации врача, приверженность к терапии и т.д. Если родители пренебрегают родительскими функциями (нежелание наблюдаться у участкового педиатра и инфекциониста, длительное непосещение, несоблюдение рекомендаций врача, по воспитанию и обучению и т.д.) социальный работник проводит разъяснительную работу и организует помощь семье. Если меры социальной поддержки неэффективны, то социальный работник сообщает об этих фактах органам опеки и попечительства, которые привлекают правоохранительные органы.

Детям, у которых установлен диагноз «ВИЧ-инфекция», назначается социальная пенсия, пособие и предоставляются льготы, установленные для детей-инвалидов законодательством РФ (38-ФЗ). Законным представителям детей, не имеющих показаний для оформления инвалидности, выдается на руки заключение клинико-экспертной комиссии ЛПУ с указанием диагноза «ВИЧ-инфекция». На основании заявления законного представителя ребенка и заключения КЭК ЛПУ отделение пенсионного фонда по месту прописки назначает социальную пенсию и вносит ребенка в реестр льготников.

Социальный работник помогает семье в оформлении документов, устройстве ребенка в детское образовательное учреждение (ясли-сад, центр дневного пребывания и т.д.), организует посещение семьей специалистов, оказывает психологическую поддержку, при необходимости проводит активный патронаж.

При устройстве ребенка в дошкольное образовательное учреждение родители самостоятельно принимают решение о сообщении диагноза R75 или B20 администрации. Если родители приняли решение сообщить диагноз, они должны очень тщательно продумать: кому они передадут эту информацию? Должностное лицо, которому стала известна конфиденциаль-

ная информация, не имеет права на ее разглашение. Обычно диагноз сообщается руководителю ДООУ и медсестре.

Противопоказаний к посещению детских учреждений у ВИЧ-инфицированного ребенка нет. У ребенка с этим заболеванием ослабленная иммунная система, и, скорее окружающие дети опасны для него, чем он опасен другим детям.

Если у ВИЧ-позитивной женщины родился ребенок, то до 1,5 лет он относится к диагностической группе R 75 (бессимптомный инфекционный статус, вызванный вирусом иммунодефицита человека). У большинства из этих детей диагноз «ВИЧ-инфекция» будет снят, они здоровы. Однако такие дети также подвергаются дискриминации по факту обследования на ВИЧ-инфекцию. Поэтому очень важно, чтобы информация о принадлежности ребенка к этой группе пациентов была строго конфиденциальной, а маркировка «R75» или «B20» на амбулаторной карте была с внутренней стороны и не заметна постороннему наблюдателю.

---

## **ЧАСТЬ 8. О РОССИЙСКО-ФИНСКОМ ПРОЕКТЕ «ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ (2007–2009 гг.)»**

За последние годы в Ленинградской области содержание противодействия эпидемии качественно изменилось и усилилось: в области укрепилась материальная база и политическая поддержка службы СПИДа, сформировалось прочное межведомственное взаимодействие, создана система оказания помощи больным ВИЧ-инфекцией вплоть до небольших муниципальных образований через доверенных врачей.

Вместе с тем, по той причине, что ВИЧ-инфицированные женщины являются стигматизированной группой, в дополнение к уже существующим программам с целью роста возможностей специалистов, работающих с пациентками по их медико-психологической и социальной поддержке, на базе нашего Центра в 2007–2009 гг. было решено выполнить российско-финский проект «Психологическая и социальная поддержка ВИЧ-инфицированных женщин в Ленинградской области (№ 98007016)». На первом этапе (2007 г., выполнен сотрудниками РОО «Стеллит») проведен опрос врачей-специалистов и пациентов из наиболее пораженных районов области, на втором (2008 г.) – проведение с учетом полученных данных и пожеланий 21-го обучающего (1–3 дневного) семинара для специалистов, оказывающих различные виды помощи больным, на третьем (2009 г.) – внедрение полученных наработок в практику работы специалистов пилотных районов, с последующим распространением позитивного опыта на медицинскую службу других районов области.

*Основными положительными результатами обучающей части проекта можно считать следующие*

Большинство опрошенных специалистов (65,8–86,88%) считают, что ВИЧ-позитивные люди должны получать медицинскую помощь в любом медицинском учреждении (а количество респондентов, согласных с утверждением, что лечебную помощь больные должны получать только в специально предназначенных медицинских учреждениях, уменьшилось с 26,7% до 11,47%). Большинство медицинских работников (72,5–60,65%) считают, что ВИЧ-позитивным женщинам необходим более широкий спектр услуг, чем ВИЧ-позитивным мужчинам (в 2007 г. в выборке было большее количество педиатров и гинекологов).

Увеличилось количество специалистов, считающих, что при направлении пациента на тестирование врач должен предоставить ему информа-



цию о причинах обследования (61,7–75,41%) и о способе проведения анализа (57,5–67,21%). При направлении пациента на тестирование на ВИЧ большинство опрошенных (84,2–86,88%) медицинских работников считают обязательным предварительно выявлять степень рискованности поведения пациента в плане заражения ВИЧ. Также значительная часть респондентов (82,5–90,16%) считают необходимым предупредить пациента о возможных результатах исследования.

Практически все опрошенные (92,5–91,8%) уверены в том, что при направлении пациента на тестирование крови на ВИЧ врач должен рассказать ему о способах профилактики передачи ВИЧ.

За время проекта увеличилось количество специалистов, считающих свой уровень знаний о ВИЧ-инфекции достаточным (45,0–50,82%). На фоне развития эпидемии выросла значимость знания по вопросам ВИЧ/СПИДа в рамках своей специализации (44,2–50,82%). После проведения обучающих семинаров снизилась потребность в информации о новейших данных в области борьбы с ВИЧ (72,7–44,26%), а также о развитии практических навыков слушателей: навыков консультирования (67,5–34,43%), об общих представлениях и навыках эффективного общения с пациентом и других практических методов работы в сфере ВИЧ (40,3–31,15%), об успешных методах и практиках работы в сфере ВИЧ-СПИДа (54,5–32,79%), удовлетворен интерес к информации о правах ВИЧ-позитивных людей и юридические аспекты работы с ними (45,5–27,87%), о гендерных аспектах работы с ВИЧ-позитивными людьми (36,4–22,95%).

В динамике проекта опрошенные медицинские работники характеризуются средне-выраженным уровнем эмоционального выгорания, для них характерен несколько сниженный эмоциональный фон, равнодушие или эмоциональное перенасыщение (то есть, проводимые в рамках семинаров теоретические и практические занятия по профилактике профессиональной деформации пока еще не достигли своей цели).

По итогам проведенных с учетом целевой аудитории семинаров слушатели (64,2–59,95%) отмечали необходимость обучающих мероприятий, желательность их организации несколько раз в год. В то же время высказывались пожелания о том, чтобы семинары были однодневными (вследствие необходимости выполнения плана амбулаторного приема больных).

Сотрудники организаций ЛЖВС выделили следующие, наиболее актуальные на их взгляд направления работы:

- открытие специализированных пунктов помощи ЛЖВС непосредственно в районах Ленинградской области;
- обеспечение медицинских учреждений достаточным количеством медикаментов;

– повышение квалификации медицинских работников неспециализированных учреждений Ленинградской области в сфере психолого-социальной помощи ЛЖВС;

– создание социально-психологических служб помощи ЛЖВС в районах Ленинградской области (группы самопомощи, тренинги, курсы и пр.)

– создание системы сопровождения и поддержки беременных и имеющих детей ВИЧ-позитивных женщин;

– оказание ВИЧ-позитивным женщинам специализированной юридической поддержки.

Сами ВИЧ-позитивные женщины в интервью в основном говорили о двух направлениях изменений, которые должны повысить доступность помощи и удовлетворенность ею данной категории пациенток:

– внедрение альтернативных форм информирования и оказания психологической помощи. Говоря об этом, женщины упоминали о «семинарах», «встречах в узком кругу», «на нейтральной территории» (вне медицинских служб). Таким образом, очевидно, что для определенной части женщин предпочтительно было бы получение психологической и социальной помощи в менее формальном ключе – возможно, это могли бы быть группы поддержки, другие активные групповые методы работы;

– организация специализированной помощи ЛЖВС по месту жительства.

По итогам проекта с 2010 года предполагается создание вначале в наиболее пораженных, а затем и во всех муниципальных образованиях на базе существующих ЛПУ мультипрофессиональных кабинетов (мини-СПИД-центров) для оказания помощи ЛЖВС в составе: врач-инфекционист (врач общей практики), врач-акушер-гинеколог, врач-фтизиатр, психолог, социальный работник, медицинские сестры, младшая медсестра. Пока что подобный центр создан только в Гатчинской ЦРБ.

Таким образом, совершенствование медико-психолого-социальной помощи требует как внедрения новых структур и услуг (групп самопомощи, пунктов помощи ЛЖВС по месту жительства и пр.), так и создания условий для полноценного функционирования тех услуг и служб, которые уже существуют (до- и послетестового консультирования, медицинского обслуживания, центров помощи женщинам оказавшимся в тяжёлой жизненной ситуации и пр.).

---

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

### ПОЛЕЗНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ И АДРЕСА

#### **03 – скорая медицинская помощь**

(психиатрическая бригада, обычная скорая)

8–812–311–45–04 – старший дежурный скорой

8–812–316–00–25 – региональная служба спасения

8–812–595–80–68 – бюро госпитализации увезенных в больницу

#### **КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ**

Адрес: 191024, Санкт-Петербург, Невский пр., д. 113.

E-mail: sec.lokz@lenreg.ru.

Председатель комитета: Окунев Александр Юрьевич – тел. 717–65–01.

Заместитель председателя: Рязанов Павел Николаевич – тел. 717–65–09.

Помощник председателя: тел. 717–65–43.

Приемная, секретарь: Воронкова Людмила Егоровна – тел. 717–65–01.

Факс: 717–65–40.

#### **ДЕПАРТАМЕНТ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ И ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ**

E-mail: nachlech.likz@lenreg.ru

Начальник департамента организации медицинской и лекарственной помощи населению: Бурмистров Геннадий Васильевич – тел. 717–65–38.

Заместитель начальника, начальник сектора лекарственного обеспечения: Патраков Александр Васильевич – тел. 717–65–18.

И.о. начальника отдела организации медицинской помощи взрослому населению: Харитоненко Константин Александрович – тел. 717–65–24.

Начальник отдела организации медицинской помощи женщинам и детям: Суровцев Петр Петрович – тел. 717–66–47.

#### **КОМИТЕТ ПО СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЕ НАСЕЛЕНИЯ ЛО**

Адрес: 195197, Санкт-Петербург, ул. Замшина, д. 6.

Председатель комитета: Быстрова Зинаида Николаевна.

Приемная: тел. 225–26–40, факс 225–24–60

Заместитель председателя комитета:

Филиппова Нина Викторовна – тел. 225–31–56.

Булкина Татьяна Павловна – тел. 225–07–81.

Отдел организации социального обслуживания пожилых людей и инвалидов: заместитель начальника отдела Степанова Татьяна Аркадьевна – тел. 225–26–00.

Финансово-экономический отдел: начальник отдела Сидорович Марина Геннадьевна – тел. 225–27–00.

Отдел организации социальных выплат: заместитель начальника отдела Шпильберг Галина Михайловна – тел. 225–32–52.

Отдел социального обслуживания семьи и детей: начальник отдела – тел. 225–27–30.

Экономический сектор финансово-экономического отдела: начальник сектора Шевченко Нина Александровна – тел. 225–25–02.

Сектор социально-правовых гарантий отдела организации социальных выплат: начальник сектора Сизова Людмила Яковлевна – тел. 225–27–50.

Отдел стационарных учреждений и альтернативной гражданской службы: зам. начальника отдела Вельте Галина Евгеньевна – тел. 540–31–34.

Контрольно-ревизионный сектор: начальник сектора Пикалова Валентина Ивановна – тел. 540–45–05.

Отдел трудовых отношений и социального партнерства: начальник отдела Васильева Любовь Анатольевна – тел. 225–28–60.

Сектор по вопросам кадров: начальник сектора Великанова Маргарита Владимировна – тел. 225–33–30.

Отдел организации и управления охраной труда: начальник отдела – тел. 225–33–60.

Отдел обеспечения информационных технологий: начальник отдела Петров Олег Юрьевич – тел. 225–31–38.

Общий отдел: начальник отдела – тел. 225–25–03.

## **СЛУЖБЫ ПРОФИЛАКТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ, ИППП, ГЕПАТИТА**

**ЛЕНИНГРАДСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИДОМ И ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (диагностика и лечение ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов, психо-социальная помощь, консультирование).**

Адрес: ул. Профессора Попова, д. 15/17, корпус Б, т./факс 234–58–04.

Главный врач Ковеленов Алексей Юрьевич – тел. 346–41–70.

Зав. поликлиническим отделением Исаева Галина Николаевна – тел. +7 (911) 927–65–69.

Зав. отделением медико-социальной реабилитации Богачёв Олег Владимирович – тел. +7 (911) 927–65–68.

### **Список ответственных врачей-инфекционистов за ВИЧ-инфекцию в районах Ленинградской области**

1. **Бокситогорский р-н:** Тюрина Надежда Михайловна, м/с Надежда Анатольевна, тел. 8 (813–66) 2–13–61.
2. **Пикалево:** Грудинина Галина Васильевна, тел. 8 (813–66) 4–58–06.
3. **Вологовский р-н:** Митрошина Нина Анисимовна, м/с Валентина Александровна, тел. 8 (813–63) 2–49–11.
4. **г. Волхов:** Макаревич Надежда Федоровна, тел. 8 (813–63) 2–44–00 (регистратура), 8 (813–63) 21–753, 8 (813–63) 25–303.
5. **г. Новая Ладога:** Никонова Наталья Евгеньевна, тел. 8 (813–63) 3–09–49.
6. **Сясьстрой:** Салынская Надежда Евгеньевна, тел. 8 (813–63) 5–27–58.
7. **Всеволожский р-н:** Лисина Татьяна Степановна, м/с Антонина Васильевна, тел. 8 (813–70) 3–85–02.
8. **Токсово:** Афонина Ольга Ивановна, м/с Валентина Александровна, тел. 8 (813–70) 5–66–89, до 12.00.
9. **Сертолово:** Юзефович Анатолий Павлович, помощ. эпид. Марина Рудольфовна, тел. 593–02–64.
10. **Выборгский р-н:** Макарова Юлия Константиновна, тел. 8 (813–78) 3–32–18, 8 (813–78) 2–01–42.
11. **г. Выборг:** Красильникова Наталья Николаевна, м/с Ольга Евгеньевна, тел. 8 (813–78) 3–32–18.
12. **Светогорск:** Смирнова Нина Ивановна, тел. 8 (813–78) 4–31–76.
13. **Гатчинский р-н:** Петрова Марианна Викторовна, м/с Евгения Михайловна, тел. 8 (813–71) 3–21–43.
14. **Коммунар:** Гунина Светлана Михайловна, м/с Надежда Николаевна, тел. 460–54–95.
15. **Кингисеппский р-н:** Шангина Валентина Васильевна, м/с Марина Владимировна, тел. 8 (813–75) 2–67–13.
16. **Ивангород:** тел. 8 (813–75) 5–16–33.
17. **Киришский р-н:** Исакова Галина Алексеевна, м/с Лариса Ивановна, тел. 8 (813–68) 2–44–49.
18. **Кировский р-н:** Михайлова Лидия Борисовна, м/с Виктория Анатольевна, тел. 8 (813–62) 2–02–04.
19. **Ломоносовский р-н:** Суркова Виктория Викторовна, тел. 423–05–70.
20. **Лужский р-н:** Семенова Нина Николаевна, тел. 8 (813–72) 245–42.
21. **Лодейное Поле:** Левакова Светлана Васильевна, тел. 8 (813–64) 231–81.
22. **Подпорозье:** Соколов Юрий Алексеевич, 8 (813–65) 2–11–67.

23. *Приозерский р-н*: Корнилов Евгений Владимирович, м/с Марина Викторовна, тел. 8 (813-79) 3-60-31.

24. *Сланцевский р-н*: Кашаева Татьяна Михайловна, тел. 8 (813-74) 2-16-92, 8 (813-74) 65-235.

25. *Тихвинский р-н*: Афанасьева Людмила Ивановна, м/с Елена Николаевна, тел. 8 (813-67) 7-44-41.

26. *Тосненский р-н*: Нефедова Зинаида Михайловна, м/с Алефтина Алексеевна, тел. 8 (813-61) 2-82-39.

27. *Сосновъй Бор*: Демченко Вера Васильевна, тел. 8 (813-69) 669-69.

28. *Шлиссельбург*: Филиппова Елена Витальевна, тел. 8 (813-62) 743-46.

**ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИОННАЯ БОЛЬНИЦА  
№ 30 им. С. П. БОТКИНА (анонимное бесплатное тестирование, ста-  
ционар, лечение ВИЧ-инфекции/гепатитов, прививки от гепатита, ро-  
довспоможение, помощь бездомным)**

Адрес: ст. метро Пл. Ал. Невского, ул. Миргородская, д. 3.

Справочная: тел. 717-16-68 (122).

Анонимный кабинет: тел. 717-56-71.

Приемная: тел. 717-46-91.

Медико-социальная служба: Елена Ивановна, тел. 717-60-41 (530).

Обследование на ВИЧ-инфекцию: тел. 717-60-53

(поликлиника с 9.00 до 17.00),

тел. 717-89-77 (пункт профилактики с 11.00 до 18.00).

Обследование на гепатиты (с 9.00 до 17.00): тел. 717-60-53, 717-27-15.

Главный врач Яковлев Алексей Авенирович: тел. 717-28-48.

Заместитель главного врача по лечебной работе Мусатов Владимир Борисович: тел. 717-77-61.

3 отделение: Светлана Владимировна, тел. 274-95-50, (156).

20 отделение: заведующая Ирина Дмитриевна, тел. 717-27-74, (218).

Ординаторская: тел. 717-30-47, (218).

Старшая медсестра: тел. 717-27-15, (217).

Пост: (271, 224).

21 отделение: зав. отделением, ординаторская: тел. 717-26-44 (564).

Старшая медсестра: тел. 717-27-74.

врачи: тел. 717-18-40.

19 каб.: тел. 324-73-77.

**ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИДОМ И ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (диагностика и лечение ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов, психо-социальная помощь, консультирование)**

Адрес: ст. метро Балтийская, наб. Обводного канала, д. 179а.

Главный врач: тел. 788–35–55, 251–08–53.

Зам. глав. врача по мед. части: тел. 259–14–91.

Зам. глав. врача: тел. 251–27–60.

Старшая мед. сестра: тел. 251–98–45.

Регистратура: тел. 575–44–81.

Анонимный кабинет: тел. 575–44–05.

Стационар: тел. 786–35–55.

Социальная служба с 9.00 до 17.00: тел. 251–98–45.

Отдел профилактики: тел. 251–96–29.

Отдел эпидемиологии: тел. 251–98–35.

Отдел сбыта: тел. 575–48–14.

3 отделение: зав. Леонова Ольга Николаевна, тел. 465–92–65.

**СЛУЖБЫ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ (ВИЧ+, ИППП, ГЕПАТИТ, БЕРЕМЕННОСТЬ)**

**ЮВЕНТА (ИППП, гинекология, набл. беременности, в том числе ВИЧ+, контрацепция до 18 лет бесплатно)**

Адрес: ст. метро Нарвская, Старо – Петергофский пр., д. 12.

Кириленко Оксана Васильевна; вт., ср. 14.00 до 16.00 (5 кабинет, 1 этаж): тел. 251–52–81.

**ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ (ИППП, гинекология, набл. беременности)**

Адрес: ст. метро Новочеркасская, Большеохтинский пр., д. 33/3.

Светлана Аркадьевна Видонкина, четные 8.00 до 14.00, нечетные 15.00 до 20.00, тел. 227–05–52.

**РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИОННАЯ БОЛЬНИЦА РОСЗДРАВА (лечение, профилактика ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей)**

Адрес: ст. метро Рыбацкое, пос. Усть-Ижора, Шлиссельбургский проспект, д. 3.

Главный врач Воронин Евгений Евгеньевич, т/факс 464–93–29.

Заместитель главного врача по лечебной работе Фомин Юрий Алексеевич, тел. 464–93–38.

Приемное отделение: тел. 464–95–04.

1 отделение: тел. 464–93–55.

3 отделение: тел. 464–93–88

4 отделение: тел. 464–93–45.

### **РОО ИНГО «КРИЗИСНЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ ЖЕНЩИН»**

Для женщин, переживших сексуальное насилие и пострадавших от торговли людьми, предоставляются:

- Психологические консультации;
- Группы психологической поддержки;
- Психологическая помощь и группы поддержки для женщин, имеющих диагноз ВИЧ/СПИД;
- Социальное убежище для женщин, подвергшихся сексуальному насилию.
- Услуги бесплатные и анонимные.

Телефон: 327–30–00.

Время работы: с 10.00 до 20.00 – по рабочим дням недели.

### **СЛУЖБА СОЦИАЛЬНО-ЮРИДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ОТ НАСИЛИЯ «АЛЕКСАНДРА»**

Телефон доверия, юридическая, психологическая помощь 320–67–24.

### **ЦЕНТР «СЕМЬЯ»**

Юридическая, психологическая помощь детям и родителям, устройство детей в приюты, тел. 713–13–19.

### **ЦЕНТР «МАЛООХТИНСКИЙ ДОМ ТРУДОЛЮБИЯ»**

Для девушек 14–18 лет, правовая, социальная, психологическая помощь девушкам, подвергшимся насилию, убежище.

Адрес: Малоохтинский пр., д. 51. Тел. 528–62–02.

### **ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ «ВРАЧИ МИРА, США»**

Проект «МАМА+» направлен на оказание психологической, социальной и медицинской помощи ВИЧ-положительным мамам, их детям и семьям. Если вы только собираетесь стать мамой, вы также можете стать участницей данного проекта.

#### ***Предоставляемые услуги:***

1. Социальная помощь:



- Восстановление утраченных документов;
- Оформление документов и пособий по рождению ребенка;
- Помощь в решении проблем опекунства;
- Помощь при устройстве ребенка в дошкольное образовательное учреждение;
- Содействие в обучении и трудоустройстве;
- Материальная помощь (продукты питания, детское питание, средства по уходу за ребенком, лекарства маме и ребенку) – в кризисных ситуациях;
- Возможность оставить ребенка под присмотром квалифицированных специалистов (психолога, медицинской сестры, воспитателя).

## 2. Психологическая помощь:

- Индивидуальное консультирование психолога для мам и членов их семей;
- Консультации психолога – специалиста в области развития детей от 0 до 3 лет (оценка уровня развития ребенка, проведение развивающих занятий и игр, консультирование мам по вопросам развития и воспитания ребенка);
- Консультации по вопросам ВИЧ/СПИДа;
- Профориентационное консультирование;
- Обучение мамы развивающим занятиям с ребенком;
- Информационно-консультативная подготовка опекунов и приемных родителей.

## 3. Медицинская помощь:

- Консультации врачей-специалистов для мамы и ребенка;
- Лабораторная и функциональная диагностика;
- Детский оздоровительный массаж.

Телефон офиса: 380–30–92.

Время работы: с 10.00 до 18.00 часов по рабочим дням недели.

Адрес Центра Дневного Пребывания «МАМА+»: Большой пр. В.О., д. 77, на базе Городской детской больницы № 3.

Телефон: 327–71–57.

Время работы: с 10.00 до 18.00 часов по рабочим дням недели.

Телефон филиала во Всеволожске: 8–921–345–53–90.

Телефон филиала в Гатчине: 8–921–778–32–15.

## **ГРУППЫ ВЗАИМОПОМОЩИ ВИЧ+, АН, АА, ИХ БЛИЗКИХ**

### **РЕГИОНАЛЬНАЯ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ «АЗАРИЯ» (МАТЕРИ ПРОТИВ НАРКОТИКОВ)**

Химически зависимым, их родным и близким предоставляется информационно-консультативная помощь. Работают группы взаимопомощи для родителей.

Адрес: ул. Большая Подьяческая, д. 34, ст. м. «Садовая» или «Сенная».  
Телефон: 570–22–52 (с 15.00 до 21.00 по будням)

### **ЦЕНТР «РЕТО НАДЕЖДА»**

Христианский центр социальной реабилитации для наркозависимых. Бесплатно. Срок пребывания не ограничен. Чтобы записаться в центр, человек должен лично позвонить по телефону 920–11–90 – круглосуточно.

### **ЦЕНТР ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОМАНИИ, ПРОГРАММА «СОЦИАЛЬНОЕ БЮРО»**

#### ***Предоставляемые услуги:***

– Помощь в выборе способа лечения и реабилитации от наркозависимости;

– Профессиональное обучение;

– Содействие в трудоустройстве после прохождения реабилитации;

– Содействие социальной адаптации после реабилитации;

– Решение психологических, социальных, медицинских и юридических проблем наркозависимых.

Конфиденциальность и доброжелательное отношение гарантируются.

Помощь оказывается бесплатно. Обращение не связано с постановкой на наркологический учет.

Телефон: 575–51–80

Время работы: с 10.00 до 22.00 часов по рабочим дням недели.

### **ПУНКТ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИЙ И ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ НАРКОЗАВИСИМЫМ ГОРОДСКОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ**

#### ***Предоставляемые услуги (бесплатно и конфиденциально).***

Программа снижения вреда

– Консультации врача – нарколога;

– Обследование на ВИЧ, гепатит, сифилис;

– Консультирование до теста и после теста на ВИЧ;

– Производится обмен шприцев.

Адрес: Санкт-Петербург, ул. Большая Пушкарская, д. 13.

Телефон: 232–86–03

Время работы: с 9.30 до 19.00 часов по рабочим дням недели.

### **ЛОБО «БЕТЕЛЬ»**

#### ***Предоставляемые услуги:***

– Бесплатный курс реабилитации в течение года;

– Работа с людьми, страдающими алкогольной, наркотической зависимостью и с лицами без определенного места жительства.

#### ***Главный офис в Санкт-Петербурге.***

Телефон: 774–70–90, 8–911–952–94–25

Время работы: с 9.00 до 21.00 ежедневно, кроме воскресенья.

Адрес: Центр «Бетель», Ленинградская обл., Выборгский р-н, дер. Малышево, пионерский Лагерь «Колосок», тел. 8 (8–13–78) 711–00.

***Офис в Москве.*** Телефон: 8 (495) 598–97–72 (просить соединить с «Бетель»).

### **ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ СООБЩЕСТВО ЛЮДЕЙ, ИМЕЮЩИХ НАРКОТИЧЕСКУЮ ИЛИ АЛКОГОЛЬНУЮ ЗАВИСИМОСТЬ, И ЧЛЕНОВ ИХ СЕМЕЙ «ВОСКРЕСЕНИЕ»**

#### ***Предоставляемые услуги:***

– Психологические консультации и амбулаторная программа для случаев тяжелого течения наркотической и алкогольной зависимости (частые рецидивы, ВИЧ-инфекция, ПСИД и пр.);

– Программа Нарко-Хелпер-Колледж.

Директор реабилитационной программы Пажников Александр Викторович, телефон: 974–03–03 (телефон доверия с 9:00 до 22:00 часов, кроме воскресенья).

### **ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ «АРМИЯ СПАСЕНИЯ»**

#### ***Предоставляемые услуги:***

– Группа взаимопомощи для людей, живущих с ВИЧ/СПИД и их родственников;

– Посильная помощь в выдаче детского питания матерям, имеющих маленьких детей.

Адрес: Литейный пр., д. 44Б. Ст. метро «Маяковская».

Телефон: 273–92–97.

Время работы: с 10.00 до 17.00 часов по рабочим дням недели.

Контактное лицо: Куфырина Тамара Николаевна.

## **ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ БЕЗДОМНЫМ «НОЧЛЕЖКА»**

### ***Предоставляемые услуги:***

- Предоставление ночлега бездомным;
- Бесплатное питание;
- Помощь в трудоустройстве;
- Психологическая реабилитация.

Адрес: ул. Боровая, д. 112 Б.

Телефон: 974–84–42

Время работы: с 10.00 до 17.00 в пн, вт, ср, чт.

## **ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР «НЕЗАВИСИМАЯ МЕДИКО- ЮРИДИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА»**

Юридическая защита прав граждан в области медицины, независимое медицинское освидетельствование. Консультации платные.

Телефоны: 716–59–10, 349–03–78, 342–65–29.

Адрес: ул. Гаккелевская, д. 26, оф.122

Время работы: с 10.00 до 18.00 по рабочим дням недели.

### **«ЛИНИЯ ЖИЗНИ»**

Телефон доверия по вопросам наркозависимости, ВИЧ-инфекции и ЗППП: 325–48–47 круглосуточно.

### **«ДЕТСКИ КРИЗИСНЫЙ ЦЕНТР»**

Телефон доверия: 371–61–10 круглосуточно.

## **ГУС СПб ММД**

### **Наркологический реабилитационный центр № 1**

#### ***Предоставляемые услуги:***

- Реабилитация после детокса;
- Консультации психотерапевта;
- Консультации нарколога;
- Процедуры сестринского ухода при лечении;
- Программа лечебной физкультуры.

Адрес: пер. Серебряков, д. 11.

Телефон: 430–83–79.

Время работы: с 9.00 до 21.00 ежедневно, кроме воскресенья.

### **Наркологический реабилитационный центр № 2**

#### ***Предоставляемые услуги:***

- Реабилитация наркозависимости;
- Реабилитация алкогольной зависимости;
- Обследование на сифилис, гепатит, ВИЧ-инфекцию;
- Тестирование на психоактивные вещества;
- Консультация терапевта;
- Индивидуальные и групповые формы психотерапии (консультации психолога, тренинги);

– Программа лечебной физкультуры.

Бесплатно для жителей городов Пушкин, Колпино, Сестрорецк, Петергоф, Кронштадт по направлению из наркологического кабинета.

Для жителей других регионов услуги предоставляются платно.

Адрес: ул. Маршала Говорова, д. 6/5.

Телефон: 494–47–54.

Время работы: с 9.00 до 21.00 ежедневно, кроме воскресенья.

### **Наркологический реабилитационный центр №3**

#### ***Предоставляется услуги:***

- Реабилитация наркологической зависимости;
- Психологическая помощь ВИЧ+людям (в рамках реабилитационной программы для наркозависимых).

Адрес: ул. Республиканская, д. 18.

Телефон: 528–21–29

Время работы: с 9.00 до 21.00 ежедневно, кроме воскресенья.

### **Наркологический реабилитационный центр №4**

#### ***Предоставляемые услуги:***

- Реабилитация после детокса;
- Консультации психотерапевта;
- Консультации нарколога.

Адрес: ул. Садовая, д. 87.

Телефон: 710–85–34

Время работы: с 9.00 до 21.00 ежедневно, кроме воскресенья.

### **ГОРОДСКАЯ НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА, 10 ОТДЕЛЕНИЕ, ПРОГРАММА «ЗАЗЕРКАЛЬЕ»**

Реабилитация наркомании по программе 12 шагов.

Руководитель программы: Новикова Валентина Владимировна.

Поступление плановое через консультацию, которая проходит по средам в 16:00. Телефон: 323–57–25.

Время работы: с 10.00 до 21.00 ежедневно.

## **ЦЕНТР ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОМАНИИ**

### ***Предоставляемые услуги:***

- Психологическая помощь;
- Юридическая помощь;
- Содействие в трудоустройстве;
- Направление на терапию.

Адрес: ул. Марата, д. 9.

Телефон: 575–51–80.

Время работы: с 10.00 до 19.00 по рабочим дням недели.

Предварительная запись на прием.

## **ПУНКТ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ/СПИД И ДРУГИХ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОРОДСКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ № 30 им. С.П. БОТКИНА**

### ***Предоставляемые услуги:***

– Обследование на ВИЧ-инфекцию, гепатит В и С, сифилис (анонимно и бесплатно);

- Медицинские и психологические консультации;
- Консультации по социальным вопросам;
- Выдача презервативов;
- Обмен шприцев.

Адрес: ул. Кременчугская, д. 4.

Телефон: 717–89–77.

Время работы: с 11.00 до 18.00 по рабочим дням недели.

## **РОО СПСБН «СТЕЛЛИТ»**

### ***Предоставляемые услуги:***

- Информирование по вопросам профилактики ВИЧ и АРВТ;
- Психологические консультации;
- Служба сопровождения;
- Фокус группы.

Адрес: ул. Бумажная, д. 9, офис 619 (направление «Социальная работа»), ст. м. «Нарвская».

Телефон офиса: 445–28–93, с 10.00 до 18.00 по рабочим дням недели.

Горячая линия: тел. 970–13–08, 10.00 до 18.00 по рабочим дням недели.

## **ОБЩЕСТВЕННЫЙ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД «РОДИТЕЛЬСКИЙ МОСТ»**

### ***Предоставляемые услуги:***

- Помощь опекунам, имеющих приемных детей, в адаптации, социа-

лизации и психологической помощи;

– Подготовка, обучение и психологическое сопровождение потенциальных приемных родителей;

– Профилактика отказов от новорожденных (кровных и усыновленных) детей. Работа с кризисными ситуациями, угрожающими для ребенка потерей семьи.

Адрес: ул. Моховая, д. 30, второй двор, литера «Г».

Телефоны: кризисный 921–40–08, с 8.00 до 23.00 ежедневно;

для потенциальных приемных родителей 716–16–69,

с 8.00 до 23.00 ежедневно;

дежурный 272–68–51, с 10.00 до 20.00.

### **БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ОБЩЕСТВЕННЫЙ ФОНД «ГУМАНИТАРНОЕ ДЕЙСТВИЕ»**

#### ***Предоставляемые услуги:***

– Информирование по вопросам ВИЧ/СПИДа;

– Оказание психологической поддержки;

– Информация о медицинских и социальных учреждениях города;

– Оказывается индивидуальное сопровождение (по запросу клиента) в городской службе медико-социальной направленности (содействие в восстановлении документов, доступа к обследованию, лечению и пр.);

– Возможно предоставление жилья для ВИЧ+ мамы с ребенком;

– Помощь в устройстве ребенка в ясли и детский сад.

Телефоны: +7–921–896–45–39, +7–921–896–55–49.

Время работы: с 9.00 до 21.00 часов по рабочим дням недели.

### **ФОНД СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ И ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ «ПОЗИТИВНАЯ ВОЛНА»**

#### ***Предоставляемые услуги:***

– Телефон доверия (равное консультирование);

– Медиа-проект по привлечению добровольцев «ТЫ ЛИДЕР! ДЕЙСТВУЙ!»;

– Аутрич-работа среди КСР Ленинградской области;

– Адвокация программ Снижения вреда;

– Адвокация прав и борьба с дискриминацией ЛЖВ в России;

– Профилактика ВИЧ и сопутствующих заболеваний среди геев и бисексуалов;

– Профилактика ВИЧ среди трудовых мигрантов.

Адрес: 197376, Санкт-Петербург, ул. Проф. Попова, д. 15/17, к. Б, 3 этаж (в помещении Областного СПИД-центра).

Телефоны: 912-78-98; +7-901-307-56-45.

E-mail: pwfound@gmail.com.

Сайт в Интернете: www.pozvolna.ru

**КУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЙ АРТ-КЛУБ «ДОБРЫЙ МЕЛЬНИК И ЕГО ДРУЗЬЯ» при содействии ассоциации ХМДС СПБ и Ленинградского областного СПИД Центра**

Профилактика рецидивов, нормализация биопсихосоциального статуса методами арт-терапии.

Занятия по четвергам с 18 до 21.00 в зале Ленинградского областного СПИД Центра, 3 этаж.

Адрес: ул. проф. Попова 15/17 литера Б (на территории НИИ Гриппа).

Телефон: +7-911-927-95-68.

**ГРУППЫ САМОПОМОЩИ**

Название группы, адрес, телефон	Пн.	Вт.	Ср.	Чт.	Пт.	Сб.	Вс.
<b>Анонимные игроки</b>							
В.О. 13-линия д.2, кв. 46, тел.: 8-921-772-44-07, Варвара		19.00		19.00			18.00
ул. Римского-Корсакова, д.1, 1-ая арка, железные ворота (код 31726), вторая арка направо, коричневая железная дверь, «Институт Мечникова»		19.00					18.00
Большая Подъячская, д. 34 (помещение Азарии)					18.30		
<b>Бриллиантовые Мечтатели</b>							
В.О. 5-ая линия д. 58 (в помещении гр.Альтернатива)						15.00	
<b>Анонимные Обжоры</b>							
г. Пушкин, ул. Церковная, д. 30, тел.: 8-960-239-16-75, Юлия						15.00	
В.О. 13-я линия, д. 2, кв. 46							
<b>Анонимные Сексоголики</b>							
Литейный пр., д. 44, «Малая группа Нар-Анон»							17.30
<b>Анонимные Положительные (ВИЧ+)</b>							
ул. Правды, д. 16, кв. 20 (6 этаж, код 2498)	20.30						



«На Боровой» ул. Боровая, д. 52А				20.40			18.00
<b>Анонимных Наркоманов</b>							
«Альтернатива», В.О. 5-я линия, д. 58	19.00	19.00	19.00	19.00	19.00	18.00 спик	18.00 откр.
«На Литейном», Литейный пр., д. 44, помещение «Армии Спасения»						19.00	19.00
«Вечер», ул. Б. Подъяческая, д.34	20.30	20.30	20.30	20.30	20.30 откр.	20.30	20.30 спик
«На Ветеранов», ул. Лёни Голикова, д.27		21.00 откр.	19.00	19.00	21.00	18.00	18.00 спик - 1-е вс
«Поток», г. Пушкин, ул. Церковная, д. 30, тел. 476-16-77	19.00	21.00	19.00	21.00	21.00	19.00 спик	18.00 откр.
«Возрождение», г. Сосновый Бор, ул. Космонавтов, д. 22	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00
«Апрель», г. Гатчина, ул. Достоевского, д. 2, Дом творческой молодежи	20.00			20.00			
«Просвет», ул. С. Ковалевской, д. 3, кор. 2, (помещение детского сада)	21.00	19.00 21.00	21.00	19.00 21.00	21.00	19.00 21.00	21.00
«Лига», ул. Б. Подъяческая, д. 34	20.00 откр.	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00 спик	20.00
«Кирпичи», В.О. Съездовская линия, д. 29, через проходную парадную во дворе	19.00	20.00	19.00	19.00	19.00	18.00 откр.	19.00 спик
«Преображение», Арсенальная наб., д. 9, закрытая психиатрическая больница (по предварительной записи), тел. 705-77-07, Владимир			13.30	13.30			
«Живая вода», Красное Село, пр. Ленина, д. 49/8, ком. 22 (Красносельский ДК), тел. 741-78-97						19.00	19.00
«Форты», г. Кронштадт, ул. Мануильского, д. 31		19.00			19.00		19.00 откр. (посл. вс - спик)
«На Боровой», ул. Боровая, д. 52А	19.30	19.30	19.30	19.30	19.30	19.30	19.30
«Орландина», наб. реки Карповки, д. 5, помещение клуба Орландина (встречи у входа за 15 мин. до собрания)	20.00	20.00	20.00	20.00	19.00	19.00	20.00

«Зеленогорск», г. Зеленогорск, пр. Ленина, д. 13, здание церкви			19.00			19.00	
<b>Анонимных Алкоголиков</b>							
«Алмаз», ст. м. Черная речка, Старая деревня, пер. Серебряков, д.11 (при наркодиспансере)	19.00				19.00		
«Аргентум», ст. м. Черная речка, Старая деревня, пер. Серебряков, д. 11 (при наркодиспансере)		19.30		19.30		12.00	
«Весна» м. Кировский завод, ул. Краснопутиловская, д. 4		18.30	18.30	18.30			
«Горская», ст. м. Новочеркасская, ул. Таллинская, д. 9 (Пресвитер. церковь)		19.00		19.00		14.00	
«День», ст. м. Невский пр., ул. Гороховая, д. 18 (вход с наб. реки Мойки) у-т им. Герцена, 20, корп., 3 этаж, тел. 8–911–711–24–82, Мария							15.00
«Духовная дисциплина», ст. м. Пл. Ал. Невского, наб. Обводного канала, д. 13, Больница № 6 (конф. зал), тел. 8–911–220–28–72, Жанна	18.30						
«Караван», ст. м. Пл. Ал. Невского, наб. Обводного канала, д. 13 (ПНД), ком. 32		18.00		18.00		12.00	
«Озерки», ст. м. Удельная (пешком 15 мин.), пр. Мориса Тореза, д. 85, Церковь Адвентистов 7-ого дня, ком. 4	19.30		19.30				17.00
Группа Отца Мартина, ст. м. Владимирская, м. Пушкинская ул. Правды, д. 16, кв. 20, код 2498)	19.00	19.00	19.00	19.00	19.00	18.30	18.30
«Монастырь», ст. м. Московские Ворота, Московский пр., д. 104 (Центр Новодевичьего Монастыря)	18.30		18.30			14.00	14.00
«Наш Путь», ст. м. Василеостровская, 13-я линия, д. 2, кв. 46 (полуподвал)	12.00 19.00	19.00	12.00 19.00	19.00	12.00 19.00	18.00 20.00	14.00 18.00
«Освобождение», ул. Жуковского, д. 18 (флигель – приют Св. Матери Терезы, 2-ой двор)		19.30		19.30			

«Гражданка», ул. Софьи Ковалевской, д. 3, корп. 2 (помещение детского сада)	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00	20.00
«Р.В.С.», ст. м. Выборгская, Сампсониевский пр., д. 37, ДК «Первомайский» (мал. зал, 2 этаж, ком. 3), 594–79–70, 8–904–617–70–75, Владимир	19.30		19.30		19.30		
«Сердце», ст. м. Ломоносовская, ул. Бабушкина, д. 57 (в костеле, 1 этаж)		19.00		19.00		17.00	17.00
«Свеча», ст. м. Пр. Ветеранов, ул. Лёни Голикова, д. 27, 2 этаж (клуб «Ракета»)	19.00				19.00	13.00	
«Солнечная сторона Невского проспекта», ст. м. Невский пр., Невский пр., д. 32/34 (справа от собора)	19.00 20.30	19.00 20.30	19.00 20.30	21.15	19.00 20.30	19.00 20.30	18.30 20.00
«Синопская», ст. м. Лиговский пр., ул. Боровая, д. 112 б (во 2-м дворе), посл. пт. месяца – открытое собрание			20.00		20.00	19.00	
«Вера», г. Кириши, Волховская наб., д. 18, вход со двора (офис РосРемНефть), тел. 8–921–920–31–76, Александр			19.00				
«Воскресенье», г. Колпино, ул. Машиностроителей, д. 10 (домик во дворе поликлиники № 95)							18.00
«Ступени», г. Пушкин, ул. Церковная, д. 30 (полуподвал)		19.00		19.00	19.00	16.00	
«Трамплин», пос. Токсово, ул. Лыжная, д. 16, Храм Архистратига Михаила (помещение Воскресной Школы)		19.30			19.30		
«Феодоровская», г. Пушкин, Феодоровский Государев Собор (помещение Воскресной Школы)							13.00
«Красное Село», Красное село, пр. Ленина, д. 49 (ДК), ком. 22	19.15				19.15		

## **ПРОФИЛЬНЫЕ ГОСУДАРСТВЕННЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

### **ЛЕНИНГРАДСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА**

Адрес: 194291, Санкт-Петербург, пр. Луначарского, д. 45.

Телефон: (812) 592–29–93.

Факс: (812) 592–24–64.

### **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ЛЕНОБЛАСТИ ГЛАВНОЕ БЮРО**

Адрес: 195197, Санкт-Петербург, Замшина ул., д. 6.

Телефон: 225–29–30

### **ФИЛИАЛ № 39 ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

Адрес: 197198, Санкт-Петербург, Зверинская ул., д. 15,  
поликлиника № 34.

Телефон: 232–11–36

### **ФИЛИАЛ № 18 ФТИЗИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

Адрес: 191104, Санкт-Петербург, Литейный просп., д. 37.

Телефон: 579–96–87

### **ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ БЮРО**

Адрес: 191014, Санкт-Петербург, Некрасова ул., д. 31А.

Тел./факс: 272–30–90

### **ОНКОЛОГИЧЕСКОЕ БЮРО**

Адрес: 191104, Санкт-Петербург, Московский пр., д. 122.

Телефон: 316–43–08

### **ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЕ БЮРО**

Адрес: 195197, Санкт-Петербург, Замшина ул., д. 6.

Телефон: 540–85–09

## **МУНИЦИПАЛЬНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЛЕНОБЛАСТИ**

### **Бокситогорский район**

#### ***Больницы:***

1. Бокситогорская центральная районная больница, 187650, ЛО, Бокситогорск г., Комсомольская ул., д. 28А, тел. 8 (813–66) 21–556.

2. Районная больница пос. Ефимовский, 187620, ЛО, Бокситогорский р-н, Ефимовский пос., Сенная ул., д. 20, тел. 8 (813–66) 51–186.

*Медико-социальная экспертиза Ленобласти* Бокситогорского района и г. Пикалево, 187550, ЛО, г. Бокситогорск, Комсомольская ул., д. 23, тел. 8 (813–66) 24–907.

## **Волосовский район**

### ***Больницы:***

1. Волосовская центральная районная больница, 188410, ЛО, Волосово г., Хрустицкого ул., д. 76, тел. 8 (813–73) 21–527.
2. Участковая больница дер. Большая Вруда, 188416, ЛО, Волосовский р-н, дер. Большая Вруда, тел. 8 (813–73) 55–396.
3. Амбулатория дер. Извара, 188414, ЛО, Волосовский р-н, дер. Извара, тел. 8 (813–73) 73–310.

### ***Трудоустройство:***

Центр занятости населения Волосовского района, 188410, ЛО, г. Волосово, Железнодорожная ул., д. 17, тел. 8 (813–73) 24–785, факс 8 (813–73) 21–011.

## **Волховский район**

### ***Больницы:***

1. Волховская городская больница, 187400, ЛО, г. Волхов г., Авиационная ул., д. 42, тел. 8 (813–63) 22–432.
2. Отделенческая больница на ст. Волховстрой, 187400, ЛО, г. Волхов, Воронежская ул., д.1, тел. 8 (813–63) 62–598.
3. Городская больница г. Новая Ладога, 187450, ЛО, Волховский р-н, г. Новая Ладога, Южный м/р-н, д. 24, тел. 8 (813–63) 30–180.
4. Районная больница г. Сясьстрой, 187422, ЛО, Волховский р-н, г. Сясьстрой, Бумажников ул., д. 37, тел. 8 (813–63) 52–503.
5. Участковая больница пос. Паша, 187460, ЛО, Волховский р-н, с. Паша, Советская ул., д. 169А.

### ***Центр социальной реабилитации «Путь к свободе»***

187400, ЛО, г. Волхов, Графтио ул., д. 5, тел. 8 (813–63) 64–499 ежедневно.

В центре ведется работа с алко- и наркозависимостью. Курс реабилитации 12 месяцев, за время которой предоставляется возможность жить и трудиться на территории центра.

***Медико-социальная экспертиза ленобласти г. Волхов, Волховский район и г. Новая Ладога***, 187400, ЛО, г. Волхов, Авиационная ул., д. 44, тел. 8 (813–63) 25–657.

### ***Трудоустройство:***

Центр занятости населения Волховского района, 187403, ЛО, Волхов г., Волховский просп., д. 37, тел. 8 (813–63) 28–740.

## **Всеволожский район**

### ***Больницы:***

1. Всеволожская центральная районная больница, 188640, ЛО, Всеволожск г., Колтушское ш., д. 20, тел. 8 (813–70) 25–691.

2. Городская больница пос. им. Морозова, 188679, ЛО, Всеволожский р-н, им. Морозова пос., Ладожская ул., д. 42, тел. 8 (813–70) 36–135.

3. Районная больница пос. Токсово, 188664, ЛО, Всеволожский р-н, Токсово пос., Буланова ул., д. 18, тел. 8 (813–70) 56–308.

4. Амбулатория пос. Невская Дубровка, 188684, ЛО, Всеволожский р-н, Невская Дубровка пос., тел. 8 (813–70) 76–161.

5. Амбулатория Борисова Грива пос. Ириновка, 188671, ЛО, Всеволожский р-н, Ириновка с, тел. 8 (813–70) 66–605.

6. Городская больница Краснозвездинская, 188682, ЛО, Всеволожский р-н, им. Свердлова пос., Щербинка ул., д. 4, тел. 8 (813–70) 77–248.

7. Центральная городская больница г. Сертолово, 188650, ЛО, Всеволожский р-н, Сертолово г., Ларина ул., д. 6, т/ф 8 (812) 593–31–93.

**Медико-социальная экспертиза Ленобласти, Всеволожский район,** 188640, ЛО, Всеволожск г., Колтушское ш., д. 20, тел. 8 (813–70) 29–289.

**Трудоустройство:**

1. Центр занятости населения г. Всеволожск, 188640, ЛО, Всеволожск г., Александровская ул., д. 28, тел. 8 (813–70) 31–656.

2. Центр занятости населения г. Сертолово, 188655, ЛО, Сертолово г., Заречная ул., д. 9, тел. 8 (812) 593–87–25, ф. 8 (812) 593–88–33.

**Выборгский район**

**Больницы:**

1. Выборгская городская больница, 188800, ЛО, Выборг г., Октябрьская ул., д. 2, тел. 8 (813–78) 21–410.

2. Приморская районная больница, 188910, ЛО, Выборгский р-н, Приморск г., Пушкинская аллея, д. 1, тел. 8 (813–78) 75–130.

3. Городская больница г. Каменногорск, 188950, ЛО, Выборгский р-н, Каменногорск г., Ленинградское ш., д. 117, тел. 8 (813–78) 48–248.

4. Городская больница г. Светогорск, 188990, ЛО, Выборгский р-н, Светогорск г., Пограничная ул., д. 13, тел. 8 (813–78) 44–395.

5. Участковая больница пос. Кондратьево, 188908, ЛО, Выборгский р-н, Кондратьево пос., тел. 8 (813–78) 52–229.

6. Участковая больница пос. Красная Долина, 188840, ЛО, Выборгский р-н, Красная Долина пос., тел. 8 (813–78) 71–467.

8. Больница пос. Первомайское, 188855, ЛО, Выборгский р-н, Первомайское пос., Ленина ул., тел. 8 (813–78) 68–467.

9. Районная больница пос. Советский, 188918, ЛО, Выборгский р-н, Советский пос., Школьная ул., д. 59, тел. 8 (813–78) 74–571.

**Медико-социальная экспертиза Ленобласти, Выборгский район,** 188900, ЛО, Выборг г., Ленинградский пр., д. 31, тел. 8 (813–78) 27–774.

**Центр медико-социальной помощи «Глория»**, Выборг г., ул. Ленинградская 49, тел. 8 (813–78) 57–790. Круглосуточный тел. доверия 8 (813–78) 57–909.

**Трудоустройство:**

Центр занятости населения г. Выборг, 188800, ЛО, Выборг г., Куйбышева ул., д. 4, тел. 8 (813–78) 33–002.

**ПРОФИ информационный центр (агентство по трудоустройству)**, 188800, ЛО, Выборг г., Московский просп., д. 7, оф. 40, тел. 8 (813–78) 55–334. Удерживается 30% от первой заработной платы.

**Гатчинский район**

**Больницы:**

1. Гатчинская центральная районная клиническая больница, 188300, ЛО, Гатчина г., Рошинская ул., д. 15А, корп. 1, тел. 8 (813–71) 14–101.

2. Городская больница г. Коммунар, 188320, ЛО, Гатчинский р-н, Коммунар г., Строителей ул., д. 3, тел. 8 (812) 460–27–73.

3. Районная больница № 1 пос. Сиверский, 188330, ЛО, Гатчинский р-н, Сиверский пос., Восточная ул., д. 2, тел. 8 (813–71) 92–297.

4. Районная больница № 2 пос. Вырица, 188380, ЛО, Гатчинский р-н, Вырица пос., Московская ул., д. 12, тел. 8 (813–71) 93–769.

5. Участковая больница пос. Рождествено, 188356, ЛО, Гатчинский р-н, Рождествено пос., Большой просп., д. 26, тел. 8 (813–71) 62–168.

6. Амбулатория пос. Дружная Горка, 188377, ЛО, Гатчинский р-н, Дружная Горка пос., Здравомыслова ул., д. 1, тел. 8 (813–71) 99–444.

7. Районная больница пос. Елизаветино, 188370, ЛО, Гатчинский р-н, Елизаветино пос., Вокзальная ул., д. 4, тел. 8 (813–71) 57–369.

**Медико-социальная экспертиза Ленобласти, г. Гатчина, г. Коммунар, г. Ломоносов**, 188350, ЛО, Гатчина г., Урицкого ул., д. 1, т/ф 8 (813–71) 22–451.

**Трудоустройство:**

Центр занятости населения Гатчинского района, 188300, ЛО, Гатчина г., Карла Маркса ул., д. 66А, тел. 8 (813–71) 16–379.

**Центр медико-социальной помощи детям и подросткам, г. Гатчина**, ул. Достоевского, д.2, тел. 8 (813–71) 976–38; телефон доверия для молодежи, ежедневно, с 12.00 до 22.00, тел. 8 (813–71) 20–000.

**Кингисеппский район**

**Больницы:**

1. Кингисеппская районная центральная больница, 188480, ЛО, Кингисепп г., Воровского ул., д. 20, тел. 8 (813–75) 24–340.

2. Участковая больница пос. Котельский, 188467, ЛО, Кингисеппский р-н, Котельский пос., тел. 8 (813–75) 63–243.

3. Участковая больница пос. Усть-Луга, 188472, ЛО, Кингисеппский р-н, Усть-Луга пос., тел. 8 (813–75) 61–436.

**Медико-социальная экспертиза Ленобласти, Кингисеппский район и г. Ивангород**, 188480, ЛО, Кингисепп, Воровского ул., д. 38, тел. 8 (813–75) 26–610.

#### **Трудоустройство**

Центр занятости населения г. Кингисеппа, 188480, ЛО, Кингисепп г., Восточная ул., д. 6Б, тел. 8 (813–75) 32–930

### **Киришский район**

#### **Больницы:**

1. Киришская центральная районная больница, 187110, ЛО, Кириши г., Советская ул., д. 4, тел. 8 (813–68) 22–698.

2. Городская больница г. Будогощь, 187120, ЛО, Киришский р-н, Будогощь пос., Боровая ул., д. 1, тел. 8 (813–68) 73–539.

3. Отделение пос. Глажево, 187126, ЛО, Киришский р-н, Глажево пос., тел. 8 (813–68) 71–241.

**Медико-социальная экспертиза Ленобласти, Киришский район**, 187110, ЛО, Кириши г., Молодежный бул., д. 6, каб. 36, 37, 38, т/ф 8 (813–68) 24–602.

#### **Трудоустройство**

Центр занятости населения г. Кириши, 187110, ЛО, Кириши г., Комсомольская ул., д. 10, т/ф 8 (813–68) 20–411.

### **Кировский район**

#### **Больница:**

1. Кировская центральная районная больница, 87340, ЛО, Кировск г., Советская ул., д. 3, тел. 8 (813–62) 21–293.

2. Городская больница г. Отрадное, 187330, ЛО, Кировский р-н, Отрадное г., Новая ул., д. 8, тел. 8 (813–62) 43–302.

3. Врачебная амбулатория с. Шум, 187350, ЛО, Кировский р-н, Шум с., тел. 8 (813–62) 54–467.

4. Назийская районная больница, 187310, ЛО, Кировский р-н, Назия пос., Больничная ул., д. 2, тел. 8 (813–62) 61–192.

5. Шлиссельбургская городская больница, 187320, ЛО, Шлиссельбург г., Чекалова ул., д. 15, тел. 8 (813–62) 77–764.



**Медико-социальная экспертиза Ленобласти, Кировский район и г. Шлиссельбург**, 188690, ЛО, Кировск г., Краснофлотская ул., д. 1, тел. 8 (813–62) 27–483.

**Трудоустройство:**

Центр занятости населения Кировского района, 187324, ЛО, Кировск г., Краснофлотская ул., д. 20, тел. 8 (813–62) 20–322.

**Лодейнопольский район**

**Больницы:**

Лодейнопольская центральная районная больница, 187700, ЛО, Лодейное Поле г., Гагарина ул., д. 1, тел. 8 (813–64) 22–461.

**Медико-социальная экспертиза Ленобласти, Лодейнопольский и Подпорожский районы**, 187710, ЛО, Лодейное Поле г., Володарского ул., д. 8, корп. 1, тел. 8 (813–64) 21–350.

**Трудоустройство:**

Центр занятости населения Лодейнопольского района, 187700, ЛО, Лодейное Поле г., Гагарина ул., д. 22, тел. 8 (813–64) 24–195.

**Лужский район**

**Больницы:**

1. Лужская районная больница, 188230, ЛО, Луга г., Ленинградское ш., д. 7, тел. 8 (813–72) 23–970.

2. Участковая больница пос. Оредеж, 188220, ЛО, Лужский р-н, Оредеж пос., Комсомола ул., д. 6, тел. 8 (813–72) 77–274.

3. Амбулатория пос. Осьмино, 188290, ЛО, Лужский р-н, Осьмино пос., 1-го Мая ул., д. 37, тел. 8 (813–72) 72–281.

4. Участковая больница пос. Толмачево, 188255, ЛО, Лужский р-н, Толмачево пос., Вокзальная ул., д. 1, тел. 8 (813–72) 74–285.

**Медико-социальная экспертиза Ленобласти, Лужский район**, 188260, ЛО, Луга г., Толмачева пер., д. 5, тел. 8 (813–72) 40–652.

**Подпорожский район**

**Больницы:**

1. Подпорожская центральная районная больница, 187780, ЛО, Подпорожье г., Исакова ул., д. 24, тел. 8 (813–65) 20–885.

2. Районная больница пос. Винницы, 187760, ЛО, Подпорожский р-н, Винницы с., Лесная ул., д. 9, тел. 8 (813–65) 75–174.

**Трудоустройство:**

Центр занятости населения г. Подпорожье, 187780, ЛО, Подпорожье г., Ленина просп., д. 28, т/ф 8 (813–65) 21–413.

### **Приозерский район:**

Поселковая больница пос. Кузнечное, 188751, ЛО, Приозерский р-н, Кузнечное пос., Гагарина ул., д. 2А, тел. 8 (813–79) 93–031.

*Медико-социальная экспертиза Ленобласти, Приозерский район*, 188260, ЛО, Приозерск г., Маяковского ул., д. 19, тел. 8 (813–79) 33–649.

### **Сланцевский район**

Сланцевская центральная районная больница, 188560, ЛО, Сланцы г., Кирова ул., д. 52, тел. 8 (813–74) 21–405.

*Медико-социальная экспертиза Ленобласти, Сланцевский район*, 188540, ЛО, Сланцы г., Гагарина ул., д. 2, тел. 8 (813–74) 22–739.

### *Трудоустройство:*

Центр занятости населения г. Сланцы, 188560, ЛО, Сланцы г., Новосельская ул., д. 4, тел. 8 (813–74) 34–894.

### **Тихвинский район**

#### *Больницы:*

1. Тихвинская центральная районная больница им. А. Ф. Калмыкова, 187500, ЛО, Тихвин г., Карла Маркса просп., д. 118А, тел. 8 (813–67) 72–190.

2. Районная больница пос. Шугозеро, 187530, ЛО, Тихвинский р-н, Шугозеро пос., Больничная ул., д. 1, тел. 8 (813–67) 44–184.

### **Тосненский район**

#### *Больницы:*

1. Тосненская центральная районная больница, 187000, ЛО, Тосно г., Барыбина ш., д. 29, тел. 8 (813–61) 29–943.

2. Городская больница г. Любань, 187050, ЛО, Тосненский р-н, Любань г., Больничная ул., д. 10, тел. 8 (813–61) 71–066.

3. Городская больница г. Никольское, 187026, ЛО, Тосненский р-н, Никольское г., Школьная ул., д. 13, тел. 8 (813–61) 56–003.

4. Больница восстановительного лечения пос. Красный бор, 187046, ЛО, Тосненский р-н, Красный Бор пос., 8-я Дорога, д. 1, тел. 8 (813–61) 62–807.

5. Врачебная амбулатория пос. Рябово, 187041, ЛО, Тосненский р-н, Рябово пос., Южная ул., д. 18, тел. 8 (813–61) 68–222.

*Рябовский дом сестринского ухода*, 187041, ЛО, Тосненский р-н, Рябово пос., д. 4, Рычина ул., д. 4, тел. 8 (813–61) 68–241.

*Медико-социальная экспертиза Ленобласти, Тосненский район*, 187020, ЛО, Тосно г., Ленина просп., д. 29А, тел. 8 (813–61) 28–046

*Медико-социальное отделение «НОРД» МУЗ Тосненская ЦРБ*

Заведующая: Родина Е. Е., тел. 8 (813–61) 28–758.

**ОБЗОР ОСНОВНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ,  
ИСПОЛЪЗУЕМЫХ ПРИ СОПРОВОЖДЕНИИ  
ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН  
И ДЕТЕЙ**

В условиях развития эпидемии ВИЧ-инфекции в России и неуклонного роста количества ВИЧ-инфицированных в РФ, учитывая высокую социальную значимость заболевания, вызываемого ВИЧ-инфекцией, в 1995г правительством РФ был издан закон о предупреждении распространения ВИЧ-инфекции (от 30 марта 1995 г. №38-ФЗ). Законом даны гарантии государства на оказание помощи инфицированным ВИЧ и подтверждены права ВИЧ-инфицированных. Отдельные главы (Глава I, Глава I I, Глава I I I) посвящены медицинской и социальной помощи ВИЧ-инфицированным. В Главе II, п 6 законодательно закреплена обязательность проведения предварительного и последующего консультирования по ВИЧ-инфекции гражданина, проходящего медицинское освидетельствование на ВИЧ.

ВИЧ-инфицированные граждане РФ обладают на ее территории всеми правами и свободами и несут обязанности в соответствии с Конституцией Российской Федерации, законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации(Глава I, Статья 5). На них распространяются все права и обязанности в соответствии с законодательством РФ, нормативными и подведомственными актами.

Основами законодательства российской Федерации об охране здоровья граждан (от 22 июля 1993 г. № 5487-1) закрепляются полномочия органов государственной власти как федеральных, так и территориальных в области защиты прав и свобод граждан и охраны здоровья (Раздел II, Статья 6; Раздел IV, Статья 20; Статья 41) , в частности в оказании медико-социальной помощи беременным женщинам, (Раздел IV, Статья 23, Статья 36), в сохранении врачебной тайны (Раздел IV, Статья 61). В соответствии со Статьей 36 каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве.

Социальной поддержкой граждан РФ (от 10 декабря 1995г № 195-ФЗ) занимаются социальные службы. Законом №195-ФЗ определена область деятельности социальных служб по социальной поддержке граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации (Статья 1), дано определение «трудная жизненная ситуация» (Статья 7), приведен спектр реабилитационных услуг, которые социальные службы оказывают гражданам, попавшим в труд-

ную жизненную ситуацию (Статья 14). К этой категории граждан относятся также ВИЧ-инфицированные беременные женщины и дети.

Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в России снизили темпы развития эпидемии, но остановить распространение ВИЧ не удастся, поэтому чрезвычайно важно понимать и оценивать ситуацию по ВИЧ-инфекции, определять приоритетные цели и задачи. В Письме

Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 августа 2006г № 4614 –ВС «Об организации медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам и рожденным ими детям» приведены материалы по оценке ситуации, стратегии организации медико-социальной помощи. Обозначены основные мероприятия по профилактике перинатальной передачи ВИЧ-инфекции необходимые при оказании помощи беременным с ВИЧ-инфекцией и рожденным ими детям.

Особой заботы требует одна из наиболее незащищенных категорий граждан – беременные женщины. Государством установлен порядок, условия назначения и выплаты пособий по беременности и родам, единовременного пособия при рождении ребенка, при передаче ребенка на воспитание в семью, ежемесячного пособия по уходу за ребенком. Они регламентируются Постановлением Правительства РФ от 30 декабря 2006 г. № 865.

Из этой категории можно выделить особо нуждающихся в поддержке – это ВИЧ-инфицированные беременные женщины и дети. Для создания специализированного центра матери и ребенка и реализации помощи в рамках федерального закона №38-ФЗ на базе Республиканской клинической инфекционной больницы (Приказ МЗ РФ от 19 апреля 1999 г. № 133) был создан Научно-практический центр профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей МЗ РФ, основными задачами которого являются:

- оказание медицинской и консультативной помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам и детям;
- мониторинг за ВИЧ-инфицированными беременными женщинами и детьми в России;
- подготовка кадров и научно-методических материалов по вопросам оказания лечебно-профилактической помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам и детям.

Женская консультация – это первое медицинское учреждение, в которое обращается беременная женщина. В её сопровождении, а особенно ВИЧ-инфицированной женщины, особую роль играют социальные работники. Именно они могут обеспечить доверительный контакт с ВИЧ-инфицированной пациенткой в самый трудный момент – момент сообщения диагноза. Это позволит контролировать процесс прохождения беременности, вовремя назначить химиопрофилактику и в конечном счете обеспечить максимальную вероятность

рождения здорового ребенка. В инструкции по организации работы женской консультации (Приказ МЗСР РФ от 10 февраля 2003 г. № 50) в ее штаты рекомендуется вводить социальных работников, основной задачей которых является работа с женщинами социальной группы риска по предупреждению непланируемой беременности, инфекциям, передаваемым половым путем.

Медицинское наблюдение беременных женщин, инфицированных ВИЧ, осуществляется акушером-гинекологом женской консультации совместно с врачом-инфекционистом, который назначает курсы антиретровирусной терапии по согласованию с Территориальным центром по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями и определяет стационар для родоразрешения.

В организации процесса сопровождения беременной женщины очень важно взаимодействие и координация помогающих организаций. В родильный дом могут поступить женщины, не обследованные на ВИЧ-инфекцию. В этом случае важно организовать экстренные меры по тестированию, установлению контакта с женщиной для того, чтобы не «потерять» ребенка для контроля его ВИЧ-статуса и вовремя назначить ему химиопрофилактику. В Положении об организации деятельности родильного дома (Приказ МЗСР РФ от 27 марта 2006г № 197) указано, что в функции родильного дома входит взаимодействие с центрами по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями.

Основным методом, который позволяет максимально снизить риск передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку (ППМР) является проведение химиопрофилактики, которая назначается беременной женщине и ребенку. Приказ Минздрава РФ от 19 декабря 2003 г. №606 является основным документом по ППМР, в нем:

- определены этапы, методы и схемы применения противовирусных препаратов при беременности, в родах и в период новорожденности с целью предотвращения передачи ВИЧ от матери ребенку;

- приведены сведения о диагностических системах и лекарственных препаратах, разрешенных к применению в России;

- приведен образец информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности, родов и новорожденному.

Схемы проведения этапов ППМР для матери и ребенка во время беременности, при поступлении на роды и в родах, после родов, у новорожденного и после родов приведены в Приказе МЗСР РФ от 30 мая 2005г № 375 «Об утверждении стандарта профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку».

При назначении химиопрофилактики основными условиями для обеспечения качественного лечения являются: квалифицированное медицинское обслуживание, назначение эффективных схем лечения, бесперебойная

поставка дорогостоящих препаратов, контроль за лечением и медико-социальная поддержка пациентов. Все эти задачи решают Центры по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями. Приказом МЗСР РФ от 5 декабря 2005 г. № 757 утверждено:

– «Положение об организации обеспечения лекарственными средствами, отпускаемыми бесплатно по рецептам врача, для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции»;

– «Положение об организации деятельности центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями».

Законодательные документы подробно регламентируют деятельность медицинских учреждений, работающих с ЛЖВС. Однако, неуклонно возрастающее количество ВИЧ-инфицированных беременных женщин и детей, особенно нуждающихся в поддержке и помощи, требует активного вовлечения в процесс сопровождения социальных служб. Законодательно не закреплены ни принципы, ни механизмы специфической социальной помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам и детям. Для успешного решения проблем рекомендуется, в качестве одного из направлений работы, организовать сеть доверенных лиц по социальному сопровождению ВИЧ-инфицированных беременных женщин и рожденных ими детей (оказавшихся в трудной жизненной ситуации), работающих при помощи и под контролем специалистов Центров СПИД. Доверенные лица должны пройти обучение с контролем полученных знаний и умений на базе Центров СПИД.

При сопровождении ВИЧ-инфицированных беременных женщин огромное значение имеет как междисциплинарное взаимодействие всех помогающих организаций (государственных и негосударственных), так и качество индивидуального сопровождения женщины и семьи, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, специалистами медицинской и социальной служб.

***В развитие федерального законодательства применительно к нашей области Були изданы следующие документы:***

*Законы Ленинградской области*

1. от 5.12.2000 г. №39-оз «О государственных гарантиях по обеспечению граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью на территории Ленинградской области»,

2. от 28 июля 2005 г. № 62-оз «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера и развитие материально-технической базы учреждений здравоохранения в Ленинградской области на 2005-2008 гг.» (подпрограмма «Предупреждение распространения ВИЧ-инфекции (Анти-ВИЧ/СПИД)»).

3. от 27.09.2005 г. №75-оз «О здравоохранении Ленинградской области» (в редакции от 16.02.2007 г. №14-оз).

4. от 18 мая 2006 г. № 32-оз «Приоритетные направления развития об-

разования Ленинградской области на 2006-2010 гг.» (подпрограммы «Охрана здоровья участников образовательного процесса» и «Социализация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей»).

*Постановления Правительства Ленинградской области*

1. № 325 от 23.12.2004 г. «Об обеспечении бесплатными медикаментами для лечения ВИЧ-инфекции в амбулаторных условиях в учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении Ленинградской области».

2. № 325 от 30.12.2004 г. «Об обеспечении бесплатными медикаментами для лечения ВИЧ-инфекции в амбулаторных условиях в учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении Ленинградской области».

3. № 124 от 28.04.2005 г. «Об обязательном страховании медицинских, фармацевтических и иных работников государственных учреждений здравоохранения Ленинградской области, работа которых связана с угрозой их жизни и здоровью».

3. № 326 от 22.12.2005 г. (в редакции № 79 от 21.03.2006) – утверждены Комплекс мероприятий по реализации Приоритетного национального проекта и перечень нормативных правовых актов, необходимых для этого.

*Приказы Комитета по здравоохранению Ленинградской области*

1. № 11 от 14.01.2004 г. «О совершенствовании перинатальной профилактики ВИЧ-инфекции»

2. № 36 от 18.02.2005 г. «О порядке обеспечения бесплатными медикаментами для лечения ВИЧ-инфекции в амбулаторных условиях в учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении Ленинградской области»,

3. № 171 от 14.07.2005 г. «О медицинской помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам и детям, родившимся от ВИЧ-инфицированных матерей»,

4. № 268 от 5.12.2005 г. «О проведении мероприятий по подготовке к реализации приоритетного национального проекта «Здоровье»,

5. № 285 от 26.12.2005 г. «О бесплатном обеспечении лекарственными препаратами лиц с ВИЧ-инфекцией»

6. № 18 от 16.02.2006 г. «Об утверждении показателей мониторинга приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения»,

7. № 23 от 21.02.2006 г. «О мерах по выполнению Комплекса мероприятий по реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в Ленинградской области»,

8. № 45 от 17.03.2006 г. «Об утверждении плана реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в Ленинградской области».

9. № 107 от 16.04.2007 г. «О совершенствовании организации медицинской помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам и детям, родившимся от ВИЧ-инфицированных матерей»

---

## СОДЕРЖАНИЕ

Часть 1. ВИЧ-инфекция в ленинградской области .....	3
Часть 2. Организация лабораторного обследования, диспансерного наблюдения и лечения больных ВИЧ-инфекцией в ленинградской области .....	13
Часть 3. Психологические и социальные проблемы лиц, живу- щих с ВИЧ-инфекцией/спидом (ЛЖВС) и их семей .....	21
Часть 4. Цели и задачи социальной помощи больным ВИЧ-инфекцией и членам их семей .....	27
Часть 5. Алгоритм социального сопровождения ЛЖВС и его семьи .....	35
Часть 6. Профессиональные и личностные качества социального работника, необходимые для эффективной помощи ЛЖВС и их семьям .....	41
Часть 7. Оказание медико-социальной поддержки ВИЧ-положи- тельным беременным женщинам и их семьям .....	46
Часть 8. О российско-финском проекте «Психологическая и социальная поддержка ВИЧ-инфицированных женщин в Ленинградской области (2007–2009 гг.)» .....	56
ПРИЛОЖЕНИЕ 1 .....	59
ПРИЛОЖЕНИЕ 2 .....	83