

¹Лайковская Е.Э., ²Подымова А.С., ³Ножкина Н.В., ²Прохорова О.Г.,
⁴Белова Н.Б.

Организация медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным гражданам в Свердловской области

¹Министерство социальной политики Свердловской области,
г. Екатеринбург, ²ГБУЗ СО «Свердловский областной центр по профилактике
и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», г. Екатеринбург,
³ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г. Екатеринбург, ⁴ГОУ СО «Центр социальной помощи семье и детям
«Отрада» Октябрьского района» г. Екатеринбург

Резюме

В статье представлены результаты изучения и формирования подходов к созданию региональной системы межведомственного взаимодействия при оказании медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным. Исследование выполнено за период 1990-2015 гг., использованы методы эпидемиологического анализа, социологический, статистический. Установлена высокая заболеваемость и пораженность ВИЧ-инфекцией населения Свердловской области. В развитии эпидемического процесса при ВИЧ-инфекции особая роль принадлежит социальной обусловленности проблемы, в т.ч. высокой распространенности ВИЧ-инфекции среди социально дезадаптированных слоев населения, а также вовлечению женщин и реализации вертикального пути передачи вируса от матери ребенку. В гендерной структуре доля женщин в Свердловской области существенно выше, чем в среднем по России (39,0%); пораженность беременных женщин - 1,78%. С другой стороны, наличие ВИЧ-инфекции порождает определенные медико-социальные риски у пациента и его семьи. Представлены подходы к формированию модели организации комплексной медико-социальной помощи, которая позволяет обеспечить на территории Свердловской области унифицированный подход и согласованное межве-

домственное взаимодействие при медико-социальном сопровождении лиц и семей, вовлеченных в проблему ВИЧ-инфекции, с особым вниманием к женщинам и детям.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, медико-социальная помощь, межведомственное взаимодействие.

Введение

Процесс организации своевременного выявления, диспансерного наблюдения и лечения ВИЧ-инфицированных сопряжен с большим количеством немедицинских проблем, решение которых лежит в сфере деятельности не только учреждений здравоохранения, но и других служб, прежде всего социальной защиты населения.

Распространение ВИЧ-инфекции зачастую связано с девиантным поведением (употреблением психоактивных веществ, беспорядочными половыми связями и т. д.). Большинство ВИЧ-инфицированных относятся к категории граждан, оказавшихся в трудной жизненной ситуации и нуждающихся как в медицинской, так и в психологической помощи и социальной поддержке.

На международном и национальном уровне признано, что для решения проблем противодействия ВИЧ-инфекции необходимо активизировать межсекторальные действия сферы здравоохранения, социальных услуг, образования, правительственных и неправительственных организаций [1, 2].

Активизация усилий по борьбе с ВИЧ/СПИДом определяет актуальность изучения и совершенствования региональной системы межведомственного взаимодействия при оказании медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным.

Материалы и методы

Исследование выполнено на базе Свердловского областного центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями (ОЦ СПИД). Исследованием охвачен период 1990-2015 гг., общая совокупность

зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции 80 656. Применялись методы ретроспективного и проспективного наблюдения, эпидемиологического анализа, социологические, статистические. Источниками информации служили: документация ОЦ СПИД (электронная база персональных данных, амбулаторные карты пациентов, отчеты), протоколы заседаний координационной комиссии по ограничению распространения ВИЧ-инфекции на территории Свердловской области, статистические данные, ежегодные государственные доклады «О положении семьи и детей в Свердловской области», другие нормативно-правовые документы. Для характеристики эпидемической ситуации использованы абсолютные и относительные кумулятивные и ежегодные показатели, уровень пораженности, распределение по полу, возрасту, факторам заражения. Статистическая обработка выполнена по программе Microsoft Excel, достоверность определялась по критериям Стьюдента и хи-квадрат.

Результаты исследования и обсуждение

По уровню пораженности населения ВИЧ-инфекцией Свердловская область занимает первое место в Российской Федерации и Уральском федеральном округе: в 2016 году пораженность достигла 1528,7 на 100 тысяч населения, превысив среднероссийский уровень в 3 раза. На 1.01.2016 по первичной заболеваемости Свердловская область занимает второе место (после Кемеровской области) с превышением среднего уровня по России в 2016 году в 2,9 раза – 183,6 и 63,6 на 100 тысяч населения соответственно.

Высокая пораженность и заболеваемость населения Свердловской области ВИЧ-инфекцией обусловлены наличием ряда факторов. По территории области проходят основные транзитные маршруты, используемые для наркотрафика, а компактное проживание в промышленных городах способствует распространению наркотиков. Несмотря на снижение зарегистрированной первичной заболеваемости наркоманией – в 2016 г. в 1,5 раза по сравнению с 2012 годом (20,5 и 30,6 на 100 тысяч населения соответственно), ее уровень остается в два раза выше среднероссийского, а с учетом коэффициента латентности для Уральского

федерального округа (5,68 – по экспертным оценкам) [3] фактическое число наркозависимых в области может превышать 130,0 на 100 тысяч населения. Учитывая, что наркотический путь передачи ВИЧ-инфекции остается доминирующим (61%), потребители инъекционных наркотиков, имеющие склонность к асоциальным формам поведения, поддерживают резервуар для распространения ВИЧ-инфекции. Область обладает одной из самых крупных в стране системой Федеральной службы исполнения наказаний и высокой численностью заключенных (более 30 тысяч человек). В пенитенциарных учреждениях выявляется 15,2% от числа новых случаев ВИЧ-инфекции, заболеваемость и пораженность заключенных выше в 6,1 и 9,2 раза соответственно, чем среди населения области. К контингенту лиц, ранее пребывавших в местах лишения свободы, относятся 22,2% ВИЧ-инфицированных жителей области. Ежегодно более 1500 ВИЧ-инфицированных выходят на свободу и, испытывая определенные трудности в социализации, реализуя рискованные формы поведения, становятся потенциальным источником заражения.

Кроме того, высокий уровень впервые выявленной заболеваемости может быть обусловлен большим количеством скрытых случаев ВИЧ-инфекции (коэффициент латентности 3,3) [3], которые также являются источниками распространения заболевания при несвоевременном выявлении.

Весьма неблагоприятным фактором является возрастающая роль полового пути передачи ВИЧ-инфекции, доля которого в 2015 году составила 48,0%.

В развитии эпидемического процесса при ВИЧ-инфекции особая роль принадлежит вовлечению женщин и реализации вертикального пути передачи вируса от матери ребенку. За весь период наблюдения на 01.01.2016 г. в области было выявлено 31 292 женщины с ВИЧ-инфекцией. В гендерной структуре всех ВИЧ-инфицированных, выявленных с начала регистрации, доля женщин в Свердловской области существенно выше, чем в среднем по России, – 39,0% и 36,7% соответственно ($p < 0,001$). Особое эпидемическое значение

имеет инфицирование ВИЧ женщин репродуктивного возраста (15–49 лет). В 2015 году на их долю приходится 92,8% среди всех ВИЧ-инфицированных женщин и 37,5% из общего числа всех первичных случаев, в том числе женщины наиболее активного детородного возраста 18–39 лет составляют соответственно 82,7% и 33,4%. Нарастание полового пути передачи и вовлечение в эпидемический процесс женщин репродуктивного возраста ведут к увеличению ВИЧ-инфицированных беременных женщин. В Свердловской области с 2002 года доля ВИЧ-инфицированных среди беременных женщин превышает 1%, что, согласно критериям ВОЗ, соответствует генерализованной стадии эпидемии [4]. За последние пять лет данный показатель составил $1,78 \pm 0,13\%$, что почти в три раза выше, чем по России, – 0,75%.

Изучение эпидемически значимых медико-социальных характеристик ВИЧ-инфицированных женщин, решивших сохранить беременность, показало, что среди них распространены поведенческие факторы риска – употребление наркотиков (73,1%), у 49,2% партнеры инфицированы ВИЧ, у 20,8% - не проходили исследования ВИЧ-статуса, 43,0% имели сопутствующие социально значимые инфекционные заболевания; запланированная беременность только у 32,5% женщин; уже имеют ВИЧ-инфицированных детей 17,2%; отказались от ребенка 2,7% родивших [5].

За весь период наблюдения на начало 2016 года диагноз ВИЧ-инфекции установлен 892 детям, или 1,3% от кумулятивного числа ВИЧ-инфицированных. Несмотря на значительное число детей, родившихся у ВИЧ-инфицированных женщин, уровень передачи ВИЧ от матери ребенку в Свердловской области стабильно ниже, чем в среднем по России; по сравнению с 2005 годом уменьшился в 2,4 раза и на 01.01.2016 составляет 3,1%.

В области с 1997 года зарегистрировано 902 отказа от детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных женщин, из них у 27,8% установлен диагноз ВИЧ-инфекции, что в 12,2 раза выше общего уровня инфицированности детей с перинатальным контактом в Свердловской области, и обусловлено,

преимущественно, низкой мотивацией матерей этой группы к химиопрофилактике и антиретровирусной терапии.

Для осуществления мероприятий по профилактике, лечению ВИЧ-инфекции нередко требуется одновременно решение вопросов лечения больного с ВИЧ-инфекцией и социального сопровождения его и членов семьи. Кроме того, очевидна необходимость проведения профилактических мероприятий среди социально уязвимых групп населения. Решение этих задач требует организации системного межведомственного взаимодействия.

В Свердловской области разработана модель организации оказания комплексной медико-социальной помощи, которая позволяет обеспечить во всех муниципальных образованиях унифицированный подход и согласованное межведомственное взаимодействие при медико-социальном сопровождении лиц и семей, затронутых проблемой ВИЧ.

Наряду с оказанием медицинских и социальных услуг лицам с выявленной ВИЧ-инфекцией, межведомственный мультидисциплинарный подход применяется, начиная с этапа первичного обращения за помощью, и по отношению к лицам из уязвимых к ВИЧ-инфекции групп, не прошедших обследование. При этом как на региональном, так и на муниципальном уровнях осуществляется координация межведомственного взаимодействия служб здравоохранения, социальной защиты населения, при необходимости - подразделений **Министерства внутренних дел Свердловской области и Федеральной службы исполнения наказания Свердловской области.**

В Свердловской области создана система из 167 организаций социального обслуживания. Предоставляются социально-педагогические, социально-психологические, социально-медицинские, социально-бытовые, социально-правовые, социально-трудовые, срочные социальные услуги, а также услуги в целях повышения коммуникативного потенциала. На 01 января 2016 года в Свердловской области для оказания социальной помощи семье и детям функционировали 44 организации социального обслуживания семьи и детей,

в том числе 17 центров социальной помощи семье и детям, 21 социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних, 6 реабилитационных центров для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья; в 19 комплексных центрах социального обслуживания населения функционировали отделения по работе с семьей и детьми. Также в систему социального обслуживания семьи и детей включены 3 детских дома-интерната для умственно отсталых детей и 32 детских дома, которые с 1.07.2016 получили статус учреждений социального обслуживания. Деятельность организаций социального обслуживания семьи и детей направлена на профилактику детского и семейного неблагополучия и целевое предоставление социальной помощи семьям и детям, находящимся в трудной жизненной ситуации.

Организация медико-социального сопровождения ВИЧ-инфицированных имеет свои особенности, обусловленные решением специфического комплекса задач: раннего выявления ВИЧ-инфекции, формирования приверженности диспансерному наблюдению и лечению, снижения уровня перинатальной передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку (ППМР), отказов от ребенка, преодолению стигматизации и самостигматизации пациента и членов его семьи, содействие его трудоустройству, защита прав и законных интересов.

На рисунке 1 представлена организационная структура системы межведомственного взаимодействия при медико-социальном сопровождении ВИЧ-инфицированных на региональном и муниципальном уровнях в Свердловской области. Координирующую роль по оказанию комплексной помощи ВИЧ-инфицированным выполняет комиссия при Правительстве Свердловской области по противодействию распространению ВИЧ-инфекции. На уровне субъекта Федерации в организационной структуре представлены: Министерство здравоохранения Свердловской области с головным специализированным учреждением (Центром СПИД), а также областными учреждениями здравоохранения (противотуберкулезные, наркологические, кожно-венерологические), государственными учреждениями здравоохранения на территории муниципальных образова-

ний, Министерство социальной политики Свердловской области с 54 территориальными управлениями социальной политики и 167 учреждениями социального обслуживания в муниципальных образованиях, Областная комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав, Главное управление Министерства внутренних дел России по Свердловской области, Главное управление Федеральной службы исполнения наказания России по Свердловской области, общественные организации, работающие в сфере профилактики ВИЧ-инфекции.

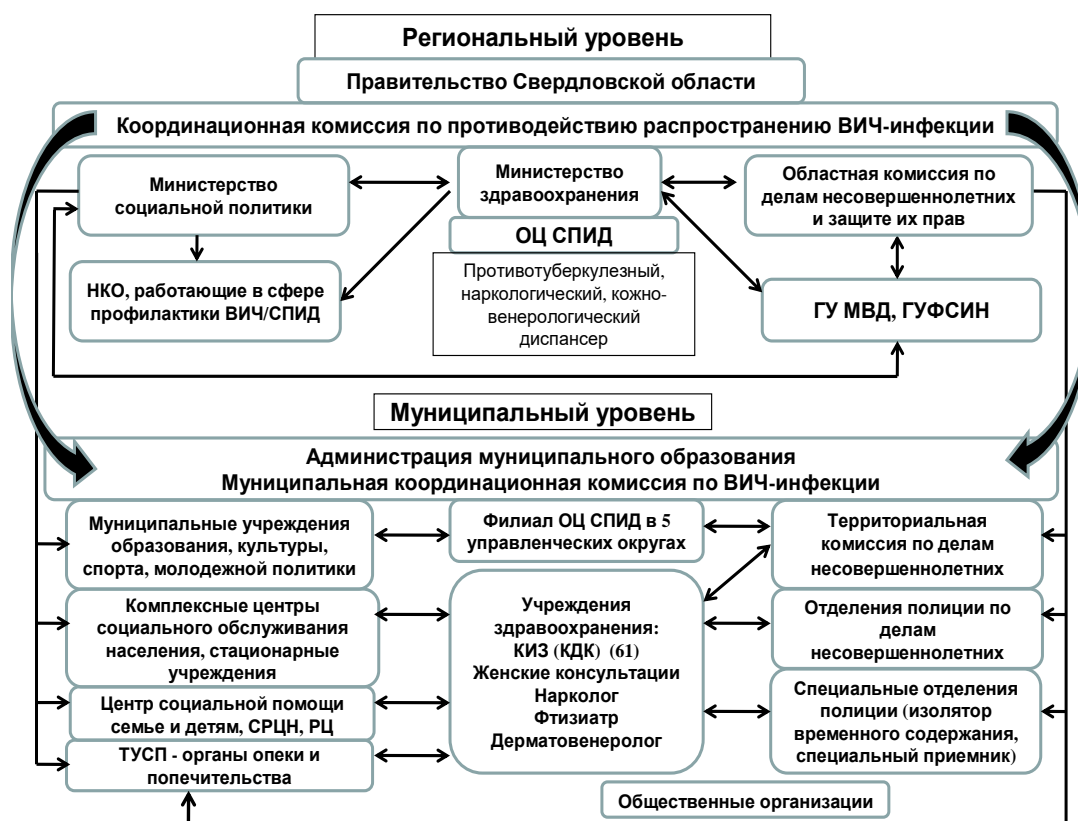


Рисунок 1 – Организационная структура системы межведомственного взаимодействия при медико-социальном сопровождении ВИЧ-инфицированных в Свердловской области

На муниципальном уровне координирующую роль выполняет муниципальная координационная комиссия по противодействию распространению ВИЧ-инфекции. На территории муниципальных образований работают территориальные комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, в

состав которых входят все субъекты профилактики, пять филиалов ОЦ СПИД в управленческих округах Свердловской области, кабинеты инфекционных заболеваний (клинико-диагностические кабинеты) государственных учреждений здравоохранения, управления социальной политики, государственные учреждения социального обслуживания населения, подразделения по делам несовершеннолетних ГУ МВД, специальные подразделения полиции (изолятор временного содержания, специальный приемник).

Улучшить качество диспансерного наблюдения ВИЧ-инфицированных, повысить приверженность лечению позволяет организация комплексных мероприятий социального сопровождения, включающих оказание социально-психологической помощи, консультирование по правовым вопросам, при необходимости – оказание срочных и иных видов социальных услуг, которые оказываются приближенно к месту проживания пациента и его семьи в организациях социального обслуживания. Алгоритм взаимодействия утвержден совместными приказами Министерства здравоохранения и Министерства социальной политики Свердловской области об организации взаимодействия системы органов социальной защиты населения с органами и учреждениями здравоохранения по противодействию распространению ВИЧ-инфекции, 2014 г. [6].

На уровне муниципальных образований утверждаются приказы о взаимодействии учреждения здравоохранения и учреждения социального обслуживания населения в части раннего выявления ВИЧ-инфекции и комплексного оказания медицинской и социально-психологической помощи гражданам с проблемой ВИЧ-инфекции, с каждой стороны назначаются доверенные специалисты.

Сопровождение пациента (семьи с ребенком) с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции осуществляется мультипрофессиональной командой (МПК). В ОЦ СПИД МПК создается на базе отдела профилактики и психосоциального консультирования, в его филиалах в штате имеются специалисты по социальной работе и психологи. Если наблюдение ВИЧ-инфицированного (семьи с ребен-

ком) осуществляют КИЗ/КДК в медицинской организации по месту жительства на территории муниципального образования, то МПК формируется совместно с учреждением социального обслуживания на основе межведомственного взаимодействия и состоит со стороны учреждения здравоохранения из врача-инфекциониста (фельдшера) и медицинской сестры КИЗ/КДК, со стороны учреждения социального обслуживания – из специалиста по социальной работе и психолога. В состав МПК может входить «равный консультант» – ВИЧ-инфицированный гражданин, приверженный лечению, прошедший специальную подготовку, представитель общественной организации.

Алгоритм действий МПК при медико-социальном сопровождении ВИЧ-инфицированных женщин и семей с детьми, состоящих под наблюдением в ОЦ СПИД (филиалах) или КИЗ/КДК (рисунок 2), может быть представлен в виде последовательных этапов: 1 – выявление социальных проблем; 2 – диагностика проблем; 3 – реабилитация; 4 – оценка результатов и дальнейшее сопровождение.

1 этап – выявление социальных проблем. При обращении ВИЧ-инфицированного в ОЦ СПИД либо в КИЗ/КДК по месту жительства врачом (фельдшером) проводится выяснение основных медицинских, социальных и психологических факторов, способствующих формированию трудной жизненной ситуации (инвалидность, неспособность к самообслуживанию в связи с болезнью, сиротство, безнадзорность, малообеспеченность, безработица, отсутствие определенного места жительства, освобождение из мест лишения свободы, употребление психоактивных веществ, конфликты и жестокое обращение в семье, одиночество и т.п.). Эти обстоятельства могут препятствовать приверженности диспансерному наблюдению, профилактике ППМР, антиретровирусной терапии (АРВТ) и привести к неблагоприятным медицинским и социальным последствиям: утяжелению заболевания, рождению ВИЧ-инфицированного ребенка, угрозе его жизни вследствие невыполнения родителями назначений врача, а порой и основных родительских обязанностей, отказу от ребенка и, как следствие, социальному сиротству, и даже смерти пациента.

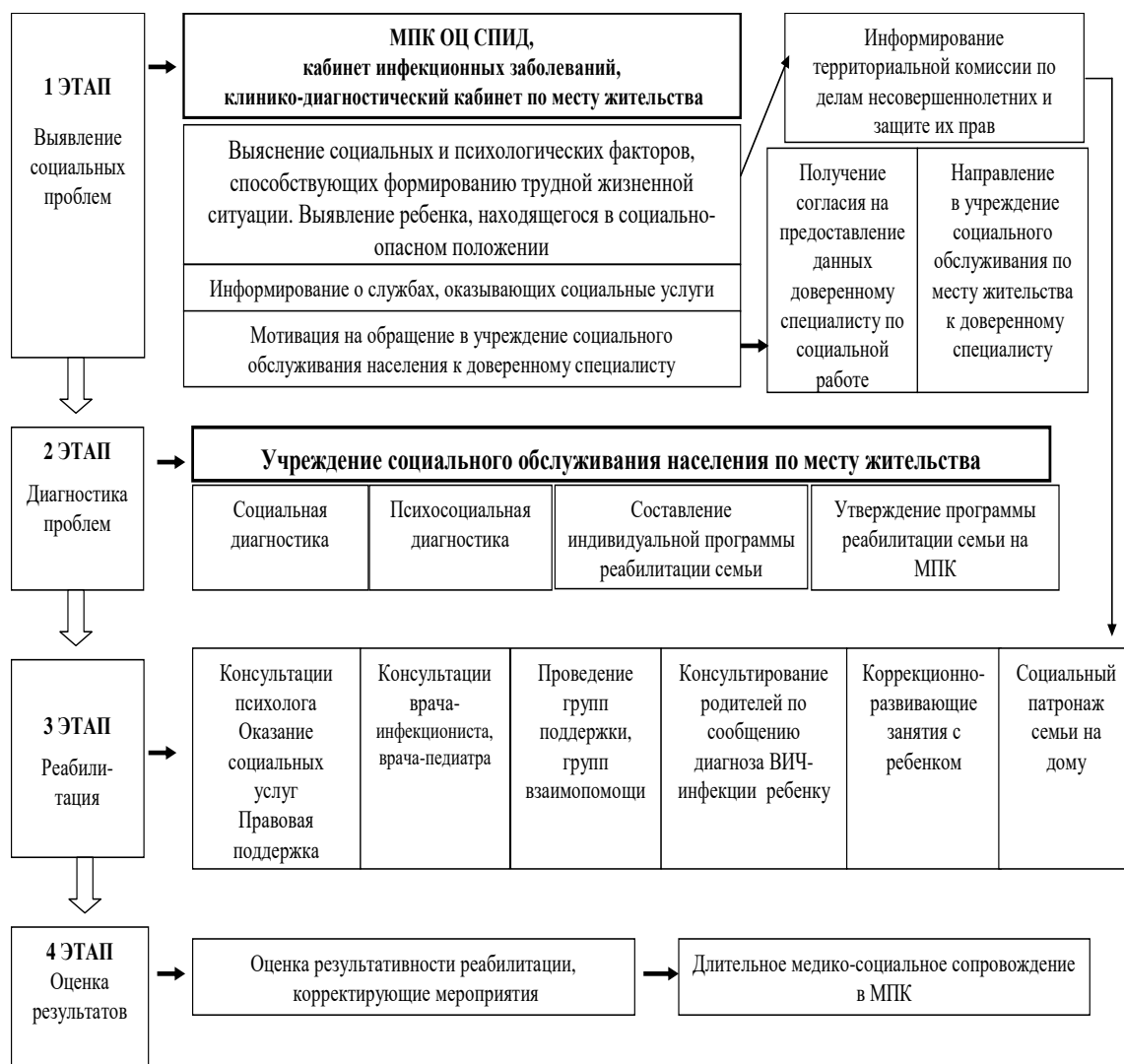


Рисунок 2 – Алгоритм действий мультипрофессиональной команды при медико-социальном сопровождении ВИЧ-инфицированных семей с детьми

Пациент информируется о службах, оказывающих социальные услуги, врачом (фельдшером) проводится работа по формированию мотивации на обращение в учреждение социального обслуживания населения к доверенному специалисту. При согласии пациента на раскрытие информации об его ВИЧ-статусе специалисту по социальной работе медицинский работник оформляет информированное согласие на передачу сведений в учреждение социального обслуживания, которое подписывается пациентом и представителем учреждения здравоохранения.

При выявлении ребенка, находящегося в социально опасном положении (т.е. если ребенок согласно Федеральному закону от 24.06.1999 № 120-ФЗ

(ред. от 03.07.2016) «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» - «...вследствие безнадзорности или беспризорности находится в обстановке, представляющей опасность для его жизни или здоровья либо не отвечающей требованиям к его воспитанию или содержанию, либо совершает правонарушение или антиобщественные действия»), осуществляется взаимодействие с органами опеки и попечительства территориальных управлений социальной политики, территориальной комиссией по делам несовершеннолетних и защите их прав, подразделениями по делам несовершеннолетних МВД по вопросу защиты прав и жизнеустройства данного ребенка.

2 этап – диагностика проблем. При обращении ВИЧ-инфицированного в учреждение социального обслуживания населения ему предоставляется подробная информация о видах социальных услуг и условиях их получения, после определения нуждаемости и составления индивидуальной программы предоставления социальных услуг предлагается заключить договор о социальных услугах, соблюдается строгая конфиденциальность информации. Проводится социальная диагностика, разрабатывается индивидуальная программа реабилитации с учетом медицинских, социальных и психологических факторов, повлиявших на формирование трудной жизненной ситуации, программа утверждается с участием всех членов МПК и предоставляются социальные услуги.

3 этап – реабилитационные мероприятия. Он включает консультации психолога и юрисконсульта, оказание иных социальных услуг в стационарной, полустационарной формах или на дому - в зависимости от потребности гражданина (ребенка) и его семьи. С семьями с детьми проводится работа по повышению приверженности приему АРВТ у детей и родителей, оказывается помощь по сообщению диагноза ВИЧ-инфекции ребенку. Осуществляется социальный патронаж на дому, проводятся коррекционно-развивающие занятия с ребенком, создаются группы для ВИЧ-инфицированных беременных, группы поддержки и клубы для семей, затронутых проблемой ВИЧ. Разработаны методические рекомендации, включающие описание социальных тех-

нологий реализации психолого-педагогической поддержки семьи и детей, затронутых ВИЧ-инфекцией, работы по формированию толерантного отношения к ВИЧ-инфицированным у специалистов социальных и образовательных учреждений [6]. Новым направлением в работе является включение информации по ВИЧ-инфекции в программу «Школы приемных родителей». Проведение занятий осуществляется специалистами учреждений социального обслуживания, прошедшими обучение в ОЦ СПИД. С этой целью разработаны методические программы для специалистов учреждений социального обслуживания населения по консультированию ВИЧ-инфицированных граждан, по сообщению диагноза ВИЧ-инфицированным детям и подросткам, по консультированию опекунов и родителей ВИЧ-инфицированных детей. Важной составляющей данного этапа является постоянное взаимодействие специалистов по социальной работе, психолога с врачом-инфекционистом и педиатром, наблюдающим ребенка.

4 этап – оценка результатов. Совместно доверенными специалистами учреждения социального обслуживания населения, врачом-инфекционистом и врачом-педиатром осуществляется оценка качества предоставляемых комплексных услуг и результативности выполнения программы реабилитации, назначаются корректирующие мероприятия, при необходимости пациент находится на длительном медико-социальном сопровождении в МПК.

Благодаря разработанной и внедренной в регионе системе раннего выявления семей и несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении, профилактики социального сиротства, консультирования женщин, а также формированию толерантного отношения общества к семьям с проблемами по ВИЧ-инфекции, в Свердловской области достигнуты определенные результаты. Так, наблюдается снижение доли отказов ВИЧ-инфицированных женщин от новорожденных (с 6,3% до 3,4%). Однако, сохраняется проблема изъятия детей из неблагополучных семей, находящихся в социально опасном положении, которое представляет угрозу жизни и здоровью несовершеннолетнего (невыполнение родительских обязанностей по со-

хранению здоровья ребенка, в т.ч. невыполнение рекомендаций по лечению ВИЧ-инфицированных детей, отсутствие жилья, отсутствие регулярного питания, алкоголизм, наркомания родителей и т.д.). В этом случае дети с ВИЧ-инфекцией временно помещаются в учреждения социального обслуживания на полное государственное обеспечение, где им обеспечивается медикаментозная терапия по назначению врача, мероприятия социальной реабилитации и решаются вопросы семейного устройства. За последние годы отмечается положительная динамика семейного устройства детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей: 2010 год - 15 детей, 2011 год - 28 детей, 2012 год - 55 детей, 2015 год – 61 ребенок.

Выводы. Свердловская область характеризуется неблагоприятной динамикой распространения ВИЧ-инфекции с нарастающим вовлечением в эпидемический процесс женщин репродуктивного возраста, ростом числа детей, родившихся у ВИЧ-инфицированных матерей, в том числе с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции, что необходимо учитывать при комплексной оценке медико-демографической и социально-экономической ситуации в регионе.

Наличие у ВИЧ-инфицированных граждан комплекса факторов риска, влияющих на их приверженность антиретровирусной терапии и проведение профилактики перинатальной передачи ВИЧ, а также на сохранение и воспитание ребенка в семье, требует организации комплексных мероприятий по консультированию, оказанию психосоциальной помощи и социальному сопровождению пациента и его семьи.

В Свердловской области для комплексного решения задач повышения эффективности профилактики и оказания медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и семьям, затронутым проблемой ВИЧ-инфекции, разработана и внедрена система межведомственного взаимодействия учреждений здравоохранения и социального обслуживания населения на основе комплексного системного подхода, которая показала свою результативность.

Литература

1. ВИЧ-инфекция и СПИД : национальное руководство / под ред. В.В. Покровского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 608 с.
2. Организация межведомственного взаимодействия по программам профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, сопутствующих заболеваний (туберкулез, инфекции, передаваемые половым путем, гепатиты, наркомании) : мет. рек. Минздравсоцразвития РФ от 20 апр. 2007 г. № 3212-РХ // Сборник нормативно-правовых актов и методических документов по вопросам диагностики, лечения, эпидемиологического и поведенческого надзора ВИЧ/СПИД и сопутствующих заболеваний. - М., 2007. - Т. 1. Организация работы службы по профилактике и борьбе со СПИДом в Российской Федерации. - С. 73-84.
3. Социально-демографическая безопасность России / под ред. В. А. Черешнева, А. И. Татаркина. – Екатеринбург: Институт экономики УрО РАН, 2008. – 864 с.
4. Guidelines for Second Generation HIV Surveillance / World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. - Geneva, 2000. - 40 p.
5. Прохорова О.Г., Ножкина Н.В. Развитие профилактики и медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным женщинам и детям в Свердловской области // Вестник РГМУ. Научный медицинский журнал Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова. - 2013. - № 5-6. - С. 106-110.
6. Об организации дополнительных мероприятий по противодействию распространению ВИЧ-инфекции в учреждениях здравоохранения и учреждениях социального обслуживания населения Свердловской области : приказ Министерства социальной политики Свердловской области, Министерства здравоохранения Свердловской области от 16 сент. 2014 г. № 573, 1177-н. - Электр. ресурс. – Сайт «КонсультантПлюс». - Режим доступа : <http://base.consultant.ru>. – 21.10.2016.

7. Методическое пособие «Психолого – педагогическая поддержка семей и детей, затронутых ВИЧ-инфекцией» / Глобальный фонд «Российское здравоохранение», Государственное областное учреждение социального обслуживания «Центр социальной помощи семье и детям «Отрада» Октябрьского района» г. Екатеринбурга. - Екатеринбург, 2009. – 150 с.

Информация об авторах:

Лайковская Елена Эдуардовна - Первый Заместитель Министра социальной политики Свердловской области, к.м.н., г. Екатеринбург

Подымова Анжелика Сергеевна - главный врач ГБУЗ СО «Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», г. Екатеринбург, к.м.н.

Ножкина Наталья Владимировна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Прохорова О.Г.- заведующая отделом профилактики и психосоциального консультирования ГБУЗ СО «Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», г. Екатеринбург, к.м.н.

Белова Наталья Борисовна – директор Государственного областного учреждения социального обслуживания «Центр социальной помощи семье и детям «Отрада» Октябрьского района» г. Екатеринбурга

Автор для корреспонденции: Подымова А.С., г. Екатеринбург, ул. Ясная, 46, glvrach@livehiv.ru