

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ



**РОССИЙСКИЙ
КРАСНЫЙ
КРЕСТ**

ПОСОБИЕ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ УХОД В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ

Совместный проект Российского Красного Креста
и Американского Красного Креста
Издание финансируется Американским агентством
международного развития, в рамках программы
«Помощь людям, осуществляющим уход за
ВИЧ-положительными пациентами»

Иркутск, 2007 г.

РОССИЙСКИЙ КРАСНЫЙ КРЕСТ

ВИЧ-инфекция

ПОСОБИЕ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ,
ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ УХОД В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ

Совместный проект Российского Красного Креста и Американского Красного Креста
Издание финансируется Американским агентством международного развития,
в рамках программы
«Помощь людям, осуществляющим уход за ВИЧ-положительными пациентами»

Иркутск, 2007 г.

Составители:

Плотникова Ю.К., к.м.н., ассистент кафедры инфекционных болезней Иркутского государственного медицинского университета

Загайнова А.И., врач-эпидемиолог, координатор программы Российского Красного Креста «Помощь людям, живущим с ВИЧ/СПИД» в г. Иркутске

Красовская А.А., консультант — психолог программы «Помощь людям, живущим с ВИЧ/СПИД» в г. Иркутске

Michael Lowe, делегат по вопросам здравоохранения Американского Красного Креста.

Консультанты:

Сячина Е.А., зав. клинико-диагностическим отделом Иркутского областного Центра по борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями

Шишкина В.В., к.м.н., директор департамента функционального развития Российского Красного Креста

Вяльба Е.В., врач-инфекционист, к.м.н., доцент, главный специалист по вопросам ВИЧ/СПИД Российского Красного Креста

Jim Ricca, доктор медицинских наук, магистр здравоохранения, менеджер по вопросам здравоохранения Американского Красного Креста

Jacqueline Greene, старший сотрудник международной службы Американского Красного Креста

Julie Dixon, руководитель проектов по уходу и поддержке ЛЖВС «СПИД Фонда Восток-Запад»

Постнов Д.А., координатор проекта по уходу и поддержке ЛЖВС «СПИД Фонда Восток-Запад»

Рецензенты:

Фролова О.П., д.м.н., профессор, руководитель Центра противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией Министерства здравоохранения и социального развития

Дементьева Л.А., заместитель начальника отдела организации надзора за ВИЧ/СПИДом Федеральной Службы по надзору в сфере защиты прав потребителя и благополучия человека Министерства здравоохранения и социального развития

Юрин О.Г., д.м.н., лауреат государственной премии, заместитель руководителя Федерального научно-методического Центра по профилактике и борьбе со СПИД

Под редакцией Праздниковой Э.Н., генерального секретаря Российского Красного Креста, д.м.н., профессора

ВИЧ-инфекция. Пособие для специалистов, осуществляющих уход в домашних условиях. — Иркутск: Изд-во «Риэл», 2007. — 92 с.

Данная публикация стала возможной благодаря поддержке Американского агентства международного развития, в рамках гранта № J0052.

Мнение авторов не обязательно отражает мнение Американского агентства международного развития (USAID).

Выражаем благодарность за оказанную помощь в подготовке данного пособия Американскому Красному Кресту, Международной Федерации Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, СПИД Фонду Восток-Запад, Иркутскому государственному медицинскому университету, Иркутскому областному Центру по борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями.

Данное издание представляет собой пособие для специалистов по уходу (сестер милосердия Красного Креста, социальных работников), а также для всех людей, оказывающих уход за ВИЧ-инфицированными лицами в домашних условиях. Это издание является дополнением к учебным пособиям Российского Красного Креста «Основы ухода в домашних условиях» (М., «Мосби», 1997 г.) и «Уход за больными туберкулезом в амбулаторной фазе лечения» (М., 2000 г.)

Книга представляет интерес для людей, осуществляющих уход в домашних условиях: социальных работников, сестер милосердия Красного Креста, а так же для всех, кто столкнулся с проблемой ВИЧ/СПИД в повседневной жизни.

Оглавление

Предисловие	4
Введение	5
Глава 1. Понятие о ВИЧ-инфекции, СПИДе и иммунной системе	6
Глава 2. Эпидемиология ВИЧ-инфекции	11
Глава 3. Стадии развития и проявления ВИЧ-инфекции.....	15
Глава 4. Вторичные заболевания	20
Глава 5. Питание при ВИЧ-инфекции	41
Глава 6. Лечение больных ВИЧ-инфекцией.....	50
Глава 7. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку.....	57
Глава 8. Профилактика ВИЧ-инфекции среди специалистов по уходу и людей, оказывающих уход в домашних условиях.....	64
Глава 9. Психологические проблемы при ВИЧ-инфекции	67
Глава 10. Соблюдение прав людей, живущих с ВИЧ	77
Приложения	82
Глоссарий	85
Список используемой литературы.....	89

Предисловие

Эпидемия ВИЧ-инфекции в России в последнее время получила практически повсеместное распространение.

С каждым днем число людей, инфицированных ВИЧ, неуклонно растет.

Сегодня большинство из тех, кому поставлен диагноз «ВИЧ-инфекция», находятся в субклинической стадии и не нуждаются в постороннем уходе. Но это не означает, что им не нужна никакая помощь! Людям, которых затронула эпидемия ВИЧ-инфекции, необходима, прежде всего, моральная и психологическая поддержка близких, а также точная информация о том, что нужно делать при ВИЧ-инфекции, чтобы как можно дольше сохранить свое здоровье и качество жизни.

С течением времени на фоне развивающегося иммунодефицита состояние здоровья лиц с ВИЧ-инфекцией ухудшается, и может наступить момент, когда им и их близким потребуется помощь в уходе. В преддверии такой ситуации очень важно, чтобы уже сегодня появились подготовленные специалисты по уходу, владеющие достоверной информацией о заболевании, а также практическими навыками по уходу за больными ВИЧ-инфекцией в домашних условиях. Этими специалистами могут стать как сестры милосердия Красного Креста и социальные работники, так и ближайшее окружение ВИЧ-положительного человека — друзья, члены его семьи и т.д. Подготовка по вопросам ухода при ВИЧ-инфекции позволит специалистам по уходу квалифицированно и качественно оказывать своим подопечным необходимую помощь. Такая подготовка поможет также людям, осуществляющим уход за ВИЧ-положительными, чувствовать себя более уверенными, более защищенными и способными противостоять тяжелому заболеванию пациента или просто близкого и дорогого им человека.

Основной целью данного пособия является освещение современных представлений о путях передачи ВИЧ, развитии заболевания, лечении и профилактике ВИЧ-инфекции, правовой защите людей, живущих с ВИЧ. Особое внимание уделено профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку, вопросам питания при ВИЧ-инфекции и психологическим аспектам при общении с людьми, живущими с ВИЧ-инфекцией.

Данное пособие разработано в дополнение к ранее опубликованным учебным изданиям Российского Красного Креста «Основы ухода в домашних условиях» («Мосби», М., 1997 г.) и «Уход за больным туберкулезом в амбулаторной фазе лечения» (Москва, 2000 г.). Оно предназначено, прежде всего, для специалистов по уходу (сестер милосердия Красного Креста, социальных работников), но будет также полезно всем людям, которых лично затронула эпидемия ВИЧ-инфекции.

Введение

В течение последних 20 лет ВИЧ-инфекция медленно, но неуклонно распространялась из первоначальных очагов (США и Центральная Африка) на все континенты и во все страны мира. Сегодня мир живет в условиях пандемии ВИЧ-инфекции, которая представляет собой сочетание глобальных медицинских и социально-экономических проблем.

Неисчислимы разнообразные социальные последствия эпидемии ВИЧ-инфекции, которая в большинстве своем затрагивает людей молодого, т.е. трудоспособного и репродуктивного возраста.

ВИЧ-инфекция оказывает существенное влияние на заболеваемость и смертность населения, на демографические показатели, а также на экономическое развитие стран и отдельных отраслей экономики.

В ряде стран Центральной и Южной Африки пораженность взрослого населения ВИЧ составляет до 15-20%, в странах Латинской Америки — 0,5%, Карибского бассейна — 2,2%, Юго-Восточной Азии — 0,6%. В США ВИЧ-инфекцией затронуто более 0,6% населения, а в некоторых странах Западной Европы — Португалии, Испании, Франции, Швейцарии — 0,3% (UNAIDS, 2003 г.)

Интенсивное распространение ВИЧ-инфекции началось в конце 70-х годов, преимущественно в некоторых городах Америки и Западной Европы, в популяциях мужчин, практикующих секс с мужчинами, и у потребителей инъекционных наркотиков, а ранее — в странах Африки и Карибского бассейна среди мужчин и женщин, имеющих множественные половые связи. Среди жителей Центральной Африки вирус распространялся в основном половым путем, чему способствовали местные обряды и традиции.

Расширение торгово-экономических связей, активная миграция населения привели к проникновению вируса и в другие территории. Эпидемия ВИЧ-инфекции в Восточной Европе началась позднее, чем на других территориях. Этому способствовал фактор длительной изоляции России и других стран Восточной Европы от таких направлений развития мирового рынка, как распространение наркотиков и «сексуальный туризм», а также вследствие особенностей сексуальной культуры прежнего социального строя (Покровский В.В. и соавт., «ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение», М., 2000 г.).

К концу 1996 г. в России началась эпидемия ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков (в конце 90-х годов — до 90% всех зарегистрированных случаев). В настоящее время все большее распространение приобретает половой путь передачи ВИЧ.

До настоящего времени основными причинами быстрого распространения ВИЧ-инфекции в России являются широкое употребление инъекционных наркотиков и развитие рынка сексуальных услуг.

ВИЧ-инфекция — одна из важнейших и трагических проблем, возникших перед человечеством в конце XX века.

Для многих стран ВИЧ-инфекция превратилась в весьма распространенное заболевание.

ГЛАВА 1

Понятие о ВИЧ-инфекции, СПИДе и иммунной системе

Прочитав эту главу, Вы узнаете:

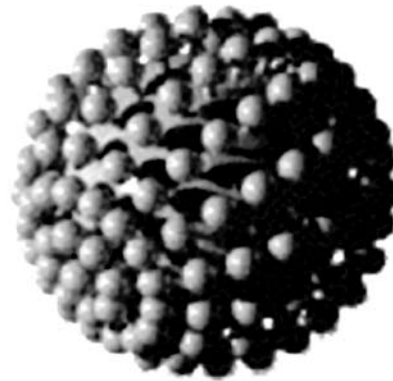
1. Что такое ВИЧ, ВИЧ-инфекция и что такое СПИД.
2. Как влияет ВИЧ-инфекция на иммунную систему.
3. Что такое «период окна».
4. Как ставится диагноз «ВИЧ-инфекция».
5. Какие существуют лабораторные методы диагностики ВИЧ-инфекции.

Понятие о ВИЧ, ВИЧ-инфекции и СПИДе

ВИЧ — это сокращенное название вируса иммунодефицита человека, поражающего иммунную систему человека.

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) относят к подгруппе ретровирусов (т.е. вирусов, способных осуществлять процесс «обратной трансмиссии», а именно синтез ДНК на матрице РНК, а не наоборот, как у прочих живых организмов). Характерными особенностями ретровирусов являются уникальное строение генома и наличие ферментов «обратной транскриптазы», «интегразы» и «протеазы», которые помогают частицам вируса легко проникать в иммунные клетки человека и размножаться там.

Схематичное изображение вируса иммунодефицита человека



В настоящее время в мире циркулируют два типа вируса: ВИЧ-1 и ВИЧ-2, которые отличаются друг от друга структурой, антигенным составом и эпидемиологической характеристикой.

Имеются достоверные различия в течении заболеваний, вызываемых этими вирусами: течение инфекции, вызываемое ВИЧ-2, считается более продолжительным и благоприятным.

ВИЧ-инфекция — это заболевание, вызванное вирусом иммунодефицита человека. ВИЧ-инфекция относится к группе медленных вирусных инфекций. Сегодня ВИЧ-инфекцию характеризуют как медленно протекающее хроническое инфекционное заболевание.

СПИД — сокращенное название *синдрома приобретенного имму-*

нодефицита. Это состояние выраженного иммунодефицита, которое характеризуется появлением у больного ВИЧ-инфекцией как минимум одного из оппортунистических заболеваний (см. главу 4) и состояний, определенных экспертами Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), как заболевания, индикаторные для синдрома приобретенного иммунодефицита. К ним относятся: инфекции легких, мозга, глаз и других органов, существенная потеря веса, диарея и один из видов раковой опухоли — саркома Капоши.

Влияние ВИЧ на организм человека (патогенез)

Иммунная система — многокомпонентная, сложная система организма человека. Одна из функций иммунной системы — защита организма от чужеродных агентов (белков), будь то бактерии, вирусы, грибки, простейшие организмы или опухолевые клетки. Полноценно функционирующая иммунная система отслеживает и уничтожает эти чужеродные агенты, предотвращая развитие инфекций и опухолевых заболеваний. Эту защитную функцию выполняют определенные клетки крови и тканей (лимфоциты, лейкоциты, макрофаги и т.д.).

Попадая в организм человека, ВИЧ поражает, в первую очередь, клетки иммунной системы — CD4+ лимфоциты (или Т-лимфоциты), которые участвуют в борьбе с вирусными, грибковыми и протозойными инфекциями. В нормальном состоянии эти клетки отвечают за иммунные реакции, в результате которых активируются другие клетки иммунной системы. Главной причиной иммунодефицита, наблюдаемого при ВИЧ-инфекции, является снижение количества клеток крови — CD4+ лимфоцитов.

После присоединения ВИЧ к оболочке клетки человека РНК (рибонуклеиновая кислота) ВИЧ вместе с ферментами вируса проникает в цитоплазму клетки. Здесь, с помощью фермента «обратной транскриптазы», на матрице РНК ВИЧ синтезирует ДНК (дезоксирибонуклеиновую кислоту) ВИЧ. ДНК ВИЧ проникает в ядро клетки человека и встраивается в его ДНК, после чего клетка человека начинает производить новые вирусные частицы и сама погибает.

Иммунный статус и «вирусная нагрузка»

Одними из важных лабораторных показателей, позволяющими оценить состояние здоровья человека с ВИЧ-инфекцией, являются иммунный статус и «вирусная нагрузка».

Основным показателем оценки иммунного статуса является определение количества клеток CD4+ в 1мл крови (в соответствии с принятой в России метрической системой СИ количество клеток измеряется в миллиардах на литр — млрд/л).

В норме это число составляет 500 и более клеток (0,5 млрд/л). Снижение иммунного статуса до 200 клеток (0,2 млрд/л) и ниже создает опасность развития угрожающих жизни заболеваний

Наиболее подверженными поражению ВИЧ являются клетки, имеющие на поверхности особые рецепторы (связывающую молекулу) CD4, называемые CD4 положительными (CD4+).

ВИЧ не может размножаться вне клеток человеческого организма.

Для оценки количества вирусов в организме человека определяется число копий РНК ВИЧ в 1 мл плазмы крови — «вирусная нагрузка». В настоящее время анализ «вирусной нагрузки» применяется в основном в качестве быстрого и удобного метода контроля эффективности лечения ВИЧ-инфекции.

Диагностика ВИЧ-инфекции

Диагностика ВИЧ-инфекции осуществляется путем комплексной оценки:

- *эпидемиологических данных* (имели ли место в прошлом переливание крови, различные хирургические вмешательства, совместное с другими лицами употребление инъекционных наркотиков, сексуальные контакты с ВИЧ-инфицированными партнерами, беспорядочные и незащищенные половые связи и т.д.);
- *результатов лабораторных исследований* (для лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции используются различные методы обнаружения в специальном анализе крови как самого ВИЧ, так и антигенов и генного материала ВИЧ, а также методы обнаружения *антител к ВИЧ*). Самым распространенным методом лабораторной диагностики во всем мире остается определение ВИЧ-инфекции с помощью антител к ВИЧ. Остальные методики (например, *полимеразная цепная реакция — ПЦР*) используются в качестве вспомогательных в индивидуальных случаях;
- *результатов клинического обследования* (определение клинических признаков ВИЧ-инфекции). Без проведения клинического обследования невозможно организовать правильное лечение пациента.

В России в настоящее время стандартной процедурой лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции является обнаружение антител к ВИЧ.

Лабораторные методы диагностики ВИЧ-инфекции

Период времени с момента заражения ВИЧ-инфекцией до момента появления антител к ВИЧ называется «периодом окна».

Антитела к ВИЧ появляются у инфицированных людей не сразу после заражения, а спустя некоторое время: у 90-95% инфицированных — в течение трех месяцев после инфицирования, у 5-9% — через шесть месяцев от момента инфицирования, и у 0,5-1% — в более поздние сроки. Наиболее ранний срок обнаружения антител — две недели от момента инфицирования.

Стандартные и наиболее доступные методы лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции проводятся в два этапа:

1. Выявление суммарного спектра антител против антигенов ВИЧ с использованием различных тестов (иммуноферментный анализ — *ИФА*).
2. Определение антител к отдельным белкам вируса (реакция иммунного блоттинга — *ИБ*).

Положительный результат обследования на ВИЧ методом иммуноферментного анализа (ИФА) является ориентировочным.

Сыворотка такого пациента должна быть исследована повторно методом ИФА, а затем *методом иммунного блоттинга (ИБ)*. Только после проведения лабораторных исследований методами ИФА и ИБ может быть сделан вывод о наличии или отсутствии у пациента антител к ВИЧ.

Результаты, полученные в иммунном блоттинге (*ИБ*), могут интерпретироваться как *положительные, сомнительные (неопределенные) и отрицательные*.

Отрицательными считаются пробы сыворотки, в которых не обнаруживаются антитела ни к одному из антигенов (белков) ВИЧ. В данном случае выдается *заключение об отсутствии антител к ВИЧ*.

В случае наличия у человека неблагоприятного эпидемиологического анамнеза (употребление инъекционных наркотиков в прошлом или настоящем, практика незащищенных половых контактов с несколькими партнерами и т.д.) ему необходимо пройти через некоторое время (которое определяет врач) повторное лабораторное обследование на ВИЧ.

Сомнительными (неопределенными) будут считаться пробы, в которых обнаруживаются антитела только к одному гликопротеину ВИЧ и/или каким-либо белкам ВИЧ. В этом случае достоверная интерпретация результата невозможна. Сомнительный результат анализа говорит о том, что пациенту необходимо *повторное лабораторное исследование методом ИБ*. Сроки проведения этого исследования определяет врач в зависимости от результатов предыдущего *ИБ*.

Положительными считаются пробы, в которых обнаруживаются антитела к 2-м или 3-м гликопротеинам ВИЧ. В данном случае выдается заключение о наличии в исследуемом материале антител к ВИЧ. Положительный тест на ВИЧ свидетельствует о том, что человек инфицирован ВИЧ, т.е. серопозитивен. Такого человека называют «ВИЧ-положительным» или «ВИЧ-позитивным».

Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции у детей

У детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, может наблюдаться *преходящее носительство* материнских антител к ВИЧ. Если ребенок не инфицирован ВИЧ, со временем (обычно к 18-ти месяцам жизни), антитела исчезают. Эти дети могут быть временно серопозитивными (т.е. иметь положительный результат теста), хотя и не заражены ВИЧ.

Таким образом, положительный результат исследования на антитела к ВИЧ ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью, не может служить подтверждением диагноза ВИЧ-инфекции вплоть до достижения им возраста 18-ти месяцев.

Если ребенок заразился ВИЧ, его организм начинает вырабатывать собственные антитела (считается, что при отсутствии гипоглабулемии — аномального пониженного содержания иммуноглобулинов в крови — к 18 месяцам это происходит у всех зараженных ВИЧ детей).

При получении отрицательного теста на ВИЧ (т.е. заключения об отсутствии в пробе крови антител к ВИЧ) необходимо помнить о «периоде окна», т.е. о том, что антитела к ВИЧ появляются в организме не сразу, а в период от двух недель до трех месяцев от момента инфицирования, а в некоторых случаях этот срок удлиняется до шести месяцев и более, и у человека, уже некоторое время (возможно — несколько месяцев) инфицированного ВИЧ, результаты лабораторных исследований могут быть отрицательными.

У взрослых и детей старше 18-ти месяцев положительный результат обследования на ВИЧ в реакции иммунного блоттинга (*ИБ*) является достоверным лабораторным подтверждением диагноза ВИЧ-инфекции.

В ряде случаев собственные антитела к ВИЧ начинают определяться в крови зараженного ребенка только после того, как исчезают материнские.

Вместе с тем, как можно более раннее и достоверное подтверждение или исключение диагноза ВИЧ-инфекции у детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, позволит оказать детям своевременную и адекватную медицинскую помощь.

ВИЧ-инфекция может быть достоверно установлена у большинства инфицированных новорожденных к возрасту 1-го месяца и практически у всех инфицированных ВИЧ детей к возрасту 6-ти месяцев при использовании молекулярно-биологических методов: *качественного метода определения ДНК ВИЧ* методом ПЦР (полимеразной цепной реакции) и *количественного метода определения РНК ВИЧ* в плазме («вирусная нагрузка»).

Получение двух положительных результатов (обнаружение ДНК ВИЧ в реакции ПЦР) в двух последовательно проведенных исследованиях двух отдельно взятых образцов крови является лабораторным подтверждением диагноза ВИЧ-инфекции у ребенка.

Получение двух отрицательных результатов в двух последовательных исследованиях (первое в возрасте не менее 1 месяца, второе в возрасте не менее 4 месяцев), сделанных с интервалом не менее 1 месяца, свидетельствует против диагноза ВИЧ-инфекции у ребенка. Однако вопрос о снятии с учета ребенка решается только с учетом клинико-эпидемиологических данных и результатов обследования на антитела к ВИЧ стандартными методами ИФА и ИБ.

Диагноз ВИЧ-инфекции у детей может быть выставлен на основании совокупных данных эпидемиологического анамнеза (рождение от ВИЧ-инфицированной матери), клинического осмотра и положительных результатов лабораторного исследования крови (наличие антител и/или ДНК ВИЧ в крови).

ГЛАВА 2

Эпидемиология ВИЧ-инфекции

Прочитав эту главу, Вы узнаете:

1. Какие существуют пути передачи ВИЧ-инфекции.
2. Как не передается ВИЧ-инфекция.
3. Что такое риск и уязвимость.

Источники инфекции

Восприимчивы к ВИЧ и болеют ВИЧ-инфекцией только люди.

Источником инфекции является зараженный ВИЧ человек — с момента инфицирования до терминальной (конечной) стадии заболевания.

Разные периоды заболевания характеризуются разной степенью эпидемиологической опасности.

Имеются сведения, что контагиозность больных возрастает в периоды, когда в крови содержится наибольшее количество вируса, т.е. в период острой инфекции и на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

В то же время на начальных стадиях заболевания, при отсутствии каких-либо проявлений инфекции (в том числе в период так называемого «окна» — см. главу 1, раздел «Лабораторные методы диагностики ВИЧ-инфекции»), когда больной еще и не подозревает о своем заболевании, чувствует себя хорошо и сексуально активен, он, как источник инфекции, может представлять собой реальную и серьезную эпидемическую угрозу.

Биологические жидкости, в которых вирус содержится в максимальной концентрации (или концентрации, достаточной для заражения ВИЧ):

- кровь;
- сперма;
- выделения женских половых органов (вагинальный и цервикальный секреты);
- грудное молоко.

Биологические жидкости, содержащие низкую концентрацию вируса и не представляющие опасности в плане заражения ВИЧ-инфекцией:

- моча;
- слезы;
- слюна;
- мокрота;
- пот.

Пути передачи ВИЧ-инфекции

Пути передачи ВИЧ-инфекции сегодня достоверно известны.

Риск передачи ВИЧ-инфекции зависит от количества вирусов, содержащихся в той биологической жидкости организма, с которой контактирует человек. Их концентрация неодинакова в разные периоды развития инфекции и в разных жидкостях организма.

ВИЧ-инфекция не передается:

- воздушно-капельным путем (при разговоре, кашле, чихании и т.п.)
- фекально-оральным путем (через продукты питания, воду и т.д.)
- трансмиссивным путем (при укусах насекомых)
- контактно-бытовым путем (при общении, через предметы быта и т.п.)

Риск инфицирования увеличивается в период менструации у женщины, при увеличении числа половых партнеров, при наличии сопутствующих воспалительных заболеваний половой системы. Эта взаимосвязь отмечается как при вагинальном сексе, который является наиболее физиологичным и распространенным, так и при оральном и анальном видах секса.

ВИЧ-инфекция передается только следующими путями:

- *половым* (при гомо- и гетеросексуальных контактах). Половой путь заражения реализуется во время любого незащищенного (без использования презерватива) полового контакта при любых видах сексуальных практик (анальный, вагинальный, оральный секс);
- *парентеральным* «кровь в кровь» (при использовании нестерильных инструментов или при пользовании общими иглами и шприцами, использовании инъекционных растворов, содержащих кровь инфицированного ВИЧ человека и т.д.). В настоящее время наиболее активно парентеральный путь передачи ВИЧ реализуется среди потребителей инъекционных наркотиков;
- *от больной ВИЧ-инфекцией матери ребенку* (во время беременности, родов и кормления младенца грудным молоком).

Половой путь заражения

Половой путь заражения ВИЧ-инфекцией сегодня является весьма актуальным. Степень риска заражения при незащищенном (без использования презерватива) половом контакте с ВИЧ-инфицированным партнером зависит от целого ряда факторов, например:

- количества половых актов и длительности периода интимных отношений;
- вида сексуального контакта;
- стадии заболевания инфицированного партнера;
- состояния здоровья неинфицированного партнера (в частности, наличия или отсутствия заболеваний, передающихся половым путем).

Существует более высокая вероятность передачи ВИЧ от мужчины к женщине, обусловленная тем, что семенная жидкость по объему и дозе возбудителя в ней превышает объем и дозу возбудителя в выделениях из женских половых путей. Зараженный субстрат — сперма — остается во влагалище женщины, тем самым приводя к более длительному контакту с инфицированной биологической жидкостью, а также тем фактором, что слизистая оболочка шейки матки и влагалища у женщин более проницаема для ВИЧ, чем кожа полового члена мужчины.

Анальный секс более травматичен, чем вагинальный, так как прямая кишка анатомически и физиологически не приспособлена для половых сношений, поэтому при этом виде полового контакта повреждение эпителия прямой кишки более вероятно, и инфицирование происходит чаще, чем при вагинальном сексуальном контакте. Эта особенность, сочетающаяся со сравнительно большим количеством половых партнеров у мужчин, практикующих секс с мужчинами, объясняет более высокую скорость распространения ВИЧ среди гомосексуалистов.

Риск инфицирования при оральном сексе, значительно ниже, чем при генитальном (вагинальном) или анальном контакте, но возможность передачи ВИЧ при этом виде сексуального контакта не исключается.

Парентеральный путь передачи ВИЧ-инфекции возможен:

- при проведении различных процедур медицинского и немедицинского характера (чаще всего — при инъекционном употреблении наркотиков, реже — при использовании нестерильного инструментария при пирсинге, нанесении татуировок, прокалывании ушей и т.п.), связанных с риском попадания инфицированной крови в организм неинфицированного ВИЧ человека;
- при переливании инфицированной ВИЧ цельной крови и ее препаратов (тромбо — и эритроцитарной массы, свежей и замороженной плазмы и др.);
- при трансплантации органов, тканей и искусственном оплодотворении женщин.

Передача ВИЧ от инфицированной матери ребенку может происходить:

- во внутриутробном периоде — гематогенным путем через плаценту;
- во время родов — при прохождении плода через инфицированные родовые пути;
- после родов — при грудном вскармливании.

Передача ВИЧ от матери ребенку является основной причиной ВИЧ-инфекции у детей.

Риск передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку зависит от ряда факторов, например:

- времени инфицирования ВИЧ и продолжительности заболевания матери ВИЧ-инфекцией;
- иммунного статуса и общего состояния здоровья матери;
- наличия различных инфекционных заболеваний у матери.

Условия, необходимые для инфицирования ВИЧ

Для передачи ВИЧ с последующим развитием ВИЧ-инфекции необходимо не только наличие *источника инфекции* (ВИЧ-инфицированного человека) и *восприимчивого субъекта* (неинфицированного ВИЧ человека), но и *возникновение особых условий*, обеспечивающих эту передачу:

- с одной стороны, должно произойти выделение ВИЧ *из инфицированного организма* в количестве, достаточном для заражения другого человека (в естественных ситуациях выделение ВИЧ из инфицированного организма происходит ограниченными путями: со спермой, выделениями половых путей, с грудным молоком, а в патологических условиях — с кровью и различными жидкостями организма);
- с другой стороны, необходимо попадание возбудителя *во внутреннюю среду* организма неинфицированного человека.

Совпадение обоих условий чаще всего происходит при половых контактах, сопровождающихся микро- и макротравмами и механическим втиранием инфекционного материала, либо при парентеральных процедурах (чаще — немедицинского характера), когда возможно прямое попадание инфицированной крови больного в кровеносное русло здорового человека.

РИСК И УЯЗВИМОСТЬ

Рискованное поведение и уязвимость могут привести к заболеванию ВИЧ-инфекцией.

Риск инфицирования ВИЧ зависит от:

- пути передачи (половой, парентеральный, от матери ребенку);
- количества вируса, попавшего в организм;
- имеющихся на момент инфицирования сопутствующих заболеваний;
- некоторых других медико-биологических факторов.

В настоящее время считается более правильным в связи с ВИЧ-инфекцией говорить не о «группах риска» (к которым традиционно относят потребителей инъекционных наркотиков, коммерческих секс-работниц, мужчин, практикующих секс с мужчинами), а о *рискованном поведении* (которое может практиковать любой человек, вне зависимости от его принадлежности к какой-либо социальной или иной группе) и об *уязвимости*, которые и приводят, в большинстве своем, к заболеванию ВИЧ-инфекцией.

Риск — условия, приводящие к инфицированию. Понятие риска универсальное: инфицироваться может любой человек, которого обстоятельства ставят в определенные условия контакта с вирусом. В принципе, вирусу «безразлично», к какой социальной группе относится человек и насколько его поведение одобряет общество.

Рост числа случаев ВИЧ-инфекции среди какой-либо части населения говорит об уязвимости этой группы людей и требует принятия мер по их защите и поддержке.

Уязвимость — относительное понятие, которое соотносится со способностями человека (физическими, интеллектуальными, социальными, культурными, экономическими, информационными и т.д.) адекватно реагировать на возникающие риски.

Уязвимость зависит от того, насколько человек в силах контролировать обстоятельства своей жизни и может (или не может) в полной мере защититься от ВИЧ-инфекции и ее последствий.

Уязвимость создается целым рядом экономических, культурных, социальных, поведенческих факторов. На степень уязвимости влияют бедность, бесправие, дискриминация, враждебное отношение общества, традиции, отсутствие доступа к информации, медицинской, социальной, психологической помощи и другие факторы.

ГЛАВА 3

Стадии развития и проявления ВИЧ-инфекции

Прочитав эту главу, Вы узнаете:

1. Что происходит с человеком после инфицирования ВИЧ.
2. Стадии заболевания.
3. Клинические проявления ВИЧ-инфекции.

Что происходит с человеком после внедрения в его организм ВИЧ

В первые три месяца после инфицирования у большинства людей развивается лихорадочное состояние, сопровождающееся повышением температуры, появлением высыпаний на коже, увеличением лимфатических узлов, диареей, стоматитами, фарингитами, увеличением селезенки, в некоторых случаях — явлениями энцефалита. Через некоторое время эти явления проходят, и, на протяжении ряда лет после инфицирования, человек может чувствовать себя вполне здоровым, благодаря компенсаторным возможностям иммунной системы.

Однако неверно думать, что в это время в организме инфицированного человека ничего не происходит.

Вирус продолжает размножаться. С течением времени защитные возможности иммунной системы истощаются, происходит накопление свободных вирусов в крови (т.е. возрастает «вирусная нагрузка») и выраженное уменьшение количества циркулирующих CD4+ клеток. Развиваются *вторичные заболевания* (см. главу 4), которые и становятся, в конечном счете, причиной гибели больного ВИЧ-инфекцией. Картина развития заболевания может измениться при правильном и своевременном назначении противовирусного лечения (см. главу 6.)

Иммунный статус

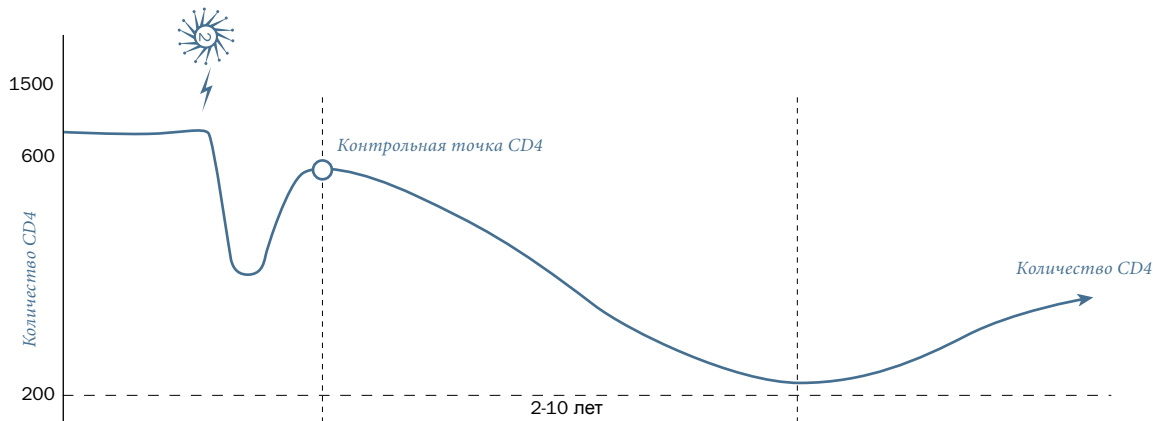
Через несколько недель после инфицирования количество CD4+ обычно падает.

По мере того, как иммунная система начинает сопротивляться, количество CD4+ снова повышается, хотя и не до исходного уровня. Этот уровень называют контрольной точкой CD4+, которая, как правило, стабилизируется на протяжении 3-6 месяцев после инфицирования. В отдельных случаях этот процесс требует гораздо больше времени.

В дальнейшем, с годами, количество CD4+клеток постепенно снижается (см. схему 1). Средний ежегодный уровень падения количества CD4+клеток составляет около 50 клеток/мл (0,05 млрд/л). У каждого отдельного человека эта скорость может быть выше или ниже. Иммунная система большинства людей может достаточно

успешно контролировать количество ВИЧ, не требуя назначения противовирусного лечения на протяжении многих лет.

Схема 1



После инфицирования ВИЧ количество CD4 незначительно понижается, а потом восстанавливается до прежнего уровня

У небольшого количества людей отмечается быстрое снижение CD4 клеток, но у большинства падение до уровня 200 кл./мл происходит за 4-7 лет.

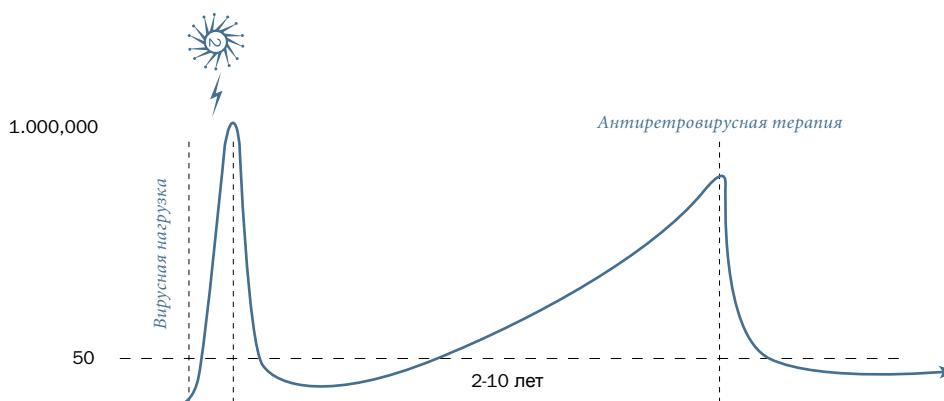
В процессе лечения уровень CD4 должен снова повыситься.

Вирусная нагрузка

Показатель вирусной нагрузки и уровень клеток CD4+ тесно взаимосвязаны, хотя каждый в отдельности описывает абсолютно разные явления.

Через несколько недель после инфицирования уровень РНК ВИЧ в крови резко возрастает, а количество CD4+ падает. Но, по мере того, как иммунная система начинает сопротивляться инфекции, вирусная нагрузка снижается, а уровень CD4+ снова возрастает (см. схему 2).

Схема 2



После инфицирования ВИЧ вирусная нагрузка сильно возрастает, повышая вероятность инфицирования других людей

Затем вирусная нагрузка снижается и медленно возрастает на протяжении нескольких последующих лет

Если терапия значительно снижает вирусную нагрузку, это может привести к стабилизации состояния больного на долгие годы.

Между изменениями вирусной нагрузки и количества CD4+ есть периоды не столь строгой зависимости:

- 1) после начала противовирусного лечения вирусная нагрузка очень быстро падает, но проходит несколько месяцев перед тем, как показатели CD4+ начнут увеличиваться;
- 2) если лечение не помогает и вирусная нагрузка снова возрастает, показатели CD4+ некоторое время могут возрастать, несмотря на то, что обычно при возрастании уровня вирусной нагрузки количество клеток CD4+ падает.

Клинические проявления ВИЧ-инфекции

Клиническое течение ВИЧ-инфекции, а также ее проявления отличаются большим разнообразием. Продолжительность отдельных стадий заболевания также различна. Длительность заболевания зависит от индивидуальных особенностей организма, образа жизни больного ВИЧ-инфекцией, его режима работы, отдыха и питания. Применение современных схем лечения в настоящее время может существенно продлить жизнь больного и улучшить ее качество.

В России принята классификация ВИЧ-инфекции академика В.И. Покровского, 1989 г. (см. Приложение 1).

В 2001 г. под руководством В.И. Покровского была осуществлена новая редакция отечественной клинической классификации ВИЧ-инфекции.

Она позволяет осуществлять клиническое и диспансерное наблюдение за ВИЧ-инфицированными лицами, прогнозировать течение заболевания и определять показания к назначению лекарственных препаратов без использования специальных лабораторных методик, отличающихся высокой стоимостью и, вследствие этого, недостаточно доступных.

I. Стадия инкубации

Это период от момента инфицирования до появления реакции организма в виде клинических проявлений «острой инфекции» и/или выработки антител. Средняя продолжительность от 3-х недель до 3-х месяцев. В это время идет активное размножение ВИЧ в организме, но клинических проявлений заболевания еще нет. Диагностика в этой стадии затруднена, так как антител в крови нет. Она возможна лишь на основании косвенных эпидемиологических данных (обследование сексуальных партнеров, реципиентов инфицированной крови и др.), обнаружения с помощью специальных методик в сыворотке обследуемого вируса иммунодефицита человека или фрагментов ВИЧ (антигены, нуклеиновые кислоты).

II. Стадия первичных проявлений

Это первичный ответ организма на внедрение и размножение ВИЧ в виде клинических проявлений и/или выработки антител. Длительность этой стадии составляет от двух-трех недель до одного года. Может иметь несколько вариантов течения:

2А. «Бессимптомная». Характеризуется отсутствием клинических проявлений ВИЧ-инфекции. Ответ организма на внедрение ВИЧ проявляется лишь выработкой антител.

2Б. «Острая инфекция без вторичных заболеваний». Проявляется разнообразной клинической симптоматикой (лихорадка, высыпания на коже и слизистых, увеличение лимфоузлов, печени, селезенки, воспаление глотки и т.д.), возникает обычно в первые три месяца после заражения у 50-90% инфицированных лиц. Эта фаза может проявляться мононуклеозоподобным (повышение температуры, ангина с наличием налетов на миндалинах, увеличение затылочных, шейных, подчелюстных, подмышечных лимфоузлов, возможное появление сыпи на коже туловища и конечностей) и гриппоподобным (слезотечение, высокая температура, мышечные и суставные боли) синдромами.

2В. «Острая инфекция с вторичными заболеваниями». В результате развивающегося иммунодефицита появляются вторичные заболевания различного происхождения — кандидоз, герпетическая инфекция (см. главу 4). Их проявления, как правило, слабо выражены, кратковременны, хорошо поддаются лечению. Иногда эти заболевания носят тяжелый характер и, в некоторых случаях, могут приводить к смерти.

Стадия первичных проявлений ВИЧ-инфекции у подавляющего большинства больных переходит в субклиническую, но у некоторых людей, минуя ее, может сразу переходить в стадию вторичных заболеваний.

III. Субклиническая стадия

Характеризуется медленным нарастанием иммунодефицита. Характерным клиническим проявлением этой стадии является персистирующая генерализованная лимфаденопатия (ПГЛ). Для нее характерно увеличение не менее двух лимфоузлов не менее, чем в двух, несвязанных между собою группах (кроме паховых), у взрослых до размера в диаметре более 1 см, у детей — более 0,5 см, сохраняющихся не менее 3-х месяцев. Лимфатические узлы эластичны, безболезненны, не спаяны с подлежащими тканями, кожа над ними не изменена. Длительность субклинической стадии может варьировать от 2-3-х до 20 и более лет, в среднем составляет 6-7 лет.

IV. Стадия вторичных заболеваний

Именно в этой стадии заболевания ВИЧ-инфицированному человеку может потребоваться квалифицированный посторонний уход.

Стадия вторичных заболеваний связана с истощением популяции CD4+лимфоцитов. В результате на фоне значительного иммунодефицита развиваются инфекционные и/или онкологические вторичные заболевания (см. главу 4). Их наличие и обуславливает клиническую картину стадии вторичных заболеваний. Процессы в этой стадии могут какое-то время иметь обратимый характер, и клинические проявления вторичных заболева-

ний могут даже исчезать, спонтанно или в результате проводимого лечения, поэтому в этой стадии выделяют фазы прогрессирования и ремиссии.

В зависимости от тяжести вторичных заболеваний выделяют несколько стадий:

4А. Развивается через 6-10 лет с момента инфицирования. Для нее характерны грибковые, вирусные, бактериальные поражения кожи и слизистых, опоясывающий лишай, повторные фарингиты, синуситы, воспалительные заболевания верхних дыхательных путей.

4Б. Развивается через 7-10 лет с момента инфицирования. Кожные поражения носят в этот период более глубокий характер и склонны к затяжному течению. Начинают развиваться поражения внутренних органов. Может отмечаться потеря веса более 10%, упорная диарея или лихорадка более одного месяца, волосистая лейкоплакия, туберкулез легких, повторные или стойкие вирусные, бактериальные, грибковые, протозойные поражения внутренних органов, повторный или диссеминированный опоясывающий герпес, поражения кожи, сопровождающиеся изъязвлениями — повторными или стойкими (продолжительностью не менее двух месяцев), локализованная саркома Капоши.

4В. Развивается преимущественно через 10-12 лет. Характеризуется истощением, генерализованными бактериальными, вирусными, грибковыми, протозойными и паразитарными заболеваниями, пневмоцистной пневмонией, атипичными микобактериозами, диссеминированной саркомой Капоши, поражениями центральной нервной системы различного происхождения.

V. Терминальная стадия

Проявляется необратимым течением вторичных заболеваний. Лечение оказывается неэффективным. Количество CD4+ лимфоцитов в это время снижается до 50 и менее в 1 мл крови (0,05 млрд/л). В результате развившихся тяжелых заболеваний (инфекционных, онкологических или/и поражения нервной системы и тканей головного мозга и др.) больной погибает в течение нескольких месяцев.

ГЛАВА 4

Вторичные заболевания

Прочитав эту главу, Вы узнаете:

1. Что такое вторичные заболевания и оппортунистические инфекции.
2. Что является причиной возникновения вторичных заболеваний и оппортунистических инфекций.
3. Какие вторичные заболевания наиболее распространены в России.
4. Как должен действовать специалист по уходу в конкретных случаях при возникновении вторичных заболеваний у ВИЧ-положительного подопечного.
5. Что такое паллиативная помощь и ее принципы.

У ВИЧ-положительного человека ВИЧ-инфекцию условно можно считать первичным заболеванием. На фоне ВИЧ-инфекции, а также вследствие ее, у больного человека могут возникать различные инфекционные заболевания, опухоли с поражением различных органов и систем. Эти заболевания называются *вторичными*.

По данным патологоанатомических исследований, 90% смертельных исходов при ВИЧ-инфекции связаны с различными инфекциями, остальные 10% приходятся на онкологические заболевания — лимфомы, саркому Капоши и т.д., и другие неинфекционные процессы.

Оппортунистические инфекции и некоторые заболевания, связанные с ВИЧ-инфекцией

Количество CD4+ клеток у ВИЧ-инфицированного человека является прогностическими показателями развития оппортунистических инфекций. Подверженность оппортунистическим инфекциям заметно возрастает, когда уровень циркулирующих CD4+ клеток становится меньше 200 в 1 мл крови (т.е. менее 0,2 млрд/л).

Оппортунистические инфекции являются основной причиной поражений органов и систем и смертельных исходов у больных ВИЧ-инфекцией.

Оппортунистические инфекции — группа заболеваний, вызываемых условно-патогенной и сапрофитной флорой, то есть теми микроорганизмами, которые при нормальном иммунитете не вызывают у человека инфекционных заболеваний.

Оппортунистические инфекции, как правило, возникают за счет активации собственной микрофлоры человека на фоне развивающегося иммунодефицита. Беспрепятственно размножаясь в организме больного в условиях иммунодефицита, эти микроорганизмы, в конечном счете, становятся непосредственной причиной смерти больных.

Возбудителями оппортунистических инфекций являются микроорганизмы разных классов:

- вирусы;
- бактерии;
- грибы;
- простейшие.

Один вид гельминтов — стронгилоид кишечный — также зарегистрирован в качестве возбудителя оппортунистических заболеваний.

Развитие оппортунистических инфекций способствует возникновению хронической полиорганной (т.е. затрагивающей одновременно несколько органов и систем) недостаточности, которая обуславливает разнообразие клинических проявлений и неуклонное прогрессирование заболевания.

Далее даны краткие описания наиболее часто встречающихся в России вторичных заболеваний, в том числе оппортунистических инфекций, и других заболеваний, связанных с ВИЧ-инфекцией, и рекомендации по уходу за больными.

Туберкулез

Туберкулез — инфекционное заболевание, вызываемое туберкулезными микобактериями. Возбудители туберкулеза (микобактерии) попадают во внешнюю среду с капельками откашливаемой мокроты. Микобактерия обладает способностью довольно длительное время существовать во внешней среде и сохранять свои патогенные свойства.

Туберкулез чаще проявляется в легочной форме. Эту форму на ранних стадиях ВИЧ-инфекции диагностируют по характерным симптомам, результатам рентгенологического исследования грудной полости, обнаружению микобактерий туберкулеза.

Диагностика туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией часто бывает затруднена. Несвоевременное же выявление туберкулеза на фоне тяжелого иммунодефицита нередко приводит к быстрому летальному (смертельному) исходу. Сложностью проблемы диагностики туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией является нередко отсутствие на поздних ее стадиях характерных для туберкулеза изменений на рентгенограммах грудной полости, отсутствие бактериовыделения и отсутствие реакции на пробу Манту (на туберкулин), что затрудняет постановку диагноза туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией. В период выраженного снижения иммунитета как у специалиста по уходу, так и у самого пациента должна быть особая настороженность в отношении туберкулеза. При появлении длительной лихорадки и других проявлений интоксикации неясной этиологии необходима немедленная консультация фтизиатра.

На что следует обратить внимание:

- на *характер кашля*: кашель сухой или с отделением мокроты;
- на *цвет мокроты* и присутствие в ней посторонних примесей: мокрота имеет ржавый цвет или в ней есть примесь крови (кровохарканье);
- на *повышение температуры*: температура держится в пределах 37-37,9°C в течение нескольких месяцев;
- на *потерю веса, плохой аппетит*;
- на *усталость*: постоянная, нарастающая усталость;
- на *потливость*, особенно по ночам.

Эти симптомы неспецифичны, и могут встречаться и при других заболеваниях. Однако в случае их появления специалисту по уходу необходимо немедленно рассказать о них лечащему врачу, осо-

От своевременной диагностики оппортунистических инфекций зависят успех лечения и продолжительность жизни больных, а также проведение профилактических мероприятий с целью предупреждения их распространения среди больных и персонала, осуществляющего уход за пациентами (специалистов по уходу, родственников больных и т.п.).

С 2000 года на первом месте в России среди вторичных заболеваний стоит туберкулез.

На поздних стадиях ВИЧ-инфекции возбудитель туберкулеза нередко поражает, кроме легких, и другие органы, например, лимфатические узлы, почки, костную систему, центральную нервную систему.

Необходимо минимизировать или прекратить все контакты ВИЧ-инфицированного подопечного с больным туберкулезом.

бенно в том случае, если у больного ВИЧ-инфекцией, вероятно, были контакты с больным туберкулезом — бацилловыделителем. Надо помнить, что подобные контакты из-за сниженного иммунитета крайне опасны для людей с ВИЧ-инфекцией — им легко заболеть туберкулезом даже при единичном контакте с больным туберкулезом.

Мероприятия по уходу:

- специалист по уходу должен следить за полноценным питанием больного и его достаточным отдыхом;
- при уходе за больным следует надевать маску; если есть вероятность загрязнения одежды — надевать халат. Это требование касается также всех лиц, которые контактируют с больным. Однако необходимо помнить о том, что, хотя марлевая повязка способна защитить от попадания в дыхательные пути частичек слюны и мокроты больного туберкулезом, степень защиты обычной марлевой маски от микроорганизмов, в том числе от возбудителей туберкулеза, невелика;
- специалист по уходу должен попросить больного прикрывать рот при кашле салфеткой, чтобы не распространять бактерии в воздухе; выбрасывать салфетки нужно в пакеты, которые желательно сжигать;
- необходимо убедить больного измерять температуру 2 раза в сутки утром и вечером и записывать показания, чтобы определить динамику воспалительного процесса;
- при появлении в мокроте прожилок крови специалист по уходу должен немедленно поставить в известность врача;
- при уходе за больным туберкулезом специалисту по уходу необходимо очень тщательно и регулярно мыть руки;
- в комнате, где находится больной туберкулезом, необходимо проводить частое проветривание;
- следует проводить регулярную влажную уборку помещений и мест общего пользования.

Вирусные гепатиты

Вирусные гепатиты — широко распространенные инфекционные заболевания, занимающие одно из первых мест среди вирусных заболеваний человека.

Вирусные гепатиты вызываются различными вирусами, поражающими только печень. По механизмам заражения и путям передачи выделяют две группы вирусных гепатитов:

- гепатиты А и Е, которые передаются через воду, пищу, грязные руки, грязные игрушки и т.п. (фекально-оральный путь передачи);
- гепатиты В, D, С, G, которые передаются через контакты с инфицированной кровью (парентеральный путь передачи), при половых контактах, а также *от матери ребенку во время беременности и/или родов*.

Наибольшую опасность из-за распространенности и тяжелых последствий заражения представляют вирусы гепатитов В и С.

Гепатиты, вызываемые этими вирусами, и ВИЧ-инфекция передаются одинаковыми путями, но являются более «живучими» и более «заразными» по сравнению с ВИЧ, следовательно, риск передачи вирусов гепатитов В и С гораздо выше, чем риск передачи ВИЧ. Вирусные гепатиты В и С наиболее распространены у потребителей инъекционных наркотиков. В контексте ВИЧ-инфекции вирусные гепатиты В и С правильнее рассматривать как коинфекцию (т.е. сопутствующую инфекцию), чем как оппортунистическую.

Вирусные гепатиты В и С (особенно гепатит С) часто протекают незаметно или проявляются незначительными изменениями общего состояния, такими как слабость, отсутствие аппетита, тошнота, иногда — рвота, диарея, усталость, желтизна склер и/или кожи. Желтуха, боли в боку, повышенная температура — все эти симптомы могут и отсутствовать, однако даже при отсутствии симптомов у инфицированного человека вирусы гепатитов коварно разрушают печень и наносят сильный ущерб здоровью. Гепатит В может проявлять себя незначительной температурой, болью в суставах, иногда высыпаниями на коже.

Симптомы гепатитов проявляются не сразу после инфицирования, а спустя некоторое время (от 50 до 180 дней), в течение которого вирус размножается и накапливается в организме инфицированного человека.

Нередко заболевание гепатитом В и/или С может принять хроническое течение, прогрессировать, привести к циррозу печени и смерти больного.

Особой коварностью отличается гепатит С, который чаще всего сразу переходит в хроническую форму, и заболевший человек поначалу может не предъявлять никаких жалоб. Гепатит С в большинстве случаев проявляет себя только через некоторое время уже серьезными осложнениями.

Существуют специальные тесты, позволяющие узнать, в какой форме (острой или хронической) протекает гепатит, а также определить тип вируса.

На что следует обратить внимание:

- на *повышенную утомляемость* у подопечного;
- на *боль или чувство тяжести в правом подреберье*;
- на *отсутствие аппетита, тошноту, рвоту*;
- на *изменение цвета кожных покровов и слизистых* (пожелтение кожи, «белков» глаз и т.д.);
- на *изменение цвета (потемнение) мочи*.

Специалист по уходу должен уделять особое внимание контролю за состоянием печени ВИЧ-инфицированного подопечного, особенно в тех случаях, когда подопечный получает антиретровирусную терапию или другие лекарственные препараты. Подбор специальных лекарств для защиты печени и особой диеты осуществит лечащий врач, а специалист по уходу должен проконтролировать прием этих препаратов своим подопечным и соблюдение диеты и режима питания.

Наличие гепатита осложняет течение любого другого заболевания, в том числе и ВИЧ-инфекции.

Мероприятия по уходу:

- необходимо обеспечить контроль за своевременным и полным приемом лекарственных препаратов ВИЧ-инфицированным больным;
- необходимо отрегулировать питание больного в соответствии с рекомендациями врача, исключив из меню больного жирную, жареную, острую или консервированную пищу, крепкий чай, кофе и напитки с синтетическими красителями, алкоголь;
- необходимо увеличить употребление подопечным количества жидкости — не менее 1,5-2 литров в день в виде минеральной воды, соков, компотов т.п.;
- питание больного необходимо осуществлять малыми порциями, но часто — 5-6 раз в день;
- рекомендовать больному избегать длительного пребывания на солнце, перегревания или переохлаждения;
- необходимо проследить, чтобы подопечный отдыхал достаточное количество времени и избегал переутомления;
- рекомендовать подопечному прекратить, по возможности, употребление наркотиков, алкоголя, и оказать ему помощь в получении специального лечения от наркотической или алкогольной зависимости. Необходимо помнить, что развитие гепатита изменяет реакцию организма на наркотики и алкоголь, поскольку большинство из них перерабатываются в печени. Если человек, страдающий гепатитом, продолжает употреблять наркотики и/или алкоголь, повышается вероятность передозировки и/или отравления, поскольку печень начинает хуже справляться со своими функциями.

Инфекции органов дыхания

Бактериальные пневмонии

Легочные инфекции занимают первое место среди рецидивирующих (повторяющихся) инфекционных заболеваний у ВИЧ-инфицированных и нередко составляют угрозу для жизни больного. В зависимости от типа возбудителя они могут быть бактериальными, вирусными и грибковыми.

Бактериальные пневмонии могут вызываться некоторыми видами стафилококка, стрептококка и некоторыми другими бактериями. Бактериальные пневмонии широко распространены. У ВИЧ-инфицированных на фоне иммунодефицита они развиваются чаще и протекают тяжелее. При малейшем подозрении на пневмонию необходимо обратиться к врачу, т.к. пациенту может потребоваться срочная госпитализация и немедленное назначение противобактериальной терапии.

На что следует обратить внимание:

- на *кашель и его характер* (сухой, с отделением мокроты и т.д.);
- на *наличие лихорадки* (необходимо регулярно, не реже 2-х раз в день, измерять и записывать температуру тела больного);
- на *боль в груди* (ее локализация, связь с кашлем);
- на *одышку и затруднения при дыхании*;
- на *наличие частого, поверхностного дыхания*.

Мероприятия по уходу:

- необходимо помочь пациенту строго соблюдать режим приема лекарств;

- необходимо отрегулировать диету пациента в соответствии с рекомендациями врача;
- при отсутствии противопоказаний можно для облегчения кашля добавить в диету теплое питье с лимоном, медом, а также применить паровые ингаляции с добавлением различных лекарственных растений (например, эвкалипта);
- длительный (более трех недель) кашель с отделением мокроты может быть признаком туберкулеза. В данном случае необходима срочная консультация врача-фтизиатра;
- при одышке и затруднениях дыхания необходимо помочь больному принять удобную для него позу (чаще всего, больные выбирают позу сидя, с небольшим наклоном вперед), подложив под спину больного подушку;
- необходимо, чтобы помещение, где находится больной, хорошо проветривалось — больному должен быть обеспечен постоянный приток свежего воздуха;
- необходимо больному чаще давать питье (особенно при наличии густой мокроты);
- необходимо обеспечить больного банкой с крышкой для отхаркивания мокроты. Специалисту по уходу необходимо помнить самому и объяснить окружающим больного лицам, что обращаться с мокротой надо осторожно, чтобы избежать распространения инфекции: содержимое банки выливать в унитаз, банку мыть дезинфицирующими средствами.

Пневмоцистная пневмония

Это воспаление легких, вызываемое грибом пневмоцистой. Пневмоцистную пневмонию можно заподозрить, если ВИЧ-инфицированного человека начинает беспокоить одышка, высокая температура, сухой кашель. Часто наблюдаются признаки легочной недостаточности, в частности одышка и цианоз (синюшный цвет слизистых оболочек и кожи, особенно в области губ, носогубного треугольника, кончиков пальцев). Иногда пневмоцистная пневмония протекает без легочных проявлений.

Пневмоцистная пневмония хорошо поддается лечению, особенно в начальной стадии, при которой лечение можно проводить амбулаторно. Однако заболевание быстро прогрессирует, и, при несвоевременном назначении лечения, оно может принять тяжелое течение и привести больного к смерти.

Риск возникновения пневмоцистной пневмонии резко возрастает при низких показателях иммунной системы, когда CD4+ лимфоцитов менее 200 клеток в 1 мл крови (0,2 млрд/л).

ВИЧ-инфицированным с такими показателями иммунного статуса для предупреждения развития заболевания рекомендуется прием антимикробных препаратов, в частности, триметаприма/сульфаметаксозола (бисептол). Такая же профилактика показана всем, кто уже перенес пневмоцистную пневмонию, чтобы уберечься от новой вспышки болезни. Специалист по уходу после консультации с лечащим врачом должен объяснить необходимость приема препарата и следить за соблюдением режима его приема.

В осенне-зимние месяцы многие люди болеют гриппом или другими вирусными простудными заболеваниями, симптомы которых похожи на начальные проявления пневмоцистной пневмонии.

В зависимости от степени тяжести заболевания лечение будет проводиться амбулаторно или в стационаре, и в соответствии с этим специалист по уходу должен организовать уход и наблюдение за подопечным.

На что следует обратить внимание:

- на *наличие кашля*: постепенно усиливающийся сухой кашель (на протяжении нескольких недель, а иногда и месяцев);
- на *появление одышки* без значительной физической нагрузки;
- на *появление боли или чувства сдавливания в груди*;
- на *повышение температуры* тела до 39°C;
- на *нарастающую усталость*.

При возникновении у подопечного одного или сразу нескольких вышеперечисленных симптомов (в особенности, кашля), специалист по уходу должен немедленно сообщить об этом врачу.

Пневмонии другой этиологии у больных с иммунодефицитом

Пневмонии также могут вызываться грибами (например, криптококком или гистоплазмой) и вирусами (в частности, вирусом простого герпеса). Такие пневмонии с трудом поддаются лечению. Основные клинические симптомы и рекомендации по уходу идентичны описанным выше.

Инфекции центральной нервной системы

Прямое действие ВИЧ на нервную систему приводит к развитию различных поражений, в том числе энцефалопатии, миелопатии и периферической невропатии.

Поражение центральной нервной системы могут также вызывать многочисленные бактериальные, вирусные и грибковые оппортунистические инфекции.

С ВИЧ-инфекцией связывают множество неврологических нарушений, включая, в частности, атрофию и дегенерацию вещества головного мозга, атрофию мозжечка, паралич лицевого нерва и ряд других синдромов.

Герпетическая инфекция

Герпетическая инфекция хроническое инфекционное заболевание, вызываемое вирусом простого герпеса I и II типов.

Поражает обычно красную кайму губ с захватом кожи и слизистых ротовой полости, крыльев носа (герпес I типа) и/или половые органы и область заднего прохода (герпес II типа). После инфицирования вирус простого герпеса навсегда остается в организме человека. Заболевание имеет волнообразное течение с обострениями и бессимптомными периодами.

Обычный признак этого заболевания — водянистые пузырьки на фоне ограниченного покраснения на губах, крыльях носа или слизистой оболочки полости рта и/или слизистой поверхности половых органов, или же вокруг заднего прохода (ануса). Такие высыпания часто болезненны, могут вызывать чувство жжения или зуда. После разрыва пузырьков образуется ранка, которая может стать входными воротами для присоединения другой инфекции. У лиц с иммунодефицитом поражения могут быть обширными, может также произойти диссеминации (распространение) инфекции. В этом случае возможны поражения легких, пищевода и центральной нервной системы с развитием менингитов и менингоэнцефалитов. При поражении глотки и пищевода больные испытывают сильные боли и затруднения при глотании.

нии. Специалисту по уходу следует обратить особое внимание на подобные жалобы и немедленно обсудить тактику ведения такого пациента с лечащим врачом.

Герпетическая инфекция представляет опасность в плане заражений, особенно в период, когда есть пузырьки. При уходе необходимо соблюдать меры предосторожности.

На что следует обратить внимание:

- на *тщательный гигиенический уход* за областью высыпаний и, особенно, областью вскрывшихся пузырьков;
- на *соблюдение мер личной гигиены* как специалистом по уходу, так и самим подопечным.

Мероприятия по уходу:

- специалист по уходу должен предупредить подопечного о том, что нельзя трогать руками высыпания, так как может присоединиться бактериальная инфекция;
- необходимо разъяснить подопечному меры по предупреждению попадания вируса на пальцы рук или в глаза, а также предупредить, что нельзя тереть глаза руками, нельзя очищать контактные линзы слюной;
- специалист по уходу должен проследить, чтобы подопечный избегал контактов с грудными детьми — для них герпес может быть очень опасной инфекцией;
- необходимо обеспечить особые условия питания и приготовления пищи при жалобах больного на боли и затруднения при глотании (см. главу 5).

Опоясывающий лишай

Инфекционное заболевание, вызываемое вирусом Варицелл — Зостер. Этот же вирус вызывает ветряную оспу.

У всех людей, переболевших когда-либо ветряной оспой, в организме находится этот вирус. Когда иммунитет человека ослабевает, вирус снова становится активным, и в этом случае может развиться опоясывающий лишай — поражение кожи по ходу кожного нерва. У лиц с иммунодефицитом опоясывающий лишай часто имеет рецидивирующее, тяжелое течение и сопровождается сильной, изматывающей болью.

На что следует обратить внимание:

- на *«предвестников» появления пузырьков*: за несколько дней до появления пузырьков в этих местах могут возникнуть боль или жжение, возможно покраснение;
- на *расположение пузырьков*: пузырьки (обычно с прозрачной жидкостью) распределяются группами на отдельных участках тела по ходу нервов (туловище, верхние и нижние конечности, лицо);
- на *присутствие болевых ощущений в местах локализации пузырьков*: пузырьки могут быть очень болезненными, через 5-7 дней они вскрываются с образованием слоистых корочек,

Герпетические высыпания можно лечить с помощью специальных противовирусных препаратов. Важно осуществлять гигиенический уход за областью высыпаний. Необходимо также проконсультироваться с лечащим врачом по поводу назначения курса лекарственной профилактики повторных высыпаний.

При сниженном иммунитете инфекция может поражать кожу, нервную систему, легкие и слизистые оболочки.

после исчезновения высыпаний на их месте часто остаются рубцы;

- *на ощущения и жалобы после исчезновения пузырьков*: на местах высыпания могут долго сохраняться болевые ощущения, затем боль постепенно проходит, иногда может остаться чувство онемения в области высыпаний.

Мероприятия по уходу:

- специалист по уходу должен разъяснить подопечному и его окружению, какую инфекционную опасность представляют больные для людей, которые еще не болели ветряной оспой и проследить, чтобы больные были изолированы от здоровых людей;
- специалист по уходу должен объяснить подопечному и его окружению, как ухаживать за кожей и обрабатывать пораженные участки кожи (по предписанию врача), особо обращая внимание на то, что нельзя прикасаться руками к пузырькам, так как может присоединиться бактериальная инфекция;
- специалисту по уходу необходимо, после обсуждения с лечащим врачом, принять меры к снижению или устранению болевого синдрома.

Цитомегаловирусная инфекция (ЦМВи)

На фоне разрушения иммунной системы может развиваться заболевание, вызываемое цитомегаловирусом, чего у людей с нормальным иммунитетом обычно не бывает.

У пациентов с иммунодефицитом цитомегаловирус может поражать различные органы и системы. Цитомегаловирусный колит проявляется лихорадкой и диареей, цитомегаловирусная пневмония — одышкой. Цитомегаловирусная инфекция может вызвать болезненные язвы на слизистой рта, затрудняющие прием пищи.

Цитомегаловирусная инфекция нередко приводит к снижению зрения (вирус поражает зрительные нервы и может вызвать даже полную слепоту).

При нарушениях зрения у подопечного (снижение зрения, появление «мушек», темных пятен перед глазами) специалист по уходу должен:

- как можно быстрее организовать обследование подопечного у врача;
- оказать помощь в уходе и приеме медикаментов по предписанию врача дома или в стационаре;
- после окончания основного курса лечения проконтролировать прием подопечным постоянной поддерживающей дозы прописанного врачом лекарства для предупреждения рецидива заболевания.

Если у подопечного наступило значительное снижение зрения или полная слепота, специалист по уходу должен помочь подопечному научиться жить в новых для него условиях.

Общие советы специалисту по уходу при работе с пациентами со значительной или полной потерей зрения:

- научите подопечного использовать другие органы чувств с боль-

шей нагрузкой (ориентироваться дома по звукам, например, часов; нащупывать стопой край тротуара, лестницу, узнавать по запаху предметы и т.д.). Все действия должны выполняться по определенной схеме. Помогите подопечному выработать эту схему и освоиться с ней;

- посоветуйте подопечному использовать маленький магнитофон в роли записной книжки;
- для всех вещей в доме должны быть установлены свои постоянные места; необходимо договориться об этом с близкими пациента;
- из-за неуверенности у больного может появиться шаркающая походка, особенно в незнакомом месте. Необходимо помочь подопечному сохранить естественность в движениях. Научите своего подопечного ориентироваться при помощи рук, главное — порекомендуйте ему не спешить.

Специалист по уходу должен дать еще несколько советов своему подопечному, как вести себя, чтобы не получить травму, например:

- если нужно что-то поднять, лучше не наклоняться, а присесть, чтобы не удариться головой;
- ориентируясь в том или ином месте, главное не торопиться, внимательно ощупать окружающие предметы, запомнить расстояние между ними;
- не нужно сразу входить в помещение, если не известно, что за дверью (например, могут быть ступеньки и т.п.);
- не нужно выполнять все действия так же, как зрячие люди: часто можно найти другие, более практичные в сложившейся ситуации способы.

Специалист по уходу может порекомендовать подопечному придерживаться следующих правил при уходе за собой:

- вещи должны быть разложены по своим местам;
- умываясь и купаясь, необходимо запомнить, где расположены краны с горячей и холодной водой;
- на зубной щетке должна быть какая-либо отметка, чтобы не спутать ее с другими.

Выясняя, какая требуется помощь и как лучше ее оказать, специалист по уходу должен попросить подопечного помочь ему разобраться в этом. При сопровождении пациента лучше посоветоваться с ним и предоставить ему возможность выбора способа передвижения — при поддержке за руку или рука в руку.

Токсоплазмоз

Токсоплазмоз приводит к образованию множественных кист головного мозга. Проявлениями токсоплазмоза могут быть, в частности, нарушения сознания, лихорадка, судороги, головная боль, двигательные нарушения, расстройства координации движений, выпадение полей зрения и некоторые другие. У ВИЧ-инфицированных токсоплазмоз проявляется, главным образом, как энцефалит (см. раздел «Симптомы, характерные для поражения нервной системы») или как диссеминированное заболевание.

От специалиста по уходу во многом зависит, сможет ли пациент адаптироваться в новых условиях жизни, сохранив при этом качество жизни.

Симптомы, характерные для поражения нервной системы

При ВИЧ-инфекции могут появляться различные симптомы со стороны нервной системы. Некоторые возбудители оппортунистических инфекций (грибы криптококк и кандиды, вирусы герпеса, туберкулезная палочка, токсоплазма) иногда приводят к воспалению тканей мозга (*энцефалиты*) и мозговых оболочек (*менингиты*). В частности, может возникнуть криптококковый менингит, от которого умирает до 10% ВИЧ-инфицированных во всем мире. Проявления этих заболеваний могут быть довольно разнообразными, например: головная боль, тошнота, рвота, температура, затрудненность и болезненность мышц шеи при наклоне головы подопечного вперед, спутанное сознание, судороги, нарушение чувствительности, параличи. Специалист по уходу должен помнить, что при появлении этих симптомов необходима немедленная госпитализация в стационар и назначение курса лечения.

Периферическая невропатия

Заболевание нервной системы, выражающееся в виде нарушений чувствительности и функционирования конечностей, а при прогрессировании процесса — и внутренних органов. Данное заболевание может вызываться самим ВИЧ, цитомегаловирусом или же быть следствием побочных эффектов от приема лекарств. Течение болезни волнообразное: улучшение сменяется ухудшением и наоборот.

На что следует обратить внимание:

- на *появление болей в конечностях* и ее характер (жгучая или острая);
- на *возникающие судороги*, иногда параличи (чаще в руках, чем в ногах), причем поражение часто бывает симметричное (обе руки или обе ноги);
- на *присоединение чувства онемения, покалывания* в конечностях, нарушение чувствительности в конечностях.

Мероприятия по уходу:

- необходима консультация невропатолога;
- если причиной появления указанных симптомов являются лекарственные препараты, необходимо снизить дозу или заменить препарат другим (после консультации врача);
- специалист по уходу должен следить, чтобы больной долго не пребывал в физически пассивном состоянии. Движения необходимы для тренировки мышц и суставов. Необходимо поощрять желание больного двигаться. Если больной неподвижен, необходимо не реже 2-х раз в день выполнять простой комплекс упражнений для конечностей на амплитуду;
- необходимо по рекомендации врача делать подопечному массаж.

Энцефалопатия, обусловленная ВИЧ-инфекцией

На поздних стадиях ВИЧ-инфекции существует вероятность снижения интеллекта (слабоумие). Жалобы иногда напомина-

ют симптомы при возрастном снижении интеллекта у пожилых людей. С помощью антиретровирусных препаратов можно предупредить развитие нарушения интеллекта на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

На что следует обратить внимание:

- на *появление первых симптомов*: заболевание может начинаться постепенно или внезапно;
- на *появление таких изменений в поведении человека* как забывчивость, невнимательность, вялое и затрудненное мышление, сонливость, апатия (состояние полного безразличия, равнодушия), стремление к одиночеству;
- на *появление таких объективных симптомов*, как неуверенная походка, изменение почерка, трудности при выполнении точных движений.

В случаях, когда заболевание развивается постепенно, изменения в поведении человека первыми могут заметить окружающие, а не он сам. Специалист по уходу должен обязательно поговорить об этом с родными и близкими подопечного.

Если больной не получает антиретровирусную комбинированную терапию, его состояние может ухудшаться:

- пациенту становится трудно подняться с постели;
- пациенту трудно говорить, речь его может стать невнятной;
- у больного развиваются парезы и параличи конечностей.

Процесс протекает достаточно быстро (от нескольких месяцев до года), развитие происходит фазами. Это означает, что состояние ухудшается, потом какое-то время остается на определенном уровне, затем снова ухудшается.

Мероприятия по уходу:

- необходима консультация врача;
- специалист по уходу должен проконтролировать выполнение всех назначений врача;
- необходимо поместить больного в привычную для него обстановку;
- следует держать вещи на привычных местах, чтобы больной мог легко их найти;
- следует придерживаться привычного распорядка дня;
- необходимо убрать опасные предметы, которые могут нанести травму или иной вред больному;
- необходимо при разговоре с подопечным использовать простые фразы, говорить четко, медленно, по очереди (не одновременно);
- необходимо внимательно выслушивать больного, обсудить тревожащие его вопросы в конфиденциальной обстановке;
- необходимо помочь больному успокоиться с помощью таких средств, как спокойная негромкая музыка, массаж и т.п.;
- необходимо приглушать посторонние звуки (радио, телевизор и т.д.);
- необходимо обеспечить больному постоянный контроль и наблюдение, общение с близкими;

- необходимо по назначению врача делать больному массаж и простые гимнастические упражнения.

Кандидоз

Кандидоз — частое осложнение иммунодефицита любого происхождения.

Кандидоз — инфекционное заболевание, вызываемое дрожжевыми грибами рода кандиды. Этот микроорганизм входит в состав нормальной микрофлоры полости рта, влагалища и толстой кишки, и обычно не вызывает никаких симптомов. При кандидозе наиболее часто поражаются слизистые оболочки полости рта, язык, слизистые покровы влагалища, заднепроходного (анального) отверстия и полового члена, а также кожа. При усугублении иммунодефицита кандидоз полости рта может распространиться на пищевод, в редких случаях развивается поражение бронхов.

На что следует обратить внимание:

- на наличие во рту больного беловато-кремовых пятнышек «творожистого» характера (напоминающих молочницу у грудных детей);
- на покраснения слизистой оболочки полости рта вокруг этих пятнышек;
- на болезненность высыпаний;
- на покраснения или белый налет на языке;
- на изменения вкусовых ощущений;
- на появление во влагалище или вокруг влагалища, полового члена и ануса (заднепроходного отверстия) белесоватого, «творожистого налета» на фоне покрасневшей поверхности слизистых оболочек (у женщин выделения становятся белыми, воспаляются половые губы);
- на жалобы на чувство жжения, зуда в половых органах, появление неприятного запаха;
- на появление неприятных ощущений при глотании, боли за грудиной или в желудке (указывают на кандидоз пищевода, который нужно немедленно лечить).

Мероприятия по уходу:

- специалист по уходу обязан разъяснить подопечному, что нельзя прикасаться руками к высыпаниям, так как может присоединиться вторичная бактериальная инфекция;
- специалист по уходу должен помочь подопечному выполнить все предписания врача по лечению заболевания;
- необходимо принять меры по ежедневному неукоснительному соблюдению мер личной гигиены полости рта и половых органов.

Поражения полости рта

Помимо кандидоза, у ВИЧ-инфицированных часто наблюдаются и другие поражения полости рта:

- гингивит — воспаление десен. Проявляется покраснением, отеком и кровоточивостью десен;

- *пиорея* — скопление гноя в зубодесневых карманах;
- *периодонтит* — характеризуется болезненным разрушением костной и мягких тканей, окружающей зубы. Зубы расшатываются и выпадают, десны кровоточат. Возможны изъязвления;
- *афты* — болезненные язвы с ровными краями на поверхности слизистой. Обычно покрыты гнойным отделяемым и кровоточат при прикосновении;
- *стоматит* — воспаление слизистой рта. Часто развивается при плохой гигиене полости рта;
- *хейлит* — воспаление и покраснение губ, сменяющиеся их бледностью, часто наблюдается у лиц с выраженным иммунодефицитом.

Мероприятия по уходу:

- необходимо обеспечить регулярную гигиену полости рта: мягкой зубной щеткой осторожно удалять налет с зубов, десен, языка и неба и/или удалять остатки пищи марлевым тампоном, смоченным в подсоленной воде;
- рекомендовать больному полоскать рот подсоленной водой (щепотка соли на стакан теплой кипяченой воды) после каждого приема пищи и перед сном;
- при необходимости после консультации с врачом специалист по уходу может дать больному анальгетики и местные анестетики;
- необходимо обеспечить соблюдение больным диеты: пища должна быть мягкой, лучше — протертой или жидкой, теплой, исключаются острые, слишком горячие или холодные блюда.

Поражения кожи

Себорейный дерматит

Себорейный дерматит — заболевание, которое вызывается кожным грибком *питириспорум*. У больных ВИЧ-инфекцией обнаруживается довольно часто.

Заболевание характеризуется появлением сухих, шелушащихся корочек на фоне покраснения. Чаще всего эти пятна располагаются на лбу, носогубных складках, на бровях и волосистой части головы, в подмышечных впадинах, в паховой области, между лопатками, на груди, на боковых поверхностях туловища, в кожных складках. Иногда высыпания могут сопровождаться зудом. Может наблюдаться перхоть желтоватого цвета. Ей не всегда сопутствует покраснение кожи на волосистой части головы.

Мероприятия по уходу:

- специалист по уходу должен объяснить подопечному, что нельзя расчесывать очаги высыпаний, так как имеется опасность нагноения (бактериального инфицирования);
- рекомендовать подопечному частое мытье пораженных участ-

ков для удаления чешуек, лучше с использованием лечебного шампуня с сульфидом селена;

- специалист по уходу обязан проследить, чтобы кожа подопечного не пересушивалась при проведении гигиенических процедур: необходимо порекомендовать своему подопечному не пользоваться часто мылом, а также не стоять долго под горячим душем;
- по согласованию с врачом можно применять аппликации на пораженные участки 1% гидрокортизоновой мази.

Дерматомикозы

Грибковые инфекции кожи часто сопровождают течение ВИЧ-инфекции.

Грибковые поражения кожи. Они проявляются в виде высыпаний красного, розового, коричневого цвета с обильным шелушением на поверхности, сопровождаются зудом. Поражения могут располагаться на любом участке кожи. В большинстве случаев их лечение не составляет проблемы в связи с широким применением противогрибковых мазей, растворов и таблеток для системной терапии и профилактики грибковых инфекций. Тем не менее, следует отметить важность лечения грибковых инфекций и профилактики присоединения других инфекций, в первую очередь бактериальных, которые могут привести к серьезным осложнениям.

Рекомендации по уходу идентичны описанным выше. Для местных аппликаций применяются противогрибковые мази и кремы.

Злокачественные новообразования

У ВИЧ-инфицированных пациентов с иммунодефицитом высока вероятность заболеваний лимфомами (опухоли лимфатической системы), острой лейкемией (опухоловое заболевание крови). У ВИЧ-инфицированных женщин может развиваться рак шейки матки.

На что следует обратить внимание:

- *на увеличение лимфатических узлов*, их болезненность;
- *на высыпания на коже*, которые быстро растут;
- *на появление болей внизу живота* (у женщин) и *выделений* из влагалища, на их характер (цвет, консистенция, запах).

Специалист по уходу должен помнить, что возникновение этих симптомов требует немедленной консультации врача.

Саркома Капоши (СК)

Саркому Капоши вызывает вирус герпеса человека 8 типа. Это форма злокачественного новообразования, которая часто встречается у больных ВИЧ-инфекцией мужчин.

В большинстве случаев СК поражает кожу, но может распространиться на видимые слизистые оболочки и даже на внутренние органы. Элемент саркомы Капоши представляет собой синие или багровые папулы (выпуклое твердое образование на коже в виде пятна) или узлы, нередко с лимфатическим отеком окружающей ткани. Часто поражаются небо, легкие, желудочно-кишечный тракт и лимфатические узлы.

При обнаружении на коже подопечного пятна, похожего на кровоизлияние («синяк»), специалист по уходу должен сразу же проконсультироваться у врача.

Если процесс принимает распространенный характер и затрагивает внутренние органы, пациенту необходимо, по назначению врача-онколога, провести курс лучевой терапии или полихимиотерапии.

СК может создавать косметические проблемы (если, например, поражается кожа лица). В этом случае необходимо принять определенные меры, зависящие от степени распространения и месторасположения пораженных участков. Существует целый ряд методов лечения СК, включая косметический камуфляж, радиотерапию, хирургические методы, инфузионную химиотерапию, криотерапию и лазерную терапию.

СК обычно не представляет угрозы для жизни, поэтому не возникает необходимости в радикальном медицинском вмешательстве при условии отсутствия явлений интоксикации (повышенная утомляемость, температура, потеря веса, плохой аппетит) и распространенности процесса на внутренние органы.

Желудочно-кишечные инфекции

Поражение желудочно-кишечного тракта у больных ВИЧ-инфекцией может быть вызвано как самой ВИЧ-инфекцией, так и иметь бактериальную, вирусную, грибковую или паразитарную природу.

Наиболее распространены у ВИЧ-инфицированных следующие желудочно-кишечные инфекции:

- *сальмонеллез* (основные клинические проявления — лихорадка, боль в животе, диарея, иногда — примесь крови в стуле, похудание, потеря аппетита, увеличение печени и селезенки);
- *дизентерия* (основные клинические проявления — лихорадка, боль в животе, жидкий стул с примесью крови);
- *криптоспоридиоз* (основные клинические проявления — водянистый частый стул, потеря аппетита, отсутствие лихорадки),
- *мироспоридиоз* (основные клинические проявления — водянистый частый стул, потеря аппетита, отсутствие лихорадки).

Некоторые желудочно-кишечные расстройства могут быть обусловлены нарушением всасывания вследствие атрофии кишечных ворсинок.

Наиболее часто развивается диарея, которая может быть острой, хронической или хронической с обострениями. Диарею называют хронической, если у больного жидкий стул три и более раз в сутки в течение 14-ти дней и более.

У ВИЧ-инфицированных часто наблюдаются также такие симптомы поражения желудочно-кишечного тракта, как потеря аппетита, тошнота и рвота, прогрессирующая потеря веса.

Диарея (жидкий стул)

Диарея «без причин» — характерный признак ВИЧ-инфекции. Может также наблюдаться и при других заболеваниях.

Регулярные, частые и продолжительные приступы диареи могут нарушить усвоение в кишечнике питательных веществ и привести к обезвоживанию организма и потере минеральных веществ.

На что следует обратить внимание:

- на *частоту стула*;
- на *консистенцию стула* — оформленный, мягкий или водянистый;
- на *наличие в стуле слизи или крови, на время появления крови в стуле* — до, во время или после акта дефекации;
- на *температуру тела подопечного*;
- на *наличие головокружения*;
- на *возникновение тошноты, рвоты*;
- на *боли в животе*;
- на *снижение веса (видимое похудание)*.

Специалист по уходу должен помнить, что, если диарея у подопечного не проходит в течение одного — двух дней, ему необходимо немедленно обратиться к врачу и выполнять все его назначения.

Мероприятия по уходу:

В этот период рекомендуются продукты, содержащие большое количество минеральных веществ, особенно калия. К ним относятся картофель, кабачки, тыква, бананы, мясо. Такие блюда, как рисовая каша и рисовый отвар, сухарики из белого хлеба, яйца, сваренные вкрутую, обладают скрепляющим действием (см. главу 5). При диарее лучше сократить употребление жиров и продуктов, богатых клетчаткой (сырых овощей и фруктов, хлеба из муки грубого помола). Необходимо увеличить частоту приема пищи (кормить часто, но маленькими порциями)

- специалист по уходу должен обеспечить соблюдение подопечным рекомендованной и подобранной врачом диеты;
- специалист по уходу должен принять срочные меры по восстановлению количества потерянной подопечным жидкости: рекомендовать подопечному больше пить — до 2-2,5 литров в день, лучше негазированной минеральной воды, соков, морсов, компотов;
- специалист по уходу должен следить, чтобы при уборке испражнений всегда использовались перчатки (не для того чтобы избежать заражения ВИЧ, а чтобы уберечься от попадания в организм других бактерий, например, кишечной палочки или возбудителей дизентерии т.п.);
- необходимо регулярно менять больному постельное белье, под простыни рекомендуется подложить клеенку;
- необходим тщательный и постоянный гигиенический уход за перианальной областью: кожу вокруг анального отверстия необходимо регулярно (не реже 3-х раз в день) промывать мыльным раствором и смазывать смягчающим кремом или вазелином, после каждого акта дефекации протирать кожу туалетной бумагой или мягкой тканью;
- срочно обратиться к врачу, если у больного началась рвота, лихорадка, обнаружилась примесь крови в стуле, диарея продолжается более 3-х суток, появились повреждения кожи вокруг заднего прохода.

Потеря веса у ВИЧ-инфицированных взрослых

Похудание у больных ВИЧ-инфекцией может происходить без видимых причин, не связанных, например, с усиленными занятиями спортом или соблюдением специальной диеты.

Потеря веса у взрослых часто связана с ВИЧ-инфекцией. Однако надо помнить, что снижение веса может наблюдаться и при других заболеваниях (это весьма характерный, но все же не специфический признак ВИЧ-инфекции).

Выраженная непреднамеренная потеря веса у ВИЧ-инфицированных носит название «ВИЧ-кахексия». У пациентов с ВИЧ-кахек-

сией отмечается плохое общее самочувствие, они измождены, могут испытывать беспокойство и страдать от обезвоживания. Пациент может жаловаться на потерю аппетита, лихорадку, иногда — диарею. У таких пациентов часто обнаруживается кандидоз полости рта, могут присоединиться другие клинические проявления вторичных заболеваний, в том числе неврологические, и такие как энцефалопатия. По мере прогрессирования заболевания больной будет употреблять все меньше пищи.

Специалист по уходу должен контролировать вес подопечного, наблюдать за количеством и качеством потребляемой подопечным пищи, придерживаясь рекомендаций по организации лечебного питания при ВИЧ-инфекции, которые даны в главе 5.

Мероприятия по уходу:

- необходимо терпеливо уговаривать больного принимать пищу, но не настаивать, поскольку организм может быть не в состоянии справиться с ней, и может начаться рвота;
- рекомендуется кормить больного часто маленькими порциями теми блюдами, которые наиболее нравятся больному;
- не готовить пищу около больного;
- срочно обратиться к врачу, если больной быстро теряет в весе, или постоянно отказывается от еды, или не может проглотить пищу.

Повышение температуры (лихорадка)

Лихорадка при ВИЧ-инфекции может быть обусловлена инфекцией, воспалительным процессом или злокачественной опухолью. Иногда температура тела у больного ВИЧ-инфекцией повышается без видимой причины.

На что следует обратить внимание:

- на *необходимость измерения* и записывания показателей температуры тела не реже, чем два раза в сутки — утром и вечером (если температура тела выше 37,5°C). Не рекомендуется измерять температуру сразу после приема пищи!
- на *определение времени суток, когда поднимается температура* (например, вечером или утром, или через определенные промежутки времени и т.д.);
- на *появление чувства жара* или, наоборот, *холода, потливости* по ночам, *чувства озноба, головной боли*;
- на *другие симптомы возможной инфекции* и признаки воспаления, такие как боль в горле, кашель, жжение при мочеиспускании и т.д.

При подозрении на наличие инфекции, или какого бы то ни было воспалительного процесса, больному необходимо обратиться к врачу и пройти назначенную терапию.

Специалист по уходу должен следить за регулярностью приема лекарственных препаратов и объяснять пациенту необходимость их приема.

У ВИЧ-инфицированного пациента лихорадка может быть единственным клиническим проявлением инфекции.

Но бывает и так: инфекция не обнаруживается, а температура держится в течение долгого периода (недели, иногда месяцы). Температура может приходить в норму, а затем также неожиданно подниматься снова. В этих случаях необходимо постоянное наблюдение врача.

Мероприятия по уходу:

- необходимо проконтролировать использование подопечным (по предписанию врача) жаропонижающих препаратов;
- необходимо осуществлять контроль за приемом предписанных врачом препаратов для лечения причины лихорадки;
- необходимо обеспечить подопечному употребление большого количества жидкости (чай, морс, отвары трав и т.д.), так как при повышенной температуре организм много ее теряет.

Боль

Боль у пациентов с ВИЧ-инфекцией часто носит распространенный характер, имеет разнообразные формы проявления и связана со значительными физиологическими и функциональными расстройствами. Наиболее распространенные и исследованные на настоящий момент болевые синдромы включают:

- болезненную сенсорную периферическую невропатию;
- боль при обширной саркоме Капоши;
- головную боль;
- боль в полости рта и глотке;
- боль в животе;
- боль в грудной клетке;
- боли в суставах и мышцах;
- болезненные дерматологические (кожные) состояния.

Причины болевых синдромов, наблюдаемых при ВИЧ-инфекции, подразделяют на три категории:

- боли, непосредственно вызванные ВИЧ-инфекцией или последствиями угнетения иммунной системы;
- боли, вызванные приемом антиретровирусных препаратов и/или связанные с лечением вторичных заболеваний;
- боли, не связанные с ВИЧ-инфекцией и ее лечением.

Важно помнить, что эмоциональная боль, например, страх смерти, чувство вины или бессмысленности существования, может быть столь же реальной и ощутимой, как и физическая боль. Психосоциальные страдания больных ВИЧ-инфекцией могут быть крайне тяжелыми. Очень встревоженным или пребывающим в состоянии депрессии пациентам в дополнение к обезболивающим препаратам (анальгетикам), возможно, потребуются назначение соответствующих психотропных средств. Важно обнаружить причину боли и постараться найти способ облегчить ее.

Мероприятия по уходу:

- специалист по уходу должен внимательно наблюдать за подопечным, вовремя заметить и оценить болевой синдром: время возникновения боли, связь момента возникновения боли с

Характер и степень болевых ощущений зависят от их непосредственной причины.

Чаще всего, болевой синдром при ВИЧ-инфекции связан с развитием вторичных заболеваний — опухолевыми процессами или оппортунистическими инфекциями. Интенсивное лечение вторичных заболеваний будет способствовать уменьшению боли.

приемом лекарственных препаратов или другими факторами (прием пищи, акт дефекации, мочеиспускания и т.д.), интенсивность боли («легкая, умеренная, сильная, очень сильная, невыносимая боль») или использовать по предложению лечащего врача другой метод оценки боли), возможность купирования боли (уточнить, что помогает и на какое время снять болевой синдром или ослабить его), характер и локализацию боли, влияние боли на состояние функций подопечного (настроение, общие и специфические виды активности);

- необходимо сообщить лечащему врачу о возникновении боли у подопечного, обсудить с врачом приемы снятия или облегчения боли у подопечного, проконтролировать прием подопечным обезболивающих препаратов, их эффективность и реакцию подопечного на их прием;
- рекомендуется по предписанию лечащего врача использовать некоторые отвлекающие приемы для снятия боли: упражнения на релаксацию, массаж, теплую ванну или просто интересное, отвлекающее от боли, занятие;
- необходимо оказать подопечному психологическую помощь, в случае необходимости, привлекая для этого специалистов (психологов, психиатров).

При ВИЧ-инфекции пациенты часто могут предъявлять общие жалобы (боль, слабость, недомогание, потеря аппетита и т.д.). Специалист по уходу должен внимательно отнестись ко всем жалобам. Иногда эти симптомы могут быть первыми предвестниками начала вторичных заболеваний.

Паллиативная помощь

Главная цель паллиативной помощи — улучшение качества жизни больного и его близких. Главным объектом ее заботы являются больной человек и его семья (в любом понимании), и она целенаправленно занимается устранением симптомов и решением проблем, испытываемых пациентом и его близкими.

Основные принципы паллиативной помощи:

- облегчать боль и другие тягостные проявления болезни;
- признавать жизнь и смерть естественными процессами;
- не ускорять наступление смерти, но и не продлевать страдания;
- сочетать с медицинской помощью духовную и психологическую поддержку;
- как можно дольше продлевать активную жизнь пациента;
- при жизни и после смерти пациента оказывать психологическую поддержку его родственникам и близким людям;
- включать многопрофильную помощь, учитывающую потребности пациента и его близких, включая консультации психолога;
- повышать качество жизни, по возможности, облегчать течение болезни.

Принципы паллиативной помощи применимы в отношении людей с ВИЧ-инфекцией на любой стадии заболевания, независи-

Освобождение от боли — это первоочередная задача при оказании помощи больным ВИЧ-инфекцией на поздних стадиях заболевания.

Паллиативная помощь — необходимый компонент комплексной помощи ВИЧ-инфицированным людям на любой и, особенно, на поздних стадиях заболевания.

Паллиативная помощь подразумевает всестороннее и своевременное выявление и решение проблем, которое несет с собой неизлечимое заболевание — облегчение боли и других проявлений болезни, оказание психологической, социальной и духовной поддержки.

мо от того, обусловлены ли их страдания собственно ВИЧ-инфекцией, возникновением вторичных заболеваний или же побочным действием антиретровирусных препаратов.

Лица, предоставляющие паллиативную помощь, занимаются всеми проблемами, с которыми сталкиваются люди, живущие с ВИЧ, и их семьи. Паллиативная помощь включает симптоматическую терапию, психологическую, социальную и духовную поддержку, а, при необходимости, также помощь при терминальных состояниях, в частности, консультативную помощь для умирающих и людей, потерявших близких. Краеугольным камнем паллиативной помощи является умение слушать. Владеющие этим умением специалисты по уходу и медицинские работники, внимательно прислушиваясь к своим пациентам и их родственникам, помогают им выявить проблемы и установить, какие из них требуют первоочередного внимания. Затем вместе с пациентами и их семьями они работают над этими проблемами, пока не будет найдено оптимальное их решение.

Паллиативная помощь может оказываться на дому, в больницах, в хосписах. Паллиативная помощь должна предоставляться всем пациентам, которые нуждаются в ней и выразили желание ее получать. Больному ВИЧ-инфекцией не может быть отказано в паллиативной помощи по политическим или социальным причинам.

Более подробную информацию по методам и технике ухода, в том числе за больными туберкулезом, другими инфекционными заболеваниями, а также за больными с проблемами зрения, слуха, тяжело больными и умирающими можно найти в учебном пособии для медицинских сестер службы милосердия РОКК «Основы ухода в домашних условиях». РОКК, М., 1997 г. и «Уход за больными туберкулезом в амбулаторной фазе лечения», Москва, 2000 г.

Питание при ВИЧ-инфекции

Прочитав эту главу, Вы узнаете:

1. Каким должен быть дневной рацион питания при ВИЧ-инфекции.
2. Какие существуют гигиенические требования к приготовлению пищи.
3. Как при помощи диеты улучшить самочувствие своего подопечного.
4. Как организовать питание при болезненных проявлениях ВИЧ-инфекции.
5. Функции витаминов и их источники.

Питание — это основной источник роста, функционирования и восстановления сил организма.

В пище содержатся необходимые человеку белки, жиры, углеводы, витамины, минералы и вода. Дневной рацион ВИЧ-инфицированного подопечного должен быть достаточно сбалансирован и разнообразен. ВИЧ-инфицированные люди должны получать высококалорийное питание с повышенным содержанием белка.

Здоровому человеку, ведущему активный образ жизни, требуется примерно 2070 ккал в день. ВИЧ-инфицированному человеку требуется на 10-15% больше энергии в день (или приблизительно 400-500 дополнительных ккал для мужчин и 300-400 ккал для женщин). Рационально довести калорийность потребляемой в сутки ВИЧ-инфицированным человеком пищи до 40 ккал на 1 кг веса человека (рекомендации Всемирной Организации Здравоохранения).

Необходимое количество белка для здорового мужчины примерно составляет 57 г в день, а для женщины — 48 г в день. ВИЧ-инфицированному взрослому человеку необходимо употреблять на 50-100% больше белка, в общей сложности не менее 85 г в день для мужчин и 72 г в день для женщин (по рекомендации Всемирной Организации Здравоохранения — из расчета 5 граммов белка на 1 кг веса человека в сутки).

Потребление питательных элементов (особенно витаминов А, В6, В12, С, железа, цинка) также является важным фактором построения сильной иммунной системы и борьбы с инфекциями.

Например, недостаток витамина А приводит к увеличению риска передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, к более быстрому прогрессированию заболевания, к более высокому уровню смертности среди младенцев, и к задержке в психическом и физическом развитии ребенка. Дети, рожденные ВИЧ-инфицированными матерями, принимавшими витамин А, реже страдают, например, расстройством желудка. Также витамин А рекомендуется принимать молодым матерям сразу же после рождения ребенка и детям от 6 месяцев и старше.

Витамины группы В играют важную роль в работе иммунной системы, их недостаток может привести, в некоторых случаях, к прогрессированию заболевания. Употребление витаминов груп-

Полноценное питание во время болезни играет более важную роль, чем до неё, так как организм нуждается в дополнительном количестве необходимых питательных веществ.

пы В в качестве добавки к пище может снизить темпы развития болезни и повысить сопротивляемость организма к инфекциям. Поступление количества питательных элементов в организм можно увеличить, если употреблять определенные виды продуктов (например, в рацион ВИЧ-инфицированного человека обязательно должны быть включены, при отсутствии противопоказаний, такие продукты, как молоко, молочно-кислые продукты, йогурт, хлеб) или специальные добавки (например, все пациенты с ВИЧ-инфекцией должны принимать поливитамины, содержащие витамины А, В и С).

Питание — это не лекарство от ВИЧ-инфекции. Тем не менее, в поддержании здорового образа и качества жизни правильное питание играет очень важную роль:

- помогает иммунной системе правильно функционировать и бороться с ВИЧ: постоянное присутствие вируса означает, что иммунная система должна непрерывно производить необходимые для борьбы с ВИЧ иммунные клетки и вещества, которые создаются из питательных компонентов пищи;
- защищает тело: урон, который наносится организму ВИЧ или оппортунистическими инфекциями, необходимо компенсировать; питательные вещества — это те материалы, из которых организм строит и восстанавливает сам себя, поэтому в них есть постоянная потребность;
- улучшает качество жизни: хорошее питание необходимо для хорошего самочувствия; оптимальный уровень питательных веществ дает человеку энергию и здоровье и не дает проявляться многим симптомам, которые могут возникнуть на фоне их дефицита; нормальный уровень питательных веществ может предотвратить или уменьшить побочные эффекты от некоторых противовирусных препаратов;
- оказывает влияние на сопутствующие инфекции: для людей, имеющих одновременно ВИЧ и, например, гепатит, все выше сказанное приобретает двойное значение, т.к. организму приходится справляться больше, чем с одной хронической инфекцией, и требуется особая поддержка печени и ее защита.

Причины возникновения проблем с питанием у больных ВИЧ-инфекцией

У больных ВИЧ-инфекцией питательные вещества в организме сжигаются быстрее. Это связано с тем, что иммунная система постоянно борется с ВИЧ, компенсируя разрушения, нанесенные вирусом и другими инфекциями. Это заставляет организм быстрее расходовать питательные вещества.

Другой причиной нехватки питательных веществ могут быть кишечные инфекции (а также и сам ВИЧ). Некоторые ВИЧ-инфицированные люди с трудом усваивают жиры, что может препятствовать усвоению таких важных витаминов, как А, Е, D и К.

Многие ВИЧ-инфицированные люди часто не употребляют достаточно тех продуктов, которые им необходимы. Причиной этого может быть усталость, потеря аппетита, изменение вкусовых ощу-

щений, тошнота, рвота, инфекции, а также возможные финансовые трудности, не позволяющие ВИЧ-инфицированному человеку приобретать в достаточном количестве необходимые продукты.

Принципы диеты для больных с ВИЧ-инфекцией

Специалист по уходу обязан в соответствии с рекомендациями лечащего врача помочь своему подопечному составить разнообразное и полноценное меню.

При составлении диеты для подопечных с клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции необходимо придерживаться следующих принципов:

- для профилактики потери веса нужно заблаговременно ввести дополнительное питание;
- при появлении тошноты и рвоты следует перейти на дробное питание маленькими порциями;
- для профилактики обезвоживания подопечный должен получать достаточное количество жидкости;
- для профилактики запоров и повышенного газообразования повысить содержание в рационе клетчатки и снизить содержание жира;
- питание подопечного должно включать его любимые блюда;
- подопечный должен отказаться от курения и употребления алкоголя;
- рацион подопечного должен содержать витамины А, В и С.

Общие советы по правильному питанию ВИЧ-положительных пациентов:

- питание подопечного должно быть регулярным; питаться подопечному необходимо 4-5 раз в день; последний приём пищи — за два часа до сна;
- необходимо предложить подопечному «перекусывать» в течение дня между основными приемами пищи, чтобы увеличить количество потребляемой пищи;
- следует разнообразить меню больного, так как это может улучшить его аппетит;
- нельзя заставлять подопечного есть то, что ему не нравится;
- ВИЧ-инфицированному человеку нельзя употреблять в пищу сырые яйца (в том числе при домашнем изготовлении майонеза, мороженого или соусов);
- если у подопечного есть жалобы на возникающие при приёме пищи затруднения, боли и т.п., специалисту по уходу следует обсудить их с врачом и отрегулировать диету.

Пирамида питания

Помочь лучше понять принципы организации питания для больных ВИЧ-инфекцией поможет четырехуровневая «Пирамида питания».

цирроза печени у инфицированных гепатитом С. Для тех, у кого повышенное содержание жиров в крови (вызванное противовирусными препаратами и/или дистрофией), диета с высоким процентом жира может привести к риску сердечно-сосудистых заболеваний.

Рекомендации по питанию при потере веса

При сниженном аппетите из-за усталости, лихорадки или при рвоте и диарее организм усваивает меньше питательных веществ, чем ему требуется.

Плохой аппетит из-за усталости — нередкое явление при ВИЧ-инфекции. Бывает, что больной, стремясь обслужить себя самостоятельно, не рассчитывает своих сил: собственноручно делая покупки и готовя еду, занимаясь домашним хозяйством или выполняя какую-либо работу, он переутомляется и, порой даже не замечая того, начинает меньше есть. Это тут же отзывается потерей в весе, против чего следует незамедлительно принять меры.

С целью исключить переутомление подопечного, специалист по уходу должен помочь составить соответствующий состоянию подопечного режим труда (или активности) и отдыха.

Периоды лечения в больнице, а также обследование и лечение в поликлинике могут сопровождаться значительным ухудшением усвоения пищи и, вследствие этого, потерей веса. Кроме того, известно, что при ВИЧ-инфекции организм использует больше энергии и ему требуется большее количество калорий.

Пища, которая обладает большой энергетической ценностью, — это маргарин, растительное и сливочное масло, сливки, сметана и все сорта сахара.

Пища, богатая белками, — это мясо, мясные продукты, курица, дичь, птица, рыба, орехи, яйца, молоко, молочные продукты, все сорта сыра, сушеные фрукты и соевые продукты.

Например, питание можно обогатить белками и повысить его калорийность, съев крекер с колбасой или сыром, бисквит, пирожные или орехи между приёмами пищи. Подопечным в тяжелом состоянии можно давать высококалорийную смесь (50 г сахара, 20 мл растительного масла, 500 мл молока; если нет противопоказаний, можно добавить в этот коктейль взбитое яйцо).

Какой бы ни была причина похудения, пользуясь нижеперечисленными советами, можно поддерживать вес подопечного:

- специалист по уходу должен проследить, чтобы его подопечный ел и пил, не торопясь;
- дневную норму пищи подопечного необходимо разделить на 4-5 небольших по количеству приёмов;
- следует разнообразить еду: готовить для подопечного не только отварные блюда, но и, например, запечённые в духовке;
- допустимо для приготовления пищи использовать качественные полуфабрикаты — это поможет сэкономить время;
- очень важно тщательно сервировать стол, красиво раскладывая еду на тарелке;

Прибавить в весе поможет пища, содержащая достаточное количество калорий «энергия» и белков «строительный материал».

Если при помощи диеты не удаётся восполнить дефицит белков и калорий, можно принимать пищевые добавки, но только именно в качестве добавок, а не заменителей натурального белка! Необходимо проконсультироваться с лечащим врачом о том, какие пищевые добавки можно использовать и как их применять.

- специалист по уходу может порекомендовать подопечному не употреблять пищу в одиночестве;
- можно разнообразить процесс еды подопечного «перекусыванием» — пожарить ему яичницу, сделать омлет или перекусить готовым пирожным или йогуртом, приготовить калорийный коктейль;
- рекомендуется такой прием: хлеб нарезать тонко, а сыр и колбасу более толстыми ломтиками;
- можно предложить подопечному заменить хлеб кашей или мюсли;
- рекомендуется добавлять сливки в кофе, молоко, кефир, йогурт, творог, пудинги и какао, соусы в супы и картофельное пюре;
- полезно взбитое яйцо соединить с кашей, картофельным пюре или соусом, а затем подвергнуть тепловой обработке (при этом необходимо помнить, что подопечному категорически не рекомендуется употреблять в пищу сырые яйца);
- можно добавлять сахар или мёд в различные блюда, такие как каша, йогурт, пудинг, чай и кофе;
- натёртый сыр можно смешать с соусами, овощами, пюре и другими блюдами.

Рекомендации по питанию при диарее

При диарее организм теряет много жидкости и солей. Эти потери необходимо восполнять. Задача специалиста по уходу проконтролировать соблюдение подопечным нескольких правил питания при диарее:

- нужно стараться, чтобы подопечный употреблял больше жидкости — минимум 2-2,5 литра (10-12 стаканов) в день: минеральную воду без газа, чай, овощные соки, несладкие фруктовые соки;
- включить в рацион подопечного больше солёных блюд, таких как бульоны, супы, сельдь, солёное печенье (пища подопечного при диарее должна содержать немного больше соли, чем обычно);
- количество потребляемого сахара необходимо ограничить из-за его слабительного действия;
- пища подопечного должна содержать меньше клетчатки и жиров; необходимо порекомендовать подопечному не употреблять в этот период продукты с высоким содержанием жира, а также тёмные сорта хлеба, овощи и фрукты;
- молоко и сладкие молочные продукты могут слабить, так как содержат лактозу. Надо заменить их в диете подопечного кисломолочными продуктами, такими как кефир, йогурт, творог (кислые молочные продукты содержат гораздо меньше лактозы). В сыре и взбитых сливках незначительное количество лактозы, их можно включать в меню подопечного с диареей. Существуют также молочные продукты, не содержащие лактозу — они рекомендуются при продолжительной диарее и в случаях повышенной чувствительности к лактозе.

Рекомендации по питанию при тошноте и рвоте

При тошноте часто пропадает аппетит. Специалист по уходу может порекомендовать своему подопечному в этом состоянии употреблять как можно больше жидкости (два литра в день), а когда тошнота проходит, пытаться есть (в любое время суток, даже ночью). Кормить подопечного надо часто, маленькими порциями, медленно, предлагая подопечному те блюда и продукты, которые ему нравятся или в меньшей степени вызывают тошноту.

Если подопечного тошнит от запаха еды, можно попробовать заменить горячую пищу бутербродами, холодным мясом, сыром, салатами или кефиром.

Лекарства, рекомендованные лечащим врачом помогут избавиться от тошноты или хотя бы снизить её интенсивность.

Рекомендации по питанию при болях во рту и при глотании

Боль во рту и затруднительное, болезненное глотание могут вызвать проблемы с приёмом пищи. В таком случае можно порекомендовать использовать теплые протёртые или жидкие блюда.

Рекомендации по приготовлению пищи и ее употреблению при жалобах подопечного на боли во рту и при глотании:

- предпочтительно готовить для подопечного горячие блюда в виде пюре — все части блюда (мясо, картофель, овощи) протирать отдельно;
- при приготовлении мясных блюд для подопечного мясо лучше мелко размалывать;
- при необходимости можно заменять в рационе подопечного мясо яйцами, рыбой, курицей, творогом, сыром;
- овощи рекомендуется варить или готовить в виде пюре;
- в рис полезно добавлять молоко, бульон или отвар из овощей;
- в пюре рекомендуется добавлять бульон, соус, овощной отвар, масло или маргарин;
- полезно готовить для подопечного смешанные горячие блюда, все компоненты которых можно отварить;
- рекомендовать подопечному не употреблять горячую или слишком холодную пищу (слишком горячие или холодные блюда могут вызвать боль в полости рта);
- исключить из рациона подопечного острые приправы, специи и очень солёные блюда;
- необходимо смягчать вкус сока (некоторые фруктовые соки могут раздражать слизистую полости рта), добавляя в него немного сливок, смешивая разные сорта соков или разбавляя их водой.

Рекомендации по питанию при изменении вкуса

Вследствие воспалительного процесса во рту вкусовые ощущения могут измениться. Это происходит, например, при кандидо-

зе слизистой полости рта или в результате лечебных манипуляций — после облучения ротовой полости (радиотерапия) или под действием некоторых лекарств.

Вкусовые ощущения разделяются на четыре компонента: сладкий, кислый, соленый и горький. Случается, что человек перестаёт ощущать один или несколько компонентов. Бывает, что вкус пищи, которая раньше нравилась, становится неприятен. Кроме того, некоторые продукты могут вызывать отвращение (например, мясо).

Когда пропадает удовольствие от еды, человек стремится есть меньше или однообразно. Это плохо влияет на его самочувствие, он теряет в весе.

В данной ситуации специалисту по уходу предлагается несколько советов:

- попробовать приготовить для подопечного продукты и блюда, которые раньше казались ему невкусными, или те, что использовались нечасто;
- мясо можно заменить курицей, рыбой, сыром, яйцами, соевыми продуктами и бобовыми, или вкусными блюдами вегетарианской кухни;
- можно умеренно добавлять в пищу подопечного для вкуса соль, перец, горчицу, кетчуп, столовый уксус.

Гигиенические основы приготовления пищи

При неправильном хранении продукты питания представляют собой благоприятную почву для размножения бактерий.

Общие гигиенические советы:

При сниженном иммунитете человек становится более восприимчивым к инфекциям, которые вызываются различными бактериями, поэтому особенно важно соблюдать правила приобретения, хранения и приготовления продуктов.

- мясо, рыбу, курицу нужно всегда хранить в морозильной камере; свежие мясные и рыбные продукты должны находиться в холодильнике не более двух дней;
- необходимо держать отдельно такие продукты, как зелень, хлеб, сырое мясо, рыбу; удобно использовать для этого специальную бумагу или контейнеры;
- продукты желательнее покупать только в магазине;
- необходимо следить за сроками годности продуктов и не допускать к использованию продукты с истекшим сроком годности;
- продукты следует хранить в холодильнике в соответствии со сроками годности;
- не рекомендуется повторный разогрев готовых блюд;
- курицу и рыбу нужно хорошо проваривать или прожаривать;
- фрукты и овощи необходимо тщательно мыть;
- разделочные доски, ножи и вилки после разделывания мяса, рыбы и курицы нужно хорошо промывать с использованием моющих средств (разделочную доску из пластика гораздо проще содержать в чистоте, чем деревянную);
- губки для мытья посуды, если на них остаётся жидкость от мяса или рыбы, нужно мыть в горячей воде с моющими средствами.

Функции витаминов и их источники

МИКРОЭЛЕМЕНТ	РОЛЬ	ИСТОЧНИК
Ретинол Витамин А	Оказывает влияние на рост и функционирование Т и В клеток иммунной системы, поддерживает работу эпителиальных клеток, слизистых оболочек, включая дыхательный, желудочно-кишечный и мочеполовой тракты. Дефицит витамина А приводит к более быстрому прогрессированию ВИЧ-инфекции, увеличивает смертность среди взрослых, риск передачи инфекции от матери ребенку, детскую смертность и задержку в росте у детей.	Печень и молочные продукты, темно-зеленые листовые овощи, почки, яйца, некоторые виды рыб, сладкий картофель, тыква, пальмовое масло, морковь, фрукты.
Тиамин Витамин В1	Очень важен для метаболизма энергии/обмена веществ, поддерживает аппетит и функционирование нервной системы.	Крупы, фасоль, мясо, рыба, курица, яйца.
Рибофлавин Витамин В2	Очень важен для метаболизма энергии/обмена веществ, сохранения хорошего зрения, здоровья и чистоты кожи.	Молоко, йогурт, мясо, цельнозерновые крупы, рыба, фасоль.
Ниацин Витамин В3	Очень важен для метаболизма энергии/обмена веществ, сохранения хорошего зрения, здоровья и чистоты кожи, нервной и пищеварительной систем.	Молоко, яйца, мясо, домашняя птица, арахис, цельнозерновые крупы, рыба.
Пиридоксин Витамин В6	Отвечает за обмен веществ и всасывание жиров и белков, способствует образованию красных кровяных клеток.	Сладкий картофель, белая фасоль, кукуруза, авокадо, капуста, мясо, рыба.
Кобаламин Витамин В12	Очень важен для образования новых клеток и поддержания работы клеток нервной системы.	Красное мясо, рыба, курица, морепродукты, сыр, яйца, молоко, ферментированные продукты
Аскорбиновая кислота Витамин С	Очень важна для работы иммунной системы и всасывания железа.	Апельсины, помидоры.
Токоферол Витамин Е	Защищает структуру клеток и управляет процессами борьбы/противостояния различным болезням.	Листовые овощи, растительные масла, орехи, яичный желток, овощи, печень.
Железо	Доставляет кислород в кровь, уничтожает старые кровяные клетки и строит новые.	Красное мясо, домашняя птица, морепродукты, яйца, орехи, салат, фасоль, зерновые культуры и сухофрукты.
Кальций	Укрепляет кости и зубы. Важен для функционирования сердечной мышцы и других мышц, свертываемости крови, работы иммунной системы.	Молоко, креветки, сушеная рыба, фасоль, салат, горох, просо
Цинк	Укрепляет иммунную систему. Играет важную роль в процессе переваривания пищи. Доставляет витамин А	Мясо, курица, рыба, крупы и овощи.
Селен	Предотвращает повреждение/ухудшение работы сердечной мышцы.	Морепродукты, печень, мясо, морковь, лук, молоко, яйца.
Йод	Обеспечивает развитие и правильное функционирование мозга и нервной системы.	Рыба, морепродукты, йодированная соль.
Магний	Укрепляет мышцы, важен для функционирования нервной системы. Участвует в процессе роста костей, помогает сохранять зубы здоровыми.	Крупы, темно-зеленые овощи, морепродукты, орехи, бобовые.

Лечение

Прочитав эту главу, Вы узнаете:

1. Какие методы лечения существуют на сегодняшний день.
2. Что такое резистентность.
3. Почему важно выполнять все рекомендации врача по приему антиретровирусных препаратов.
4. Какие существуют нетрадиционные методы лечения ВИЧ-инфекции.

Целью лечения являются максимальное продление жизни больного и обеспечение сохранения ее качества.

В настоящее время не существует средств, позволяющих радикально излечивать больных ВИЧ-инфекцией, поэтому лечебные мероприятия направлены на предупреждение или замедление прогрессирования болезни.

К основным принципам терапии ВИЧ-инфекции можно отнести:

- необходимость создания охранительного психологического режима;
- своевременное начало антиретровирусной терапии и профилактики вторичных заболеваний;
- тщательный выбор лекарственных препаратов с подбором необходимого минимума;
- своевременное лечение вторичных заболеваний, для чего необходима их ранняя диагностика.

Задача специалиста по уходу состоит в том, чтобы всемерно способствовать соблюдению этих принципов.

В лечении ВИЧ-инфекции выделяют:

- антиретровирусную терапию (АРТ);
- профилактику и лечение вторичных заболеваний;
- патогенетическое лечение некоторых синдромов.

Антиретровирусная терапия (АРТ)

Действия антиретровирусных препаратов основаны на том, что они блокируют ферменты («обратная транскриптаза» и «протеаза»), которые вирус использует в процессе своего размножения.

Комбинации антиретровирусных препаратов (ВААРТ) являются всемирно признанным стандартом лечения.

В настоящее время в арсенале врачей имеются четыре группы лекарственных препаратов, способных воздействовать на ферменты ВИЧ и, таким образом, нарушать образование вирусных частиц.

Одновременное назначение трех-четырёх антиретровирусных препаратов из разных групп в максимальной степени подавляет способность ВИЧ к размножению и называется «высокоактивной антиретровирусной терапией» (ВААРТ).

Из исследований выяснилось, что такие комбинации могут значительно продлить жизнь человеку с ВИЧ-инфекцией. На фоне приема этих препаратов снижаются показатели вирусной нагрузки и повышается число CD4+ лимфоцитов в крови.

К сожалению, все противовирусные препараты имеют свои недостатки:

- вызывают неприятные побочные эффекты, из-за которых некоторые пациенты вынуждены от них отказаться;
- требуют очень аккуратного и строгого соблюдения схемы приема;

- могут вызывать привыкание к себе вируса, особенно при неправильном приеме препаратов;
- большинство препаратов, особенно ингибиторы протеазы, пока дорогостоящи и малодоступны.

Понятие резистентности

При длительном или неправильном приеме антиретровирусных препаратов вирус может становиться нечувствительным к ним, в связи с чем эффективность лечения резко снижается. Лекарство больше не препятствует размножению вируса, что влечет за собой прогрессирование болезни.

Это состояние называют устойчивостью, или *резистентностью* к ВИЧ.

Преимущество комбинированной терапии заключается именно в том, что ВИЧ длительное время не становится резистентным (если ВИЧ становится резистентным к одному из препаратов, на него действует другой и подавляет его жизнедеятельность).

Тем не менее, и при комбинированной терапии может развиваться резистентность. Чаще всего это происходит, если пациент нарушает рекомендации врача по приему лекарств. В этом случае остается возможность перейти на комбинацию других видов ингибиторов, к которым еще не развилась устойчивость. Однако выбор препаратов замены крайне ограничен.

Механизмы взаимодействия человеческого организма, вируса и лекарственных средств очень сложны и до конца пока не изучены.

При развитии резистентности к одному типу ВИЧ-ингибиторов может сформироваться резистентность и к другому типу антиретровирусных препаратов, даже если эти средства еще не применялись. Это явление называется *перекрестной резистентностью*.

К сожалению, перекрестная резистентность встречается довольно часто. Новую же комбинацию препаратов, к которой вирус еще сохранил чувствительность, отыскать нелегко, несмотря на то, что в настоящий момент существует гораздо больше комбинаций ВИЧ-ингибиторов, чем раньше.

Все лекарства, входящие в комбинированную терапию, для предотвращения развития резистентности, нужно принимать по определенным правилам, точно соблюдая рекомендации врача по времени приема, количеству таблеток, частоте приема, связи с приемом пищи (на сытый или пустой желудок).

Эти правила различны в отношении каждого препарата и в отношении каждой комбинации. Их нужно четко усвоить и строго им следовать. Естественно, определять, какие препараты и как следует принимать, может только врач.

Для предупреждения развития резистентности специалист по уходу обязан проконтролировать строгое выполнение подопечным следующих правил:

- каждый раз подопечный должен принимать предписанную врачом дозу препарата, не снижая и не превышая ее;

Резистентность к ВИЧ может развиваться при применении только одного антиретровирусного препарата, или при использовании неправильно подобранной комбинации препаратов, а также при нарушении схемы приема препаратов (доза, режим приема и т.д.).

При использовании комбинации препаратов выше вероятность того, что дольше сохранится эффективность действия этих препаратов.

- общее ежедневное количество принимаемых подопечным таблеток также должно строго соответствовать предписанию врача (забывчивость, из-за которой пропускается прием лекарств, здесь недопустима);
- нельзя принимать двойную дозу препарата, если пропущен предыдущий прием;
- чтобы избежать нарушений в схеме приема препаратов, можно написать памятку для больного и повесить ее на видное место, например, над обеденным столом;
- можно контролировать прием препаратов, подсчитывая количество таблеток (капсул), оставшихся в коробочке для лекарств или во флаконе;
- можно предложить подопечному завести дневник, в котором он должен отмечать прием каждой дозы препарата. В данном случае специалисту по уходу будет легче контролировать выполнение назначений врача;
- очень важно верно распределить дневную дозу препаратов во времени (2-3 раза в день через равные промежутки времени по предписанию врача);
- некоторые лекарства нужно принимать на пустой желудок, другие, наоборот, после еды — эти предписания даются для того, чтобы эффективность действия лекарств была выше, и здесь также нельзя отступать от рекомендации врача.

Специалист по уходу должен постоянно разъяснять подопечному негативные последствия несоблюдения схемы приема препаратов и внимательно наблюдать за своим подопечным, помогая ему при получении антиретровирусной терапии справиться со всеми сложностями, постоянно напоминая ему о том, что успех лечения в значительной степени зависит от самого пациента.

Предполагается, что лечение позволит пациенту сохранить прежний образ жизни. На практике выясняется, что бывает не всегда просто выдержать все требования к приему препаратов. Можно ли назвать «нормальной» жизнь, когда в течение дня, в разное время, после еды или, наоборот, до еды, приходится принимать полную горсть таблеток? Только тогда, когда пациент будет полностью уверен в том, что готов приступить к лечению, и сумеет преодолеть связанные с ним трудности, можно начинать терапию и рассчитывать на хороший результат.

В начале лечения, если мотивация больного достаточно высока, это, как правило, удается. Но со временем нередко возникают сложности. Например, пациент на фоне приема препаратов начинает лучше себя чувствовать и, соответственно, может стать менее пунктуальным в соблюдении времени приема препаратов, иногда разрешая себе даже «забыть» их принять. Это влечет за собой повышение вероятности развития резистентности к ВИЧ. Может случиться так, что пациент будет продолжать прием лекарств, которые уже не будут оказывать на вирус никакого воздействия.

Когда необходимо начинать лечение

Наукой еще окончательно не определены оптимальные сроки начала комбинированной терапии. Как раннее, так и позднее назначения комбинированной терапии имеют свои недостатки.

Раннее назначение терапии означает, что больным годами придется соблюдать жесткий почасовой график приема лекарств, пищи и воды.

Кроме того, эти лекарства часто обладают побочными эффектами. К тому же, пока не накоплено достаточных данных об отсроченных побочных воздействиях антиретровирусных препаратов.

Позднее начало лечения происходит на фоне глубоких изменений в иммунной системе. Соответственно, снижается эффект лечения — чем сильнее поражена иммунная система, тем труднее будет ее восстановить.

Показания для назначения больному ВИЧ-инфекцией противоретровирусной терапии, ее тактика определяется клинической стадией заболевания. В соответствии с рекомендациями Российского Федерального научно-методического Центра СПИД, безусловным показанием к началу противовирусной терапии являются следующие клинические показания: ВИЧ-инфекция в стадии первичных проявлений в клинически выраженной форме (острая ВИЧ-инфекция, стадия 2Б и 2В) и стадия вторичных заболеваний (4Б и 4В) в фазе клинического прогрессирования (см. главу 3).

Критерием к назначению АРТ могут быть и лабораторные показатели — количество CD4+ лимфоцитов и уровень «вирусной нагрузки» (концентрации РНК ВИЧ в плазме крови).

Побочные действия антиретровирусных препаратов

Практически все антиретровирусные препараты обладают способностью вызывать побочные действия. Некоторые из этих эффектов самопроизвольно проходят через несколько недель, поэтому пациенту следует, находясь в контакте с врачом, первые недели продолжать принимать лекарства, несмотря на дискомфорт. Специалисту по уходу необходимо внимательно наблюдать в этот период за подопечным, помогая ему в трудных ситуациях. Так же специалисту по уходу необходимо иметь постоянный контакт с лечащим врачом, т.к. не все побочные явления проходят сами по себе, и подопечному может понадобиться квалифицированная врачебная помощь.

Наиболее частые побочные эффекты — тошнота, рвота, диарея (понос), бессонница. Другие побочные эффекты носят более специфический характер.

Два лекарственных препарата при совместном применении могут оказывать друг на друга перекрестное влияние. Один лекарственный препарат может ослабить, или даже нейтрализовать фармакологическое действие другого. Взаимовлияние одновременно применяемых двух медикаментов может усилить и побочные эффекты каждого из них.

Нежелательный эффект при приеме лекарственных препаратов может развиваться на фоне и вследствие употребления ВИЧ-инфицированным человеком наркотиков и алкоголя, поэтому при приеме антиретровирусных препаратов необходимо исключить употребление алкоголя и/или наркотиков.

Полную информацию о каждом препарате можно получить из вложенной в упаковку аннотации к нему и у лечащего врача.

Однако стоит иметь в виду, что в аннотации перечисляются все побочные действия, в том числе и самые редкие из них. Совсем не обязательно, что разовьются все неприятные явления, о которых там идет речь. В любом случае необходима консультация врача.

Правильное питание и жесткое соблюдение режима приема препаратов уменьшают вероятность возникновения нежелательных побочных эффектов и формирования резистентности.

Создание охранительного психологического режима для ВИЧ-инфицированных лиц

Каждому больному ВИЧ-инфекцией необходима психологическая помощь и поддержка! Задача специалиста по уходу — находясь в постоянном контакте с лечащим врачом, убедить больного принять такую помощь и помочь ему получить ее у квалифицированных специалистов.

Информация о неизлечимости ВИЧ-инфекции и ее фатальном прогнозе вызывает у инфицированного ВИЧ человека тяжелые эмоциональные реакции. В то же время в общественном сознании наблюдается предубежденность в отношении больных ВИЧ-инфекцией. Заражение ВИЧ влечет за собой серьезные последствия эмоционального и социального характера. С момента возникновения подозрения на заражение ВИЧ-инфекцией больной подвергается постоянному психогенному стрессу, в связи с чем специалисту по уходу (социальному работнику, сестре милосердия или близким людям) необходимо принять определенные меры для смягчения медицинских и социальных последствий стресса.

Диспансерное наблюдение за ВИЧ-инфицированными лицами

Целью диспансерного наблюдения за ВИЧ-инфицированными пациентами является оказание своевременной медицинской помощи и психологической поддержки.

ВИЧ-инфицированных лиц рекомендуется периодически обследовать, т.е. осуществлять за ними диспансерное наблюдение.

Обследования больных ВИЧ-инфекцией в рамках диспансерного наблюдения должно проводиться с их добровольного и информированного согласия. Сроки, план и объем обследований определит лечащий врач в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции у больного. Задача специалиста по уходу состоит в том, чтобы разъяснить своему подопечному необходимость регулярного диспансерного наблюдения для сохранения качества жизни.

Нетрадиционная терапия

Нетрадиционное (альтернативное) лечение так же, как и традиционная медицина, не может излечить ВИЧ-инфекцию, но может укрепить и, в определенной степени, оздоровить организм ВИЧ-положительных людей, замедляя развитие заболевания, а также облегчить некоторые болезненные состояния, возникающие при ВИЧ-инфекции.

Методы нетрадиционной медицины различны. Одни помогают избавиться от некоторых симптомов, или смягчают их проявления. Другие улучшают общее самочувствие и, тем самым, качество жизни. Третьи дают ощущение того, что человек владеет ситуацией, и это помогает ему обрести чувство уверенности в себе.

Однако невозможно предугадать, какой метод окажет положительный эффект при том или ином проявлении болезни. Кроме того, на разных людей одни и те же методы действуют по-разному.

Каждый пациент, намеревающийся обратиться к нетрадиционным методам лечения, должен обсудить это со своим лечащим врачом.

Достоинством альтернативных методов можно считать тот факт, что, наряду с лечением классическими методами, человек получает дополнительную возможность борьбы с недугом.

Один из главных недостатков состоит в том, что некоторые альтернативные врачи-целители полностью отвергают классические, научно подтвержденные методы лечения, а вместе с этим и оказываемый ими эффект. Поэтому так важно, чтобы оздоровлением ВИЧ-инфицированного человека занимался грамотный специалист, а пациент одновременно наблюдался у лечащего врача, которому необходимо обязательно сообщить об «альтернатив-

Альтернативное лечение не может заменить противоретровирусную терапию!

ной программе».

Существует множество направлений альтернативной медицины, использующих разнообразные подходы к лечению. Они оказывают различный эффект при ВИЧ-инфекции.

Акупунктура

Акупунктура часто помогает больным ВИЧ-инфекцией избавиться от болей. Для предупреждения распространения инфекции могут быть использованы только одноразовые иглы — золотые, серебряные или стальные, а также иглы, которые можно и нужно стерилизовать.

Китайская медицина

В отношении ВИЧ-инфекции обычно используют такие методы, как диета, массаж, техники визуализации, техники расслабления и использование лечебных трав.

Ортомолекулярная медицина

При использовании ортомолекулярной медицины усилия направлены на то, чтобы организм человека получал достаточное количество «биологических веществ» — витаминов, минералов, микроэлементов, белков. Особое значение здесь придается витаминам, поэтому данный метод лечения называют еще «витаминотерапия».

Гомеопатия

Принцип гомеопатии — «однородное лечится однородным», поэтому в лечении используются только природные вещества — минералы и травы, специальным способом разведенные и смешанные, что позволяет усилить их действие.

Лечение травами (фитотерапия)

Лечение травами, или фитотерапия, берет начало в древней истории. Простейшей формой фитотерапии являются травяные чаи, настоянные на высушенных частях растений (листья, стебли, корни, кора и семена). Только специалист в данной области может сделать верные назначения без риска навредить здоровью.

Природная медицина

В природной медицине используют «естественные методы», т.е. все методы лечения, направленные на сохранение здоровья человека. При заболевании с помощью этих методов мобилизуются собственные защитные силы организма, которые есть у каждого, и это способствует выздоровлению или облегчению состояния.

Макробиотика

Это не просто метод лечения, а, скорее, жизненная установка, смысл которой состоит в том, что через питание можно влиять на течение болезни и состояние здоровья. Большое внимание уделяется движению и умению расслабляться.

Основа питания — злаковые и бобовые продукты, овощи и фрукты.

Питание, по возможности, должно состоять из биологически чистых продуктов, без пищевых добавок. Желательно, чтобы это были натуральные сезонные продукты, выращиваемые в регионе проживания.

Используя макробиотику, следует помнить о том, что питание человека особенно при ВИЧ-инфекции, все-таки должно быть разнообразным и сбалансированным.

Оценив каждый метод, пациент выбирает для себя тот, в который верит. Специалист по уходу, в данном случае, должен убедить пациента при выборе нетрадиционного метода лечения обязательно посоветоваться с лечащим врачом.

Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку

Прочитав эту главу, Вы узнаете:

1. Как может произойти инфицирование ребенка ВИЧ.
2. Как можно уменьшить риск передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.
3. О факторах, увеличивающих риск передачи ВИЧ-инфекции от матери плоду.
4. Некоторые рекомендации по вскармливанию ребенка.
5. Каким должно быть наблюдение и уход за ребенком.
6. О планировании семьи при ВИЧ-инфекции.

Планирование семьи и ВИЧ-инфекция

Принятие решения о рождении ребенка в семье, где один или оба будущих родителя ВИЧ-инфицированы, является очень ответственным моментом.

Эпидемия ВИЧ поражает людей молодого, репродуктивного возраста, поэтому мысли о любви, сексе, создании семьи и рождении ребенка являются совершенно естественными и среди ВИЧ-положительных людей.

ВИЧ-инфицированная женщина, как и любая другая женщина, имеет и юридическое, и моральное право родить ребенка. Прежде, чем принять такое решение, ВИЧ-инфицированная женщина должна заблаговременно пройти необходимое обследование и получить полную и достоверную информацию о своем состоянии здоровья на момент предполагаемой беременности. Женщина должна понимать, каким образом беременность и рождение ребенка могут повлиять на ее здоровье и здоровье ее ребенка, и жизнь в целом, каков риск заражения ребенка ВИЧ-инфекцией, и что поможет снизить риск передачи ВИЧ ребенку.

В соответствии с рекомендациями Всемирной Организации Здравоохранения существуют определенные минимальные требования по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку:

- тестирование на ВИЧ в женских консультациях должно быть добровольным: женщине должна быть предоставлена полная информация и даны подробные пояснения по проблеме ВИЧ-инфекции;
- ВИЧ-инфицированным беременным женщинам следует предоставлять возможность осознанно решать судьбу своей беременности, для чего их необходимо обеспечить полной информацией о риске передачи ВИЧ от матери ребенку и существующих мерах профилактики;
- недопустимо склонять ВИЧ-инфицированную беременную женщину к прерыванию беременности;
- необходимо обеспечить препаратами для химиопрофилактики передачи ВИЧ от матери ребенку по максимально эффек-

Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку — неотъемлемая часть комплексной помощи ВИЧ-инфицированной женщине и ее детям.

Необходимо, чтобы женщина, а лучше — семейная пара, смогли своевременно (не менее чем за 6 месяцев до предполагаемой беременности) и свободно получить полную информацию и консультации по проблеме ВИЧ-инфекции, а также по вопросам контрацепции.

При принятии решения о рождении ребенка ВИЧ-инфицированным женщинам надо всегда помнить о своей ответственности перед будущим ребенком и, возможно, перед теми людьми, которые будут вынуждены принять на себя бремя воспитания и содержания ребенка в том случае, если родители по состоянию здоровья не смогут это делать самостоятельно.

Не каждый ребенок, рожденный ВИЧ-инфицированной женщиной, будет инфицирован ВИЧ.

тивной схеме каждую ВИЧ-инфицированную беременную женщину и ее ребенка;

- необходимо способствовать обеспечению ранней диагностики ВИЧ-инфекции у новорожденных методом ПЦР (см. главу 2).

Многим женщинам диагноз «ВИЧ-инфекция» в первый раз ставится во время беременности, поэтому именно в этот период очень важно предложить будущим матерям и их семьям консультационные услуги, профилактическое лечение и, особенно, психологическую помощь и поддержку, а также предоставить достоверную информацию по профилактике передачи ВИЧ будущему ребенку. Прежде всего, важно объяснить женщине, что, хотя ВИЧ может передаваться от женщины ее ребенку, у большинства детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей, заражения не происходит. Также важно объяснить огромную роль самой ВИЧ-инфицированной женщины в процессе снижения риска инфицирования ее ребенка.

Если женщина встала на учет по беременности в ранние сроки (до 12-14 недель беременности), была полностью обследована, строго выполняла все предписания врача, принимала профилактическое лечение, то вероятность рождения здорового ребенка значительно повышается (до 92-98% и выше).

Риски передачи ВИЧ от матери ребенку и пути их снижения

Инфицирование детей ВИЧ может происходить:

- во время беременности;
- во время родов;
- при кормлении грудью.

Исследования показали, что из всех детей, которые были инфицированы при вертикальной трансмиссии (от матери ребенку), 2/3 были инфицированы во время беременности и родов и 1/3 — через грудное молоко.

Риск передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку может быть снижен, если беременной женщине своевременно проводится химиопрофилактика антиретровирусными препаратами, применяются оперативные методы ведения родов (кесарево сечение), а ребенок переводится на искусственное вскармливание.

Химиопрофилактика у женщины во время беременности и у новорожденного может значительно снижать вероятность передачи ВИЧ от матери ребенку.

Российским научно-методическим центром по профилактике и борьбе со СПИД рекомендованы три этапа химиопрофилактики перинатального (от матери ребенку) заражения:

- в период беременности;
- в родах;
- для новорожденного.

Беременность

У всех женщин, как инфицированных, так и неинфицированных ВИЧ, иммунная функция в период беременности подавляется.

В начальном периоде беременности понижается иммуноглобулин, а в течение всей беременности значительно ослабляется клеточный иммунитет. Эти изменения, естественные при любой беременности, вызывали опасения, что у ВИЧ-инфицированных женщин беременность может ускорить развитие инфекции. Однако исследования этого пока не подтвердили.

Осложнения беременности у женщин с ВИЧ-инфекцией встречаются чаще, чем у ВИЧ-отрицательных женщин. Это, прежде всего, генитальные инфекции, более частые и сильные кровотечения, анемия, бактериальная пневмония, задержка внутриматочного развития, слишком ранние роды, ранний разрыв мембран и низкий вес плода.

Наличие заболеваний гепатитами В и С у беременной ВИЧ-инфицированной женщины и/или прием ею наркотиков также могут осложнить беременность.

Риск передачи ВИЧ во время беременности увеличивают следующие факторы:

- инфицирование ВИЧ после зачатия;
- наличие инфекций, передающихся половым путем;
- употребление наркотиков беременной женщиной, курение;
- дефицит у беременной витамина А;
- незащищенный секс с различными партнерами во время беременности.

При назначении химиопрофилактики женщине проводят консультирование, в ходе которого ее информируют о целях этого мероприятия, вероятности рождения зараженного ребенка при проведении профилактики или отказе от нее, возможных побочных эффектах применяемых препаратов.

Для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку во время беременности наиболее рационально начинать прием антиретровирусных препаратов в период с 14 по 28 неделю беременности. Более раннее назначение препаратов повышает риск их токсического влияния на плод, а более позднее — снижает эффективность химиопрофилактики. Укороченный режим приема антиретровирусного препарата беременными женщинами (за несколько недель до родов и во время родов) также в некоторой степени уменьшает частоту передачи ВИЧ от матери ребенку. Однако, по сравнению с полной схемой, укороченные схемы перинатальной (от матери ребенку) профилактики менее эффективны.

Позднее обращение женщин в женскую консультацию (особенно это характерно для наркозависимых женщин), а также уклонение женщин от обследования на ВИЧ до родов значительно затрудняет раннее назначение беременным ВИЧ-инфицированным женщинам химиопрофилактики и повышает риск инфицирования плода ВИЧ. В таком случае, как правило, назначается химиопрофилактика в родах.

Роды

На течение родов ВИЧ-инфекция не влияет, они обычно наступают в срок и происходят самопроизвольно.

Сама по себе беременность не ускоряет прогрессирования ВИЧ-инфекции у женщин в ранних стадиях заболевания, но это может быть не так для женщин с высокой «вирусной нагрузкой», либо находящихся на поздних стадиях заболевания.

Для предотвращения осложнений беременности или их уменьшения очень важно, чтобы ВИЧ-инфицированная беременная женщина наблюдалась у врача-гинеколога и инфекциониста с ранних сроков беременности.

Риск передачи ВИЧ от матери ребенку увеличивается под влиянием материнских, акушерско-гинекологических и плодных факторов.

Материнские факторы:

- высокие показатели «вирусной нагрузки» у матери;
- низкий иммунный статус матери: количество клеток CD4+ меньше 500 в 1 мкл крови (0,5 млрд/л);
- возраст матери старше 30-ти лет.

Акушерско-гинекологические факторы:

- преждевременное отхождение околоплодных вод: при отхождении околоплодных вод за 4 часа до родов риск заражения увеличивается почти в 2 раза;
- инфекции женских половых органов, особенно неизлеченные или хронические;
- метод ведения родов.

Специалисты по-прежнему ведут споры о том, какой способ родоразрешения более безопасен для ВИЧ-инфицированной матери и ее ребенка — кесарево сечение (КС) или естественные роды. Основная цель безопасного родоразрешения — уменьшить контакт ребенка с кровью и вагинальными выделениями инфицированной матери. При этом в обоих случаях контакт с материнской кровью практически неизбежен.

В контексте профилактики ВИЧ-инфекции имеет смысл говорить только о плановом КС. Оно проводится до начала родовой деятельности на 38-ой неделе беременности и до отхождения околоплодных вод. Исследования показали, что плановое КС значительно снижает риск передачи ВИЧ от матери ребенку, независимо от эффекта антиретровирусного лечения. При проведении планового КС на фоне антиретровирусной терапии риск передачи вируса от матери ребенку снижается до 1,8 % (AFEW, 2003 г.).

Однако, кроме преимуществ, КС имеет и недостатки. В первую очередь, это больший (по сравнению с родами через естественные родовые пути) риск кровопотери, инфицирования послеоперационной раны и развития других осложнений. Это наиболее актуально для женщин на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

Такая хирургическая операция, как КС, может нанести серьезный ущерб здоровью, и даже, в некоторых случаях, угрожать жизни женщины. Поэтому вопрос о выборе метода родоразрешения каждый раз должен решаться строго индивидуально, исходя из конкретной ситуации.

Плодные факторы:

- преждевременные роды (ранее 38-ой недели беременности);
- рождение двойни: близнец, родившийся первым, в два раза чаще инфицируется ВИЧ, чем второй (это связано с тем, что время прохождения через родовые пути, у первого близнеца контакт с инфицированной материнской кровью и выделениями более длительный).

Послеродовой период

При уходе в послеродовой период за ВИЧ-инфицированной женщиной специалисту по уходу необходимо обратить внимание женщины на следующие моменты:

- необходимо соблюдать меры предосторожности при контакте с лохиями (выделения из влагалища в послеродовом периоде), гигиеническими прокладками или материалами со следами крови; прокладки и прочие материалы со следами крови или выделений из влагалища необходимо упаковывать в полиэтиленовый мешок и выбрасывать в мусорный контейнер, после чего необходимо тщательно вымыть руки с мылом;
- для прекращения лактации можно использовать метод перетяжки молочных желез или медикаментозного прекращения лактации (по рекомендации врача);
- необходимо соблюдать меры предосторожности при уходе за младенцем, не допуская контактов с инфицированными жидкостями ВИЧ-инфицированной матери: кровью, молоком, выделениями из влагалища;
- после выписки из роддома женщине необходимо в ближайшее время посетить гинеколога, так как ВИЧ-инфицированные женщины более подвержены послеродовым инфекционным осложнениям;
- необходимо рекомендовать женщине в кратчайший срок обратиться к специалистам за консультациями по вопросам планирования семьи и способах контрацепции.

Кормление младенцев

Для того чтобы снизить риск передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, ВИЧ-инфицированные матери, по возможности, должны отказаться от грудного вскармливания.

Необходимо рассмотреть и оценить все возможности отказа от кормления грудью и перехода на искусственное вскармливание с целью снижения риска передачи ВИЧ. Конечно же, существуют определенные препятствия, которые могут помешать матерям отказаться от грудного вскармливания, например, высокая стоимость молочных смесей, отсутствие чистой воды или осуждение окружающих, если кормление грудью считается нормой в определенном сообществе. Необходимо предупредить мать о риске передачи ВИЧ ребенку при грудном вскармливании и дать рекомендации по рациональному искусственному вскармливанию, а также оказать помощь в приобретении достаточного количества детской молочной смеси (заменителя грудного молока).

Если решение кормить или не кормить грудью женщиной уже принято, то специалисту по уходу необходимо обратить внимание молодой мамы на следующие моменты:

Если ребенка не кормят грудью:

- обсудить заранее возможность обеспечения младенца необходимым количеством молочных смесей;
- получить в обязательном порядке консультации специалистов

- по безопасным для ребенка способам приготовления молочных смесей и гигиенической обработке детской посуды;
- научиться правилам искусственного вскармливания и приготовления молочных смесей или растворимого молока;
 - постоянно проводить наблюдение за ростом, прибавкой массы тела и нервно-психическим развитием ребенка;
 - постоянно проводить контроль и коррекцию количества и качества питания ребенка для обеспечения его всеми необходимыми, в соответствии с возрастом, питательными веществами, витаминами и микроэлементами;
 - получить консультацию врача по уходу за молочными железами с целью предотвращения застоя молока, нагрубания молочных желез и профилактики воспалительных осложнений.

Если ребенка кормят грудью:

- получить консультацию врача-педиатра по обследованию ротовой полости ребенка на наличие молочницы, язв и других повреждений и проведения гигиены полости рта у ребенка;
- получить консультацию врача по вопросам ухода за молочной железой, учитывая, что риск передачи ВИЧ-инфекции увеличивается, если у женщины возникает воспаление молочных желез (мастит), абсцесс груди или имеются трещинки на сосках или околососковой области;
- постоянно проводить наблюдение за ростом, прибавкой массы тела и нервно-психическим развитием ребенка (отставание в физическом и психомоторном развитии может быть одним из первых признаков наличия ВИЧ-инфекции у ребенка).

Специалист по уходу должен разъяснить родителям, что риск передачи ВИЧ при грудном вскармливании также зависит от режима грудного вскармливания (смешанное вскармливание считается более опасным в плане заражения ВИЧ, чем исключительно грудное), содержания витамина А у матери и наличия кандидозного стоматита у младенца. Поэтому необходимо следить за правильным и полноценным питанием матери, а также за состоянием ротовой полости ребенка.

Наблюдение за детьми, рожденными ВИЧ-инфицированными матерями

Малыш, рожденный ВИЧ-положительной матерью, требует особого и внимательного отношения к себе, его здоровье во многом будет зависеть от того, насколько ответственно родители будут подходить к медицинским осмотрам и выполнению необходимых процедур.

Дети, рожденные ВИЧ-инфицированной матерью, должны:

- находиться под наблюдением в поликлинике по месту жительства и в Центре СПИД у педиатра;
- пройти осмотр специалистами;
- пройти стандартные лабораторные исследования;
- пройти обследование на внутриутробные инфекции;
- получить вакцинацию от инфекций (в соответствии с принятым в РФ календарем прививок и состоянием здоровья ребенка).

Вакцинация (иммунизация) детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами

Вакцинация проводится согласно календарю прививок с некоторыми ограничениями, которые относятся к иммунизации живыми вакцинами, так как они могут вызвать тяжелые осложнения и прогрессирование заболевания в случае, если ребенок окажется ВИЧ-инфицированным.

Вакцинация детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, начинается в родильном доме и продолжается по месту жительства ребенка в прививочном кабинете поликлиники, или в детском учреждении.

Вакцинация является неотъемлемым этапом профилактики крайне опасных для здоровья ребенка инфекционных заболеваний, особенно это касается детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями.

Профилактика пневмоцистной пневмонии у детей

Детям, рожденным ВИЧ-положительными матерями, с 6-ой недели жизни, по назначению врача проводится профилактика пневмоцистной пневмонии триметаприм/сульфаметаксозолом (бисептолом).

Если ребенок попадает в поле зрения медицинского персонала в более поздний период, то профилактику необходимо начинать как можно раньше. У ребенка старше 12 месяцев профилактика проводится в зависимости от показателей иммунного статуса.

Профилактика ВИЧ-инфекции среди специалистов по уходу и людей, оказывающих уход в домашних условиях

Прочитав эту главу, Вы узнаете:

1. Что такое инфекционный контроль.
2. Какие меры предосторожности нужно соблюдать при уходе за ВИЧ-инфицированным человеком.
3. Что делать при возникновении «аварийной ситуации».

Инфекционный контроль

Специфических профилактических средств (вакцин) от ВИЧ-инфекции пока не существует.

Риск инфицирования специалистов по уходу и людей, оказывающих уход в домашних условиях, в результате случайных порезов или уколов иглами или попадания крови на слизистые оболочки очень небольшой. В данном случае риск инфицирования зависит от степени контакта с инфицированной кровью и другими зараженными ВИЧ биологическими жидкостями, стадии ВИЧ-инфекции у подопечного, но, прежде всего, от соблюдения правил техники безопасности при работе с подопечными и их биологическими жидкостями.

Инфекционный контроль при работе с ВИЧ-позитивными пациентами включает в себя:

- 1) соблюдение мер предосторожности при контакте с кровью и другими жидкостями организма человека;
- 2) соблюдение мер предосторожности при парентеральном введении лекарственных средств;
- 3) знание методов стерилизации и дезинфекции;
- 4) умение действовать в «аварийных ситуациях».

Соблюдение мер предосторожности при контакте с кровью и другими жидкостями организма человека

При выполнении любых медицинских манипуляций специалист по уходу должен быть одет в халат, шапочку, одноразовую маску, а при необходимости (опасность разбрызгивания биологических жидкостей подопечного) — очки или защитные щитки.

Специалистам по уходу, у которых есть повреждения или раны на коже, на время работы с пациентами необходимо накладывать защитные водонепроницаемые повязки (пластыри) или надевать перчатки, чтобы предотвратить прямой контакт с инфицированными материалами или кровью.

Если предполагается, что в процессе осуществления ухода за ВИЧ-инфицированным больным придется контактировать с кровью или другими жидкостями организма, необходимо всегда работать только в резиновых перчатках.

Одноразовые резиновые перчатки, использованные однажды, повторно не используются. Если применяются перчатки многоразового использования, их необходимо менять, мыть и дезинфицировать после работы с каждым пациентом.

Если нет возможности использовать перчатки, чтобы предотвратить непосредственный контакт с кровью, необходимо воспользоваться пинцетом, полотенцем или марлей.

Соблюдение мер предосторожности при парентеральном введении лекарственных средств

Инструменты, предназначенные для одноразового использования, нельзя использовать повторно. Необходимо правильно утилизировать инструменты с целью предотвращения их повторного использования.

Иглы и другие острые инструменты после использования необходимо сразу же складывать в специальные контейнеры для игл (если отсутствует специальный контейнер, можно использовать для отработанных игл жестяную банку из-под напитков или бутылку из толстого прочного пластика с хорошо завинчивающейся пробкой). Нельзя складывать иглы в пластиковый пакет! Иглы не следует оставлять без колпачка, изгибать, ломать и т.д.

Стерилизация и дезинфекция

Поверхность, на которой видны остатки крови или потенциально опасных в плане заражения ВИЧ биологических жидкостей, необходимо вымыть дезинфицирующим раствором (например, 1 часть «Белизны» на 10 частей воды, или другими дезинфицирующими средствами в соответствии с прилагаемой к средству инструкцией).

Постельное белье и одежду, загрязненную кровью, необходимо стирать со стиральным порошком или хозяйственным мылом при температуре от 71 °С и выше. Если есть необходимость транспортировать загрязненное постельное белье и одежду, все материалы должны быть вывернуты наизнанку и храниться в пластиковых пакетах.

Жидкие отходы, например кровь и выделения, необходимо осторожно вылить в канализацию или выгребную яму, емкости продезинфицировать.

Твердые отходы со следами крови и других биологических жидкостей, такие как бинты, пеленки, прокладки и т.д., лучше сжигать. Если такой возможности нет, то их можно выбросить, предварительно поместив в туго завязанный пластиковый пакет, на мусорную свалку или в выгребную яму, соблюдая все гигиенические требования.

После снятия перчаток необходимо немедленно вымыть руки с мылом! Самым эффективным методом инфекционного контроля является мытье рук до и после работы с пациентом. После каждого контакта с кровью или другими биологическими жидкостями организма необходимо тщательно вымыть руки с мылом проточной водой.

Если лечащий врач сочтет возможным, необходимо уменьшить количество инъекций. Для проведения инъекций нужно использовать только одноразовый инструментарий.

При уходе за ВИЧ-инфицированным пациентом риск заражения практически отсутствует.

Эффективность профилактических мероприятий при «аварийных ситуациях» напрямую зависит от времени между моментом возникновения «аварийной ситуации» и началом профилактических мероприятий: чем это время короче, тем эффективнее профилактические меры.

После получения травмы (порез, прокол кожных покровов) или попадания на слизистые оболочки биологических жидкостей ВИЧ-инфицированных больных, специалисту по уходу следует в течение первых 12-ти часов (но не позднее 72-х часов после контакта) обратиться к врачу Центра СПИД или врачу-инфекционисту для назначения профилактического лечения ВИЧ-инфекции с применением антиретровирусных средств. Необходимый объем химиопрофилактики определяется степенью риска заражения в каждом конкретном случае.

Химиопрофилактику надо начинать как можно раньше (желательно в первые минуты после возможного заражения) и сочетать с местной обработкой. Если с момента возможного заражения прошло более 72 часов, химиопрофилактика считается нецелесообразной.

«Аварийные ситуации»

Для специалиста по уходу существует некоторая опасность заражения ВИЧ-инфекцией через случайные уколы иглами, порезы кожи, брызги крови или других биологических жидкостей организма, попавшие на слизистые оболочки, например, в ротовую полость или глаза, или при контакте с большим количеством крови, если на коже специалиста по уходу есть ссадины или воспаления. Научные исследования показали, что риск заражения ВИЧ-инфекцией при проколе кожи иглой или при попадании крови на поврежденную кожу очень незначительный и составляет менее одного процента.

Для исключения возможности инфицирования специалиста по уходу в случае возникновения «аварийной ситуации» необходимо предпринимать определенные меры.

Меры профилактики должны быть универсальными и предприниматься при контактах с опасными в плане заражения ВИЧ биологическими жидкостями (кровью, спермой, влагалищными выделениями и др.) любого человека, вне зависимости от того, известен его ВИЧ-статус или нет.

- при загрязнении рук кровью или другой, опасной в плане заражения ВИЧ, биологической жидкостью следует немедленно обработать руки в течение не менее 30 секунд тампоном, смоченным антисептиком (70% спирт, 3,5% хлорамин, хлоргексидин и др.), затем вымыть их двукратно теплой проточной водой с мылом и насухо вытереть чистой салфеткой;
- при повреждении перчаток и кожи во время манипуляции необходимо немедленно обработать перчатки дезинфицирующим раствором и снять их, затем под проточной водой тщательно вымыть руки с мылом, обработать их 70% спиртом, а область вокруг ранки — 5% раствором йода;
- при контакте специалиста по уходу, у которого имеется открытая раневая поверхность, с кровью, спермой или выделениями влагалища больного необходимо обработать 70% спиртом или спиртосодержащими растворами края раны, заклеить рану бактерицидным пластырем. Потребуется также консультация врача Центра СПИД в самые короткие сроки (лучше — в первые 12 часов после контакта) для решения вопроса о возможном назначении антиретровирусной профилактической терапии;
- при попадании крови или других биологических жидкостей ВИЧ-положительного подопечного на слизистые оболочки (ротовую полость, глаза и т.д.) человека, осуществляющего уход, необходимо аккуратно промыть слизистые большим количеством проточной воды. Ротовую полость можно прополоскать спиртосодержащими жидкостями или 0,05% раствором марганцовокислого калия.

Психологические проблемы при ВИЧ-инфекции

Прочитав эту главу, Вы узнаете:

1. О психологических проблемах в разные периоды заболевания ВИЧ-инфекцией.
2. Что такое стигма и дискриминация.
3. Как установить доверительные отношения с больным и его семьей.
4. Как оказывать психологическую поддержку подопечному.
5. Что такое синдром «эмоционального выгорания».
6. Какие существуют техники восстановления эмоциональных ресурсов.

Психологические проблемы ВИЧ-положительных людей в отдельные периоды развития заболевания

Жизнь с ВИЧ — это серьезный кризис, который с первого дня сопровождается острыми переживаниями.

Существуют кризисные ситуации, которые являются характерными для каждого человека, живущего с ВИЧ, и в которые невольно может быть вовлечена семья в целом. Все эти ситуации связаны с эмоциональными потерями, глубокими негативными переживаниями. Как правило, справиться самостоятельно с такими ситуациями невозможно, и людям, живущим с ВИЧ, и членам их семей требуется помощь специалистов-психологов, врачей, специалистов по уходу.

Многолетнее изучение особенностей социально-психологической адаптации людей, живущих с ВИЧ, на различных этапах их жизни показало наличие взаимосвязи между течением заболевания и тем, как люди приспосабливаются к новым условиям. Эти наблюдения позволили выделить три основных периода в жизни людей, инфицированных ВИЧ, когда они особенно психологически уязвимы и нуждаются в поддержке.

Первый период: установление ВИЧ-положительного статуса

Сообщение диагноза приводит к психической травме. При этом соматическое состояние у ВИЧ-положительного человека может быть вполне удовлетворительным. В этот период на первый план выступают эмоциональные переживания, которые могут привести к повышению риска развития различных форм суицидального поведения.

Сообщение о диагнозе ВИЧ-инфекции может по-разному повлиять как на жизнь самого заболевшего, так и на жизнь близких ему людей.

Человек и его близкие могут испытывать растерянность, страх, тревогу, агрессию, чувство вины и другие негативные эмоции и,

ВИЧ-инфицированные люди нуждаются не только в медицинской помощи, но также в психологической и духовной поддержке.

Диагноз «ВИЧ-инфекция» является чрезмерно тяжелым стрессовым фактором.

в конечном итоге, могут остаться один на один с неизлечимой болезнью.

У большинства людей после постановки диагноза ВИЧ-инфекции развивается психологический кризис. Этот кризис характеризуется тем, что человек боится болезни, ее многочисленных последствий и смерти. Когда человек понимает, что его жизнь подходит к концу, он начинает иначе, чем прежде, смотреть и на себя, и на весь мир, и на человеческие взаимоотношения: пошатнулось все, в чем у человека была уверенность, на что он опирался в настоящем и рассчитывал в будущем. Он не знает, как жить дальше, не представляет себе, кому и что должен говорить, боится заразить других людей, опасается, что уже кого-то заразил. Кажется, что придется все изменить одновременно: личную и сексуальную жизнь, дружеские и семейные отношения; возможно, искать другую работу. У человека появляются мысли о возможной дискриминации, потере работы и средств к существованию.

ВИЧ-инфицированный человек начинает ощущать внутреннюю стигму, начинает бояться одиночества и зависимости от других людей. Чувство одиночества нередко усугубляется самоизоляцией.

В этот период ВИЧ-положительным людям особенно необходимо присутствие рядом близкого человека и возможность поговорить с кем-то о своих страхах, опасениях, переживаниях. В некоторых случаях может потребоваться обращение к специалистам за профессиональной медицинской и/или психологической помощью.

Нужно поддержать ВИЧ-положительного человека и объяснить ему, что попросить о помощи не стыдно: у каждого человека есть право на получение помощи! Просьба о помощи — это признак не слабости, а скорее — самостоятельности: так больной заботится о том, чтобы сохранить свои силы, вести достойное существование.

Рано или поздно, практически каждый человек находит свой способ сосуществования с болезнью: жизнь продолжается, хотя многое в ней теперь изменилось.

Иногда можно получить большую психологическую поддержку от «собратьев по несчастью» — таких же людей, живущих с ВИЧ,— при равном консультировании или на собраниях групп поддержки и взаимопомощи для ВИЧ-положительных людей.

Второй период: появление клинических признаков заболевания

Закономерности течения ВИЧ-инфекции таковы, что рано или поздно наступает этап прогрессирования заболевания. В этот период психологическая уязвимость ВИЧ-положительных людей и членов их семей вновь повышается. Впервые ВИЧ-положительный человек и его близкие начинают «ощущать» присутствие вируса.

Серьезные болезненные симптомы, необходимость стационарного лечения становятся тяжелым испытанием для всей семьи. Многие боятся того, что отныне их жизнь будет связана только с постоянной болью, лекарствами и больницей. Сам факт пребывания

Необходимо, чтобы человек, переживающий психологический кризис, мог вновь обрести душевное равновесие, а специалист по уху-ду и близкие люди должны помочь ему в этом.

на лечении в инфекционной больнице или стационаре СПИД Центра может раскрыть ВИЧ-статус, не позволяя сохранить тайну диагноза.

Состояние здоровья и пребывание в медицинском учреждении зачастую вынуждают бросить работу или прекратить учебу. В этот период психологический кризис усугубляется рядом социальных проблем: рушится карьера, возникают реальные материальные и финансовые трудности, меняются социальные роли в семье (например, родители вынуждены ухаживать за своими взрослыми детьми или малолетние дети берут на себя заботу о своих родителях) и т.д.

Необходимость начать регулярный прием противоретровирусных препаратов может угнетающе подействовать на ВИЧ-положительного человека. Многих пугает сложность приема лекарств, проявление побочных эффектов при приеме противоретровирусных препаратов.

Тяжелая болезнь или смерть знакомого, имевшего ВИЧ-положительный статус, могут стать сильным психологическим потрясением в этот период для человека, живущего с ВИЧ, и членов его семьи. Мысли о возможности приближения собственной смерти или смерти близкого и дорогого человека иногда приводят к серьезному обострению эмоционального кризиса.

Третий период: терминальная стадия ВИЧ-инфекции

В этот период развиваются тяжелые необратимые заболевания (см. главу 4). Опыт работы с людьми на терминальной стадии заболевания показывает, что, несмотря на имеющиеся нарушения памяти, замедление темпа протекания психических процессов, сужение объема слухоречевого восприятия, слабость суждений и умозаключений, трудности при установлении причинно-следственных связей, треть больных ВИЧ-инфекцией сохраняют мучительные переживания по поводу скорой смерти и нуждаются в психологической и социальной поддержке. В не меньшей степени в этот период нуждаются в поддержке и помощи члены семьи ВИЧ-инфицированного умирающего человека.

Семейные и социальные проблемы ВИЧ-положительных людей

Одной из наиболее серьезных кризисных ситуаций является проблема «раскрытия» ВИЧ-статуса перед родными и близкими, другими значимыми для ВИЧ-инфицированного человека людьми.

В семьях, затронутых ВИЧ, часто происходит осложнение супружеских отношений (возникает атмосфера взаимного недоверия, внутрисемейные конфликты, угроза 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. Могут осложниться отношения с друзьями и коллегами из-за боязни раскрытия свое-

го ВИЧ-статуса, «предвосхищения» (как правило, преувеличенного) предстоящего отвержения, отказа в поддержке и т.п.

Проблемы, связанные со стигмой и дискриминацией

Стигма («позорное клеймо») — характерная особенность человека (например, цвет кожи, манера разговора, поступки, привычки и т.д.), которая «значительно дискредитирует» его в глазах окружающих. Стигма оказывает также большое влияние на самосознание человека. Стигматизация — это процесс девальвации личности.

Вследствие существующей в связи с ВИЧ-инфекцией стигмы люди неохотно сообщают о своем ВИЧ-статусе. Поэтому лица, осуществляющие уход, должны быть осторожны и аккуратны в общении с окружающими, чтобы случайно не раскрыть наличие ВИЧ-инфекции у больного без его согласия.

Больной должен почувствовать себя со специалистом по уходу спокойно и надежно, рассчитывая на понимание его проблем, и быть абсолютно уверенным в соблюдении конфиденциальности.

Для пациента человек, оказывающий уход, является важным источником информации.

Эпидемия ВИЧ-инфекции привела к появлению в обществе предубеждения по отношению к инфицированным людям.

Стигма и дискриминация, связанные с ВИЧ/СПИД, являются главными препятствиями на пути предотвращения новых случаев инфицирования, предоставления надлежащего ухода, поддержки и лечения ВИЧ-инфицированным людям. Недостаточная информированность населения о путях передачи и клинических проявлениях инфекции, предвзятое мнение о том, что СПИД во всех случаях является закономерным результатом аморального и антисоциального поведения, привели к тому, что ВИЧ-положительный статус стал своего рода «позорным клеймом».

В большинстве случаев связанная с ВИЧ-инфекцией стигма развивается на основе сложившихся негативных представлений, и сама укрепляет их. Часто считается, что люди с ВИЧ/СПИДом заслужили то, что с ними произошло, своими поступками, связанными с общественно порицаемым поведением: занятием коммерческим сексом, своей нетрадиционной сексуальной ориентацией или инъекционным употреблением наркотиков.

Стигматизация может привести к депрессиям, замыканию в себе и чувству собственной неполноценности. Это подрывает и истощает силы уже ослабленных болезнью людей, заставляет их винить самих себя за то, что они оказались в таком трудном положении. В конечном счете, стигма создает социальное неравенство. Она является причиной того, что некоторые группы людей считаются «недостойными».

Дискриминация — ограничение прав и свобод. Из-за стигмы, связанной с ВИЧ-инфекцией, и возникающей вследствие этого дискриминацией, права людей, живущих с ВИЧ, и их семей часто нарушаются (например, право на труд, образование или на получение медицинской помощи). Нарушение прав человека усиливает отрицательные последствия эпидемии: заставляет людей чувствовать незаслуженный стыд, скрывать факт инфицирования, вызывает излишнюю тревогу и страдания, что приводит, в свою очередь, к ухудшению состояния их здоровья.

Вопросы, вызывающие наибольшее беспокойство у людей, живущих с ВИЧ

В общении со специалистом по уходу не может быть запретных тем. Гомосексуальность, употребление наркотиков, мысль о самоубийстве, раздражение и недовольство, переживание бессилия не должны смущать профессионала. Специалист по уходу должен набраться терпения и внимательно, доброжелательно, спокойно, без осуждения и излишней морализации выслушать все, что захочет сказать ему подопечный.

Вопросы о сексе

В жизни каждого человека секс играет различную роль, но для подавляющего большинства он является одним из существенных ее компонентов. Для людей с диагнозом «ВИЧ-инфекция» очень важно сохранить свою сексуальную активность. В этом случае важно, чтобы специалист по уходу был готов обсудить вопросы секса со своим подопечным и дать некоторые рекомендации по безопасному сексу.

Вопросы о смерти

Любой ВИЧ-положительный человек задумывается о смерти, особенно когда болезнь переходит в последние стадии развития. И может так случиться, что именно в этот момент вольно или невольно окружающие начинают избегать общения с умирающим. При этом у родственников может развиваться чувство вины за свое поведение и невольное желание более быстрой и легкой смерти умирающему. Специалист по уходу должен помочь родственникам и близким людям подопечного преодолеть чувство вины и объяснить, что эти чувства нормальны и закономерны, и что именно в этот период больной больше всего нуждается в душевном комфорте и внимании. Даже молчаливое присутствие у постели больного может оказаться ему хорошей психологической поддержкой в такой момент.

Специалист по уходу должен быть готов к обсуждению вопросов, касающихся смерти. Некоторые люди, оказывающие уход, полагают, что неуместно в данной ситуации, да и несколько пессимистично, обсуждать подобные вопросы. Однако, если умирающий человек сам желает обсудить трудные вопросы, например, церемонию похорон и отпевания или вопросы будущего детей, опеки над детьми и источники поддержки семьи, разрешить финансовые проблемы и проблемы по работе и т.д., специалист по уходу должен помочь ему в этом. Умирающему человеку очень важна поддержка со стороны специалиста по уходу. Больной должен знать, что близкие его любят, и будут о нем помнить.

Имея возможность обсуждать темы, затрагивающие вопросы смерти, умирающий человек не будет чувствовать себя в одиночестве и будет знать, что другой человек услышал и знает то, что его беспокоит.

Эффективные методики общения с подопечным

Если специалист по уходу собирается ухаживать за больным ВИЧ-инфекцией, то он должен сначала определить свое собственное отношение к этой болезни и к людям, страдающим ею.

Люди, осуществляющие уход за больным ВИЧ-инфекцией, должны помнить, что их подопечные нуждаются в заботливом уходе. У людей, живущих с ВИЧ, те же человеческие потребности, что и у здоровых людей. Болезнь или инвалидность не меняет этих потребностей.

Кроме того, семья, друзья больного и другие люди, ухаживающие

Необходимо выслушать подопечного и проявить участие, попытаться наладить общение больного с членами семьи и дорогими ему людьми.

Одним из необходимых условий для успешного поддержания больного является установление благоприятного контакта с ним и его семьей.

за ним, также нуждаются в моральной поддержке. Они будут искать возможность поговорить о своих переживаниях, связанных с уходом за близким человеком, которому не суждено выздороветь.

Начиная с первого визита, необходимо установить дружелюбные, доброжелательные и доверительные отношения и придерживаться принципа сотрудничества.

Очень важны первое впечатление и техника общения. Специалисту по уходу необходимо проявлять вежливость, доброжелательность, способность найти общий язык с подопечным и членами его семьи для установления контакта и поддержания интереса к общению. Для этого используются жесты, мимика, интонации, система «контакта глазами», но, прежде всего, — речь.

Знакомство должно начинаться с индивидуальной беседы. Больной должен чувствовать, что перед ним специалист, который хочет помочь, и уже это производит психотерапевтический эффект. При этом следует выбрать располагающую к беседе обстановку, внимательно слушать, следить за интонацией и выражением лица больного, не прерывая его и не отвлекаясь.

При возникновении у подопечного вопросов нельзя проявлять нетерпение, быть резким, бояться обнаружить незнание.

В разговоре нужно избегать банальных фраз, формальных выражений сочувствия и помнить о положительном действии улыбки, ободряющего выражения лица. При объяснении каких-либо симптомов не следует злоупотреблять медицинскими терминами.

Человек, осуществляющий уход, должен предоставлять возможность больному высказаться, выразить свои чувства, поделиться переживаниями.

Можно поговорить о лекарствах, о пище, о том, кто навещал подопечного накануне и кого он ожидает увидеть в ближайшее время. Можно завести разговор о давних событиях, вспомнить детство, молодость, обсудить вопросы жизненной философии, оценить прожитую жизнь.

Следует обсудить с родственниками важность психологической поддержки больного ВИЧ-инфекцией в кругу семьи, разъяснить близким особенности его психического состояния, так как неправильное поведение окружающих может разрушить психологическую защиту подопечного и усугубить его тягостные переживания.

Уход за трудными пациентами

Следует быть готовым к тому, что подопечный в большинстве случаев в силу болезни утрачивает самокритичность, может не сдерживать своих эмоций, высказывать порой необоснованные претензии.

В таких случаях необходимо убеждать, а не принуждать больного, дать ему выговориться, постараться решить волнующие его проблемы, или назвать конкретные действия, которые могут помочь в решении этих вопросов. Следует проявлять чувство такта, ни в коем случае не спорить с больным, а стремиться направить ход мыслей пациента в нужное русло.

С течением болезни изменяется нервно-психическая активность подопечного, например, может сужаться объем слухоречевого восприятия. Это приводит к тому, что пациент испытывает трудности в понимании быстрой речи. Следует учитывать это и разговаривать неторопливо, четко выговаривать слова.

Преодоление страха смерти человеком, оказывающим уход

Противостоять страху смерти приходится не только подопечному, но и человеку, оказывающему уход. Специалист по уходу может проводить со своим пациентом значительную часть времени, и у них могут сформироваться достаточно близкие взаимоотношения. Если же человек, оказывающий уход, является близким родственником подопечного, то этот факт вносит новый аспект в сферу отношений «человек, осуществляющий уход, — пациент».

Существует несколько шагов, которые может предпринять специалист по уходу, чтобы как-то справиться с эмоциональным стрессом в случае смерти пациента. Для того чтобы преодолеть чувства горя, утраты, можно поделиться с кем-либо переживаниями, почитать прозу или стихи, в которых описывается, как другие люди справляются с подобными ситуациями, попробовать описать ситуацию в своем дневнике, а также обсудить произошедшее с сослуживцами или другими специалистами.

Синдром «эмоционального выгорания»

Длительное напряжение может привести к негативным психическим переживаниям, истощению или, иначе, к «эмоциональному выгоранию».

«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 равновесия. Нарушение равновесия неизбежно ведет к «эмоциональному выгоранию». Некоторые личностные особенности могут делать человека более или менее уязвимым к выгоранию. Зачастую именно преданные своему делу специалисты являются наиболее уязвимыми. У них есть тенденция к идеалистическим ожиданиям, они становятся «сверхувлеченными» своей работой. Такие специалисты могут испытывать сильную потребность чувствовать себя необходимыми и значимыми. При этом они рискуют испортить собственные семейные взаимоотношения, чрезмерно внося в пределы «семейного круга» профессиональные вопросы.

На первой стадии «эмоционального выгорания» проявляются умеренные, недолгие и случайные признаки этого процесса: человек чувствует себя утомленным эмоционально и физически,

Для людей, осуществляющих уход за больным ВИЧ-инфекцией важно сохранить собственную психологическую устойчивость в ситуации длительного эмоционального напряжения, связанного с необходимостью ежедневного общения с больными или умирающими пациентами.

Главной причиной «синдрома выгорания» считается психологическое, душевное переутомление. Особенно быстро и заметно оно наступает при чрезмерной нагрузке у людей, которые по долгу службы должны «дарить» клиентам тепло своей души.

может жаловаться на головные боли, простуду. На этой стадии обычно повышается забота о себе, о своем здоровье. После периода отдыха (выходные, отпуск) данные проявления уменьшаются, однако по возвращении в прежнюю рабочую ситуацию возобновляются.

На второй стадии «эмоционального выгорания» симптомы проявляются более регулярно, носят более затяжной характер и труднее поддаются коррекции. Для заботы о себе требуются дополнительные усилия. Может развиваться отрицательное, циничное и обезличенное отношение к людям (включая и подопечных), могут возникать негативные мысли относительно себя из-за чувств, которые возникают к людям. Чтобы избежать этих негативных чувств, человек уходит в себя, выполняет только минимальное количество работы и не хочет ни с кем ссориться. Специалист может чувствовать себя уставшим и истощенным даже после ночного сна или после выходных.

Признаки и симптомы третьей стадии «эмоционального выгорания» являются хроническими. В этот период могут развиваться физические и психологические проблемы типа язв и депрессии; попытки заботиться о себе, как правило, не приносят результата, а профессиональная помощь может не давать быстрого облегчения. Появляется полное отвращение ко всему на свете. Человек обижен на самого себя и на все человечество. Жизнь кажется пустой и бессмысленной.

Как защитить себя от «эмоционального выгорания»

К сожалению, не всегда удастся предотвратить развитие состояния подавленности, утомления и истощения ресурсов у людей, осуществляющих уход. Используя методы регуляции своего эмоционального состояния, специалист по уходу может помочь себе сам.

Можно применять следующие техники восстановления эмоциональных ресурсов:

«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 природы, который у вас связан с приятными переживаниями. Например, лес, пение птиц, запах смолы, листьев, вкус земляники на губах... или — море: его цвет, запах, прохладу, шум волн, горьковато-соленый вкус...

«Дыхание ветра»

- восстановление ресурсного состояния: стоя, 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 «мычать» 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-ти с каждой единицей усиливайте напряжение. Затем — расслабление на счет до 5-ти с каждой единицей все больше и больше расслабляйтесь.

Повторите это до 9 раз.

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

И главное — необходимо в каждом из подопечных увидеть что-то, достойное улыбки в его адрес!

Группы поддержки и взаимопомощи

Человек, оказывающий уход, может столкнуться со многими проблемами при работе с подопечными. Специалист по уходу должен хорошо ориентироваться в различных вопросах, быть готовым к тому, что ему, возможно, придется работать с неконтактными и/или неблагодарными пациентами, а также, что могут возникнуть некоторые эмоциональные проблемы, в случае с трудными подопечными или смерти подопечного.

Одним из способов преодоления всех этих проблем является участие в работе группы поддержки и взаимопомощи специально для людей, оказывающих уход. В группе, среди коллег, можно поделиться своими переживаниями и обменяться опытом. Примером подобных групп поддержки и взаимопомощи могут являться Балинтские группы, состоящие из медицинских работников и работающие достаточно активно во многих странах.

Более подробную информацию по вопросам общения с больными людьми можно найти в учебных пособиях Российского Красного Креста «Основы ухода в домашних условиях» (М., 1997 г., «Мосби»).

Соблюдение прав людей, живущих с ВИЧ

Прочитав эту главу, Вы узнаете:

1. Какими правами обладают и какие обязанности несут люди, живущие с ВИЧ.
2. Кто должен подвергаться обязательному медицинскому освидетельствованию на ВИЧ.
3. О социальных гарантиях для людей, живущих с ВИЧ.
4. О необходимости соблюдения врачебной тайны.

Все люди, живущие с ВИЧ, как граждане своей страны, пользуются защитой закона. Знание законов помогает людям, затронутым эпидемией ВИЧ, а также специалистам по уходу защищать права и достойно исполнять свои обязанности, а также избегать многих проблем.

ВИЧ-положительные граждане Российской Федерации обладают на ее территории всеми правами и свободами и несут обязанности в соответствии с Конституцией и законодательством РФ.

Основным документом по регулированию в сфере ВИЧ/СПИДа является Федеральный закон от 30 марта 1995 года № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» (далее — закон о ВИЧ), с 1 января 2005 года действующий в редакции Федерального закона от 22 августа 2004 года № 122-ФЗ. Закон содержит гарантии обеспечения прав лиц, зараженных ВИЧ, а также обозначает обязанности государства по профилактике и лечению заболевания, меры социальной поддержки работников, подвергающихся риску заражения вирусом.

Медицинское освидетельствование

В соответствии с общими правилами (статья 8 закона о ВИЧ) медицинское освидетельствование должно осуществляться добровольно — по просьбе или с согласия самого лица. Дети освидетельствуются только с согласия родителей или их законных представителей. Освидетельствование на ВИЧ может проводиться и анонимно. Медицинское освидетельствование, в том числе соответствующее лабораторное исследование, проводится в учреждениях государственной, муниципальной или частной систем здравоохранения, получивших соответствующую лицензию на эту деятельность. Оно должно сопровождаться предварительным и последующим консультированием. В учреждениях государственной системы здравоохранения медицинское освидетельствование проводится бесплатно (статья 7). В первоначальной редакции закона, действовавшей до 1 января 2005 года, бесплатное освидетельствование предусматривалось и в муниципальных учреждениях. В действующей редакции платность либо бесплатность данных процедур в медицинских учреждениях, подчиненных орга-

нам МСУ (поликлиниках), будет определяться на местном уровне в зависимости от возможностей муниципальных образований.

Обязательному освидетельствованию подлежат:

- доноры крови, биологических жидкостей, органов и тканей;
- работники отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, перечень которых установлен Постановлением Правительства РФ от 4 сентября 1995 года № 877;
- лица, находящиеся в местах лишения свободы, согласно правилам, утверждаемым Правительством РФ;
- иностранные граждане и лица без гражданства, прибывающие в Россию на срок свыше 3 месяцев, кроме сотрудников дипломатических представительств и консульских учреждений иностранных государств, сотрудников международных межправительственных организаций и членов их семей (статья 10 Закона о ВИЧ);
- призывники на срочную военную службу и военную службу по контракту (обязанность установлена Положением о военно-врачебной экспертизе, утвержденным Постановлением Правительства РФ от 25 февраля 2003 г. № 123).

В отношении иных категорий граждан, в том числе беременных женщин, больных по клиническим показаниям, а также при приеме на работу (если соответствующая профессия, организация не включены в перечень, утвержденный Постановлением № 877) медицинское освидетельствование на ВИЧ может проводиться только добровольно.

Медицинское освидетельствование несовершеннолетних в возрасте до 14 лет и лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, может проводиться по просьбе или с согласия их законных представителей, опекунов, которые имеют право присутствовать при проведении медицинского освидетельствования.

Медицинские работники обязаны уведомить о результатах освидетельствования прошедшее его лицо. В случае выявления ВИЧ-инфекции у несовершеннолетних до 18-летнего возраста или у лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, соответствующая информация сообщается их родителям или законным представителям (статья 13 Закона о ВИЧ).

Соблюдение врачебной тайны

Диагноз «ВИЧ-инфекция», равно как иные сведения о состоянии здоровья человека, составляет врачебную тайну. Исчерпывающий перечень случаев, в которых медицинские работники могут сообщать третьим лицам информацию, являющуюся врачебной тайной, без согласия самого лица, прошедшего освидетельствование, установлен статьей 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан. Таких случаев пять:

- 1) в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;

- 2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- 3) по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
- 4) в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 18 лет для информирования его родителей или законных представителей;
- 5) при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.

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 своих служебных или профессиональных обязанностей, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Вся информация о ВИЧ-положительном человеке является строго конфиденциальной и не должна разглашаться без согласия самого ВИЧ-положительного или его опекуна (законного представителя).

Ответственность за заражение и поставление в опасность заражения ВИЧ-инфекцией

Статья 122 Уголовного кодекса РФ («Заражение ВИЧ-инфекцией») устанавливает ответственность за заведомые действия лица, знавшего о своем статусе:

- за заведомое поставление (редакция оригинального документа) другого лица в опасность заражения ВИЧ-инфекцией;
- за заражение другого лица ВИЧ-инфекцией лицом, знавшим о наличии у него этой болезни.

Федеральным законом от 8 декабря 2003 года № 162-ФЗ данная статья уголовного закона дополнена примечанием, в соответствии с которым человек, поставивший партнера в опасность заражения либо заразивший его ВИЧ-инфекцией, освобождается от уголовной ответственности, «если другое лицо, поставленное в опасность заражения либо зараженное ВИЧ-инфекцией, было своевременно предупреждено о наличии у первого этой болезни и добровольно согласилось совершить действия, создавшие опасность заражения».

Такое дополнение освобождает людей, признанных ВИЧ-положительными, от угрозы наказания, которая довлеет даже над супружескими парами, если один из супругов считается ВИЧ-инфицированным, а другой — здоровым.

Неоказание помощи больному

Статья 14 Закона о ВИЧ содержит гарантии недискриминации зараженных ВИЧ при доступе к медицинской помощи: «ВИЧ-инфицированным оказываются на общих основаниях все виды медицинской помощи по клиническим показаниям, при этом они пользуются всеми правами, предусмотренными законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан».

Отказ врача в оказании медицинской помощи является уголовным преступлением согласно статье 124 УК РФ: «Неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать, в соответствии с законом или со специальным правилом, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью больного, — наказывается штрафом в размере до сорока тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного на период до трех месяцев, либо исправительными работами на срок до одного года, либо арестом на срок от двух до четырех месяцев».

В случае отказа, если эти действия не попадают под ст. 124 УК, должностное лицо можно привлечь к дисциплинарной ответственности в соответствии с Трудовым Кодексом РФ.

Права ВИЧ-положительных лиц и членов их семей

ВИЧ-положительные лица имеют право:

- на получение информации о результатах медицинского освидетельствования в письменной форме;
- на непредвзятое к себе отношение;
- на соблюдение медицинской тайны, за исключением случаев, установленных Законом;
- на продолжение исполнения трудовых обязанностей, за исключением случаев, установленных Правительством;
- на получение соответствующих консультаций, касающихся сохранения здоровья и качества жизни;
- на ознакомление с профилактическими мероприятиями, исключающими распространение ВИЧ-инфекции.

ВИЧ-положительные лица без их письменного согласия не могут быть объектами научных опытов и исследований.

Права ВИЧ-положительных детей и их родителей (законных представителей)

ВИЧ-положительным несовершеннолетним в возрасте до 18 лет назначается социальная пенсия, пособие. Дети в возрасте до 16 лет, зараженные ВИЧ-инфекцией, и их родители или законные представители пользуются правами, установленными законодательством для детей-инвалидов в возрасте до 16 лет. Например, родители (законные представители) ВИЧ-положительного ребенка имеют право:

- на совместное пребывание с детьми в возрасте до 15 лет в стационаре учреждения, оказывающего медицинскую помощь, с

выплатой за это время пособий по государственному социальному страхованию;

- на сохранение непрерывного трудового стажа за одним из родителей или иным законным представителем ВИЧ-положительного несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет в случае увольнения по уходу за ним и при условии поступления на работу до достижения несовершеннолетним указанного возраста;
- на включение в общий трудовой стаж времени ухода за ВИЧ-положительным несовершеннолетним;
- на выплату пособия по уходу за ребенком-инвалидом.

Социальная защита ВИЧ-положительных и членов их семей

Нарушение Федерального Закона «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)» влечет за собой, в установленном порядке, дисциплинарную, административную, уголовную и гражданско-правовую ответственность.

По признаку наличия ВИЧ-инфекции не допускается:

- увольнения с работы;
- отказ в приеме в образовательные учреждения и учреждения, оказывающие медицинскую помощь;
- ограничение иных прав и законных интересов ВИЧ-положительных людей и членов их семей.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Классификация ВИЧ-инфекции В.И. Покровского, 1989 г.

I. Стадия инкубации

II. Стадия первичных проявлений:

А.— острая лихорадочная фаза

Б.— бессимптомная фаза

В.— персистирующая генерализованная лимфаденопатия

III. Стадия вторичных заболеваний:

А. Потеря массы тела менее 10 %, поверхностные грибковые, вирусные, бактериальные поражения кожи и слизистых оболочек; опоясывающий лишай; повторные фарингиты, синуситы.

Б. Прогрессирующая потеря массы тела более 10%; необъяснимая диарея или лихорадка более одного месяца; волосистая лейкоплакия; туберкулез легких; повторные или стойкие поражения внутренних органов (без диссеминации) или глубокие поражения кожи и слизистых оболочек; повторный или диссеминированный опоясывающий лишай; локализованная саркома Капоши.

В. Генерализованные бактериальные, вирусные, грибковые, протозойные и паразитарные заболевания; пневмоцистная пневмония; кандидоз пищевода; атипичный микобактериоз; внелегочный туберкулез; кахексия; диссеминированная саркома Капоши; поражения центральной нервной системы различной этиологии.

IV. Терминальная стадия.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Организации, работающие в области ВИЧ/СПИД

Федеральные центры по профилактике и борьбе со СПИД

НАЗВАНИЕ	АДРЕС	ТЕЛ./ФАКС	E-MAIL
Российский федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом	105275, Москва, 8-я ул. Соколиной горы, 15.	(495) 365-30-09 (495) 365-46-80	aidsrus@online.ru
Российский клинический центр по профилактике и борьбе со СПИДом	188635, Санкт-Петербург, пос. Усть-Ижора, пр. 9 января, 3	(812) 464-93-29 (812) 464-93-34	

Территориальные общественные СПИД-сервисные организации

НАЗВАНИЕ	АДРЕС	ТЕЛ./ФАКС	E-MAIL
МОСКВА			
«СПИД-инфосвязь» — ресурсный центр по вопросам ВИЧ/СПИДа/ЗППП	105037, Москва, а/я 51	(495) 119-33-16	infoshare@glas.apc.org
Российский фонд «Имена» — общероссийский общественный, благотворительный фонд	129110, Москва, ул. Большая Переяславская, 52/55	(495) 933-42-33	hames@aids.ru
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ			
Организация «Имена+»		(812) 464-91-34	
Организация «Вместе против СПИДа»		(812) 464-93-29	
«Невский Ангел»			angel@mail.nevelin.ru
НИЖНИЙ НОВГОРОД			
Фонд «Анти-СПИД»		(8312) 36-92-13 (8312) 36-41-35	sluzh@pop.sci-nnov.ru
ПЕНЗА			
Фонд «Анти-СПИД»		(8412) 44-63-34 (8412) 63-87-59	
ТОМСК			
Томский региональный благотворительный фонд «Томск Анти СПИД»	634034, Томск, ул. Нахимова, 5		t_aids@land.ru
«Сибирь-СПИД-Помощь»	Томск, ул. Елизаровых, 70-а	(3822) 24-44-59 (3822) 42-33-47	root@aidsaid.tomsk.ru
ВОЛОГДА			
«Стоп СПИД Север»	Вологда, Щетинина, 17а		doverie@mail.vcom.ru
БАРНАУЛ			
«Сибирская инициатива»	Барнаул, а/я 783	(3852) 22-52-06	sibin@alt.ru

Региональные информационные центры по вопросам ВИЧ/СПИДа

НАЗВАНИЕ	АДРЕС	ТЕЛ./ФАКС	E-MAIL
Челябинский городской благотворительный фонд «Береги себя»	454048, Челябинск, пр. Ленина, 77	(3512) 65-52-16	takecare@chel.surnet.ru
Автономная некоммерческая организация «Новый век»	42011, Казань, ул. К. Наджми, 24/20	(432) 38-47-35	century@gcsen.kazan.su
Российский Красный Крест, Иркутское областное отделение	664011, г. Иркутск, ул. Свердлова, 35-6	(3952) 20-03-93	hivirk@mail.ru
Новосибирская городская общественная организация «Гуманитарный проект»	630009, Новосибирск, а/я 154	(3832) 66-42-28	human.pro@onlain.nsk.su

Международные и Российские фонды и организации

НАЗВАНИЕ	АДРЕС	ТЕЛ./ФАКС	САЙТ
IREX	125933, Москва, Газетный пер., 5, 6 этаж	(495) 956-0578	www.irex.ru
ЮНЭЙДС	105064, Москва, Переулок Обуха, 6	(495) 232-5599	www.unaids.org
Детский Фонд ООН (UNICEF)	101000, Москва, Покровский б-р, 4/17	(495) 933-8822	www.unicef.org
СПИД Фонд Восток Запад	125267, Москва, ул. Чайнова, 15, корп. 5	(495) 250-6377	www.afew.org
Здоровая Россия 2020	125993, Москва, Газетный пер., 3-5	(495) 933-5854	www.HR2020.ru
Российский Красный Крест	117036, Москва, Черемушкинский пер., 5	(495) 126-74-10 (495) 230-66-22	
Фонд «Российское Здравоохранение»	105120, Москва, 4-ый Сыромятнический пер., 3/5, стр 5	(495) 258-38-82 (495) 258-38-84	www.srhiv.mednet.ru

Глоссарий

Анемия	Малокровие. Состояние, при котором с кровью переносится меньше кислорода вследствие недостаточного количества красных кровяных телец
Акупунктура	Лечебное воздействие на активные точки на теле человека с помощью специальных металлических игл
Анальный секс	Половые сношения, осуществляемые через задний проход (анус)
Антибиотик	Антибактериальное средство, которое применяется против микроорганизмов различного происхождения
Антиген	Белковая частица микроорганизма (вируса, бактерии и т.д.), на который вырабатывается иммунный ответ организма — антитела
Антиретровирусная терапия	Лечение ВИЧ-инфекции препаратами, блокирующими развитие ВИЧ в организме человека
Аутоиммунный процесс	Процесс подавления иммунной системой собственных, воспринятых как чужеродных, тканей организма
Бактерия	Микроорганизмы, которые могут вызывать заболевания
Бессимптомное течение	Течение инфекции без внешних проявлений заболевания
Вакцина	Вещество, которое вводится в организм человека с целью иммунизировать его (т.е. выработать специфический иммунитет) к определенной болезни. Вакцины против ВИЧ пока нет.
Вертикальная передача (трансмиссия)	Передача вируса от матери ребенку во время беременности, родов и грудного вскармливания
Вилочковая железа (тимус)	Внутренний орган, играющий важную роль при созревании иммунной системы. Его влияние постепенно уменьшается по мере взросления человека
Виремия	Наличие вирусов в крови человека
Вирулентность	Степень болезнетворности
Вирус	Вид микроорганизмов, которые по размеру намного меньше бактерий.
Вирусология	Наука, изучающая вирусы
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
Внутривенно	Введение лекарств через вену
Генерализованная лимфаденопатия	Увеличение нескольких групп лимфоузлов в течение длительного времени
Геном	Генетический материал
Гликопротеины	Белковые структуры вируса с определенной молекулярной массой — сложные протеины, в которых небелковая часть представляет собой углевод. Гликопротеины ВИЧ играют важную роль в процессе прикрепления ВИЧ к клеткам CD4+

Грибок	Вид микроорганизмов, который может вызывать заболевание у человека
Диарея	Понос, ненормально частый жидкий стул
ДНК	Дезоксирибонуклеиновая кислота — белковый носитель основной генетической информации живых организмов
ЗППП (заболевания, передаваемые половым путем)	Заболевания, передаваемые от одного человека к другому при сексуальном контакте (например, сифилис, гонорея, герпес, ВИЧ-инфекция)
Здоровое носительство	Присутствие вируса или других микроорганизмов в организме человека без внешних (клинических) проявлений болезни
Иммуноглобулины	Антитела белковой природы
Иммунодефицит	Неспособность некоторых звеньев иммунной системы нормально функционировать, приводящая к потере организмом возможности сопротивляться различным инфекциям
Инкубационный период	Время между попаданием возбудителя болезни в организм человека и первыми проявлениями заболевания
Комбинированная терапия	Лечение, при котором некоторые лекарственные средства используются в сочетании друг с другом для усиления терапевтического эффекта
Контагиозность	Степень инфекционной опасности
Красное кровяное тельце	Эритроцит — кровяное тельце, обеспечивающее транспортировку кислорода к тканям организма
Криптококк	Один из возбудителей, вызывающий инфекционное оппортунистическое заболевание криптококкоз
Латентный период	Скрытый период болезни, когда клинические проявления (жалобы) отсутствуют
Лихорадочное состояние	Болезненное состояние, вызванное повышенной температурой тела
Микроорганизм	Живой организм, который можно увидеть только в микроскоп
Нейроглия	Совокупность всех клеточных элементов нервной ткани, кроме нейронов
Новообразование	Доброкачественная или злокачественная опухоль тканей
Нозологическая форма	Определенное заболевание
Оппортунистические инфекции	В организме каждого человека находится большое количество микроорганизмов, которые при нормально функционирующей иммунной системе не приводят к возникновению каких-либо заболеваний. При формировании иммунодефицита эти микроорганизмы приобретают возможность вызывать развитие инфекционных болезней. Данные заболевания носят название оппортунистических.
Оральный секс	Половое сношение, осуществляемое через рот

Пандемия	Эпидемия, охватывающая большинство стран мира
Парентеральный	Способ введения веществ в организм, минуя пищеварительный тракт. К таким способам относятся внутримышечные и внутривенные инъекции
Патогенез	Механизм развития заболевания
Перинатальный период	Период с 28-й недели внутриутробной жизни плода по 7-е сутки жизни новорожденного
Период окна	Период, когда вирус в организме уже есть, но антитела еще не выработаны в достаточном количестве и не обнаруживаются тест-системами при лабораторном исследовании крови пациента
Плазма	Жидкая часть крови (т.е. кровь без кровяных телец)
Полиорганный процесс	Процесс, затрагивающий одновременно несколько органов и систем организма
Профилактика	Меры, направленные на предотвращение болезни
Резистентность	Привыкание к лекарственному препарату, утрачивание микроорганизмом чувствительности к лекарственному препарату
Ремиссия	Временное или стойкое исчезновение симптомов болезни
Репликация	Размножение вируса
Ретровирусы	Группа вирусов, к которой относится ВИЧ, имеющих фермент «обратную транскриптазу». Ретровирусы способны осуществлять процесс «обратной трансмиссии» — синтез ДНК на матрице РНК
Рискованное поведение	Поведение, при котором существует высокий риск заражения ВИЧ-инфекцией, например сексуальные контакты без презерватива, совместное использование шприцев, игл
РНК	Рибонуклеиновая кислота — молекула, представляющая собой одинарную цепочку нуклеотидов. Является носителем генетической информации.
Сапрофитная флора	Микроорганизмы, жизнь и питание которых осуществляются на мертвой или разлагающейся органической материи
Серопозитивный человек	Имеющий в крови определяемые лабораторно антитела к ВИЧ.
Симптом	Отдельное проявление болезни (например, кашель или повышение температуры)
Синдром	Устойчивая совокупность симптомов
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита — состояние, развивающееся в результате угнетения иммунной системы человека ВИЧ
Стигма (клеймо)	Убежденность общества и отдельных индивидуумов в том, что определенные свойства личности или образ жизни является постыдным, знаком позора либо общественного порицания
Стоматит	Воспаление слизистой оболочки полости рта
Терминальная стадия	Последняя стадия заболевания

Трансплантация	Пересадка органов или тканей человека
Условно-патогенный микроорганизм	Микроорганизм, не вызывающий заболевания в обычных условиях. Однако, при ослаблении иммунитета, условно-патогенные микроорганизмы могут вызывать тяжело протекающие инфекции
Фарингит	Воспаление тканей глотки
Фермент	Вещество, ускоряющее химические реакции
Цитопатическое действие	Действие вируса, приводящее к поражению клетки
Эндогенный	Внутреннего происхождения
Энцефалит	Воспаление тканей мозга
Эпидемиология	Наука, занимающаяся изучением распространения инфекционных заболеваний, их профилактикой и контролем
Эпидемия	Массовое распространение инфекционного заболевания в какой-либо местности или стране, значительно превышающее обычный уровень заболеваемости
Этиология	Причина заболеваний

Список используемой литературы

1. Ахтырская Н.А., Сизова Н.В., Рахманова А.Г. и др. // Особенности эпидемии ВИЧ-инфекции в Санкт-Петербурге. — Тезисы Российско-Американского совещания «Стратегии предупреждения наркомании и связанных с ними инфекционных заболеваний». — 1999.
2. Беляева В.В. // Нарушение психической адаптации человека при ВИЧ-инфекции. — Докторская диссертация в виде научного доклада. М., 1999.
3. Беляева В.В., Шахгильдян В.И., Кравченко А.В. // Деменция как следствие цитомегаловирусного энцефалита у больных СПИДом. — Журн. невр. и псих.— 1999. — № 4.
4. Беляева В.В. // Особенности социально-психологической адаптации лиц, инфицированных ВИЧ. — Эпидем. и инфекц. Бол. — 1998. — № 5.
5. Беляева В.В., Ручкина Е.В. // Особенности психической деятельности заразившихся ВИЧ после сообщения об инфицированности. — Незав. псих. журн. — 1995. — № 3.
6. Боровский И.В. ВИЧ-инфекция: эпидемиология и профилактика. — Омск. — 1996 г.
7. ВИЧ-инфекция и СПИД. // Информация и практические советы людям с диагнозом ВИЧ/СПИД. — М.: Знание, 2001.
8. Группа высокого уровня по туберкулезу в Российской Федерации, тематическая рабочая группа «Туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией», «Рекомендации по снижению заболеваемости туберкулезом среди населения с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции». — М., 2004
9. Покровский В.В., Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Г. // ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение. — Москва. — 2000.
10. Покровский В.В., Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Г. // ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение. — Москва. — 2003.
11. Покровский В.В., Юрин О.Г., Беляева В.В. // Клиническая диагностика ВИЧ-инфекции. — Москва. — 2002.
12. Приказ МЗ РФ «О мерах по совершенствованию профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации» от 16.08.94 г. № 170.
13. Пятницкая И. Н. // Наркомания (руководство для врачей). — Медицина. — 1994.
14. Рахманова А.Г. // ВИЧ-инфекция: клиника и лечение. — СПб. — 2000.
15. Рахманова А.Г. // Противовирусная терапия ВИЧ-инфекции. Химиопрофилактика и лечение ВИЧ-инфекции у беременных и новорожденных. — СПб. — ВОНИИХ СПб ГУ. — 2001.
16. Shinazi R.F., Larder B.A., Mellors J.W. Mutations in retroviral genes associated with drug resistance. // Int. antiviral News. — 1997. — Vol.5. — P. 129-142.
17. Zurlo J.J. and Lane H.C. Other Bacterial Infections. //AIDS (Etiology, Diagnosis, Treatment and Prevention). Philadelphia — New York. — 1997.— Vol. 746.— P. 259-267.
18. СПИД Фонд Восток—Запад (AIDS Foundation East-West— AFEW) Уход на дому за людьми, живущими с ВИЧ/ СПИДом, М., 2004 г.

19. Просветительский Центр «ИНФО-Плюс» Жизнь с ВИЧ, М., 2003 г.
20. «Предоставление помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе». Протоколы ВОЗ для стран СНГ, версия 1.2004
21. Открытый Институт Здоровья в рамках проекта ГЛОБУС «Краткое клиническое руководство по паллиативной помощи при ВИЧ/СПИДе». М., 2005
22. Хелен Шитингер «Поддержка и паллиативная помощь для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом» Журнал «Наше здоровье», весна 2005
23. Р.М.Янгсон «Медицинский энциклопедический словарь», АСТ Астрель, М., 2005

Подписано в печать 17.01.07.

Печать офсетная. Бумага офсетная.

Усл.печ.л. 5,8. Уч.-изд.л. 5,17.

Отпечатано в типографии ООО «ПЦ «Риэл», г. Иркутск, ул. Марата, 34«В».

Тел.: (3952) 546-100, 24-11-25.

Тираж 2000 шт. Заказ 1856.

