

Ю.И. Буланьков, М.А. Булыгин, К.В. Жданов,
К.В. Козлов, Ю.И. Ляшенко, К.С. Иванов, Е.С. Орлова

История формирования и проблемы системы противодействия инфекции, вызываемой вирусом иммунодефицита человека, в Вооруженных силах Российской Федерации

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Резюме. Заболеваемость инфекцией, вызываемой вирусом иммунодефицита человека, в Вооруженных силах имеет ярко выраженный этапный характер. Каждый этап характеризуется объективными социально-экономическими, политическими, эпидемиологическими предпосылками, определяющими условия развития эпидемии, активность механизмов и факторов передачи, структуру и возможности системы противодействия инфекции в стране и армии. Условно можно выделить три этапа развития эпидемии. Первый – период проникновения («инвазии»), 1987–1995 гг. Общей характеристикой этого периода развития и функционирования систем противодействия инфекции, вызываемой вирусом иммунодефицита человека, и синдрому приобретенного иммунодефицита в стране и армии можно считать «признание государством растущей угрозы эпидемического распространения инфекции, вызываемой вирусом иммунодефицита человека при отсутствии реальной эпидемии и ограниченных материальных возможностях». Второй период – эпидемическое распространение инфекции, вызываемой вирусом иммунодефицита человека, 1995–2003 гг. Усилия системы противодействия инфекции, вызываемой вирусом иммунодефицита человека, и синдрому приобретенного иммунодефицита в Вооруженных силах были сосредоточены на совершенствовании диагностики и приближении возможностей военно-врачебной экспертизы к местам выявления больных. Третий период – «генерализация» – с 2004 г. по настоящее время. Показатели стабилизации выявления военнослужащих, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, достигнутые в результате барьерных мер профилактики (обследование на этапе призыва в Вооруженные силы), не сопровождаются методическими и нормативными изменениями, которые произошли в гражданском здравоохранении, что способствует негативным тенденциям более позднего выявления заболевания. Таким образом, современная система медицинской помощи военнослужащим, инфицированным вирусом иммунодефицита человека, не обеспечивает полный объем медицинской помощи, регламентированный руководящими документами Министерства здравоохранения Российской Федерации и государственными медицинскими стандартами.

Ключевые слова: инфекция, вызываемая вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, противодействие эпидемии, Вооруженные силы Российской Федерации, организация медицинской помощи, развитие эпидемии, противоэпидемические мероприятия, обзор, система противодействия инфекции.

Национальные особенности развития эпидемии, активность путей передачи и механизмов заражения у военнослужащих являются динамичными, нуждающимися в постоянном мониторинге. Не оказывая существенного влияния на общую боеготовность и боеспособность Вооруженных сил (ВС), инфекция, вызываемая вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция), негативно влияет на обороноспособность страны, затрудняя комплектование ВС, снижая мобилизационные ресурсы и экономический потенциал страны [2].

Это актуально для государств с большой численностью населения, большой территорией, большими природными ресурсами, к которым и относится Российская Федерация (РФ). ВС не являются «закрытой территорией» для эпидемического процесса и военнослужащие активно в нем участвуют [2].

Меняющиеся организационные принципы комплектования ВС оказывают существенное влияние

на динамику выявления ВИЧ-инфицированных военнослужащих. Так, до 2007 г. она полностью совпадала с общероссийской [1, 6, 16]. Анализ соотношения кумулятивных показателей позволил показать полное соответствие кривых динамики роста заболеваемости ВИЧ-инфекцией граждан РФ и военнослужащих ($r=0,996$; $p<0,01$), что подтверждает общие закономерности развития эпидемической ситуации в России и ВС РФ (рис. 1).

На ранних этапах развития эпидемии (1987–2001 гг.) заболеваемость в ВС РФ имела такие же тенденции распространения, как и в стране в целом. Пик заболеваемости в РФ и ВС отмечен в 2001 году. Последующие 6 лет (2002–2006 гг.) характеризовались снижением темпов регистрации новых случаев в среднем на 20–30% ежегодно. Темп прироста/снижения в 2002 г. составил минус 32%, в 2003 г. – минус 40%, в 2004 г. – минус 56%, в 2005 г. – минус 21%, в 2006 г. – минус 18%. С 2006 г. темп выявляемости

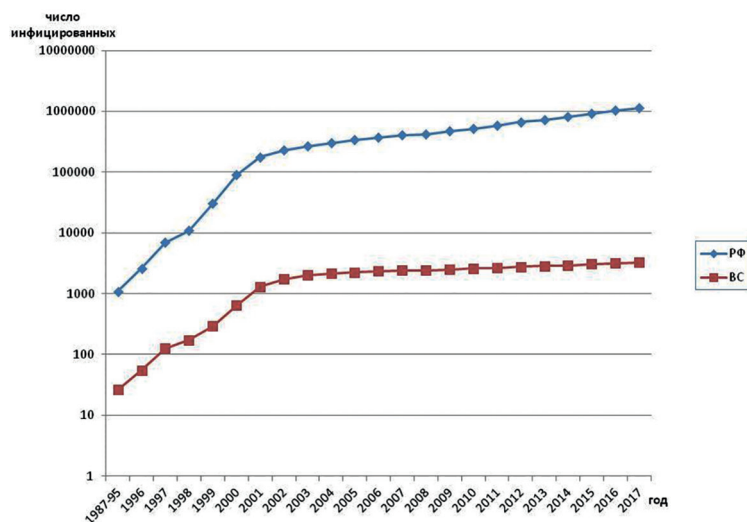


Рис. 1. Динамика выявления ВИЧ-инфекции у граждан России и военнослужащих в период 1987–2017 гг.

ВИЧ-инфицированных военнослужащих стабилизировался, в то время как этот показатель в стране начал снова увеличиваться (на 10–12% ежегодно). К 2015 г. в стране были превышены пиковые показатели выявления новых случаев ВИЧ-инфекции 2001 г.

Динамика отношения абсолютного числа ВИЧ-инфицированных, выявленных за год в стране в целом к числу выявленных в ВС РФ представлена на рисунке 2.

В настоящее время военнослужащие – одна из наименее пораженных ВИЧ-инфекцией когорт трудоспособного населения РФ.

Анализ причин данной динамики позволил сделать вывод, что заболеваемость ВИЧ-инфекцией в ВС имеет ярко выраженный этапный характер. Условно можно выделить 3 этапа развития эпидемии [11]. Каждый этап характеризуется объективными социально-экономическими, политическими, эпидемиологическими предпосылками, определяющими условия развития эпидемии, активность механизмов и факторов передачи, структуру и возможности системы противодействия инфекции в стране и армии.

Первый – период проникновения («инвазии»), 1987–1995 гг. Социально-демографические, экономические условия и заболеваемость в мире:

– эпидемическое распространение ВИЧ-инфекции в экономически слабо развитых странах Африки;

– рост заболеваемости в экономически развитых странах;

– расширение географии эпидемии, начальный этап пандемии;

– отсутствие средств специфической профилактики и эффективной противовирусной терапии;

– основной механизм передачи – половой.

Условия развития эпидемии в РФ:

Изменение политического устройства.

Резкий экономический спад.

Увеличение миграционных потоков, падение «железного занавеса».

Низкий уровень знаний населения и специалистов о масштабах эпидемии, факторах, влияющих на ее распространение.

Резкое увеличение численности наиболее уязвимых для заражения групп населения (лица, оказывающие коммерческие секс-услуги, наркопотребители, осужденные в пенитенциарных учреждениях).

Распад идеологически ориентированной системы воспитания молодежи, снижение приверженности населения нормам здорового образа жизни (ЗОЖ).

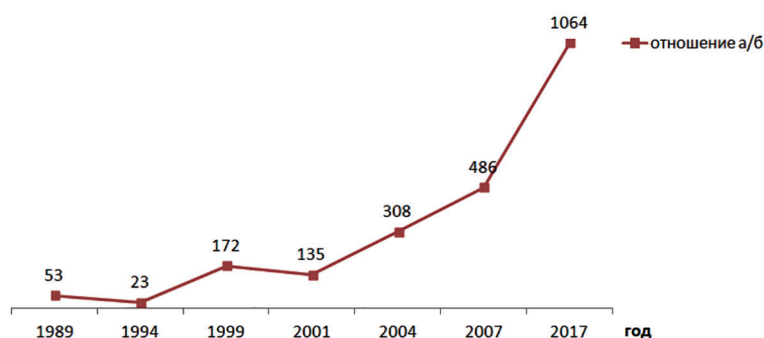


Рис. 2. Долевой показатель: выявляемость больных в стране (а) и ВС (б) – а/б

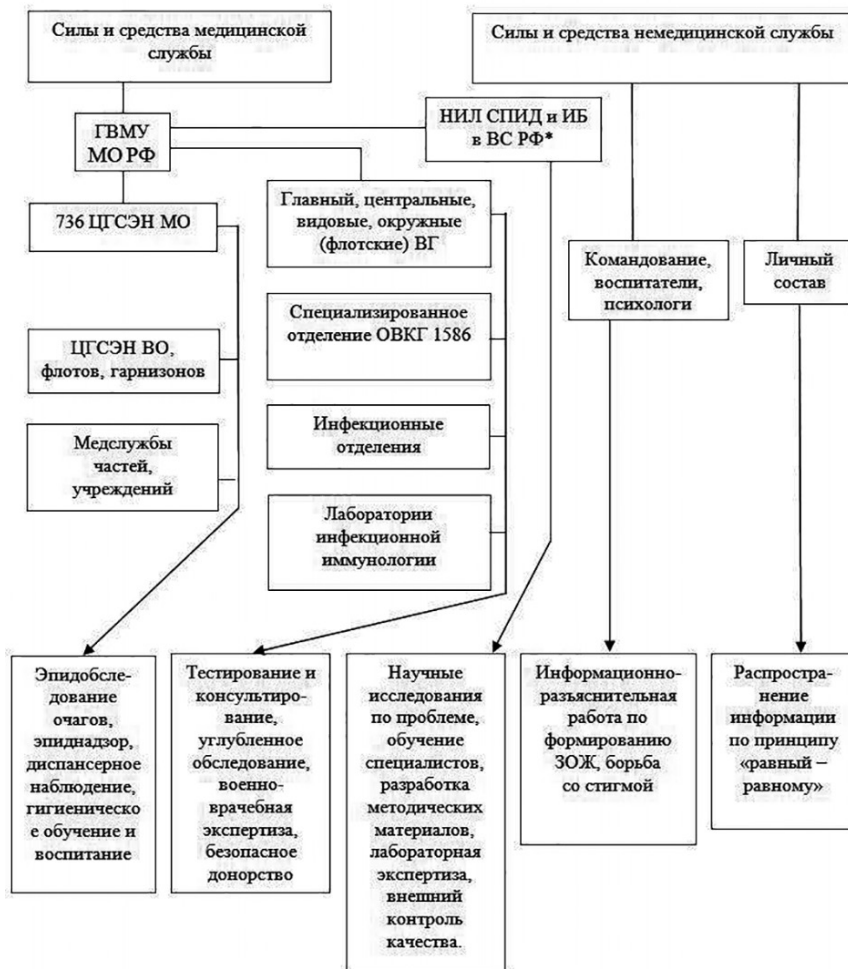


Рис. 3. Система противодействия распространению ВИЧ-инфекции в ВС РФ (1989–2017 гг.): ГВМУ – Главное военно-медицинское управление; ЦГСЭН – Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора; *НИЛ СПИД и ИБ – научно-исследовательская лаборатория СПИД и инфекционных болезней в ВС РФ, сокращена в 2014 г. С 2014 г. – всеармейский регистр инфекционной патологии и ВИЧ-инфицированных военнослужащих (только функция регистрации)

Дискриминация больных (стигма).

Заболеваемость в РФ:

Низкий уровень sporadической заболеваемости, наличие территорий без регистрации заболевания, большая доля «завозных» случаев, единичные больные с синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД).

Определяющее значение полового механизма передачи, эпидемиологическая значимость искусственной передачи (Элиста, Волгоград).

Относительно низкая актуальность вертикальной передачи.

Параллельное развитие эпидемий ВИЧ-инфекции, инфекций, передающихся преимущественно половым путем (ИПППП), гемоконтактных вирусных гепатитов, наркомании.

Организация системы профилактики и борьбы со СПИД в РФ:

Разработка системы регистрации больных, выделение наиболее уязвимых для заражения групп населения и профессий.

Ограниченные возможности диагностики.

Создание системы диспансерного наблюдения (ДН) за ВИЧ-инфицированными.

Признание права добровольности обследования на ВИЧ и получение медицинской помощи, мероприятия по защите медицинской информации и профилактике стигмы.

Низкий уровень финансирования системы.

Низкий уровень взаимодействия с международными организациями, работающими в области противодействия ВИЧ/СПИДу.

Отсутствие возможностей проведения противовирусной терапии.

Приоритетными направлениями деятельности системы противодействия ВИЧ-инфекции являлись: диагностика и регистрация случаев заболевания, профилактика завоза и распространения на территории РФ, диспансерное наблюдение за больными.

Условия развития эпидемии в ВС РФ:

Снижение социального и экономического статуса военнослужащего, сокращение ВС, основной принцип

комплектования – призыв на военную службу, изменение системы воспитательной работы (снижение).

Отсутствие лабораторного скрининга при призыве в ВС РФ.

Заболеваемость в ВС РФ:

Основная доля среди инфицированных – военнослужащие контрактной службы, низкий уровень спорадической заболеваемости.

Большая доля «завозных» случаев.

Определяющее значение полового механизма передачи.

Организация системы профилактики и борьбы со СПИД в ВС РФ:

Создание специализированных подразделений медицинской службы – 1987 г. (первый случай – 1989 г.), сети лабораторий инфекционной иммунологии (ЛИИ) в военно-медицинских учреждениях (ВМУ).

Разработка методики диагностики, регистрации, военно-врачебной экспертизы больных, диспансерного наблюдения, обследования очагов.

Отсутствие целевой комплексной программы противодействия ВИЧ/СПИДу в ВС и целевого финансирования системы.

Низкий уровень взаимодействия с международными организациями, работающими в области противодействия ВИЧ/СПИДу и учреждениями Министерства здравоохранения (МЗ) РФ.

«Исключительная» позиция при военно-врачебной экспертизе (ВВЭ) – большая часть инфицированных увольняется из ВС.

Отсутствие обязательного периодического лабораторного обследования военнослужащих на ВИЧ-инфекцию.

Приоритетными направлениями деятельности системы противодействия ВИЧ-инфекции в ВС являлись: эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией в ВС, поддержание эпидемического благополучия войск, диагностика ВИЧ-инфекции, ВВЭ, ДН за инфицированными военнослужащими по контакту, продолжающими службу.

Общей характеристикой этого периода развития и функционирования систем противодействия ВИЧ/СПИДу в стране и армии можно считать «признание государством растущей угрозы эпидемического распространения ВИЧ-инфекции при отсутствии реальной эпидемии и ограниченных материальных возможностях». В этих условиях основной акцент противодействия сводился к наблюдению за темпами развития эпидемии и реализации минимально затратного комплекса мероприятий по профилактике распространения заболевания, используя имеющиеся структуры и испытанные профилактические технологии. Начальный период эпидемии характеризовался единством методических подходов государства и медицинской службы Минобороны с акцентом последней на приоритет эпидемического благополучия войск. Ведомственный подход медицинской службы реализовывался за счет отказа от привлечения в армию инфицированных и активное

удаление источников инфекции из воинских коллективов. При этом незначительное число уволенных со службы больных позволяло сохранять боеготовность войск.

Второй период – эпидемическое распространение ВИЧ-инфекции, 1995–2003 гг. Условия и заболеваемость в мире:

– пандемия, распространение заболевания на все континенты и страны;

– «генерализованная» эпидемия ВИЧ-инфекции в экономически слабо развитых странах Африки южнее Сахары (2/3 всех инфицированных, более 20 млн умерших, количество новых случаев в год – 3,5 млн);

– стабилизация заболеваемости в экономически развитых странах, снижение смертности в экономически развитых странах;

– основной механизм передачи – половой;

– появление средств эффективной антиретровирусной терапии (АРТ);

– ограниченный доступ к АРТ из-за высокой цены;

– отсутствие средств специфической профилактики.

Условия развития эпидемии в РФ [19, 20]:

Недостаточный уровень финансирования здравоохранения, снижение продолжительности жизни населения, основных демографических показателей;

Дальнейшее увеличение миграционных потоков.

Недостаточный уровень знаний населения и специалистов по проблеме ВИЧ/СПИД. Активное информационное освещение проблемы в средствах массовой информации (СМИ).

Дальнейшее увеличение численности наиболее уязвимых для заражения групп населения, число потребителей психоактивных веществ достигает 3–4% населения, осужденных – до 1%.

Отсутствие государственной системы и методологии воспитания молодежи в духе приверженности нормам ЗОЖ.

Количество больных ИПППП, гемоконтактными вирусными гепатитами, туберкулезом возросло в 4–10 раз.

Дискриминация больных (стигма).

Отсутствие эффективной системы реабилитации наркозависимых лиц.

Заболеваемость в РФ:

Вовлечение в эпидемический процесс всех территорий страны.

Проникновение возбудителя в среду потребителей инъекционных наркотиков (фаза «насыщения» эпидемии).

Эпидемическое распространение заболевания с пиком заболеваемости в 2001 г. (более 87 тысяч новых случаев заражения) и уровнем пораженности социально активной части населения около 1%.

Сопряженное развитие эпидемий ВИЧ-инфекции, наркомании, ИПППП, гемоконтактных вирусных гепатитов. До 92% больных имеют опыт употребления наркотиков, 93% – лабораторные маркеры вирусных гепатитов В и С.

Основная часть больных в возрасте 20–34 г. (15–19 лет – до 24%) Соотношение мужчины/женщины – 4,5/1.

Неравномерное распределение по территориям.

Определяющее значение гемоконтактного пути передачи.

Актуализация вертикальной передачи ВИЧ.

Заболеваемость достигла уровня «концентрированной» эпидемии (с уровнем инфицирования основных уязвимых групп (лица, оказывающие коммерческие секс-услуги и потребители инъекционных наркотиков (ПИН)) более 5%.

Рост числа больных в стадии СПИД.

Снижение эпидемиологической значимости артифициальной передачи.

Организация системы профилактики и борьбы со СПИД в РФ:

Появление Федерального закона от 30.03.1995 №38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» [26].

Развитие сети специализированных центров по профилактике и борьбе со СПИД (федеральных, региональных, территориальных – всего 108), системы диспансерного наблюдения за ВИЧ-инфицированными.

Совершенствование системы эпидемиологического надзора (ЭН) за ВИЧ-инфекцией, внедрение методологии ЭН второго поколения.

Расширение взаимодействия с международными организациями, работающими в области противодействия ВИЧ/СПИДу.

Ограниченный доступ к АРТ.

Приоритетными направлениями деятельности системы являлись [10, 12, 14]: диагностика и регистрация случаев заболевания; профилактика завоза и распространения ВИЧ-инфекции на территориях и в лечебно-профилактических учреждениях РФ; диспансерное наблюдение за больными; разработка методологии профилактики вертикальной передачи ВИЧ.

Условия развития эпидемии в ВС РФ:

Низкий социальный и экономический статус военнослужащего.

Реформирование ВС (увеличение доли военнослужащих по контракту).

Лабораторный скрининг на ВИЧ при призыве не предусмотрен.

Заболеваемость в ВС РФ [6]:

Рост заболеваемости в 20 раз.

Ведущая роль заноса ВИЧ в ВС при призыве инфицированных граждан.

Определяющее значение гемоконтактного пути передачи.

Основная доля (до 94%) – военнослужащие по призыву.

Организация системы профилактики и борьбы со СПИД в ВС РФ [5, 15]:

Формирование системы противодействия ВИЧ-инфекции в ВС РФ (рис. 3).

Создана научно-исследовательская лаборатория СПИД и инфекционных болезней в ВС РФ – 1996 г.

Разработана на основе федерального закона нормативная база медицинской службы по противодействию ВИЧ-инфекции [3].

Расширение взаимодействия с международными организациями, работающими в области противодействия ВИЧ/СПИДу.

Низкий уровень взаимодействия медицинской службы со специализированными учреждениями МЗ РФ.

Появление у военнослужащих доступа в учреждения МЗ.

«Исключительная» позиция ВВЭ сохраняется [21].

Отсутствие обязательного периодического лабораторного обследования военнослужащих на ВИЧ-инфекцию.

Приоритетные направления деятельности системы противодействия распространению ВИЧ-инфекции не изменились.

Система профилактики в этот период получила необходимую юридическую поддержку со стороны государства, но не смогла предотвратить эпидемическое распространение заболевания. Внимание системы противодействия (особенно в ВС) было сосредоточено на выявлении, регистрации заболеваний, изучении основных механизмов развития эпидемии и выработке методологии профилактических воздействий.

В ВС усилия сосредоточены на совершенствовании диагностики и приближении возможности ВВЭ к местам выявления больных. Формирование системы противодействия распространению ВИЧ-инфекции происходило под давлением резко возрастающего количества больных, что при ограниченности ресурсов Минобороны привело к сужению обслуживаемого контингента и концентрации усилий на одном направлении – поддержании эпидемического благополучия войск. С этой задачей медицинская служба ВС справилась, поскольку не допустила эпидемического распространения ВИЧ-инфекции в воинских коллективах. Созданная в ВС система противодействия распространению ВИЧ-инфекции обеспечила выполнение поставленных перед ней задач и организационно соответствовала требованиям основных руководящих документов государства, регламентирующих объем и методологию помощи ВИЧ-инфицированным гражданам РФ.

Наметившиеся в начале 2000-х годов положительные изменения в экономике государства, увеличение стажа активной профилактической работы системы противодействия ВИЧ-СПИД привели к постепенным изменениям молодежной субкультуры. Это повлекло за собой некоторое снижение активности эпидемиологически значимых факторов распространения ВИЧ-инфекции и наступление нового периода эпидемии [20].

Третий период – «генерализация» (с 2004 г. по настоящее время). Условия и заболеваемость в мире:

Пандемия, распространение заболевания на все населенные континенты и страны (37 млн инфицированных, 36 млн умерших). Основной путь передачи – половой.

Расширение доступа к высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) – до 59% зарегистрированных.

Число новых случаев заболевания снизилось к 2016–2017 гг. в 2 раза (1700000–1800000 в год) на фоне расширения охвата ВААРТ.

В 2016 г. Всемирной организацией здравоохранения сформулирована цель выведения ВИЧ-инфекции к 2030 г. из числа социально-значимых заболеваний (снизить число новых случаев до менее 200000 в год).

Ранняя ВААРТ – основное направление профилактики ВИЧ-инфекции [7].

Активное международное сотрудничество в борьбе с ВИЧ/СПИД.

Отсутствие средств специфической профилактики.

Условия развития эпидемии в РФ:

Активная миграция населения и трудовая миграция граждан из эндемичных регионов постсоветского пространства.

Укрепление сети региональных специализированных медицинских подразделений (Центров по профилактике и борьбе со СПИД).

Изменение приоритетов молодежной субкультуры наркопотребления.

Отсутствие эффективной системы реабилитации наркозависимых лиц.

Охват больных ВААРТ – 43% от состоящих на ДН в 2017 г. [9].

2016 г. – разработана и утверждена «Государственная стратегия профилактики распространения ВИЧ-инфекции на территории РФ до 2020 г. и дальнейшую перспективу» [24].

С 2016 г. ВААРТ рекомендована с момента выявления заболевания [4].

Заболеваемость в РФ:

С 2005 г. ежегодный прирост выявляемости новых случаев увеличился на 10% (к 2018 г. кумулятивное число выявленных составило более 1,2 млн случаев, число умерших – более 270 тыс.).

Увеличение среди инфицированных доли женщин и рожденных ими детей.

Основная возрастная группа при выявлении ВИЧ-инфекции 30–40 лет – 47% (рис. 4), соотношение мужчины/женщины – 1,5/4.

Актуализация половой передачи (49,3% в 2017 г. – ведущий путь) [9].

Продолжающееся «насыщение» ВИЧ-инфекцией уязвимых групп населения (потребители ПАВ – 17–42%, лица, оказывающие коммерческие секс-услуги – 13–17%; мужчины, имеющие половой акт с мужчинами – 11–19%).

Неравномерное распределение по территориям РФ. Более 1% беременных женщин инфицированы ВИЧ на территории 25 субъектов РФ (что соответствует стадии генерализованной эпидемии) к 2017 г., поражен-

ность населения 22 субъектов РФ превысила 1% [17].

Снижение активности артифициальной передачи [9].

Быстрый рост числа больных в стадиях СПИД [8].

Организация системы профилактики и борьбы со СПИД в РФ:

Появление новых государственных медицинских стандартов помощи различным категориям ВИЧ-инфицированных граждан РФ [4, 18, 23].

Дальнейшее совершенствование системы ЭН за ВИЧ-инфекцией [13, 25].

Расширение возможностей диагностики стадий ВИЧ-инфекции и лабораторного сопровождения ВААРТ (CD4⁺-лимфоциты, иммуноферментный анализ антиген/антитело, полимеразная цепная реакция).

Появление доступа к бесплатной ВААРТ для всех граждан РФ. Снижение стоимости, производство препаратов первой линии терапии в РФ.

Увеличение уровня государственного финансирования системы профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИД.

Активное взаимодействие с международными организациями, работающими в области борьбы с ВИЧ/СПИД, признание борьбы с ВИЧ-инфекцией одним из приоритетных направлений международного сотрудничества.

Создан национальный регистр ВИЧ-инфицированных и больных туберкулезом [22].

Приоритетными направлениями деятельности системы противодействия ВИЧ-инфекции являются:

Эффективный ЭН за ВИЧ-инфекцией и расширение серологического скрининга.

Повышение эффективности системы перинатальной профилактики ВИЧ-инфекции.

Обеспечение ВААРТ всем больным с момента выявления заболевания [4].

Совершенствования стандартов диспансерного наблюдения и ВААРТ, повышение приверженности к ним больных [4].

Научное обоснование и попытки разработки средств специфической профилактики.

Условия развития эпидемии в ВС РФ:

Рост социального и экономического статуса военнослужащего.

Увеличение доли военнослужащих по контракту в армии.

Сокращение срока службы по призыву.

Сложившаяся система профилактики ВИЧ-инфекции в ВС.

Заболеваемость в ВС РФ:

Снижение доли заноса ВИЧ в ВС при призыве инфицированных граждан (доля в 2017 г. – менее 10%).

Снижение заболеваемости военнослужащих к 2008 г. в 7 раз (по сравнению с 2001 г.), военнослужащих по призыву – в 11 раз.

Определяющее значение половой передачи ВИЧ (с 2015 г. случаи наркотической передачи не регистрируются).

Возрастание среди инфицированных доли военнослужащих контрактной службы до 96% в 2017 г. (рис 5, таблица).

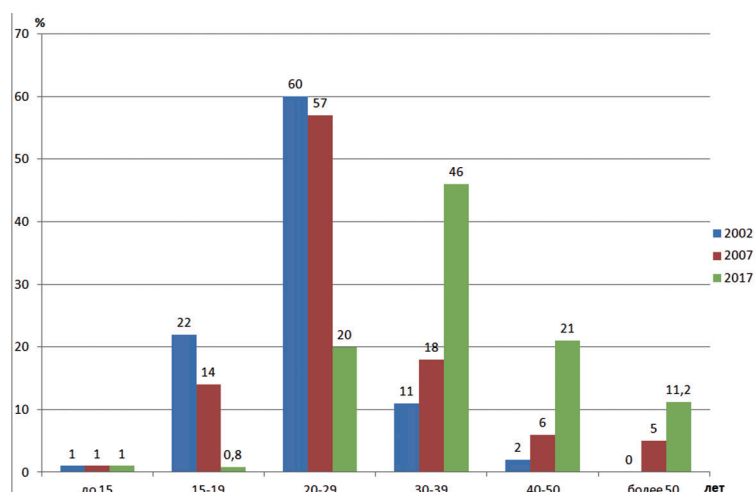


Рис. 4. Возраст больных ВИЧ-инфекцией в момент установления диагноза

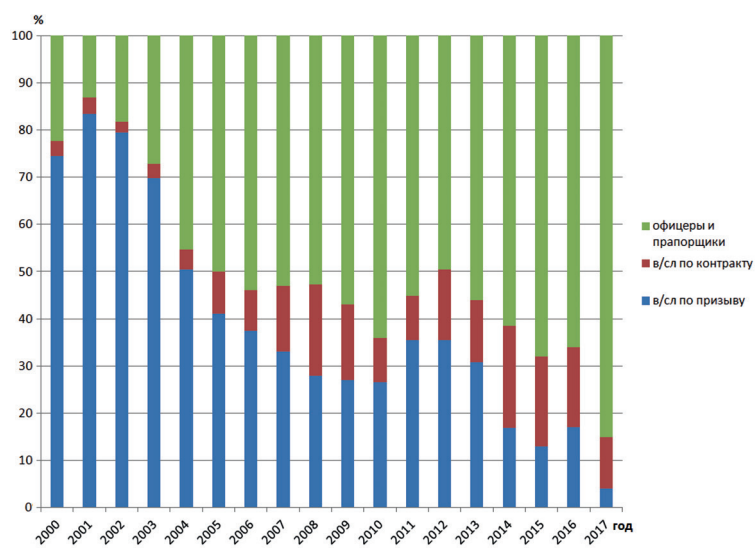


Рис. 5. Распределение ВИЧ-инфицированных военнослужащих по категориям военной службы

Таблица

Долевое распределение военнослужащих по возрасту выявления ВИЧ-инфекции

Период, гг.	Возрастная категория, лет (%)		
	до 25	25–40	более 40
1989–1995	20	40	40
1996–2005	67	18	15
2006–2013	48	39	13
2014–2017	12	68	20

Сохранение заболеваемости у военнослужащих контрактной службы.

6. Увеличение доли поздних стадий ВИЧ-инфекции, появление летальности

Организация системы профилактики и борьбы со СПИД в ВС РФ структурно и функционально не изменилась по сравнению со 2-м периодом. Она включает в себя:

Введение обязательного лабораторного обследования на ВИЧ-инфекцию при призыве на военную службу (2014 г.) [21, 25].

Нормативная база медицинской службы – без изменений [3].

Специализированные подразделения медицинской службы сокращены. На 2018 г. существует НИЛ Всеармейский регистр инфекционной патологии и ВИЧ-инфицированных военнослужащих (ВМедА).

Система взаимодействия со специализированными подразделениями МЗ РФ и национальным регистром отсутствует.

Обязательный периодический скрининг военнослужащих отсутствует.

Проведение ВААРТ у военнослужащих не предусмотрено.

Нормативная база ВВЭ не допускает возможность проведения ВААРТ.

Приоритетные направления деятельности системы не изменились. В настоящий период эпидемия в РФ характеризуется изменением половозрастной структуры, приоритетным вкладом полового пути передачи ВИЧ, ростом пораженности населения, особенно в урбанизированных промышленных регионах Западной Сибири, Урала, Поволжья. Значительный рост количества больных в стадии СПИДа и летальности потребовали от государства принятия мер по расширению возможностей системы профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИД. Рост экономики государства, признание ВИЧ-инфекции в качестве угрозы национальной безопасности и приоритетной области международного сотрудничества позволило увеличить объем федерального финансирования целевой программы профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в РФ почти в 200 раз (со 108 млн рублей в 2003 г. до 19 млрд к 2018 г.).

За последние 2 года государственная система борьбы с ВИЧ-инфекцией пересмотрела подходы к назначению ВААРТ. Существенно снижена ее стоимость, наметилась тенденция к расширению лабораторного скрининга, сформированы государственные медицинские стандарты помощи больным, повышен уровень оснащенности специализированных учреждений. Если раньше система была сориентирована на профилактику распространения заболевания и ЭН, то в настоящее время она уже решает вопросы лечения и социальной реабилитации. Увеличение продолжительности жизни больных и повышение ее качества также стали приоритетными задачами. Этому способствовало значительное изменение социально-демографической характеристики больных и изменение активности факторов передачи ВИЧ.

Таким образом, современная система медицинской помощи ВИЧ-инфицированным военнослужащим не обеспечивает полный объем медицинской помощи, регламентированный руководящими документами МЗ РФ и государственными медицинскими стандартами. Стабилизация выявления ВИЧ-инфицированных военнослужащих, достигнутая в результате барьерных мер профилактики (обследование на этапе призыва в ВС), не сопровождается методическими и нормативными изменениями, которые произошли в гражданском здравоохранении. Несмотря на принципиальные изменения активности факторов передачи (нет наркотической) и структуры военнослужащих (по контракту), она по-прежнему сконцентрирована только на ЭН. Результатом этого несоответствия стало активное сокрытие военнослужащими своего ВИЧ-статуса вплоть до стадий СПИД, для чего имеются объективные предпосылки в виде отсутствия обязательного периодического обследования и трудностей, связанных с обращением в учреждения МЗ РФ. С 2016 г. ситуация усугубляется в связи с тем, что ВААРТ рекомендована с момента выявления ВИЧ-инфекции, но не организуется медицинской службой ВС.

Основными направлениями совершенствования системы профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИД в ВС

РФ могут быть: совершенствование ЭН посредством внедрения обязательного периодического лабораторного скрининга военнослужащих по контракту; совершенствование методологии профилактического воспитания и обучения военнослужащих; нормативное обоснование и реализация возможности ВААРТ и диспансерного наблюдения военнослужащих на основе межведомственного взаимодействия с МЗ РФ; изменение методики ВВЭ ВИЧ-инфицированных военнослужащих с учетом возможности проведения длительной ВААРТ.

В настоящее время имеется объективная необходимость и возможность качественного повышения уровня медицинской помощи военнослужащим, инфицированным ВИЧ.

Литература

1. Болахан, В.Н. Эпидемиологическая характеристика заболеваемости ВИЧ-инфекцией военнослужащих Минобороны России / В.Н. Болахан, Д.Г. Зигаленко, В.И. Харченко // VI Росс. съезд врачей-инфекционистов: мат. съезда. – СПб.: ВМА, 2003. – С. 43–44.
2. Буланьков, Ю.И. ВИЧ-инфекция в армии – проблема общегосударственная / Ю.И. Буланьков // Акт. вопр. проф., диагностики и лечения СПИДа среди военнослужащих: мат. науч.-практ. конф. – М.: ГВМУ МО РФ, 2004. – С. 15–16.
3. Буланьков, Ю.И. Указания по клинике, диагностике и профилактике в вооруженных силах Российской Федерации / Ю.И. Буланьков [и др.]. – М.: ГВМУ, 2006. – 66 с.
4. ВИЧ-инфекция у взрослых: клин. рекомендации (утверждены МЗ РФ) / Национальная ассоциация специалистов по профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции. – М., 2017. – 64 с.
5. Волжанин, В.М. Алгоритмы организации лечения ВИЧ-инфицированных военнослужащих / В.М. Волжанин, Ю.И. Буланьков // Международное сотрудничество в области профилактики ВИЧ-инфекции среди военнослужащих. Проблемы и перспективы: мат. 4-й междунар. науч.-практ. конф. – М., 2007. – С. 38–39.
6. Волжанин, В.М. Эпидемиологическая значимость заболеваемости военнослужащих ВИЧ-инфекцией / В.М. Волжанин [и др.] // Воен.-мед. журн. – 2004. – Т. 325, № 1. – С. 57–61.
7. Всемирная организация здравоохранения: руководство о времени назначения антиретровирусной терапии и по доконтактной профилактике ВИЧ-инфекции / Всемирная организация здравоохранения. – Женева, 2015 – 78 с.
8. Ладная, Н.Н. Причины летальных исходов у больных ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации в 1987–2012 гг. / Н.Н. Ладная [и др.] // Сб. науч. тр. к 50-летию центрального науч.-исследовательского ин-та эпидемиологии Роспотребнадзора. – М.: Династия, 2013. – С. 157–163.
9. Ладная, Н.Н. Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции в Российской Федерации в 2016 г. / Н.Н. Ладная [и др.] // Акт. вопр. ВИЧ-инфекции. Женщины и ВИЧ: мат. Междунар. науч.-практ. конф., 05–06.06.2017 г., Санкт-Петербург. – СПб.: Человек и его здоровье, 2017. – С. 3–9.
10. Лобзин, Ю.В. Проблема ВИЧ-инфекции в Вооруженных силах и возможности её решения / Ю.В. Лобзин, В.М. Волжанин, Ю.И. Буланьков // Вестн. Росс. воен.-мед. акад. – 2002. – № 2 (8). – С. 23–27.
11. Лобзин, Ю.В. Этапы развития и направления совершенствования системы противодействия ВИЧ-инфекции в ВС РФ / Ю.В. Лобзин, В.Н. Болахан, Ю.И. Буланьков // Международное сотрудничество в области профилактики ВИЧ-инфекции среди военнослужащих. Проблемы и перспективы: мат. 4-й Междунар. науч.-практ. конференции. – М., 2007. – С. 44–45.

12. Мельниченко, П.И. Проблема ВИЧ-инфекции в стране, Вооруженных силах Российской Федерации и пути ее решения / П.И. Мельниченко [и др.] // Воен.-мед. журн. – 2002. – Т. 323, № 4. – С. 43–49.
13. Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией: метод. указания (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 26 февраля 2016 г.). – М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2016. – 75 с.
14. Онищенко, Г.Г. Приоритеты противодействия эпидемии ВИЧ/СПИД в Российской Федерации на современном этапе / Г.Г. Онищенко // Мат. 4-й Всеросс. конф. по вопросам ВИЧ и парентеральных гепатитов. – Суздаль, 2004 – С. 3–7.
15. Паршин, М.Ж. Система профилактики ВИЧ-инфекции в Вооруженных силах России / М.Ж. Паршин, В.И. Харченко, В.И. Андриевский // Акт. вопр. проф., диагностики и лечения СПИДа среди военнослужащих: мат. науч.-практ. конф. – М.: ГВМУ МО РФ, 2004. – С. 28–29.
16. Паршин, М.Ж. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Вооруженных силах Российской Федерации / М.Ж. Паршин // IV Междунар. научн.-практ. конф. «Международное сотрудничество в области профилактики ВИЧ-инфекции среди военнослужащих. Проблемы и перспективы»: мат. конф. – М., 2007. – С. 47–48.
17. Покровский, В.В. ВИЧ/СПИД сокращает число россиян и продолжительность их жизни / В.В. Покровский, Н.Н. Ладная, А.В. Покровская // Демографическое обозрение. – 2017. – Т. 4, № 1. – С. 65–82.
18. Покровский, В.В. Национальные рекомендации по диспансерному наблюдению и лечению больных ВИЧ-инфекцией / В.В. Покровский [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2016. – № 6. – С. 1–72.
19. Покровский, В.В. Эпидемия в России продолжается, и достаточно активно / В.В. Покровский // Круглый стол. – 2004. – № 3. – С. 48–50.
20. Покровский, В.В. Эпидемия ВИЧ-инфекции в России – куда идешь? / В.В. Покровский // Эпидемиология и инфекц. болезни. – 2004. – № 4. – С. 4–6.
21. Постановление Правительства РФ от 04.07.2013 № 565 (ред. от 21.04.2018) «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2013. – № 28. – Ст. 3831.
22. Постановление Правительства РФ от 08.04.2017 № 426 «Об утверждении правил ведения федерального регистра лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, и федерального регистра лиц, больных туберкулезом» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2017. – № 16. – Ст. 2421.
23. Приказ Минздрава РФ от 08.11.2012 № 689н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболевании, вызываемом вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» // Росс. газета: спецвыпуск. – 2013. – 11 апр.
24. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 20.10.2016 № 2203-р «Об утверждении Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2016. – № 44. – Ст. 6159.
25. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции», утверждены постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 11.01.2011 № 1 от 15 апреля 2011 г. // Росс. газета. – Федеральный выпуск. – 2011. – 15 апр.
26. Федеральный закон от 30.03.1995 № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1995. – № 14. – Ст. 1212.

Yu.I. Bulankov, M.A. Bulygin, K.V. Zhdanov, K.V. Kozlov, Yu.I. Lyashenko, K.S. Ivanov, E.S. Orlova

Formation history and problems of the system of resistance to human immunodeficiency virus infection in the Armed forces of the Russian Federation

Abstract. Infection rates of human immunodeficiency virus in Army forces have a clear structure divided into stages. Each stage characterized by objective socio-economic, political, epidemical prerequisites, which reflected conditions of epidemic developing, activeness of mechanisms and transmission factor, structure and possibilities of a protective system against infection in country and army. There are three stages of epidemic development. The first stage – infiltration (invasion), 1987–1995 years. The common feature this period of developing and functioning counteraction system against infection, produced by human immunodeficiency virus, and acquired immune deficiency syndrome in our country is «recognition by the state of the growing threat of the epidemic spread of infection caused by the human immunodeficiency virus in the absence of a real epidemic and limited material resources». The second period – epidemical infection spreading, produced by human immunodeficiency virus, 1995–2003 years. Significant efforts of counteraction system against infection, produced by human immunodeficiency, and acquired immune deficiency syndrome in the army was concentrated on improving diagnostic and approximation of the possibilities of military-medical expertise to the places where patients are identified. The third period – generalized – in the last 2004 year to current period. Stabilization indicators identifying soldiers, infected by human immunodeficiency, archived as a result of barrier preventive measures (examination at the stage of conscription to the Armed Forces) are not accompanied by methodological and regulatory changes that have occurred in civilian health care, which contributes to negative trends in the later detection of the disease. So, the current system of medical help for soldiers, infected by human immunodeficiency, does not provide medical help enough, regulated by the governing documents of the Department of Health of the Russian Federation and state medical standards.

Key words: infection caused by a human immunodeficiency virus, acquired immunodeficiency syndrome, epidemic response, Armed forces of the Russian Federation, organization of medical care, epidemic development, anti-epidemic measures, review, infection counteraction system.

Контактный телефон: +7-921-182-78-22; e-mail: vmeda-nio@mil.ru