

ГЛАВА VI. ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ВИЧ- ИНФЕКЦИИ И СОПРОВОЖДАЮЩИХ ЕЕ БОЛЕЗНЕЙ СРЕДИ ОСУЖДЕННЫХ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РТ

В период 2003-2012 гг. среди лиц, находящихся в местах лишения свободы, проводится обучение по вопросам профилактики, диагностики ВИЧ-инфекции и санитарному просвещению заключенных на семинарах, лекциях, через беседы и различного рода занятия. Проводятся встречи заключенных со специалистами по вопросам ВИЧ-инфекции. Среди осужденных проходит консультирование и инфо-сессии по повышению уровня их медицинских знаний о путях передачи ВИЧ и предупреждении заражения ВИЧ-инфекцией с последующим обеспечением презервативами, салфетками и дезсредствами.

ГУИУН Министерства юстиции РТ и Республиканский Центр по борьбе со СПИДом находятся в тесной связи. Они совместно реализуют широкомасштабные мероприятия дозорного эпиднадзора для заключенных, находящихся в пенитенциарных учреждениях на ВИЧ.

Со специалистами, персоналом медицинских подразделений исправительных учреждений и осужденными проводятся психологические семинары, тренинги, до- и послетестовое консультирование. С лицами, лишенными свободы, проводятся беседы по профилактике ВИЧ-инфекции, среди них распространяются буклеты «Защити себя сам» и др.

С 2010 по 2012 гг., Республиканским центром по профилактике и борьбе со СПИДом МЗ РТ методами анкетирования и индивидуального интервью исследовалась информированность о ВИЧ-инфекции среди 2400 осужденных (в том числе 50 человек - из контингента несовершеннолетних в возрасте 15-18 лет).

Анализ показал, невысокую информированность заключенных о профилактике ВИЧ-инфекции, правильные ответы о путях передачи ВИЧ

через кровь и нестерильные инструменты, были получены в 40,2% случаев. У 62% осужденных крайне неполная информация о частоте риска передачи ВИЧ половым путем.

. В частности, 9,4% респондентов отмечают, что ВИЧ-инфекцией можно заразиться через воздух, 7,7% - при рукопожатии и 32,7% опрошенных отмечали, что нельзя пользоваться общей посудой с ВИЧ-инфицированным.

Опрошенные, в 80,2% случаев, не считали необходимым использование презервативов, если есть доверие к своему партнеру. Вместе с тем, в 72,3% случаев заключенные считали презерватив надежным средством защиты от заболеваний, передающихся половым путем, в 19,6% случаев презервативы считались ненадежными и к тому же снижающими степень сексуального удовлетворения.

На основе результатов проведенного исследования можно предположить высокий уровень частоты опасного сексуального поведения заключенных.

6.1. Стратегия профилактики ВИЧ-инфекции

Эпидемический процесс развивается только при существовании трех звеньев: источника инфекции, механизма ее передачи и наличия восприимчивых к ней групп населения. Поэтому предупреждение ВИЧ-инфекции основывается на выявлении, изоляции больных, их лечении, воздействии на восприимчивое население и, безусловно, полное уничтожение механизмов передачи возбудителя.

Актуальной в борьбе с ВИЧ/СПИДом остается проблема отсутствия средств специфической профилактики ВИЧ-инфекции, поэтому приоритетным остается противодействие ВИЧ/СПИДу средствами и способами неспецифической профилактики.

В первую очередь, особого внимания требует уязвимая группа населения. Это связано с действительно недопустимой степенью санитарной неграмотности населения в отношении путей распространения ВИЧ и

способах защиты от него. В РТ установлено, что осведомленность учащихся школ по профилактике ВИЧ/СПИД, находится на низком уровне. В Ходженге, по данным опроса респондентов, 25% из них не знали об опасности наркотиков, 12% - об опасности смены половых партнеров и мерах защиты от инфекций, передающихся половым путем.

Проблема ВИЧ-инфекции - это во многом проблема поведения, т.е. в первую очередь социальная проблема, и только потом – медицинская. Вот поэтому актуальным является эффективность своевременного проведения мероприятий по противодействию распространения ВИЧ среди населения, в основном среди групп риска. В РТ и сейчас проводится первичная профилактика средствами гигиенического обучения и воспитания здорового населения, особенно, молодежи. Это способствует повышению сексуальной, санитарной, общей культуры, ведению здорового образа жизни.

Основной целью борьбы с ВИЧ/СПИДом и первичной профилактики ВИЧ-инфекции является систематический контроль за состоянием здоровья населения. В настоящем гигиеническое воспитание является основополагающим в борьбе с распространением ВИЧ. Нами разработаны образовательные программы по гигиене и половому просвещению учащихся, которые предусматривают подготовку их к браку и в дальнейшем к достойной семейной жизни, в том числе гармонии в сексуальных отношениях.

В разработанных нами программах, предусмотренных для учебных заведений всех уровней образования, в т.ч. системы обучения школьников, рассматриваются и вопросы по предупреждению инфекций, передающихся половым путем. Для педагогов изданы соответствующие пособия по их первичной профилактике, для школьников и общеобразовательных заведений.

Нами учтена профилактическая работа с различными группами молодежи, прежде всего, относительно знаний по безопасному для здоровья и жизни поведению.

Нами в РТ проводится анкетирование школьников, населения и групп риска с целью изучения информированности указанных лиц по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом. Организуются семинары, круглые столы со школьниками, читаются лекции, направленные на изменение знаний в пользу ведения здорового образа жизни. Эта же работа постоянно и целенаправленно проводится среди групп лиц повышенного риска (РКС, MSM, заключенные, мигранты, ПИН).

Одним из приоритетных направлений в области профилактики ВИЧ-инфекции является стратегическая информированность социальных лидеров различных групп населения - это представители администрации, политические деятели, артисты, ученые, спортсмены, работники милиции, прокуроры, судьи и религиозные деятели. Поэтому мы проводим с ним особую работу по привлечению их к профилактической работе с заключенными.

Средства массовой информации (СМИ) играют большую роль в повышении ответственности за здоровый образ жизни в т.ч., в группах риска и формировании поведения населения, особенно молодых людей. Через них ведется работа по противодействию проявлениям стигмы и дискриминации среди групп риска.

Для эффективности первичного уровня профилактики, который проводился с уязвимыми группами населения было привлечено анкетирование с обязательным до- и послетестовым консультированием. Не остаются в стороне и мероприятия по обеспечению безопасности донорской крови и по борьбе с внутрибольничным инфицированием.

Нами ежегодно проводится обследование среди осужденных. С каждым годом расширяются масштабы обследования, которое позволяет в максимально короткие сроки выявлять ВИЧ-инфицированных и своевременно провести индивидуальное консультирование в виде собеседования. Это представляется одним из очень нужных методов профилактики ВИЧ-инфекции. Мы сочетаем профилактическую работу с

консультированием, способствующем изменению рискованного поведения с индивидуальной психологической поддержкой.

Нами проводится дотестовое консультирование заключенных, которое направлено на выявление факторов риска заражения ВИЧ. Во время дотестового консультирования мы предоставляем им информацию о ВИЧ-инфекции, о планируемом тесте, обсуждаем возможные результаты тестирования для принятия заключенным добровольного решения о прохождении обследования. Прохождение теста на наличие антител к ВИЧ является добровольным. Далее проводится послетестовое консультирование и конфиденциально сообщаются результаты тестирования. Совместно с заключенными принимается решение о дальнейшем поведении заключенного, особенно если тест оказался положительным. Следует подчеркнуть, что после тестирования и консультирования ПИН в местах лишения свободы их поведение их намного изменилось в сторону улучшения (т.е. значительно уменьшилось групповое употребление наркотиков)

6.2.Профилактика и эпидемиологический надзор среди заключенных пенитенциарных учреждений РТ

Основная цель поведенческого надзора состоит в обеспечении населения и государства информацией о характере поведения групп риска, связанных с передачей ВИЧ, его изменении во времени на определенных территориях, что позволяет предсказать распространение ВИЧ-инфекции и оценить эффективность проводимых среди групп риска профилактических и противоэпидемических мероприятий.

В связи с отсутствием средств специфической профилактики и радикальных лекарственных препаратов, способствующих ликвидации вируса у ВИЧ-инфицированных людей, ВИЧ-инфекцию относят к числу не управляемых инфекционных болезней. Поэтому, в наши дни приходится уделять особое внимание неспецифическим общим мерам профилактики заражения людей: формированию у населения безопасного для здоровья и

жизни поведения, профилактике полового и парентерального путей заражения.

Еще одним фактором, влияющим на распространение ВИЧ-инфекции является наличие венерических заболеваний и воспалительных заболеваний мочеполовой системы у значительной части населения. Вот поэтому выявление и терапия воспалительных процессов в половых органах являются крайне необходимой мерой по предупреждению ИППП и ВИЧ-инфекции.

Бесплатная медицинская помощь ВИЧ-инфицированным, особенно инфицированным беременным женщинам, психологическая поддержка, контроль за безопасностью их поведения и поведения окружающих лиц и много других профилактических мер среди групп людей риска являются важными и обоснованными в Концепции Государственной политики по борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИДа в Республике Таджикистан, в связи с чем, принят закон до 2015г (№150 от 28.12. 2005) по борьбе ВИЧ/СПИДа в Республике Таджикистан.

По выполнению Концепции в Республике принята комплексная программа по борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИДа на 2011-2015гг., утвержденная постановлением Правительства Республики № 56 от 30.10.2010 года.

Основные направления решения задач реализации программы, в том числе профилактических и противоэпидемических мероприятий, это комплекс организационных, законодательных, финансовых и специальных медицинских мер.

Программы по борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИДа принимают также и местные власти, ведомства и министерства, неправительственные организации при участии ЮНЕЙДС (программа ООН (СПИД)) и общественных организаций.

В реализации профилактических и противоэпидемических мероприятий участвуют министерства внутренних дел, юстиции, социальной защиты, образования, а также ЛПУ, средства массовой информации (Х. К.

Рафиев, Р. М. Нуров, М. М. Рузиев). В настоящее время в проведение профилактических мероприятий вовлечены и общественные организации, представители групп рискованного поведения (инъекционные потребители наркотиков, работники коммерческого секса, лица находящиеся, в местах лишения свободы, мужчины, имеющие секс с мужчинами и молодежь) (Р.М. Нуров).

Основной целью предупредительной работы является воздействие на поведение лиц, особенно людей относящиеся к группам риска.

Эпиднадзор за зараженным ВИЧ-инфекцией человеком должен быть сопряжен с надзором за группами людей относящихся к группам риска, которые и определяют уровень зараженности ВИЧ и ее распространения. В основном целью эпиднадзора является получение достоверной и полной информации, необходимой для оценки характера течения эпидемического процесса и причин эпидемического распространения инфекции, для своевременного проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий.

Эпидемиологический надзор и его задачи включают своевременную оценку эпидпроцесса среди уязвимых групп и населения, быстрое проведение мониторинга, определение тенденции роста эпидемии во времени и пространстве и даже прогноза зараженности ВИЧ-инфекцией, выделение групп населения с высоким риском заражения и оценку поведения, определяющего такой риск; получение объектов информации о населении и своевременно представленная органом власти информация об эпидситуации по ВИЧ/СПИД; целенаправленное использование имеющей информации для эффективного планирования мероприятий по профилактике и снижению эпидемии с последующим правильным использованием финансовых и материальных средств, отвечающим требованиям приоритетности принятой Концепции плана стратегии по борьбе с эпидемией ВИЧ-инфекции в Республике Таджикистан; оценку эффективности реализации программы по профилактике ВИЧ/СПИД и внесение в нее изменений с учетом

особенностей и развития эпидемического процесса на территории его проявления. Разработана и реализована система эпиднадзора в г. Душанбе, учитывающая условия в пенитенциарных учреждениях, способствующие распространению ВИЧ-инфекции (Х. К. Рафиев, Р. М. Нуров).

Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией включает: биологический и поведенческий надзор.

Биологический надзор подразумевает проведение скринингового тестирования на выявление антител к ВИЧ в ИФА.

Чувствительность тестов на антитела к ВИЧ, используемых для целей эпиднадзора, не должна быть ниже 90%, специфичность не ниже 95%. Дозорными группами населения для эпиднадзора являются лица, принимающие инъекционные наркотики (ПИН), работники коммерческого секса (РКС), мужчины, вступающие в сексуальные отношения с мужчинами (МСМ), лица, лишенные свободы, лица, страдающие инфекциями, передающимися половым путем (ИППП) и практикующие опасное сексуальное поведение, доноры крови и, наконец, женщины, обращающиеся в службу репродуктивного здоровья и планирования семьи.

Целью поведенческого надзора является обеспечение общества и государства достаточной информацией о поведении представителей целевых групп, связанных с передачей ВИЧ, его изменение во времени и на выбранных территориях, что позволяет прогнозировать динамику и сроки распространения ВИЧ-инфекции и анализировать эффективность проводимых среди групп населения рискованного поведения профилактических мероприятий.

Поведенческий надзор предусматривает сбор информации о группах населения рискованного поведения - ПИН, РКС, МСМ, больных ИППП, лицах, находящихся в пенитенциарных учреждениях, а также среди молодежи, из среды которой эти группы населения пополняются. Дозорными участниками являются учебные заведения, ЛПУ, места скопления лиц с

рискованным поведением (бары, рестораны, дискотеки, ночные увеселительные клубы, пенитенциарные учреждения республики и др.).

Поведенческим надзором, осуществляемым опросным методом (анкетирование и интервьюирование), должны быть охвачены контрастные географические, экономические регионы Республики. Частота проведения такого надзора - 2 раза в год, а также по мере необходимости. Результаты биологического и поведенческого надзора должны использоваться для взаимного подтверждения.

Образцы опросных анкет, типовой календарный план проведения эпиднадзора, включая серологический надзор, разработанные эпидемиологические таблицы, методики контроля донорской крови приведены в подготовленных нами методических рекомендациях (Х. К. Рафиев, Р. М. Нуоров, 2010 г.).

6.3. Меры по профилактике возникновения и распространения ВИЧ-инфекции среди заключенных СИУН РТ

Пенитенциарные учреждения имеют особые условия для возникновения и распространения ВИЧ-инфекции и других инфекционных болезней, в связи с этим, они чреваты осложнениями эпидситуации среди контингента, в связи с чем возникает необходимость проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий. В 90-е годы во многих странах мира, согласно рекомендациям ВОЗ, обязательно проводится дотестирование и послетестирование на ВИЧ-инфекцию. Послетестирование является актуальным как важная составляющая предупреждения распространения ВИЧ в СИУН, его целью является (вместе с проведением тестированием на ВИЧ-инфекцию) приобретение определенных навыков, предупреждающих риск заражения.

В СНГ, в течение многих лет, осужденные обследуются на ВИЧ-инфекцию и больные содержатся на общих основаниях.

Тестирование на ВИЧ-инфекцию в РТ, включая заключенных, проводится по эпидемиологическим и клиническим показаниям (Р.М. Нуров). В РТ первое соответствующее тестирование и консультирование в случаях ВИЧ-инфицированности осуществляется еще в следственном изоляторе. Кроме того, в учреждениях исполнения наказаний проводятся мероприятия по обнаружению не только маркеров ВИЧ, но и оппортунистических инфекций с последующим лечением (Х.К. Рафиев, Р.М. Нуров, -2012г.).

В Таджикистане ВИЧ-инфицированные заключенные согласно существующим нормативным документам не изолируются в специализированных лечебных учреждениях. В пенитенциарных учреждениях они остаются в общих зданиях, без лишения права на общение с другими осужденными в общей столовой и в местах проведения общих мероприятий.

Изоляции ВИЧ-инфицированных заключенных ВОЗ не признает полезной и необходимой, в связи с этим у нас ВИЧ-инфицированных не изолируют от общего спецконтингента. Эксперты считают изоляцию нарушением прав человека. Цель профилактики ВИЧ-инфекции в ИУ не изолировать ВИЧ-инфицированных, а повышать санитарную просвещенность среди персонала и заключенных. И это может играть положительную роль по повышению эффективности предупреждения ВИЧ-инфекции среди населения.

ВОЗ рекомендует изоляцию лишь по эпидемиологическим показаниям и на ограниченный период.

У нас в основе постоянно проводимой профилактики ВИЧ/СПИД заключенные информированы и просвещены, с самого начала заключения в пенитенциарные учреждения до последнего дня пребывания в них. Также, это работа проводится и после выхода осужденных на свободу. Мы концептуально принимаем предупредительные жесткие меры по вопросам

инфицирования ВИЧ-инфекции при половых контактах и при применении наркотических препаратов.

Также нами проводится в учреждениях пенитенциарной системы РТ мероприятия по снижению риска распространения ВИЧ-инфекции среди сотрудников СИУН, для чего мы создаем условия для добровольного тестирования на ВИЧ и обеспечение их до- и послетестового консультирования.

Пенитенциарные учреждения РТ активно сотрудничают в деле профилактики ВИЧ-инфекции с международными неправительственными и общественными организациями (Р. М. Нуоров).

Среди заключенных осуществляется информационно-образовательные кампании, семинары, распространение тематических буклетов, брошюр, плакатов, издание газет, предназначенных для них (Х.К. Рафиев, Р.М. Нуоров, -2012).

Спецконтингент в пенитенциарных учреждениях активно вовлекается в различные информационно-просветительские мероприятия, такие, как конкурсы по подготовке и оформлению материалов о социально значимых заболеваниях и пропагандирующих здоровый образ жизни (Х. К. Рафиев, Р. М. Нуоров, -2012).

Для создания системы профилактики в РТ, а также диспансеризации + лечения пациентов покидающих систему исполнения уголовных наказаний для изучения текущей ситуации о ВИЧ, туберкулез и планирование совместных мероприятий нами была разработана структурно-функциональная модель многокомпонентной службы профилактики и борьбы со СПИДом и его последствиями (рис 32).

В модель была интегрирована СИУН во взаимодействии с НКК, агентством по контролю за оборотом наркотиков, миграционной службой, медико-социальными учреждениями, общественными организациями.

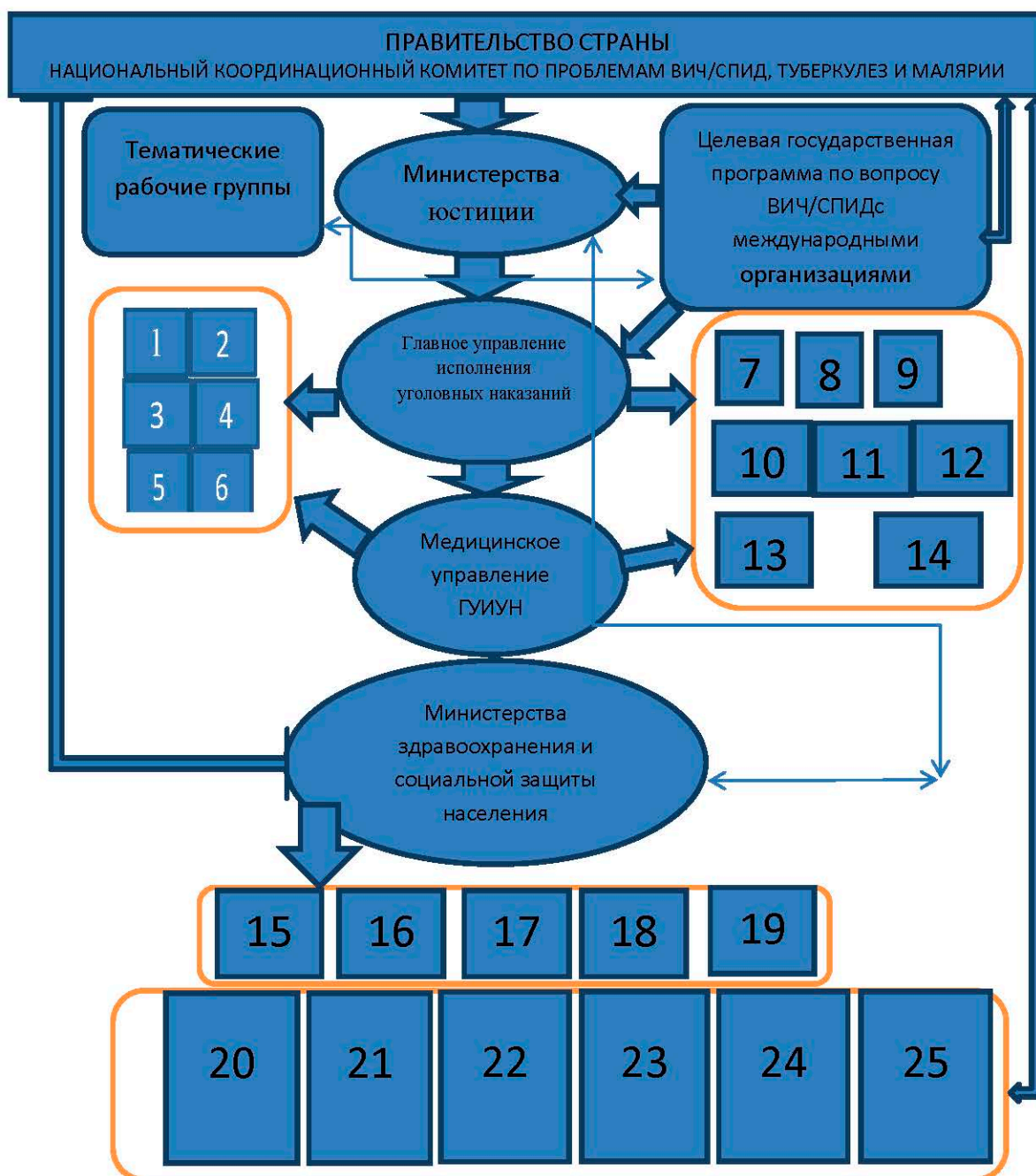


Рис. 32. Структурно-функциональная модель взаимодействия медицинских и силовых структур, ГУИУН, миграционной службы и дорожной карты сопровождения пациентов, находящихся на антиретровирусной терапии как одной из важнейших мер профилактики

1-Управление исправительных дел по Согдийской области, **2-10**- ИК (9), изоляторы для ТБ больных, **11**-Колонии поселения (3), **12**-СИЗО (6), **13**-Центральная больница (350 коек, 100 коек для ТБ больных, из них 20 коек для ВИЧ+ТБ), **14**-филиал ЦБ в Согдийской области (на 100 коек, 40 коек для ТБ больных, из них 10 коек для ВИЧ+ТБ), **15**-РЦ СПИД, **16**-РЦБТ, **17**-Республиканский наркологический диспансер, **18**-Республиканский кожно-венерологический диспансер, **19**- мониторинговый центр по профилактике наркомании, **20**-Министерство внутренних дел, **21**-Министерства финансов, Министерство образования и науки, **22** – агенство по котикотролю наркотиков, **23**- Комитет молодежи, спорта и туризма, **24**-миграционная служба при Министерства труда, Комитет радиотелевещания.

Указанная модель при правительстве РТ вместе с целевой программой страны и с международными организациями способствовала улучшению взаимодействия между ГУИУН и гражданским сектором.

Основная задача этой структурно-функциональной модели – привлечение исполнительной и законодательной властей, ведомственных служб и силовых структур для организационно – методического обеспечения в условиях существующей эпидемии и параллельно роста наркопотребителей, трудовых мигрантов и заключенных.

Основой ее является принятие законодательных актов по обеспечению обследования и лечения больных, создание ограничительных мероприятий для больных с ко-инфекцией ВИЧ и туберкулезом в больших учреждениях ГУИУН, а также проведение дополнительных исследований в момент прибытия мигрантов с целью активного выявления ВИЧ и других распространенных (в странах принимающих мигрантов) инфекционных болезней;

Для обеспечения обмена информацией с соответствующими органами о больных с ВИЧ-инфекцией, туберкулезом и другими болезнями (по прибытии в страну) создана электронная база данных и персональное сопровождение пациентов в места дальнейшего лечения и диспансеризации с созданием условий для возвращения к трудовой жизни с обучением гигиеническим навыкам.

Для своевременного проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий, а также диспансерного наблюдения за ВИЧ-инфицированными Медицинским управлением СИУН РТ внедрена система информационного обеспечения органов здравоохранения о предстоящем освобождении ВИЧ-инфицированных заключенных жителей республики с указанием их адресных данных. Для более четкого обеспечения движения больных из мест лишения свободы, нами разработана и внедрена дорожная карта движения пациента последовательно с оповещением соответствующих организаций, с

выпиской из амбулаторной карты или истории болезни. Выписка передается сопровождающим лицом в медучреждение, где в дальнейшем происходит диспансеризация и лечение больного. Первичное обследование на ВИЧ проводится в СИЗО, в дальнейшем, при обнаружении ВИЧ проводится регистрация, клинический осмотр и берутся общепринятые анализы, в том числе СД4 лимфоциты, вирусная нагрузка и флюорограмма. Затем пациент отправляется в ИК для дальнейшего отбывания наказания, а при необходимости переводится в больницу ГУИУН. На протяжении заключения под стражу больной получает всю необходимую помощь, в том числе АРВТ и противотуберкулезную терапию. По отбытии срока наказания все ВИЧ позитивные и туберкулезные больные с сопровождением доставляются в ЛУ для дальнейшей диспансеризации (рис 33).

В большинстве стран мира информационно-образовательная кампания ориентируется на вовлечение заключенных в обучение других лиц, находящихся в местах лишения свободы. Принцип обучения «Равный обучает равного» является основным компонентом профилактических программ за счет работы заранее сформированного актива заключенных (Х. К. Рафиев, Р. М. Нунов, 2012).

Помимо этого, из-за наличия гомосексуализма (учитывая реалии жизни), а также предоставления осужденным длительных свиданий с семьями мужчины в местах лишения свободы с целью профилактики ИППП, ВИЧ-инфекции обеспечиваются презервативами на весь срок пребывания в заключении.

Мы ужесточили режим противодействия распространению наркотиков, среди заключенных в пенитенциарных учреждениях, повсеместно для препятствия передачи ВИЧ ПИН принимаем меры по «снижению вреда». Нужно отметить, что их реализация бывает практически всегда затруднительна, тем более, если она связана с распределением

дезинфицирующих растворов и выдачей заключенным стерильных игл или шприцов (Х.К. Рафиев, Р.М. Нурув, -2012).

Ряд стран мира предусматривает в своих программах обеспечение заключенных иглами и шприцами, но в Германии, это не получило поддержки. По рекомендации ВОЗ, в большинстве стран проводятся информационно-образовательные кампании.

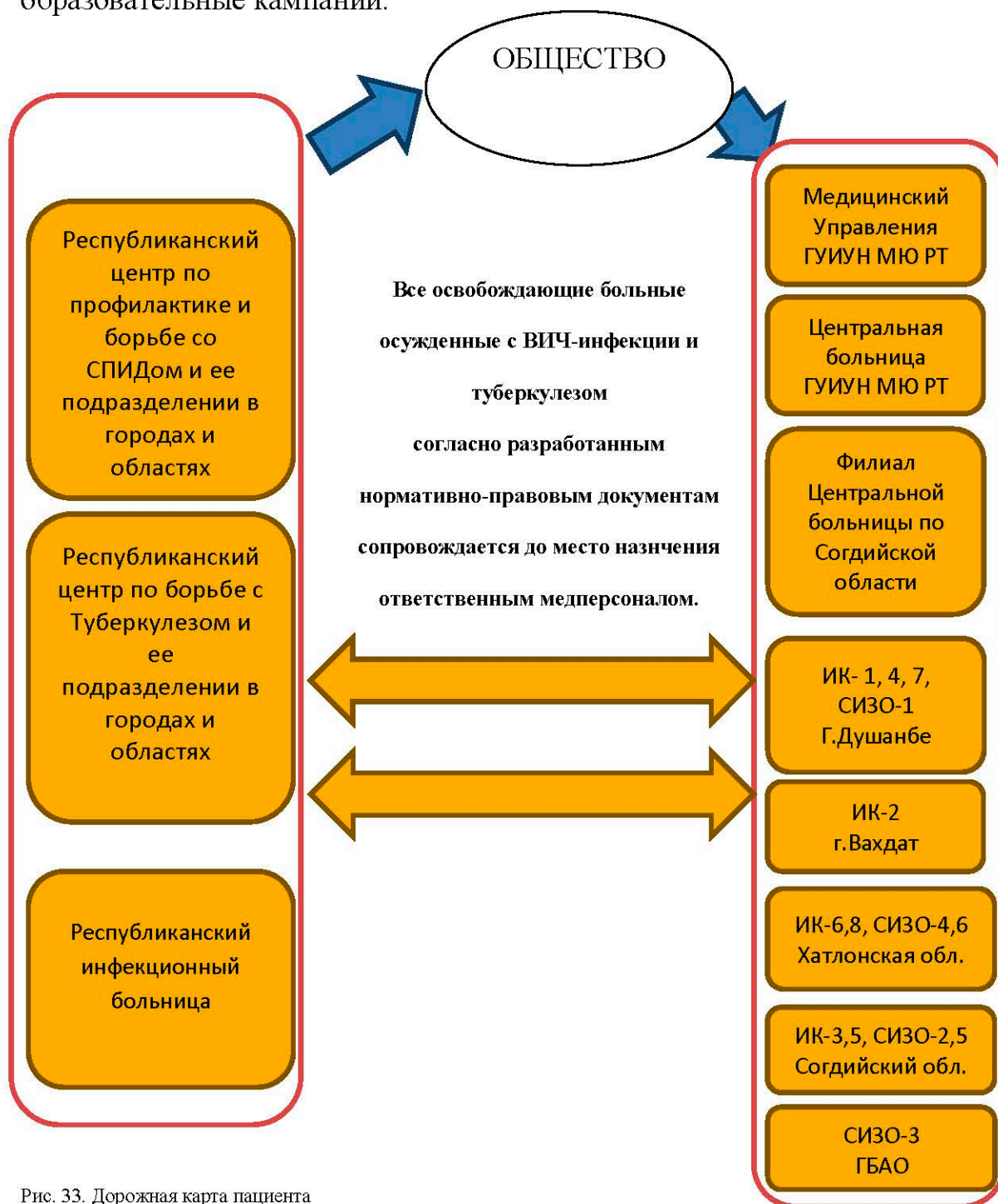


Рис. 33. Дорожная карта пациента

При реализации программ «Снижение вреда», по опыту Молдавии, Эстонии и России, осужденные силами добровольцев из числа заключенных, при поддержке международных организаций, в ряде случаев, обеспечиваются одноразовыми шприцами, стерильными салфетками, презервативами (Х.К. Рафиев, Р.М. Нуров, -2010) (только пилотное учреждение).

В большинстве мест лишения свободы России и Таджикистана заключенным проводят принудительное лечение от наркотической зависимости (согласно определению судов ст. 101 УК РТ) (Р.М. Нуров). В Эстонии, России и Таджикистане положительно зарекомендовала себя работа по реабилитации наркозависимых заключенных, привлечению психологов и наркологов, - проект «С правом на реабилитацию».

По рекомендациям ВОЗ, ВИЧ-инфицированным в любой ситуации надлежит оказывать медицинскую и психологическую помощь.

Значительно эффективнее обеспечить ликвидацию всех форм насилия за счет комплектации спецконтингента, эффективных мер надзора, совершенствования клиничко-лечебных, профилактических, противоэпидемических мероприятий, просветительской работы, полезного труда и отдыха заключенных.

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Единичные случаи ВИЧ-инфекции начали регистрироваться в Республике Таджикистан с 1991 года. До 2000 года случаи заболевания ВИЧ были преимущественно завозными, в основном, главенствовал половой путь передачи среди мужчин.

Резкая активизация эпидемического процесса ВИЧ-инфекции началась с 2001 года, когда были зарегистрированы 34 новых случая ВИЧ-инфекции, то есть больше, чем за все предыдущие годы; (2002 - 32, в 2007 – 339, в 2008 - 373, в 2009 - 431, в 2010 - 1004, в 2011 - 989 и в 2012 - 828 случаев, а в местах лишения свободы зарегистрировано 7, 11, 19, 19, 42, 255 и 40 соответственно).

Таким образом, всего за период с 01.01.1991 по 31.12.2012 года выявлено 4674 случая ВИЧ-инфекции, из которых 514 выявлено в местах лишения свободы, среды осужденных. В Таджикистане эпидемический процесс развивался аналогично развитию эпидемического процесса, в странах постсоветского пространства. До 2000 года ведущим путем распространения ВИЧ был половой, преимущественно гетеросексуальный. С 2000 г. начали регистрироваться единичные случаи ВИЧ-инфекции среди инъекционных потребителей наркотиков. По РТ выделено два периода эпидемического процесса ВИЧ-инфекции. Первый период (1991-2000 гг.) характеризовался в основном половой путь передачи, медленным ее распространением в связи с удаленностью от центров трудовых мигрантов в России.

Изначально ВИЧ-инфекция распространялась в основном среди мужчин, в Таджикистане преимущественно в возрасте 20-39 лет. Кумулятивное число ВИЧ-инфицированных в стране к концу первого периода составляло 11 человек, из них 3 среди заключенных, которые были ранее трудовыми мигрантами в РФ.

ВИЧ-инфекции во второй период эпидемии (2001-2012 гг.) стали регистрироваться у большего числа пациентов, суммарное годовое число которых достигло от 34 в 2001 году до 198 в 2006 году, до 339 в 2007 году, в 2008г. - 373, в 2009 - 431, в 2010 - 1004, в 2011 - 989 и в 2012 - 828 случаев, соответственно среди заключенных в местах лишения свободы 1 в 2001, 128 в 2006, 139 в 2007 года, 158 в 2008, 177 в 2009, 219 в 2010, 474 в 2011 и 514 в 2012 году. Нужно заметить, что интенсивность их распространения на разных административных территориях резко варьировала. Высоким темпом роста заболеваемости ВИЧ-инфекции отличался г. Душанбе - 62,5 на 100 тысяч населения, ГБАО - 34,8 на 100 тысяч населения и Согдийская область - 14,5 на 100 тысяч населения.

Таким образом, пораженность населения в Республике ВИЧ-инфекцией к концу 2008 года уже составляла 5,2 случаев на 100 тысяч населения, при кумулятивном числе, достигшем уровня 4674 человек в 2012 г. и составившем на 58,4 на 100 тыс. населения, а в местах лишения свободы - 5140 на 100 тысяч заключенных.

В основном, причиной этого явления, стало резко возрастающее число лиц, употребляющих наркотики инъекционными путем, и практика пользования и многократного употребления общих шприцов и емкостей для их замачивания и промывания; продажа расфасованных наркотиков в шприцах, а также способ приготовления наркотиков, с добавлением в готовый раствор свежей крови. Эти условия, способствовали распространению ВИЧ-инфекции.

Второй этап эпидемического процесса в Таджикистане характеризовался тем, что наиболее возрастными уязвимыми группами по ВИЧ остаются 20-39 - летние (как среди общего населения, так и среди лиц, находящихся в местах лишения свободы). Нужно заметить, что удельный вес ВИЧ-инфекции увеличился до 82,8% и 80,1% при кумулятивном числе 4674 и 514 случаев соответственно.

В отличие от первого этапа эпидемии, в Республике во второй этап, число ВИЧ-инфицированных пополнили подростки до 20 лет и лица старше 40 лет, (как среди общего населения, так и среди осужденных). В этот период роста заболеваемости ВИЧ-инфекцией, соотношение между мужчинами и женщинами изменялось. Удельный вес ВИЧ-инфицированных женщин менялся в сторону увеличения и с 11% в 2001 году, до 19,6% в 2008 году и в 2012 она достигло 32%. Этот факт отмечен во многих странах, в т.ч. России (Бобрик А.В. и др., 2010). В тоже время, в исправительных учреждениях были преимущественно мужчины с ВИЧ-инфекцией.

Развития эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в основном было связано с ПИН (55,3% общего население и 92,2% заключенные).

Значимость гетеросексуального пути заражения ВИЧ-инфекций в последние годы стала возрастать с 9,2% в 2003 году до 25,5% в 2008 году, 30,5 в 2012 году среди гражданского населения (по данным Республиканского центра по профилактики и борьбе со СПИДом).

Между удельным весом и темпом роста случаев ВИЧ-инфекционирования путем внутривенных заражений выявлена тесная и прямая связь. Между тем, отмечается высокое распространение ВИЧ-инфекции этим путем в обществе в целом и ПИН по сравнению с гетеросексуальными половыми путями распространения.

Кумулятивное число случаев ВИЧ-инфекции к концу 2012 года среди населения составило 4674, с повышением уровня заболеваемости СПИДом и увеличением смертности. В настоящее время (2013г.) число умерших ВИЧ-инфицированных лиц в республике составило 764 человек (16,3%), а число умерших среди заключенных достоверно выше и составило 121(23,5%) .

Несовершенством системы обязательного и добровольного тестирования на ВИЧ-инфекции в РТ могут приводить к неполному числу выявляемых случаев ВИЧ-инфекции среди гражданского населения. Обзорное обследование в ИУ на ВИЧ-инфекцию позволяет представить более уточненные результаты. Возможно, именно с этим связаны более

высокие показатели ВИЧ-инфекции в ИУ, что отражает реальную ситуацию по ВИЧ-инфекции в гражданском секторе при выборочном анализе в отдельных группах населения, т.е. при дозорном эпидемиологическом надзоре (ДЭН).

В 2012 году проведен ДЭН в 6 городах – Душанбе и Худжанде, Курган-Тюбе, Вахдате, Хороге, Исфаре и получены результаты. В вышеуказанных дозорных территориях в среднем выявлены антитела к ВИЧ у 19,4% потребителей инъекционных наркотиков. Наблюдается наибольшая распространенность ВИЧ-инфекции в гг. Хорог и Исфара, 30%, 25% соответственно, а наименьшая в г. Вахдат – 8% случаев, что указывает на неравномерность социально-экономических, демографических и культурных характеристик. Распространенность ВИЧ среди ПИН в гг. Душанбе и Худжанде ощутимо отличалась (18,9% и 16,2% соответственно). Также данные, полученные при обследовании лиц, отбывающих наказания в уголовно-исправительных учреждениях по данным ДЭН сопоставимы с высокой распространенностью ВИЧ среди ПИН. В 2011 году нами обнаружены у 6,8% осужденных антитела к ВИЧ. Также обнаружено увеличение частоты выявления антител к вирусу гепатита С, маркеру опасного инъекционного поведения, и антител к ВИЧ в обследованных группах ПИН и осужденных. У ПИН, находящихся на свободе и обитающих в пенитенциарных учреждениях, отношения частоты выявленных ВИЧ-инфицированных, оказались довольно близкими (3:1 и 4:1 соответственно).

Результат более детального анализа распространенности ВИЧ-инфекции среди отдельных групп населения Таджикистана, полученный на основе дозорного эпидемиологического надзора, позволил выявить некоторые дополнительные особенности в развитии эпидемического процесса: ПИН является наиболее уязвимой группой риска заражения ВИЧ-инфекцией; ВИЧ среди ПИН в Таджикистане распространен неравномерно; ВИЧ-инфекция находится в стадии концентрированной эпидемии с риском перехода в генерализованную стадию, в стране есть территории, где

распространенность ВИЧ в группах риска превышает 5% и 6,8% среди ПИН и в пенитенциарных учреждениях республики.

В Таджикистане Центры по профилактике и борьбе со СПИД координируют свои действия с учебными заведениями, органами правопорядка, учреждениями исполнения наказаний, средствами массовой информации, общественными организациями, включая международные.

В Таджикистане активно вовлечены в эпидемический процесс заключенные учреждений пенитенциарной системы, что является особенностью эпидемии ВИЧ-инфекции. По данным УИД МЮ РТ на конец 2001 года среди заключенных выявлено 1 случай ВИЧ-инфицирования, а в 2012 году эта цифра достигла 514 случаев.

За 1991-2012 годы уровень кумулятивной заболеваемости на территории республики составил 58,4 на 100 тысяч населения, что ниже аналогичных показателей других республик СНГ, за исключением Туркмении (Рафиев Х.К. и др.).

С 1991 по 2012 гг. в РТ зарегистрировано 4674 случаев ВИЧ-инфекции. Отмечены клинические признаки ВИЧ-инфекции у ВИЧ-инфицированных в 50-95%. Вместе с тем, вторичные заболевания не всегда можно обнаружить своевременно.

Зависимость вирусологических, иммунологических и других лабораторных параметров с клинической картиной ВИЧ-инфекции также изучена недостаточно.

До настоящего времени не накоплено достаточного опыта в отношении эпидемиологии прогноза и течения ВИЧ-инфекции среди осужденных и ее зависимости от клинической картины и лабораторных параметров у пациентов с ВИЧ-инфекцией в условиях широкого доступа антиретровирусной терапии с 2007 года.

Все это потребовало изучения особенностей эпидемиологии, лабораторных параметров, течения, прогноза и эффективности терапии

больных на разных стадиях ВИЧ-инфекции среди осужденных. Отдельные исследователи считают, что определение пути передачи и факторов, способствующих распространению ВИЧ-инфекции среди осужденных, а также применение различных комбинаций антиретровирусных препаратов и режимов могут эффективно снизить ВИЧ-инфекцию среди осужденных. Вместе с тем, противоэпидемические и профилактические мероприятия и терапия, которые проводятся среди осужденных, не дают должной эффективности по снижению ВИЧ-инфекции в пенитенциарных учреждениях.

Анализ распространенности ВИЧ-инфекции за 1991-2012 годы позволил заключить, что на протяжении рассматриваемого периода отмечена динамика постоянного повышения роли в эпидемическом процессе парентерального наркотического пути передачи возбудителя. За указанный период, интенсивность реализации парентерального пути передачи возбудителя возросла в 95 раз (показатели соответственно: 0,04 и 3,8 на 100 тысяч населения).

Вместе с тем интенсивность реализации полового пути передачи возбудителя возросла в 17,5 раза (показатели соответственно 0,04 и 0,7 на 100 тысяч населения).

В конце 2012 г. в республике основной путь передачи ВИЧ-инфекции установлен нами ПИН, и имеет распространение среди осужденных (87,5%), а среди населения- (53%) инфицировались ПИН, у 27% причиной заражения явился половой путь передачи. У остальных причина заражения не установлена.

Таким образом, инъекционный путь передачи вируса доминирует среди причин заражения ВИЧ-инфекцией, меньший процент падает на инфицирование половым путем, что совпадает с общей тенденцией распространения ВИЧ-инфекции в Таджикистане.

С 1991 по 2012 год заражение ВИЧ-инфекцией также происходило за пределами РТ. На различных территориях Российской Федерации,

Украине, Казахстане произошло заражение у 356 мигрантов, что составило 7,8% от всех случаев с установленной причиной заражения.

Увеличение доли населения в структуре ВИЧ-инфицированных заключенных трудовых мигрантов свидетельствует об активизации эпидемического процесса на территории РТ и формировании внутреннего резервуара инфекции.

За 1991-2012 годы среднегодовые интенсивные показатели заболеваемости ВИЧ-инфекцией имели значительную разницу в различных возрастных группах населения РТ. Интенсивно вовлекалась в эпидемический процесс возрастная группа 20-39 лет.

Среднегодовой показатель заболеваемости в возрастной группе 20-39 лет намного был выше, по сравнению в возрастных группах 15-19 лет и 40-49 лет соответственно в 7 и 8 раз.

В 1991-2012 годах активизация эпидемического процесса ВИЧ-инфекции происходила в основном за счет мужского населения. Показатель заболеваемости среди мужчин увеличился от 0,01 на 100 тысяч соответствующего населения в 1991 году до 66,6 в 2012 году.

Среди заключенных из 4674 ВИЧ-инфицированных случаев из числа общего населения были выявлены 514 человек (11%).

Таким образом, по нашему заключению основными проявлениями эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в РТ являются:

- увеличение показателей интенсивности роста эпидемического процесса;
- заражение ВИЧ-инфекцией мигрантов за пределами республики, что способствует росту заболеваемости на территории республики;
- вовлечение в эпидемический процесс населения в возрасте от 20 до 39 лет (в большей степени мужского пола);
- в основном группой риска являются ПИН, мигранты, РКС и заключенные;

- первым по значимости путем передачи ВИЧ-инфекции являлся ПИН.

Показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди заключенных увеличился с 1,0 в 2001 году до 514 в 2012 году (в 514 раза).

На 2012 год наибольшее количество случаев ВИЧ-инфекции выявлено в ИУ № 1 г. Душанбе – 6 случаев, что составило 15% от всех случаев, выявленных в местах лишения свободы. На втором месте ИУ № 3 г. Худжанда – 5 случаев (12,5%).

Показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией осужденных ИУ № 1 увеличился с 0 в 2001 году до 400 на 100 тысяч осужденных в 2012 году (в 400 раз; $P > 0,99$). Показатель заболеваемости контингента ИУ № 3 увеличился с 142,0 в 2002 году до 714,0 на 100 тысяч контингента в 2012 году (в 5 раз).

Уровень кумулятивной заболеваемости ВИЧ-инфекции за 2001-2012 годы осужденных ИУ № 1 составил 10533 на 100 тысяч человек. Он был выше аналогичных показателей других учреждений СИУН Минюста РТ. Разница показателей достоверно выше по отношению к уровням кумулятивной заболеваемости осужденных г. Душанбе. Это объясняется большим числом ПИН в отдельных ИУ среди осужденных, в том числе мигрантов.

Таким образом, учреждениями наибольшего риска распространения ВИЧ-инфекции в республике являются ИУ № 1 г. Душанбе и ИУ № 3 г. Худжанда.

В 2012 году в пенитенциарных учреждениях РТ выявлено 40 новых случаев ВИЧ-инфекции среди осужденных, что составляет 0,4% на количество заключенных отбывающих наказание в исправительных учреждениях РТ.

Увеличение завозных случаев ВИЧ-инфекции среди заключенных объясняется тем, что в ИУ № 1 г. Душанбе поступают осужденные из всех следственных изоляторов других регионов республики, (в том числе

неблагополучных по ВИЧ-инфекции), а также бывшие трудовые мигранты и осужденные граждане РТ, переводимые из других стран СНГ.

Наиболее интенсивный завоз инфекции происходил с территории Российской Федерации (через трудовых мигрантов).

По результатам эпидемиологических исследований случаев ВИЧ-инфекции в местах лишения свободы за 2001-2012 годы только в 7% случаев установлен половой путь передачи возбудителя, а в 92,5% случаев установлен парентеральный путь передачи при внутривенном приеме наркотиков.

Анализ заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди осужденных по отдельным путям передачи за 2001-2012 годы позволил заключить, что на протяжении анализируемого периода наблюдалась динамика постоянного повышения роли в эпидемическом процессе парентерального наркотического пути передачи возбудителя. Интенсивность реализации парентерального пути передачи возбудителя среди заключенных возросла с 2001 по 2012 годы в 42 раза (показатели соответственно от 10 до 421 на 100 тысяч осужденных).

За 2001-2012 годы динамика заболеваемости ВИЧ-инфекцией за счет парентерального пути передачи возбудителя в РТ в учреждениях СИУН имела постоянную тенденцию к росту. А интенсивность эпидемического процесса среди ПИН, ставших на путь преступления, была значительно выше, чем среди остального населения республики.

Уровень заболеваемости на протяжении анализируемого периода среди осужденных был выше аналогичных показателей населения республики в 90 раз.

За 2001-2012 годы кумулятивный интенсивный показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией с парентеральным путем передачи возбудителя при инъекционном введении наркотиков среди осужденных был выше аналогичного показателя на территории республики в 17 раз (показатели 32 и 4541 на 100 тысяч соответствующего населения).

Таким образом, рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди осужденных обусловлен резкой активизацией парентерального пути передачи возбудителя при инъекционном введении наркотиков.

За 2001-2012 годы кумулятивные показатели заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди заключенных имели значительные различия в различных возрастных группах. В эпидемический процесс наиболее интенсивно вовлекалась возрастная группа 20-39 лет (показатель 1524 на 100 тысяч заключенных данной возрастной группы).

При сравнении уровней заболеваемости заключенных ВИЧ-инфекцией в динамике отмечался достоверный рост этого показателя в 2012 году по сравнению с 2001 годом в возрастной группе 20-29 лет в 48 раз (показатель соответственно: 1 и 9338 на 100 тысяч заключенных данной возрастной группы).

Показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией заключенных возрастной группы 30-39 лет увеличился в 2012 году по сравнению с 2001 годом в 25 раза (показатель соответственно 1 и 4914 на 100 тысяч заключенных данной возрастной группы).

Проведенные исследования, позволяют сделать вывод, что наиболее активно вовлекались в эпидемический процесс ВИЧ-инфекции в местах лишения свободы возрастные группы 20-29 лет.

Нами в ходе эпидемиологических расследований были выявлены факторы, способствующие парентеральной передаче инфекции среди лиц, употребляющих инъекционной наркотики.

Больные с ВИЧ-инфекцией в большинстве случаев употребляли инъекционные наркотики более 1 года. Стаж инъекционного приема наркотиков более 1 года установлен у 478 человек (100%).

Основным из факторов, определяющих риск парентерального инфицирования наркоманов, является групповой прием наркотика одним шприцем.

90% заключенных из числа ВИЧ-инфицированных указали на применение общего шприца для наркотика, 65% набирали наркотик из общей емкости, а приобретали готовый раствор наркотиков в «заряженных шприцах» 15%.

Наиболее опасным в плане передачи инфекции является последний способ. В таком случае пустой шприц, который приносит покупатель продавец может поменять на шприц предыдущего наркомана, заранее заполненный наркотиком.

Таким образом, основным фактором риска инфицирования ВИЧ для наркоманов: является коллективный прием наркотика общим шприцем.

Нами, при проведении анализа среди заключенных, ВИЧ-инфицированных до заключения, было установлено, что в структуре заболевших преобладали безработные (90%). Малое количество (5%) были трудоустроены на момент совершения преступления и заключения под стражу.

В учреждениях СИУН на добровольной основе проводится обследование заключенных на ВИЧ-инфекцию.

В 2012 году было обследовано на ВИЧ-инфекцию 5080 осужденные, находящиеся в пенитенциарных учреждениях. Показатель выявляемой ВИЧ-инфекции среди заключенных был самый высокий в 2011 г. (255 случаев) и составил 2833 на 100 тыс. осужденных (1,5%. от общего числа обследованных).

Среди заключенных лечебно-исправительного учреждения № 1, употребляющих внутривенно наркотики, проведено многоцелевое серологическое тестирование, с целью изучения распространения ВИЧ-инфекции, сифилиса и вирусного гепатита С..

Нами изучена частота серопозитивности к указанным возбудителям в контрольной группе безвозмездных доноров станции переливания крови г. Душанбе для сравнительной оценки полученных результатов.

В 2011 по данным ДЭН в РТ среди 800 заключенных выявлены ВИЧ-инфекции – 32%, гепатит С – 3,9% и сифилис – 18,1%.

Выявленные случаи по результатам ДЭН ВИЧ-инфекции среди заключенных являлись завозными из неблагополучных по ВИЧ-инфекции территорий г. Душанбе и г. Худжанда, а так же привезенными трудовыми мигрантами, временно проживающими на территориях РФ.

Представленные данные ДЭН позволяют отнести осужденных к группам высокого риска инфицирования вирусами иммунодефицита человека, гепатита С и возбудителем сифилиса.

Несущественными оказались различия частоты выявления маркеров изучаемых инфекций в различных возрастных группах, у осужденных с различным стажем приема наркотиков и с различным количеством половых партнеров до заключения, что обусловлено быстрым распространением этих инфекций в популяции среди наркоманов независимо от перечисленных факторов.

С 2006 по 2012 годы показатель заболеваемости туберкулезом среди заключенных превышал аналогичный показатель среди населения республики от 19 до 51 раза.

В 2007-2012 годах среднегодовой уровень заболеваемости туберкулезом среди заключенных превышал аналогичный показатель среди населения республики в 29,7 раза (показатели соответственно 70 и 2080 на 100 тысяч соответствующего населения и заключенных). Высокая летальность от туберкулеза среди осужденных была в основном от сочетанной инфекции (ВИЧ-инфекция в сочетании с туберкулезом).

Показатель заболеваемости вирусным гепатитом С среди ПИН 2007-2012 годы по данным ДЭН 32% заключенных N800, среди населения 33% N2015 среди заключенных превышал аналогичный показатель среди населения в 2,5 раза ($P>0,95$).

Среднегодовой уровень заболеваемости сифилисом среди заключенных за 2007-2012 годы превышал аналогичный показатель среди

населения в республики с 89 до 221 раза ($P > 0,95$). При обследовании ДЭН сифилис среди осужденных 8,9% N 800 и ПИН 10,6% N 2015. Высокий уровень заболеваемости ВГВ и сифилисом среди заключенных указывает на наличие предпосылок для распространения ВИЧ-инфекции в этой среде половым и парентеральным путем.

В 2012 г. в республике действует 48 пунктов доверия для ПИН, которые обеспечивают этот контингент информационно-образовательными программами, коммуникациями, консультированием, обменом шприцев и игл, презервативами и дезинфицирующими средствами. 48 дружественных клиник открыты для больных ИППП, где их соответствующим образом информируют, консультируют и обеспечивают презервативами.

Стало внедряться обучение методам профилактики ВИЧ-инфекции в школах и местах заключения республики. Масштабы дозорного серологического и поведенческого надзора увеличиваются как среди уязвимых групп населения, так и среди осужденных. Кадровый потенциал служб профилактики повышался, в том числе, за счет общественных организаций, было изменено законодательство республики. В 2005 году принят Закон, гарантирующий гражданские права ЛЖВ, обеспечение их бесплатной медицинской помощью и социальной поддержкой. Принимаются меры по недопущению внутрибольничного заражения ВИЧ. В службе переливания крови вся донорская кровь обследуется на наличие маркеров к ВИЧ с помощью ИФА Т-систем. В регионах Республики Таджикистан созданы базы данных на лиц, отстраненных от донорства.

Только 44% среди ПИН и 25% среди секс-работниц дали правильные ответы на вопросы о путях передачи ВИЧ и мерах по снижению риска заражения, что является низким уровнем знания о путях передачи ВИЧ. Намного лучше (63%) оценивались соответствующие знания лиц, содержащихся в местах лишения свободы, но они также являются недостаточными. Значит, группы населения с наиболее высоким риском

передачи ВИЧ продолжали вести опасный в аспекте инфицирования ВИЧ образ жизни.

Остается опасным половое поведение молодежи и респондентов в ИУ. Пользовались презервативом при последнем половом акте с непостоянным половым партнером 27% и 25% (соответственно молодежь и респонденты), 85% и 80% из них имели доступ к презервативам. Является важной борьба с эпидемией в вооруженных силах, где много молодых людей, 40% из которых не осведомлены о защитных мерах в отношении ВИЧ-инфекции - презервативах.

Оказался эффективным серологический скрининг в РТ в группах, имеющих наименьший удельный вес в структуре обследованного населения, включающих лиц, имевших контактные отношения с ВИЧ-инфицированными потребителями инъекционных наркотиков и заключенными.

В структуре выявленных случаев ВИЧ-инфекции лица из мест лишения свободы составляют 11%, т.е. распространенность ВИЧ среди них значительно больше, чем среди свободного населения, 4674 соответственно, 5140 случаев на 100 тысяч тюремного населения и 58,4 случаев на 100 тысяч населения РТ.

Таким образом, источником инфекции среди осужденных и на воле являются потребители инъекционных наркотиков, относящихся к маргинальным социальным группам – 51,2% и 55,3% соответственно.

В пенитенциарных учреждениях ВИЧ-инфицированные заключенные были, в основном, безработными. Они имеют также более низкий уровень образования. Из заключенных с ВИЧ-инфекцией 73,1% со средним образованием и 12,5% - с начальным. 76,2% осужденных до заключения под стражу получали наркотик с помощью инструментария общего пользования (в среднем по 5-8 человек), дезинфекцию проводили с помощью подручных средств в 8,3% случаях.

Высокий уровень повторной преступности среди ВИЧ-инфицированных заключенных связан в основном с добыванием и распространением наркотических препаратов. При опросе установлено, что 95,2% ВИЧ-инфицированных до заключения под стражу употребляли наркотические препараты от 6 месяцев до 20 лет (в среднем 6-7 лет). Это свидетельствует о наличии высокой реализации у них гемоконтактного механизма передачи ВИЧ. Наиболее часто употребляемым ими до заключения под стражу наркотиком являлся героин (97%).

10% ВИЧ-инфицированных лиц после употребления наркотиков (до заключения под стражу) вступали в незащищенные половые контакты, 21 человек (7%) среди осужденных в СИУН.

В обеих сравниваемых группах гомосексуальный путь оказался несколько ниже среди заключенных, чем на воле, а гетеросексуальный чаще устанавливался среди свободного населения, чем среди заключенных – в 15,0 и 7,0% случаев соответственно.

Такие факторы, как скученность, постоянная смена контингента, продолжающееся потребление наркотиков, гомосексуальные контакты, нанесение татуировок внутри учреждений пенитенциарной системы способствуют заражению. 52% ВИЧ-инфицированных заключенных указали, что в период до выявления у них антител к ВИЧ они находились в камерах с численностью до 32 человек. 6% осужденных наносили себе татуировки, 8,5% указывали на гомосексуальные контакты, 95% - на употребление наркотиков. Также уязвимым в эпидемическом процессе ВИЧ-инфекции в пенитенциарных учреждениях является ВИЧ-инфицированные заключенные со множеством сопутствующих инфекций, обусловленных образом их жизни и поведением.

ВИЧ-инфекция в местах лишения свободы протекает гораздо активнее, чем на свободе. Этому способствует специфические условия содержания подследственных. Социальный статус и поведение осужденных определялись также анкетированием и оценкой их знаний.

36% опрошенных осужденных не знали о возможности заражения ВИЧ-инфекцией через нестерильный инструментарий, загрязненный кровью, а 48% считали, что передача ВИЧ от инфицированного человека здоровому может произойти через воздух, при чихании или кашле. Информированность сотрудников СИУН об эпидемиологии ВИЧ-инфекции значительно выше, чем заключенных. Так, на вопрос о возможности передачи ВИЧ через нестерильный инъекционный инструментарий правильно ответили 90% опрошенных работников СИУН и 64% заключенных.

Это свидетельствует о необходимости активизации работы по медицинскому просвещению по проблеме ВИЧ-инфекции среди лиц, находящихся в заключении.

Наименее информированной является группа 20-39 лет. Здесь наблюдается наиболее высокий процент неверных ответов. В силу различных обстоятельств (менталитет, внутритюремные барьеры) почти половина опрошенных из наиболее многочисленной и сексуально активной группы (20 - 29 лет) не считают для себя необходимым профилактику полового пути передачи. Таким образом, спецконтингент в возрасте 20-39 лет относится к наиболее уязвимым группам в плане профилактики распространения ВИЧ-инфекции. Необходимо, прежде всего, повысить уровень знаний у этого контингента.

Распространенность «рискованных» стереотипов поведения в среде заключенных показала, что основной процент опрошенных к наиболее вероятному способу передачи ВИЧ в среде заключенных относит инъекционное употребление наркотиков (92,2%). Гомосексуальные контакты как вероятный способ передачи инфекции отмечают 6% респондентов, а нанесение татуировок - 2%.

Распространение гомосексуальных контактов среди заключенных делает актуальным вопрос о средствах индивидуальной защиты при половых контактах.

Опрошенные (осужденные и сотрудники) указали на факт употребления наркотиков заключенными в 90%. 60% сотрудников известны ПИН заключенные, в то время опрошенных осужденных подтверждают только 75%.

Случаи употребления наркотических веществ в стенах исправительных учреждений особенно распространены в колониях № 1 и № 3, (их отмечают, соответственно, 80%-90% опрошенных).

К наркотическим препаратам заключенные, в основном относят вещества для внутривенного введения (75%). Общие шприцы используют 75% респондентов. Распространение ВИЧ в среде наркоманов усугубляется сравнительно частой сменой состава осужденных, совместно употребляющих наркотик, что отмечали 80% респондентов.

85% опрошенных указали на коллективный прием наркотиков посредством одного шприца, который не подвергают дезинфекции и стерилизации. Используются низкоэффективные методы дезинфекции (промывание водой - 95%, промывание мылом - 98%, смена иглы - 55%). В 3-5% случаев использовался эффективный метод обработки шприцев - кипячение.

Большинство сотрудников не отрицают факты употребления заключенными наркотических веществ. Чаще всего эти случаи встречаются в колонии № 1 и № 3, где сконцентрированы лица совершившие правонарушения, связанные с наркотиками и большое количество наркозависимых. Как правило, только каждый десятый из них обрабатывает общий шприц эффективным способом. Все это в комплексе создает условия для массового заражения заключенных ВИЧ, при попадании в их среду не выявленного и своевременно не изолированного носителя инфекции. Наиболее уязвимым учреждением по передаче ВИЧ парентеральным путем является ИУ-1.

Клиническая характеристика ВИЧ-инфекции в местах лишения свободы.

Нами установлено тяжелое клиническое течение ВИЧ-инфекции в сочетании с генерализованным туберкулезом у обследованной группы больных заключенных. У 16-ти (61,5%) больных выявлен кандидозный эзофагит, у 2-х (7,7%) больных отмечалась цитомегаловирусная инфекция (ЦМВ) с нарушением зрения. У 2-х (7,7%) больных была генерализованная саркома Капоши, у 1-го (3,85%) больного токсоплазмоз с поражением легких, печени и селезенки. У 21-го больного выявлена умеренная гепатоспленомегалия, независимо от наличия маркеров гепатита В и С, у 5-ти больных выявлялись очаговые деструктивные изменения, что можно было трактовать как генерализацию туберкулезной инфекции.

На рентгенограмме грудной клетки у всех больных был выявлен диссеминированный туберкулез легких с участками деструкции во всех отделах обоих легких. Из 26 больных, у 16-ти (73,08%) были резко расширены корни легких, что дает основание определить наличие у них туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов. У 4-х (15,4%) больных диссеминированный туберкулез осложнился туберкулезным менингоэнцефалитом. У 6-ти (23,08%) больных в легких определялись полиморфные очаги разного размера и формы, которые местами носили сливной характер и были сконцентрированы в верхних и нижних долях. У 2-х (7,7%) больных отмечалось наличие туберкулезного плеврита.

Из 26-ти пациентов, 19 умерли, 7 пациентов получили АРВТ, которая позволила предупредить смертельный исход заболевания. Эти больные имели сравнительно высокий уровень СД4-лимфоцитов по среднестатистическим данным этой группы ($64,15 \pm 7,99$ клеток/мкл). Пределы колебания СД4 клеток были от 13 до 160 клеток/мкл. Все эти больные получили противотуберкулезную терапию по стандартной схеме. Ни в одном случае у больных, которые получили АРВТ, не было выявлено множественной лекарственно-устойчивой формы (МЛУ) туберкулеза, в то

время как у всех умерших была выявлена МЛУ форма туберкулеза. Все эти больные получили АРВТ по I-группе и спустя 9 месяцев от начала лечения уровень СД4-лимфоцитов у них повысился в среднем до $245,33 \pm 21,91$ ($p > 0,01$). Изменения в легких также имели положительную динамику в большинстве случаев (в 6-и из 7 случаев). У 6-ти больных лечение привело к выздоровлению от туберкулеза.

У больных с ВИЧ-инфекцией в сочетании с туберкулезом легких (34) имелись различные клинические проявления ВИЧ-инфекции. Часто встречались повышенная утомляемость (85,3%), диарея (82,4%), симптомы лихорадки (73,5%), ночная потливость (55,9%), орофаренгиальный кандидоз (58,8%) и лимфоаденопатия (38,2%). Потеря массы тела наблюдалась у 64,7% пациентов, в тоже время у 47,1% больных она была больше 10%. У большинства (52,9%) пациентов вирусная нагрузка составила более 100 тыс. копий РНК ВИЧ/мл. В тоже время у 47,1% больных отмечали вирусную нагрузку от 10 до 100 тыс. РНК ВИЧ/мл. В этой группе больных вирусная нагрузка менее 10 тыс. копий РНК ВИЧ/мл не наблюдалась. Это указывает на тяжелое клиническое течение ВИЧ-инфекции в сочетании с туберкулезом.

В большинстве наблюдений (97,1%) нами установлены клинические признаки ВИЧ-инфекции (варианты 4Б и 4В) и высокий уровень вирусной нагрузки. Показатель вирусной нагрузки в среднем составил 253979 ± 44551 копий РНК ВИЧ/мл. Необходимо отметить, что у 11-ти (32,4%) больных ВИЧ-инфекция была подтверждена после постановки диагноза туберкулез, 6-ть (17,6%) пациентов, ранее находясь на свободе получили противотуберкулезную терапию, но на ВИЧ-инфекции не обследовались. У 3-х (8,8%) больных диагностирована МЛУ форма туберкулеза.

Более половины наблюдаемых нами больных (55,9%) с ВИЧ-инфекцией имели уровень РНК ВИЧ больше 100 тысяч копий/мл, у 44,1% отмечен уровень РНК ВИЧ больше (от 10 до 100 тысяч копий/мл), соответственно уровень РНК ВИЧ ниже 10 тысяч копий/мл не был отмечен.

Все это указывает на тяжелое течение ВИЧ-инфекции в сочетании с туберкулезом.

У наблюдаемых больных в группе с ВИЧ-инфекцией в сочетании с туберкулезом отмечали уменьшение содержания гемоглобина, который составил в среднем $88,41 \pm 2,89$ г/л (min÷max 47÷118). Также отмечали низкий уровень эритроцитов ($M \pm m$ $2,72 \pm 0,14$, min÷max 1,5÷4,72) и тромбоцитов ($M \pm m$ $169,47 \pm 6,64$, min÷max 110÷220) крови.

Из 34 больных с ко-инфекцией ВИЧ и туберкулезом 19-ть (55,9%) получали АРВТ. Умерло 5 больных. Двое не связанные с ВИЧ-инфекцией, от туберкулеза с тяжелым не купируемым легочным кровотечением (исходные СД4-лимфоциты были 72 и 84 клеток/мкл, вирусная нагрузка 880706 и 700467 копий РНК-ВИЧ/мкл. Двое умерли от цирроза печени неустановленной этиологии в результате кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и/или желудка (СД4-лимфоциты были 82 и 94 клеток/мкл, вирусная нагрузка 11630000 и 880520 копий РНК-ВИЧ/мкл). Они не успели получить АРВТ, так как умерли в первые 5-8 дней от поступления в Центральную больницу СИУН МЮ РТ. Пятый больной умер от самоповешивания: СД4-лимфоциты были 75 клеток/мкл, вирусная нагрузка 1192078 копий РНК-ВИЧ/мкл. Он получал противотуберкулезное и антиретровирусное лечение в течении 6 месяцев. 10-ти больным АРВТ не была проведена в связи с отказом пациентов от предложенной антиретровирусной терапии. С этими больными проводится консультирование по приверженности к АРВТ.

У больных, которые получили АРВТ, на 3-м месяце от начала лечения отмечалось снижение уровня вирусной нагрузки до неопределяемого уровня (менее 50 копий РНК ВИЧ/мл). У всех наблюдаемых нами больных через 9 месяцев от начала терапии наблюдается увеличение число СД4-лимфоцитов ($M \pm m$ $402,47 \pm 21,15$, min÷max 292÷584).

В группе больных с ВИЧ-инфекцией без ко-инфекции (56) часто встречались симптомы лихорадки (73,2%), повышенная утомляемость

(71,4%), кожная сыпь (57,9%), орофаренгиальный кандидоз (55,4%), лимфаденопатия (44,7%) и ночная потливость (53,6%). Отмечена кожная полиморфная сыпь, чаще пятнисто-папулезная, которая исчезала самопроизвольно в среднем через 5-6 дней. Также у 51,8% наблюдаемых нами пациентов была инфекция вызванная вирусом простого герпеса.

В зависимости клинических симптомов от вирусной нагрузки по уровню РНК ВИЧ было отмечено, что низкая вирусная нагрузка - менее 10 тысяч копий/мл наблюдалась всего у 6 человек, средняя- от 10 до 100 тысяч копий/мл – у 21 человека и у 29 человек высокая - более 100 тысяч копий/мл. У пациентов с высокой РНК ВИЧ чаще наблюдались симптомы вторичных заболеваний. Корреляцию с вирусной нагрузкой наблюдали и у пациентов с высокой температурой, потливостью, сыпью, потерей веса, головными болями, диареей, язвой ротовой полости, потерей массы тела более 10%.

Установлена зависимость развития тяжелых клинических проявлений ВИЧ-инфекции у пациентов с низким иммунным статусом: у 35,7% пациентов, у которых CD4-лимфоцитов был менее 200 клеток/мл. чаще всего регистрировали повышенную утомляемость (80,0%), снижение веса (65,0%), орофаренгеальный кандидоз (70,0%), лимфаденопатию (55,0%), кандидоз пищевода (8,0%) и цитомегаловирусную инфекцию с нарушением зрения. При иммунитете (CD4-лимфоцитов менее 350 клеток/мл) установили менее выраженные клинические проявления по сравнению с группой, где CD4-лимфоцитов было менее 200 клеток/мл.

Нами установлены клинические признаки ВИЧ-инфекции (варианты 4А, 4Б и 4В) и зависимость их от высокого уровня вирусной нагрузки. Показатель вирусной нагрузки в среднем составил 76746 ± 7652 копий РНК ВИЧ/мл. При чем максимальные значения также были намного выше у больных на стадии 4Б и 4В и достигала 192716 копий РНК ВИЧ/мл. Следует отметить, что более половины больных с вариантами 4Б и 4В (65,2 % и 61,5% соответственно) были обследованы от момента инфицирования (после 5-6 лет), до начала лечения высокоактивными антиретровирусными

препаратами, в то время как пациенты с вариантом 4А проходили скрининг (через 2 года от начала заболевания).

В основном пациенты с ВИЧ-инфекцией имели уровень РНК ВИЧ от 10 до 100 тысяч копий/мл (соответственно течению 4А, 4Б и 4В). Тем не менее, тяжелые клинические симптомы болезни (на стадиях 4Б и 4В), отмечены при РНК ВИЧ (выше 100 тысяч копий/мл). В количестве РНК ВИЧ (<10 тысяч копий РНК ВИЧ/мл) наблюдались легкие клинические симптомы у больных с течением 4А.

У наших наблюдаемых больных в группе с ВИЧ-инфекцией без сочетанной инфекции отмечали уменьшение содержание гемоглобина, который составил в среднем $96,71 \pm 1,17$ г/л (min÷max 80÷ и 134). Также отмечали низкий уровень эритроцитов ($M \pm m 152,96 \pm 6,03$, min÷max 54÷260) и тромбоцитов ($M \pm m 3,45 \pm 0,17$, min÷max 1,0÷7,75) крови.

Из 56 наблюдаемые нами больные, 51 (91,1%) получили АРВТ по стандартной 1-ой схеме лечения (комбивир+эфаверенз), трое отказались от предложенной АРВТ и двое умерли не получав лечение от независимых от ВИЧ-инфекции причин. При наличии выраженной анемии комбивир заменен на труваду.

У всех наблюдаемых нами пациентов на 3-ом месяце от начала лечения отмечалась снижение уровня вирусной нагрузки до неопределяемой.

У всех наблюдаемых нами больных через 9 месяцев от начала терапии наблюдалось увеличение число CD4-лимфоцитов ($M \pm m 365,24 \pm 22,68$, min÷max 90÷675).

В группе ВИЧ-инфицированных мигрантов, выявленных по контакту при обследовании очага ВИЧ-инфекции или по клиническим показаниям, оказалось, что основная часть оппортунистической патологии (65 %) представлена поражением легких различной этиологии (рецидивирующая инфекция верхних дыхательных путей – 30 %, пневмоцистная пневмония – 8 %, генерализованная бактериальная инфекция дыхательных путей – 5 %). У 6-ти больных имел место с диссеминированный туберкулез легких, причем у 3-

х больных выделены БК с множественно лекарственно устойчивой формой (МЛУ), двое из них умерли. Доминирование патологии легких у больных ВИЧ/СПИД, на наш взгляд, обусловлено отчасти характеристиками территории и климатом мест постоянного проживания больных, отчасти образом их жизни (в частности, достоверно установить источник заражения туберкулезом не представилось возможным). Другие заболевания могли быть спровоцированы как снижением иммунитета вследствие прогрессирования основного заболевания, так и конкретными социо-культурными интерьерами пациентов.

Из 25 пациентов (67,6 % от общего числа (37 больных) этой группы), имевших показания для специфического лечения, двое отказались от назначения терапии, и еще 2 скончались до ее начала по причинам, не связанным с ВИЧ-инфекцией. Таким образом, терапию ВИЧ-инфекции провели 21-му больному по схеме комбивир (2 раза/сут) + эфавиренц (1 раз/сут) в стандартной дозировке.

Выявленные изменения клинического статуса в динамике ВИЧ-инфекции у обследованных больных нашли свое отражение в снижении показателей иммунного статуса, что было вызвано не только прогрессированием основного заболевания, сопровождаемого увеличением вирусной нагрузки (ВН), но и развитием на этом фоне оппортунистической патологии, а также наличием гемоконтактных гепатитов. Необходимо подчеркнуть, что средний показатель ВН в динамике заболевания при отсутствии специфического лечения неуклонно растет. При этом коэффициент корреляции между показателями групп может быть оценен как слабый ($r = -0,14-0,17$).

На фоне стабильного соматического состояния у больных отмечено достоверное увеличение иммунологических показателей и достоверное снижение ВН. Более высокие показатели уровня CD4-лимфоцитов были достигнуты у пациентов в IV а,б стадии заболевания. Достоверность различия через 3 и 6 мес составила $p = 0,006$ и $p = 0,03$ соответственно.

Через 9 мес. различие по этому параметру (ВН) стало недостоверным ($p = 0,09$), при этом показатель у пациентов с IV а–б стадией заболевания был выше такового у пациентов с IV в стадией (375 ± 123) и (253 ± 132) клеток/мкл соответственно, что может быть объяснено большей длительностью основного заболевания и клинико-лабораторной выраженностью оппортунистической и сопутствующей патологии к моменту начала АРВТ.

Побочных эффектов от проводимой терапии основного и сопутствующего заболеваний, требовавших изменения схемы лечения больных или дозировки препаратов, не зарегистрировано. Схема терапии только поменялась при наличии выраженной анемии, комбивир заменяли, сохраняя труваду. Рецидивы оппортунистической патологии за время исследования не диагностировались.

Таким образом, у заключенных, ранее находившихся в трудовой миграции, отмечена наиболее тяжелая ВИЧ-инфекция с наличием преимущественно 4В стадии, чаще третьей иммунологической категории ($200-100$ мкл у 50% больных), значительным снижением массы тела у 59,5% больных (22 из 37 пациентов), наличием СПИД-индикаторных болезней: 5 (13,5%), пневмоцистной пневмонии 3 (8,1%) и пневмоний иной этиологии – 11 (29%), рецидивирующих инфекций верхних дыхательных путей, у 6-ти (16,2%) больных установлен туберкулез, у трех из них диссеминированный туберкулез легких с тяжелым кандидозом и диареей, что свидетельствовало, по-видимому, о туберкулезе кишечника. У 3-х из 6-ти больных выделена БК с множественно-лекарственно устойчивой формой возбудителя. Из них двое умерли (5,4%). Сопутствующие патологии в виде гепатита С отмечены у 12 больных и дополнительно у 12 – в виде микст-гепатита В+С, чего не отмечалась в 1-ой группе с ВИЧ-моноинфекцией.

У 15 из 37 больных в дебюте заболевания перед началом АРВТ 4АБ группы 14 больных было 202 ± 75 , а в 4В - 88 ± 43 (11 больных). Это дополнительно подчеркивало особую тяжесть ВИЧ-инфекции у мигрантов.

Даже на антиретровирусной терапии уровень СД4 клеток повышался через 9 месяцев не в той степени, что у больных 1-ой группы и составил 353 ± 132 через 9 месяцев от начала терапии. Вирусная нагрузка снижалась до неопределяемого уровня к 3-ему месяцу, составляя 50 копий РНК-ВИЧ в мл.

Особая тяжесть течения ВИЧ-инфекции у мигрантов связана сооппортунистическими инфекциями, включая туберкулез с летальными исходами. Наличие активно текущих гепатитов В и С связано с быстро прогрессирующей ВИЧ-инфекцией в течение в среднем 6 лет от начала миграции и обусловлено сложностями депортации, стрессовыми состояниями, связанными с тяжелыми жилищными условиями, ненормированными рабочими часами, поздним обследованием на вторичные, сопутствующие болезни и, что наиболее важно - заключением в исправительные учреждения и позднее начало АРВТ. Эти пациенты отражали клинические симптомокомплексы ВИЧ-инфекции, как у российских ВИЧ-инфицированных наркопотребителей отказывающихся от диспансеризации и АРВ терапии.

Для создания системы профилактики в РТ, а также диспансеризации + лечения пациентов (Бобрик А. В. и др., 2010 г.) покидающих систему исполнения уголовных наказаний и для изучения текущей ситуации с ВИЧ, туберкулезом и планирования совместных мероприятий, нами была разработана структурно-функциональная модель многокомпонентной службы профилактики и борьбы со СПИДом и его последствиям.

В модель была интегрирована СИУН во взаимодействии с НКК, агентством по контролю за оборотом наркотиков, миграционной службой, медико-социальными учреждениями, общественными организациями.

Указанная модель при правительстве РТ в комплексе с целевой программой страны и в сотрудничестве с международными организациями способствовала улучшению взаимодействия между ГУИУН и гражданским сектором.

Основная задача этой структурно-функциональной модели – привлечение исполнительной и законодательной властей, ведомственных служб и силовых структур для организационно-методического обеспечения в условиях существующей эпидемии и параллельно роста наркопотребителей, трудовых мигрантов и заключенных.

Основой ее является принятие законодательных актов по обеспечению обследования и лечения больных, создание ограничительных мероприятий для больных с ко-инфекцией ВИЧ и туберкулез в больших учреждениях ГУИУН, а также проведение дополнительных исследований в момент прибытия мигрантов с целью активного выявления ВИЧ и других распространенных (в странах принимающих мигрантов) инфекционных болезней.

Обеспечение обмена информацией (по прибытия в страну) о больных ВИЧ-инфекцией, туберкулезом и другими болезнями (с соответствующими органами), создания электронной базы данных о результатах и персональное сопровождение пациентов в места дальнейшего лечения и диспансеризации с созданием условий для возвращения к трудовой жизни с обучением гигиеническим навыкам.

Программы профилактики и противоэпидемические мероприятия по ВИЧ-инфекции среди заключенных в пенитенциарных учреждениях РТ должны быть направлены на решение приоритетных целей:

- 1) прежде всего профилактики заноса и распространения ВИЧ-инфекции в учреждениях СИУН;
- 2) способствовать снижению влияния эпидемиологической ситуации в учреждениях СИУН на обстановку в регионе, где проживает гражданское население.

В связи с этим для выполнения таких задач необходимо обеспечить реализацию следующих мероприятий:

- объективно информировать и просвещать руководителей учреждений СИУН по вопросам возникновения и распространения ВИЧ-

- инфекции, с учетом эпидемиологических особенностей этой инфекции среди осужденных в пенитенциарных учреждениях;
- обеспечить заинтересованность в поддержании и постоянном усилении программ профилактических и противоэпидемических мероприятий по ВИЧ-инфекции со стороны ГУИУН МЮ РТ;
 - совместно координировать деятельность системы здравоохранения и медицинского управления СИУН РТ по республике по реализации планов и программ профилактических и противоэпидемических мероприятий по ВИЧ-инфекции на основе заключенного протокола совместно с межведомственной комиссией по профилактике и противоэпидемическим мероприятиям по ВИЧ-инфекции;
 - постоянно повышать санитарные знания осужденных в СИУН РТ, направленное на предупреждение передачи ВИЧ-инфекции при половых контактах и употребление наркотиков;
 - также постоянно повышать медицинские знания служащих безопасности учреждений СИУН РТ;
 - обеспечить постоянное медицинское консультирование больных с ВИЧ/ СПИДом осужденных и организацию психологической помощи в местах лишения свободы;
 - в полном объеме обеспечивать медицинские подразделения учреждений СИУН профилактическими, противоэпидемическими, диагностическими и лечебными препаратами, а заключенных - средствами профилактики. Организовать обмен использованных шприцев на стерильные, выдачу дезинфицирующих средств для чистки и обеззараживания использованных шприцов, доступность презервативов во время отбывания наказания;
 - подготовить медицинские кадры в СИУН по вопросам профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции и обеспечить литературой;
 - создать для заключенных условия доступности системы лабораторного тестирования на ВИЧ-инфекцию;

- обеспечить диагностику ВИЧ-инфекции у заключенных и способствовать, по возможности, беспрепятственному эффективному лечению других болезней, передаваемых половым путем (гепатит С, сифилис, гонорея и др.), которые увеличивают риск передачи ВИЧ-инфекции;
- организовать консультативную и психологическую помощь родным и близким ВИЧ-инфицированных осужденных;
- не дать возможности дискриминации ВИЧ-инфицированных заключенных;
- для своевременного проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий, а также диспансерного наблюдения за ВИЧ-инфицированными Медицинскому управлению СИУН РТ внедрить систему информационного обеспечения органов здравоохранения о предстоящем освобождении ВИЧ-инфицированных заключенных жителей республики с указанием адресных данных в соответствии с разработанной нами дорожной картой в рамках структурно-функциональной модели взаимодействия ГУИУН с гражданским сектором в целях профилактики заболеваний.

ВЫВОДЫ

1. Сопоставление данных по заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди населения Республики Таджикистан с данными ее регистрации среди осужденных позволило установить существенные различия. В пенитенциарной системе заболеваемость ВИЧ-инфекцией была в 88 раз выше, чем среди гражданского населения (она составила 5140 на 100 тыс. тюремного населения против 58,4 соответственно). В целом на долю заключенных приходится 11% от общего числа ВИЧ-инфицированных.

2. Установлено, что среди ВИЧ-инфицированных лиц из мест лишения свободы во все годы преобладают мужчины. Например, в 2012 году их было 91,2% от всех ВИЧ-инфицированных заключенных, а женщин – 8,8%. В то же время имеются достаточно выразительные различия с показателями среди гражданского населения, где инфицированные ВИЧ женщины составляют в среднем более 25% от общего числа выявленных в стране больных, причем их доля неуклонно возрастает из года в год (с 11% от общего числа ВИЧ-инфицированных в 2002 году до 34,9% в 2012 году).

3. Одной из существенных эпидемиологических особенностей ВИЧ-инфекции у заключенных является абсолютное преобладание гемоконтактного заражения, связанного с внутривенным потреблением наркотиков – имеет место в 87,5% случаев у пребывающих в местах лишения свободы, что в 1,8 раза превышает частоту этого пути заражения среди ВИЧ-инфицированных в республике. Проведенный ДЭН и лабораторно-клиническое обследование ВИЧ-инфицированных позволили установить частое наличие туберкулеза, который определял показатели летальности у этой группы заключенных.

4. Назначение антиретровирусной терапии заключенным с ВИЧ-инфекцией без тяжелых сопутствующих заболеваний и коинфекций приводило к существенному улучшению состояния, восстановлению массы тела и сопровождалось снижением вирусной нагрузки к 3-му месяцу лечения до неопределяемого уровня, достоверному повышению CD4-лимфоцитов к 9-му месяцу лечения. Установлено, что сочетание туберкулеза с ВИЧ-инфекцией с

развитием различных вариантов внелегочного туберкулеза, вызванного возбудителем, устойчивым к противотуберкулезным препаратам 1-го ряда у больных с тяжелым иммунодефицитом ($CD4$ -лимфоциты $64,1 \pm 7,1$ кл./мкл) и высокой вирусной нагрузкой (>800 тыс. копий РНК ВИЧ/мл), сопровождалось высокой летальностью. У больных, которые продолжали комплексное лечение противотуберкулезной схемой 2-го ряда и ВААРТ, включающей труваду и эфаверенз, отмечено улучшение состояния с повышением уровня $CD4$ -лимфоцитов до $245,3 \pm 2,1$ кл./мкл к 9-му месяцу лечения.

5. Важную роль в осложнении клинико-эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции в Таджикистане играют трудовые мигранты, нередко с наркотической зависимостью. Среди осужденных около 45% ранее находились в трудовой миграции. Из числа обследованных больных $2/3$ нуждаются в ВААРТ, они имеют вторичные и оппортунистические инфекции, низкий уровень $CD4$ -лимфоцитов – $286,6 \pm 37,69$ кл./мкл и высокую вирусную нагрузку – $1,7$ млн ± 4700 копий РНК ВИЧ/мл. У мигрантов с ВИЧ-инфекцией в 16,2% случаев выявлен диссеминированный туберкулез легких с множественной лекарственно-устойчивой формой, летальность при этой коинфекции составила 5,2%.

6. Разработанная нами структурно-функциональная модель взаимодействия Системы исполнения уголовных наказаний с министерствами и ведомствами, медико-социальными учреждениями, миграционной службой способствовала изданию приказов и методических рекомендаций по эффективной борьбе с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом и обеспечению преемственности лечебно-диагностических и профилактических мероприятий, на основании которых были организованы специализированные отделения для больных туберкулезом с коинфекцией ВИЧ, создана и внедрена новая модель диспансеризации, тем самым снижены заболеваемость и смертность от сочетанных инфекций.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В Республике Таджикистан основное число инъекционных наркопотребителей, в том числе в исправительных учреждениях, по оценочным данным приближается к 100 тыс., однако их обследования явно недостаточны и не проводится систематически, и поэтому рекомендуется планировать ежегодные мероприятия на ближайшую и долгосрочную перспективу. Рекомендуется использовать ДЭН не только среди официально зарегистрированных, но и среди лиц, относящихся к группе риска, в том числе среди осужденных. Использование ДЭН позволяет ввести изменения и коррективы в диагностику ВИЧ-инфекции, включая в терапию осужденных в системе пенитенциарных учреждений РТ.

2. Рекомендуется обязательное обследование на ВИЧ и другие гемоконтактные инфекции всех осужденных в исправительных учреждениях с последующим изучением у ВИЧ-положительных иммунного статуса для своевременного назначения антиретровирусной терапии.

3. Необходимо предусмотреть изоляцию от окружающих заключенных больных с сочетанной инфекцией – ВИЧ и туберкулезом, в связи с быстро прогрессирующим течением, развитием генерализованных форм при ВИЧ с высокой вирусной нагрузкой и тяжелым иммунодефицитом. Это особенно важно в связи с циркуляцией лекарственно-устойчивых форм микобактерий туберкулеза, которые могут легко распространяться в условиях тесного общения в исправительных учреждениях, способствуя прогрессирующему течению болезни вплоть до летального исхода.

4. Рекомендуется строго следовать диспансеризации трудовых мигрантов как до выезда из РТ, так и при возвращении, предусмотрев диагностику туберкулеза, ВИЧ-инфекции и других заболеваний с гемоконтактным и половым путем передачи. Необходимо вести электронный регистр мигрантов для отслеживания передвижения и сроков обследования

лиц, находящихся в местах лишения свободы и освобождающихся, целесообразно предусмотреть медицинский отдел при миграционной службе.

5. В целях обеспечения преемственности между системой исполнения уголовных наказаний и учреждениями гражданского сектора в соответствии с разработанной нами моделью рекомендуется обеспечить обмен информацией о больных ВИЧ-инфекцией, туберкулезом и другими болезнями и персональное сопровождение пациентов в места дальнейшего лечения и диспансеризации с созданием условий для возвращения к трудовой жизни с обучением гигиеническим навыкам.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамкин, В. Снижение численности заключенных в российских тюрьмах. Возможности и ограничения / В. Абрамкин // Москва : Московский центр тюремной реформы, 19 июня 2003. – С. 185-189.
2. Агамалиева, А. Д. Особенности течения кандидоза у больных с коинфекцией ВИЧ/туберкулез / А. Д. Агамалиева, А. Г. Рахманова, А. А. Козлов // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – СПб, 2012. – № 3. – С. 51-54.
3. Аксенов, П. Г. Схема направления наркопотребителей на лечебнопрофилактические мероприятия : руководство по проведению семинара_тренинга для сотрудников правоохранительных органов и медико-социальных служб / П. Г. Аксенов, М. В. Акулова, О. Г. Блинова. – Москва : Управление по наркотикам и преступности ООН, 2011. – 138
4. Альбино, Х. Лечение туберкулеза / Х. Альбино, Л. Райхман// Большой целевой журнал о туберкулезе. . – 1999. – № 5. – С. 28-32.
5. Байзыбекова, Д. А. Обзор эпидемии ВИЧ/СПИДа в Кыргызстане / Д. А. Байзыбекова, Л. А. Невзорова // Материалы. II конференции по вопросам ВИЧ/СПИД в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 40.
6. Баляева, Е. Реализация профилактических программ среди мужчин, практикующих секс с мужчинами: Информационно-методические материалы / Е. Баляева // Москва : PSI, 2003. – С. 44.
7. Бартлетт, Дж. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции / Дж. Бартлетт, Дж. Галлант, Р. Редфилд, П. Фам, А. И. Мазус. – Москва, 2013.
8. Белозеров, Е. С. ВИЧ-инфекция / Е. С. Белозёров. – 2-е изд. – Санкт-Петербург : Питер, 2003. – 368 с.
9. Беляева, В. В. Консультирование при инфекции ВИЧ / В. В. Беляева. – Москва, 2001. – С. 52.

- 10.Беляков, Н. А. Вирус иммунодефицита человека – медицина. / Н. А. Беляков, А. Г. Рахманова [и др.]. – Санкт-Петербург, 2011. – С. 655.
- 11.Березина, Е. Б. Социальные представления о ВИЧ-инфекции среди молодежи / Е. Б. Березина // Материалы II конференции по вопросам ВИЧ/СПИД в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 343.
- 12.Блинова, О. Т. Профилактика ВИЧ-инфекции в учреждениях УИС Воронежской области по программе снижения вреда в 2002. – 2003 гг. / О. Т. Блинова // Круглый стол. – 2004. – № 1. – С. 85-87.
- 13.Бобрик, А. В. Организация комплексной профилактики ВИЧ-инфекции, ИППП и вирусных гепатитов среди трудовых мигрантов / А. В. Бобрик . – Москва: Акварель, 2010
- 14.Больше 136 тыс. мигрантов получают разрешения на работу в Петербурге. – URL: <http://www.rosbalt.ru/piter/2014/01/09/1218980.html>
- 15.Боровицкий, В. С. ВИЧ-инфекция в пенитенциарной системы / В. С. Боровицкий // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2013. – №1. – С. 110-115.
- 16.Боровицкий, В. С. Сравнительная эффективность ПБ и стандартного I режима химиотерапии впервые выявленного и больных в лечебных учреждениях ФСИН / В. С. Боровицкий // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2012. – № 4. – С. 88-90.
- 17.Бородина, Т. ФМС будет выявлять нелегальных беременных мигранток и депортировать / Т. Бородина // Известия. – 2003. – 11 декабря
- 18.Бородкина, О. И. ВИЧ статус инъекционных наркопотребителей в зависимости от вида употребляемых наркотиков / О. И. Бородкина.// СПИД, рак и общественное здоровье. – 2005. – № 3. – С.72-73.
- 19.Бузина, Т. С. Методические рекомендации к проведению очно-заочного цикла тематического усовершенствования врачей «Вопросы оказания специализированной медицинской помощи при ВИЧ_инфекцииу лиц,

- употребляющих психоактивные вещества» / Т. С. Бузина, Воробьева Т. В., Колесова В.Н. [и др.]. – Москва : УНП ООН, 2010. – 165 с.4.
20. Взаимодействие НКО и УИН Минюста России по 13 о Воронежской области по противодействию ВИЧ/СПИДу / Г. Н. Шурчков // Круглый стол. – 2004. – № 1. – С. 85-85.
 21. Вирусные гепатиты В и С у потребителей психотропных препаратов, вводимых парентерально / Г. М. Кожевникова [и др.] // Журн. микробиол. – 2000. – № 4. – С. 49-53.
 22. Вирусный гепатит С в сочетании с ВИЧ-инфекцией лиц, употребляющих наркотики парентеральным путем / Т. Е. Чакликов. // Материалы VIII Всероссийского съезда эпидемиологов, микробиологов и паразитологов. – Москва : Росинэкс, 2002. – Т. 3. – С.82-83.
 23. ВИЧ в тюрьмах. Эпидемиология / П. Боллини, А. Гунченко. // Круглый стол. – 2003. – № 3. – С. 26-28.
 24. ВИЧ в тюрьмах. Поведение, связанное с риском / Р. Юргенс, М. Байл // Круглый стол. – 2003. – № 5. – С. 73-76.
 25. ВИЧ-инфекция / В. В. Покровский [и др.] // Информационный бюллетень № 25. – Москва, 2003. – 30 с.
 26. ВИЧ-инфекция / В. В. Покровский [и др.] // Информационный бюллетень № 14. – Москва, 1999. – 24 с.
 27. ВИЧ-инфекция / В. В. Покровский [и др.] // Информационный бюллетень № 24. – Москва, 2002. – 24 с.
 28. ВИЧ-инфекция / В. В. Покровский [и др.] // Информационный бюллетень № 38. – Москва, 2009. – 45 с.
 29. ВИЧ-инфекция // Информационный бюллетень, 2005. – №27.
 30. ВИЧ-инфекция в учреждениях пенитенциарной системы: стратегия мер борьбы и профилактики / С. С. Першин [и др.] // Материалы VIII съезда Всеросс. общества эпидемиол., микробиол. и паразитологов. – Москва,

2002. – С. 110-111.
31. ВИЧ-инфекция и хронические гепатиты в Санкт-Петербурге в 2008. – СПб, 2009. – 33 с.
 32. ВИЧ/СПИД в местах заключения : сборник методических пособий для разработчиков политики, администрации тюрем, тюремного персонала и медико_санитарных работников в местах заключения. – Нью_Йорк : Управление по наркотикам и преступности ООН, 2009. – 137 с.5.
 33. Влияние программы обмена шприцов на снижение риска заражения ВИЧ среди потребителей внутривенных наркотиков в г. Ростов-на-Дону / С. Р. Саухат [и др.] // Журн. микробиол. – 2000. – № 4. – С. 89-92.
 34. Влияние различных факторов (демографических, социальных, и поведенческих) на эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ-инфекции в Нижегородской области / Г. Ф. Мошкович [и др.] // Материалы II конференции по вопросам ВИЧ/СПИД в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008, – С. 35.
 35. Внедрение специальных образовательных программ по профилактике ВИЧ-инфекции в учреждениях уголовно-исполнительной системы Приволжского федерального округа / Н. Н. Носов [и др.] // Материалы VIII съезда Всеросс. общества эпидемиол., микробиол. и паразитологов. – Москва, 2002. – С. 109-110.
 36. Внедрение эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией второго поколения в условиях концентрированной эпидемии в Санкт-Петербурге (1999-2001 гг.). / Т.Т. Смольская [и др.] // Материалы I Российской научно-практической конференции по вопросам ВИЧ-инфекции, СПИД и парентеральных гепатитов. – Суздаль, 2001. – С. 54-56.
 37. Внутривенные наркоманы в структуре лиц, анонимно обследуемых на ВИЧ-инфекцию / А. А. Давыдова [и др.] // Русский журнал «ВИЧ/СПИД и родственные проблемы» – 1998. – Т. 2. – № 2. – С. 27.
 38. Вовк, А. Д. Туберкулез легких у больных ВИЧ-инфекцией / А. Д. Вовк, С. Н. Антоян, А. Ф. Поддубный // Русский журнал «ВИЧ/СПИД и

- родственные проблемы». – 1997. – Т. 1, № 1 – С. 139-140.
39. Вольский А. Петербургская система контроля миграции может уступить место московской // Аргументы и факты 2003 18 дек.
40. Глобальные данные по эпидемии ВИЧ/СПИДа. / ЮНЭЙДС. декабрь 2003 // СПИД. Секс. Здоровье. – 2004. – № 1. – С. 16.
41. Голиусов, А. Т. Национальный доклад Российской Федерации о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятой в ходе 26 специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН, июнь 2001 г. Отчетный период: январь 2006 г.-декабрь 2007 г. / А. Т. Голиусов – Москва, 2008.
42. Горшкова, И. Д. Поведенческие особенности ПИН по результатам качественного исследования / И. Д. Горшкова // Матер. II конференции по вопросам ВИЧ/СПИД в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 300.
43. Гречаный, С. В. Возрастные закономерности отношения к болезни ВИЧ-инфицированных больных подростков с зависимостью от психоактивных веществ // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2012. – № 4. – С. 29-33.
44. Грипина, Ю. Ю. Значение полового пути развития эпидемии ВИЧ-инфекции / Ю. Ю. Грипина, Ю. В. Мартынов, Е. В. Кухтаевич // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2013. – № 2. – С. 122-125.
45. Доклад главного государственного врача ГУИН Минюста России / С. Б. Селиванов // Круглый стол. – 2003. – № 2. – С. 11-12.
46. Доклад ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИДа. – Женева : Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), 2013. – 296 с.
47. ДЭН за ВИЧ-инфекцией среди потребителей наркотиков в Кыргызстане. / Г. К. Темиргалиева, А. Д. Исмаилова, Н. А. Асыбалиева, Г. Муратбаева // Материалы II конференции по вопросам ВИЧ/СПИД в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 29.

- 48.Единая информационная система мониторинга и контроля за оборотом медицинских бланков «Медсправка» . – URL [tp.iac.spb.ru/mc/mcabout.html](http://iac.spb.ru/mc/mcabout.html)
- 49.Ерохин, В. В. Особенности выявления, клинических проявлений и лечения у ВИЧ-инфицированных : доклад на научно-практич. конференции 25-26 мая 2005 г. / В. В. Ерохин, З. Х. Корнилова, Л. П. Алексеева // Проблемы туберкулеза. – 2005. – № 10 . – С. 20-28
- 50.Жолобов, В. Е. Медицинское освидетельствование иностранных граждан и лиц без гражданства в Санкт-Петербурге / В. Е. Жолобов [и др.] // Альманах «Инфекционные болезни».- Санкт-Петербург, 2013. – С. 11-116
- 51.Загдын, З. М. Сочетанная патология: туберкулез и ВИЧ-инфекция на Северо-Западе России / З. М. Загдын, В. Б. Галкин, Г. С. Баласанянц // Журнал инфектологии. – 2012. – Т. 5, № 3. – С. 19-27.
- 52.Загдын, З. М. Поздно выявленный туберкулез среди больных инфицированных и неинфицированных ВИЧ в Ленинградской области и их смерти / З. М. Загдын, А. Ю. Ковеленов, В. И. Шабалин, Р. Хаймер // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2010. – № 1.– С. 70-77.
- 53.Зайцев, И. А. Особенности течения хронических вирусных гепатитов у больных с ВИЧ-инфекцией / И. А. Зайцев, В. В. Кобзева// Гепатологический форум. – 2008. – № 4. – С. 2-6.
- 54.Захарова, Н. Г. ВААРТ при ВИЧ-инфекции у взрослых пациентов / Н. Г. Захарова, А. Г. Рахманова // Вирус иммунодефицита человека – медицина / Н. А. Беляков [и др.]. – Санкт-Петербург, 2011. – С. 330-356.
- 55.Изучение распространенности ВИЧ методом дозорного эпиднадзора среди потребителей инъекционных наркотиков в Санкт-Петербурге / Т. Т. Смольская // Журн. микробиол. – 2000. – № 4. – С. 31-33.
- 56.Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации в 2001-2002 гг. : информационный сборник статистических и аналитических материалов. – Москва, 2003. – С. 158.

57. Инфекционная заболеваемость в субъектах Российской Федерации за 2002-2003 гг. // Информационный сборник статистических и аналитических материалов. – Москва, 2004.
58. Кольцова, О. В. Скрининговая оценка уровня дистресса и выраженности психопатологических симптомов у ВИЧ. – инфицированных пациентов / О. В. Кольцова, А. В. Гайсина, В. Ю. Рибников, В. В. Рассохин // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – Санкт-Петербург, 2013. – № 2. – С. 35-41.
59. Коляда, Е. Ю. Расширение доступа к качественному консультированию и тестированию на ВИЧ – шаг к преодолению эпидемии ВИЧ/СПИДа в Украине / Е. Ю. Коляда, Л. А. Сторожук // Матер. II конференции по вопросам ВИЧ/СПИД в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 328.
60. Комаровский, В. Оценка уровня информированности и готовности работодателей и их объединений противостоять угрозе ВИЧ/СПИД / В. Комаровский, М. Москвина, Е. Кудрявцева // Материалы II конференции по вопросам ВИЧ/СПИД в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 217.
61. Комплексный подход к противодействию эпидемии ВИЧ в концентрированной стадии в странах Центральной Азии. / Л. Ходакевич, Д. С. Хаузнер, О. С. Спрейн, А. Дерябина. Матер. II конференции по вопросам ВИЧ/СПИД в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008, – С. 202.
62. Кошкина, Е. А. Наркомания и ВИЧ-инфекция в России, анализ данных, поиск зависимостей / Е. А. Кошкина, В. В. Кирсанова // Матер. II конференции по вопросам ВИЧ/СПИД в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 38.
63. Кошкина, Е. А. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2007-2008 годах / Е. А. Кошкина. – Москва, 2009.

64. Кошкина, Е. А. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2006-2007 годах : краткий статистический сборник / Е. А. Кошкина. – Москва, 2007. – 24 с.
65. Кошкина, Е. А. Распространенность употребления наркотиков и других психоактивных веществ в России на современном этапе / Е. А. Кошкина // Журн. микробиол. – 2000, – № 4. – С. 15-19.
66. Кравченко, А. В. Прогностическое значение клинических проявлений ВИЧ-инфекции в периоде сероконверсии / А. В. Кравченко, О. Г. Юрин, Л. В. Серебровская // Терапевтический архив. – 1994. – Т. 66 (№11). – С. 42-44.
67. Кравченко, А. В. Анализ больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, в московском регионе / А. В. Кравченко, А. И. Щелканова, Т. Н. Ермак, Н. Г. Литвинова, Г. Б. Касаткин, А. В. Орлов // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2005 год. – № 10.
68. Кузнецова, О. А. Структура и тяжесть изменения интеллекта у больных с ВИЧ-инфекцией, находящиеся на госпитальном лечении в центре СПИД / О. А. Кузнецова, Д. А. Петриков // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2013. – № 2. – С. 52-57.
69. Кытманова, Л. Ю. Факторы определяющие приверженность к терапии у больных с ВИЧ-инфекцией / Л. Ю. Кытманова // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2013. – № 3. – С. 100-107.
70. Ладная, Н. Н. Распространение субтипов ВИЧ-1 в России / Н. Н. Ладная, В. В. Покровский, А. Ф. Бобков // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 1998. – № 5. – С. 19-23.
71. Левина, О. С. Социальные и индивидуальные риски распространения ВИЧ-инфекции / О. С. Левина, В. Ю. Рибников // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2013. – № 1. – С. 102-109.
72. Леонова, О. Н. Проблемы лечение больных с тяжелыми формами ВИЧ-инфекции / О. Н. Леонова, Т. Н. Виноградова, Н. В. Сизова, Е. В. Степанова // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2013. – №2. – С. 58-65.

73. Леонова, О. Н. Итоги этапного лечения больных с ВИЧ-инфекцией из группы риска / О. Н. Леонова, Н. В. Фоменкова, Т. Н. Виноградова // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – Санкт-Петербург, 2012. – № 2. – С. 48. – 52.
74. Лечение ВИЧ-инфекции / под ред. К. Хоффмана, Ю. К. Рокстро, Б.С. Кампса. – Гл. 4. Патогенез ВИЧ-1. – Paris: Flying Publisher, 2005. – URL: www.HIVMedicine.com.
75. Литвинова, Н. Г. Поражения нижних дыхательных путей у больных ВИЧ-инфекцией / Н. Г. Литвинова, А. В. Кравченко, В. И. Шахгильдян [и др.] // Эпидемиология и инфекц. болезни: науч.-практ. журн. – 2004. – № 4. – С. 24-27.
76. Литвинова, Н. Г., Кравченко А.В., Шахгильдян В.И., Груздев Б.М. Течение туберкулеза и особенности его диагностики у больных ВИЧ-инфекцией на поздних стадиях заболевания / Н. Г. Литвинова, А. В. Кравченко, В. И. Шахгильдян [и др.] // VIII Российский съезд фтизиатров : сборник материалов. – Москва, 2006 . – С. 371-372.
77. Лобзин, Ю. В., Жданов К. В., Пастушенков В. Л. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика, лечение / Ю. В. Лобзин, К. В. Жданов, В. Л. Пастушенков. – Санкт-Петербург: Фолиант, 2003. – 135с.
78. Лохина, Г. А. Взаимодействие НКО и УИН Минюста России по Пензенской области по противодействию ВИЧ/СПИДу / Г. А. Лохина // Круглый стол. – 2004. – № 1. – С. 88-89.
79. Лысенко, А. Я. ВИЧ-инфекция и СПИД-ассоциируемые заболевания / А. Я. Лысенко, М. Х. Турьянов, М. В. Лавдовская, В. М. Подольский. – Москва : Рарогъ, 1996. – 624 с.
80. Мазус, А. И. ВИЧ-инфекция: динамика эпидемического процесса / А. И. Мазус, А. А. Голиусов, Г. Ю. Панкова, Ю. В. Мартынов // Рос. мед. журн. – 2006. – № 4. – С. 3-7.

- 81.Мазус, А. И. ВИЧ-инфекция: определение факторов риска и совершенствование первичного уровня профилактических мероприятий : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. И. Мазус. – Москва, 2002. – 23 с.
- 82.Методические рекомендации по второму поколению эпидемиологического надзора за ВИЧ / ЮНЭЙДС/ВОЗ. Рабочая группа по глобальному эпиднадзору за ВИЧ/СПИДом и СПИ. – Женева, 2000. – 40 с.
- 83.Михайлова, Н. Р. Вторичные заболевания у больных ВИЧ- инфекцией: особенности эпидемического процесса в пенитенциарных учреждениях / Н. Р. Михайлова, Т. Н. Ермак // Инфекционные болезни. – 2013. – № 4. Том 11. – С. 52-59.
- 84.Мокрецова О. Г. Психологические аспекты адаптации трудовых мигрантов из Узбекистана // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2013. – № 3. – С. 61-65
- 85.Молодюкова, Е. А. Опыт проведения профилактических интервенций в области ВИЧ в пенитенциарных учреждениях Хабаровского края / Е. А. Молодюкова, В. С. Макаrchук // Материалы II конференции по вопросам ВИЧ/СПИД в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008 . – С. 293.
- 86.Московский, Ю. Эпидемиологический контроль как часть миграционной политики [электронный ресурс] . – URL: ekogradmoscow.ru
- 87.Музыка, О. О. Социально-экономические аспекты Нелегальной миграции из КНР в РОССИЮ / О. О. Музыка // Общество. Среда. Развитие. – 2010. – № 3. – С. 50-59
- 88.Некоторые аспекты поведенческих характеристик ЛЖВ, имевших судимости / Д. В. Сухарский, А. А. Кожевников, С. А. Павлюченко. Материалы II конференции по вопросам ВИЧ/СПИД в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008, – С. 290.

89. Некоторые аспекты эпидемиологии ВИЧ-инфекции в пенитенциарных учреждениях / А. В. Колганов // Материалы Всеросс. Научно-практич. конф. по проблемам ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов. – Суздаль, 2003. – С. 23-24.
90. Никитина, Т. Н. Приоритеты в реализации профилактических программ в регионе с высоким уровнем ВИЧ-инфицирования / Т. Н. Никитина, И. С. Наталич, Л. Г. Казмерчук // Журн. микробиол. – 2000. – № 4. – С. 74-78.
91. Нуржанова, А. М. Эпизодические и нерегулярные потребители инъекционных наркотиков / А. М. Нуржанова, Н. П. Кузнецов // Матер. II конференции по вопросам ВИЧ/СПИД в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 348.
92. Онищенко, Г. Г. ВИЧ-инфекция в России и странах СНГ: современная ситуация и перспективы / Г. Г. Онищенко // Журн. микробиол. – 2003. – №3. – С. 21-27.
93. Онищенко, Г. Г. Эпидемия ВИЧ-инфекции на современном этапе и основные задачи по противодействию ее распространению / Г. Г. Онищенко // Матер. Всеросс. научно-практич. конф. по пробл. ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов. – Суздаль, 14-16 октября 2003. – С. 2-5.
94. Опыт межсекторного взаимодействия в работе по профилактике ВИЧ-инфекции в УИС Нижегородской области. / А. К. Чурин, В. Ю. Перевозчиков, А. А. Галкин, Д. А. Ромадин // Круглый стол. – 2004. – № 1. – С. 87-88.
95. Опыт проведения дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков/ Г. М. Смаилова, А. З. Бемгужанова // Материалы II конференции по вопросам ВИЧ/СПИД в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 42.
96. Пантелеев, А. М. Роль лимфатической системы при туберкулезе у ВИЧ-инфицированных / А. М. Пантелеев, А. К. Иванов // Проблемы

- туберкулеза у больных с ВИЧ инфекцией: материалы научно-практической конференции (Москва, 18-19 апр. 2007 г.). – Москва, 2008.
- 97.Пантелеев, А. М. Бактериовыделение и лекарственная устойчивость МБТ при туберкулезе у ВИЧ-инфицированных в Санкт-Петербурге / А. М. Пантелеев // Инфекционные болезни-2009 : альманах. – Санкт-Петербург, 2009. – С. 154-156.
- 98.Пантелеев, А. М. Анализ летальности у больных туберкулезом и ВИЧ / А. М. Пантелеев, А. К. Иванов, Е. Н. Виноградова [и др.] // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2005. – № 10. – С. 46-48.
- 99.Плавинский, С. Л. Распространенность и заболеваемость ВИЧ. – инфекцией и ИППП в группах риска и эффективность проектов снижения вреда в Российской Федерации / С. Л.Плавинский, А. Н. Барина, К. М. Ерошина, К. А. Кубасова. – Москва : Открытый Институт Здоровья. – 2011. – 104 с.
100. Плавинский, С. Л. Результаты эспресс-оценки ситуации, направленной на изучении уровня знаний о ВИЧ-инфекции и рискованных поведенческих практик среди трудовых мигрантов / С. Л. Плавинский, К. М. Ерошина, К. А. Кубасова. – Москва 2011. – С. 36.
101. Покровская, А. В. Система регистрации и анализа данных о СПИДе в России / Н. Н. Ладная, Е. В. Соколова // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2008. – № 3. – С. 13-16.
102. Покровский, В. В. ВИЧ-инфекция в России: прогноз / В.В. Покровский // Вопр. вирусол. – 2004. – № 3. – С. 31-34.
103. Покровский, В. В. «Обучение населения по-прежнему остается приоритетной задачей» / В. В. Покровский // Круглый стол. – 2003. – № 6. – С. 51-55.
104. Покровский, В. В. Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции и СПИД / В. В. Покровский. – Москва : Медицина, 1996. – 246 с.
105. Покровский, В. В. Эпидемия ВИЧ-инфекции, вызываемой вирусом иммунодефицита человека, среди потребителей психотропных препаратов

- в России / В. В. Покровский, Н. Н. Ладная, М. С. Бочкова // Журн. микробиол. – 2000. – № 4. – С. 9-15.
106. Покровский, В. В. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение / В. В. Покровский, Т. Н. Ермак, В. В. Беляева, О. Г. Юрин; под общ. ред. В. В. Покровского. – Москва : ГЭОТАР-МЕД, 2000. – 496 с.
107. Покровский, В. В. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение / В. В. Покровский, Т. Н. Ермак, В. В. Беляева, О. Г. Юрин. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2003. – 488 с.
108. Покровский, В. И. Первый случай СПИД у гражданина СССР / В. И. Покровский, В. В. Покровский, С. Н. Потекаев [и др.] // Терапевтический архив. – 1998. – № 7. – С. 10-14.
109. Покровский В. В. Протоколы диспансерного наблюдения и лечения больных ВИЧ-инфекцией / В. В. Покровский, О. Г. Юрин, А. В. Кравченко [и др.]. // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2012. – № 6. – Приложение. – 48 с.
110. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 14 декабря 2007 г. № 86 "Об организации медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства". – URL: <http://base.garant.ru/4185902/#ixzz34dKWlrdh>
111. Постановление Главного государственного санитарного врача по Санкт-Петербургу от 14.12.2010 № 18 «О порядке подготовки и представления в Роспотребнадзор материалов для принятия решения о нежелательности пребывания (проживания) иностранного гражданина или лица без гражданства, выявленного с инфекционными заболеваниями, в Санкт-Петербурге». – URL: <http://www.bestpravo.ru/leningradskaya/ea-pravila/m2k.htm>
112. Постановление Главного государственного санитарного врача по Санкт-Петербургу от 29.02.2008 N 2 "Об организации медицинского

- освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства в Санкт-Петербурге". – URL: <http://base.consultant.ru/>
113. Постановление Правительства РФ от 02.04.2003 № 188 "О перечне инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранным гражданам и лицам без гражданства, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации". – URL: <http://base.garant.ru/>
114. Постановление Правительства РФ от 01.09.2005 № 546 "Об утверждении Правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации". – URL: <http://base.garant.ru/>
115. Постановление Правительства РФ от 13 октября 1995 г. N 1017 "Об утверждении Правил проведения обязательного медицинского освидетельствования на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)" URL : <http://www.consultant.ru/document/>
116. Постановление Правительства РФ от 25 ноября 1995 г. № 1158 "Об утверждении требований к сертификату об отсутствии ВИЧ-инфекции, предъявляемому иностранными гражданами и лицами без гражданства при их обращении за визой на въезд в Российскую Федерацию на срок свыше трех месяцев". – URL: <http://base.garant.ru/105533/34daqyw42>
117. Постановление Правительства РФ от 7 апреля 2003 г. № 199 "Об утверждении Положения о принятии решения о нежелательности пребывания (проживания) иностранного гражданина или лица без гражданства в Российской Федерации и перечня федеральных органов исполнительной власти, уполномоченных принимать решение о нежелательности пребывания (проживания) иностранного гражданина или лица без гражданства в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями): – URL.: <http://base.garant.ru/185743/#ixzz34delftme>

118. Приказ Министерства внутренних дел Российской Федерации Федеральной миграционной службы от 12 октября 2009 г. № 758/240 г. Москва "Об организации деятельности Министерства внутренних дел Российской Федерации, Федеральной миграционной службы и их территориальных органов по депортации и административному выдворению за пределы Российской Федерации иностранных граждан или лиц без гражданства". – URL: <http://www.rg.ru/2009/12/25/migranty-dok.html>
119. Протоколы диспансерного наблюдения и лечения больных ВИЧ-инфекцией // Актуальные вопросы эпидемиология и инфекционные болезни. – 2013. – № 6. – 52 с.
120. Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в Свердловской области. / Т. Т. Федотова, В. Б. Земеров, О. С. Ефимова // Журн. микробиол. – 2003. – № 3. – С. 86-89.
121. Распоряжение комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 28.06.2011, № 318-р
122. Рафиев, Х. К. ВИЧ-инфекция и вирусные гепатиты среди заключенных / Х. К. Рафиев, Р. А.Турсунов, Р. М. Нуров // Вестник Авиценны. – 2012. – № 3. – С. 111-115.
123. Рафиев, Х. К.. Эпидемические особенности развития ВИЧ-инфекции в Таджикистане / Х. К. Рафиев, Р. М. Нуров, Р. А.Турсунов [и др.] // Вестник Авиценны. – 2012. – № 4. – С. 117-121.
124. Рафиев, Х. К. Эпидемиологическая ситуация и факторы, способствующие распространению ВИЧ-инфекции в учреждениях пенитенциарной системы / Х. К. Рафиев, А. С. Мирзоев, М. М. Рузиев [и др.] // Здравоохранение Таджикистана. – 2011. – № 4. – С. 56-59.
125. Рахманова, А. Г. ВИЧ-инфекция / А. Г. Рахманова, Е. Н. Виноградова, Е. Е. Воронин, А. А. Яковлев. – Санкт-Петербург, 2004. – 693 с.

126. Рахманова, А. Г. Динамика течения ВИЧ-инфекции у пациентов с сопутствующими ЗППП и вирусными гепатитами, выявленными в Санкт-Петербурге в 1997-1998 гг. / А. Г. Рахманова, Н. А. Ахтырская, Н. В. Сизова // Журн. микробиол. – 2000. – № 4. – С. 36-38.
127. Рахманова, А. Г. ВИЧ-инфекция (клиники и лечение) / А. Г. Рахманова. – Санкт-Петербург : СПИД, секс, здоровье, 2009. – 367 с.
128. Рахманова, А. Г. Поражение печени у инфицированных вирусом иммунодефицита человека / А. Г. Рахманова, В. К. Пригожина, А. В. Смирнов [и др.] // Клиническая медицина. – 1989. – № 11. – С. 44-47.
129. Рахманова, А. Г. Общие закономерности течения ВИЧ-инфекции / А. Г. Рахманова, Е. В. Степанова // Вирус иммунодефицита человека – медицина / Н. А. Беляков [и др.]. – Санкт-Петербург, 2011. – С. 85-97.
130. Результаты внедрения дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в странах Центральной Азии / Б. Жусупов [и др.] // Материалы II конференции по вопросам ВИЧ/СПИД в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 48.
131. Результаты поведенческих исследований, проведённых среди инфицированных ВИЧ половым путём, выявленных в Ростовской области в 2007 году. / Б. А. Складная, О. Н. Струменко, Н. С. Ерусалимская Матер. II конференции по вопросам ВИЧ/СПИД в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 54.
132. Результаты совместного проекта государственного департамента Украины по вопросам исполнения наказаний и ЮГОЙДС по снижению риска распространения ВИЧ в местах лишения свободы Украины. / А. Н. Гунченко, Л. И. Андрушак // Журн. микробиол. – 2000. – № 4. – С. 95-96.
133. Рейес, Э. ВИЧ в тюрьмах. Здравоохранение и права человека в тюрьме / Э. Рейес // Круглый стол. – 2003. – № 4. – С. 66-72.
134. Рошупкин, Г. В. Информационные центры как инструмент изменения поведения с целью профилактики ВИЧ-инфекции / Г. В. Рошупкин // Журн. микробиол. – 2000. – № 4. – С. 108-111.

135. Садченко, В. Ю. К вопросу об эпидемиологической обстановке в учреждениях в уголовно исполнительной системы Северо-Западного Федерального округа по Санкт-Петербургу и Ленинградской области / В. Ю. Садченко, Н. В. Коновалов // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – Санкт-Петербург, 2013. – № 1. – С. 116-120.
136. Сайт УФМС по Санкт-Петербургу и Ленинградской области. Медицинские учреждения для оформления документов для разрешения на работу. – URL:<http://www.ufms.spb.ru/desc/medicinskie-uchrezhdenija-dind-62.html>
137. Саркорова А. СПИД в Таджикистане остается запретной темой // Русская служба Би_би_си, Душанбе (06.05.2011 г.). – URL: http://www.bbc.co.uk/russian/society/2011/05/110506_tajikistan_aids.shtm.
138. Селиванов, С. Б. О роли ГУИН Минюста России в профилактике инфекционных заболеваний в пенитенциарной системе // Круглый стол. – 2004. – № 1. – С. 81-83.
139. Середа, В. М. Организация медико-социального сопровождения больных наркоманией и ВИЧ_инфекцией, освобождающихся из мест лишения свободы / В. М. Середа, О. В. Кольцова, Н. В. Бадосова [и др.]. Санкт-Петербург : ДИТ_принт, 2010. – 146 с.
140. Смольская, Т. Г. Характеристика эпидемического процесса и дальнейшее развитие системы надзора за ВИЧ-инфекцией на территориях Северо-Западного федерального округа Российской Федерации: аналитический обзор / Т. Смольская [и др.]. – Санкт-Петербург, 2004.
141. Совет Европы : конвенция о защите личности в связи с автоматической обработкой персональных данных : (пер. с англ.). – 2_е изд., доп. – СПб. : Гражд. контроль, 2002. – 36 с.
142. Состояние здоровья ЛЖВ, имевших судимости / Д. В. Сухарский, А. А. Кожевников, С. А. Павлюченко // Материалы II конференции по вопросам ВИЧ/СПИД в Восточной Европе и Центральной Азии. – Москва, 2008. – С. 276.

143. Социально-экономические последствия распространения ВИЧ-инфекции в России / А. П. Сельцовский [и др.]. – Москва, 2002. – 54 с.
144. Статистическая информация / Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД Министерства здравоохранения Республики Таджикистан. [Душанбе] . – URL: <http://nc-aids.tj/statistika.html> 2.2014).
145. Степанова, Е. В. Протозоозы // Вирус иммунодефицита человека – медицина / Н. А. Беляков [и др.]. – Санкт-Петербург, 2011. – С. 276-285.
146. Тимофеева Е. В., Парков О. В. Организация надзора за медицинским освидетельствованием мигрантов в Санкт-Петербурге // Инфекционные болезни – 2012: альманах. – Санкт-Петербург, 2012. – С. 268-271
147. Тишкевич, О. А. Системный цитомегаловирусный васкулит у вич-инфицированного больного / О. А. Тишкевич, В. И. Шахгильдян, С. В. Морозова, В. Г. Канестри // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2001. – № 1. – С. 31-36.
148. Тишкевич, О. А. Структура летальных исходов и патологическая анатомия у больных ВИЧ-инфекцией в Москве / О. А. Тишкевич, В. И. Шахгильдян, Ю. Г. Пархоменко // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2004. – № (4) . – С. 42-46.
149. Толстов, Я. Л.. Экспериментальное изучение' жизнеспособности ВИЧ-11 в шприцах, содержащих экстракт мака / Я. Л.Толстов, Н. Абдала, Г. П. Диге [и др.] // Рус. Журн. «ВИЧ/СПИД и родственные проблемы» . – 2004. – № 1. – С. 59-65.
150. Тюремное население как группа повышенного поведенческого риска. / И. Л. Шливко // ИППП. – 2002. – № 5. – С. 10-14.
151. Улюкин, И. М. Некоторые нерешенные вопросы лечения опийной наркомании на фоне ВИЧ-инфекции / И. М. Улюкин, К. Н. Додонов, В. Н. Болехан // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2012. – № 3. – С. 53-59.

152. Федеральный закон от 30.03.1995 N 38-ФЗ (ред. от 25.11.2013) "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)" . – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_154769
153. Федеральный закон от 30.03.1999 N 52-ФЗ (ред. от 25.11.2013) "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения". – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_154769
154. Федеральный закон от 25.07.2002 N 115-ФЗ (ред. от 05.05.2014) "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации". – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_162662/
155. Фролова О. Туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией : клинико-морфологические и эпидемиологические аспекты // Проблемы туберкулеза. – 2002. – № 6. – С. 30-33
156. Характеристика предпосылок, определяющих развитие эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в условиях пенитенциарной системы : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. Т. Тюменцев. – Омск, 2002. – С. 18.
157. Цинзерлинг, В. А. Патологическая анатомия ВИЧ-инфекции по материалам Санкт-Петербурга [Текст] / В. А. Цинзерлинг, Д. В. Комарова, М. В. Васильева, В. Е. Карев // Архив патологии. – 2003. – Том 65, № 1. – С. 42-45 .
158. Чайка, Н. А. Глобальные новости по ВИЧ/СПИДу / Н. А. Чайка. – Вып. 24. – Санкт-Петербург, 2003. – С. 62.
159. Чиновник: В Петербурге более полумиллиона приезжих не могут найти работу . – url: <http://www.rosbalt.ru/piter/2013/12/04/1207277.html>
160. Шахгильдян, В. И. Лабораторная диагностика цитомегаловирусной инфекции у ВИЧ-инфицированных пациентов. / В. И. Шахгильдян, О. Ю. Шипулина, Н. В. Каражас, и др // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2001. – № 1.

161. Шахгильдян, В. И. Спектр, особенности клинического течения, диагностика оппортунистических и сопутствующих заболеваний у ВИЧ-инфицированных больных инфекционного стационара г. Москвы / В. И. Шахгильдян, Т. Е. Васильева, А. Б. Перегудова [и др.]. // Терапевт. архив. – 2008. – Т. 80, № 11. – С.10-18.
162. Ширманова Т. Работодателей заставят оплачивать больничные мигрантам / Т. Ширманова // Известия. – 2014. – 20 янв.
163. Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией в местах лишения свободы./ А. Т. Тюменцев, И. В. Боровский, С. В. Шаповалов // Матер. Всеросс. научно-практ. конф. по проблемам ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов. – Суздаль, 2003. – С. 58-60.
164. Эпидемия ВИЧ/СПИДа: глобальная ситуация и основные задачи противодействия. / Т. В. Шумилина; ЮНЭЙДС. // Российская сеть по борьбе с ВИЧ-инфекцией : электронная библиотека. – Вып.2 (октябрь 2003) . – С. 12-14.
165. Юнкеров, В. И., Григорьев С.Г. Математикостатистическая обработка данных медицинских исследований. – СПб. : ВМедА, 2002. – 266 с.
166. Юргенс, Р. Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах: уход, лечение и поддержка при ВИЧ-инфекции / Р. Юргенс. – Женева : ВОЗ, 2007. – 26 с.
167. Яковлев, А. А. Анализ клинических проявлений и изменение лабораторных показателей у больных ВИЧ-инфекцией и туберкулезом / А. А. Яковлев, А. Г. Рахманова, А. А. Козлов [и др.]. // Инфекционные болезни. – 2012. – № 2, Т. 10 . – С. 48-55.
168. Яковлев А. А. и др. Инфекционная заболеваемость мигрантов и туристов в Петербурге // Журнал инфектологии– 2011. – № 4, Т. 3 . – С. 49-55.
169. Aalen, O. O. New Therapy explains the fall in AIDS incidence with a substantial rise in number of persons on treatment expected / O. O. Aalen, V. T.

- Farewell, D. De Angelis, N. E. Day, O. N. Gill // AIDS. – 1999. – № 13. – P. 103-109.
170. ABC of Sexually Transmitted Infections (5th edition) / M. Adler, F. Cowan, P. French // This comprehensive introduction to sexually transmitted infections gives concise, practical information on a wide range of conditions, 2003. – P. 196.
 171. Adler, S. P. Recent advances in the prevention and treatment of congenital cytomegalovirus infection / S. P. Adler, G. Nigro, L. Pereira // Semin Perinatol. – 2007. – № 31(1). – P. 10-18.
 172. Afessa, B. 1. Pulmonary complications of HIV infection: autopsy findings / B. I. Afessa [et al.] // Chest. . – 1998 . – № 113(5) . –P. 1225-1229.
 173. AIDS and prisoners / J. Mot // Genitourin Med. – 2007. – P. 37-60,
 174. AIDS to prison for M.R.C.O.G., third edition / C. E. Fozzard // Postgrad. Med. J. – 2005. – P. 69.
 175. Alexaki, F. Cellular reservoirs of HIV-1 and their role in viral persistence / F. Alexaki, Y. Liu, B. Wigdahi // Curr. HIV Res. – 2008. – Vol. 6. – P. 388-400.
 176. Alter, M. J. The natural history of community. – acquired hepatitis C in the United States / M. J. Alter, H. S. Margolis, K. Krawczynsk [et al.] // N. Engl. J. Med. – 1992. – Vol. 327. – P. 1899-1905.
 177. Anastos, K. Association of race and gender with HIV-1 RNA levels and immunologic progression / K. Anastos, S. J. Gauge, B. Lau [et al.] // Journal of acquired immune deficiency syndromes. – 2000. – №. 24 (3). – P. 218-226.
 178. Aceijas, C. Antiretroviral treatment for injecting drug users in developing and transitional countries 1 year before the end of the "Treating 3 million by 2005. Making it happen. The WHO strategy" ("3 by 5") / C. Aceijas // Addiction. – 2006. – № 101(9). – P. 1246-1253.
 179. Badri, M. Association between tuberculosis and HIV disease progression in a high tuberculosis prevalence area // Int J Tuberc Lung Dis. – 2001. – № 5(3). – P. 225-232.

180. Bacchetti, P. Survival patterns of the first 500 patients with AIDS in San Francisco / P. Bacchetti, D. Osmond, R. E. Chaisson [et al.] // J. Infect .Dis. – 1988 May. – №. 157 (5). – P. 1044-1047.
181. Balotta, C. Prevalence of transmitted nucleoside analogue-resistant HIV-1 strains and pre-existing mutations in pol reverse transcriptase and protease regions / C. Balotta, A. Berlusconi, A. Pan [et al.] // Antivir. Ther. – 2000. – Vol. 5. – P. 7-10.
182. Bartlett, J. G. Medical management of HIV infection / J. G. Bartlett, J. E. Gallant // Johns Hopkins Medicine Health Publishing Business Group, Baltimore, Maryland. – 2007. – P. 1.
183. Barre-Sinoussi, F. Isolation of T-lymphotropic retrovirus from patient at risk for AIDS / F. Barre-Sinoussi, J. C. Chermam, F. Rey [et al.] // Science. – 1983. – №. 220. – P. 868-871.
184. Benhamou, Y. Гепатит В у коинфицированных пациентов с ВИЧ. – инфекцией / Y. Benhamou // СПИД (J. AIDS), рус.изд 2009. – Т. 3. – Вып. 2. – С. 52-66.
185. Bouhnik, A. D. Nonadherence among HIV-infected injecting drug users: the impact of social instability / Bouhnik, A.D // J Acquir Immune Defic Syndr. – 2002. – № 15 (31) . – Suppl 3. – S. 149-53.
186. Boutolleau, D. Detection of human herpesvirus 7 DNA in peripheral blood reflects mainly CD4+ cell count in patients infected with HIV / D. Boutolleau, O. Bonduelle, A. Sabard [et al] // J Med Virol. . – 2005 Jun. – № 76(2) . –P. 223-228.
187. Breaking Down Barriers: Lessons on Providing HIV Treatment to Injection Drug Users. – New York, 2004. – 157 с.
188. Burack, J. H. Depressive symptoms and CD4 lymphocyte decline among HIV-infected men / J. H. Burack, D. C. Barrett, R. D Stall [et al.] // JAMA. – 1993. – № 270 (21). – P. 2568-2573.
189. Carre, N. Effect of age and exposure group on the onset of AIDS in heterosexual and homosexual HIV-infected patients. SEROCO Study Group /

- N.Carre, C.Deveau, F. Belanger [et al.] // AIDS. – 1994 (Jun.) – № 8 (6). – P. 797-802.
190. Clarke, S. Assessing limiting factors to the acceptance of antiretroviral therapy in a large cohort of injecting drug users / Clarke S, Delamere S // HIV Med. . – 2003. –№ 4(1) . – P. 33-37.
 191. Cameron, D. W. Randomised placebo-controlled trial of ritonavir in advanced HIV-1 disease / D. W. Cameron, M. Heath-Chiozzi, S. Danner [et al.] //Lancet. – 1998. – № 351. – P. 543-549.
 192. Cartledge, J. Oral candidiasis: special concerns in the HIV-positive patient / J. Cartledge Clinician. – 1993. – Vol. 11, № 7. – P. 27-31.
 193. Casper, C. The aetiology and management of Castleman disease at 50 years: translating pathophysiology to patient care / Casper, C. // Br J Haematol. – 2005. – № 129 (1). – P. 3-17.
 194. Casper, C. 1-HIV infection and human herpesvirus-8 oral shedding among men who have sex with men / C. Casper // J. Acquir. Immune Defic. Syndr. – 2004 Mar 1. – № 35 (3) . – P. 233-238.
 195. Casper, C. R5 human immunodeficiency virus type 1 with efficient DC-SIGN use is not selected for early after birth in vertically infected children. / C. Casper [et al.] // J. Gen. Virol. –. 2013. – № 94 . –P. 763-773..
 196. Casper, C. The use of antiviral drugs in the prevention and treatment of Kaposi sarcoma, multicentric Castleman disease and primary effusion lymphoma/ C. Casper [et al.]. // Curr Top Microbiol Immunol. – 2007. –№ 312. – P. 289-307.
 197. Celentano, D. D. Self-reported antiretroviral therapy in injection drug users / D. D Celentano [et al]. // JAMA. – 1998. – № 280. – P. 544-546.
 198. Centers for Disease Control. Pneumocystis Pneumonia–Los Angeles // Morbidity and Mortality Weekly Report. – 1981. – №. 30. – P. 305-307.
 199. Chaisson, R. E. Race, sex, drug use, and progression of human immunodeficiency virus disease / R. E. Chaisson // N. Engl. J. Med. – 1995 Sep 21. – № 333 (12). – P. 751-756.

200. Coleman, D. C. Oral Candida in HI V-infection and AIDS: New perspectives/new approaches / D. C. Coleman, M. A. Bennet, D. J. Sullivan // Crit. Rev. Microbiol. – 1993. – Vol. 19. – P. 61-82.
201. Cooper, D. A. Survival of patients with the acquired immunodeficiency syndrome in Australia / D. A. Cooper, B. M. Whyte, C. E. Swanson. // Med. J. Aust. – 1989. – №. 150 (7). – P. 358-362.
202. Cohen, M. Natural history of HIV infection in women // Obstet Gynecol Clin North Am. – 1997. – № 24. – P. 743-758.
203. Davis, B. R. Absent or rare HIV-infection of bone marrow stem/progenitor cells in vivo / B. R. Davis [et al.] // J. Virol. – 1991. – № 65. – P. 1985-1990.
204. Deayton, J. R. Importance of cytomegalovirus viraemia in risk of disease progression and death in HIV-infected patients receiving highly active antiretroviral therapy / Deayton, J. R. 1, Prof Sabin CA, Johnson MA, Emery VC, Wilson P, Griffiths PD // Lancet. 2004 Jun 26;363(9427):2116-21.
205. De Bolle, L. Human herpesvirus 6 DNA polymerase: enzymatic parameters, sensitivity to ganciclovir and determination of the role of the A961V mutation in HHV-6 ganciclovir resistance / L. De Bolle // Antiviral Res. . – 2004. – 64(1) . – P. 17-25.
206. De la Hera, M. G. Gender differences in progression to AIDS and death from HIV seroconversion in a cohort of injecting drug users from 1986 to 2001 / M. G. De la Hera, I. Ferreros, J. del Amo and GEMES (2004) // J. Epidemiol. Community Health. – 2004. – № 58. – P. 944-950.
207. Di Perri, G. Comparative histopathological study of pulmonary tuberculosis in human immunodeficiency virus-infected and non-infected patients / G. Di Perri [et. al.] // Tuber Lung Dis. – 1996. – № 77(3) . – P. 244-299.
208. Dorrucchi, M. Antiretroviral treatment and progression to AIDS in HIV seroconverters from different risk groups. HIV Italian Seroconversion Study / M. Dorrucchi. // AIDS. – 1997. – № 11(4) . – P. 461-467.

209. Dugar, M.. Pattern of opportunistic infections (OI) in HIV infected individuals / M. Dugar, D. Mathai, O. C. Abraham, K.Tomas. // XV International. AIDS Conference. – Thailand, 2004
210. Epidemiology of HIV/AIDS-United States, 1981-2005. – CDC, June 2, 2006. – №. 55 (21). – P. 589-592.
211. Evidence of Changes in Sexual Behaviors Among Male Factory Workers in Ethiopia / Y. Mekonnen // AIDS. – 2003. – Vol. 17. –№ 2. – P. 223-231.
212. Enger C. Survival from early, intermediate, and late stages of HIV infection / C. Enger, N. Graham, Y. Peng [et al.] // JAMA. - 1996 . - №. 275 (17). - P. 1229-1234.
213. Eltom MA1, Jemal A, Mbulaiteye SM, Devesa SS, Biggar RJ. Trends in Kaposi's sarcoma and non-Hodgkin's lymphoma incidence in the United States from 1973 through 1998. // J. Natl. Cancer Inst. . – 2002. – № 94(16) . – P. 1204-10.
214. Farinpour, R. Psychosocial risk factors of HIV morbidity and mortality: findings from the Multicenter AIDS Cohort Study (MACS) / R. Farinpour, E. N. Miller, P. Satz [et al.] // Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology. – 2003 Aug. – №. 25 (5). – P. 654-670.
215. Farzadegan, H. Relationship between infectious cell-associated human immunodeficiency virus type 1 load, T lymphocyte subsets, and stage of infection in homosexual men / H. Farzadegan et. al. // J Infect Dis.. – 1996 . – № 173(2). – P. 468-471.
216. Galai, N. Changes in markers of disease progression in HIV. – 1seroconverters: a comparison between cohorts of injecting drug users and homosexual men // J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol. – 1995 Jan 1. – № 8 (1). – P. 66-74.
217. Garfein, R. S. Viral infections in short.-term injection drug users: the prevalence of the hepatitis C, hepatitis B, human immunodeficiency, and human

- T-lymphotropic viruses / R. S. Garfein, D. Vlahov, N. Galai [et al.] // *Am. J. Public Health.* – 1996. – Vol. 86. – P. 655-661.
218. Guidelines for prevention and treatment of opportunistic infections in HIV-infected adults and adolescents // *MMMR.* – 2009. – Vol 58. – P. 1-198
 219. Gordillo, V. Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy / V. Gordillo, J. del Amo, V. Soriano, J. González-Lahoz // *AIDS.* – 1999. – №13 (13). – P. 1763-1799.
 220. Grann, J. W., Pellett Ph.E., Taff H.W. Human herpesvirus 8 and Kaposi's sarcoma in persons infected with human immunodeficiency virus / J. W. Grann, Ph. E. Pellett, H. W. Taff // *Clin. Infec. Diseases.* – 2000. – № 30 suppl. – P. 72-76
 221. Gutta, R. Emergence of drug resistance in HIV type 1-infected patients after receipt of first-line highly active antiretroviral therapy: a systematic review of clinical trials / R. Gutta, A. Hill, A. W. Sawyer, D. Pillay // *Clin. Infect. Dis.* – 2008. – Vol. 47. – P. 712-722.
 222. Haramati LB, Choi Y, Widrow CA, Austin JH. Isolated lymphadenopathy on chest radiographs of HIV-infected patients // *Clin Radiol.* 1996 May;51(5):345-9.
 223. Harrison, K. M. Life expectancy after HIV diagnosis based on national surveillance data from 25 states, United States / K. M. Harrison [et al.] // *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.* – 2010. – Vol. 53. – Iss. 1. – P. 124-130.
 224. Hessol, N. A., Koblin B. A., van Griensven G. J. [et al.] Progression of human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) infection among homosexual men in hepatitis B vaccine trial cohorts in Amsterdam, New York City, and San Francisco, 1978-1991 / N. A. Hessol, B. A. Koblin, G. J. van Griensven // *Am. J. Epidemiol.* – 1994. – №. 119(11). – P. 1077-1087.
 225. HIV/AIDS in prison problems, Policies and Potential // *Report on the Global AIDS Epidemic.* – 2006. – P. 213.
 226. HIV/AIDS in Prisons // *Health Organization and Joint United Nation Programme on AIDS.* – 2006. – P. 105.

227. HIV AIDS in Prison-2004: Treatment, Intervention, and Reform -TAC ALP / J. D. Klausner. – P. 150.
228. HIV infection and AIDS in prisons / A. L. Pagliaro and A. M. Pagliaro; University of Alberta . – 1999. – P. 180.
229. HIV/AIDS in prisons: facing the challenges // Raed Aburabi ICRC's coordinator for health in detention. – 2008. – P. 12-13.
230. HIV Transmission and Prevention / E. Kantor, MD, University of California San Francisco. – 2006. – P. 14-31.
231. HIV/AIDS Problems, Policies and Potential / Report on the Global AIDS Epidemic, 2006. – P. 213.
232. Hirsch M.S. Antiretroviral Therapy / M.S. Hirsch // AIDS (Etiology, Diagnosis, Treatment and Prevention) . – Philadelphia-New-York, 1997. – P. 495-509.
233. Hicks, C. B. Comparison of once-daily fosamprenavir boosted with either 100 or 200 mg of ritonavir, in combination with abacavir/lamivudine: 96-week results from COL100758 / C. B. Hicks, E. De Jesus, L. M. Sloan, [et al.] // AIDS Res. Hum. Retroviruses. – 2009. – Vol. 25. – P. 395-103.
234. Hoogewerf, M. Change to abacavir-lamivudine-tenofovir combination treatment in patients with HIV-1 who had complete virological suppression / M. Hoogewerf, R. M. Regez, W. E. Schouten, H. M. Weigel [et al.] // Lancet. – 2003. – № 362. – P. 1979-1980.
235. Holland G. N. AIDS and Ophthalmology: The First Quarter Century / Holland // Am J Ophthalmol. – 2008. – № 145(3) . – P. 397-408
236. Hu, D. Characteristics of persons with late AIDS diagnosis in the United States // Am. J. Prev. Med. –. 1995. – № 11(2) . – P.114-9.
237. Isingo, R. Survival after HIV infection in the pre-antiretroviral therapy era in a rural Tanzanian cohort / R. Isingo, B. Zaba, M. Marston [et al.] // AIDS. – 2007. – №. 21 (6). – P. 5-13.
238. Issues in HIV/AIDS in the Australian prison system / J. Fortuin // Australian Institute of Criminology. – 1992. – P. 205.

239. Jabs, D. A. 1. Characteristics of patients with cytomegalovirus retinitis in the era of highly active antiretroviral therapy / D. A. 1. Jabs // *Am J Ophthalmol.* – 2002. – 133(1). – P. 48-61.
240. Jabs, D. A. Longitudinal study of the ocular complications of AIDS: 1 / D. A. Jabs [et al.] // *Ocular diagnoses at nrollment. Ophthalmology.* – 2007. – № 114(4) . – P.780-786.
241. Kawooya, V. K. Radiographic appearances of pulmonary tuberculosis in HIV-1 seropositive and seronegative adult patients / Kawooya V. K., Kawooya M, Okwera A. // *East Afr Med J.* – 2000. – № 77(6). – P. 303-307.
242. Kopp, J. B. Renal Comlications // *AIDS (Etiology, Diagnosis, Treatment and Prevention)* / J. B. Kopp, J. E. Bolow. – Philadelphia-New-York, 1997. – P. 423-429.
243. Kohli, R. Mortality in an urban cohort of HIV-infected and at-risk drug users in the era of highly active antiretroviral therapy / R. Kohli [et al.] // *Clin Infect Dis R.* – 2005. – № 41(6). – P. 864-872.
244. Lawn, S. D. Optimum time to start antiretroviral therapy during HIV-associated opportunistic infections / S. D. Lawn, M. E. Torok, R. Wood // *Curr. Opin. Infect. Dis.* – 2011. – № 24. – P. 34-42.
245. Leach, C. T. 1. Human herpesvirus-6: clinical implications of a recently discovered, ubiquitous agent // *J Pediatr.* –. 1992. – № 121(2). – P. 173-181.
246. Lee, M. P. 1. Clinical manifestations of tuberculosis in HIV-infected patients / M. P. I. Lee, J. V. Chan [et. al.] // *Respirology.* –2000 . –№ 5(4) . – P. 423-426.
247. Lucas, G. Management of hiv infection in injection-drug users / G. Lucas HIV/AIDS Annual Update. – Milford, 2001-2002. – P. 137-139.
248. Lucas, G. Longitudinalassessment of the effects of drug and alcohol abuse on HIV-1 treatment outcomes in an urban clinic. / G. Lucas // *AIDS.* –. 2002. – № 16(5) . – P. 767-774.
249. Lucas, G. Comparison of directly administered antiretroviral therapy in a methadone clinic and selfadministered therapy in HIV-infected patients //

- 11th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections.* – San Francicko, 2004
250. Makadzange A. T. Early versus delayed initiation of antiretroviral therapy for concurrent HIV infection and cryptococcal meningitis in sub-saharan Africa / A. T. Makadzange, C. E. Ndhlovu, K. Takarinda [et al.] // Clin. Infect. Dis. – 2010. – № 50. – P. 1532-1538.
 251. Metcalt, J. A. Required immunodeficiency syndrome: Serologic and Virologic Tests / J. A. Metcalt [et al.] // AIDS (Etiology, Diagnosis, Treatment and Prevention). – Philadelphia-New-York, 1997. – P. 177-197.
 252. Ministry of Health of Brazil. Response. The experience of the Brazilian AIDS program. – Brazil, 2002. – P. 65.
 253. Moatti, J. P. Adherence to HAART in French HIV-infected injecting drug users: the contribution of buprenorphine drug maintenance treatment. The Manif 2000 study group / J. P. Moatti // AIDS. – 2000 Jan . – № 28;14(2) . – P. 151-15. – 5.
 254. Molecular monitoring of AIDS epidemic in the southern Ukraine revealed that HIV-1 infections among IDU were caused by subtypes A, B and A/B recombinant. / V. A. Novitsky, M. A. Montano, M. Essex // Abst. Book Intern. Symp. on HTV, leukemia and opportunistic cancers. – 1999. – P. 106.
 255. Montaner, J.S.G. Medication Adherence Is More Critical Than Initial CD4 Count in Predicting HIV Survival / J.S.G. Montaner [et al.] // Ann. Intern. Med. – 2003.. – Vol. 139. – P. 810-816
 256. O'Brien, T. R. Serum HIV-1 RNA-levels and time to developement of AIDS in the Multicenter Hemophilia Cohort Study / T. R. O'Brien [et al.] // JAMA. – 1996. – № 276. – P. 105-110.
 257. Pantaleo, G. New concepts in the immunopatogenesis of HIV- infection / Pantaleo G. et.al. // Eng. J Med. – 1993. – №. 328. – P. 327.
 258. Prisons offer a potent mixture in terms of the risk of contracting HIV / Jane Dreaper BBC Health correspondent in Mexico City, 2003. – P. 56.

259. Public health rationale for MSF's prison HIV/AIDS prevention pilot program in the Russian Federation / M. Bill, L. Frost ; International Conference on AIDS 2000. – P. 18.
260. Robbins, G. K. Comparison of sequential three-drug regimens as initial therapy for HIV-1 infection / G. K. Robbins, V. De Gruttola, R. W. Shafer [et al.] // *N. Engl. J. Med.* – 2003. – Vol. 349. – P. 2293-2303.
261. Sanduzzi, A. Monocytes/macrophages in HIV infection and tuberculosis / A. Sanduzzi, M. Fraziano, F. Mariani // *J. Biol. Regul. Homeost. Agents.* – 2001. – № 15(3) . – P. 294-8.
262. Sandre, M. A. The clinical management of AIDS / M. A. Sandre, A. Volberding. – Philadelphia : Sanders kompani, 1997. – P. 515.
263. Schinkel, J. Protease inhibitors in HIV-infected injecting drug users in Amsterdam: cumulative incidence, determinants and impact // *AIDS.* – 1998. – № 12. – P. 1247-1249.
264. Schwartländer, B. Changes in the spectrum of AIDS-defining conditions and decrease in CD4+ lymphocyte counts at AIDS manifestation in Germany from 1986 to 1991 / B. Schwartländer // *AIDS.* – 1992. – № 6. – P. 413
265. Sterne, J. A. Timing of initiation of antiretroviral therapy in AIDS-free HIV-1-infected patients: a collaborative analysis of 18 HIV cohort studies / J. A. Sterne, M. May, D. Costagliola [et al.] // *Lancet.* – 2009. – Vol. 373. – P. 1352 1363.
266. Stein, D. S. Predicting clinical progression or death in subjects with early-stage HIV infection: a comparative analysis of quantification of HIV RNA, soluble tumor necrosis factor type II receptors, neopterin, and beta 2-microglobulin / D. S. Stein, R. H. Lyles, N. M. Graham [et al.] // *J. Infect. Dis.* – 1997. – Vol. 176. – P. 1161-1167.
267. Sterne, J. A. Timing of initiation of antiretroviral therapy in AIDS-free HIV-1-infected patients: a collaborative analysis of 18 HIV cohort studies / J. A. Sterne, M. May, D. Costagliola [et al.] // *Lancet.* – 2009. – Vol. 373. – P. 1352 1363.

268. Sulkowski, M. S. Hepatitis C and progression of HIV disease / M. S. Sulkowski, R. D. Moore, S. H. Mehta [et al.] // JAMA . – 2002, Jul 10. – №. 288 (2). – P. 241-243.
269. Strathdee, S. A Barriers to use of free antiretroviral therapy in injection drug users. / S. A. Strathdee [et al.] // JAMA . – 1998. – № 280. – P. 547-549.
270. The global epidemiology of HIV/AIDS / L. Morison // Br. Med. Bull. – 2001. – № 56. – P. 7-18.
271. Tobias, C. R. Living with HIV but without medical care: barriers to engagement / C. R. Tobias // AIDS Patient Care STDS). – 2007). – 21(6)). – P. 426-34
272. Todd, J. Time from HIV seroconversion to death: a collaborative analysis of eight studies in six low and middle.-income countries before highly active antiretroviral therapy / J. Todd, J. R. Glynn, M. Marston [et al.] // AIDS. – 2007. – № 21 (6). – P. 55-63.
273. Torok, M. E. Randomized controlled trial of immediate versus deferred antiretroviral therapy in HIV-associated tuberculous meningitis. / M. E. Torok. – San Francisco, 2009.
274. Tramarin, A. The influence of socioeconomic status on health service utilisation by patients with AIDS in north Italy. The North-East Italian Group for Planning of AIDS Health Care / A. Tramarin // Soc Sci Med. – 1997 Sep; . – № 45(6) . –P. 859-66.
275. UNAIDS. AIDS Epidemic Update. – Geneva, December 2002. – 236 p.
276. UNAIDS. AIDS Epidemic Update. – Geneva, January 2007. – 139 p.
277. Uphold CR Use of health care services among persons living with HIV infection: state of the science and future directions // AIDS Patient Care STDS. 2005 Aug;19(8):473-85.
278. Verucchi, G. Human immunodeficiency virus and hepatitis C virus coinfection: epidemiology, natural history, therapeutic options and clinical management / G. Verucchi, L. Calza, R. Manfredi, F. Chiodo // Infection. – 2004. – №. 32. – P. 33-46.

279. Weine, S., Unprotected Tajik male migrant workers in Moscow at risk for HIV/AIDS / Weine, S., Bahromov M., Mirzoev A. // J. Immigr. Minor. Health. – 2008. – Vol. 10, № 5. – P. 461–468.
280. Weine, S. HIVsexual risk behaviors and multilevel determinantsamong male labor migrants from Tajikistan / Weine, S., Bahromov M., Loue S., Owens L. // J. Immigr.Minor. Health. – 2013. – Vol. 15, N 4. – P. 700–710
281. WHO. EC Collaborating Centre for the epidemiological monitoring of AIDS // HIV/AIDS Surveillance in Europe. – Paris, 1995. – № 4. – P. 54.
282. WHO. EC Collaborating Centre on AIDS. HIV/AIDS Surveillance in Europe Quaterly Report. – 1997. – № 54.
283. Wolfe, D. Paradoxes in antiretroviral treatment for injecting drug users: access, adherence and structural barriers in Asia and the former Soviet Union / D. Wolfe // Int. J. Drug. Policy. – 2007. – № 18(4). – P. 246-54.
284. Zolopa, A. Early antiretroviral therapy reduces AIDS progression/death in individuals with acute opportunistic infections: a multicenter randomized strategy trial / A. Zolopa, J. Andersen, W. Powderly [et al.] // PLoS. – 2009. – № 4. – P. 5575.