

Развитие профилактики и медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным женщинам и детям в Свердловской области

О.Г.Проخورова¹, Н.В.Ножкина²

¹Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Екатеринбург

(главный врач — к.м.н. А.С.Подымова);

²Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург
(ректор — проф. С.М.Кутепов)

Цель исследования — изучение эпидемиологических особенностей распространения ВИЧ-инфекции среди женщин и детей в Свердловской области, а также оценка результативности программ профилактики и медико-социальной помощи. Исследование выполнено за период 1990–2012 гг., использованы методы эпидемиологического анализа, социологические, статистические методы. К 2012 г. установлен неуклонный рост удельного веса женщин в структуре ВИЧ-инфицированных. В возрасте до 29 лет доля женщин среди ВИЧ-инфицированных превалирует над мужчинами. Среди женщин половой путь передачи ВИЧ-инфекции достиг 70,0%, пораженность беременных женщин — 2,0%. В результате внедрения межведомственных программ профилактики и комплексной медико-социальной помощи повышен показатель охвата беременных химиопрофилактикой и снижен показатель уровня передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку до 3,9%.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, женщины, перинатальная профилактика передачи ВИЧ, медико-социальная помощь

Prevention, Health and Social Care Promotion for HIV-Positive Women and Children in the Sverdlovsk Region

O.G.Prokhorova¹, N.V.Nozhkina²

¹Sverdlovsk Regional Center for Prevention of AIDS and Infectious Diseases, Yekaterinburg
(Chief Doctor — PhD A.S.Podymova);

²Ural State Medical Academy, Yekaterinburg
(Rector — Prof. S.M.Kutepov)

The article presents the results of the study aimed at investigating the epidemiological features of HIV infection among women and children in the Sverdlovsk region and to assess the prevention, medical and social programs impact. The study was performed for the period of 1990-2012, epidemiological, sociological and statistical methods were used. By 2012 it was set a steady increase in the share of women in the HIV-infected. At the age under 29 the proportion of women among people living with HIV prevails over men. Sexual transmission of HIV among women reached 70.0%, prevalence of pregnant women — 2.0%. Due to inter-departmental prevention programs and integrated health and social care there was increased the level of chemoprophylaxis among pregnant women and mother-to-child transmission of HIV decreased to 3.9%.

Key words: HIV infection, women, prevention of perinatal transmission of HIV, health and social care

Снижение темпов распространения ВИЧ-инфекции среди населения является одной из приоритетных

Для корреспонденции:

Ножкина Наталья Владимировна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Уральской государственной медицинской академии

Адрес: 620028, Екатеринбург, Репина, 3

Телефон: 8 (343) 214-8661

E-mail: nojkina@yandex.ru

Статья поступила 11.11.2013, принята к печати 25.12.2013

задач государственной программы «Развитие здравоохранения в Российской Федерации» (2012 г.). Для реализации современной стратегии действий Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в ответ на угрозу распространения ВИЧ на период 2011–2015 гг. требуется интеграция усилий систем здравоохранения и общества в целом, при решении комплекса проблем охраны здоровья и профилактики, в том числе репродуктивного здоровья, здоровья матери и ребенка [1]. Непропорционально уязвимыми для ВИЧ-инфекции являются молодые женщины, особенно в

Таблица. Динамика показателей ВИЧ-инфицированных женщин и детей в Свердловской области за избранные годы, %

Показатели	2002 г.	2003 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Удельный вес женщин среди вновь выявленных, всего	32,26	36,20	45,38*	44,22*	43,23*	44,24*
в том числе:						
15–17 лет	56,35	58,7	76,27*	74,36*	86,05*	83,78*
18–19 лет	42,96	54,07	71,09*	73,04*	76,36*	64,63*
20–29 лет	29,34	35,01	51,43*	52,30*	51,43*	52,46*
Половой путь заражения	40,49	54,53*	71,80*	71,48*	69,30*	70,04*
Охват беременных химиопрофилактикой	1,7	2,0	87,0	86,0	88,0	87,6
Передача ВИЧ от матери ребенку	10,4	8,4	6,0*	3,9*	Диагноз не верифицирован	

* — различия с 2002 г. статистически достоверны ($p < 0,001$)

странах с преобладающим гетеросексуальным механизмом передачи. По данным ВОЗ, к 2011 году в мире насчитывалось 5 миллионов лиц в возрасте 15–24 лет, живущих с ВИЧ, 64% из них — женщины [2]. В Глобальной стратегии охраны здоровья женщин и детей Организации Объединенных Наций ООН (2010 г.) доступ к всестороннему пакету услуг по профилактике ВИЧ и комплексной помощи при лечении ВИЧ/СПИДа отнесен к числу основных ее элементов [3].

Среди регионов Российской Федерации одно из лидирующих мест по распространению ВИЧ-инфекции занимает Свердловская область; на 1 января 2013 года показатель пораженности превысил средний российский уровень в 2,5 раза, составив 1347,5 на 100 тысяч населения. В комплексе характеристик развития эпидемического процесса особая значимость принадлежит активному вовлечению женщин репродуктивного возраста и разработке адекватных мер противодействия. Данные факторы определили цель исследования — изучение эпидемиологических особенностей распространения ВИЧ-инфекции среди женщин и детей в Свердловской области в связи с оценкой результативности профилактических программ и развития региональной системы межведомственного взаимодействия при оказании медико-социальной помощи.

Пациенты и методы

Исследование выполнено на базе Свердловского областного центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями (ОЦ СПИД). Исследованием охвачен период 1990–2012 гг., общая совокупность зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции 59208. Применялись методы ретроспективного и проспективного наблюдений, эпидемиологического анализа, социологические, статистические. Источниками информации служили: документация ОЦ СПИД (электронная база персональных данных, амбулаторные карты пациентов, отчеты), анкеты (268 опрошенных), нормативно-правовые документы, официальные статистические данные Федерального центра СПИД. Для характеристики эпидемической ситуации использованы абсолютные и относительные кумулятивные и ежегодные показатели пораженности, распределения по полу, возрасту, факторам заражения. Изучен медико-социальный статус ВИЧ-инфицированных беременных женщин Екатеринбурга, решивших сохранить бе-

ременность за период 2008–2012 гг. Всего рассмотрено 447 случаев, в том числе: 201 человек отобран методом случайной выборки с обеспечением репрезентативности (выборка более 10%); 246 человек — генеральная совокупность численности женщин, детям которых подтвержден диагноз ВИЧ-инфекция в 2010–2011 гг. Для оценки результативности профилактических программ использованы показатели охвата химиопрофилактикой, уровня передачи ВИЧ от матери ребенку. Информация анализировалась с соблюдением конфиденциальности. Статистическая обработка выполнена по программе Microsoft Excel, достоверность определялась по критериям Стьюдента и «хи-квадрат».

Результаты исследования и их обсуждение

В Свердловской области с начала регистрации ВИЧ-инфекции (1990 г.) выявлено 23043 женщины, что в гендерной структуре ВИЧ-инфицированных составляет 38,92% (в России 36,0%). В динамике удельный вес женщин в структуре ВИЧ-инфицированных неуклонно возрастает: если в 2000 году на долю женщин приходилось 23% всех случаев ВИЧ-инфекции, то в 2012 году — 44,2% ($p < 0,001$). В молодом возрасте удельный вес женщин превалирует над удельным весом мужчин: в группе 15–17 лет с 2002 года, 18–19 лет — с 2003 года, 20–29 лет — с 2009 года (таблица). При этом наблюдается тенденция ежегодного роста, в результате которой в 2012 году доля женщин в данных возрастных группах достигла, соответственно 83,78, 64,63 и 52,46% (изменения статистически достоверны по сравнению с 2002 г., $p < 0,001$).

По данным анализа установленных факторов заражения, с 2003 года у женщин преобладает половой путь передачи — 57,48% среди всех выявленных ВИЧ-инфицированных женщин (по кумулятивному числу). Как представлено в таблице, за последние десять лет наблюдается рост удельного веса женщин, инфицированных при половых контактах (в 1,7 раза, $p < 0,001$); в 2012 году их доля достигла 70,04%, в то время как удельный вес парентерального пути заражения составлял 26,85%. При нарастании полового пути передачи ВИЧ-инфекции в эпидемический процесс вовлекаются преимущественно женщины активного детородного возраста 18–39 лет — в Свердловской области это каждый третий случай ВИЧ-инфекции (33,8%).

Феминизация эпидемии ВИЧ/СПИДа неизбежно ведет к росту числа детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных

женщин. В Свердловской области среди беременных женщин пораженность ВИЧ-инфекцией в 2012 году составила 2,0%, что выше среднего уровня по России (0,62% на 31.12.2012 г.) и, согласно критериям ВОЗ, соответствует генерализованной стадии развития эпидемии [4]. При анализе сроков диагностики ВИЧ-инфекции установлено: у 54% беременных женщин ВИЧ-инфекция выявлена в течение последнего года; у 29% женщин давность постановки диагноза — от 1 до 5 лет, у 15% женщин — 5–10 лет и у 2% — ВИЧ-инфекция выявлена более 10 лет назад.

Выполненное нами углубленное изучение медико-социальных характеристик беременных ВИЧ-инфицированных женщин г. Екатеринбурга, решивших сохранить беременность, показало, что около половины пациенток (45,8%) входили в возрастную группу 25–30 лет, 27,4% были в возрасте 18–24 года, средний возраст составил 27,0 лет, минимальный — 18 лет. Имели среднее и среднее специальное образование 66,5% женщин. На высшее и незаконченное высшее образование указали 25,4% женщин; работали лишь 54,8% женщин, не работали — 36,0%; учащиеся женщины составили 9,1%. В зарегистрированном браке состояли 34,2% женщин, в гражданском — 56,8%. При этом, у 49,2% женщин партнеры ВИЧ-инфицированы, а 20,8% не проходили исследования ВИЧ-статуса. Среди данного контингента женщин распространено употребление наркотиков — у 73,1%, при этом 45,4% продолжали принимать наркотики во время беременности; 57,5% курят; за последние 5 лет имели двух и более половых партнеров 49,0% женщин, в том числе пять и более партнеров — 8,6%. В субклинической стадии ВИЧ-инфекции находились 76,4% женщин, имели сопутствующие социально-значимые инфекционные заболевания 43,0%, в том числе хронический вирусный гепатит С — 42,0%, инфекции, передающиеся половым путем в анамнезе — 13,5%, туберкулез — 1,5%. У 24,9% женщин имела место первая беременность, у остальных — предыдущие беременности закончились родами (56,1 на 100 беременных) и/или абортами (85,8 на 100 беременных). Из числа женщин, решивших родить повторно, 17,2% уже имели ВИЧ-инфицированных детей. Настоящая беременность для 87,0% — желанная, но лишь для 32,5% — запланированная, при этом в срок до 12 недель встали на учет в женскую консультацию только 66,1% женщин, что указывает на необходимость активизации работы по планированию семьи среди ВИЧ-инфицированных женщин. Большинство женщин (95,9%) согласились принимать антиретровирусную терапию (АРВТ) в целях профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции ребенку, вместе с тем лишь у половины врач оценил информированность о ВИЧ-инфекции и профилактике перинатальной передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку (ППМР) как «хорошую», а у 48,1% была отмечена недостаточная приверженность АРВТ. В свою очередь, низкая приверженность диспансерному наблюдению и антиретровирусной терапии (пропуски и задержки приема препаратов) зависят от социального статуса, уровня информированности по вопросам ВИЧ-инфекции и профилактики перинатальной передачи, от наличия в анамнезе употребления психоактивных веществ. Беременность закончилась рождением живого ребенка у

94,4%, мертвого ребенка — у 2,6%, выкидышем — у 3,1%; отказались от ребенка 2,7% родивших женщин.

Всего в Свердловской области родилось 10149 детей от ВИЧ-инфицированных матерей (на 31.12.2012 г.), что составило 10,6 % от общего числа таких детей по Российской Федерации. В 2012 году в области у ВИЧ-инфицированных женщин родилось 1229 детей, или 2,0% от общего числа детей, родившихся живыми. Диагноз ВИЧ-инфекции поставлен 696 детям, из них 246 (35,3%) — в 2010–2011 гг. С 1997 года зарегистрировано 666 отказных детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных женщин (6,6% от общего числа детей, рожденных у ВИЧ-инфицированных женщин), из них у 17% установлен диагноз ВИЧ-инфекции, что в 4,4 раза выше общего уровня инфицированности детей с перинатальным контактом. Это обусловлено, преимущественно, низкой мотивацией матерей этой группы к химио-профилактике и антиретровирусной терапии.

Цель, поставленная Генеральной Ассамблеей ООН в 2011 году — к 2015 году положить конец передаче ВИЧ-инфекции от матери к ребенку [5]. Хотя в последние годы показатель охвата женщин химио-профилактикой во время беременности превышал 87% (см. таблицу), а уровень передачи ВИЧ от матери ребенку снижался с 31% в 2000 году до 10,4% в 2002 году и достиг 3,9% в 2010 году (по России 8,0%), процент инфицирования младенцев остается достаточно высоким.

Анализ за 2010–2011 гг. показал, что основными причинами инфицирования детей были: отсутствие наблюдения ВИЧ-инфицированных беременных женщин в ОЦ СПИД (19,9%) и в женской консультации (19,1%), обследование женщин в период «серонегативного» окна (17,9%), низкая приверженность к приему антиретровирусных препаратов (16,7%).

В связи с напряженной эпидемической ситуацией по ВИЧ-инфекции и высокой социально-экономической значимостью проблемы правительством области осознавалась необходимость усиления мер профилактики и оказания доступной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным. В 2005 году впервые была одобрена областная целевая программа по профилактике ВИЧ-инфекции, а с 2007 года реализация соответствующих мероприятий обеспечивалась в рамках национального проекта «Здоровье» и областной государственной целевой программы «Неотложные меры по предупреждению распространения в Свердловской области заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека на 2007–2011 годы».

В период на 2011–2015 годы мероприятия по ограничению распространения ВИЧ-инфекции включены в областную государственную целевую программу «Совершенствование оказания медицинской помощи населению, предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на территории Свердловской области», финансируются за счет средств областного бюджета по принципу социального заказа, носят постоянный и долгосрочный характер. В рамках данной программы выделены задачи снижения бремени неблагоприятных медико-социальных и демографических последствий ВИЧ-инфекции среди женщин и детей: усиление первичной профилактики; раннее выявление ВИЧ-инфекции среди женщин и своевремен-

ное вовлечение в систему оказания медицинской помощи; планирование беременности среди ВИЧ-инфицированных женщин; профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку; предоставление комплексной медико-психосоциальной помощи женщинам, живущим с ВИЧ-инфекцией, их детям и семьям. Для выполнения этих задач с учетом современных условий в масштабе региона приняты к реализации ряд важных управленческих решений, совершенствуются организационные технологии, для муниципальных образований определены критерии достижения результатов.

В сфере развития первичной профилактики установлен целевой показатель достижения уровня 95% информированности населения по профилактике ВИЧ. В этом направлении следует отметить усиление межведомственного взаимодействия Министерства здравоохранения и Министерства общего и профессионального образования Свердловской области в разработке и внедрении с 2012 года в образовательных учреждениях специальных программ для старшеклассников и родителей, направленных на повышение информированности по проблеме ВИЧ/СПИДа и формирование здоровьесберегающего поведения. Проведенные нами пилотные социологические исследования позволили позитивно оценить результаты таких образовательных программ и получить одобрение для их внедрения в школах и средних специальных учебных заведениях области, закрепленное совместным приказом заинтересованных министерств.

Для повышения эффективности мер вторичной профилактики Министерством здравоохранения области принят приказ «О совершенствовании мероприятий по проведению профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции в Свердловской области» (2012 г.). Согласно данному приказу обеспечиваются обследования на ВИЧ-инфекцию женщин, планирующих беременность, а также при обращении женщин по поводу заболеваний репродуктивной сферы и инфекций, передаваемых половым путем; беременных женщин трехкратно с целью исключения влияния «серонегативного» периода, половых партнеров беременных женщин. Также должны быть обеспечены подготовка специалистов в учреждениях родовспоможения, женских консультациях и детских поликлиниках для психосоциального консультирования ВИЧ-инфицированных женщин, консультирования по вопросу планирования семьи; мотивационное консультирование и направление женщины и/или ее партнера к врачу-инфекционисту кабинета инфекционных заболеваний или клинко-диагностического кабинета по месту жительства или в областном центре СПИД (ОЦ СПИД) для уточнения диагноза, назначения химиопрофилактики.

Оказание медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациентам и поддержание их приверженности лечению сопряжено с большим количеством немедицинских проблем, поэтому важным достижением Свердловской области является создание системы комплексной медико-психосоциальной помощи ВИЧ-инфицированным. Улучшить качество диспансерного наблюдения ВИЧ-инфицированных беременных женщин позволяет организация комплексных мероприятий по оказанию психосоциальной помощи и социальному сопровождению, которые

обеспечиваются на региональном и муниципальном уровнях в условиях межведомственного взаимодействия, с вовлечением СПИД-сервисных общественных организаций. Основанием служит совместный приказ Министерства здравоохранения и Министерства социальной защиты населения Свердловской области «Об организации взаимодействия системы органов социальной защиты населения с органами и учреждениями здравоохранения по противодействию распространению ВИЧ-инфекции в Свердловской области» (2011 г.). Разработана схема взаимодействия, в соответствии с которой в ОЦ СПИД функционирует мультипрофессиональная команда специалистов: врач-инфекционист, врачи-педиатры, психолог, специалист по социальной работе, «равный» консультант. Врач-инфекционист и педиатр при консультировании женщин своевременно выявляют факторы отсутствия приверженности к приему антиретровирусной терапии в профилактике передачи от матери ребенку (ППМР/АРВТ), а также женщин, находящихся в трудной жизненной ситуации, которую они не могут преодолеть самостоятельно (инвалидность, неспособность к самообслуживанию в связи с болезнью, сиротство, безнадзорность, малообеспеченность, безработица, отсутствие места жительства, жестокое обращение в семье, одиночество и т.п.), и направляют данных пациенток к специалистам отдела психосоциального консультирования. Психологи и специалисты по социальной работе осуществляют консультирование, оказывают социальную поддержку и социальное сопровождение: помощь в трудоустройстве, оформлении документов, регистрации по месту жительства и т.д. При необходимости женщина направляется в учреждение социального обслуживания по месту жительства, к доверенному социальному работнику по взаимодействию со специалистами учреждений здравоохранения (утверждается приказом руководителя в каждом учреждении соцобслуживания населения области). В соответствии с приказом Минздрава и Минсоцзащиты населения Свердловской области «Об утверждении порядка организации работы учреждений здравоохранения и учреждений социального обслуживания населения по оказанию медико-социальной помощи беременным женщинам и семьям с детьми, находящимся в трудной жизненной ситуации» (2011 г.), определена схема передачи информации с составлением индивидуального плана мероприятий. Для контроля приверженности антиретровирусной терапии среди беременных, а также в семьях, имеющих ВИЧ-инфицированного ребенка, специалистами по социальной работе проводится патронаж. При выявлении ребенка, находящегося в социально опасной обстановке для его жизни или здоровья, решение проблемы осуществляется во взаимодействии с органами опеки и попечительства, комиссией по делам несовершеннолетних. В настоящее время на сопровождении у специалистов по социальной работе ОЦ СПИД находятся более 60 семей с проблемой ВИЧ-инфекции. Благодаря внедренной в регионе системе их раннего выявления и медико-социального сопровождения, нужно отметить снижение числа отказов ВИЧ-инфицированных женщин от новорожденных (28 отказов в 2012 г. по сравнению с 59 отказами в 2008 г.); положительную динамику по опеке/

усыновлению. Также увеличилось число детей, изъятых из неблагополучных семей, не выполняющих обязанности по сохранению здоровья ребенка.

Динамика развития эпидемии ВИЧ/СПИДа в области свидетельствует о необходимости дальнейшей активизации по всем направлениям противоэпидемической деятельности. Запланированное повышение охвата скринингом на ВИЧ (целевые показатели — 20% населения и 40% — в группах риска) будет способствовать выявлению новых случаев инфекции. Следовательно, необходимо проводить работу по улучшению качества консультирования ВИЧ-инфицированных женщин в учреждениях здравоохранения, дотестового консультирования беременных, чтобы добиться повышения уровня и своевременности информирования о ВИЧ-инфекции, приверженности диспансерному наблюдению и лечению, эффективности профилактики перинатального пути передачи, а также предупреждения социального сиротства в связи с ВИЧ. В ряду приоритетных мер профилактики перинатальной передачи ВИЧ должно быть оказание помощи по планированию семьи и повышение доступности контрацепции, поскольку у большинства ВИЧ-инфицированных женщин беременность — незапланированная. В настоящее время в постоянном режиме работают школы для будущих мам; для семей, имеющих ВИЧ-положительных детей. В программы «Школ замещающих родителей» на базе всех Центров социальной помощи семье и детям г. Екатеринбурга включены занятия по проблемам детей с ВИЧ-инфекцией. Вместе с тем, требует решения задача организации кабинетов медико-социальной помощи и введение должности социального работника в женских консультациях.

Необходимо повышать уровень подготовки врачей всех специальностей по современным аспектам ВИЧ/СПИДа с формированием компетенций по консультированию пациентов. Проведенное нами анкетирование врачей разных специальностей (2011 г.), выявило, что лишь около 60% респондентов посчитали важным консультирование при направлении пациентов для тестирования на ВИЧ, встречались ошибочные ответы по некоторым позициям, касающимся вертикального пути передачи ВИЧ. Для исправления ситуации приказом Министерства здравоохранения предписано всем учреждениям здравоохранения области регулярно проводить медицинские советы и учебы по проблеме ВИЧ/СПИДа с использованием разработанных учебно-методических и информационных видеоматериалов; подготовлены также методические рекомендации для использования при обучении студентов медицинского университета и повышении квалификации врачей.

Выводы

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

2. Оценка медико-социального статуса ВИЧ-инфицированных беременных женщин свидетельствует о наличии комплекса факторов риска, влияющих на их приверженность проведению профилактики перинатальной передачи ВИЧ и антиретровирусной терапии, а также на сохранение и воспитание ребенка в семье.

3. В ходе реализации мероприятий государственных федеральных и областных программ, направленных на противодействие распространению ВИЧ/СПИДа, обеспечивается усиленное межведомственное взаимодействие на региональном и муниципальном уровнях на основе мультипрофессионального подхода. Цель комплексного решения задач — повышение эффективности профилактики и оказания медико-психосоциальной помощи женщинам, детям и семьям, имеющим проблемы в связи с ВИЧ-инфекцией.

Литература

1. WHO HIV/AIDS strategy for 2011–2015: Doc. WHA63.19, adopted 21 May 2010 by the Sixty-third World Health Assembly. Geneva, 2010. 3 p.
2. Global HIV/AIDS Response. Epidemic update and health sector progress towards Universal Access. Progress Report 2011. World Health Organization. Geneva, 2011. 224 p.
3. Глобальная стратегия охраны здоровья женщин и детей / Пер. с англ. Под ред. Пан Ги Мун // ООН. Нью-Йорк, 2010. 24 с.
4. Second Generation Surveillance for HIV: The Next Decade // Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance, WHO, UNAIDS. Geneva, 2000. 40 p.
5. Political Declaration on HIV and AIDS: Intensifying Our Efforts to Eliminate HIV and AIDS : Resolution №65/277 adopted by the General Assembly of the United Nations, Sixty-fifth session, 8 July 2011. New York, 2011. 17 p.

Информация об авторе:

Прохорова Ольга Геннадьевна, заведующая отделом профилактики и психосоциального консультирования Свердловского областного центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения Уральской государственной медицинской академии
Адрес: 620102, Екатеринбург, ул. Ясная, 46
Телефон: (343) 240-8994
E-mail: prohorova@livehiv.ru