


ШАГИ

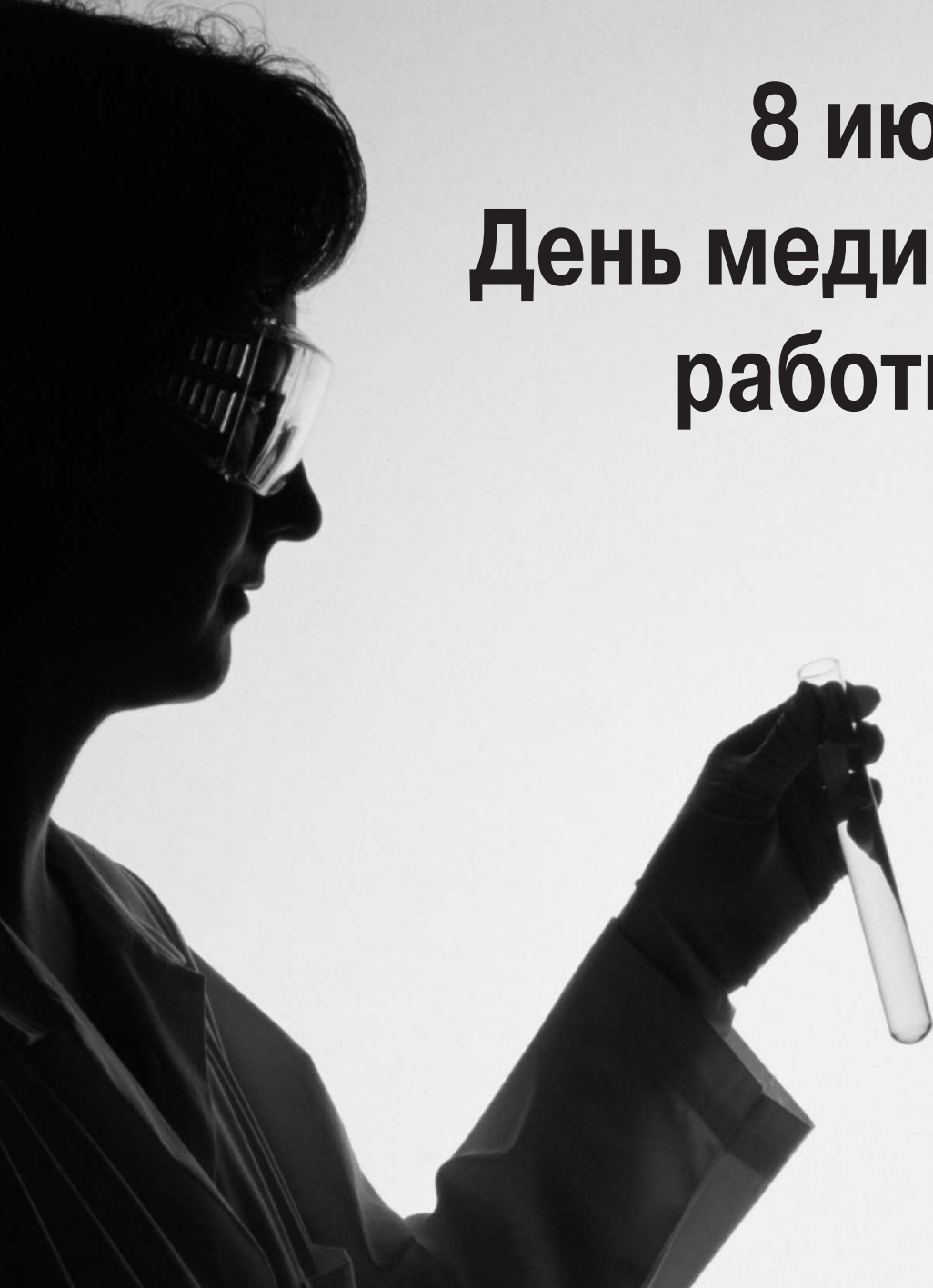
№ 2/2006

профессионал



«Русский человек заболевает СПИДом точно так же, как китаец или американец. И когда говорят о каких-то специальных, особых культурных традициях, мне кажется, что вводят нас в заблуждение, причем вполне преднамеренно». Стр. 20

Владимир Познер



8 июня

День медицинского работника

«ШАГИ профессионал» № 2 (2) 2006 г.

Издается Общественным благотворительным фондом борьбы со СПИДом «Шаги» при финансовой поддержке фонда «Российское здравоохранение» в рамках Программы IV раунда Глобального фонда.

Главный редактор: В.А. Пчелин.

Редакционный совет: В.В. Покровский (руководитель Российского научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, академик РАМН); А.В. Кравченко (ведущий научный сотрудник Российского научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, доктор медицинских наук); И.Г. Сидорович (заведующий отделом СПИДа Государственного научного центра Института иммунологии, член Координационного совета Межведомственной программы «Вакцины нового поколения и медицинские диагностические системы будущего», доктор медицинских наук, профессор); Г.О. Кудима (заведующий лабораторией Государственного научного центра Института иммунологии Минздравсоцразвития России, генеральный секретарь Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов (РААКИ)); Карамов Э.В. (заведующий лабораторией молекулярной биологии ВИЧ Института иммунологии Минздравсоцразвития России, профессор, доктор наук); Н.А. Должанская (руководитель отделения профилактики СПИДа и других инфекционных заболеваний ГУ Национального научного центра наркологии Минздравсоцразвития, канди-

дат медицинских наук); Т.А. Логинова (специалист по проектам в области здравоохранения, Московского офиса Всемирного банка, координатор проекта «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИДа»); М.М. Шегай (координатор проектов фонда «Российское здравоохранение»); И.В. Пчелин (лидер Общественного движения людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, «Шаги», председатель правления РОФ «Шаги»); Е.А. Токаренко (главный редактор информационно-аналитического альманаха «Общество и здоровье», журналист, издатель, член Союза журналистов, Союза кинематографистов).

Адрес редакции: 105062 Москва, а/я 302, «ШАГИ профессионал»;

Телефон/факс: (495) 917-8068;

Электронная почта: editor@hiv-aids.ru

Интернет-версия по адресу: www.stepsfund.ru

Издание зарегистрировано в Федеральной службе по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия РФ. Регистрационное удостоверение ПИ № ФС77-24534 от 31 мая 2006 г. ISSN 1990-4606 от 15 июня 2006 г.

Верстка и компьютерное обеспечение: РОФ «Шаги».

Отпечатано в типографии ООО «Дизайн-проект «Самолет», Москва. Тираж 1000 экз.

Распространяется бесплатно.

Редакция приветствует перепечатку материалов журнала.

При перепечатке ссылка на «ШАГИ профессионал» обязательна. Все права защищены.

СОДЕРЖАНИЕ

Госсовет «О неотложных мерах по борьбе с распространением ВИЧ-инфекции в Российской Федерации»	3
Вступительное слово Владимира Путина	4
Рабочая группа	5
Мнения	7
В преддверии Госсовета	8
Открытое письмо «ГЛОБУСа» в Президиум Государственного Совета Российской Федерации	12
После Госсовета	13
«Вот такие Времена...»	20
 Это интересно	
История презерватива	32
 Рекомендации	
Высокоактивная антиретровирусная терапия <i>В.В. Покровский, Т.Н. Ермак, А.В. Кравченко, В.И. Шахгильдян, О.Г. Юрин, Л.Е. Зиганшина, М.В. Макарова</i>	37
 Аптека ШП	
Антиретровирусные препараты, разрешенные к применению в России <i>Под ред. В.В. Покровского</i>	46
 Исследования	
Протеолитическая активность IgG антител из крови больных синдромом приобретенного иммунодефицита человека <i>Е.С. Одинцова, М.А. Харитонова, А.Г. Барановский, Л.П. Сизякина, В.Н. Бунева, Г.А. Невинский</i>	62
Потребность в информации у ВИЧ-положительных людей <i>И.В. Пчелин, В.А. Пчелин</i>	73
 Наш дорогой доктор	
Сергей Рубан: «Некоторые пациенты со мной уже почти восемь лет» <i>Е. Шуманский</i>	77
 В помощь лечащему врачу	
Приверженность к антиретровирусной терапии <i>А.Г. Рахманова</i>	81
 ВИЧ в тюрьмах	
Введение в тему. Заключенные — это люди <i>Э. Койл</i>	91
 Статистика	
Справка Российского научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом о ситуации ВИЧ-инфекции на 31 мая 2006 года	95
 Вести отовсюду	36, 45, 76, 80

**26 июня Международный
день борьбы с наркоманией**



НИКОГДА!



Госсовет

21 апреля Владимир Путин собрал Президиум Госсовета для обсуждения вопроса «О неотложных мерах по борьбе с распространением ВИЧ-инфекции в Российской Федерации»



Участники заседания Президиума Государственного совета

АБРАМОВ Александр Сергеевич – секретарь Государственного совета РФ, помощник Президента РФ.
АРТАМОНОВ Анатолий Дмитриевич – губернатор Калужской области.
БООС Георгий Валентинович – губернатор Калининградской области.
ЖИЛКИН Александр Александрович – губернатор Астраханской области.

МАШКОВЦЕВ Михаил Борисович – губернатор Камчатской области.
МОРОЗОВ Сергей Иванович – губернатор Ульяновской области.
ХЛОПОНИН Александр Геннадиевич – губернатор Красноярского края.
ЯКУШЕВ Владимир Владимирович – губернатор Тюменской области.

Приглашенные на заседание:

ЗУРАБОВ Михаил Юрьевич – министр здравоохранения и социального развития Российской Федерации.
КОРОТКОВ Леонид Викторович – губернатор Амурской области.
КОРОЛЕВ Олег Петрович – глава администрации Липецкой области.
БОЧКАРЕВ Василий Кузьмич – губернатор Пензенской области.
ЛУЖКОВ Юрий Михайлович – председатель Правительства Москвы.
ОНИЩЕНКО Геннадий Григорьевич – руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

СИЛУАНОВ Антон Германович – заместитель министра финансов России.
ШАРОНОВ Андрей Владимирович – статс-секретарь, заместитель министра экономического развития и торговли РФ.
ЗВЕРЕВ Виталий Васильевич – академик Российской академии медицинских наук, секретарь отделения профилактической медицины РАМН, директор Института вирусных препаратов РАМН.
ПОКРОВСКИЙ Валентин Иванович – академик Российской академии медицинских наук, директор Центрального научно-исследовательского института эпидемиологии Роспотребнадзора.

Вступительное слово Владимира Путина

Сегодня мы рассматриваем проблему, которая носит глобальный характер и является актуальной не только для России, но и для всего мира. Речь пойдет о мерах борьбы с распространением ВИЧ-инфекции.

В нашей стране первый случай этого заболевания был, как известно, зарегистрирован в 1987 году. К тому времени в других странах эта болезнь уже имела характер масштабной эпидемии. В настоящий период от нее страдают более 42 млн. человек. Ежедневно диагностируется до 14 тыс. новых больных, причем около 15 млн. заразились в последние два года.

В России общее число зарегистрированных носителей ВИЧ-инфекции превысило 342 тыс. человек. Однако, по оценкам экспертов, их количество значительно больше, и в основном это люди моложе 35 лет. Очевидно, что диагностика и масштабы ВИЧ-инфекции оказывают негативное влияние и на демографическую ситуацию в стране. Особенно настораживает феминизация [эпидемии], что, в свою очередь, влечет за собой рождение зараженных СПИДом детей.

Пока в России преобладает так называемая концентрированная эпидемия, сосредоточенная в нескольких группах риска. В то же время специалисты уже стали отмечать опасную тенденцию выхода инфекции за пределы этих групп. Такая тревожная ситуация требует адекватных мер реагирования, требует не созерцательного, а деятельного отношения, причем со стороны всего российского общества. Разумеется, задавать тон здесь должны люди, непосредственно отвечающие за работу с ВИЧ-инфекцией, но в эту работу необходимо активно включать и политиков, и педагогов, и деятелей культуры, и представителей средств массовой информации. Наша общая задача – пропагандировать здоровый образ жизни, поднимать значимость моральных ценностей.

Вы знаете, что в рамках национального проекта «Здравоохранение» предусмотрены значительные средства на профилактику, диагностику и лечение больных ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами. Только на этот год выделено 3,1 миллиарда рублей. Это во много раз превосходит суммы, когда-либо выделявшиеся на эти цели. Между тем перед нами стоит более широкая

задача — снизить до минимума темпы распространения СПИДа. В этой связи предложил бы сегодня обсудить следующие вопросы.

Первое — это разработка долгосрочной стратегии по борьбе с эпидемией и преодолению ее последствий. В этом году заканчивается срок действия рассчитанной на пять лет подпрограммы «АнтиВИЧ/СПИД». Она осуществлялась в рамках федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера». Отмечу, что за этот период были снижены темпы роста ВИЧ-инфекции с 88 тыс. случаев в 2001 году до 35 тыс. в прошлом году — более чем в два раза.

Кроме того, благодаря этой программе удалось поддержать научные коллективы, которые ведут поиск эффективной защиты от СПИДа и новых методов его лечения. Полагаю, что при разработке программы на следующее пятилетие необходимо снова включить в нее меры по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции.

Вторая наша задача — организовать четкий и объективный мониторинг эпидемии. Подчеркну: Россия является одной из немногих стран мира, имеющих сводную статистику наблюдений за ВИЧ-инфекцией. Причем начиная с 87-го года, такой учет ведется как на федеральном, так и на региональном уровнях. Однако сегодня необходим мониторинг, отвечающий единым международным подходам. Мы должны иметь комплексную базу данных, позволяющую реально оценивать причины заболевания и эффективность медицинских профилактических и социальных мероприятий, и в результате принимать адекватные меры по борьбе с ВИЧ-инфекцией, и, разумеется, учитывать опыт других стран.

Вы знаете, что международное сообщество уделяет этим вопросам повышенное внимание. Проблема СПИДа по инициативе России будет внесена и в повестку предстоящего саммита «восьмерки», который состоится в июле в Санкт-Петербурге.

Следующее направление, которое нам сегодня предстоит обсудить, — это координация деятельности федеральных министерств и ведомств. Заболевание СПИДом — это факт медицинский, а причины болезни, как правило, но-

сят социальный характер. Поэтому эффективность борьбы со СПИДом может обеспечить лишь слаженная совместная работа различных федеральных органов.

Я знаю, что у рабочей группы Госсовета есть предложения о создании при Правительстве Российской Федерации специальной комиссии по проблемам ВИЧ-инфекции. Давайте тоже обсудим и этот аспект проблемы чисто административного характера.

Еще один вопрос, требующий нашего совместного, общего внимания, — это совершенствование законодательства в сфере борьбы со СПИДом. Принятый в 1995 году закон о предупреждении ВИЧ-инфекции содержит достаточно широкий круг гарантий по обеспечению прав людей, зараженных СПИДом. Однако он не в полной мере учитывает проблему ответственности за преднамеренное распространение ВИЧ-инфекции.

И в заключение — о просветительской работе, которая должна быть не только широкой и многоплановой, но главное — постоянной. Необходимо настойчиво и последовательно разъяснять людям, насколько опасна ВИЧ-инфекция и как высок сегодня риск заражения ею. Крайне важно вести профилактическую работу в уязвимых для СПИДа группах, так называемых группах риска.

В России уже реализуется немало подобных проектов и программ. Однако они не объединены общей стратегией. Здесь крайне редко используются механизмы социального заказа. Отмечу, что в региональных программах по борьбе с ВИЧ-инфекцией практически не предусматривается финансирование.

Понятно, что бюджетных денег на все не хватает. Поэтому нужно активнее привлекать к просветительской работе и представителей бизнеса, политические партии, структуры гражданского общества. Такая практика широко используется и в других странах мира.

Я обозначил лишь самые главные направления предстоящего обсуждения. Рабочая группа Госсовета подготовила подробные материалы и конкретные предложения по всем аспектам борьбы с ВИЧ-инфекцией.

* * *

Рабочая группа

На заседании Президиума Госсовета с докладами выступили руководитель рабочей группы Президиума Госсовета, губернатор Амурской области Леонид Коротков и министр здравоохранения и социального развития РФ Михаил Зурабов.

В состав рабочей группы, образованной в октябре 2005 года, вошли руководители федеральных органов исполнительной власти, реги-

онов, представители администрации Кремля, парламента, РАМН, общественных организаций. В работе над докладом участвовали известные российские ученые.

Как сообщил РИА «Новости» источник в рабочей группе, в докладе эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции охарактеризована как опасно прогрессирующая. «В этой связи одной из важнейших государственных задач является ак-

тивизация усилий по противодействию распространению ВИЧ-инфекции, а также по преодолению ее последствий».

У авторов доклада вызывают серьезную обеспокоенность продолжающийся рост числа ВИЧ-инфицированных россиян и сложности с обеспечением всех нуждающихся специальным лечением. «Общее число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции превысило 350 тыс. человек, только в 2005 году в стране было выявлено около 35 тыс. новых случаев ВИЧ-инфекции», — отметил собеседник агентства.

Подавляющее большинство зараженных ВИЧ в России — моложе 35 лет, а наибольший уровень поражения населения ВИЧ наблюдается в крупных городах, промышленных и добывающих районах, на Урале, в Поволжье, в Сибири, где в некоторых населенных пунктах более одного процента взрослого населения заражено вирусом иммунного дефицита человека.

Как отмечается в докладе, с середины 90-х годов основным путем распространения ВИЧ-инфекции в России является передача вируса через кровь при инъекционном употреблении наркотиков. «Вместе с тем, в последние годы активизируется половой путь передачи ВИЧ. Эпидемия начинает затрагивать не только уязвимые группы (т.е. группы, практикующие рискованное поведение или находящиеся в условиях повышенного риска инфицирования ВИЧ в виду социально-экономических или поведенческих причин), но и часть широких слоев населения, связанную с этими группами».

В докладе обращается внимание на то, что проблема ВИЧ-инфекции является в основном социальной, «решение которой лежит в плоскости изменения существующих моделей поведения значительной массы населения, и в первую очередь представителей групп повышенного риска заражения ВИЧ».

Авторы доклада считают недостаточными существующие меры по противодействию распространению эпидемии, и особенно по ее предупреждению.

Система организации и координации межведомственных усилий по противоэпидемическим мероприятиям на федеральном уровне является малоэффективной. В докладе говорится, что остается недостаточным совместное участие государственных и общественных организаций в разработке и проведении кампаний по борьбе с дискриминацией людей, живущих с ВИЧ/СПИДом.

По словам источника, на профилактику заболевания выделяется незначительный объем средств, а у медицинских мероприятий в системе борьбы с эпидемией ВИЧ-инфекции низкая эффективность.

Нормативная правовая база отстает от сложившейся эпидемической обстановки по ВИЧ-инфекции, а СМИ и гражданское общество недостаточно участвуют в деятельности по предотвраще-

нию распространения ВИЧ-инфекции и наркомании. Среди серьезных проблем — дискриминация ВИЧ-инфицированных и членов их семей.

По итогам анализа ситуации рабочая группа представила комплекс мер, направленных на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции в РФ, повышение доступности и качества медицинской помощи ВИЧ-инфицированным, привлечение к борьбе со СПИДом гражданского общества, в том числе некоммерческих организаций и бизнеса, расширение участия самих ВИЧ-инфицированных в борьбе с распространением эпидемии.

«Рабочая группа предлагает создать при правительстве РФ комиссию по проблемам ВИЧ-инфекции», — сообщил собеседник агентства. По его словам, необходимо совершенствовать систему мониторинга развития эпидемии ВИЧ-инфекции, прогнозирования ее последствий, и повышению эффективности профилактических мероприятий.

Авторы доклада предлагают разработать федеральную целевую программу «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера» (2007–2011 годы) с включением в нее подпрограммы «Неотложные меры по предупреждению распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека».

Рабочая группа предлагает разработать и внести в законодательство дополнения и изменения, направленные на повышение эффективности профилактики ВИЧ-инфекции и наркомании.

Необходимо также принять меры по недопущению заражения пациентов ВИЧ-инфекцией при медицинских вмешательствах, переливании донорской крови и ее компонентов, подчеркивается в документе.

По мнению его авторов, надо рассмотреть вопрос о создании специализированного федерального Центра по профилактике и борьбе с ВИЧ-инфекцией.

Помимо этого необходима эффективная пропаганда здорового образа жизни, профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, а также социальной поддержки ВИЧ-инфицированных людей с выделением на эти цели необходимых средств. Финансировать эти мероприятия предлагается за счет бюджетов всех уровней и иных источников.

«Реализация данных предложений позволит существенно улучшить координацию деятельности, направленной на профилактику и борьбу с распространением ВИЧ-инфекции в России, привлечь к борьбе с эпидемией структуры исполнительной и законодательной власти всех уровней, гражданское общество, обеспечить повышение доступности качества медицинской и социальной помощи, а также поддержку людям, живущим с ВИЧ-инфекцией», — считают в рабочей группе.



Главный государственный санитарный врач России **Геннадий Онищенко** назвал состоявшееся заседание историческим. «Через 19 лет после первого зафиксированного случая заболевания ВИЧ в России дана политическая оценка этой проблеме, — подчеркнул он. — Руководство страны четко оценило ситуацию, дало оценку, и главный вывод: теперь это не только медицинская проблема». «В преддверии саммита «восьмерки», где будут обсуждаться проблемы борьбы со СПИДом, в том числе участие в этом России, политическая оценка очень важна», — считает Г. Онищенко.

— Руководство страны четко оценило ситуацию, дало оценку, и главный вывод: теперь это не только медицинская проблема». «В преддверии саммита «восьмерки», где будут обсуждаться проблемы борьбы со СПИДом, в том числе участие в этом России, политическая оценка очень важна», — считает Г. Онищенко.

Говоря о создаваемой комиссии, главный санитарный врач РФ отметил, что благодаря этой структуре проблемами СПИДа будут заниматься не только медики, но и все заинтересованные ведомства, а предпринимаемые меры будут носить не только медицинский, но и профилактический характер. «Нам нужно вернуть ценности семьи, убрать с экранов разгул безверия и отсутствие моральных тормозов, — считает Г. Онищенко. — Все это обсуждалось на заседании».



Заместитель председателя комитета Государственной Думы по безопасности, член депутатской рабочей группы по борьбе с ВИЧ/СПИДом **Михаил Гришанов**:

— Прежде всего нужно создать правительственную Комиссию по проблемам противодействия распространению ВИЧ/СПИДа. Это очень важно, потому что стране нужен единый координирующий орган. Проблема ВИЧ/СПИДа, с одной стороны, это проблема конкретного заболевания, но это не только проблема Минздрава, который занимается этим. Это комплексная проблема Министерства образования, Министерства обороны, Федеральной службы исполнения наказаний. Естественно, должна быть координация на высоком уровне.

Другая задача — повысить объемы финансирования, потому что без денег ничего нельзя сделать. Президент осенью прошлого года объявил о том, что на борьбу с ВИЧ/СПИДом направляются серьезные средства — почти 100 млн. долларов на три года.

Необходима выработка национальной государственной политики по противодействию ВИЧ/СПИДу. Это одна из задач будущей правительственной комиссии, для всех структур, которые работают в этом направлении.

Необходима четкая координация деятельности всех органов власти и неправительственного сектора. По большому счету именно неправительственные организации стали звонить в колокола и говорить, что, если не принимать мер, то ситуация может выйти из-под контроля.

Важнейшая задача — информирование населения о проблеме ВИЧ/СПИДа. Необходим заказ на социальную рекламу в средствах массовой информации. СМИ должны принимать активное участие в этой работе. Граждане должны знать о способах заражения ВИЧ/СПИДом, как предохраняться, какие меры необходимы для предупреждения распространения заболевания.

Несомненно, что ВИЧ/СПИД — не только угроза для конкретного человека, но и национальная проблема. Это заболевание выбивает, прежде всего, молодых людей. Это угроза и экономике, и обороноспособности страны.

Справка

Справка

• Закон о предупреждении ВИЧ-инфекции, принятый в 1995 году, предусматривает:

- регулярное информирование населения о доступных методах профилактики ВИЧ-инфекции;
- эпидемиологический надзор за распространением ВИЧ-инфекции на территории России;
- производство средств профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции;
- доступность медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции, в том числе и анонимного, с предварительным и последующим консультированием.

• Люди, живущие с ВИЧ, имеют право:

- на бесплатное предоставление всех видов квалифицированной и специализированной медицинской помощи, получение бесплатных медикаментов при амбулаторном и стационарном лечении;

- социально-бытовую помощь, получение образования, переквалификацию и трудоустройство.

• Между тем в России на федеральном и региональном уровнях отсутствуют широкомасштабные государственные информационно-просветительские программы профилактики ВИЧ/СПИДа. Российский бюджет не предусматривает финансирования подобных программ.

• Отсутствие информации приводит к появлению страха и предубеждений, которые препятствуют открытому обсуждению проблемы и снижают информированность населения о путях передачи ВИЧ-инфекции и нормах безопасного поведения, а также ведут к дискриминации людей, живущих с ВИЧ.

• В рамках реализации приоритетного нацпроекта «Здравоохранение» увеличено ассигнование на борьбу с ВИЧ-инфекцией. Из федерального бюджета на эти цели выделено 3,1 млрд. рублей, что в 20 раз больше нынешнего уровня финансирования. На сегодняшний день это позволяет практически полностью снять проблему обеспечения АРВ-препаратами всех нуждающихся в лечении.

В преддверии Госсовета



В феврале в Государственной Думе состоялись парламентские слушания по проблемам профилактики ВИЧ-инфекции и лечения СПИДа. Итоги заседания прокомментировала глава Комитета по охране здоровья ГД **Татьяна Яковлева**.

«В Думу были приглашены специалисты-медики, руководители региональных центров по профилактике и борьбе с ВИЧ-инфекцией, представители общественных организаций, которые занимаются вопросами борьбы с ВИЧ, и организацией самих ВИЧ-инфицированных».

Проблема СПИДа по-прежнему остается одной из самых острых во всем мире — до сих пор не удалось стабилизировать распространение ВИЧ-инфекции. И поражает эта инфекция, прежде всего, работающее население. Таким образом, речь идет уже о вопросах национальной безопасности, и эту проблему Президент обозначает практически во всех своих последних выступлениях. Недаром ближайшее заседание Президиума Госсовета будет посвящено именно этой теме. И не случайно проблема распространения инфекционных заболеваний, в том числе и ВИЧ-инфекции, будет рассматриваться на заседании «Большой восьмерки» в Санкт-Петербурге. В настоящий момент межфракционная депутатская группа, которую возглавляет заместитель председателя Госдумы Артур Чилингаров, готовит материалы для этого заседания.

На этом фоне особенно странно выглядит позиция, которую в последнее время озвучивают некоторые СМИ: якобы эта проблема надуманная, она отвлекает много финансовых средств, проблема намеренно раздувается фармацевтическим лобби».

В связи с этим, глава думского комитета еще раз подчеркнула, что проблема ВИЧ/СПИДа признана одной из главных угроз для человечества в мировом масштабе.

В ходе парламентских слушаний еще раз были сформулированы первоочередные задачи, которые требуют решения совместными усилиями общества и всех ветвей власти. Это, по-прежнему, финансовые проблемы. При этом следует отметить, что в национальном проекте «Здравоохранение» на лечение СПИДа выделено 3,1 млрд. руб., и теперь лечение большого количества больных будет полностью финансироваться государством.

«Лечение СПИДа очень дорогое — до 12–15 тыс. долларов для одного больного в год. Министр здравоохранения Михаил Зурабов пообещал, что в ближайшее время стоимость лечения будет снижена до 3 тыс. долларов».

Участники слушаний считают, что это возможно в первую очередь за счет производства

отечественных, а не покупки импортных препаратов. Но существуют рычаги, которые могут позволить удешевлять и импортные лекарства.

Для того чтобы усилия по борьбе с ВИЧ носили системный характер, чтобы можно было преодолеть межведомственные барьеры, участники слушаний рекомендовали создать совет при Правительстве РФ.

«И это очень своевременное предложение, — считает Т. Яковлева, — ведь проблема ВИЧ — это не чисто медицинская проблема, это социальная проблема, к решению которой должны быть подключены помимо Министерства здравоохранения и Министерство образования, и МВД, и другие ведомств».

Т. Яковлева отметила, что во время слушаний прозвучало и другое предложение — повысить статус такого совета до уровня экспертного органа при Президенте РФ.

«По-прежнему не решены и законодательные вопросы, — подчеркнула Т. Яковлева. — Например, не отрегулированы проблемы социальной защиты медицинских работников. Или защита прав нерожденного ребенка в случае, если ВИЧ-инфицированная мать отказывается от лечения. О таких проблемах раньше даже и не думали. Изменилась ситуация, изменились условия, надо менять законодательство».

Одним из самых сложных вопросов при обсуждении профилактики ВИЧ и лечении СПИДа остается разъяснительная, санитарно-просветительская работа, без которой невозможно решение морально-этических проблем в этой области. И, как отмечалось на слушаниях, эта работа нужна в первую очередь среди административных работников, глав местных администраций.

«СПИД — это социально значимое заболевание, и борьбу с ним организывает именно исполнительная власть. А наша исполнительная власть, как часто и законодательная, просто неграмотна в этих вопросах», — сказала Т. Яковлева.



По мнению председателя Комиссии по здравоохранению и охране общественного здоровья Мосгордумы **Людмилы Стебенковой**, поскольку в стране не существует единой государственной программы по борьбе с распространением ВИЧ/СПИДа, деятельность по информированию населения осуществляют различные международные некоммерческие организации.

Так, в Екатеринбурге начата реализация программы центра «Холис», которая осуществляется при поддержке Детского фонда ООН. Основная цель проекта — просветительская работа среди школьников. Кампания осуществляется за счет бюджетных средств при частичном

финансировании Детским фондом ООН (UNICEF). Однако, по словам Л. Стебенковой, около 6 тыс. родителей подписали обращение в прокуратуру и городское Управление образования с требованием прекратить навязывать детям «аморальную информацию», так как, в частности, в школах были показаны мультфильмы, содержание которых не соответствует формам просвещения школьников.

По заявлению Л. Стебенковой, образовательные программы, реализующиеся в России при участии западных фондов, «вызвали возмущение, поскольку под видом профилактики пропагандируется рискованное поведение». Кроме того, с января 2005 года на территории РФ ряд некоммерческих международных организаций реализует масштабный проект, который строится на социальном и коммерческом маркетинге презервативов. «Многие страны отказались от этой практики. Например, в США принята программа, по которой запрещен социальный маркетинг презервативов как профилактика СПИДа», — заявила Л. Стебенкова.

Так, по мнению участников заседания, международные НКО в угоду интересам компаний-производителей средств защиты от ВИЧ фактически пропагандируют механический способ защиты от инфицирования. Они не пропагандируют ответственное поведение, а это, по мнению участников заседания, способствует распространению ВИЧ половым путем. Как отмечают представители пресс-службы Министерства образования и науки РФ, некоторые из материалов (мультипликационные ролики), используемые в рамках программы «Холис», не были представлены на рассмотрение в министерство.

На остальные материалы, по обращению UNICEF Департамент государственной молодежной политики, воспитания и социальной защиты детей Министерства образования и науки РФ дал положительное заключение. На основании рассмотрения материалов и с учетом имевшихся положительных заключений в июле 2005 года департаментом было направлено письмо в адрес UNICEF о возможности использования указанного методического материала.

19 апреля на заседании Московской городской думы было принято обращение к Президенту Российской Федерации В.В. Путину «О необходимости принятия государственной программы профилактики ВИЧ-инфекции в Российской Федерации».

«Уважаемый Владимир Владимирович!

В нарушение российского законодательства при безразличном отношении чиновников в образовательную среду под видом пропаганды здорового образа жизни и профилактики ВИЧ-инфекции в рамках проекта «Глобус» и других международных программ по профилактике

ВИЧ/СПИДа внедряются программы, разрушающие нравственность и здоровье населения, пропагандирующие педофилию, а также проституцию, наркоманию среди подростков. Их реализация способствует не профилактике, а росту ВИЧ-инфекции.

Следует отметить, что проводимые международными фондами программы противоречат не только российскому законодательству, но и постулатам этих фондов, в частности, так называемому ABC-подходу, принятому в США и других странах.

Реализация международными фондами на территории России только пункта С, имеющего целью продвижение на российском рынке механических средств защиты от ВИЧ-инфекции, в отрыве от пунктов А и В, пропагандирующих ответственное поведение и семейные ценности, приводит к пропаганде безнравственного поведения. В условиях превалирования передачи ВИЧ-инфекции половым путем это создает угрозу демографической ситуации и национальной безопасности России.

Считаем, что должны быть задействованы закрепленные Федеральным законом от 10 января 2006 года № 18-ФЗ «О внесении изменений в некоторые законодательные акты Российской Федерации» правовые инструменты ограничения деятельности международных некоммерческих организаций, которая противоречит общественной нравственности, систематически нарушает права несовершеннолетних на нормальное духовно-нравственное и психическое развитие.

Просим Вас приостановить реализацию таких программ, привлечь лиц, допустивших подобные действия, к ответственности и принять меры для утверждения государственной программы профилактики ВИЧ-инфекции в Российской Федерации, основанной на пропаганде ответственного поведения, семейных ценностей, правдивой информации о путях распространения ВИЧ-инфекции и способах защиты от ВИЧ/СПИДа, соответствующей реалиям современной России».

Комментарии



Карина Варганова, координатор программы UNICEF «Здоровье и развитие молодежи»:

— То, что делается противниками подобных программ — смешение всего в одну кучу. Это очень высокодифференцированная программа, в которой нет сексуального просвещения, на котором все заиклились. Есть некоторое количество уроков, посвященных профилактике ВИЧ/СПИДа, наркомании и др. Они адаптированы исключительно под возраст, согласованы со всеми методическими рекомендациями. А те самые

пресловутые видеоматериалы (мультфильмы), о которых все говорят, вообще не вводятся в обязательную программу: это методический материал, который используется в определенных ситуациях специально обученными людьми: будь то педагоги или специалисты.

Светлана Кравченко, САФ Россия:

— Наша организация занимается программой поддержки групп взаимопомощи ЛЖВС, главной проблемой для которых по-прежнему остается дискриминация и нетолерантное отношение общества. Во многом подобная нетерпимость объясняется табуированностью темы секса, которая имела место еще в Советском Союзе, а теперь актуализируется в связи с кампаниями «Безопасного секса нет!» и мнением, что «под видом профилактики пропагандируется рискованное поведение». Были также мнения, что причиной распространения эпидемии нужно считать маргинальные слои населения, свободно относящиеся к отношениям полов. Главная проблема распространения ВИЧ-инфекции сегодня заключается в нехватке информации на эту тему. Нужно быть более лояльными к деятельности тех организаций, которые уже получили положительные результаты своих кампаний, а также к праву молодых людей на свое мнение по поводу безопасного секса. Главное — предоставить им исчерпывающую информацию о проблеме. Логичнее всего, на мой взгляд, не пускаться в словопрения и не перечеркивать одним махом ту работу, которую уже проделали многие НКО, а объективно оценив полученные результаты, объединить усилия и вынести проблему на совместное обсуждение в рамках круглого стола.



По сообщению пресс-службы Московской патриархии, перед заседанием Президиума Государственного совета РФ, **Алексий II** направил Владимиру Путину послание, в котором выразил озабоченность по поводу возможной реализации так называемого проекта

«ГЛОБУС», финансируемого из западных источников и подразумевающего укоренение в российской молодежной среде системы ценностей, никак не совместимой с традиционными нравственными нормами и этикой семейной верности.

«Ситуация, сложившаяся в сфере профилактики ВИЧ-инфекции на территории Российской Федерации, чревата негативными последствиями для нравственного здоровья нации и состояния морали в обществе. При недостаточной информированности общества и не всегда продуманной твердой позиции органов государственной власти под видом пропаганды здорового образа жизни и защиты от СПИДа среди

подростающего поколения распространяются программы, которые могут быть оценены не иначе, как сексуальное и нравственное разращение детей», — говорится в патриаршем послании.

Алексий II отметил, что речь идет о проекте «ГЛОБУС» и других международных программах, которые, под прикрытием борьбы с «чумой XXI века» и на деньги западных фармацевтических компаний и производителей контрацептивов, занимаются продвижением среди молодежи механических средств защиты от ВИЧ. При этом не уделяется должного внимания вопросам воспитания сексуального воздержания и семейных ценностей, что приводит к пропаганде среди подросткового поколения сексуальной вседозволенности и безответственности, снятию всяких моральных устоев и нравственных ориентиров.

Кроме того, в патриаршем послании выражена озабоченность тем фактом, что программы, используемые в рамках проекта «ГЛОБУС» среди подросткового поколения, подготовлены для взрослой аудитории развивающихся стран с высокими показателями рождаемости и низким образовательным уровнем населения. Поэтому методики, используемые международными организациями, только на словах решают задачу защиты населения от СПИДа, а на деле увеличивают угрозу репродуктивному здоровью нации и демографической безопасности России.

Признавая борьбу с распространением СПИДа в России делом государственной важности, патриарх, тем не менее, подчеркивает, что такая постановка вопроса все же никак не подразумевает «необходимости внедрять в молодежную аудиторию установки и стереотипы, чуждые нашей культуре, традициям и морали».

По мнению представителя РПЦ, более действенной является «систематическая работа по воспитанию у подростков взаимной верности, семейных ценностей, заботы о собственном здоровье и ответственности за здоровье близких людей».

В заключение Алексий II выражает надежду на понимание и поддержку позиции Русской православной церкви в данном вопросе со стороны высшей государственной власти.

Особое мнение



Редактор эфирного вещания радиостанции «Эхо Москвы» в Перми **Ольга Седурина:**

— Проблема действительно серьезная, и по подсчетам наших экономистов при той модели развития эпидемии, которую предлагают наши ученые, падение ВВП из-за роста числа людей с ВИЧ, ежегодно достигает 1%. Если не будут предприниматься конкретные меры, то падение ВВП к 2010 году из-за ВИЧ дос-

тигнет 4,2%. С чем это связано? Ни для кого не секрет, что ВИЧ — это заболевание, которому подвержены молодые и работоспособные люди. Более того, в связи с таким аспектом, как зависимость, близкое окружение ВИЧ-положительных также становится менее работоспособным. У нас ситуация по ВИЧ неблагоприятная, и озабоченность политиков понятна. Другое дело, что мне не понятны многие их шаги.

В начале эпидемии в России был принят закон о ВИЧ. Там была статья о преднамеренном заражении ВИЧ. В ней имелись пункты, которые касались заражения в медицинских учреждениях и заражения гражданином гражданина. Тогда в России ситуация доходила до абсурда. Например, соседка могла узнать, что ее сосед живет с ВИЧ-положительной женщиной. И эту женщину могли посадить на 5–7 лет. Впоследствии закон был смягчен.

Другой вопрос с заражением ВИЧ в медучреждениях. Если сегодня провести тотальное исследование на ВИЧ-инфекцию, может оказаться, что число ВИЧ-положительных людей вырастет на порядок. В России официально зарегистрировано около 400 тысяч людей, живущих с ВИЧ. Но по оценкам ООН эта цифра составляет 1 млн. 200 тысяч.

Человек знающий о том, что у него ВИЧ потенциально опасен в плане заражения. Человек, который этого не знает, также опасен. Незнание закона не освобождает от ответственности. Но мы должны понимать, что ВИЧ при нормальном образе жизни может не проявляться в течение 10 лет. И ужесточать меры по преднамеренному заражению достаточно странно. А почему тогда не ввести меры за заражение гриппом? От гриппа каждый год умирают больше, чем от ВИЧ!

Сейчас говорят о том, что надо прекратить программы по безопасному сексу, как программы, развращающие молодежь. Вот что еще меня пугает. Я подозреваю, что нас пытаются привести к мнению о том, что секса нет.

Трудно сказать, насколько специально человек заражает другого человека... Это тема, в том числе, и одиночества. Человек боится остаться один. Если бы этим людям кто-то предлагал психологическую поддержку, если бы были специальные программы, они бы вели себя иначе.

При этом, я считаю, что ответственность должны нести оба — как тот, кто может заразить, так и тот, кто может заразиться. В подавляющем большинстве случаев сексом занимаются два человека. И оба должны понимать, что есть вероятность передачи какого-то заболевания, оба должны думать об этом. И дело не только в ВИЧ, но и в гепатите, и в списке из 20–30 заболеваний, передающихся половым путем.

Патриарх Алексий на приеме у Президента России выразил озабоченность внедрением в Рос-

сии западных программ борьбы со СПИДом, несовместимых, по его мнению, с нравственными нормами. «Под видом пропаганды здорового образа жизни и защиты от СПИДа среди подрастающего поколения распространяются программы, которые могут быть оценены не иначе, как сексуальное и нравственное развращение детей», — говорится в патриаршем послании, направленном на имя главы государства в преддверии заседания Президиума Госсовета РФ по борьбе со СПИДом. Также он потребовал запретить на территории России работу международных программ по противодействию эпидемии ВИЧ.

Основной посыл этого — у нас особый путь, западные программы нам не подходят. Не так давно в программе «Говорим с Америкой» мы говорили о девочках рискованного поведения в контексте ВИЧ-инфекции. Постоянно повторяется словосочетание: «американские стандарты». Это странно слышать. Америка — достаточно пуританская страна. И введя пуританские законы, они получили огромное количество детских и юношеских беременностей и аборт. Что тоже прискорбно.

Молодость — есть молодость. Если молодежи что-то запрещать, это не значит, что она не будет это делать. Она просто будет прятаться. Эпидемии перейдут в скрытую форму. И появится больше людей, которые будут покупать справки о том, что у них нет ВИЧ.

Что же так пугает Мосгордуму и Русскую православную церковь? Какие конкретно программы они хотят запретить? Страшные программы. А конкретно — это проект «Глобус», который подразумевает как профилактические, так и лечебные мероприятия. Это деньги Глобального фонда, в который Россия ежегодно вкладывает свою часть средств. Профилактические программы — это работа со школьниками, так называемые программы по здоровому образу жизни. Программы по защищенному сексу, «презервативам», занимают в «Глобусе» очень небольшую часть. Тотальной раздачи презервативов первокурсникам в проекте не предусмотрено.

Что лично меня пугает? В прессе — желтой и околоцерковной, касается это всех христианских конфессий — буквально в последние месяцы вдруг появилось очень много статей о чудесном исцелении в церкви. Что хочет этим сказать церковь? То, что люди будут молиться и достигнут равновесия? Возможно. Но победить болезнь только духовной культурой невозможно. Это и медицинская, и социальная проблема.

И если следующим шагом будет то, что людей начнут убеждать, что молитва может спасти от заражения, то в этом случае эпидемия перейдет в скрытую форму, и это даст еще более страшные результаты.

* * *

Открытое письмо «ГЛОБУСа» в Президиум Государственного Совета Российской Федерации

Во время недавнего заседания Мосгордумы рядом депутатов были сделаны заявления, в которых подается искаженная информация о деятельности некоммерческих организаций (НКО) по борьбе с ВИЧ/СПИДом в Российской Федерации. В частности, в качестве негативного примера указывается проект «ГЛОБУС», который с августа 2004 года реализуется в России консорциумом некоммерческих организаций при финансовой поддержке Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией. В данном открытом письме фонд «Открытый институт здоровья населения», как основной получатель средств по проекту «ГЛОБУС» и ведущая организация консорциума, хотел бы предоставить правдивую информацию о данном проекте.

Целью проекта «ГЛОБУС» является стимулирование эффективной национальной стратегии борьбы с ВИЧ/СПИДом на территории России и реализация основных принципов этой стратегии в 10 субъектах федерации. Проект осуществляется членами консорциума в тесном сотрудничестве с региональными партнерами и федеральными государственными учреждениями, в том числе с Минздравсоцразвития, Роспотребнадзором, Федеральной службой исполнения наказаний и Министерством образования РФ. Деятельность проекта регулярно освещается на Национальном координационном комитете и Координационном совете по борьбе с ВИЧ/СПИДом Минздравсоцразвития РФ.

Основной акцент «ГЛОБУСа» делается на профилактике ВИЧ-инфекции, однако, в рамках проекта имеется и значительный компонент по расширению доступа к лечению СПИДа. За полтора года «ГЛОБУСом» закуплено и поставлено в российские регионы медицинского и немедицинского оборудования на сумму более 3 млн. долларов США. В результате сложных переговоров с фармкомпаниями удалось более чем в 3 раза снизить цены на антиретровирусные медикаменты. В 13-ти лечебно-профилактических учреждениях организованы программы лечения ВИЧ/СПИДа, включая поставки 1200 комплектов АРВ-препаратов для жизнесохраняющей терапии. В общей сложности проведено около 400 семинаров, на которых более 4500 региональных специалистов прошли подготовку по антиретровирусной терапии, паллиативной помощи и методам профилактики ВИЧ-инфекции. Выдано более 150 региональных грантов, которые сегодня позволяют 79 государственным органи-

зациям и 75 НКО проводить профилактику ВИЧ/СПИДа среди общего населения и таких сложных социальных групп, как потребители наркотиков, лица, оказывающие сексуальные услуги за плату, безнадзорные дети и заключенные. Общее количество клиентов, которые получили лечебно-профилактические услуги в рамках проекта «ГЛОБУС» уже превысило 15 тыс. человек.

Во всех регионах действия «ГЛОБУСа» Центральным научно-исследовательским институтом организации и информатизации здравоохранения, проводится регулярный мониторинг и оценка мероприятий. Например, оценка информационных программ показала, что молодежь, охваченная ими, демонстрирует более ответственный подход к выбору модели поведения. Так, среди тех, кто видел информационные материалы «ГЛОБУСа», 53% высказались за отказ от вступления в сексуальные отношения при отсутствии у них средств защиты. Среди тех, кто не видел кампанию, таких оказалось только 38%. Подобные положительные сдвиги отмечаются и в отношении других целевых групп проекта.

Следует отметить, что мировой опыт отнюдь не ограничивается стратегией ABC [Abstinence, Being faithful to one partner and Condom use promotion — Продвижение идей воздержания от секса, верности одному партнеру и использования презервативов — прим. ред.], на которую имеется ссылка в заявлении Мосгордумы. Эта стратегия официально декларируется и поддерживается лишь одной конкретной страной и не имеет отношения к проекту «ГЛОБУС», в основе которого лежит всеобъемлющий комплекс лечебно-профилактических мероприятий, основанный на лучших мировых практиках противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа.

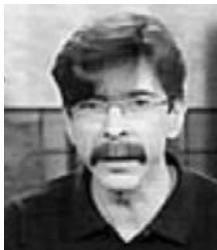
ВИЧ/СПИД является новым вызовом для нашего общества, поэтому, не все люди, даже среди профессионалов, вовлеченных в борьбу с болезнью, демонстрируют полное понимание проблемы и готовы признать необходимость внедрения реалистичных методов противодействия эпидемии. Понимая и принимая разницу в позиции наших оппонентов, мы тем не менее хотели бы привлечь внимание к недопустимости передергивания фактов и искажения действительности. Несправедливая критика и безосновательные обвинения в адрес НКО не помогают в решении эпидемиологической угрозы, которая нависла над нашей страной.

Директор ОИЗ

Васильева Н.В.

Руководитель проекта ГЛОБУС
Бобрик А.В.

22 апреля 2006 года. В эфире радиостанции «Эхо Москвы» Инна Святенко — заместитель председателя комиссии Мосгордумы по здравоохранению и охране общественного здоровья, Мария Черток — директор британской благотворительной организации CAF в России, Алексей Бобрик — кандидат медицинских наук, руководитель проекта «Глобус» по борьбе со СПИДом. Эфир ведет Сергей Бунтман.



С. Бунтман: Инна Юрьевна, я бы хотел сначала послушать вашу позицию, потому что, насколько мы понимаем, Мосгордума как раз озабочена тем, что различные организации, борющиеся со СПИДом, фактически превращают это, как считаете вы и считает комиссия, в действие обратное. Пожалуйста, изложите, объясните позицию Мосгордумы и комиссии по здравоохранению.

И. Святенко: В среду Мосгордума подписала обращение к Президенту Путину, чтобы он обратил внимание на то, что целый ряд некоммерческих организаций, международных организаций распространяют свою агитационную литературу, также готовят уроки непосредственно с нашими российскими школьниками по якобы борьбе со СПИДом. Но, к сожалению, рассмотрев те материалы, видеоматериалы, те документы, методички для подготовки школьников, мы считаем этот путь абсолютно неприемлемым.

Во главу угла ставится так называемая безопасность секса, то есть использование презерватива, и пропагандируется то, что половых связей может быть сколь угодно много, главное, чтобы все пользовались презервативами, и тогда не будет СПИДа. Но однако мы считаем, что во главу угла надо ставить прежде всего семейные ценности, воздержание, а потом уже использование презерватива при половых связях. Значит, если говорить о том, что такая ситуация сейчас есть, к нам обратились екатеринбургские родители (кстати, вот как раз там программа «Глобус» проводит целый ряд мероприятий со школьниками). Я могу вам так коротко обрисовать. Значит, урок номер 1, «Вечеринка». Дети должны стать в круг (это программа для школьников 10–11 лет) и соответственно каждый из них должен путем рукопожатия (потому что это игра) якобы вступить в половые отношения с партнером. Три раза он должен, а четвертый по желанию. И результат должен быть таков, что дети должны прекрасно понимать, что если они три-четыре раза вступают в половые контакты, то они всегда должны пользоваться презервативами.

Мы считаем это абсолютно недопустимым и поддерживаем родительскую общественность Екатеринбурга, поэтому обратились к Президенту Путину с обращением от Мосгордумы, чтобы тщательно рассматривали деятельность

некоммерческих организаций на территории РФ и все-таки пересмотрели саму концепцию здравоохранения.

С. Бунтман: Борьбы со СПИДом?

И. Святенко: Да, именно в той области, что все-таки прежде всего надо ставить семейные ценности изначально, второе — воздержание, а потом уже пользование презервативом.

С. Бунтман: Понятно. Алексей, проект «Глобус» был как раз упомянут, я хотел бы, чтобы вы изложили свою позицию по этому вопросу.

А. Бобрик: Во-первых, проект «Глобус» в Екатеринбурге не работает. Кроме того, многие обвинения, которые вообще были выдвинуты в отношении проекта «Глобус» абсурдны и не имеют под собой никаких оснований.

С. Бунтман: Например, какие? И почему не имеют оснований?

И. Святенко: Видеоролик, где делали, не проект «Глобуса»?

А. Бобрик: Нет.

И. Святенко: Так, хорошо.

А. Бобрик: Кроме того, были заявления, что «Глобус» — это в основном распространение презервативов или социальный маркетинг. В бюджете «Глобуса», который составляет порядка 17 миллионов долларов в год, всего лишь 80 тысяч долларов было потрачено на закупку и распространение презервативов, то есть это ничтожно малая часть всего бюджета, это очень небольшое направление. Проект «Глобус» в первую очередь, исходя из бюджета, это медикаменты, это лабораторное оборудование. За полтора года, что мы работаем, мы поставили в 10 регионов РФ лабораторного оборудования на сумму более трех миллионов долларов, 1200 комплектов для антивирусной терапии, то есть это жизнесохраняющее лечение. 150-ти организациям, как государственным, так и негосударственным, причем государственных большинство, около 80, выданы гранты для ведения профилактической работы, для реализации лечебных мероприятий. Проекту «Глобус» удалось в три раза снизить цены на антивирусные медикаменты, которые еще

два года назад в России стоили не менее четырех тысяч долларов за комплект терапии. Мы сумели купить их за полторы тысячи долларов на одного больного в год. Действительно, в проекте «Глобус» есть компонент, связанный с презервативами.

С. Бунтман: На каком он месте? Вот Инна Юрьевна говорила как раз о местах по значимости в борьбе со СПИДом и в воспитательной работе.

А. Бобрик: Мне кажется, я ответил, когда сказал сумму бюджета — 80 тысяч долларов. Я уверен, в Москве за два месяца продается презервативов на большую сумму, из бюджета в 17 миллионов долларов, то есть у нас это очень небольшой компонент всего проекта. Кроме того, я не понимаю, почему «Глобус» должен стыдиться этого компонента? Ведь презервативы являются необходимым элементом комплексной профилактики. Никто не говорит, что это единственный элемент, но это абсолютно необходимый компонент, потому что секс очень трудно сделать не популярным.

С. Бунтман: Пожалуйста, теперь я бы хотел послушать Марию Чертог, директора британской благотворительной организации САФ.



М. Чертог: Есть определенные западные методики, которые зарекомендовали себя, так или иначе, успешно. Но сейчас речь идет о том, что из-за того, что какая-то одна неправительственная организация делает что-то, возможно, не так, возникает тема контроля за деятельностью всех неправительственных организаций. И за последний год это возникает уже не в первый раз. Поэтому, в некотором смысле это уже носится в воздухе, и проще всего прибегнуть к аргументу «давайте их проконтролируем». Но я хочу заметить, что до сих пор, в общем, максимальные усилия по профилактике и борьбе со СПИДом предпринимают исключительно неправительственные организации. Государство очень мало задействовано в этой теме. Все, что делается государством, в основном делается на средства, опять же, западных доноров, того же самого Глобального фонда, Всемирного банка и т.д. В этом смысле, может быть, стоит сначала задуматься над тем, что проблема есть и ей надо заниматься, а потом уже пинать тех, кто что-то делает в этой сфере?

С. Бунтман: Хорошо, тогда давайте конкретно. Пожалуйста, Инна Юрьевна, у Москвы и в частности у Московской думы, у Комитета по здравоохранению есть сформулированная, проартикулированная и изложенная программа профилактики СПИДа в том числе?



И. Святенко: Да, конечно, мы готовим эту программу. Именно поэтому на Госсовете вчера и обсуждался вопрос, который поднимал Юрий Михайлович как раз по нашим программам борьбы со СПИДом. Знаете, очень трудно в эфире без бумаг нам спорить. Говорят, что не были в Екатеринбурге, а мы говорим, что были. Ну, это как бы неуместно.

С. Бунтман: Знаете, это слово против слова. Если вы посылаете официальное письмо, значит есть факты, и организация должна на него ответить, также приведя факты. Давайте договоримся так, есть некий факт и некая истина, а не борьба двух мнений, кто окажется сильнее. Она доказывается просто — кто докажет, тот будет прав.

И. Святенко: Абсолютно с вами согласна. И продолжая тему Марии, о которой она сказала, что легче всего контролировать те некоммерческие организации, которые работают на территории города, я считаю, что СПИД и вопросы именно полового воспитания подрастающего поколения — это настолько серьезно, что контролировать их нужно обязательно для того, чтобы они не несли в том числе и несколько искаженные понятия того, о чем мы сейчас и говорим, именно в борьбе со СПИДом.

С. Бунтман: Понимаете, Инна Юрьевна, я как раз задаю вопрос о программе. Вы говорите, что она разрабатывается, трудно без бумаг рассказать. Что в ней главное, если она разрабатывается? Основные положения вы можете сказать?

И. Святенко: Мы делаем акцент на развитие семейных ценностей, это звучит несколько пафосно и громко. И здесь основная проблема — как их донести нашим ребятам. Ведь все прекрасно помнят, даже когда я была школьницей, что были некоторые уроки семейной этики, когда все сидели и тихонечко хихикали над учителем, который рассказывал то, что мы все уже давным-давно якобы знали. И важно, чтобы тема была настолько проработана и психологами, и специалистами в области борьбы со СПИДом, чтобы это была действительно программа, которую можно донести нормальным языком, адаптированная к нашей российской ментальности.

С. Бунтман: Тогда у меня встречный вопрос. Во множестве стран проблема СПИДа стоит давно и остро (она и у нас стоит давно и остро, но во многих странах ее просто раньше начали осознавать), и учитывая этот опыт, можно ведь сесть, пригласить, поделиться этим опытом, поспорить, что называется, в чистом поле? Почему же сразу через начальство?

И. Святенко: Не сразу через начальство. Мы в Москве решаем эти вопросы в рамках нашего города, но мы как раз и приглашаем всех обратить внимание на эту проблему. Вы вот говорите, начальство. Давайте, пусть Президент живет в неведении, мы можем его вообще в стеклянный ящик определить, и чтобы он ничего не знал.

С. Бунтман: Да нет, Президент и так живет в неведении, судя по некоторым высказываниям. Но нам же нужно в Москве и в стране решить проблему. Вы с неправительственными и некоммерческими организациями встречались?

И. Святенко: Обязательно, и много лет, и обсуждали вопросы еще три года назад с РСА, той организацией, которая тоже очень активно участвовала на Санкт-Петербургских дискотеках именно для несовершеннолетних, когда им раздавали презервативы. Также целый ряд некоммерческих организаций приглашали, и выступали в Министерстве здравоохранения. К сожалению, нас не всегда слышат. Именно поэтому это уже был тот путь, без которого мы не смогли бы донести эту проблему до уровня РФ.

С. Бунтман: То есть вы считаете, что единственный способ сейчас донести — это написать Президенту?

И. Святенко: Да. Ведь здоровье наших детей, здоровье нации — это крайне серьезный для России вопрос. Тем более, что мы не будем с вами стесняться и говорить о том, что у нас СПИД идет на убыль. Это не так, болеют.

С. Бунтман: А кто-нибудь говорит, что СПИД идет на убыль?

И. Святенко: Так вот именно поэтому надо не только говорить об этом, но и звонить во все колокола, во все инстанции, какие возможно.

С. Бунтман: Давайте я прочитаю то, что нам пишут слушатели на пейджер, очень интересно. Так, смотрите: «Говорить, что вредно пропагандировать презервативы для борьбы со СПИДом, а нужно вести праведный образ жизни, то же самое, что говорить, чтобы не было пожаров, не нужно курить и огнетушители покупать не стоит», — пишет Светлана Ивановна. Дальше: «Никак не возьму в толк, — пишет Анатолий, — причем тут некоммерческие организации и как их некоммерческая развращает молодежь?». Ну вот, Анатолий, вам объясняют. Так, теперь про семейные ценности. Татьяна пишет: «Собственно, что это такое в условиях дикого расслоения общества? В девятиметровой комнате живут родители и дети. Это семейная ценность?». Так, дальше — проблема СПИДа и заражения им не только половым путем. Татьяна пишет: «Прихо-

дишь в районную зубоорачебную поликлинику — это мрак и туман. Приборы не обрабатываются, я там дважды заражалась стоматитом и лишаем». То есть здесь огромная комплексная проблема решить которую можно только с помощью государства, исполнительной и законодательной власти. И даже если Президент обратится к народу: «Братья и сестры, храните семейные ценности!» — все равно без нашего общего участия, государства, выбранных депутатов и все большего числа общественных организаций, наверное, не разобраться.



А. Бобрик: По сути, большинство индустриально развитых стран Европы использовало достаточно стандартный комплекс мероприятий, который доказал свою эффективность за последние 15 лет активного применения. Во-первых, это, конечно, работа среди молодежи и общего населения, которая в том числе нацелена на сексуально активное население, которая в том числе включает просвещение и по вопросам презервативов. Второй компонент этих комплексных программ — работа среди так называемых уязвимых групп или групп риска, то есть это потребители инъекционных наркотиков, это лица, оказывающие сексуальные услуги за плату, это геи, это заключенные, это безнадзорные дети. Третий компонент — предоставление антивирусной терапии, обеспечение безопасности донорской крови. То есть я подчеркиваю, что нельзя выдергивать один аспект проблемы, тем более такой чувствительной (СПИД вообще очень спорная, чувствительная тема) и на нем, тем более еще и искажая информацию, строить обвинения оппонентов. Нравственность — хорошо, но это не автоматический знак равенства здоровью. Никто не возражает против пропаганды моральных ценностей, но писать на плакатах «Безопасного секса нет» — это обманывать потребителя, потому что, если мы за нравственность, давайте писать: «Любовь до гроба» или «Храни верность любимому» и т.д. Если безопасного секса нет, тогда нет ремней безопасности, тогда нет подушек безопасности, ведь они тоже стопроцентной защитой не обеспечивают.

С. Бунтман: Большинство наших российских автомобилистов считают, что пристегиваться не надо, потому что со мной никогда ничего не случится. «Я аккуратно езжу» называется это заблуждение. Это неправда, и поэтому обкладывают нас подушками и ремнями. Можно конечно научиться красиво, хорошо и безопасно водить, но в том, что касается СПИДа...

М. Чертор: Почему-то к Президенту пошли и привлекли его внимание, что что-то делается не

так. Многие годы неправительственные организации, в общем, пытались так или иначе привлечь внимание высокого начальства и через него, может быть, и общества к тому, что проблема есть и что она не решается. И если продолжить вашу мысль о безопасной езде, то когда вы покупаете машину и у вас там есть подушки безопасности, вы же не будете их оттуда вырезать только потому, что вы считаете, что ездите безопасно. Но к сожалению, в человеческое поведение ничего не вмонтировано. Человек должен делать определенный выбор, он должен вести себя соответственно. К примеру, он не должен ходить в зубную клинику, где не стерилизуют инструменты. И это, в конце концов, вынудит зубную клинику их стерилизовать. Но для этого все должны помнить, что СПИД есть, и им можно заразиться. И здесь государство, СМИ должны предпринять достаточно значимые и последовательные усилия, чтобы изменить общественное сознание. Одним неправительственным организациям с этим не справиться.

И. Святенко: Я считаю, что должна быть национальная программа. Конечно, некоммерческие организации могут в этом участвовать, но здесь важно, чтобы была выстроена единая линия. Например, я знаю, что в клубах Санкт-Петербурга молодежи на вечеринках помимо презервативов, раздавались и одноразовые шприцы. Я считаю, что это завуалированная пропаганда употребления наркотиков. Поэтому, для нас важно, чтобы была выработана единая концепция, каким образом мы в России боремся со СПИДом, и тогда уже подключать некоммерческие организации именно к единой линии государства.

С. Бунтман: Простите, а как можно выработать единую концепцию, не привлекая к этому общество и опыт? А некоммерческие организации – это ведь добровольные организации, в которых участвует общество, и без их мнения можно только нереализуемые фантастические проекты разрабатывать.

И. Святенко: Так вот еще раз повторю, что, конечно, нужно привлекать некоммерческие организации, но очень вдумчиво, проверяя каким образом они преподносят материал. Я уверена, что вам бы не захотелось, чтобы ваша дочь играла в игру «Вечеринка», как в Екатеринбурге, для того чтобы понять, нужно пользоваться презервативом в десять лет или нет.

С. Бунтман: Я не знаю, все зависит от того, как преподнести и преподавать. Я не могу вам ответить на этот вопрос, потому как мне может и не понравится. Мне вообще многие вещи не нравятся в истории, в физкультуре, в физике, в химии, в литературе. Для этого существуют вопросы, которые я задам учителям. А так заранее

сказать... Откуда я знаю, может это спасет мою дочку, которая побоится задать какой-нибудь вопрос родителям? Может, это спасет ее от опрометчивого поступка через несколько лет? Откуда я знаю?..

Итак, я читаю то, что вы пишете, 725-66-33. «Я вообще не верю в существование СПИДа». Ну, можно и так, конечно, подойти. Очень хорошо. К сожалению, тем тяжелее будет разочарование, когда вы узнаете, что это реальность. Я обращаюсь к слушателям.

Алексей пишет: «Ханжество и лицемерие цветет махровыми цветами. Забраковали отличную программу сексуального воспитания детей в школе. Главный вопрос на повестке дня – как без сексуальных отношений увеличить рождаемость?».

Владимир говорит: «Кажется, государство еще ничего не может предложить, но проконтролировать хочется уже сейчас».

Дальше: «Если человек употребляет наркотики, то чистый шприц может спасти его от заражения. Если человек не колет, то дай ему хоть килограмм шприцев, наркоманом он не станет», – пишет Константин. Все из Москвы, без имени читать не буду, все.

Так, продолжаем разговор. Хорошо, давайте поговорим, что все-таки побуждает обращаться к Президенту? Мне кажется, что это самый кривой путь на свете для решения проблем – просто рассказать Президенту, что кто-то сомневается в неправительственных организациях. Вот что может сделать Президент? Скажите, пожалуйста, Инна Юрьевна.

И. Святенко: Президент может определить национальный проект и еще раз пересмотреть саму концепцию борьбы со СПИДом в РФ, для того чтобы у нас кто в лес, кто по дрова без единой концепции не боролся со СПИДом.

С. Бунтман: А кто это будет делать? Медведев? Сергей Борисович Иванов? Кто там занимается?

И. Святенко: Слушайте, у нас столько людей, которые занимаются национальными проектами. Неужели не найдется в Министерстве здравоохранения тот, кто возглавит именно эту работу? У нас, я уверена, есть департаменты в Министерстве здравоохранения, которые точно также занимаются этими вопросами, но почему-то не учитывают, что у нас есть некоммерческие организации, которые занимаются и так и сяк, и разэтак.

С. Бунтман: Но занимаются ведь. А по конкретным фактам можно ведь подать...

И. Святенко: А кто проверил результаты?

С. Бунтман: Так может проверить?

И. Святенко: А вот когда проверяли, увидели, что это не так эффективно, как хотелось бы.

С. Бунтман: А если есть недовольство, можно же подать в суд, а не Президенту.

И. Святенко: Эти вопросы тоже будут обсуждаться.

С. Бунтман: Так надо подать в суд. А причем тут Президент? Что он — рассудит? Поручит департаменту в Министерстве здравоохранения, которое уже, как мне кажется, все остальные проблемы здравоохранения замечательно решило?

И. Святенко: Я вот только не могу понять, почему вас так мучает, что Президент о чем-то узнает? Почему он должен сидеть в неведении в своем кабинете?

С. Бунтман: Он узнает, хорошо. Давайте напишем письмо Президенту о результатах, я не знаю, исследований зондов на Марсе. Он тоже об этом узнает, но он бессилён что-либо сделать. Почему мы верим, что один человек у нас все сделает? Почему мы так верим, что один человек может сказать: «Да будет не СПИД» или «Анти-СПИД», «И стал анти-СПИД»? Ведь это же заблуждение. И таким образом, простите меня, мы всю государственную систему подставляем. Я все-таки думаю, что есть масса людей, которая может в этом помочь, и прежде всего люди, которых мы выбирали и облакали властью. А вот когда вся комиссия скажет: «Ребята, мы вместе со всем населением Москвы и с неправительственными организациями сделали все, что могли, но ничего не вышло», вот тогда уже к Президенту, мне кажется. Я не знаю, это конечно мое личное мнение... Пожалуйста, Мария.

М. Чертог: Я хотела в связи с национальными проектами и государством Дмитрия Анатольевича Медведева процитировать. Он 12 апреля выступал на таком форуме, который назывался: «Общество, благотворительность, национальные проекты». На этом форуме речь шла, прежде всего, о том, как неправительственные организации могут участвовать и помогать государству в реализации национальных проектов. И очень такой был позитивный форум в том смысле, что все представители государства, которые выступали там, включая министра Фурсенко, статс-секретаря министерства труда, здравоохранения и социального развития Глебову и самого Медведева, все говорили о том, как это прекрасно, что у нас есть неправительственные организации, которые могут помочь в реализации национальных проектов. В частности господин Медведев сказал следующее: «Мы очень приветствуем деятельность в России международных неправительственных организаций, особенно их деятельность в сфере пропаганды

здорового образа жизни». Практически дословно процитировала. В общем, мне кажется, это такое очень позитивное сообщение как неправительственным организациям, так, в общем-то, и чиновникам, а также депутатам о том, что, давайте, товарищи, смотреть открытыми глазами на то, что происходит, с готовностью к диалогу. Наверно, он даже не зря выделил эту тему, потому что, в общем, очевидно лидерство неправительственных организаций в этой теме. И в этом смысле то, что Мосгордума вместо того, чтобы сосредоточить свои силы на профилактической работе, на помощи ВИЧ-инфицированным и т.д., опять бежит жаловаться на неправительственные организации, мне кажется, в этом есть какая-то определенная беспомощность.

С. Бунтман: Хорошо. Инна Юрьевна, ответьте, какие конкретные мероприятия Москвы по борьбе со СПИДом и помощи ВИЧ-инфицированным?

И. Святенко: Работает программа «Анти-СПИД», точно так же, как в России, в Москве особое внимание уделяется этим проблемам. И у нас есть департамент здравоохранения, в котором также разрабатывается целый ряд программ. И мне казалось, что мы пришли сюда не парировать друг другу кто лучше. Но когда у нас некоммерческие организации, по вашим словам, имеют приоритет именно в области работы со СПИДом, я считаю, это неправильно. Давайте теперь некоммерческим организациям разрешим, допустим, регулировать правила дорожного движения. Что мы получим? Мы получим то, что у нас каждая некоммерческая организация будет устанавливать свои правила дорожного движения на каждой улице.

М. Чертог: Извините, когда я говорила про приоритеты, я просто имела в виду, что они лидируют в этом.

И. Святенко: Я поняла вас. И мне хотелось бы отметить, что важно все-таки, чтобы было встраивание некоммерческих организаций, их работы, их деятельности на территории РФ в ту концепцию, которая будет разрабатываться для всей России. А не так, как вы считаете, что надо бороться тем, что раздавать презервативы — вы ведь это делаете. Если вы считаете, что надо 10-летних детей учить вступать в половые связи, причем формой, что должны вступить в течение вечеринки с тремя, а с четвертым по желанию, то этим занимаются некоммерческие организации.

С. Бунтман: Один маленький вопрос...

И. Святенко: Я считаю, сейчас я дорасскажу, что должна быть определенная выдержанная ментальность России, должны быть определен-

ные вопросы, связанные с тем, а хотят ли родители этих детей, чтобы их учили в течение одной вечеринки вступать в половые связи три раза?

С. Бунтман: Можно один вопрос? Пока не будет выработана и принята программа, могут ли некоммерческие организации, во всяком случае, способствовать закупкам медикаментов, оборудования? То, о чем говорил Алексей.

И. Святенко: Конечно. Это крайне важная работа и это реальная помощь в связи с тем, что, конечно, закупка медикаментов и специальных материалов — это очень важно и дорогостояще. Конечно, если будет именно такая помощь в борьбе со СПИДом, то никто не против. Но вопросы профилактики, информированности крайне деликатны. Вот, мы перед новостями как раз с вами обсуждали семейные ценности. Конечно, важно, чтобы ребенок не искал информацию со стороны. Да что говорить, у нас все дети в Интернете.

С. Бунтман: Ребенок всю жизнь искал информацию на стороне.

И. Святенко: Хотелось бы, чтобы все-таки интимные вопросы обсуждались дома, в семье, и он узнал бы об этом от родителей.

С. Бунтман: Инна Юрьевна, где мы узнавали информацию все-таки? Так ли уж от родителей?

И. Святенко: От родителей, если родители ведут нормальную работу со своими детьми.

С. Бунтман: Но иногда они не успевают, потому что родители очень часто не знают, в каком возрасте что можно рассказать. И очень часто они опаздывают, а информация уже есть. Вы сами говорите, что на семейных уроках хихикали все, потому что все все знали.

И. Святенко: Я согласна, что семьи бывают разные, но очень хотелось бы, чтобы в семье устанавливались именно такие доверительные взаимоотношения, чтобы это была не только модель «отец—сын», а модель именно дружеская, когда именно своим родителям можно доверить самое интимное.

С. Бунтман: А откуда родители узнают, как нужно рассказывать детям?

И. Святенко: А вот мы с вами сейчас как раз подошли ко второму вопросу.

С. Бунтман: Я видел очень много материалов, которые как раз направлены к родителям, которые были, честно говоря, прежде всего, у некоммерческих организаций. Сейчас, пожалуй, Алексей, если у вас есть, что добавить.

Просто много любопытных наблюдений, как говорил Паниковский, «из раннего времени», как давали по шее родителям, если они что-то рассказывали до того, как это говорили в школе, совершенно парадоксальные были вещи.

А. Бобрик: Я бы хотел добавить несколько, если можно так сказать, деталей к роли или к пониманию роли некоммерческих организаций в борьбе со СПИДом в России, так называемые СПИД-сервисные НКО. Вообще, так уж сложилось, что в основном специализированные НКО работают в течение последних десяти лет в двух сферах в России. Первая — это работа с так называемыми группами риска, то есть те группы населения, к которым государственные учреждения очень часто не имеют доступа, и поэтому здесь НКО более эффективны. Второе направление — это защита прав людей, живущих с ВИЧ/СПИДом. И, наконец, третье, что оформилось буквально недавно, к примеру, «Глобус» является очень ярким примером — НКО все больше и больше проявляет высокий профессионализм в несколько нетрадиционных для некоммерческих организаций проектах, таких как закупки и поставки оборудования, медикаментов, разработке клинических руководств, в том числе по паллиативной помощи, первое в России было разработано НКО.

С. Бунтман: Паллиативная — это что в данном случае?

А. Бобрик: Помощь для людей, умирающих от СПИДа.

С. Бунтман: То есть нельзя оказать помощь, которая бы их вылечила, да?

А. Бобрик: Это чуть-чуть упрощенный подход, так называемая терминальная.

С. Бунтман: Я просто упрощаю для того, чтобы было понятно.

А. Бобрик: Да, действительно так. То есть что я хочу подчеркнуть? Что, в общем-то, нельзя рассматривать или, скажем так, не совсем правильно рассматривать НКО только как младших братьев государственных организаций. Очень часто НКО во многих сферах оказываются более эффективными. Мы безусловно не претендуем на какую-то ведущую роль. Конечно, это забота государства обеспечивать лечение, обеспечивать безопасность донорской крови и по ряду целых важных направлений. Но еще пять лет назад предыдущий министр здравоохранения публично отрицал проблему с ВИЧ/СПИДом в России. Именно НКО и международные организации во все колокола звонили, что ситуация тревожная. Именно НКО озвучивают первыми острые проблемы и, привлекая недостающие финансы, берутся за

их решение. Следует отметить, что в России специализированные НКО как правило очень-очень далеки от политики, причем для них характерно сочетание независимости и в то же время лояльности российскому государству, а вот эта независимость нравится не всем. Но если наше общество этого ресурса лишится, то о многих проблемах, по аналогии с ситуацией с рядовым Сычевым, мы будем узнавать слишком поздно.

С. Бунтман: Понятно. У меня такой вопрос ко всем: каким бы вы видели сейчас нормальное, рациональное и эффективное взаимодействие общества в лице организаций и разных ветвей власти, избранной власти, власти назначенной, но именно эффективное?

И. Святенко: Я считаю, что взаимодействие должно быть обязательным, и главное, чтобы это все было в режиме диалога, а не укора одной стороны другой, потому что тогда мы не достигнем никакого результата. Нужно учитывать опыт некоммерческих организаций в сфере обеспечения медикаментами, необходимым оборудованием. Это нужно, востребовано, и я думаю, что все, кому вы помогли, вам благодарны. Но вопрос информированности и полового воспитания — это вопрос настолько деликатный, что хотелось бы, чтобы все-таки эти вопросы были разработаны вместе.

С. Бунтман: А обсудить-то можно? Вместе разработать?

И. Святенко: Конечно. Это важно, чтобы было взаимодействие. Потому что мы ведь с вами прекрасно помним, как в московские школы заходили сектанты под эгидой религиозного образования, и потом родители не могли своих детей забрать из сект. Здесь та же самая ситуация, не всегда некоммерческие организации хорошо преподносят борьбу со СПИДом и профилактику заболеваний.

С. Бунтман: Знаете, вот за этим очень надо смотреть, когда приходят со всякими плясками и песнями всевозможные «идущие», «наши» и прочие интересные ребята. Тоже надо, равенство должно быть.

И. Святенко: Поэтому хотелось бы, чтобы вопросы все решались.

С. Бунтман: То есть я вас правильно понял, что нужно вместе? Все это предмет диалога, план совместных каких-то действий?

И. Святенко: Абсолютно, конечно.

С. Бунтман: Понятно. Хорошо.

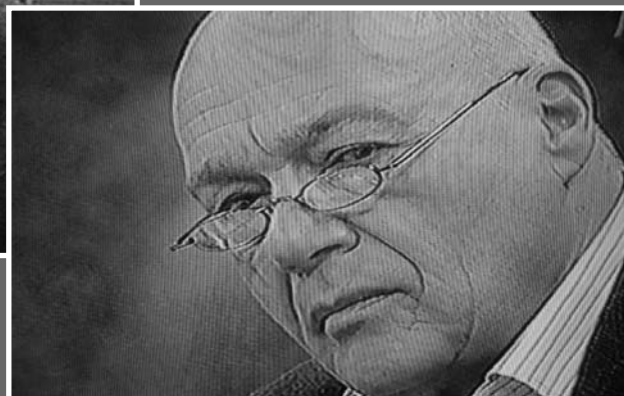
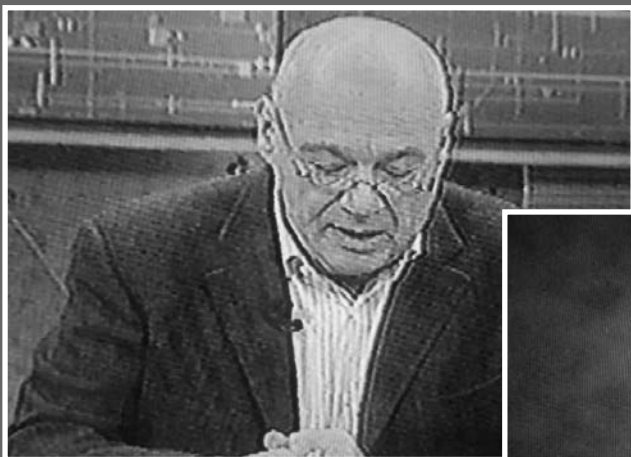
А. Бобрик: Я бы выделил два или, может быть, три основных момента, как обеспечить

эффективное взаимодействие. Первое — это возможность партнерского, равного диалога, в общем-то, чтобы государство слышало некоммерческие организации, а некоммерческие организации слышали государство. На самом деле, формы для этого в сфере ВИЧ/СПИДа есть, это Национальный координационный комитет по ВИЧ/СПИДу, это Координационный совет Минздравсоцразвития по ВИЧ/СПИДу. Мы там представлены, проект «Глобус» там обсуждается. Абсолютно все наши материалы представляются прежде, чем куда-то они идут в федеральные учреждения. Та программа по ВИЧ/СПИДу, которая используется нами в школах, я подчеркиваю, она не имеет никакого отношения к Екатеринбургу, это совсем другое. Она еще два года назад была утверждена Министерством здравоохранения, Министерством образования, и одобрена была Академией медицинских наук. Я подчеркиваю, что все серьезные вещи у нас проходят экспертизу и лицензирование. Это был первый элемент. И второй — это реальная возможность для некоммерческих организаций участвовать в госзаказах, участвовать в тех проектах, которые реализует государство. Потому что можно сколь угодно говорить о том, что государство должно финансировать, но если механизмов нет, если финансирование выделяется в виде коммерческих контрактов...

М. Чертог: Мне кажется, что партнерство, конечно, это ключевое слово. Оно необходимо, но при этом оно должно соответствовать роли и природе партнеров. Если для государства прежде всего характерны крупные, масштабные проекты, затратные проекты, и в этом смысле, на мой взгляд, финансировать лечение, закупку оборудования и т.д. должно в первую очередь государство. Некоммерческие организации сейчас могут это делать благодаря тому, что есть средства Глобального фонда, у них самих таких средств никогда в жизни не будет. А некоммерческие организации как раз хорошо выполняют то, что вы называете деликатной работой — работой с людьми, с конкретными небольшими группами, с которыми государство, в общем, контакта не имеет и вряд ли будет когда-то иметь.

С. Бунтман: Ну что ж, спасибо большое. Что обычно запоминают слушатели? Я сейчас завершаю и мне бы очень не хотелось, чтобы из всей этой истории слушатели запомнили только то, что некоммерческие организации учат детей только пользоваться презервативами, а Мосгордума только пишет письма Президенту. Вот это, мне кажется, самый большой вред от невыстроенных отношений. Вот когда мы будем абсолютно всегда говорить все по сути, тогда будет все в порядке.

Спасибо большое, программа «Город».



23 апреля по ЦТ прошла очередная программа Владимира Познера «Времена». Впервые автор не разбил передачу на две части, как это делал обычно, а целиком посвятил одной теме...



«Вот такие Времена...»



В. Познер: В эфире программа «Времена». Я — Владимир Познер. В Кремле прошло заседание Президиума Госсовета, главной темой которого было положение в России с ВИЧ/СПИДом. Сейчас в России официально зарегистрировано около 340 тысяч ВИЧ-инфицированных или ВИЧ-положительных людей. Эти данные привел Президент Путин, который, в частности, сказал следующее: «Такая тревожная ситуация требует адекватных мер реагирования. Требуется не созерцательного, а деятельного отношения, причем, со стороны всего российского общества. Разумеется, задавать тон здесь должны люди, непосредственно отвечающие за работу с ВИЧ-инфекцией. Но в эту работу необходимо активно включать и политиков, и педагогов, и деятелей культуры, и представителей средств массовой информации. Наша общая задача — пропагандировать здоровый образ жизни, поднимать значимость моральных ценностей».

Я, как человек, который уже много лет интересуется этой темой, могу сказать, что на самом деле, конечно, в стране гораздо больше инфицированных, чем 340 тысяч, просто регистрируется далеко не каждый. Наверное, эту цифру надо умножить, если скромно, то на 4. То есть получается где-то порядка 1 процента населения. А при таком количестве опасность настоящего распространения в виде эпидемии уже становится реальностью.

Ясно, что надо активно заниматься просветительской работой, надо, чтобы люди понимали, что им грозит и как грозит, и как быть, и как обезопасить себя от этого. И, в общем, у нас в стране пока что активнее всего этим занимаются как раз зарубежные некоммерческие организации. Вместе с тем, депутаты Московской городской думы обратились к Президенту Путину с требованием прекратить деятельность этих организаций. И вот что говорилось в обращении, я цитирую: «В нарушение российского законодательства в образовательную среду под видом пропаганды здорового образа жизни и профилактики ВИЧ-инфекции, в рамках проекта «Глобус» и других международных программ по профилактике ВИЧ/СПИДа внедряются программы, разрушающие нравственность и здоровье населения, пропагандирующие педофилию, а также проституцию и наркоманию среди подростков». Вот такое письмо.

Сегодня мы будем говорить о правомочности такого утверждения и требования о том, можно ли с помощью профилактических или иных мер остановить или, хотя бы, замедлить распространение СПИДа в нашей стране. Нужно ли рассказывать подросткам о том, как предохраняться от вируса иммунодефицита, и если нужно, то как рассказывать? Надо ли создавать свою, совершенно отличную, особую российскую программу профилактики СПИДа? Ну вот об этом мы и будем говорить с нашими гостями. Я их вам представляю, они, как всегда, располагаются

справа от меня и против часовой стрелки. Главный государственный санитарный врач России Геннадий Григорьевич Онищенко. Рядом с ним — президент Российской Академии медицинских наук...

В.И. Покровский: Бывший президент. Я уже два месяца не президент.

В. Познер: Хорошо. Валентин Иванович Покровский. Напротив меня — председатель комитета Государственной Думы по охране здоровья Татьяна Владимировна Яковлева, рядом с ней — первый заместитель председателя комитета Государственной Думы по безопасности Михаил Игнатьевич Гришанков, и, наконец, слева от меня — заместитель председателя Московской городской думы Андрей Николаевич Метельский. Всем вам добрый вечер! И хотел бы представить на трибуне — вот справа от меня, это наша экспертная трибуна, — это заместитель директора Российского фонда «Открытый институт здоровья населения», руководитель проекта «Глобус» Алексей Бобрик.

Итак, поводом для письма, которое я процитировал, требующего запрета деятельности в России международных организаций, занимающихся борьбой с ВИЧ/СПИДом, стал скандал в Екатеринбурге. Подробности — в материале нашего корреспондента в Екатеринбурге, Алексея Иванова.

Репортаж Алексея Иванова

Корр.: Программу «Ресурсы здоровья», подготовленную городским центром «Холис», преподают в половине школ Екатеринбурга. На уроках биологии, основы безопасности и жизнедеятельности и на классных часах школьникам рассказывают не только о вреде наркотиков, но и о половом воспитании. Для этого детям показывают мультфильмы, подготовленные центром «Холис».

(Фрагмент мультфильма: «Каратэ и Роза рассказали ребятам о презервативе. Презерватив — это классно, он может защитить нас от СПИДа. СПИДом можно заразиться во время занятий сексом. Поэтому когда мы с Каратэ занимаемся любовью, мы пользуемся презервативами. Каратэ рассказала им, как надевать презерватив».)

Корр.: Методички от «Холиса» попали в руки родителям. Многие и знать не знали, чему их детей учат в школе. Дело дошло до скандала, а после публикации в централь-



ных газетах приобрело уже федеральный масштаб. На городском и родительском собрании матери и отцы заявляли, что программа «Холиса» не защищает, а развращает их детей. Более 6 тысяч человек из числа родителей обратились к чиновникам с требованием запретить пропаганду наркомании и растления малолетних.



Г. Авдюшин

Герман Авдюшин (*председатель Ассоциации родительских комитетов Екатеринбурга*): Ребенку в качестве тренинга предлагается за вечер провести три контакта половых обязательно, а четвертый — по желанию.



В. Неталиев

Валерий Неталиев (*председатель родительского комитета Орджоникидзевского района Екатеринбурга*): Есть случаи, когда дети не хотят ходить в школу. Приходят домой — возмущаются, жалуются, говорят, что «если нам рассказывают, что это — любовь, то мы не хотим любить».



А. Першин

Александр Першин (*член родительского комитета*): Рассматривают, кто он такой, сколько у него партнеров, какой человек, здоров он — не здоров, какая у него семья, сколько у него было сексуальных партнеров и так далее, и так далее. Это пишут детям. Нам предлагают кого? Это кто? Террорист, который разыскивается. Его взяли с сайта ФСБ.

Корр.: Центр «Холис» с 2006 года перестал существовать как образовательное учреждение. Теперь это информационно-методический центр во главе с новым руководителем. Деньги из городского бюджета продолжают поступать на развитие программ центра. Только в этом году запланировано 7 миллионов рублей. Чиновники от управления образования объясняют, что все программы «Холиса» предназначены для обучения преподавателей, и учителя сами должны решать, как преподнести это детям. Однако саму методику вредной не считают.



Е. Умникова

Евгения Умникова (*начальник Управления образования Екатеринбурга*): Хорошо или плохо педагоги использовали эти методики — это уже другой вопрос. Действительно, можно и, к сожалению, неправильно использовать тот материал и ту интересную методику, которую тебе предложили. А можно это делать очень ненавязчиво, так, что ребенок и не понимает, что именно вот сейчас с ним говорят о тех рисках, которые он в жизни может встретить.

Корр.: Руководители городского Управления образования утверждают, что программа «Ресурсы здоровья» прошла все необходимые экспертизы, имеет разрешение на использование в школах, подписанное директором Департамента государственной молодежной политики министерства образования России Сергеем Апатенко. Возмущенные родители с просьбой дать свою оценку программам «Холиса» обратились к другим экспертам. Специалисты Института имени Сербского, Академии госслужбы при Президенте России и Центра наркологии Росздрава вынесли категорическое заключение: по мнению некоторых экспертов, программы «Холиса» разрушает детскую психику, а действия сотрудников Центра даже подпадают под категорию уголовных преступлений. Выводы экспертной комиссии Академии госслужбы при Президенте Российской Федерации: «Авторы методики даже не допускают мысли о том, что ВИЧ-инфицированный человек, узнав, что он заражен, должен под угрозой привлечения к уголовной ответ-

ственности воздержаться от половых контактов. Об этом учащимся ничего не говорится. Это можно рассматривать как намеренное введение детей в заблуждение».



В. Слободчиков

Виктор Слободчиков (*директор Института развития дошкольного образования РАО*): Вместо, предположим, романтической любви, вы ребенку вставляете, притом с очень ранних лет, когда у него еще, опять же, говорю, даже в сознании этого ничего не происходит... вы его вставляете в половые взаимоотношения. При чем здесь романтическая любовь и половые взаимоотношения, которые притом, что называется, «с картинками»? Я не знаю, кому это непонятно. Для этого ученым не надо быть, чтобы понять, что вот это — разврат, который уничтожает некое духовное состояние человека. Потому что любовь — это духовное состояние.

Корр.: Семинары для учителей по программе муниципального центра «Холис» «Ресурсы здоровья» до сих пор проходят каждую неделю. За шесть лет подготовлено более 6 тысяч преподавателей, причем не только из Екатеринбурга, но и из других городов России. Возмущенные родители лично привезли материалы «Холиса» в Генеральную прокуратуру, а депутаты Мосгордумы, ознакомившись с выводами экспертов о влиянии программ на детскую психику, приняли обращение в Президиум Госсовета и к Президенту страны.

В. Познер: Я должен внести некоторые уточнения насчет сексуальных контактов, о которых было сказано. На самом деле они симулируются. То есть речь идет о рукопожатии, рукопожатие как бы это и есть сексуальный контакт. Три рукопожатия за вечер — чтобы вы не думали, что на самом деле речь идет о половом контакте. И, конечно, странная мультипликация, согласитесь. Почему человек говорит с иностранным акцентом? Что, по-русски нельзя это сделать? И потом, эти изображенные там дети — они явно не российские, это, в общем, из другой страны какой-то, потому что у них другой цвет кожи и так далее. В общем, странная мультипликация. На мой взгляд, просто плохо сделана, для начала, ну и, потом еще очень много чего можно говорить.

Геннадий Григорьевич, к вам вопрос. Судя по публикациям, эти программы в целом были одобрены Департаментом государственной молодежной политики Минобразования. А ваше ведомство знакомо с этими программами? Вообще вы видели эти программы? А перед тем, как их внедряли в школы, с вами советовались?

Г. Онищенко: Сегодня в том раскладе, который существует, Министерство образования вправе самостоятельно принимать эти решения...

В. Познер: Понимаю.

Г. Онищенко: С Минобразования мы работаем, у нас есть совместно подписанный документ по программам, которые нам нужны. Вы сказали, что это была плохо сделанная программа. Она была сделана хорошо, но для Бразилии.

В. Познер: Я о Бразилии судить не могу.

Г. Онищенко: Я хочу сказать, что в данном случае — явная ошибка, которую Минобразования же уже и исправило. Но, чтобы не фокусироваться только на этом, я скажу, что такого рода программы сегодня нужны.

В. Познер: Хорошо, я понял. Валентин Иванович, вот, судя по вашим словам на Госсовете, вы считаете, что основной причиной распространения ВИЧ/СПИДа в нашей стране является нравственное нездоровье общества. Я вас цитирую: «В основе профилактики должно быть нравственное воспитание населения». Вообще лично мне это довольно странно слышать от врача. И скажите мне, что такое «нравственное воспитание населения»? Что это такое?

В.И. Покровский: Я считаю, что в первую очередь для того, чтобы избежать распространения ВИЧ-инфекции, в идеале является супружеская пара.

В. Познер: В идеале? Конечно, конечно.

В.И. Покровский: В идеале. И если мы соблюдали бы наши обычаи, старые российские обычаи, то, наверное, вопросы о распространении ВИЧ-инфекции в значительной степени бы снизились. Это первое и основное. Второе...

В. Познер: Простите, я вас перебиваю. Насчет «старинных русских обычаев». Почитайте Лескова, почитайте Пушкина, почитайте Салтыкова. Почитайте кого угодно. Ну, какие такие «старые русские обычаи»? Как грешили, простите меня, всюю, только не было ВИЧ/СПИДа — был сифилис.

В.И. Покровский: Но сифилис тоже был завезен позже. Я ведь говорю в первую очередь о нашем сельском народе, который составлял в то время основную массу населения.



Г.Г. Онищенко

В. Познер: Так. А вам не кажется, что самое правильное было бы сочетать — с одной стороны, разумеется, идеалы, о которых вы говорите, а с другой стороны — конкретно: а вот все-таки это существует, что с этим делать и как предохраняться? Нет?

Т. Яковлева: Я просто приведу пример. Я педиатр. И, вы знаете, начинала в сельской поселковой больнице, и меня учителя по биологии, когда шли медицинские уроки, очень просили, чтобы я эти уроки как-то проговорила с учениками. И я встречалась отдельно с мальчиками, отдельно с девочками... Девочки — 10-й класс. Две трети девочек уже имели сексуальные контакты.

В. Познер: Две трети?

Т. Яковлева: Две трети! При этом — абсолютно не знали, как предохраняться. Признаки беременности, что нужно делать, и так далее, и тому подобное. И в результате уже у малолетних мы имеем хронические гинекологические заболевания, и у малолетних мы имеем беременность.

В. Познер: Андрей Николаевич, вам вопрос. Вы не согласны, что помимо каких-либо просветительских программ у молодого поколения, у детей есть возможность почерпнуть всю эту информацию совершенно безо всяких объяснений, чего не надо делать? То есть, этого столько вокруг, что, может быть, все-таки стоит как-то поговорить и о том, как предохраняться, и как не заболеть? Потому что идея идеала — «просто не делай этого» — она не срабатывает, и мы это знаем. И нигде она не срабатывает.

А. Метельский: Ну, начнем с того, что мы, собственно говоря, не призывали к тому, чтобы все запретить, отменить. И, тем более, мы не говорили о том, что сегодня нет необходимости в подобного рода программах. Но мы хотели бы



В.И. Покровский

привлечь внимание к тому, что вы все видели сегодня здесь на экранах. Для нас принципиально важно, что если мы уже и позволяем подобного рода центрам существовать, это благое дело, с одной стороны. Но с другой стороны, мы должны и контролировать их деятельность. Это тоже... С одной стороны, преступление запрещать, но с другой стороны, преступление и не контролировать. Содержание подобных программ вы увидели.

В. Познер: Это что, это преступление?

А. Метельский: А я считаю, что это — да.

В. Познер: По Уголовному кодексу или это лично вы считаете?

А. Метельский: А вот если бы вы, мы все здесь имеем детей — вы бы позволили своим детям смотреть подобного рода передачи, тем более в школе? Понимаете, основа безопасности жизни — когда проходит урок, ведь мы прекрасно понимаем, что ребенку дают основы защитить себя...

В. Познер: Я вам напомню, что вы, обращаясь к Президенту, требуете, ни много, ни мало, привлечь этих людей к уголовной ответственности.

А. Метельский: А вы думаете, что бесхозяйственность и разгильдяйство в этом вопросе, они не присутствуют? Не присутствует то, что подобная передача была разрешена? Даже Геннадий Григорьевич сказал: «Да, хорошая передача, но не для России!». Она может быть хороша для стран Африки, Азии. Но не для наших детей. Это не для наших детей передача!

Г. Онищенко: Можно заступиться за Думу?

В. Познер: Позвольте, господин Гришанков еще не говорил. Я бы хотел, чтобы все хоть по разу высказались. Прошу.

М. Гришанков: Вы знаете, меня, откровенно говоря, удивила активность Мосгордумы в этом вопросе. Почему? Потому, что вырванный из контекста разговор о презервативах и о сексуальном воспитании на самом деле провоцирует, ну скажем так, может быть, не совсем верные выводы. Хотел бы сразу слово доброе сказать в пользу «Холиса»: они 10 лет работают, и они ведут активнейшую работу по профилактике наркомании. Надо говорить о всей программе. Я хочу задать вопрос оппонентам. Скажем так: давайте оценим как родители, где мы хотим, чтобы дети узнали основы безопасности жизни — на улице? От своих сверстников, которые будут толкать их, скажем так, на криминальный путь? Или они заранее будут знать, что наркотики употреблять нельзя, если, я, опять же, обращаюсь к словам Татьяны Владимировны, две трети девочек на селе уже вступают в сексуальные отношения? Не знаю, есть ли нет статистики, но по отдельным экспертным оценкам, средний возраст вступления в сексуальные отношения — чуть больше 14 лет. Так вот давайте мы своих детей как-то будем образовывать. И, на мой взгляд, надо рассматривать все в контексте. Ведь «Холис» ведет программы не только против ВИЧ/СПИДа. Они говорят также и о морально-нравственных ценностях, и говорят об этом постоянно. Вот почему в Екатеринбурге начался скандал, на самом деле? Начались выборы мэра города. И для того, чтобы облить грязью местные власти, начали топтать Министерство образования Екатеринбурга. Вот я причину вижу только в этом.

В. Познер: То есть вы в этом видите политическую подоплеку?

М. Гришанков: Совершенно однозначно. Снят был цирк. Целый цирк — заплатили деньги для того, чтобы собралась ассоциация родительских комитетов: 140 человек пришло в целый цирк. Я могу сказать, что я вижу только политическую подоплеку.



Т. Яковлева



А. Метельский

Г. Онищенко: В чем права Мосгордума? В том, что она так остро подняла этот вопрос. И когда состоялся Госсовет, мы начали разговор с решения Мосгордумы. И это правильно. Сейчас надо воспитывать моральные ценности. Они подняли этот вопрос — хорошо, исправили ошибки. Но идти надо в этом направлении. Сегодня эти программы реализуются, в частности, благодаря Алексею Бобрику, который здесь присутствует, сегодня существует порядка 37 программ. Мы делаем и еще более кошунственные вещи — мы среди наркоманов шприцы раздаем. Но при этом с ними ведется беседа, ведется таким же наркоманом в прошлом, который...

В. Познер: Так это не кошунственная тогда вещь, это полезная...

Г. Онищенко: Я говорю — с точки зрения вот этой психологии. То есть, мы этим занимаемся. И я вам скажу: там, где идет этот проект... Вот, допустим, наша Пензенская область: там меньше процента распространения ВИЧ среди наркоманов. А вот в таких крупных городах... Вот в Москве сегодня 5 процентов.

В. Познер: В Питере еще больше.

Г. Онищенко: В Питере — да. Так разве это благое дело не надо делать?

В. Познер: Хорошо. Вот вы упомянули господина Бобрика. Вот к вам вопрос: в своем заявлении вы отрешиваетесь от той программы, которую пропагандируют в Екатеринбурге и часть которой мы видели. Я вас цитирую: «Эта стратегия официально декларируется и поддерживается лишь одной конкретной страной и не имеет отношения к проекту «Глобус»». Это так?

А. Бобрик: Речь идет о двух стратегиях. То, что вы процитировали, — это открытое письмо проекта «Глобус», и там речь идет о так называемой «стратегии ABC», на которую ссылается

Мосгордума. Так вот, «стратегия ABC» — это государственная стратегия правительства США по профилактике ВИЧ/СПИДа. И когда я это подчеркивал, я говорил, что никакого отношения к проекту «Глобус» эта стратегия не имеет. Вторым аспектом проблемы: имеет ли «Глобус» отношение к событиям в Екатеринбурге? Подчеркиваю: нет, не имеет. «Глобус» в Екатеринбурге не работает.

В. Познер: Если я правильно понимаю, «ABC» переводится как «Abstinence», «Be faithful» и...

А. Бобрик: ...«Condoms».

Г. Онищенко: Значит, другими словами, перевожу по-русски: «Воздержание, верность и презерватив».

В. Познер: Это как раз в Америке сегодня. Это бушевская...

Г. Онищенко: Бушевская, республиканская.

В. Познер: А клинтоновская была иной, если я не ошибаюсь. Правильно?

Г. Онищенко: Правильно. Там метадон и шприц были.

В. Познер: Хорошо.

А. Метельский: И я хочу заметить, Владимир Владимирович, что все-таки мы говорили больше о проекте «Холис». Не о программе «ABC», а о проекте «Холис».

В. Познер: Нет, ну вы меня простите. Вы там пишете, по сути дела, о всех международных НКО...

А. Метельский: Мы говорим о всех международных организациях только по одной простой



А. Бобрик



М. Гришанков

причине: что сегодня, разрешая деятельность на территории России, нам необходимо еще и контролировать, что делают эти организации на территории нашей страны. Ни у кого не вызывает это, по-моему, никаких сомнений. Вот о чем говорю. И мы хотели заострить эту проблему.

В. Познер: А как же слово «запретить»? Вы же написали: «запретить».

А. Метельский: Подобного рода передачи, на наш взгляд, надо запретить.

В. Познер: Нет, организации. Организации. Это я видал своими глазами. Не контролировать, а запрещать.

А. Метельский: Ну, как же не... Если, собственно говоря, такими вещами они занимаются, то, на наш взгляд, это действительно нужно запретить.

Т. Яковлева: Владимир Владимирович, вы задали хороший вопрос Геннадию Григорьевичу: «А вы знали об этих передачах?». Вот я хочу на своем опыте, как председатель комитета по охране здоровья, сказать. Когда только касается что-нибудь школьного здоровья, то вот эти межведомственные барьеры — они просто огромны. Тесного взаимодействия между министерствами в решении проблем нет. И многие школьные программы до сих пор не проводят медицинскую экспертизу, хотя медики на этом просто настаивают. Вот и появляются такие передачи. И еще, о чем мне хотелось бы сказать, — государство само должно быть очень заинтересовано в этих программах. Поэтому мы выступаем и говорим, и на парламентских слушаниях, посвященных ВИЧ/СПИДу, мы говорили об этом, — что должна быть государственная поддержка некоммерческих организаций. То есть социальные заказы. Чтобы именно государство софинансировало, и тем самым контролировало данные программы. Это нужно делать.

В. Познер: Президент Путин на Госсовете сказал, что особенностью распространения СПИДа в России является то, что большинство зараженных — это люди репродуктивного возраста, то есть до 35 лет. По сути дела, 80 процентов всех (насколько мы знаем!) инфицированных — им до 35 лет. Это грозит серьезными экономическими проблемами — служба в армии, репродуктивность и так далее. В других странах, в частности, в Соединенных Штатах, 70 процентов всех ВИЧ-положительных — старше 35 лет. Вот кто-нибудь мне может объяснить, почему в России именно молодые болеют? Что происходит?

Г. Онищенко: К нам эпидемия пришла вместе с эпидемией наркомании. У нас наркомания была на низовом уровне. И на иглу посадили моло-

дежь. Отсюда эта деформированная эпидемиология — основная масса ВИЧ-инфицированных сегодня у нас все-таки шприцевые наркоманы.

В.И. Покровский: Я хотел бы только добавить к тому, что сказал Геннадий Григорьевич. Ведь если мы посмотрим кривую, то до 1997 года у нас рост заболеваемости был очень небольшой. Потому что мы в то время еще не были знакомы со шприцевым путем передачи. И тогда появилась новая беда. Появилось то, что мы начали подражать, как всегда, Западу, но подражать в очень плохом отношении.

В. Познер: А мы почему-то всегда это делаем. При этом мы очень не любим Запад, подражаем худшему, и Запад в этом виноват.

В.И. Покровский: Тогда появилось не просто применение героина или каких-то других препаратов, а началось кустарное приготовление внутрииъекционных растворов. И появились группы людей, которые ими пользовались. Скажем, 20 человек объединялись, из этих 20 человек 18 заражались.

В. Познер: Понятно. Это все так называемые группы риска. Но сегодня я хотел бы сказать всем и каждому, чтобы все понимали: группа риска теперь — это все мы. И вы, и я, и каждый. Мы все — группа риска. Подумайте над этим.

Но вернемся к нашему вопросу. Людмила Стебенкова, которая является инициатором этого письма и обсуждения в Московской городской думе, утверждает, что там, где нет тех программ, о которых идет речь, уровень ВИЧ-инфицированности ниже, чем там, где есть эти программы. То есть она утверждает как бы так: что эти программы способствуют, наоборот, росту этого заболевания. Так получается. У вас есть какие-нибудь данные, которые либо это подтверждают, либо, наоборот, опровергают эти утверждения?

Т. Яковлева: Вы знаете, вот таких данных конкретных, чтобы это подтвердить или, наоборот, опровергнуть...

В. Познер: Ни да, ни нет?

Т. Яковлева: Да. Но есть примеры, где действуют, допустим, программы по снижению вреда, идет снижение и наркомании, и ВИЧ-инфицированности.

В. Познер: Это есть данные?

Т. Яковлева: Да, такие есть. По субъектам Российской Федерации.

Г. Онищенко: Вы понимаете, некорректность этого сравнения, в чем состоит? Ну, во-первых,

мы выбираем для этих программ наиболее пораженные регионы. Это раз. Во-вторых, я бы на месте Стебенковой ужесточил бы ту резолюцию, которую она приняла, но в другом контексте.

В. Познер: Повесить, может быть?

Г. Онищенко: Нет, вешать не надо. Вот эту часть бы я убрал, а что б я написал? Что сегодня, когда в стране очень мало этих программ, и пусть больше идет и зарубежных, но самое главное, что все их надо в большей степени ввести за счет федерального бюджета. И показать приверженность правительства к тому, что оно заинтересовано в этом. И я надеюсь, что после этого Госсовета так будет. Вот если бы это было написано в этой резолюции, я бы аплодировал.

В. Познер: Господин Бобрик, хотя вы — лицо заинтересованное, конечно, но у вас есть такие данные? Все-таки мне интересно: если Стебенкова так говорит, у нее же должно хоть что-то быть... Ну, не может же она просто из воздуха это высосать?

А. Бобрик: К сожалению, большинство заявлений госпожи Стебенковой высосано именно из воздуха. А та статистика, которая приводится, — это, по сути, манипуляция цифрами. То есть, например, некорректные сравнения регионов, некорректные обвинения и так далее. Что касается цифр, то все те исследования, которые проводились и за рубежом, и у нас показывают, что частота рискованных практик среди клиентов проектов снижения вреда уменьшается примерно в три раза.

В. Познер: Я хотел бы предупредить нашего зрителя, чтобы он потом нас не обвинил в необъективности. Мы приглашали госпожу Стебенкову в эту программу и участвовать в сюжете не раз и не два. Но сказали, что ее нет в городе.

Андрей Николаевич, значит, вот смотрите: по данным господина Бобрика, среди тех, кто видел информационные материалы проекта «Глобус», 53 процента высказались за отказ от вступления в сексуальные отношения при отсутствии у них средств защиты. А среди тех, кто не видел этих материалов, только 38 процентов. То есть, когда людям показывают такие программы, происходит какой-то сдвиг. Что в этом плохого?

А. Метельский: Ничего в этом плохого нет, и я хотел бы сказать немного о другом: что Московская городская дума, когда принимала данное обращение, хотела привлечь внимание к этой проблеме. И, как вы сами видите, согласно этой проблеме состоялся Госсовет...

В. Познер: Все-таки нечестно так. Ну, нечестно. Это, знаете...

А. Метельский: Был поднят вопрос. Но, с другой стороны, обвиняя Стебенкову в том, что она манипулирует цифрами и другими фактами, — но ведь человек-то беспокоится об этой проблеме, он поднимает эти вопросы. Ведь мы не говорим сегодня о том, что это не нужно.

В. Познер: Хорошо. Тогда позвольте. Тогда уж извините. Значит, Андрей Николаевич, цитирую вас. На этой неделе вы сказали: «Международные организации сегодня не заинтересованы в том, чтобы мы были сильными и здоровыми. Сегодня нам эти фонды ни к чему. У нас есть свои врачи, свои общепризнанные методики, да мы и не самая лидирующая по уровню заболеваемости СПИДом страна, а, например, США и Европа уже давно отказались от этого». Это ваша цитата. Кроме того, какой-то депутат из КПРФ, депутат... А! Сергей Никитин! Тоже из Мосгордумы. Сказал, что в деятельности подобных организаций, о которых идет речь, есть «угроза национальной безопасности».

М. Гришанков: Вы знаете, угроза национальной безопасности — если мы не будем принимать меры по противодействию распространению ВИЧ/СПИДа. И, говоря о Госсовете, хочу сказать, что идея проведения Госсовета родилась в 2004 году. И я благодарен помощнику Президента, Александру Сергеевичу Абрамову, который поддержал эту инициативу. Так вот в течение года шла подготовка к Госсовету. Принимали участие все — и экспертные сообщества, и Геннадий Григорьевич, и многие другие. И, честно говоря, вы знаете, что меня удивило? Почему госпожа Стебенкова раньше-то не проявила интерес? Открытая деятельность рабочей группы была. Давайте обсуждать. Вы знаете, огромный плюс дискуссии, которую подняла Мосгордума, — надо обсуждать эту тему. Надо обсуждать, как воспитывать наших детей. Тема деликатная. Надо готовить специалистов. Так вот, обращаю ваше внимание: те международные неправительственные организации, о которых сказала госпожа Стебенкова, занимаются именно этим. Они предлагают готовить специалистов. И я просто честно скажу: я работаю с ними, работал, и буду работать. Это — ЮНИСЕФ, это — Объединенная программа Организации Объединенных Наций. Это — Управление по борьбе с организованной преступностью и наркотиками. И ряд других организаций. Вы знаете, они настолько привержены решению проблемы в России, что обвинять их, на мой взгляд, это просто некорректно и неправильно. Я считаю, что чем активнее они будут работать у нас, чем активнее мы будем с ними взаимодействовать, а именно о взаимодействии идет речь на государственном уровне, на региональном уровне, тем быстрее мы решим проблему. Не надо изобретать велосипед. Мы пришли в эту проблему на 10 лет позже. Во всех странах отработаны методики. На

самом деле, отработаны. Так давайте воспользуемся этим. Давайте просто привнесем это в нашу жизнь, используя, в том числе и наш опыт, прежде всего наши основные ценности. Да, конечно, нравственное воспитание, участие Церкви в этом. В 2005 году Церковь приняла социальную доктрину, где отдельный пункт — это участие Церкви в борьбе с ВИЧ/СПИДом. Так давайте объединим усилия. А нам предлагают: запретить все. Мы самые умные — нет вопросов. Я готов слушать и такую точку зрения. Но давайте мы не погубим то, что уже сделано.

В. Познер: Андрей Николаевич, я не искажил вашу цитату? Когда я вас процитировал, не произошло того, что я, предположим, выдернул из контекста, или что-то такое выпустил, что неточно, таким образом, поняли вас? Я не хотел бы, чтобы вы были лишены возможности, ответить.

А. Метельский: Нет, Владимир Владимирович, вы совершенно точно об этом сказали. И ведь я хотел бы сказать еще об одном: что мы не против того, чтобы сотрудничать. Я еще раз хочу сказать: давайте оттолкнемся от персоналий. Почему вы все время — вот «Стебенкова, Стебенкова, Стебенкова». Но, с другой стороны, вы ведь сами правильно заметили о том, что Московская городская дума подняла эту проблему. Мы подняли эту проблему, давайте о ней говорить, давайте сотрудничать. Давайте вместе работать со всеми.

В. Познер: Вы искренне считаете, что западные организации, в частности, те, которые сегодня работают в России, над этой проблемой, не заинтересованы в здоровье нации?

А. Метельский: Я искренне считаю, то, что сегодня государство, наше государство, должно более внимательно относиться к этой проблеме.

В. Познер: Вы заметили, что вы не ответили на мой вопрос?

А. Метельский: А я заметил и другое, Владимир Владимирович. Я заметил и другое. То, что мы как-то сознательно уходим опять от содержания тех программ, которые были.

В. Познер: Я с вами совершенно согласен, что государство мало этим занимается, нет вопроса. Но я хочу понять: искренне ли вы так считаете... Потому что это, вообще, обвинение серьезное. Что эти люди, которые здесь работают, они на самом деле не заинтересованы в том, чтобы люди у нас были здоровыми и сильными, а заинтересованы тогда в чем-то совсем другом.

А. Метельский: Владимир Владимирович, я, по-моему, сказал, что «подобного рода организации», «подобного рода программы», которые

были, собственно говоря, продемонстрированы сейчас, и их провели в Екатеринбурге.

Т. Яковлева: Вы знаете, я бы хотела еще добавить, что не только с некоммерческими организациями надо сотрудничать, раз мы пошли уж по этому пути. Я очень хочу, используя ваш эфир, обратиться и ко всем конфессиям, чтобы они в этом участвовали. Вот Православная Церковь начала, создала эту группу, а другие конфессии пока еще не откликнулись. Это очень важно в тех же нравственных вопросах. И второй момент: я бы очень хотела и к нашему государству обратиться, и к правительству, что вот как раз профилактика, диагностика лечения ВИЧ-инфекции должна обязательно финансироваться из федерального бюджета. К сожалению, 122-й закон сейчас разделил таких больных на субъектовые и федеральные. С одной стороны, 122-й закон конкретно указал, кто за что отвечает, это тоже хорошо — есть с кого спросить, но с другой стороны, я считаю, что на все: диагностику, профилактику и лечение ВИЧ-инфицированных — финансирование должно идти только из федерального бюджета плюс дополнительные программы из субъектов РФ.

Г. Онищенко: Во-первых, это здорово, что есть Стебенкова. Мы ее обратим в нашу веру. Побольше бы нам таких людей. Мы ее обратим в нашу веру, вы за нее не беспокойтесь.

В. Познер: А я за нее не беспокоюсь совершенно. Вот за нее-то я не беспокоюсь.

Г. Онищенко: Залогом того, что эта ситуация будет здорово откорректирована, является Госсовет. Мы получили политическое признание, и Бога ради, не лишите нас с Валентином Ивановичем, специалистов, которые этим занимаются, чтобы мы это не увели совершенно в другую сторону и дали весь ресурс. Почему наш бизнес не участвует? Вот спросите. Мы удивляем мир. По 10 человек каждый год рекрутируем в миллиардеры. Хоть один из них дал нам одну копейку? Не дал. И вот Стебенкова, может быть, и даст нам такую возможность...

В. Познер: Стебенкова не даст. Я хочу вам сказать, что если фонд Билла Гейтса с его супругой выделяет на борьбу с ВИЧ/СПИДом миллиарды, это потому, что американское государство говорит: «За эти миллиарды вы налоги не платите». А что наше государство говорит? «Вы все равно платите налоги!». А вы говорите...

М. Гришанков: А мы такой закон ставим с товарищем Яковлевой, чтобы нашим тоже дать эти преференции.

В. Познер: Вот если вы этого добьетесь, я сниму шляпу.

М. Гришанков: Вот. Заранее снимайте! Я думаю, что мы идем на самом деле к этому, и я просто хочу сказать в пользу государства несколько добрых слов. За последние два года был принят ряд серьезнейших решений на политическом уровне. Во-первых, благодаря позиции Президента этот вопрос включен в повестку G-8, то есть на обсуждении «восьмерки». На три года 100 миллионов долларов – это серьезные деньги, такого не было. На программу профилактики – 200 миллионов рублей на год. Наша задача сейчас – готовить специалистов и качественно работать. Вот это важнейшая задача, которая стоит и перед Минздравом, и, скажем так, глобальная задача, и перед Минобразования. И в этом, несомненно, – участие гражданского общества. Ведь так же, как вопросы борьбы с наркоманией... Вспомните, когда мы много говорили об этом, а первыми начали работать неправительственные организации. Они пришли в школу, и они начали говорить. Матери детей, которые стали наркоманами, пришли и начали говорить: «Мы хотим сделать все, чтобы ваши дети не стали больными». Так вот, давайте использовать весь потенциал, тот опыт, который наработан. И я уверен, что этот год будет переломным в той проблеме, которую мы обсуждаем.

В. Познер: Алексей Владимирович, у меня к вам вопрос. Патриарх в своем послании Президенту, признавая борьбу с распространением ВИЧ/СПИДа делом государственной важности, подчеркивает, я его цитирую, что «это не подразумевает необходимости внедрять в молодежную аудиторию установки и стереотипы, чуждые нашей культуре, традиции и морали». А глава католической церкви, другой ветви христианства, папа Римский Бенедикт XVI, обратился к своей пастве со словами, что воздержание и верность в браке являются единственной формой профилактики СПИДа, а пропаганда презервативов создает атмосферу вседозволенности, которая, в свою очередь, способствует только росту эпидемии. Получается, что ваши программы и то, что вы делаете, так сказать, идут вразрез вообще с точкой зрения христианства. Потому



что тут – православие, там – католицизм, но получается так. Или не получается так?

А. Бобрик: Не думаю, что так получается. ВИЧ/СПИД – вообще сама по себе очень спорная, сложная и чувствительная тема. Даже если мы выйдем за рамки религиозных воззрений, разные слои общества по-разному смотрят на проблему. Вот вы процитировали мнение патриарха всея Руси – я не вижу никаких противоречий в том, что мы делаем. Не вижу, почему это должно противоречить ценностям нашего народа. Я скорее не согласен с заявлением Бенедикта...

Г. Онищенко: Ну, во-первых, некорректно – господин Бобрик – он отвечает за «С», и, слава Богу, что он это делает. А вот сейчас государство будет делать «А» и «В», и вот тогда произойдет гармония.

В. Познер: А «С» не будет делать?

Г. Онищенко: «С» будет делать Бобрик, продолжать.

В. Познер: А государство не должно делать «С»?

Г. Онищенко: Будет продолжать делать. Вот этот диссонанс, понимаете?

В. Познер: Вы знаете, если государство не будет делать «С»...

Г. Онищенко: Вот если вот та несчастная, которая стоит вдоль дороги, которая пришла в этот мир для того, чтобы рожать детей, сможет этому животному, которое вознамерилось ею воспользоваться, водрузить на его анатомический выступ резинотехническое изделие, я буду рад тому, что вот эта программа работает. Надо хотя бы это нам решить. В медицинской теме. А все остальное пусть государство...

В.И. Покровский: Я хотел бы вернуться к международным организациям. Есть Глобальный фонд, в который вносит наша страна 20 миллионов, но мы же являемся не только донорами, но и реципиентами. Мы отсюда получаем достаточно большие средства, которые направлены на лечение, в основном, больных ВИЧ-инфекцией, СПИДом. И для координации этого вопроса и вообще для того, чтобы выйти в Глобальный фонд с просьбой выделения каких-то средств под какие-то гранты, создан страновой (странное название – это от «страны» происходит) координационный механизм, на котором очень серьезно обсуждаются те вопросы, с которыми общественные организации могут выходить в этот Глобальный фонд. В прошлом году мы отклонили одно из таких вхождений. На последнем заседании СКМ как раз Алексей Боб-

рик информировал о работе «Глобуса», которая специалистами была признана очень положительно. И поэтому мне кажется, что мы должны привлекать и средства со стороны, но подконтрольно, строго подконтрольно.

А. Метельский: Хочется сказать только одно: что сегодня проблема важна, мы сегодня в Москве это тоже видим и считаем, что работать нужно в этом направлении, в направлении именно под контролем государства, и, конечно же, роль федеральных законодателей здесь тоже крайне важна.

В. Познер: Запрещать организации надо или не надо? В принципе.

А. Метельский: Надо контролировать деятельность этих организаций.

В. Познер: Контролировать. Хорошо. Но это определенное отступление.

М. Гришанков: Итог — это, прежде всего, Госсовет и решение Госсовета. Это суперважная вещь: принятие решения о создании правительственной комиссии высокого уровня по данной проблематике позволит координировать всю работу между ведомствами — это раз. Президент призвал бизнес и неправительственные организации активно участвовать в этом. Заявлено о госфинансировании, о господдержке, о социальном заказе для организаций, которые работают по этой проблематике. Поэтому главная задача сейчас — выполнить, чтобы это все было очень четко реализовано. Решение очень качественное.

Т. Яковлева: Как председатель комитета по охране здоровья, я очень рада, что прошел Госсовет, что вы сегодня нас пригласили на эту передачу. Потому что — помните? — мы с вами участвовали во «Время жить», и мы там с вами видели полное незнание этиологии, причин возникновения ВИЧ-инфекции, некомпетентность не только сидящих в зале, но и наших политиков. Вот теперь наконец-то привлекли внимание политиков. И те законопроекты, которые комитет совместно с Геннадием Григорьевичем подготовил, я надеюсь, они теперь обязательно воплотятся в жизнь. Я бы очень этого хотела.

Г. Онищенко: Состоялось историческое решение. Получилось политическое признание проблемы ВИЧ на уровне государства. Это здорово, это принципиально сдвинет вопрос. Второе: через проблему профилактики ВИЧ/СПИДа сегодня в России реально формируется гражданское общество. Реально. Это единственная площадка, насколько мне известно, где эта работа ведется. И нужно, чтобы государство в том числе забирало на себя и финансирование в этом вопросе.

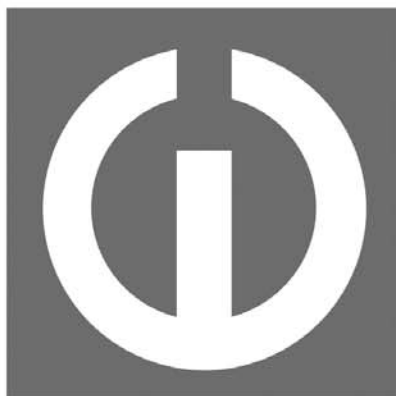
В. Познер: Спасибо большое. Я хотел бы обратиться к Государственной Думе, которая, так сказать, торжественно празднует 100-летие Государственной Думы. И вот если это замечательное событие — 100-летие — совпадет с законом, который, наконец, позволит бизнесу принимать активное участие в этом деле, это будет совершенно замечательно.

Теперь по существу. Меня тянуло высказаться сегодня по поводу нескольких тем. Ну, в частности по отмене освобождения от службы в армии для большой категории лиц, которая мне кажется не совсем продуманной. По поводу того, что главарь франкоязычных бельгийских националистов Даниель Фере решил приехать в Россию в поисках политубежища, потому что его там приговорили к 250 часам принудработ и запрещают избирать его в течение 10 лет. Но, у меня «прошала» только одна, поэтому я буду о сегодняшней теме говорить.

Я вообще активно и много лет занимаюсь темой ВИЧ/СПИДа в России. Только за последний год я объехал 14 городов. В каждом из этих городов я выступаю на местном телевидении с ток-шоу по поводу положения с ВИЧ/СПИДом именно в этом регионе, в этом городе. Говорят, что суммарно посмотрело вот эти программы 25 миллионов человек. А цель понимаете сами какая — во-первых, чтобы не дискриминировали этих людей, снять стигматизацию с них, чтобы они могли жить нормальной жизнью, чтобы все понимали, что группа риска — это каждый из нас. Ну, и так далее, объяснить положение, потому что лечить конечно, как вы понимаете, это не мое дело. Так вот, эти поездки, эти выступления, это стоит денег. Деньги нам не Мосгордума дает, ну понятно, конечно, я не в Москве выступаю. Да и местные законодательные органы не дают деньги. Нам и федеральные власти не дают деньги...

А кто же дает деньги? А в данном конкретном случае, совершенно конкретная некоммерческая организация — «PSI». Да, американская. Ужас какой, да? Вот она дает деньги на это, чтобы я мог эту работу делать. Хочу обратить внимание на то, что русский человек заболевает СПИДом точно так же, как китаец или американец, и точно так же умирает. Все то же самое, никаких особых отличий нет. И когда говорят о каких-то специальных, особых культурных традициях, мне кажется, что вводят нас в заблуждение, причем вполне преднамеренно. Скажу жестче, это касается тех людей, кто убеждает нас с вами, что Запад не заинтересован в том, чтобы мы с вами были здоровыми. Мне кажется, что это, на самом деле, специально подбрасывают дрова в огонь шовинизма, национализма и ксенофобии, который сейчас горит в нашей с вами стране. На мой взгляд, я бы таких людей не допускал к законодательной деятельности, и во многих странах их не допускают. К сожалению, у нас такого закона нет.

Вот такие Времена...



Игорь Пчелин
главный редактор



«Шаги экспресс» – положительная газета для положительных людей!
Спрашивайте бесплатную газету в местном СПИД-центре и общественных организациях

Издается Общественным благотворительным фондом борьбы со СПИДом «Шаги» при финансовой поддержке фонда «Российское здравоохранение» в рамках Программы IV раунда Глобального фонда.

Распространяется бесплатно. Главный редактор: И. Пчелин.

Адрес редакции: 105062 Москва, а/я 302, «ШАГИ экспресс»; тел.: (495) 917-8068;

электронная почта: editor@hiv-aids.ru, сайт: www.hiv-aids.ru

История презерватива

История презерватива насчитывает не одно столетие. Да-да, наши предки тоже предохранялись! Самые древние упоминания о презервативе относятся приблизительно к 3000 году до н.э.

Согласно легенде, критский царь Минос был вынужден изобрести столь ценный предмет после того, как его супруга Пасифая, наслышавшаяся об изменах мужа, наложила на него заклятие: каждый раз во время близости с неизвестной дамой из царственного изменщика изливался поток ядовитых змей и скорпионов, до смерти кусавших несчастную соблазненную.

Естественно, что с распространением слуха о необычных физиологических особенностях царя количество желавших переспать с ним стремительно уменьшалось. Тогда, отчаявшийся от безысходности, царь решил попробовать секс, предварительно введя мочевой пузырь козла в лоно очередной своей избранницы. Эксперимент окончился удачно: дама осталась в живых, человечество обогатилось новым изобретением, а ревнивая супруга царя так ни о чем и не узнала. Желающие проводить параллели могут предположить, что Минос просто страдал каким-нибудь неизвестным в те времена венерическим заболеванием, что было бы неудивительно, так как некоторые историки, на основании исследований скелета, якобы принадлежащего Клеопатре, делают вывод, что та умерла от СПИДа.

Как бы то ни было, но остальное население Крита не нуждалось в подобной профилактике, поэтому изобретение царя не прижилось.

Вслед за древними греками эстафету предохранения при помощи презерватива подхватили древние египтяне. Историки встречали изображения египетских мужчин с соответствующими изделиями на половом члене. Неизвестно, было ли это украшением или на самом деле использовалось как средство контрацепции: нет сомнений в том, что египтяне были весьма плодовиты, в то же время египетские презервативы были украшены драгоценными камнями. Кстати, при должной огранке (чтобы не поцарапать) подобное сооружение могло служить дополнительным стимулятором (подобные насадки продаются и в современных секс-шопах). Также косвенным подтверждением теории об эстетическом предназначении данного предмета у египтян может служить тот факт, что в качестве способа пре-

дохранения древние египтянки использовали специальные тампоны, пропитанные соком акации, а девушки попроще — крокодилий помет.

Историки утверждают, что первый презерватив был кожаным и носил его фараон Тутанхамон. В этом можно убедиться, посетив Национальный музей в Каире. Потом в ход пошли бычья пузыри, слепая овечья кишка.

Недавно выяснилось, что кондомами пользовались и древние римляне. Археологи нашли в одном из античных храмов желтоватые, несколько шероховатые, закрытые с одного конца цилиндры. Но долгое время ученые не знали, что это не что иное, как римские презервативы. Исследователи сначала высказали предположение, что странные изделия — что-то вроде ритуальных стаканов. Дело в том, что делались они из смолы — единственно доступного тогда гибкого вещества. Смола обрабатывалась специальным составом, который создавал уплотнение на поверхности, чтобы смола не прилипла к мужским и женским гениталиям. Со временем смола окаменевала, и именно это ввело исследователей в заблуждение. Однако новейший анализ с использованием революционных технологий показал наличие сперматозоидов в стенках стаканов. Их нашли совсем немного, всего два-три на стакан, но использование сканирующих свойств технологии позволило однозначно определить и зафиксировать точные места их локации. Очевидно, сперматозоиды проникали в микроразрывы смолы.

Тогда же производство презервативов впервые поставили на поток: римские легионеры получали «боекомплект» из высушенных овечьих кишок, когда отправлялись в дальние походы. Однако с распадом римской империи презервативы были преданы сравнительному забвению, пусть и лишь для того, чтобы вновь возродиться в средние века.



Историю презервативов в средние века можно было бы начать с путешествия Колумба в Америку. Именно его команда привезла оттуда и подарила европейцам две вещи: каучук и сифилис, каждая из которых оказала значительное влияние на развитие этой отрасли. Сифилис, который по мнению большинства исследователей был завезен из Америки моряками Колумба, и который тут же окрестили

«подарком Нового Света» и «мезью аборигенов», впервые массово проявился при осаде королем Карлом VIII Неаполя в 1495 году. Ввиду исключительно внешнего проявления средневековой морали уже к 1496-му году болезнь распространилась практически по всей западной Европе, завершив свое шествие в России к 1500-му году, продолжив дальше на Дальний Восток: в 1512 году эпидемия прокатилась уже по Японии. Тогда же японцы, которые по части высоких технологий всегда были впереди планеты всей, изобрели нечто похожее на презерватив. Их изделие было двух видов: одно — из кожи тонкой и мягкой выделки, а другое — из внутренней пленки панциря черепахи, и носило название «кавагата».

Находчивые европейцы занялись борьбой с доселе неизвестной болезнью сразу двумя способами: в то время, как выдающиеся отцы церкви призывали каяться, считая эпидемию наказанием за разврат (что, кстати, действительно вызвало массовый уход девушек в монастыри), пытливые умы, помимо всего прочего, заново открыли презерватив. Так, в 1564 году итальянский врач и анатом Габриель Фаллопий (который известен в основном по трубам, названным в его честь) в своем трактате «о французской болезни» рекомендовал использовать для предохранения от этой мерзкой болезни льняной мешочек, пропитанный растворами солей и трав, и крепящийся на член при помощи тесемочек. Фаллопий настоятельно советовал использовать при половом контакте этот льняной мешочек, который, по его мнению, должен был защищать сластолюбцев от венерических заболеваний. Действительно ли пропитанный различными жидкостями мешочек защищал от инфекций, история умалчивает. Однако сия оболочка для пениса дала старт дальнейшему развитию столь необходимых защитных оболочек.

До сих пор не удалось точно установить происхождение слова «кондом». Одни считают, что «кондом» произошло от латинского *condus*, которое в винительном падеже звучит *condum*, другие — от фамилии придворного врача английского короля Карла Второго графа Кондома. Король приказал своему врачу придумать что-нибудь для защиты от сифилиса и врач предложил использовать смазанные маслом колпачки из овечьих кишок. В те времена доминирующей практикой против «французской болезни» было нанесение на гениталии масла и животного жира. В основе практики лежала идея о том, что болезнь проникает сквозь поры: таким образом, их следовало закрыть маслом или жиром. Случалось, что джентльмены того времени ходили на любовные свидания с золотой или серебряной коробочкой, наполненной свиным или каким-то другим животным жиром.

Качество презервативов, изготовленных из кишок животных, оставляло желать лучшего, тем не менее изобретение лекаря пришлось ко

двору, и вскоре вся аристократия использовала эти средства контрацепции и защиты от любовных недугов. Правда, их использовали по несколько раз, поэтому заболевания продолжали распространяться. Зато внебрачных детей стало рождаться меньше.

В лондонском музее экспонируется презерватив примерно 1640 года, найденный в средневековой замке Дадли около Бирмингема. Антикварному противозачаточному средству 350 лет. Оно сделано из кишки животного и перед использованием для смягчения должно было вымачиваться в молоке.

Тем не менее, англичане пытаются открититься от столь заманчивой славы, и приписывают возникновение названия французскому городу, также называющемуся Кондом. Французы, кстати, не сильно протестуют, планируя открыть в городе со столь интригующим названием музей противозачаточных средств.

И если о контрацептивных средствах, которые использовались раньше, до нас дошло не очень много информации, то о презервативах сведений предостаточно. Презервативы появились в продаже в 1712 году в Утрехте, во время конференции, посвященной подписанию договора о завершении войны за испанское наследство.

В связи с присутствием на конференции чиновников и дипломатов, которых окружали «галантные дамы», возникла идея производства средств интимной гигиены из пленок и перепонки животного происхождения. Используемый в контрацептивных целях в шикарных борделях и «адюльтерных альковах», презерватив вскоре стал символом незаконного секса, окруженный ореолом греховности.

Презервативы использовали маркиз де Сад, Казанова, Джеймс Босуэлл (английский писатель XVIII века). Дурная слава этого профилактического средства привела к возникновению эвфемизмов: «английский редингот», «французское письмо». Термин «презерватив» появился впервые в одной рекламе, посвященной его гигиеническим и профилактическим свойствам.

В Венеции распространение презервативов, «небольших изделий из белой кожи, наподобие перчаток с тесемками», было запрещено из опасения, что нечестные люди будут их распространять среди девушек, защищая их от беременности и склоняя таким образом к проституции. Многие также считали, что презерватив «от опасности защищает как паутина, а от удовольствия ограждает как броня». Кроме того, они были дорогими, поскольку их производство было очень трудоемким — презерватив изготавливался из слепой кишки овцы.

Врачи в те времена не считали, что презерватив способен защитить от болезни, однако это профилактическое средство внушало ложную уверенность «потребителям» секса за деньги. Джин Аструп, один из известных людей того

времени, сетовал на то, что некоторые «развратники используют маленькие мешочки, сделанные из тонкой пленки». Великий Якоб фон Пленк писал, что существовала иллюзия, что «использование колпачка в форме ножен» предохраняет от заражения венерической болезнью.

Прорывом в этой области стало открытие процесса вулканизации резины Ч. Гудиером (США) и в 1843 г. Т. Хэнкоком (Англия). В 1844 г. Ч. Гудиер запатентовал изобретение. Презервативы из резины стали массовым продуктом после 1844 года, когда полученная по новой технологии резина получила применение и в контрацепции. Тем не менее, первые презервативы из резины были очень ненадежными. Сначала резиновые кондомы были многоразовые. Их мыли после использования, клали в специальный раствор, упаковывали в маленькие деревянные коробочки, коробочки клали в тумбочки в спальнях. Об этом никто не разговаривал, особенно при детях.

Одним из первых в мире резиновых заводов, использующих новую технологию, стало «Товарищество Российско-Американской резиновой мануфактуры» в Санкт-Петербурге, основанное в 1859 году. Позже, в конце XIX века, завод получил название «Резиновая мануфактура «Треугольник». К этому времени завод обзавелся и собственным научно-исследовательским центром, очень авторитетным и весьма продвинутым. Центр был одним из мировых лидеров в разработке резиновых технологий.

В дальнейшем процесс был усовершенствован, в результате чего появились презервативы также из латекса, как раз предусмотрительно привезенного Колумбом, о чем мы упоминали в начале нашего повествования. Латекс (сок каучуконосного дерева гевеи) в основном производится в странах Юго-Восточной Азии (Индонезия, Малайзия, Вьетнам, Индия и др.). С одного дерева получают от 3 до 7 кг латекса в год. Наиболее качественным считается латекс из Малайзии. Даже если на упаковке презервативов указана европейская страна, это не значит, что они

Резиновые изделия.

Настоящие парижские и американские резиновые предохранители без швов самой тончайшей выделки для мужчин.

Издаче	дюж.	—	руб. 80 коп.
Брасане	"	"	80 "
«Фотра» с резервуаром	"	1	20 "
«Ритин Ритин», «Derby-Craek»	"	2	50 "
«Микадо»	"	3	50 "
«Микадо» с резерв.	"	3	—
Американские «New slip»	"	2	50 "
«New slip ultra» (из латекса)	"	2	50 "
«Бейби» со шпорок	"	5	—
Тонкие душные сорты	"	6	—

Парижские и американские латексы приспособлены к чистому нежному тонкой резки, благодаря чему не рвутся и не скользят.

Парижские и американские предохранители из рыбьего пузыря для мужчин.

«Севулла»	дюж.	2	руб. 60 коп.
«Перфект»	"	4	—
«Рельеф»	"	5	—
«Фр-Фр»	"	7	—

Предохранители из рыбьего пузыря — это особый сорт пузыря из семги и других благородных рыб.

Шпорок (без презервативов) дюж. 3 руб.
Шпорок-палач (для надвигания на пальцы) дюжина 5 руб.

Искусственные резиновые органы.

Мужские:

- Твердый** с шпорок. Устройство для выношения жидкости и вытискивания ее из соответствующей момент. Служит для выношения жидкости собственного.

 - I сорт 15 руб.
 - II " 10 "

- Футляр** для надвигания на собственный, с латексом (суперсильным) для лица. Он самостоятельно закрут и закрывает собственными, если носик не закрутится.

 - I сорт 30 руб.
 - II " 15 "

- Надувающийся**, посредством амбулатора при нежной резки, с шпорок. Также есть № 1, устройство для выношения жидкости и вытискивания из соответствующей момент.

 - I сорт 25 руб.
 - II " 20 "

Все с шпорок для прикрепления к телу, в виде подтяжки.



производятся в Европе. Большинство европейских производителей имеют заводы в Юго-Восточной Азии или заказывают презервативы на заводах, расположенных в этом районе.

Латексный презерватив более, чем на 92% состоит из натурального латекса, остальную часть составляют различные добавки, которые придают изделию необходимую прочность и тягучесть.

Идея использования вулканизированного латекса для изготовления презервативов принадлежит американцу Альфреду Троджану, открывшему секрет этого процесса в 1921 году. С этих пор презерватив становится более надежным.

В ходе Первой мировой войны опасения распространения среди солдат запрещенных сексуальных отношений привели к тому, что предпочтение отдавалось специальным антивенерическим наборам, в состав которых входила знаменитая мазь. Греховное приспособление было запрещено упоминать даже в энциклопедиях и словарях: до 1972 года слово «презерватив» отсутствовало даже в монументальном *The Oxford English Dictionary*.

В начале XX века Американская ассоциация социальной гигиены вела жестокую войну за запрет презервативов. Члены этой ассоциации считали, что любой, кто рискует заработать венерическое заболевание, должен сам расплачиваться за последствия, включая американских солдат, участников Первой мировой войны. Американские экспедиционные силы, как назывались эти войска, были единственными вооруженными силами в Европе, которые не использовали презервативы. Неудивительно, что американцы имели самые высокие показатели заражения болезнями, передающимися половым путем — в 1919 г. почти 77% солдат были больны.

После Первой мировой войны открытую продажу презерватива запретили, потому как был необходим прирост населения. Но тут на его защиту встало международное женское движение, которое видело в презервативе новую форму свободы и право выбирать «рожать им или не рожать». Презерватив вновь разрешили продавать.

В СССР производство презервативов было основано в 30-х годах. При поддержке Лаврентия Берии в Московской области был построен Баковский завод резинотехнических изделий, который начал работать в 1936 г. и сразу прославился на всю страну выпуском презервативов,

или, по-другому, изделия № 2. Смысл этого обозначения объяснялся просто: изделием № 1 на заводе был противогаз. Советский кондом, датированный тридцатыми годами, был намного толще современных образцов.

Так или иначе, но только в начале XX века презерватив обрел заслуженную популярность, пошедшую на спад в шестидесятых, в период сексуальной революции, когда изобрели противозачаточные таблетки и верили, что все заболевания можно вылечить антибиотиками.

Снова же изделие номер два обрело популярность в восьмидесятых годах XX века, когда стало известно о синдроме приобретенного иммунодефицита (СПИД).

Появился современный латекс. За небольшой срок изделие претерпело массу изменений. Длина современного презерватива в раскатанном состоянии достигает 18 см. Фирмы-производители позаботились и о смазке. Презервативы существуют наряду с другими противозачаточными средствами и выпускаются в разнообразном исполнении: ароматизированные, разноцветные, пупырчатые или рельефные, со смазкой или без, из овечьих кишок, латекса, полиуретана. Хорошие презервативы имеют срок годности до пяти лет. Их проверяют на качество множеством способов — и электроникой, и на герметичность. Как и другие противозачаточные средства, презервативы не дают 100% защиты, хотя при правильном применении их эффективность достаточно высока.

Католическая церковь, которая, как известно, категорически не приемлет любое использование презервативов, сейчас находится на пороге исторического перелома в отношении к этим средствам контрацепции и профилактики распространения половых инфекций.

Как предполагают наблюдатели, Церковь даст ограниченное разрешение на использование презервативов супружескими парами, если один из супругов болен СПИДом, для защиты здоровья второго партнера. По данным источников, близких к Святому Престолу, документ, в котором будет высказана новая позиция Католической церкви, уже получил одобрение Совета по пастырскому попечению о здоровье. Он также должен быть одобрен Конгрегацией доктрины веры и, наконец, получить одобрение Бенедикта XVI. До тех пор пока Папа не подпишет это постановление, его содержание будет недоступно общественности. Однако сам факт того, что обсуждение зашло так далеко, и полдюжины влиятельных кардиналов одобрили этот осторожный и аккуратно сформулированный документ, указывает на высокую вероятность перемен.

Новый подход Церкви был озвучен бывшим архиепископом Милана кардиналом Карло Мартини, которого многие либералы прочили в преемники Папе Иоанну Павлу II. По мнению кардинала Мартини, «использование средств профилактики в некоторых случаях представля-

ет собой меньшее из зол. Существует особая ситуация, когда один из супругов болен СПИДом. Его долг — защитить своего партнера, и у них должна быть возможность защитить себя».

Между тем у Русской православной церкви в этом вопросе более мягкая позиция. Основным документом, который определяет отношение РПЦ к противозачаточным средствам, являются «Основы социальной концепции», принятые на Архиерейском Соборе РПЦ в 2000 году. Документ этот излагает базовые положения учения Церкви по вопросам церковно-государственных отношений и по ряду современных общественно значимых проблем. Он также «отражает официальную позицию Московского Патриархата в сфере взаимоотношений с государством и светским обществом. Помимо этого, он устанавливает ряд руководящих принципов, применяемых в данной области епископатом, клиром и мирянами».

В разделе «Проблемы биоэтики», посвященном, в основном, искусственному прерыванию беременности, искусственному оплодотворению, трансплантологии и отношению к гомо-

сексуальным связям, говорится, в частности, и о том, что «религиозно-нравственной оценки требует... проблема контрацепции».

«Некоторые из противозачаточных средств фактически обладают abortивным действием, искусственно прерывая на самых ранних стадиях жизнь эмбриона, а посему к их употреблению применимы суждения, относящиеся к аборту. Другие же средства, которые не связаны с пресечением уже зачатой жизни, к аборту ни в какой степени приравнять нельзя», — говорится в документе. Таким образом, основная проблема здесь состоит в том, что Церковь никак не может одобрить искусственное прерывание человеческой жизни, ниспосланной Богом, даже когда речь идет о зародыше.

Что же касается неabortивных средств контрацепции, то Церковь здесь достаточно деликатно напоминает, что «христианским супругам следует помнить, что продолжение человеческого рода является одной из основных целей богоустановленного брачного союза» и «намеренный отказ от рождения детей из эгоистических побуждений обесценивает брак и является несомненным грехом».

Подготовлено по информационным материалам Интернета.

ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ

• **Нью-Йорк. 02.06.2006.** В заключительные часы переговоров на ответственной встрече Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу, проходившей в Нью-Йорке, представители более 100 общественных организаций из разных стран выступили с акцией протеста, выкрикивая лозунг: «Включите в декларацию: лечение, четкие цели, женщин и девушек, снижение вреда, уязвимые группы!». Когда же охрана выводила их из холла, они начали скандировать: «Молчание — смерть!». Таким образом они выразили недовольство проектом политической декларации, которая совершенно не оправдывает ожиданий общественности, в то время как в мире каждый день 8000 человек умирают от СПИДа. Правительства не взяли на себя обязательства по пяти важнейшим направлениям, работа по которым могла бы остановить глобальную эпидемию ВИЧ/СПИДа.

По информации коалиции гражданского общества, проект декларации не включает следующие обязательства:

- конкретную цель обеспечения повсеместного доступа к профилактике, лечению и уходу; в частности, обеспечения к 2010 году доступа к лечению для 80% всех людей, живущих с ВИЧ, во всем мире;
- комплексные стратегии профилактики для всех уязвимых групп населения;
- заместительную терапию для потребителей инъекционных наркотиков;
- вопросы репродуктивного и сексуального здоровья женщин, а также соблюдения их прав. Помимо этого, в документе не дается определение уязвимых и маргинализованных групп, таких как секс-работники, потребители инъекционных наркотиков, заключенные, мигранты и люди, проживающие в зонах военных конфликтов.

«Мы пришли сюда сегодня потому, что за последние пять лет появилось множество новых проблем, не учтенных в Декларации о приверженности 2001 года. Новый проект декларации должен быть более смелым: сейчас же он не отражает меняющейся ситуации в отношении эпидемии СПИДа, — сказал один из протестантов. — Например, сегодня мы можем начать предоставлять людям антиретровирусную терапию, что пять лет назад было нереалистично, поскольку цены на препараты были слишком высоки. Но там, на совещании, правительства отказались ставить конкретные цели по лечению, потому что они боятся, что потом им придется за это отвечать».

В 2001 году динамика развития эпидемии ВИЧ/СПИДа изменилась. В Восточной Европе наблюдается новая вспышка заболеваемости среди потребителей инъекционных наркотиков, которым необходимо срочно обеспечить доступ к стерильным иглам и заместительной терапии, чтобы предупредить дальнейшее инфицирование в этой популяции. В странах Африки к югу от Сахары эпидемия становится все более «женской» — большинство новых случаев сейчас регистрируется среди женщин. Однако консервативные правительства отказались учесть комментарии о заместительной терапии и защите прав женщин. Многие задачи, не зафиксированные в сегодняшнем проекте декларации, могли бы свидетельствовать о значительном прогрессе по сравнению с Декларацией о приверженности 2001 года.

«Мы призываем правительства проявить политическую волю и направить борьбу с ВИЧ/СПИДом на новый виток развития — вперед, а не назад», — заявил другой протестант.

Aids74.com

ВЫСОКОАКТИВНАЯ АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ^{*,**}

В.В. Покровский¹, Т.Н. Ермак¹, А.В. Кравченко¹,
В.И. Шахгильдян¹, О.Г. Юрин¹, Л.Е. Зиганшина², М.В. Макарова³

¹ Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом

² Кафедра клинической фармакологии и фармакотерапии Казанской государственной медицинской академии, Минздрав Республики Татарстан

³ Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом Минздрава
Республика Татарстан

Клинические рекомендации по ВИЧ-инфекции и СПИДу разработаны Федеральным научно-методическим центром по профилактике и борьбе со СПИДом. Предназначены практикующим врачам, оказывающим помощь ВИЧ-инфицированным; инфекционистам, терапевтам, врачам смежных специальностей. Служат советчиком врача при принятии клинических решений, которые должны также учитывать индивидуальные особенности и предпочтения больных. Авторы, редакторы и издатели настоящих клинических рекомендаций предприняли максимум усилий для обеспечения точности представленной информации, в том числе дозировок лекарственных средств. Однако, осознавая высокую ответственность, связанную с разработкой клинических рекомендаций, и учитывая постоянные изменения, происходящие в медицинской науке, мы рекомендуем уточнять дозы лекарственных средств с утвержденными инструкциями по их применению. Все клинические рекомендации, приведенные в настоящем сборнике, разработаны в период с января по октябрь 2005 г. Клинические рекомендации будут регулярно пересматриваться и обновляться не реже 1 раза в год. Пациенты не могут использовать эту информацию в целях самодиагностики и самолечения.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ: АЛТ – аланинаминотрансфераза, АСТ – аспаратаминотрансфераза, ВААРТ – высокоактивная антиретровирусная терапия, ВИЧ – вирус иммунодефицита человека, ИП – ингибиторы протеазы, НИОТ – нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы, ННИОТ – нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы, НТИОТ – нуклеотидные ингибиторы обратной транскриптазы, ПЦР – полимеразная цепная реакция, РВО – ранний вирусологический ответ, УВО – устойчивый вирусологический ответ, ФНМЦ СПИД – Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом.

ХИМИОПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Химиопрофилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности, родов и новорожденному. Передача ВИЧ от инфицированной матери ребенку может происходить во время беременности, родов и при грудном вскармливании. Химиопрофилактика вертикальной передачи ВИЧ может значительно снизить вероятность заражения ребенка. При ее отсутствии ВИЧ-инфекцию диагностируют у 18–32% новорожденных, а если проводилось грудное вскармливание, – до 50%. Проведение трехэтапной химиопрофилактики по схеме монотерапии (зидовудин перорально во время беременности, внутривенно в родах и в виде сиропа новорожденному) позволило снизить риск заражения до 8,2–12,6%. Проведение ВААРТ во время беременности и родов позволяет уменьшить частоту перинатальной передачи ВИЧ до 1,2% (0–2,5%) [3].

* Клинические рекомендации. ВИЧ-инфекция и СПИД / под ред. В.В. Покровского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 128 с. Печатается с разрешения В.В. Покровского.

** Окончание. Начало см. в № 1, 2006, с. 33–47.

Химиопрофилактика ВИЧ-инфекции в период беременности проводится при отсутствии показаний к ВААРТ при сроке беременности не менее 14 нед. (более раннее проведение не рекомендуется из-за возможного тератогенного эффекта). После родов прием женщиной антиретровирусных препаратов с целью химиопрофилактики ВИЧ-инфекции прекращается.

Если у беременной есть показания к ВААРТ, она проводится (одновременно она является химиопрофилактикой вертикальной передачи ВИЧ-инфекции) и после родов.

В настоящее время многие эксперты считают оптимальным сроком начала химиопрофилактики не 14, а 26–28 нед. Это, по их мнению, способствует сохранению приверженности к терапии на поздних сроках беременности (когда риск инфицирования плода особенно велик), снижению частоты развития осложнений, связанных с приемом препаратов, и вероятности развития резистентности к зидовудину к моменту родов. Если ВИЧ-инфекция у беременной была выявлена на более поздних сроках, химиопрофилактика начинается как можно раньше (с момента установления диагноза) [5].

Согласно Инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во

время беременности, родов и новорожденному, утвержденной приказом Минздрава Российской Федерации № 606 от 19.12.03, с целью химиопрофилактики вертикальной передачи ВИЧ во время беременности применяют одну из следующих схем [5]:

- зидовудин (тимазид, ретровир) перорально по 0,2 г каждые 8 ч (3 раза в день, суточная доза 0,6 г) ежедневно во время всего периода беременности до родов;

- фосфазид (никавир) перорально по 0,2 г каждые 8 ч (3 раза в день, суточная доза 0,6 г) ежедневно во время всего периода беременности до родов.

У пациенток со склонностью к анемии и гранулоцитопении схема с использованием фосфазиды является предпочтительной. При плохой переносимости зидовудина рекомендуется его замена фосфазидом.

При уровне РНК ВИЧ более 1000 копий/мл женщине может быть назначена химиопрофилактика по схеме ВААРТ. При уровне РНК ВИЧ более 30 000 копий/мл или при количестве CD4⁺-лимфоцитов менее 0,35 млрд. в 1 л назначение химиопрофилактики по схеме ВААРТ настоятельно рекомендуется. Как правило, в схему ВААРТ включают 2 НИОТ (зидовудин или фосфазид и ламивудин). Третьим препаратом в схеме может быть ИП (предпочтительно нелфинавир) или при количестве CD4⁺-лимфоцитов менее 0,25 млрд. в 1 л, НИОТ (невирапин). Необходимо избегать назначения беременным сочетания d4T и ddI (повышение частоты развития лактацидоза), а также EFV (терагенное действие) [4].

Химиопрофилактика ВИЧ-инфекции во время родов назначается независимо от того, проводилась ли она во время беременности или нет. Химиопрофилактика назначается при начале родовой деятельности.

Для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку во время родов разработано несколько схем химиопрофилактики:

- зидовудин в форме раствора для внутривенного введения назначают при начале родовой деятельности. В течение 1-го часа его вводят из расчета 0,002 г/кг, затем — из расчета 0,001 г/(кгч) до завершения родов;

- невирапин (таблетка 0,02 г) однократно при начале родовой деятельности (прием зидовудина или фосфазиды, если пациентка получала его во время беременности, не прекращается до завершения родов). Невирапин назначают однократно, независимо от количества CD4⁺-лимфоцитов пациентки;

- зидовудин перорально 0,3 г при начале родовой деятельности, затем по 0,3 г каждые 3 ч до окончания родов;

- фосфазид перорально 0,6 г при начале родовой деятельности, затем по 0,4 г каждые 4 ч [1, 4, 5].

Перорально зидовудин и фосфазид во время родов назначают при невозможности внутри-

венного их введения [5]. Плановую операцию кесарева сечения рекомендуется производить после 38 нед. беременности, если уровень РНК ВИЧ в этот период превышает 1000 копий/мл. В европейском исследовании частота передачи вируса от матери ребенку составила 1,8% (3 из 176) у женщин, которым роды были проведены путем кесарева сечения, и 10,5% (21 из 200) — в группе контроля (роды естественным путем) [4].

Химиопрофилактика ВИЧ-инфекции у новорожденного. Ребенка, рожденного от ВИЧ-инфицированной матери, рекомендуется не прикладывать к груди и переводить на искусственное вскармливание. Химиопрофилактика ВИЧ-инфекции у ребенка, родившегося от ВИЧ-инфицированной матери, проводится независимо от того, получала ли мать химиопрофилактику во время беременности и родов. Химиопрофилактика начинается с 8-го ч после рождения (если мать получала химиопрофилактику во время родов). Если во время родов мать не получала антиретровирусных препаратов, химиопрофилактику новорожденному не следует откладывать на 8 ч, а начинать ее как можно раньше.

Применяют жидкие пероральные формы зидовудина и невирапина. Зидовудин назначают перорально в сиропе из расчета 0,002 г/кг каждые 6 ч в течение 6 нед. Невирапин (суспензия) применяют перорально из расчета 0,002 г/кг. Препарат можно давать однократно или 3 раза (ежедневно в течение первых 3 дней жизни).

Если ребенку, рожденному от ВИЧ-инфицированной матери, химиопрофилактика ВИЧ-инфекции не была начата в течение первых 3 сут. после рождения, начинать ее бессмысленно [2], за исключением случаев, когда ребенок получал грудное вскармливание.

Если о наличии ВИЧ-инфекции у матери стало известно, когда ребенок уже начал получать вскармливание молоком инфицированной матери, рекомендуется немедленно перевести его на искусственное вскармливание и начать химиопрофилактику по той же схеме, что и после родов.

После родов вопрос о необходимости проведения женщине ВААРТ решается на общих основаниях.

ЛЕЧЕНИЕ И ХИМИОПРОФИЛАКТИКА ВТОРИЧНЫХ (ОПОРТУНИСТИЧЕСКИХ) ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Химиопрофилактику вторичных заболеваний у больных ВИЧ-инфекцией проводят до развития заболевания (превентивная терапия, которую назначают на основании эпидемиологических, клинических и иммунологических показаний) и для предотвращения рецидивов после проведенной терапии острого периода. Успешно проводимую ВААРТ также можно в

определенном смысле рассматривать в качестве профилактики пневмоцистной пневмонии, церебрального токсоплазмоза, цитомегаловирусной инфекции, атипичного микобактериоза, саркомы Капоши и др.

Пневмоцистная пневмония

Лечение. Основной режим:

- комбинированный препарат триметоприм/сульфаметоксазол (торговые названия: септрин, бисептол, бактрим, клотримоксазол) назначают из расчета по тримаксозолу по 15 мг/кг в день, из расчета по 75 мг/кг в день в/в капельно или перорально в течение 21 дня. Суточную дозу принимают в 3–4 приема.

Альтернативный режим:

- триметоприм 15 мг/кг в день перорально + дапсон по 100 мг в день внутрь в течение 21 дня;
- клиндамицин 600 мг каждые 8 ч в/в капельно или 300–450 мг каждые 6 ч внутрь + примахин 30 мг в день внутрь в течение 21 дня.

При наличии у больного дыхательной недостаточности ($pO_2 < 70$ мм рт. ст.) показаны кортикостероиды: преднизолон по 80 мг в день (по 4 мг 2 раза) в течение 5 дней, затем по 40 мг 1 раз в день в течение 5 дней, затем по 20 мг в день до конца курса лечения.

Профилактика. Химиопрофилактику проводят у больных ВИЧ-инфекцией с количеством $CD4^+$ -лимфоцитов ниже 0,2 млрд. в 1 л (превентивная терапия) и у больных, перенесших пневмоцистную пневмонию (химиопрофилактика рецидивов).

Профилактику проводят триметопримом/сульфаметоксазолом 80/400 мг (детям 20/100 мг) по 2 таблетки 1 раз в день.

В качестве альтернативного режима можно использовать триметоприм/сульфаметоксазол 3 раза в нед. (3 дня подряд) в указанной выше суточной дозе.

При непереносимости триметоприма/сульфаметоксазола применяют дапсон 100 мг в день внутрь ежедневно.

Первичную терапию и профилактику рецидивов пневмоцистной пневмонии можно прекратить при стойком повышении количества $CD4^+$ -лимфоцитов — более 0,2 млрд. в 1 л в течение 3 мес.

Кандидозная инфекция

Кандидозный стоматит. Лечение.

Основной режим:

- клотримазол 10 мг 5 раз в день внутрь в виде сосательных пастилок.

Альтернативный режим:

- нистатин 500 000 ЕД 5 раз в день внутрь;
- кетоконазол 200 мг в день перорально;
- флуконазол 100 мг внутрь 1 раз в день.

При неэффективности основного и альтернативного режимов:

- итраконазол 100 мг в день в виде суспензии для приема внутрь;

- амфотерицин В 0,3–0,5 мг/кг в день в/в капельно.

Лекарственную терапию проводят до исчезновения клинических симптомов кандидоза, обычно в течение 10–14 дней.

Профилактика. Химиопрофилактику (превентивную терапию) кандидозного стоматита не проводят. При рецидивах кандидозного стоматита после излечения острого эпизода проводят поддерживающую терапию.

Основной режим:

- клотримазол 10 мг 5 раз в день внутрь в виде сосательных пастилок;

- флуконазол 100 мг внутрь 1 раз в день или 200 мг в день 3 раза в неделю.

Альтернативный режим:

- итраконазол 200 мг в день в таблетках или 100 мг в день в виде суспензии для приема внутрь;

- кетоконазол 200 мг в день перорально;

- нистатин 500 000 ЕД 5 раз в день внутрь.

Кандидозный вульвовагинит. Лечение.

Основной режим:

- миконазол, вагинальные свечи по 200 мг в течение 3-х дней или 2%-ный крем в течение 7 дней;

- клотримазол, крем 1%-ный в течение 7–14 дней или таблетки 100 мг в день внутрь в течение 7 дней, или 100 мг 2 раза в день в течение 3-х дней, или 500 мг в день однократно;

- флуконазол 150 мг в день однократно.

Альтернативный режим:

- кетоконазол 200 мг в день или 2 раза в день перорально в течение 5–7 дней или 200 мг 2 раза в день внутрь в течение 3-х дней;

- флуконазол 100 мг внутрь 1 раз в день.

Для предупреждения рецидивов может потребоваться поддерживающая терапия:

- кетоконазол 100 мг в день перорально;

- флуконазол 50–100 мг в день внутрь или 200 мг 1 раз в неделю.

Кандидозный эзофагит, бронхит, пневмония.

Лечение проводят до исчезновения клинической симптоматики и эндоскопической картины кандидоза, исчезновения вегетативных форм гриба в биоптате или соскобах, взятых со слизистой оболочки пищевода, но не менее 14 дней, при невозможности проведения контрольной эндоскопии — в течение не менее 21 дня. У больных с нарушением глотания может понадобиться парентеральное введение препаратов. Курс лечения бронхита и пневмонии не менее 21 дня.

Основной режим:

- флуконазол 200–800 мг в день перорально в течение 14–21 дня.

Альтернативный режим:

- кетоконазол 200 мг в день перорально;

- итраконазол 100–200 мг 2 раза в день в таблетках или 100–200 мг в день в виде суспензии для приема внутрь;
- амфотерицин В 0,3–0,5 мг/кг в день в/в капельно в течение 5–7 дней, затем флуконазол в вышеупомянутой дозе.

Поддерживающая терапия.

Основной режим:

- флуконазол 100–200 мг в день внутрь.

Альтернативный режим:

- кетоконазол 200 мг в день перорально;
- итраконазол 200 мг в день в таблетках или 100 мг в день в виде суспензии для приема внутрь.

Генерализованный кандидоз, кандидозный менингит. Лечение.

Основной режим:

- амфотерицин В 0,7 мг/кг в день в/в капельно в течение 14 дней, затем флуконазол 400 мг в день внутрь в течение 8–10 нед.

Альтернативный режим:

- флуконазол 400–800 мг в день внутрь в течение 6–10 нед.;
- итраконазол 200 мг 3 раза в день внутрь в течение 3 дней, затем 200 мг 2 раза в день внутрь в течение 6–10 нед.;
- флуконазол 400 мг в день внутрь 100 мг/кг в день внутрь;
- амфотерицин В 0,7 мг/кг в день в/в капельно в течение 14 дней;
- амбизом 4 мг/кг в день в/в капельно в течение 14 дней.

Поддерживающая терапия

Основной режим:

- флуконазол 200 мг в день внутрь.

Альтернативный режим:

- амфотерицин В 0,6–1 мг/кг 1–3 раза в неделю;
- флуконазол, возможно увеличение дозы до 400 мг в день внутрь;
- итраконазол 200 мг 2 раза в день внутрь.

Аспергиллез легких

Лечение. Основной режим:

- амфотерицин В 1,0–1,4 мг/кг в день в/в капельно. Длительность лечения определяется наличием клинической симптоматики.

Альтернативный режим:

- итраконазол 200 мг 2 раза в день в капсулах во время еды или 100–200 мг 2 раза в день в виде суспензии для приема внутрь до приема пищи;
- амбизом 5–7,5 мг/кг в день в/в капельно.

Криптококковая инфекция

Лечение.

Основной режим:

- амфотерицин В 0,7 мг/кг в день в/в капельно в течение 14 дней, затем флуконазол 400 мг в день внутрь в течение 8–10 нед.

Альтернативный режим:

- флуконазол 400–800 мг в день внутрь в течение 6–10 нед.;
- итраконазол 200 мг 3 раза в день внутрь в течение 3 дней, затем 200 мг 2 раза в день внутрь в течение 6–10 нед.;
- флуконазол 400 мг в день внутрь 100 мг/кг в день внутрь;
- амфотерицин В 0,7 мг/кг в день в/в капельно в течение 14 дней;
- амбизом 4 мг/кг в день в/в капельно в течение 14 дней.

Поддерживающая терапия.

Основной режим:

- флуконазол 200 мг в день внутрь.

Альтернативный режим:

- амфотерицин В 0,6–1 мг/кг 1–3 раза в нед.;
- флуконазол, возможно увеличение дозы до 400 мг в день внутрь;
- итраконазол 200 мг 2 раза в день внутрь.

Профилактика. Основной режим:

- нет общих рекомендаций.

Альтернативный режим:

- флуконазол 200 мг в день внутрь;
- итраконазол 200 мг в день внутрь.

Криптококковая инфекция без развития менингита. Всем пациентам с криптококковой инфекцией (поражение легких, диссеминированная инфекция, антиген криптококка в крови) необходимо проводить люмбальную пункцию для исключения менингита.

Основной режим:

- флуконазол 200 мг в день внутрь.

Альтернативный режим:

- итраконазол 200 мг 2 раза в день внутрь.

Поддерживающая терапия.

Основной режим:

- флуконазол 200 мг в день внутрь.

Альтернативный режим:

- амфотерицин В 0,6–1 мг/кг еженедельно или 1 раз в 2 нед.;
- итраконазол 200 мг в день внутрь.

Токсоплазмоз мозга

Лечение. Основной режим:

- пириметамин 200 мг в 1-й день, далее 75 мг в день внутрь + лейковорин 10–20 мг в день внутрь + сульфадiazин 4–6 г в день внутрь в течение 3–6 нед.;

- пириметамин/сульфадiazин из расчета 200 мг пириметамина в 1-й день, затем 75 мг в день внутрь или в/в + лейковорин 10–20 мг в день внутрь в течение 3–6 нед.

Альтернативный режим:

- пириметамин 200 мг в 1-й день, затем 75 мг в день внутрь + лейковорин 10–20 мг в день внутрь + клиндамицин 600 мг в/в каждые 6 ч или 300–450 мг каждые 6 ч внутрь в течение не менее 6 нед.;

- пириметамин 200 мг в 1-й день, затем 75 мг в день внутрь + лейковорин 10–20 мг в день внутрь + один из указанных препаратов: азитромицин 900–1200 мг в день, или кларитромицин 500 мг 2 раза в день, или миноциклин/доксциклин 300–400 мг в день;

- триметоприм/сульфаметоксазол 5 мг/кг триметоприма внутрь или в/в 2 раза в день;

- миноциклин 150–200 мг, или доксициклин 150–200 мг в день внутрь или в/в + кларитромицин 500 мг 2 раза в день внутрь, или сульфадiazин 4–6 г в день внутрь.

Поддерживающая терапия. Необходимо проводить, пока не восстановится система иммунитета.

Основной режим:

- пириметамин 50–75 мг в день внутрь + лейковорин 10–20 мг в день внутрь + сульфадiazин 1–1,5 г внутрь 4 раза в день.

Альтернативный режим:

- пириметамин 25–75 мг в день внутрь + лейковорин 10–25 мг в день внутрь + клиндамицин 300–450 мг в/в каждые 6–8 ч.

Режимы без доказанной эффективности:

- пириметамин 25–75 мг в день внутрь + лейковорин 10–25 мг в день внутрь + один из указанных препаратов: азитромицин 600 мг в день или дапсон 100 мг в день.

Профилактика. Превентивную терапию церебрального токсоплазмоза проводят инфицированным ВИЧ пациентам при количестве CD4⁺-лимфоцитов менее 100 клеток в 1 мкл и наличии положительного результата при исследовании на антитела к токсоплазме (IgG).

Превентивную терапию и профилактику рецидивов проводят триметопримом/сульфаметоксазолом 160/800 мг/сут. (2 таблетки бисептола 480).

При непереносимости триметоприма/сульфаметоксазола можно применять:

- дапсон 50 мг в день + пириметамин 50 мг в неделю + лейковорин 25 мг в неделю;

- дапсон 200 мг в неделю + пириметамин 75 мг в неделю + лейковорин 25 мг в неделю.

Превентивную терапию можно прекратить при увеличении количества CD4⁺-лимфоцитов более 200 клеток в 1 мкл, сохраняющегося в течение не менее 3 мес.

Профилактику рецидивов можно прекратить при увеличении количества CD4⁺-лимфоцитов более 200 клеток в 1 мкл, сохраняющегося в течение не менее 6 мес., при завершении начального курса лечения и отсутствии симптомов заболевания.

Инфекция, вызванная вирусом простого герпеса

Первичная инфекция (поражение кожи и слизистых оболочек, генитальный герпес). Лечение.

Легкое или средней тяжести течение:

- ацикловир 400 мг 3 раза в день внутрь;

- фамцикловир 500 мг 2–3 раза в день внутрь;

- валацикловир 1 г 2 раза в день внутрь. Курс лечения 7–14 дней.

Тяжелое течение:

- ацикловир 5–10 мг/кг в/в капельно каждые 8 ч в течение не менее 7–10 дней;

- ацикловир 5–10 мг/кг в/в капельно каждые 8 ч до начала регресса поражений, затем терапию продолжить ацикловиром внутрь 400 мг 3–5 раз в день, или фамцикловиром 500 мг 2 раза в день, или валацикловиром 1 г 2 раза в день до полного излечения поражений.

Рецидивов герпетической инфекции

Лечение:

- ацикловир 400 мг 3 раза в день внутрь;

- фамцикловир 500 мг 2 раза в день внутрь;

- валацикловир 1 г 2 раза в день внутрь. Курс лечения 5–10 дней.

Профилактика. Проводится, если у пациента наблюдаются 6 и более эпизодов герпетической инфекции в течение 1 года.

Применяют следующие схемы:

- ацикловир 400 мг 2 раза в день внутрь;

- фамцикловир 250 мг 2 раза в день внутрь;

- валацикловир 0,5–1 г 1 раз в день внутрь.

Курс лечения 6–12 мес.

Комментарии. Альтернативой может быть раннее лечение каждого эпизода заболевания с момента появления первых симптомов рецидива инфекции. Если пациент получает ганцикловир, он не нуждается в приеме поддерживающих доз ацикловира и других противогерпетических препаратов.

Генитальный герпес беременных. Наличие у беременной к началу родовой деятельности герпетических поражений является показанием к кесареву сечению.

Развитие первичного генитального герпеса менее чем за 4–6 нед. до родов или рецидива инфекции за несколько дней до родов требует назначения ацикловира внутрь или внутривенно (при тяжелом течении заболевания).

В случае возникновения первичного генитального герпеса или тяжелого течения рецидивирующей герпетической инфекции во II или III триместрах можно назначать ацикловир в лечебных дозах. При развитии первичного генитального герпеса более чем за 6 нед. до родов или при частых рецидивах инфекции во время беременности целесообразно проводить супрессивную терапию ацикловиром (200 мг 4 раза в день в течение 2–3 нед., начиная с 36-й нед. беременности). Возможно проведение культурального исследования (или ПЦР) для определения наличия вируса (ДНК вируса простого герпеса) в соскобе из цервикального канала с целью решения вопроса о способе родоразрешения.

Герпетический кератит. Лечение.

Поверхностная форма:

- местно ацикловир, 3%-ная мазь 2 раза в день с интервалом 12 ч в сочетании с офтальмовероном (глазные капли) по 1–2 капли 4 раза в день.

Глубокая форма:

- местно ацикловир, 3%-ная мазь 2 раза в день с интервалом 12 ч в сочетании с приемом внутрь ацикловира (400 мг 3 раза в день), фамцикловира (500 мг 3 раза в день) или валацикловира (1 г 2 раза в день).

Курс лечения 14–21 день.

Поражение внутренних органов (пневмония, эзофагит, гепатит).

Лечение:

- ацикловир 10 мг/кг в/в капельно каждые 8 ч в течение 14–21 дня;
- ацикловир 5–10 мг/кг в/в капельно каждые 8 ч в течение 2–7 дней или до момента клинического улучшения, затем валацикловир 1 г 2 раза в день. Общий курс лечения не менее 10 дней, затем продолжить прием внутрь фамцикловира, ацикловира, валацикловира.

Поражение головного мозга (энцефалит).

Лечение:

- ацикловир 10 мг/кг в/в капельно каждые 8 ч в течение 14–21 дня.

Комментарии. Лечение инфекции, вызванной вирусом простого герпеса следует начинать в течение первых 24 ч. Если не получен хороший ответ на прием таблетированных противогерпетических препаратов, необходимо начать внутривенную терапию ацикловиром (30 мг/(кг/сут)) и провести тест на чувствительность данного изолята вируса к ацикловиру. Если установлен факт резистентности вируса к ацикловиру, следует назначить ацикловир в высоких дозах (12–15 мг/кг в/в каждые 8 ч).

Инфекция, вызванная вирусом *Varicella-zoster*

Первичная инфекция (ветряная оспа).

Лечение:

- ацикловир 10 мг/кг в/в капельно каждые 8 ч в течение 7–10 дней до нормализации температуры тела, далее валацикловир 1 г 3 раза в день или фамцикловир 500 мг 3 раза в день.

Опоясывающий лишай (кожная форма).

Лечение. Основной режим:

- фамцикловир 500 мг 3 раза в день внутрь;
- валацикловир 1 г 3 раза в день внутрь.

Альтернативный режим:

- ацикловир 800 мг 5 раз в день внутрь.

Курс лечения 7–10 дней или не менее 5 дней с момента последнего высыпания.

Комментарии. Лечение следует начинать в первые 4 дня появления высыпаний или в пери-

од новых высыпаний. Назначение препарата в ранние сроки заболевания облегчает его течение и снижает частоту развития осложнений (постгерпетическая невралгия тройничного нерва). Некоторые авторы рекомендуют применять кортикостероидные гормоны. Поддерживающая терапия не проводится.

Диссеминированное поражение кожи, поражение внутренних органов.

Лечение:

- ацикловир 10 мг/кг в/в капельно каждые 8 ч в течение не менее 7–10 дней.

Поражение органов зрения (кератит в сочетании с иридоциклитом, ретинит, острый ретиальный некроз, неврит зрительного нерва).

Лечение:

- ацикловир 10 мг/кг в/в капельно каждые 8 ч в течение не менее 14–21 дня.

При наличии некрозов сетчатки и количестве CD4⁺-лимфоцитов менее 100 в 1 мкл лечение проводят ганцикловиром 5 мг/кг 2 раза в день в/в капельно в течение 21 дня в сочетании с противогерпетическими препаратами. При количестве CD4⁺-лимфоцитов более 0,1 млрд. в 1 л начинают ацикловир для внутривенного введения.

Профилактика. Проводится в том случае, если у пациента не имеется указаний в анамнезе на заболевание ветряной оспой или опоясывающим лишаем, обнаруживается отсутствие в крови антител к *Herpes-zoster*, а пациент имел контакт с больным ветряной оспой или опоясывающим лишаем. Профилактику необходимо начать в течение 96 ч после контакта (предпочтительнее в течение 48 ч). Профилактику проводят специфическим к вирусу *Herpes-zoster* иммуноглобулином согласно инструкции по применению данного препарата (обычно 5 флаконов в дозе 6,25 мл) в первые 96 ч после контакта.

Цитомегаловирусная инфекция

Цитомегаловирусный ретинит.

Лечение. Поражение центральной зоны сетчатки:

- ганцикловир 5 мг/кг 2 раза в день в/в капельно в течение 14–21 дня.

Поражение периферии сетчатки:

- валганцикловир 900 мг 2 раза в день внутрь в течение 14–21 дня или
- ганцикловир 5 мг/кг 2 раза в день в/в капельно в течение 14–21 дня.

Поддерживающая терапия (после окончания лечебного курса).

Основной режим:

- валганцикловир 900 мг 1 раз в день внутрь.

Альтернативный режим:

- ганцикловир 5–6 мг/кг в день в/в капельно 5–7 дней в неделю или
- ганцикловир 1000 мг 3 раза в день внутрь.

Комментарии. Поддерживающая терапия (профилактика рецидивов) может быть прекращена при отсутствии клинических симптомов заболевания, повышении количества CD4⁺-лимфоцитов более 100–150 в 1 мкл, сохраняющегося не менее 3–6 мес., и при регулярных осмотрах офтальмолога. При отсутствии восстановления системы иммунитета поддерживающая терапия проводится пожизненно. При рецидиве заболевания назначается повторный терапевтический курс.

Цитомегаловирусное поражение пищеварительного тракта (эзофагит, колит).

Лечение:

- ганцикловир 5 мг/кг 2 раза в день в/в капельно в течение 21–28 дней или более до исчезновения симптомов заболевания;
- валганцикловир 900 мг 2 раза в день внутрь во время еды. Курс лечения 21–28 дней.

Поддерживающая терапия

Основной режим:

- валганцикловир 900 мг 1 раз в день внутрь.

Альтернативный режим:

- ганцикловир 5–6 мг/кг в день в/в капельно по 5–7 дней в неделю.

Комментарии. Поддерживающая терапия (профилактика рецидивов) может быть прекращена при отсутствии клинических симптомов заболевания, повышении количества CD4⁺-лимфоцитов более 100 в 1 мкл, сохраняющегося не менее 3–6 мес.

Цитомегаловирусное поражение легких

Лечение:

- ганцикловир 5 мг/кг 2 раза в день в/в капельно в течение 21 дня и более до клинического улучшения состояния;
- валганцикловир 900 мг 2 раза в день внутрь в течение 21 дня.

Поддерживающая терапия

Основной режим:

- валганцикловир 900 мг 1 раз в день внутрь.

Альтернативный режим:

- ганцикловир 5–6 мг/кг в день в/в капельно по 5–7 дней в неделю.

Комментарии. Эффективность поддерживающей терапии при цитомегаловирусной пневмонии неясна. Длительную поддерживающую терапию обычно не проводят до момента возникновения повторной пневмонии или развития поражений цитомегаловирусом других органов. Одновременно с лечением цитомегаловирусной инфекции целесообразно проводить терапию поражений легких другой этиологии (пневмоцистоз, бактериальная, грибковая инфекции), поскольку поражения легких часто обусловлены смешанной инфекцией.

Цитомегаловирусное поражение нервной системы (энцефалит, миелит, полирадикулопатия).

Лечение:

- ганцикловир 5 мг/кг 2 раза в день в течение 21–42 дней и более до клинического улучшения состояния.

Поддерживающая терапия

- ганцикловир 5 мг/кг в день в/в капельно или валганцикловир 900 мг 1 раз в день внутрь.

Комментарии. При отсутствии восстановления системы иммунитета поддерживающая терапия проводится пожизненно.

Профилактика. Проводится у пациентов при снижении количества CD4⁺-лимфоцитов менее 50 в 1 мкл и обнаружении ДНК цитомегаловируса в крови методом ПЦР. Применяют валганцикловир 900 мг 1 раз в день внутрь или ганцикловир 1000 мг 3 раза в день внутрь. Профилактику можно прекратить при повышении количества CD4⁺-лимфоцитов до 100 в 1 мкл, сохраняющегося в течение 3–6 мес.

Цитомегаловирусный увеит при восстановлении иммунной системы на фоне ВААРТ. Воспаление заднего сегмента глаза у пациентов с латентным цитомегаловирусным ретинитом обусловлено восстановлением иммунной системы на фоне ВААРТ. Рекомендуется системное или перифокулярное введение стероидов.

Волосатая лейкоплакия языка (вирус Эпштейна–Барр)

Лечение. Основной режим:

- фамцикловир 500 мг 3 раза в день внутрь;
- валацикловир 1 г 3 раза в день внутрь;
- ацикловир 800 мг 5 раз в день внутрь.

Альтернативный режим:

- ганцикловир 5 мг/кг 2 раза в день (каждые 12 ч) в/в капельно;
- валганцикловир 900 мг 2 раза в день. Курс лечения 14–21 день.

Туберкулез

Лечение и химиопрофилактика туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией. *Коррекция ВААРТ при применении противотуберкулезных препаратов.* При применении рифампицина невозможно одновременно использовать схемы ВААРТ, содержащие большинство ИП (за исключением сочетания саквинавира с ритонавиром) и ННИОТ (за исключением ифавиренца).

В связи с этим пациентам, принимающим рифампицин, целесообразно назначать следующие схемы ВААРТ:

- эфавиренз + 2 НИОТ;
- саквинавир/ритонавир + 2 НИОТ;
- абакавир + зидовудин + ламивудин.

Препарат	Суточная доза (максимальная)	Доза при приеме 2–3 раза в неделю
Изониазид	5 мг/кг (300 мг)	15 мг/кг (900 мг)
Рифампицин	10 мг/кг (600 мг)	10 мг/кг (600 мг)
Стрептомицин	15 мг/кг (1 г)	25–30 мг/кг (1,5 г)
Пиразинамид	20–25 мг/кг (2 г)	2 раза в неделю, 45–50 мг/кг (4 г) 3 раза в неделю, 30–35 мг/кг (3 г)
Этамбутол	15–20 мг/кг (1,6 г)	2 раза в неделю, 35–45 мг/кг (4 г) 3 раза в неделю, 25–30 мг/кг (2,4 г)
Рифабутин	150–450 мг (450 мг)	2–3 раза в неделю, 300–600 мг (600 мг)

Для того чтобы пациенту назначить схему ВААРТ, содержащую другие ИП или ННИОТ, необходим 2-недельный интервал после принятия пациентом последней дозы рифампицина.

При включении в схему рифабутина нужно провести коррекцию дозы препаратов (рифабутин, ИП и ННИОТ).

Подробнее вопросы сочетания противотуберкулезной терапии и ВААРТ изложены в разделе, посвященном ВААРТ.

Лечение туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией проводят в соответствии со стандартными режимами терапии туберкулеза, утвержденными приказом Минздрава России № 109 от 21.03.03 г. «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации».

Как правило, курс интенсивной химиотерапии составляет 2–3 мес. и включает изониазид, рифампицин, пиразинамид и этамбутол или стрептомицин. Продолжают химиотерапию 2–3 препаратами, длительность ее составляет 4–12 мес.

Среднесуточные и максимальные дозы противотуберкулезных препаратов представлены в таблице.

Профилактика. Превентивная терапия туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией проводится:

- при появлении положительной реакции Манту 2 МЕ туберкулина (зона уплотнения более 5 мм), если ранее эта реакция была отрицательной (при количестве CD4⁺-лимфоцитов менее 200 в 1 мкл диагностическая значимость пробы Манту существенно ниже);

- при зарегистрированной ранее положительной реакции Манту, если у пациента не проводили профилактику изониазидом. При этом необходимо исключить заболевание туберкулезом лиц, имевших контакт с больными активным туберкулезом, независимо от стадии ВИЧ-инфекции и количества CD4⁺-лимфоцитов.

Для профилактики туберкулеза назначают изониазид 300 мг в день в сочетании с пиридок-

сином (витамин B₆) 50 мг в день в течение 9 или 12 мес. с перерывами. Можно применять изониазид 900 мг + пиридоксин 100 мг 2–3 раза в неделю в течение 9 или 12 мес. с перерывами. При резистентности к изониазиду назначают рифампицин 600 мг в день или рифабутин (суточная доза зависит от схемы ВААРТ) в течение 4 мес. В случае множественной резистентности назначают фторхинолоны + пиразинамид 20 мг/кг или этамбутол + пиразинамид в течение 2 мес.

Альтернативный режим:

- рифампицин 600 мг в день + пиразинамид 20 мг/кг в день в течение 2 или 3 мес. с перерывами;

- пиразинамид 20 мг/кг в день + рифабутин (суточная доза зависит от схемы ВААРТ) в течение 2 мес.

Заболевание, вызванное атипичными микобактериями (*Mycobacterium avium*)

Лечение.

Основной режим:

- кларитромицин 500 мг 2 раза в день внутрь + этамбутол 15 мг/кг/день внутрь;

- азитромицин 600 мг в день внутрь + этамбутол + рифабутин (суточная доза зависит от схемы ВААРТ).

Альтернативный режим:

- к основному режиму добавляют амикацин 10–15 мг/кг в день в/в капельно, или ципрофлоксацин 500–750 мг 2 раза в день внутрь, или левофлоксацин 500–750 мг в день внутрь.

Профилактика. Проводится у пациентов при количестве CD4⁺-лимфоцитов менее 50 в 1 мкл.

Основной режим:

- кларитромицин 500 мг 2 раза в день;
- азитромицин 1200 мг 1 раз в неделю.

Альтернативный режим:

- рифабутин 300 мг в день;
- рифабутин 300 мг в день + азитромицин 1200 мг 1 раз в неделю. Превентивную терапию

можно прекратить, если количество CD4⁺-лимфоцитов превышает 0,1 млрд. в 1 л и сохраняется на этом уровне более 3 мес. Поддерживающую терапию можно прекратить, если терапия

микобактериоза проводится уже не менее 12 мес., симптомы заболевания отсутствуют, а количество CD4⁺-лимфоцитов превышает 0,1 млрд. в 1 л и сохраняется на этом уровне более 6 мес.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение / В.В. Покровский, Т.Н. Ермак, В.В. Беляева. О.Г. Юрин. Под общ. ред. В.В. Покровского. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. — 488 с.
2. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-infected adults and adolescents. <http://AIDSinfo.nih.gov> (accessed 07 Apr. 2005).
3. Bartlett J.G., Gallant J.E. Medical Management of HIV- Infection Edition 2004. — Johns Hopkins University, 2004.
4. Bartlett J.G. The Johns Hopkins Hospital 2003 guide to medical care of patients with HIV-infection. — 11th ed. — Lippincott; Williams and Wilkins, 2003. — 257 p.
5. Покровский В.В., Юрин О.Г., Беляева В.В. и др. Рекомендации по профилактике вертикальной передачи ВИЧ от матери к ребенку. — М., Медицина для Вас, 2003. — 20 с.

ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ

• **Нью-Йорк. 07.06.2006.** «Участники заседания высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу позитивно восприняли включение по инициативе РФ проблематики борьбы со СПИДом в число приоритетов саммита «Группы восьми» в Петербурге», — сообщает МИД РФ. В сообщении также говорится, что «большой интерес вызвало выступление министра здравоохранения и социального развития Михаила Зурабова, в котором он заострил внимание как на серьезных положительных сдвигах в активизации борьбы с ВИЧ/СПИДом в России, так и на увеличении роли страны качестве международного донора. «В 2007 г. число получающих лечение ВИЧ-инфицированных россиян удвоится», — заявил Михаил Зурабов и сообщил, что в России будет осуществляться разработка собственных антиретровирусных препаратов. Министр признал справедливыми звучавшие в адрес России упреки в выделении недостаточных средств на борьбу с ВИЧ-инфекцией. Сейчас, по его словам, положение существенно изменилось, «в финансовом отношении мы полностью обеспечены», — сказал министр. Зурабов добавил, что в этом году на борьбу с ВИЧ-инфекцией в России будет израсходовано около 400 миллионов долларов, а в будущем году — вдвое больше.

• **Свердловск. 06.06.2006.** Депутаты Свердловской облдумы приняли в первом чтении проект целевой программы по трудоустройству лиц, вышедших из мест лишения свободы, и предупреждению распространения «за решеткой» туберкулеза и ВИЧ-инфекции. В течение ближайших трех лет на данные цели из среднеуральского бюджета будет выделено 19,5 млн. рублей. На них будет закуплено оборудование, медикаменты для диагностики и лечения этих болезней, учебное оборудование и компьютеры. Парламентарии намерены усовершенствовать программу в ходе ее подготовки ко второму чтению. В том числе заместитель председателя Российской партии пенсионеров Геннадий Тверитинов предложил проанализировать, специалисты каких профессий сегодня наиболее востребованы на рынке, и обучать им осужденных. Глава среднеуральского отделения ЛДПР Владимир Таскаев считает необходимым внести в документ норму об обязательном излечении больных туберкулезом заключенных до их выхода на свободу, что позволит снизить до минимума угрозу заражения других граждан.

• **США. 05.06.2006.** Как заявила первая леди Соединенных Штатов Лора Буш, в рамках кампании по поощрению людей, относящихся к группе риска, выяснить, больны ли они СПИДом, США собираются предложить ООН ввести Всемирный день тестирования на ВИЧ. Специальная кон-

ференция ООН имела целью выработать стратегию борьбы с пандемией на следующее десятилетие. Несмотря на достижения в предупреждении и лечении ВИЧ-инфекции, «люди, которые не знают о том, что они больны, не могут получить лечение, которое спасет им жизнь», — сказала в своем выступлении жена американского президента. — Поэтому нам следует приложить все усилия, чтобы как можно большее количество людей узнало, что они заражены». Участники трехдневной конференции ООН по вопросам ВИЧ/СПИДа, ставили перед собой задачу выработать стратегию борьбы с пандемией на следующее десятилетие. «У нас в Соединенных Штатах 27 июня признан Национальным днем тестирования на наличие ВИЧ», — сказала на встрече Лора Буш. — В ближайшее время США выступят с предложением ввести такой день во всем мире, и я призываю все страны-члены присоединиться к нашей инициативе». Ежегодную кампанию в США запустила в 1995 году Ассоциация людей больных СПИДом. Она распространяет среди представителей общин и органов здравоохранения специальные наборы, чтобы помочь им в продвижении кампании в своих районах. Благодаря усилиям США и мирового сообщества «миллионы людей по всему миру учатся в настоящее время жить с ВИЧ/СПИДом вместо того, чтобы умирать от него», — заявила первая леди Америки на конференции.

• **Хабаровск. 05.06.2006.** На сегодняшний день в крае зарегистрировано более тысячи носителей вируса, около 150 из них нуждаются в специальном лечении, и только 14 человек получают бесплатные лекарства. Большая часть инфицированных — молодые женщины. По словам главного врача краевого Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями Антонины Жердевой, перед медиками стоит сложный выбор, кому давать необходимые препараты в первую очередь. Пока бесплатными медикаментами обеспечиваются беременные женщины и инфицированные дети. В краевом министерстве здравоохранения надеются, что национальный проект в области здравоохранения хоть как-то изменит ситуацию.

• **Россия. 05.06.2006.** Российский проект по профилактике ВИЧ-инфекции среди мужчин LaSky, практикующих секс с мужчинами, в настоящее время проводит в 10 регионах России социальную кампанию против СПИДа. МСМ в России, по мнению многих экспертов, все еще являются очень закрытой целевой группой. Отношение к МСМ в обществе, скорее, негативное и осуждающее, и это особенно характерно для регионов России.

Aids74.com

АНТИРЕТРОВИРУСНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, РАЗРЕШЕННЫЕ К ПРИМЕНЕНИЮ В РОССИИ*

АБАКАВИР (ABACAVIR)

Фармакологический/химический класс АТХ. Нуклеотиды и нуклеозиды — ингибиторы обратной транскриптазы / аналог гуанина.

Терапевтический класс АТХ. Противовирусные средства для системного применения, противовирусные средства прямого действия.

Механизм действия. Внутриклеточная активация с образованием активного карбовира трифосфата — аналога деоксигуанозина-5'-трифосфата (dGTP). Карбовир трифосфат конкурирует с естественным dGTP и включается в вирусную ДНК, ингибирует обратную транскриптазу ВИЧ-1. Прекращение удлинения вирусной ДНК.

Фармакологические эффекты. Противовирусный.

Спектр антимикробной активности. Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ-1).

Развившаяся устойчивость некоторых штаммов ВИЧ-1, возможно связана с изменениями генотипа в определенной кодоновой области обратной транскриптазы (кодоны M184V, K65R, L74V, Y115F, M184VN L74V).

In vitro была зарегистрирована перекрестная устойчивость ВИЧ-1 (устойчивых к абакавиру) к другим нуклеозидам — ингибиторам обратной транскриптазы.

Развитие перекрестной устойчивости ВИЧ к ингибиторам ВИЧ-протеазы и нуклеозидным ингибиторам обратной транскриптазы маловероятно.

Фармакокинетика. F ~83%, не зависит от приема пищи.

Связь с белками плазмы — 50%. Распределение — широкое, концентрация в ликворе — 28–33%, проникает в эритроциты.

Биотрансформация в печени: до неактивных метаболитов (при незначительном участии цитохрома P450).

Элиминация: почками — в неизменном виде — 1,2%, 81% — в виде метаболитов; с желчью — 16%.

$T_{1/2}$ — 1,54 ± 0,63 ч.

Показания к применению и дозирование. ВИЧ-инфекция у взрослых и детей (в составе комбинированной антиретровирусной терапии).

Внутрь, взрослым и детям старше 12 лет 300 мг 2 раза в сутки, независимо от приема пищи, в

строго определенные часы; детям от 3 месяцев до 12 лет — 8 мг/кг 2 раза в сутки; максимальная доза — 600 мг/сут.

Противопоказания.

- Гиперчувствительность.
- Детский возраст (до 3 мес).
- С осторожностью! Беременность, период кормления грудью, заболевания печени.

Побочные эффекты.

- Реакции гиперчувствительности (обычно в первые 6 недель лечения), токсический эпидермальный некролиз, синдром Стивенса—Джонса.
- Поражение печени: гепатомегалия, стеатоз, лактацидоз (особенно у беременных женщин: тошнота, боль в животе, диарея, одышка, боль в мышцах, судороги, слабость — до летальных исходов).
- Панкреатит.
- Диарея, тошнота, рвота, потеря аппетита.
- Утомляемость, головная боль, бессонница.
- Ожирение (отложение жировой ткани на лице, туловище, груди — «кушингоидный» синдром).

Клинически значимые взаимодействия.

- Этанол — увеличение концентрации и $T_{1/2}$ абакавира (метаболизируется алкоголь-дегидрогеназой).
- Метадон — увеличение скорости выведения метадона на 22%, может потребоваться увеличение дозировки последнего.

Беременность. FDA категория С, проникает через плаценту.

Кормление грудью. Сведений о проникновении в грудное молоко нет, ВИЧ-позитивным матерям рекомендуется воздержаться от кормления грудью с целью профилактики постнатальной передачи ВИЧ.

Резюме и дополнительные сведения.

- Антиретровирусное средство, аналог гуанина, ингибитор обратной транскриптазы, предназначен для лечения ВИЧ-инфекции в составе комбинированной терапии.
- В период лечения возможно развитие инфекций, вызываемых условно-патогенными микроорганизмами.
- Лечение абакавиром не снижает риск передачи ВИЧ другим людям при половых контактах и через кровь.
- Для антиретровирусной профилактики трансплацентарной передачи ВИЧ от матери плоду рекомендовано использование зидовудина и невирапина — более эффективное, чем использование других средств.

* Клинические рекомендации. ВИЧ-инфекция и СПИД. Под ред. В.В. Покровского. М., 2006 г.

64 КИ с 1998 г.

Код АТХ: J05AF06

Торговые наименования, формы выпуска и производители. *Зиаген*, таблетки, покрытые оболочкой 300 мг № 60, Глаксо Вэллком Оперэйшенс (Великобритания).

АБАКАВИР + ЛАМИВУДИН + ЗИДОВУДИН

Код АТХ: —

Торговые наименования, формы выпуска и производители. *Тризивир*, таблетки, покрытые оболочкой № 60, Глаксо Вэллком Оперэйшенс (Великобритания).

АТАЗАНАВИР (ATAZANAVIR SULFATE)

Фармакологический/химический класс. Противовирусное средство прямого действия — ингибитор протеаз.

Терапевтический класс. Противовирусное средство для системного применения.

Механизм действия и фармакологические эффекты. Азапептидный ингибитор протеазы ВИЧ. Селективно ингибирует вирус-специфический процессинг вирусных Gag-Pol протеинов в ВИЧ-инфицированных клетках, предотвращая образование зрелых вирионов и заражение других клеток.

Фармакокинетика. $T_{C_{max}}$ после многократного приема препарата в дозе 400 мг 1 раз в день одновременно с приемом легкой пищи — 2,7 ч. C_{ss} достигается между 4 и 8 днями приема. Прием с пищей улучшает биодоступность и уменьшает фармакокинетическую вариабельность препарата. Связь с белками (в основном с α -1 гликопротеином и альбумином) — 86%, не зависит от концентрации препарата. Проникает в СМЖ и семенную жидкость. Метаболизируется изоферментом СУР3А4 до окисленных метаболитов. Метаболиты выделяются с желчью, как в свободном, так и в виде глюкуронидов. Незначительная часть препарата метаболизируется путем N-дезалкилирования и гидролиза. После разового приема внутрь дозы 400 мг в день моченого препарата вместе с легкой пищей в кале и моче определялось 79 и 13% от общей радиоактивности, соответственно. Доля неизмененного препарата в кале и моче — 20 и 7% соответственно. $T_{1/2}$ — около 7 ч.

Показания к применению и дозирование. ВИЧ-инфекция (в составе комбинированной терапии).

Внутрь, во время еды. Взрослым — 400 мг 1 раз в день или 300 мг в комбинации с ритонавиром (100 мг 1 раз). При печеночной недостаточности средней степени дозу следует снизить до 300 мг 1 раз в день. При почечной недостаточности и пожилым пациентам корректировка дозы не требуется.

Противопоказания. Гиперчувствительность, тяжелая печеночная недостаточность, наследственные метаболические нарушения (непереносимость галактозы, дефицит лактозы и нарушение всасывания глюкозы и галактозы), фенилкетонурия, сопутствующая терапия индукторами системы цитохрома Р450, изофермента СУР3А4 (в т.ч. рифампицином, препаратами зверобоя, атемизолом, терфенадином, цизапридом, пимозидом, хинидином, бепридиллом, алкалоидами спорыньи, особенно эрготамином, дигидроэрготамином, эргоновином, метилэргонином), период лактации, возраст до 18 лет.

С осторожностью. Печеночная недостаточность легкой и средней степени, вирусный гепатит В и С, сахарный диабет, беременность.

Побочные эффекты. Более часто — более 10% случаев, часто — 1–10%, нечасто 0,1–1%, редко — 0,01–0,1%, крайне редко — менее 0,01%.

Со стороны ЦНС: часто — общая слабость, головная боль, бессонница, периферические неврологические симптомы; нечасто — кошмарные сновидения, амнезия, спутанность сознания, сонливость или нарушение сна, беспокойство, депрессия.

Со стороны ЖКТ: диспепсия (часто — боли в животе, диарея, тошнота, рвота; нечасто — извращение вкуса, метеоризм); часто — желтуха; нечасто — анорексия или повышение аппетита, гастрит, панкреатит, афтозный стоматит, сухость во рту, гепатит; редко — гепатоспленомегалия.

Со стороны опорно-двигательного аппарата: нечасто — артралгия, мышечная атрофия, миалгия; редко — миопатия.

Со стороны мочевыделительной системы: нечасто — гематурия, поллакиурия, протеинурия; редко — боли в области почек, почечнокаменная болезнь.

Со стороны кожных покровов и кожных придатков: часто — сыпь; нечасто — алопеция, зуд, крапивница; редко — вазодилатация, макулопапулезная сыпь.

Со стороны лабораторных показателей: гипербилирубинемия (повышение непрямого билирубина), повышение активности амилазы, липазы, КФК, АЛТ, АСТ, нейтропения.

Прочие: часто — иктеричность склер, липодистрофия; нечасто — боль в груди, усталость, лихорадка, недомогание, снижение или повышение массы тела, гинекомастия, аллергические реакции; в некоторых случаях — гипергликемия, сахарный диабет или его декомпенсация (вплоть до диабетического кетоацидоза), у пациентов с гемофилией типа А и В — кровотечения, спонтанные кожные кровоизлияния и гемартрозы.

Клинически значимые взаимодействия. Одновременное назначение с препаратами, метаболизирующимися СУР3А4 (в т.ч. БМКК, ингибиторами ГМГ-КоА редуктазы, иммунодепрессантами, ингибиторами ФДЭ5) может привести к увеличению в плазме концентрации послед-

них и, следовательно, к увеличению или пролонгации их терапевтических и побочных эффектов. ЛС, индуцирующие CYP3A4 (в т.ч. рифампицин), снижают концентрацию атазанавира в плазме, ингибирующие CYP3A4 – увеличивают. Не рекомендуется принимать вместе с препаратами, индуцирующими CYP3A4 (в т.ч. препаратами зверобоя, субстратами изофермента CYP3A4 цитохрома P450 с узким терапевтическим диапазоном – астемизолом, терфенадином, цизапридом, пимозидом, хинидином, бепридилом, алкалоидами спорыньи, особенно эрготамином, дигидроэрготамином, эргоновином, метилэргоновинном). Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (в т.ч. диданозин, тенофовир, ифавиренц) снижают действие атазанавира.

Поскольку содержащиеся в диданозине антациды снижают кислотность желудочного сока, принимать его следует через 2 ч после приема атазанавира (эффективность диданозина при этом не меняется). Исследование совместного приема с невирапином не проводилось. Предполагают, что невирапин, как индуктор CYP3A4, способен снижать действие атазанавира. Из-за отсутствия данных совместное применение этих препаратов не рекомендуется. Индинавир способен вызывать гипербилирубинемию (повышение концентрации непрямого билирубина) путем ингибирования глюкуронозилтрансферазы, поэтому одновременное применение с ингибиторами протеаз (индинавир) не рекомендуется. Эффект саквинавира снижается при совместном приеме с атазанавиром (рекомендации по дозированию данной комбинации отсутствуют).

Ритонавир усиливает эффект атазанавира (увеличивает его концентрацию). Одновременное применение комбинации атазанавира и ритонавира с другими ингибиторами протеазы не рекомендуется. Антациды снижают кислотность желудочного содержимого и всасываемость атазанавира (препарат следует назначать за 2 ч до или через 1 ч после приема антацидов). Увеличивает концентрацию амиодарона, лидокаина системного действия, хинидина (прием ЛС в таких сочетаниях требует повышенной осторожности, рекомендуется контролировать терапевтическую концентрацию этих препаратов). Хинидин противопоказан при совместном применении атазанавира с ритонавиром. Атазанавир ингибирует глюкуронозил-трансферазу и может влиять на метаболизм иринотекана, повышая его токсичность.

Не рекомендуется одновременное применение с симвастатином и ловастатином. Усиливает действие дилтиазема и его метаболита – дезацетилдилтиазема (рекомендуется снижение дозы дилтиазема на 50% и контроль за ЭКГ). Бепридил может усиливать развитие тяжелых и/или угрожающих жизни реакций (противопоказан при применении атазанавира в комбинации с

ритонавиром). При одновременном назначении с др. БМКК (в т.ч. фелодипином, нифедипином, никардипином и верапамилом) показана коррекция дозы последних и контроль ЭКГ. Усиливает эффект ингибиторов ГМГ-КоА редуктазы (в т.ч. симвастатина, ловастатина, аторвастатина, церивастатина), увеличивает риск миопатии, включая рабдомиолиз (необходимо соблюдать повышенную осторожность).

H₂-гистаминоблокаторы и ингибиторы протонной помпы уменьшают концентрацию атазанавира в крови, что может привести к снижению терапевтической активности препарата или к развитию резистентности (не следует принимать эти препараты одновременно, чтобы избежать нежелательного взаимодействия, рекомендуется прием атазанавира на ночь перед сном). Увеличивает эффект иммунодепрессантов (в т.ч. циклоспорина, такролимуса, сиролимуса), рекомендуется осуществлять мониторинг их концентраций. Увеличивает концентрацию макролидных антибиотиков (в т.ч. кларитромицина), что может вызывать удлинение интервала Q–T (доза антибиотика должна быть снижена на 50%). Увеличивает концентрацию пероральных контрацептивов (в т.ч. этинилэстрадиола, норэтиндрона), их одновременный прием не рекомендуется.

При увеличении концентрации норэтидрона возможно снижение концентрации ЛПВП или увеличение инсулиновой резистентности, особенно у женщин, страдающих диабетом (рекомендуется использовать наименьшие эффективные дозы каждого компонента перорального контрацептива, целесообразно также использовать другие надежные методы контрацепции). Увеличивает эффект рифабутина (дозу последнего следует снизить до 75% – 150 мг через день или 3 раза в неделю). Рифампицин снижает активность большинства ингибиторов протеазы примерно на 90% (одновременное применение не рекомендуется). Увеличивает эффект ингибиторов ФДЭ5 (в т.ч. силденафила, тадалафила, варденафила), повышает риск возникновения их побочных эффектов. Кетоконазол и итраконазол незначительно повышают концентрацию атазанавира, но в сочетании с ритонавиром следует соблюдать осторожность. Одновременное применение с варфарином может вызывать существенное и/или угрожающее жизни кровотечение из-за усиления активности последнего (рекомендуется контролировать коагулограмму).

Передозировка. Потенциальные симптомы: желтуха (вследствие повышения концентрации непрямого билирубина и нарушение сердечного ритма (удлинение интервала P–Q)). Лечение: удаление не всосавшегося в кровь препарата (промывание желудка, индукция рвоты, прием активированного угля), наблюдение за общим состоянием пациента, симптоматическая терапия, специфического антидота нет. Поскольку атазанавир интенсивно метаболизируется в пе-

чени и связывается с белками, диализ неэффективен.

Резюме и дополнительные сведения. Пациентов необходимо предупредить о том, что антиретровирусная терапия не предотвращает риск передачи ВИЧ через кровь или во время половых контактов, в связи с чем следует соблюдать меры предосторожности. У пациентов, получавших препарат, отмечались случаи обратимого увеличения непрямого (свободного) билирубина, связанные с ингибированием глюкуронозилтрансферазы. Данные о безопасности применения для пациентов, имеющих постоянную гипербилирубинемию более чем в 5 раз по сравнению с нормой, отсутствуют. Длительное снижение дозы препарата не рекомендуется, поскольку эффективность сниженных доз не установлена. В течение первых 3 нед. может возникнуть макулопапулезная сыпь от легкой до средней степени, которая затем исчезает в течение последующих 2 нед. при продолжении терапии. При развитии сыпи тяжелой степени лечение должно быть прекращено.

В состав препарата входит аспартам (в качестве подсластителя), являющийся источником фенилаланина и поэтому не должен применяться у пациентов, страдающих фенилкетонурией. Адекватные и хорошо контролируемые исследования применения препарата у беременных не проведены, поэтому принимать во время беременности следует только в том случае, если польза для матери превышает потенциальный риск для плода. Применение препарата в комбинации с ритонавиром у пациентов с печеночной недостаточностью не изучалось, такая комбинация должна быть использована с осторожностью у пациентов с умеренной степенью печеночной недостаточности. У пациентов, страдающих вирусным гепатитом В или С, а также при исходном повышении активности трансаминаз увеличивается риск их дальнейшего роста.

У пациентов с гемофилией типа А и В на фоне лечения ингибиторами протеазы описаны кровотечения, в т.ч. спонтанные кожные кровоизлияния и гемартрозы. Некоторым из этих пациентов требовалось введение фактора свертывания крови VIII. Более чем у 50% пациентов лечение ингибиторами протеазы было продолжено или возобновлено после перерыва. Причинная связь с терапией ингибиторами протеазы не установлена. Пациенты с гемофилией должны быть предупреждены о возможности таких осложнений. Во время лечения возможно возникновение желтухи (через несколько дней или месяцев терапии), которая в большинстве случаев не приводила к отмене препарата (отмена лечения потребовалась в менее 1% случаев).

Код АТХ: –

Торговые наименования, формы выпуска и производители. *Рематаз*, капсулы 100 мг № 6, № 60, капсулы 150 мг № 6, № 60, капсулы 200 мг, № 6, № 60, Бристол-Майерс Сквипб Компани (США).

ДИДАНОЗИН (DIDANOSINE)

Фармакологический/химический класс АТХ. Противовирусное средство прямого действия – нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы.

Терапевтический класс АТХ. Противовирусное средство для системного применения.

Механизм действия. В клетке под действием ферментов превращается в активный дидезоксиаденозин трифосфат, который подавляет активность обратной транскриптазы ВИЧ, нарушает сборку цепи ДНК.

Фармакологические эффекты. Противовирусный, активен в отношении ВИЧ.

Фармакокинетика. F – 33–37%, у детей (от 7 мес. и старше) – 2–89%, из жевательных или диспергируемых таблеток на 20–25% выше, пища снижает; всасывание зависит от pH желудочного сока. Связь с белками плазмы – 5%. T_{1/2} – 0,8–2,7 ч. Обнаруживается в СМЖ. Метаболизируется внутриклеточно. Элиминация почечная – 50%.

Показания к применению и дозирование.

- ВИЧ-инфекция. У взрослых предпочтительно использовать препарат в форме капсул. Прием за 30 мин до еды. Таблетки измельчить, растворить в 1/4 стакана воды (суспензию можно разбавить 1/4 стакана яблочного сока); порошок растворить в стакане воды (не смешивать с жидкостями, содержащими кислоту), хорошо размешивая. Разовая доза для взрослых – 125 мг (при приеме 2 раза в сутки) или 300 мг (при приеме 1 раз в сутки) при массе тела до 60 кг; при массе тела более 60 кг – 200 и 400 мг соответственно. Больным с анурией (на диализе) использовать 1/4 общей суточной дозы 1 раз в день. Детям назначать из расчета 200 мг/м² площади поверхности тела. Детям при поверхности тела до 0,4 м² – 25 мг (для таблеток) и 31 мг (для порошка), 0,5–0,7 м² – 50 мг (для таблеток) и 62 мг (для порошка), 0,8–1,0 м² – 75 мг (для таблеток) и 94 мг (для порошка), 1,1–1,4 м² – 100 мг (для таблеток) и 125 мг (для порошка). Интервал между приемами – 12 ч.

- Непереносимость или неэффективность зидовудина (при невозможности назначения фосфазида или ставудина) у взрослых и детей (старше 6 мес.).

Химиопрофилактика заражения ВИЧ после контакта с зараженным ВИЧ-материалом (половые контакты с больным ВИЧ-инфекцией, уколы и порезы при работе с загрязненным ВИЧ-материалом, попадание этого материала на слизистые или поврежденную кожу).

Побочные эффекты.

- Периферическая нейропатия – 13–14%, у детей – 3%, депигментация сетчатки, судороги.

- Панкреатит – 5–13%, у детей – 6%, фатальный – 0,35%, гепатит.

- Пневмония, кардиомиопатия.

- Анемия – 0% у взрослых и 27% у детей, гранулоцитопения – 56% у взрослых и 62% у де-

тей, лейкопения — 37% у взрослых и 36% у детей, тромбоцитопения — 25% у взрослых и 67% у детей.

- Гиперчувствительность, саркома.
- Лактоацидоз.

Передозировка. Панкреатит, гепатит, периферическая нейропатия, повышение концентрации мочевой кислоты, диарея. Лечение симптоматическое.

Противопоказания. Гиперчувствительность, период кормления грудью. С осторожностью — панкреатит (в анамнезе), состояния, требующие ограничение поступления натрия в организм: сердечная недостаточность, цирроз печени, периферические отеки и/или застойные явления в малом круге кровообращения, гипернатриемия, артериальная гипертензия, токсикоз беременных, алкогольная зависимость, гипертриглицеридемия, почечная и/или печеночная недостаточность, подагрический артрит, периферическая полинейропатия, фенил кетонурия (жевательные и диспергируемые таблетки содержат от 45 до 67,4 мг фенилаланина), беременность (назначают только по абсолютным показаниям).

Беременность. FDA категория В. Проходит через плаценту. Повышение риска развития митохондриальной токсичности — применение рекомендуется избегать. Применение в сочетании со ставудином не рекомендуется.

Кормление грудью. Проникновение в грудное молоко не доказано. ВИЧ-позитивным матерям рекомендуется воздержаться от кормления грудью с целью профилактики постнатальной передачи ВИЧ.

Клинически значимые взаимодействия.

- Алкоголь, аспарагиназа, азатиоприн, эстрогены, фуросемид, нитрофураны, метилдопа, сульфонамиды, тетрациклин, сулиндак, тиазидовые диуретики, вальпроевая кислота — опасность развития тяжелого острого панкреатита.
- Аллопуринол — концентрация диданозина возрастает в 2–4 раза.
- Хлорамфеникол, цисплатин, дапсон, этамбутол, этионамид, гидралазин, изониазид, литий, метронидазол, нитрофураны, фенитоин, ставудин, винкристин, зальцитабин — опасность развития периферической нейропатии.
- Дапсон, интраконазол, кетоконазол — интервал приема их и диданозина > 2 ч.
- Делавердин, индинавир — назначать за 1 ч до приема диданозина.
- Тетрациклины, фторхинолоны — назначать за 2 ч до или через 6 ч после диданозина.
- Ганцикловир — увеличение концентрации диданозина на 111% и токсичности.
- Ставудин — повышение риска развития невропатии, панкреатита, лактоацидоза, особенно у беременных. Совместное назначение ставудина и диданозина возможно лишь при невозможности применения других препаратов. Производитель не рекомендует назначать это сочетание беременным.

Резюме и дополнительные сведения. При применении у беременных — опасность развития фатального лактоацидоза и жирового гепатоза. Используется в составе комбинированной антиретровирусной терапии у взрослых и детей для снижения возможности развития резистентности.

Лабораторный мониторинг должен включать определение уровня вирусной нагрузки и количества CD4⁺-клеток.

262 КИ с 1990 г.

Код АТХ: J05AF02.

Торговые наименования, формы выпуска и производители. *Видекс*, таблетки для разжевывания/для приготовления суспензии для приема внутрь 25 мг № 60, 50 мг № 60, 100 мг № 60, 150 мг № 60, Бристол-Майерс Сквибб Компани (Франция); *Видекс*, таблетки для разжевывания/для приготовления суспензии для приема внутрь 25 мг № 60, 50 мг № 60, 100 мг № 60, 150 мг № 60, Бристол-Майерс Сквибб Компани (Франция), упаковано АЗТ-Фарма К.Б. ООО Россия; *Видекс*, капсулы 125 мг № 30, 200 мг № 30, 250 мг № 30, 400 мг № 30, Бристол-Майерс Сквибб Компани (Франция); *Видекс*, порошок для приготовления раствора для приема внутрь (для детей) 2 г, 4 г, Бристол-Майерс Сквибб Компани (США).

ЗИДОВУДИН (ZIDOVUDINE)

Фармакологический/химический класс АТХ. Противовирусное средство прямого действия — нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы.

Терапевтический класс АТХ. Противовирусное средство для системного применения.

Механизм действия. Аналог тимидина. Внутриклеточно метаболизируется до зидовудина трифосфата, который блокирует обратную транскриптазу ВИЧ, подавляя сборку ДНК и репликацию вируса.

Фармакологические эффекты. Противовирусный, активен в отношении ВИЧ.

Фармакокинетика. Быстрое всасывание из ЖКТ. Связь с белками крови — 38%. Биотрансформация в печени. Элиминация почечная: 14% в неизменном виде, 74% — метаболиты. T_{1/2} — 0,5–3 ч.

Показания к применению и дозирование.

- ВИЧ-инфекция. Взрослым в суточной дозе 600 мг в три или два приема. Средняя доза для детей — из расчета 150–180 мг/м² тела 4 раза в день. Пересчет дозы проводить не реже одного раза в 2 мес., у новорожденных один раз в 2 нед.
- Химиофилактика заражения ВИЧ после контакта с зараженным ВИЧ-материалом (половые контакты с больным ВИЧ-инфекцией, уколы и порезы при работе с загрязненным ВИЧ-материалом, попадание этого материала на слизистые или поврежденную кожу).
- Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку во время беременности и родов.

Побочные эффекты.

- Анемия, нейтропения.
- Гепатотоксичность, панкреатит.
- Миопатия, нейропатия.
- Лактоацидоз.
- Тошнота, рвота.

Передозировка. Чувство тревоги, головокружение, головная боль, сонливость, летаргия, судороги, тошнота, рвота. Лечение симптоматическое. Гемодиализ неэффективен.

Противопоказания. Гиперчувствительность, лейкопения (число нейтрофилов ниже 750/мкл); анемия (Hb ниже 7,5 г/дл или 4,65 ммоль/л). С осторожностью — угнетение костномозгового кроветворения, дефицит витамина В₁₂ или фолиевой кислоты, печеночная недостаточность.

Беременность. FDA категория С. Проходит через плаценту. Предпочтительный препарат для применения у беременных. В целях вертикальной передачи ВИЧ не рекомендуется применять химиопрофилактику в первые 12 нед. беременности.

Кормление грудью. Проникает в грудное молоко. ВИЧ-позитивным матерям рекомендуется воздержаться от кормления грудью с целью профилактики постнатальной передачи ВИЧ.

Клинически значимые взаимодействия.

- Флюконазол, метадон, нельфинавир, ритонавир, пробеницид, триметоприм, сульфаметоксазол, вальпроевая кислота — повышение концентраций зидовудина (конкурентное взаимодействие), дозу не изменять.

- Ганцикловир, интерферон- α , специфические гемонкологические препараты — увеличение гепатотоксического эффекта и миелосупрессии.

- Ставудин, фосфазид — конкурируют при фосфорилировании, взаимно снижают эффективность. Вместе не назначать.

Резюме и дополнительные сведения. Мониторинг — систематический контроль периферической крови. Для лечения целесообразно назначать в составе высокоактивной комбинированной терапии.

844 КИ с 1987 г.

Код АТХ: J05AF01.

Торговые наименования, формы выпуска и производитель. *Лзидотимидин*, капсулы 100 мг № 10, 100 мг № 200, Биофарма ЗАО Россия; *Лзидотимидин*, субстанция-порошок 0,5 кг, 1 кг, Биофарма ЗАО Россия; *Лзидотимидин в капсулах 0,1 г*, капсулы 100 мг № 10, 100 мг № 100, 100 мг № 200, АЗТ Производственно-коммерческая ассоциация ЗАО Россия; *Лзидотимидин в капсулах 0,1 г*, капсулы 100 мг № 10, 100 мг № 100, 100 мг № 200, Биофарма ЗАО Россия; *Вудазидин*, субстанция-порошок 0,5 кг, 1 кг, Фарм-синтез ЗАО (Санкт-Петербург) Россия; *Зидовудин-Ферейн*, капсулы 100 мг № 10, 100 мг № 20, 100 мг № 100, Брынцалов-А ЗАО Россия; *Зидовудин*, субстанция-порошок 5 кг, 10 кг, 25 кг, 50 кг, Головной завод Северо-Восточной импортно-экспортной фарма-

цевтической корпорации Китай; *Зидовудин*, субстанция-порошок 25 кг, 50 кг, Матрикс Лабораториз Лимитед, Индия; *Ретровир*, раствор для инфузий [концентрированный] 10 мг/мл / 20 мл № 5, Глаксо Оперэйшенс Великобритания Лимитед Великобритания; *Ретровир*, капсулы 100 мг № 10, СмитКляйн Бичем Фармасьютикалз Великобритания; *Ретровир*, раствор для приема внутрь 50 мг/5 мл / 200 мл № 1, ГлаксоСмитКляйн Инк Канада; *Тимазид*, концентрат для приготовления раствора для инфузий 10 мг/мл 20 мл, АЗТ Производственно-коммерческая ассоциация ЗАО Россия; *Тимазид*, субстанция-порошок 0,5 кг, 10 кг, 25 кг, 50 кг, АЗТ Производственно-коммерческая ассоциация ЗАО Россия; *Тимазид*, капсулы 100 мг № 10, 100 мг № 100, 200 мг № 5, 200 мг № 50, АЗТ Фарма К.Б. ООО Россия; *Тимазид (Лзидотимидин)*, капсулы 100 мг № 10, 100 мг № 100, 200 мг № 5, 200 мг № 10, 200 мг № 50, АЗТ Фарма К.Б. ООО Россия; *Тимазид (Лзидотимидин)*, капсулы 100 мг № 10, 100 мг № 100, 200 мг № 5, 200 мг № 10, 200 мг № 50, Фармакон ОАО (Россия).

ИНДИНАВИР (INDINAVIR)

Фармакологический/химический класс АТХ.

Противовирусное средство прямого действия — ингибитор протеаз.

Терапевтический класс АТХ. Противовирусное средство для системного применения.

Механизм действия. Специфическое ингибирование протеаз ВИЧ, принимающих участие в сборке вириона на выходе из пораженной клетки. Формирование неактивных вирусных частиц.

Фармакологические эффекты. Противовирусный, специфический в отношении ВИЧ.

Фармакокинетика. Абсорбция быстрая nonetheless, пища снижает на 84%. Связь с белками крови — 60%. T_{1/2} — 1,8 ч. Биотрансформация в печени (СУР3А4). Элиминация: печеночная — 83%, почечная — 19%.

Показания к применению и дозирование. Заболевания, вызванные ВИЧ-1.

Принимать за 1 ч до или через 2 ч после еды, запивая водой, 800 мг каждые 8 ч. Начальная доза — 2,4 г/сут. В сочетании с рифабутином — дозу уменьшить в 2 раза. При печеночной недостаточности, циррозе, нефролитиазе — 600 мг через 8 ч. Предпочтительно назначать индинавир в сочетании с ритонавиром (индинавир 800 мг, ритонавир 100 мг 2 раза в сутки).

Химиопрофилактика заражения ВИЧ после контакта с зараженным ВИЧ-материалом (половые контакты с больным ВИЧ-инфекцией, уколы и порезы при работе с загрязненным ВИЧ-материалом, попадание этого материала на слизистые или поврежденную кожу).

Побочные эффекты.

- Нефролитиаз — 4% пациентов, получавших индинавир.

- Диабет, гипергликемия, кетоацидоз.
- Астения, головная боль, нарушение сна.
- Боли в желудке, тошнота, рвота, диарея, нарушение вкуса.

- Нарушения липидного обмена.

Передозировка не зарегистрирована.

Противопоказания. Гиперчувствительность, беременность, период кормления грудью.

Беременность. FDA категория С. Прохождение через плаценту — адекватных и строго контролируемых исследований не проводилось. Не рекомендуется.

Кормление грудью. Проникает в грудное молоко. ВИЧ-позитивным матерям рекомендуется воздержаться от кормления грудью с целью профилактики постнатальной передачи ВИЧ.

Клинически значимые взаимодействия.

- Астемизол, цизаприд, мидазолам, триазолам, терфенадин — уменьшение их метаболизма, повышение концентраций и токсичности (жизнеугрожающие ситуации). Совместно не назначать.

- Циметидин — сочетанное назначение с индинавиром не показано.

- Кларитромицин — концентрация индинавира возрастает на 53%, дозу не изменять.

- Контрацептивы, содержащие эстрогены и норэтинодрел, — повышение концентрации индинавира на 26%, этинилэстрадиол — на 24%. Дозу не изменять.

- Диданозин — повышает рН желудочного сока. Интервал между приемами препаратов должен быть не менее 1 ч.

- Флюконазол — повышение концентрации индинавира на 19%. Снизить дозу индинавира.

- Сок грейпфрута — снижение концентрации индинавира на 26%. Дозу не изменять.

- Кетоконазол — повышение концентрации индинавира на 68%. Дозировка индинавира — 600 мг 3 раза в день.

- Ламивудин, зидовудин и индинавир — взаимное умеренное влияние на концентрацию, не требующее коррекции дозы препаратов.

- Хинидин — незначительное снижение концентрации. Дозу не изменять.

- Рифабутин — увеличение концентрации индинавира на 32%, рифабутин — на 204%. (Рифабутин — 150 мг в день, индинавир — 1000 мг 3 раза в день.)

- Рифампин — значительное снижение концентрации индинавира. Совместно не назначать.

- Сульфаметоксазол и триметоприм — незначительное увеличение концентрации, дозу не менять.

- Ставудин — увеличение на 25% концентрации ставудина. Дозу не менять.

- Ритонавир — значительное изменение фармакокинетики индинавира. Требуется коррекция дозы обоих препаратов (см. «Показания к применению и дозирование»).

Резюме и дополнительные сведения.

- Мониторинг уровня глюкозы крови.

- Мониторинг холестерина, триглицеридов.
- Для профилактики нефролитиаза обеспечивать адекватную гидратацию: выпивать 1,5–2 л жидкости в сутки. Назначать в составе комбинированной высокоактивной антиретровирусной терапии.

82 КИ с 1995 г.

Код АТХ: J05AE02.

Торговые наименования, формы выпуска и производители. Криксиван, капсулы 200 мг № 180, 200 мг № 270, 200 мг № 360, 400 мг № 6, 400 мг № 90, 400 мг № 180, Мерк Шарп и Доум Б.В. (Нидерланды).

ЛАМИВУДИН (LAMIVUDINE)

Фармакологический/химический класс АТХ. Противовирусное средство прямого действия — нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы.

Терапевтический класс АТХ. Противовирусное средство для системного применения.

Механизм действия. Превращение в клетке в трифосфат ламивудина, ингибирующий обратную транскриптазу ВИЧ. Подавление репликации ВИЧ.

Фармакологические эффекты. Противовирусный, активен в отношении ВИЧ.

Фармакокинетика. Быстрое всасывание из ЖКТ. Связь с белками крови — 36%. Элиминация — почечная, 70% выводятся в неизменном виде. $T_{1/2}$ — 5–7 ч. Проходит через ГЭБ.

Показания к применению и дозирование.

- ВИЧ-инфекция у взрослых и детей (раствор для внутреннего применения 10 мг/мл и таблетки 150 мг). Внутрь взрослым и подросткам (12 лет и старше) — 150 мг 2 раза в сутки в комбинации с другими антиретровирусными препаратами. Детям: от 3 мес. до 12 лет — 4 мг/кг 2 раза в сутки, максимальная доза 300 мг (30 мл) в сутки, в комбинации с другими антиретровирусными препаратами; новорожденным детям в возрасте 1 нед. — 2 мг/кг 2 раза в сутки. При легкой ХПН (КК больше 50 мл/мин) начальная доза 150 мг, поддерживающая — по 150 мг 2 раза в сутки; при КК 50–30 мл/мин первая доза 150 мг, поддерживающая — 150 мг/сут. (за 1 прием); при КК 30–15 мл/мин первая доза 150 мг, проведение дальнейшего курса терапии не рекомендовать. Детям от 3 мес. до 12 лет с нарушением функции почек дозу рассчитывать по схеме: при КК 30–50 мл/мин начальная доза 4 мг/кг, поддерживающая — 4 мг/кг 1 раз в сутки; при КК 15–30 мл/мин первая доза 4 мг/кг, поддерживающая — 2,6 мг/кг 1 раз в сутки; при КК 5–15 мл/мин первая доза 4 мг/кг, поддерживающая — 1,3 мг/кг 1 раз в сутки; при КК менее 5 мл/мин первая доза 1,3 мг/кг, поддерживающая — 0,7 мг/кг 1 раз в сутки.

- Хронический вирусный гепатит В на фоне репликации вируса (раствор для внутреннего

применения 5 мг/мл и таблетки 100 мг). Внутрь взрослым и подросткам (16 лет и старше) — независимо от приема пищи 100 мг 1 раз в сутки. При умеренной и тяжелой ХПН концентрация ламивудина в сыворотке возрастает из-за снижения его почечного клиренса, поэтому пациентам с КК менее 50 мл/мин дозу ламивудина надо снижать: при КК 50–30 мл/мин начальная доза 100 мг, поддерживающая 50 мг; при КК 30–15 мл/мин — 100 мг и 25 мг соответственно; при КК 15–5 мл/мин — 35 мг и 15 мг соответственно; при КК менее 5 мл/мин — 35 мг и 10 мг соответственно. При назначении дозы менее 100 мг препарат применять в виде раствора для приема внутрь. Пациентам, находящимся на гемодиализе (2–3 сеанса в неделю продолжительностью не менее 4 ч), после первоначального снижения дозы в соответствии с КК в дальнейшем на весь период гемодиализа коррекция дозы не требуется. При печеночной недостаточности и компенсированной функции почек коррекция дозы ламивудина не требуется.

• Химиопрофилактика передачи ВИЧ от матери ребенку во время беременности и родов.

Химиопрофилактика заражения ВИЧ после контакта с зараженным ВИЧ-материалом (половые контакты с больным ВИЧ-инфекцией, уколы и порезы при работе с загрязненным ВИЧ-материалом, попадание этого материала на слизистые или поврежденную кожу).

Побочные эффекты.

- Анемия, нейтропения.
- Гепатотоксический панкреатит.
- Миопатия, миозит, нейропатия.

Передозировка. Клинические проявления не выявлены. Эффективность гемодиализа неизвестна.

Противопоказания. Гиперчувствительность. С осторожностью — почечная недостаточность, панкреатит (в том числе в анамнезе), периферическая нейропатия (в том числе в анамнезе); беременность, период кормления грудью.

Беременность. FDA категория С. Проходит через плаценту. Предпочтительный препарат для применения у беременных.

Кормление грудью. Проникает в грудное молоко. ВИЧ-позитивным матерям рекомендуется воздержаться от кормления грудью с целью профилактики постнатальной передачи ВИЧ.

Клинически значимые взаимодействия. Флуконазол, метадон, нелфинавир, ритонавир, пробеницид, триметоприм, вальпроевая кислота — повышение концентрации ламивудина (конкурентное действие). Дозу не изменять.

Резюме и дополнительные сведения. Систематический контроль периферической крови.

234 КИ с 1996 г.

Код АТХ: J05AF05.

Торговые наименования, формы выпуска и производители. *Зеффикс*, раствор для приема внутрь 5 мг/мл 240 мл, таблетки, покрытые оболочкой 100 мг № 14, Глаксо Вэллком Оперэй-

шенс Великобритания; *Эпивир ТриТиСи*, раствор для приема внутрь 10 мг/мл 240 мл № 1, ГлаксоСмитКляйн Инк Канада; *Эпивир ТриТиСи*, раствор для приема внутрь 10 мг/мл 240 мл, таблетки, покрытые оболочкой 150 мг № 60, Глаксо Вэллком Оперэйшенс Великобритания Лимитед (Великобритания).

ЛАМИВУДИН + ЗИДОВУДИН

Код АТХ: —

Торговые наименования, формы выпуска и производители. *Комбивир*, таблетки, покрытые оболочкой 150 мг / 300 мг № 60, Глаксо Оперэйшенс Великобритания Лимитед (Великобритания).

ЛОПИНАВИР + РИТОНАВИР (LOPINAVIR + RITONAVIR)

Фармакологический/химический класс АТХ.

Противовирусное средство прямого действия — ингибитор протеаз/комбинированное средство.

Терапевтический класс АТХ. Противовирусные средства для системного применения.

Механизм действия. Лопинавир — специфическое ингибирование протеаз ВИЧ, принимающих участие в сборке вириона на выходе из пораженной клетки, формирование незрелых и неактивных вирусных частиц. Ритонавир — ингибируя биотрансформацию лопинавира (СУРЗА), способствует увеличению его концентрации в плазме.

Фармакологические эффекты. Антитретровирусный, специфический в отношении ВИЧ.

Спектр активности. ВИЧ-1 и ВИЧ-2. Перекрестная резистентность с другими ингибиторами протеаз — продолжение введения после прекращения подавления вируса может повысить вероятность ее развития.

Фармакокинетика. Биодоступность повышается на ~97% при приеме с жирной пищей. Лопинавир: связь с белками крови (кислый гликопротеин- α , и альбумин) 98–99%. Биотрансформация в печени СУРЗА до 13 неактивных метаболитов. $T_{1/2}$ 5–6 ч. Элиминация: с фекалиями ~83%, почками ~10%. См. *Ритонавир*.

Показания к применению.

• ВИЧ-инфекция у взрослых и детей старше 2 лет (в составе комбинированной терапии).

Внутрь с пищей — взрослым и подросткам с поверхностью тела 1,3 м² или более 3 капсулы или 5 мл 2 раза в день (лопинавир 400 мг и ритонавир 100 мг 2 раза в день); детям от 6 мес до 13 лет лопинавир 225 мг/м² и ритонавир 57,5 мг/м² 2 раза в день (или с массой тела 7–15 кг лопинавир 12 мг/кг и ритонавир 3 мг/кг 2 раза в день, массой тела 15–40 кг лопинавир 10 мг/кг и ритонавир 5 мг/кг 2 раза в день).

Следует увеличить дозу на 33% при использовании с эфавирензом или с невирапином.

• Химиопрофилактика заражения ВИЧ после контакта с зараженным ВИЧ-материалом (половые контакты с больным ВИЧ-инфекцией, уколы и порезы при работе с загрязненным ВИЧ-материалом, попадание этого материала на слизистые или поврежденную кожу).

Противопоказания.

• Гиперчувствительность к лопинавиру, ритонавиру и др.
• Тяжелая печеночная недостаточность.
• Детский возраст (до 2 лет).
• Беременность, период кормления грудью.
• С осторожностью! Сахарный диабет, гемофилия (А и В).

Побочные эффекты.

См. *Ритонавир*.

• Липодистрофия.
• Панкреатит.
• Гипергликемия.
• Редко: брадикардия, тошнота, рвота, диарея, боли в животе, астения, головная боль, нарушение сна, сыпь.
• Нарушения липидного обмена.

Клинически значимые взаимодействия. См. *Ритонавир*. Варфарин — тщательный мониторинг МНО.

Беременность. FDA категория С.

Кормление грудью. Нет сведений о проникновении в грудное молоко. ВИЧ-позитивным матерям рекомендуется воздержаться от кормления грудью с целью профилактики постнатальной передачи ВИЧ.

Резюме и дополнительные сведения. См. *Ритонавир*. Недостаточно информации о применении у беременных. Мониторинг холестерина, триглицеридов, глюкозы крови.

14 КИ с 2002 г.

Код АТХ: J05AE06 (Лопинавир), J05AE03 (Ритонавир).

Торговые наименования, формы выпуска и производители. *Калетра*, капсулы ~ № 180, Эбботт Лэбораториз Лтд Великобритания; *Калетра*, раствор для приема внутрь 60 мл № 5, Эбботт Лэбораториз Лтд (Великобритания).

НЕВИРАПИН (NEVIRAPINE)

Фармакологический/химический класс АТХ. Противовирусное средство прямого действия — нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы.

Терапевтический класс АТХ. Противовирусное средство для системного применения.

Механизм действия. Связывание с обратной транскриптазой ВИЧ-1, блокирование РНК- и ДНК-зависимых реакций ДНК-полимеразы, разрушение каталитического центра фермента. Действие неконкурентно по отношению к нуклеозидам и трифосфатам нуклеозидов.

Не блокирует обратную транскриптазу ВИЧ-2 и человеческую ДНК-полимеразу. Синергизм

при использовании в комбинированной терапии с зидовудином, диданозином, ставудином, ламивудином, саквинавиром, индинавиром.

Фармакологические эффекты. Противовирусный в отношении ВИЧ-1.

Фармакокинетика. F > 90%, пища не изменяет. Связь с белками крови — 60%. Биотрансформация в печени P450 (CYP3A4). Элиминация метаболитов почечная, в незначительных количествах в неизменном виде. T_{1/2} — 25–30 ч. Не создает терапевтических концентраций в СМЖ.

Показания к применению и дозирование.

• ВИЧ-инфекция (в составе комбинированной терапии с антиретровирусными средствами) — 200 мг/сут. в один прием, ежедневно, в течение 2 нед., с последующим увеличением дозы до 400 мг/сут. в 2 приема. При признаках токсичности заменить на другой антиретровирусный препарат. Детям от 2 мес. до 8 лет начальная доза — 4 мг/кг 1 раз в день, в течение 2 нед., с последующим увеличением дозы до 7 мг/кг 2 раза в сутки; старше 8 лет — 4 мг/кг 1 раз в день, в течение 2 нед., затем 4 мг/кг 2 раза в день. Максимальная суточная доза в любой возрастной группе — 400 мг.

• Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку во время беременности и родов.

Побочные эффекты.

• Гепатотоксическое действие (в том числе фульминантный гепатит), нарушение функции почек, сонливость.

• В первые 12 нед. лечения возможны: гиперчувствительность, синдром Стивена—Джонсона, токсический эпидермальный некролиз, сыпь 1%.

• Гранулоцитопения, лихорадка, миалгии, артралгии, стоматит язвенный.

Передозировка. Лихорадка, головная боль, бессонница, сыпь, тошнота, рвота. Антидот неизвестен.

Противопоказания. Гиперчувствительность.

Беременность. FDA категория С. Проходит через плаценту. Предпочтительный препарат для применения у беременных с количеством CD4⁺-лимфоцитов менее 0,25 млрд/л.

Кормление грудью. Проникает в грудное молоко. ВИЧ-позитивным матерям рекомендуется воздержаться от кормления грудью с целью профилактики постнатальной передачи ВИЧ.

Клинически значимые взаимодействия.

• Ампренавир, индинавир, нельфинавир, ритонавир, саквинавир — снижение их концентрации и эффективности.

• Контрацептивы пероральные эстрогенсодержащие — снижение их концентрации, эффективности.

• Кетоконазол — увеличение концентрации невирапина, одновременно не назначать.

• Рифабутин — снижение концентрации невирапина, корректировка доз обоих препаратов.

• Рифампин — снижение концентрации невирапина, тщательный мониторинг.

Резюме и дополнительные сведения. Мониторинг систематический функциональных проб печени.

Следует назначать в составе высокоактивной комбинированной терапии. При развитии липодистрофии на фоне приема ингибиторов протеаз рассмотреть возможность замены их на невирапин. Поскольку угрожающие жизни поражения печени развиваются преимущественно у женщин с количеством CD4⁺-лимфоцитов более 0,25 млрд/л и у мужчин с количеством CD4⁺-лимфоцитов более 0,4 млрд/л. Таким пациентам назначение невирапина не рекомендуется.

54 КИ с 1993 г.

Код АТХ: J05AG01.

Торговые наименования, формы выпуска и производители. *Вирамун*, таблетки 200 мг № 10, Берингер Ингельхайм Фарма ГмБХ и Ко.КГ Германия; *Вирамун*, суспензия для приема внутрь 50 мг/5 мл / 240 мл № 1, Берингер Ингельхайм Фарма КГ, подразделение Берингер Ингельхайм Интернешнл ГмБХ (Германия).

НЕЛФИНАВИР (NELFINAVIR)

Фармакологический/химический класс АТХ.

Противовирусное средство прямого действия – ингибитор протеаз.

Терапевтический класс АТХ. Противовирусное средство для системного применения.

Механизм действия. Специфическое ингибирование протеаз ВИЧ, принимающих участие в сборке вириона на выходе из пораженной клетки. Формирование неактивных вирусных частиц.

Фармакологические эффекты. Противовирусный, специфичный в отношении ВИЧ.

Фармакокинетика. F 82–86%. Связь с белками 98%. T_{1/2} ~3,5–5 ч. Биотрансформация в печени. Элиминация с калом 87%, с мочой 1–2%.

Показания к применению и дозирование.

- Комбинированная терапия ВИЧ-1-инфицированных взрослых и детей вместе с антиретровирусными ЛС из группы нуклеозидных аналогов.

Внутрь во время еды. Взрослым и детям старше 13 лет по 750 мг 3 раза в сутки. Детям до 13 лет по 20–30 мг/кг 3 раза в сутки. Детям, которые не могут глотать таблетки, можно назначать в виде порошка для приема внутрь: при массе тела 7,5–10 кг – 1 чайная ложка без верха, 10–12 кг – 1,25 чайной ложки, 12–15 кг – 1,5 чайной ложки, 15–20 кг – 2 чайные ложки, 20–30 кг – 3 чайные ложки, 30–40 кг и более – 4 чайные ложки без верха.

- Химиопрофилактика заражения ВИЧ после контакта с зараженным ВИЧ-материалом (половые контакты с больным ВИЧ-инфекцией, уколы и порезы при работе с загрязненным ВИЧ-материалом, попадание этого материала на слизистые или поврежденную кожу).

Противопоказания.

- Гиперчувствительность.

- С осторожностью! Гемофилия, печеночная недостаточность, в комбинации с индукторами СYP3A или потенциально токсичными ЛС, которые сами метаболизируются с помощью СYP3A, детский возраст (до 2 лет), беременность, период кормления грудью.

Побочные эффекты.

- Диарея, тошнота, метеоризм.
- Нарушение углеводного обмена.
- Нарушение липидного обмена.
- Кетоацидоз, сыпь.

Клинически значимые взаимодействия.

- Не рекомендуется одновременный прием с препаратами, метаболизирующимися цитохромом P450 (СYP3A).

- Симвастатин, аторвастатин, ловастатин – повышение их концентрации и серьезные токсические эффекты статинов.

- Циклоспорин, такролимус, сиролимус – повышение их концентрации и токсичности.

- Зверобой (*Hypericum perforatum*) – повышение метаболизма нелфинавира, снижение его концентрации, потеря активности с возможным развитием резистентности вируса.

- Этинилэстрадиолсодержащие пероральные контрацептивы – снижение их концентрации и эффективности.

- Индинавир – увеличение концентрации нелфинавира на 83%, ламивудин – на 10%, кетоконазол – на 35%, ритонавир – на 152% (безопасность не изучена), саквинавир – на 18% (AUC саквинавира увеличивается на 392%).

- Рифабутин – снижение концентрации нелфинавира на 32%, рифампин – на 82%.

Беременность. FDA категория В. Предпочтительный препарат для применения у беременных.

Кормление грудью. Нет сведений о проникновении в грудное молоко. Рекомендуется прекратить кормление грудью в целях профилактики ВИЧ-инфекции у ребенка.

Резюме и дополнительные сведения.

- Нелфинавир следует принимать через 2 ч после приема диданозина.

- Мониторинг холестерина, триглицеридов, глюкозы крови.

111 КИ с 1996 г.

Код АТХ: J05AE04.

Торговые наименования, формы выпуска и производители. *Virasent*, таблетки, покрытые оболочкой 250 мг № 270, 250 мг № 300, Ф. Хоффманн-Ля Рош Лтд Швейцария; *Virasent*, таблетки, покрытые оболочкой 250 мг № 270, 250 мг № 300, Ф. Хоффманн-Ля Рош Лтд Швейцария, произведено Рош Фарма С.А. Испания; *Virasent*, порошок для приема внутрь 50 мг/г | 144 г № 1, Ф. Хоффманн-Ля Рош Лтд (Швейцария).

РИТОНАВИР (RITONAVIR)

Фармакологический/химический класс АТХ.

Противовирусное средство прямого действия – ингибитор протеаз.

Терапевтический класс АТХ. Противовирусное средство для системного применения.

Механизм действия. Специфическое ингибирование протеаз ВИЧ, принимающих участие в сборке вириона на выходе из пораженной клетки, формирование незрелых и неактивных вирусных частиц.

Фармакологические эффекты.

- Противовирусный, специфический в отношении ВИЧ.

- Усиление эффекта других ингибиторов протеаз посредством ингибирования изоферментов цитохрома Р450: СYP3A > СYP2D6 > СYP2C9, СYP2C19 >> СYP2A6, СYP1A2, СYP2E1 (ряд убывания степени сродства).

Спектр активности. ВИЧ-1 и ВИЧ-2. Перекрестная резистентность с другими ингибиторами протеаз: продолжение введения после прекращения подавления вируса может повысить вероятность ее развития.

Фармакокинетика. F повышается при приеме с пищей. Связь с белками крови 98–99%. $T_{1/2}$ – 3–5 ч. Биотрансформация в печени (СYP3A, СYP2D6) с образованием активного метаболита М-2. Индуцирует собственный метаболизм. Элиминация с калом 86%, в неизменном виде 34%, с мочой 11%, в неизменном виде 4%.

Показания к применению и дозирование. ВИЧ-инфекция (у взрослых и детей) в составе комбинированной терапии – в качестве бустера (усилителя): взрослым 100 мг 2 раза в день, детям от 6 мес. до 13 лет 57,5 мг/м² 2 раза в день (или 3–5 мг/кг 2 раза в день) (максимум 100 мг 2 раза в день) для усиления эффекта индинавира, лопинавира или саквинавира и в комбинации с 2 другими антиретровирусными препаратами. Применение в качестве самостоятельного компонента противоретровирусной терапии не рекомендуется.

Противопоказания.

- Гиперчувствительность.
- С осторожностью! Беременность, период кормления грудью, сахарный диабет, нарушение функции печени, гемофилия.

Побочные эффекты.

- Липодистрофия, перераспределение подкожножировой клетчатки с центральным, дорсоцервикальным («горб буйвола») ожирением.

- Панкреатит (с возможным летальным исходом; при повышении липазы и амилазы сыворотки отменить).

- Аллергические реакции: бронхоспазм, крапивница, анафилаксия, синдром Стивенса–Джонсона.

- Головокружение, ортостатическая гипотензия, обморок, почечная недостаточность.

- Кетоацидоз, диабет, тошнота, рвота, боли в животе, диарея, астения, сонливость, депрессия, снижение массы тела, аллергические реакции, боли в животе, анорексия, астения, лихорадка, головная боль, рвота, спутанность сознания, тревога, артралгия, потеря веса.

Клинически значимые взаимодействия.

- Амиодарон, цизаприд, дигидроэрготамин, эргоновин, метилэргоновин, эрготамин, флекаинид, ловастатин, мидазолам, пимозид, пропafenон, хинидин, симвастатин, зверобой (*Hypericum perforatum*), триазолам – повышение их концентрации с развитием тяжелых побочных эффектов; совместно не применять.

- Кларитромицин, дезипрамин, рифабутин, силденафил, индинавир и саквинавир (при низких дозах), кетоконазол, меперидин – повышение их концентрации (или их метаболитов – нормеперидин); следует снизить дозу.

- Диданозин, пероральные контрацептивы, содержащие этинилэстрадиол, метадон, теофиллин – снижение их концентрации и эффекта; либо совместно не применять, либо изменить дозовый режим, проводить фармакотерапевтический мониторинг.

- Рифампин – снижение концентрации и эффекта ритонавира.

- Дисульфирам, метронидазол – развитие дисульфирамоподобных реакций в связи с наличием этанола в лекарственной форме ритонавира.

- Ингибиторы протеазы ВИЧ – значительное изменение фармакокинетики, требующее коррекции дозы.

Беременность. FDA категория В.

Кормление грудью. Нет сведений о проникновении в грудное молоко. Рекомендуется прекратить кормление грудью для профилактики передачи ВИЧ-инфекции ребенку.

Резюме и дополнительные сведения.

- Следует применять только в качестве бустера (усилителя) для усиления эффекта других ингибиторов протеазы в комбинации с 2 другими антиретровирусными средствами.

- Мониторинг: АЛТ, АСТ, g-ГТП, креатинфосфокиназа, амилаза, холестерин и триглицериды, глюкоза, мочевиная кислота, креатинин и/или мочевиная, билирубин сыворотки; антитела к ВИЧ (у пациентов старше 18 мес.), гемоглобин или гематокрит, число лейкоцитов, лейкоформула, уровень CD4-клеток.

- Безопасность и эффективность у детей до 2 лет полностью не определены.

175 КИ с 1995 г.

Код АТХ: J05AE03.

Торговые наименования, формы выпуска и производителя. *Норвир*, капсулы 100 мг № 84, Эбботт Лэбораториз (Великобритания).

САКВИНАВИР (SAQUINAVIR)

Фармакологический/химический класс АТХ. Противовирусное средство прямого действия – ингибитор протеаз.

Терапевтический класс АТХ. Противовирусное средство для системного применения.

Механизм действия. Специфическое ингибирование протеаз ВИЧ, принимающих участие

в сборке вириона на выходе из пораженной клетки. Формирование неактивных вирусных частиц.

Фармакологические эффекты. Противовирусный, специфический в отношении ВИЧ.

Фармакокинетика. Биодоступность инвирозы ~4%, возрастает при приеме жирной пищи, биодоступность фортовазы выше. Связь с белками 98%. $T_{1/2}$ ~1–2 ч. Биотрансформация в печени (СУРЗА). Элиминация с фекалиями 88%, с мочой 1%.

Показания к применению и дозирование. ВИЧ-инфекция в составе комбинированной терапии.

- Инвироза: внутрь только в сочетании с ритонавиром (инвироза 2000 мг, ритонавир 100 мг 1 раз в сутки) не позже чем через 2 ч после еды.

- Фортоваза: внутрь только в сочетании с ритонавиром (фортоваза 1000 мг, ритонавир 100 мг 2 раза в сутки).

Противопоказания.

- Гиперчувствительность.
- Печеночная недостаточность.
- Одновременный прием терфенадина, астемизола, цизаприда.
- С осторожностью! Совместно с клиндамицином и дапсоном.

Побочные эффекты.

- Гипергликемия, развитие диабета, кетоацидоз, сыпь.
- Астения, желудочно-кишечные нарушения, головная боль.
- Нарушения липидного обмена.

Клинически значимые взаимодействия.

- Зверобой (*Hypericum perforatum*), карбамазепин, дексаметазон, фенобарбитал, рифампин, рифабутин – повышение метаболизма саквинавира, снижение его концентрации, потеря активности с возможным развитием резистентности вируса.

- Кларитромицин – угнетение метаболизма саквинавира, повышение его концентрации на ~177%.

- Ритонавир – значительное изменение фармакокинетики индинавира. Требуется коррекция дозы обоих препаратов (см. «Показания к применению и дозирование»).

Беременность. FDA категория В. Может применяться у беременных.

Кормление грудью. Нет сведений о проникновении в грудное молоко. Рекомендуются прекратить кормление грудью для профилактики ВИЧ-инфекции у ребенка.

Резюме и дополнительные сведения. Мониторинг холестерина, триглицеридов, глюкозы крови.

142 КИ с 1995 г.

Код АТХ: J05AE01.

Торговые наименования, формы выпуска и производители. Фортоваза, капсулы 200 мг № 180, Ф. Хоффманн-Ля Рош Лтд [Швейцария], произведено Р.П. Шерер ГмбХ & Ко. КГ (Германия).

СТАВУДИН (STAVUDINE)

Фармакологический/химический класс АТХ.

Противовирусное средство прямого действия – нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы.

Терапевтический класс АТХ. Противовирусное средство для системного применения.

Механизм действия. Аналог тимидина. Метаболизируется в клетках до ставудина трифосфата, ингибирующего обратную транскриптазу, нарушая элонгацию вирусной ДНК. Ингибирование клеточной ДНК-полимеразы, угнетение синтеза митохондриальной ДНК.

Фармакологические эффекты. Противовирусный, активен в отношении ВИЧ.

Фармакокинетика. F – 78–86%, пища снижает на 45%. Проникает через ГЭБ. Связь с белками крови незначительна. Элиминация почками 40% в неизмененном виде. $T_{1/2}$ – 1–1,6 ч.

Показания к применению и дозирование.

- ВИЧ-инфекция, в том числе после терапии зидовудином. Взрослым с массой тела более 60 кг – 40 мг, с массой тела менее 60 кг – 30 мг 2 раза в день, с интервалом 12 ч. Детям с массой тела менее 30 кг – по 2 мг/кг в день, с массой тела 30 кг и более – в дозах для взрослых. Курс лечения – длительный (до 2 лет). У больных с ХПН при массе тела менее 60 кг и при КК более 50 мл/мин – 30 мг 2 раза в день, 26–50 мл/мин – 15 мг 2 раза в день, 10–25 мл/мин – 15 мг в день; при массе тела 60 кг и более и КК более 50 мл/мин – 40 мг 2 раза в день, 26–50 мл/мин – 20 мг 2 раза в день, 10–25 мл/мин – 20 мг 1 раз в день. Дозу уменьшить в 2 раза при возобновлении лечения после развития периферической нейропатии, печеночно-почечной недостаточности (КК в пределах 10–15 мл/мин).

- Непереносимость или неэффективность зидовудина и фосфазида.

- Химиопрофилактика заражения ВИЧ после контакта с зараженным ВИЧ-материалом (половые контакты с больным ВИЧ-инфекцией, уколы и порезы при работе с загрязненным ВИЧ-материалом, попадание этого материала на слизистые или поврежденную кожу).

Побочные эффекты.

- Периферические нейропатии (19–24% у взрослых): онемение, покалывание, боли в ступнях, кистях. Артралгии, миалгии.

- Гиперчувствительность, сыпь, анемия, панкреатит – 1%.

- Лактоацидоз.

- Липоатрофия.

Передозировка. Нарушение функции печени, периферическая нейропатия. Лечение симптоматическое, гемодиализ.

Противопоказания. Гиперчувствительность, печеночная и/или почечная недостаточность. С осторожностью – беременность, период кормления грудью, возраст старше 50 лет (женщины), одновременный прием потенциально гепа-

тотоксических препаратов, недостаточность коры надпочечников и гипопфиза.

Беременность. FDA категория С. Проходит через плаценту. Угроза развития лактоацидоза, жирового гепатоза. Не применять. Повышение риска развития митохондриальной токсичности, применение рекомендуется избегать. Применение в сочетании с диданозином не рекомендуется.

Кормление грудью. Проникает в грудное молоко. ВИЧ-позитивным матерям рекомендуется воздержаться от кормления грудью с целью профилактики постнатальной передачи ВИЧ.

Клинически значимые взаимодействия.

- Хлорамфеникол, цисплатин, дапсон, диданозин, этамбутол, этионамид, гидралазин, изониазид, литий, метронидазол, нитрофураны, винкристин, зальцитабин — увеличение риска развития периферической нейропатии.

- Диданозин — увеличение гепатотоксичности и риска развития панкреатита.

- Зидовудин — конкурентное взаимодействие, одновременное назначение не рекомендуется.

- Фосфазад — конкурентное взаимодействие, одновременное назначение не рекомендуется.

Резюме и дополнительные сведения.

- Мониторинг АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, амилазы и липазы в сыворотке крови.

- Одновременное назначение ставудина и диданозина во время беременности не рекомендуется из-за увеличения риска фатального лактоацидоза.

- Необходимо назначать в составе высокоактивной комбинированной антиретровирусной терапии.

- Зидовудин, фосфазад — конкурируют при фосфорилировании, взаимно снижают эффективность. Вместе не назначать.

93 КИ с 1992 г.

Код АТХ: J05AF04.

Торговые наименования, формы выпуска и производители. *Веро-Ставудин*, капсулы 30 мг № 7, 30 мг № 10, 30 мг № 14, 30 мг № 28, 30 мг № 56, Верофарм ЗАО (Белгородский филиал) Россия; *Зерит*, порошок для приготовления раствора для приема внутрь с концентрацией 1 мг/мл № 1, Бристол-Майерс Сквибб Франция; *Зерит*, капсулы 15 мг № 14, 20 мг № 14, 30 мг № 14, 40 мг № 14, Бристол-Майерс Сквибб Франция; *Ставудин*, субстанция-порошок 25 кг, Матрикс Лабораториз Лимитед (Индия).

ФОСФАЗИД (FOSFAZIDE)

Фармакологический/химический класс. Ингибитор обратной транскриптазы.

Терапевтический класс. Противовирусное средство для системного применения.

Механизм действия. Ингибирование обратной транскриптазы ВИЧ-1 за счет включения в

вирусную ДНК. Нарушение элонгации цепи ДНК и остановка роста молекулы ДНК. Ингибирование репликации других ретровирусов.

Фармакологические эффекты.

- Противовирусный, активен в отношении ВИЧ и в отношении *Bacillus cereus*, *Echerichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Candida albicans*.

Фармакокинетика. F — 83,7%. Проникает через ГЭБ, концентрация в СМЖ — 15–64% от исходной дозы. T_{1/2} — 3–4 ч. Биотрансформация в печени — глюкуронирование. Элиминация глюкуронида почками.

Показания к применению и дозирование.

- ВИЧ-инфекция: режим приема: по 0,2 г 3 раза в сутки или 0,4 г 2 раза в сутки. При поражении ЦНС суточная доза — 1,2 г.

- Химиопрофилактика заражения ВИЧ после контакта с зараженным ВИЧ-материалом (половые контакты с больным ВИЧ-инфекцией, уколы и порезы при работе с загрязненным ВИЧ-материалом, попадание этого материала на слизистые или поврежденную кожу).

- Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку во время беременности и родов.

Побочные эффекты. Тошнота, головная боль, тяжесть в эпигастрии, диарея. В единичных случаях гранулоцитопения и анемия.

Противопоказания. Гиперчувствительность. ВИЧ-инфицированным женщинам не рекомендуется принимать Никавир до 14 нед. беременности, также не рекомендуется кормить грудью.

При гепатите В у детей не применяется.

С осторожностью: тошнота, рвота, анемия — Нв < 50 г/л; повышение активности трансаминаз в сыворотке (более чем в 5 раз относительно верхней границы нормы), гиперкреатининемия, нейтропения — 500/мкл, тромбоцитопения — 25 000/мкл.

Беременность. FDA категория С. Проходит через плаценту. Предпочтительный препарат для применения у беременных. В целях предупреждения вертикальной передачи ВИЧ химиопрофилактику не рекомендуется применять в первые 12 нед. беременности.

Кормление грудью. Проникает в грудное молоко. ВИЧ-позитивным матерям рекомендуется воздержаться от кормления грудью с целью профилактики постнатальной передачи ВИЧ.

Клинически значимые взаимодействия.

- Другие антиретровирусные препараты использовать в комбинированных схемах лечения.

- Ставудин, зидовудин — конкурируют при фосфорилировании, взаимно снижают эффективность. Вместе не назначать.

Резюме и дополнительные сведения. Отечественный препарат, не представлен в Фармакопее США, АТХ-классификации, Кокрановской библиотеке.

Код АТХ: —

Торговые наименования, формы выпуска и производители. *Никавир*, субстанция-порошок 0,5 кг, АЗТ Производственно-коммерческая ас-

социация ЗАО Россия; *Никавир*, капсулы 200 мг № 10, 200 мг № 20, 200 мг № 30, 200 мг № 60, таблетки 200 мг № 10, 200 мг № 20, 200 мг № 30, 200 мг № 60, АЗТ ФАРМА К.Б. ООО Россия; *Никавира таблетки*, таблетки 200 мг № 10, 200 мг № 50, 200 мг № 100, 400 мг № 10, 400 мг № 20, 400 мг № 50, АЗТ ФАРМА К.Б. ООО (Россия).

ЭНФУВИРТИД (ENFUVIRTIDE)

Фармакологический/химический класс АТХ.

Противовирусное средство прямого действия.

Терапевтический класс АТХ. Противовирусное средство для системного применения.

Механизмы действия и фармакологические эффекты. Ингибитор фузии (слияния). Специфически связываясь с гликопротеидом gp41 ВИЧ-1 вне клетки и ингибируя его структурную реаранжировку блокирует проникновение вируса внутрь клетки. Не требует внутриклеточной активации. Противовирусная активность обусловлена взаимодействием с другим семикратно повторяющимся участком HR1 в природном gp41 на поверхности вируса.

Фармакокинетика. После однократного п/к введения в область передней брюшной стенки 90 мг энфувиртида C_{max} – $4,59 \pm 1,5$ мкг/мл, АUC – $55,8 \pm 12,1$ мкг · ч/мл, абсолютная биодоступность – $84,3 \pm 15,5\%$. При п/к введении в диапазоне доз 45–180 мг биодоступность пропорциональна вводимой дозе. Абсорбция не зависит от места введения. C_{ss} при введении 90 мг – 2,6–3,4 мкг/мл. Объем распределения после в/в введения 90 мг – $5,5 \pm 1,1$ л. Связь с белками – 92% (в основном с альбумином и, в меньшей степени – с $\alpha 1$ -кислым гликопротеином). Являясь пептидом, подвергается катаболизму до аминокислот, входящих в его состав, с последующей их утилизацией в организме. Не ингибирует ферменты семейства цитохрома CYP450. *In vitro* гидролиз амидной группы С-конца аминокислоты фенилаланина приводит к образованию деамидированного метаболита и образование этого метаболита не зависит от НАДФ-Н. Метаболит обнаруживается в плазме после введения энфувиртида с АUC 2,4–15% от АUC энфувиртида. После п/к введения 90 мг энфувиртида $T_{1/2}$ – $3,8 \pm 0,6$ ч, клиренс – $1,7 \pm 0,4$ л/ч. Фармакокинетика энфувиртида у пациентов с печеночной и почечной недостаточностью не изучалась, а также у пациентов в возрасте старше 65 лет. Клиренс энфувиртида не изменяется у пациентов с КК выше 35 мл/мл. Клиренс энфувиртида на 20% ниже у женщин, чем у мужчин, и увеличивается с увеличением массы тела независимо от пола (на 20% выше у пациентов с весом тела 100 кг и на 20% ниже у пациентов с весом тела 40 кг, относительно пациента сравнения с весом тела 70 кг), что не является клинически значимым. У детей 3–16 лет при назначении в дозе 2 мг/кг 2 раза в сутки (не более 90 мг

2 раза в сутки) концентрация энфувиртида в плазме аналогична таковой у взрослых пациентов, получавших препарат в дозе 90 мг 2 раза в сутки. У детей в возрасте 5–16 лет, получавших энфувиртид в дозе 2 мг/кг 2 раза в сутки, АUC – $51,4 \pm 22,8$ мкг · ч/мл, C_{max} – $5,81 \pm 2,35$ мкг/мл и C_{min} между введениями – $2,82 \pm 1,46$ мкг/мл.

Показания к применению и дозирование. ВИЧ-1 (в комбинации с другими противоретровирусными ЛС).

П/к в область плеча, переднюю поверхность бедра или переднюю брюшную стенку. Необходимо менять место каждой последующей инъекции. Взрослые – 90 мг 2 раза в сутки. Дети 6–16 лет – 2 мг/кг 2 раза в сутки. Максимальная доза – 90 мг 2 раза в сутки. Дозы, вводимые 2 раза в сутки и соответствующий объем раствора, рекомендуемые в педиатрической практике в зависимости от массы тела: 11–15,5 кг – 27 мг (0,3 мл), 15,6–20 кг – 36 мг (0,4 мл), 20,1–24,5 кг – 45 мг (0,5 мл), 24,6–29 кг – 54 мг (0,6 мл), 29,1–33,5 кг – 63 мг (0,7 мл), 33,6–38 кг – 72 мг (0,8 мл), 38,1–42,5 кг – 81 мг (0,9 мл), более 42,6 кг – 90 мг (1 мл). Коррекции дозы для пациентов с КК более 35 мл/мин не требуется. Лиофилизированный порошок следует разводить стерильной водой для инъекций для получения раствора.

Противопоказания. Гиперчувствительность, лактация.

С осторожностью. Беременность, детский возраст (до 6 лет).

Побочные эффекты. Местные реакции: боль, дискомфорт в месте инъекции, уплотнение, эритема, узел, киста, зуд, экхимоз. Редко (1,5%) – абсцесс и флегмона. Отмечавшиеся не менее чем у 2 взрослых пациентов на 100 пациентов-лет, получавших комбинированное лечение с оптимизированной базовой противоретровирусной терапией. Со стороны нервной системы: головная боль, периферическая невропатия, головокружение, нарушение вкуса, бессонница, депрессия, тревога, кошмарные сновидения, раздражительность, гипестезия, нарушение концентрации внимания, тремор. Со стороны дыхательной системы: кашель, боль в горле. Со стороны кожных покровов: зуд, ночная потливость, сухость кожи, повышенная потливость, себорейная экзема, эритема, акне. Со стороны опорно-двигательного аппарата: миалгия, артралгия, боль в спине, боли в конечностях, мышечные спазмы. Со стороны мочевыводящей системы: конкременты в почках, гематурия. Со стороны пищеварительной системы: тошнота, боль в верхней половине живота, запор, диарея, панкреатит. Со стороны органов чувств: конъюнктивит, вертиго. Аллергические реакции: кожная сыпь, зуд, лихорадка, тошнота, рвота, озноб, дрожь, арснение АД, повышение активности «печеночных» трансаминаз, первичная реакция иммунных комплексов, респираторный дистресс-синдром, гломерулонефрит. Прочие: слабость, снижение веса, аппетита, анорексия,

астения, гриппоподобный синдром, лимфо-аденопатия. Инфекции: кандидоз слизистой оболочки ротовой полости, простой герпес, папиллома кожи, грипп, синусит, фолликулит, отит, пневмония. Лабораторные показатели (изменения наблюдались чаще у пациентов, получавших комбинированную терапию энфувиртидом с оптимизированной базовой противоретровирусной терапией, по сравнению с пациентами, получающими только оптимизированную базовую противоретровирусную терапию): эозинофилия, повышение активности АЛТ, КФК, снижение Hb.

Клинически значимые взаимодействия. Клинически значимых фармакокинетических взаимодействий между энфувиртидом и ЛС, метаболизм которых протекает с участием ферментов семейства CYP450, не установлено. Введение препарата фузеон в сочетании с ритонавиром, саквинавиром и рифампицином не приводило к клинически значимым фармакокинетическим взаимодействиям. Энфувиртид не вытесняется из мест своего связывания с белком саквинавиром, нелфинавиром, лопинавиром, эфавиренцом, невирапином, ампренавиром, итраконазолом, мидазоламом или варфарином. Не замещает варфарин, мидазолам, ампренавир или эфавиренц в их местах связывания с белком. Исследования энфувиртида в комбинации с другими противовирусными средствами различных классов (нуклеозидными ингибиторами обратной транскриптазы, нуклеозидными ингибиторами обратной транскриптазы и ингибиторами протеаз), включая зидовудин, ламивудин, нелфинавир, индинавир и эфавиренц, показали наличие от аддитивного до синергичного эффектов и отсутствие антагонизма. Взаимосвязи между чувствительностью ВИЧ-1 к энфувиртиду *in vitro* и ингибированием репликации ВИЧ-1 у человека не установлено. Из-за различных ферментов-мишеней и, как предполагается, за счет активности энфувиртида в отношении ВИЧ-штаммов, устойчивых к другим классам противовирусных средств, ВИЧ-изоляты, устойчивые к энфувиртиду должны оставаться чувствительными к нуклеозидным ингибиторам обратной транскриптазы, нуклеозидным ингибиторам обратной транскриптазы и ингибиторам протеаз. Не следует смешивать с другими ЛС, за исключением поставляемого растворителя (вода для инъекций).

Передозировка. Сведений о передозировке нет. Максимальная введенная доза – 180 мг однократно п/к. Побочные действия, отличные от возникающих при введении рекомендованной дозы, не отмечены. Лечение: симптоматическое. Специфического антидота нет.

Резюме и дополнительные сведения. Данные об эффективности препарата у детей старше 3-х лет ограничены. Назначают только в комбинации с другими противоретровирусными ЛС. Пациенты с симптомами предположительной сис-

темной аллергической реакции должны прекратить лечение и немедленно пройти медицинское обследование. Не следует возобновлять лечение после возникновения системных реакций, возможно связанных с приемом препарата. Факторы риска, которые могут предопределять развитие или тяжесть аллергической реакции, не установлены. При терапии препаратом отмечена повышенная частота возникновения бактериальной пневмонии (6,6 пациентов с пневмонией по сравнению с 0,6 на 100 пациентов-лет в группах, получавших комбинированную терапию энфувиртидом и оптимизированную базовую противоретровирусную терапию и только оптимизированную базовую терапию, соответственно; в анализ включены бронхопневмония и связанные с ней явления), которая в ряде случаев была фатальной. Частота пневмонии при терапии энфувиртидом была сходной с таковой в общей популяции больных (литературные данные), но была меньше в контрольной группе. Связь пневмонии с терапией препаратом не установлена. Факторы риска для развития пневмонии включают низкое исходное количество CD4-лимфоцитов, высокую вирусную нагрузку, в/в введение ЛС, курение и заболевание легких в анамнезе. Необходимо тщательно контролировать появление симптомов инфекции, особенно если имеются факторы риска развития пневмонии.

Наиболее частыми побочными явлениями были реакции в месте введения (98%). Но отмена терапии потребовалась только у 4% пациентов. Подавляющее большинство местных реакций (85%) легкой и средней степени тяжести, наблюдается в течение первой недели лечения и не приводит к ограничению обычной деятельности. Степень тяжести болевого синдрома и дискомфорт при продолжении лечения не увеличиваются. Количество местных поражений, наблюдавшихся при запланированном посещении врача во время клинического исследования, составляло менее 5 у 72% пациентов с такими явлениями.

Введение препарата лицам, неинфицированным ВИЧ-1 (например, после проведения профилактики) может вызывать появление антиэнфувиртид антител, имеющих перекрестную реакцию с ВИЧ gp41, что может привести к ложноположительному ВИЧ-тесту при проведении ELISA-теста с ВИЧ-антителами.

Энфувиртид не оказывал тератогенного действия в исследованиях, проведенных на животных (крысы и кролики), в дозе в 8,9 раза превышающей терапевтическую для человека.

Исследования по применению препарата у беременных женщин не проводились. Применение во время беременности следует избегать, если только потенциальные преимущества терапии для матери не превышают возможный риск для плода. Неизвестно, выделяется ли препарат с грудным молоком у человека. Кормление

грудью следует прекратить до начала терапии, в т.ч. и во избежание передачи ВИЧ ребенку.

Энфувиртид не проявил мутагенных и класто-генных свойств в сериях анализов *in vivo* и *in vitro*; не оказывал влияния на фертильность у самцов и самок крыс в дозах, превосходящих в 0,7, 2,5 и 8,3 раза максимальную рекомендованную суточную дозу для человека и рассчитанных в мг/кг п/к. Не имеется доказательств влияния препарата на способность управлять автомобилем и работать с механизмами, однако необходимо принимать во внимание побочные действия, возникающие при введении препарата.

Разведенный препарат хранят в холодильнике (2–8°C) и используют в течение 24 ч. Перед введением готовый раствор из холодильника доводят до комнатной температуры (например, удерживая в руке в течение ~5 мин) и проверяют, полностью ли растворилось содержимое флакона. Восстановленный раствор не используют, если он содержит механические включения.

Код АТХ: J05AX07.

Торговые наименования, формы выпуска и производители. *Фузгон*, лиофилизат для приготовления раствора для подкожного введения 90 мг/мл, Ф. Хоффманн-Ля Рош Лтд Швейцария.

ЭФАВИРЕНЦ, ИФАВИРЕНЦ (EFAVIRENZ)

Фармакологический/химический класс АТХ. Противовирусное средство прямого действия – нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы.

Терапевтический класс АТХ. Противовирусное средство для системного применения.

Механизм действия. Нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы.

Фармакологические эффекты. Противовирусный, активен в отношении ВИЧ-1.

Фармакокинетика. Всасывание не зависит от приема пищи. Связь с белками крови – 99%. Биотрансформация в печени, системой Р450 (СУР3А4 и СУР2В6). Элиминация: почками 14–34% в виде метаболитов, ЖКТ – 16–64%. $T_{1/2}$ – 52–76 ч. Не создает терапевтических концентраций в СМЖ.

Показания к применению и дозирование.

- ВИЧ-инфекция в составе комбинированной терапии: взрослым – 600 мг 1 раз в день. Суточная доза для детей с массой тела 13–15 кг – 200 мг, 15–20 кг – 250 мг, 20–25 кг – 300 мг, 25–32,5 – 350 мг, 32,5–40 – 400 мг, более 40 кг – 600 мг. Для улучшения переносимости первые 2–4 нед. принимать перед сном.

- Химиопрофилактика заражения ВИЧ после контакта с зараженным ВИЧ-материалом (половые контакты с больным ВИЧ-инфекцией, уколы и порезы при работе с загрязненным ВИЧ-материалом, попадание этого материала на слизистые или поврежденную кожу).

Побочные эффекты.

- Депрессия.
- Психические нарушения – 52%, выраженные – 2,6%.
- Сыпь 27% у взрослых и 40% у детей, зуд.
- Гематурия, нефролитиаз.
- Увеличение уровня холестерина.

Передозировка. Клиника не описана. Гемодиализ не играет существенной роли.

Противопоказания. Гиперчувствительность, беременность, период кормления грудью, с осторожностью – печеночная и/или почечная недостаточность, алкоголизм, наркомания, энцефалопатия, детский возраст (до 3 лет), масса тела менее 13 кг.

Беременность. FDA категория С. Нарушает развитие плода. Не применять.

Кормление грудью. Нет сведений о проникновении в грудное молоко. Не применять.

Клинически значимые взаимодействия.

- Алкоголь, психоактивные вещества – усиление влияния на ЦНС.
- Астемизол, цизаприд – повышение риска развития аритмии.
- Кларитромицин – увеличение концентрации, следует найти альтернативу.
- Гормональные контрацептивы – изменение их концентрации, клиническое значение взаимодействия не выяснено.
- Индинавир – снижение его концентрации, при одновременном использовании доза – 1000 мг каждые 8 ч.
- Ритонавир – увеличение частоты побочных эффектов и гепатотоксичности.
- Саквинавир – снижение его концентрации, одновременно не применять.
- Мидазолам, триаололам – удлинение седативного эффекта.
- Фенобарбитал – значительное снижение концентрации эфавиренца.
- Рифабутин, рифампин – снижают концентрацию эфавиренца, одновременное назначение не рекомендуется.

Резюме и дополнительные сведения.

- Дополнительно не применять лекарственные препараты без назначения врача.
- При низкой приверженности к лечению возможно быстрое развитие резистентности к эфавиренцу.
- Пища не должна содержать большое количество жиров.
- Используется в составе комбинированной антиретровирусной терапии.

7 КИ с 1998 г.

Код АТХ: J05AG03.

Торговые наименования, формы выпуска и производители. *Стокрин*, капсулы 50 мг № 30, 100 мг № 30, 200 мг № 6, 200 мг № 90, Мерк Шарп и Доум Б.В. (Нидерланды).

ПРОТЕОЛИТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ IgG АНТИТЕЛ ИЗ КРОВИ БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ПРИОБРЕТЕННОГО ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА^{*,**}

© 2006 г. Е.С. Одинцова¹, М.А. Харитонов², А.Г. Барановский¹,
Л.П. Сизякина², В.Н. Бунева¹, Г.А. Невинский^{1***}

¹ *Институт химической и фундаментальной медицины СО РАН,
630090 Новосибирск, пр. Лаврентьева, 8; факс: (3832)333-677,
электронная почта: nevinisky@niboch.nsc.ru*

² *НИИ клинической иммунологии Ростовского государственного
медицинского университета, 344022 Ростов-на-Дону,
пер. Нахичеванский, 29*

Впервые проведен анализ протеолитической активности IgG антител (АТ) из крови больных СПИДом. Показано, что АТ проявляют особенно высокую активность к гидролизу β-казеина и в меньшей степени гидролизуют обратную транскриптазу ВИЧ (ОТ), а также человеческий сывороточный альбумин (ЧСА). Проведено выполнение ряда принятых в абзимологии критериев и показано, что способность гидролизовать ОТ, ЧСА и β-казеин является собственным свойством поликлональных АТ больных СПИДом. АТ, гидролизующие β-казеин, обнаружены у 95% больных СПИДом и являются сериноподобными протеазами. Установлено, что поликлональные протеазы-абзимы существенно отличаются от типичных протеаз человека по субстратной специфичности. Отмечено, что у разных больных АТ могут проявлять различные профили зависимости протеолитической активности от pH среды. Установлено, что продукты АТ-зависимого гидролиза β-казеина отличаются от таковых в случае трипсина, химотрипсина и протеиназы К.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: иммуноглобулины, природные абзимы, СПИД, протеолитическая активность.

Антитела (АТ) против стабильных аналогов переходных состояний, а также природные иммуноглобулины с каталитическими активностями названы абзимами и достаточно хорошо описаны в литературе [1–8]. За последние 15 лет абзимы с различными ферментативными активностями выделены из крови больных рядом аутоиммунных (АИ) заболеваний (АИЗ) [4–8]. Первым примером природных абзимов были IgG, выделенные из крови больных бронхиальной астмой, которые гидролизовали вазоактивный интестинальный пептид [9]. Затем в крови больных системной красной волчанкой (СКВ) были обнаружены IgG с ДНКазной [10] и РНКазной активностями [11–13]. Описаны также антитела IgG и/или IgM, гидролизующие ДНК, РНК [11, 14–17] и полисахариды [18, 19], выделенные из крови пациентов с различными АИЗ (СКВ [11], тиреодит Хашимото [20], полиартрит [16], рассеянный склероз [21–23], лимфопролиферативные заболевания [14], полиневриты, злокачественные опухоли [18, 19], а также два вирус-

ных заболевания: вирусный гепатит [17] и СПИД [15]).

Известны IgG больных АИЗ, которые гидролизуют аутоантигенные белки – тиреоглобулин (тиреоидит Хашимото и ревматоидный артрит) [24, 25], протромбин (множественная миелома) [26], белковый фактор VIII (гемофилия) [27] и основной белок миелина (рассеянный склероз; антитела IgG, IgM и IgA) [28–30].

В молоке здоровых рожениц были обнаружены sIgA с нуклеазной [7, 31, 32], АТразной [33, 34], протеинкиназной [35, 36] и полисахарид-гидролизующей [37] активностями. Согласно совокупности данных ряда работ во время беременности и особенно после начала лактации организм женщины временно характеризуется иммунным статусом, сходным с таковым для больных АИЗ ([38] и ссылки в ней). В то же время, согласно нашим данным, АТ из крови здоровых доноров, а также больных гриппом, пневмонией, туберкулезом, тонзиллитом, язвой 12-перстной кишки и некоторых онкобольных (раки матки, молочной железы, кишечника, протекающие без существенных нарушений иммунного статуса) не проявляли заметной каталитической активности [7, 38, 39].

СПИД – Вирусное заболевание, приводящее к дисфункции иммунной системы [40]. Выраженный иммунный ответ на компоненты вируса является важнейшим фактором, определяющим медленное развитие ВИЧ-инфекции до стадии СПИДа, приводящей к прогрессирующему сни-

Принятые сокращения: АТ – антитела, АИ – аутоиммунные, АИЗ – аутоиммунные заболевания, ВИЧ – вирус иммунодефицита человека, СКВ – системная красная волчанка, ОТ – обратная транскриптаза, ЧСА – человеческий сывороточный альбумин.

* Биохимия, 2006, том 71, вып. 3, с. 320–332.

** Первоначально английский вариант рукописи был опубликован на сайте «Biochemistry» (Moscow), Papers in Press, BM 05-155, 25.12.2005.

*** Адресат для корреспонденции и запросов оттисков.

жению числа Т-хелперов и их функциональной недостаточности. Активация В-лимфоцитов при ВИЧ-инфекции приводит к гипергаммаглобулинемии, появлению в сыворотке иммунных комплексов и ауто-АТ. Структурное сходство между консервативными участками молекул HLA классов I и II и вирусными гликопротеидами gp120 и gp41 может быть причиной появления ауто-АТ к HLA. Хотя системные АИ-реакции при ВИЧ-инфекции развиваются редко, отдельные АИ-нарушения (лимфопения, нейтропения, анемия и тромбоцитопения) лежат в основе клинических проявлений СПИДа. Чаще всего вырабатываются АТ к лимфоцитам, реже — к тромбоцитам и нейтрофилам. У ВИЧ-инфицированных выявлены также антинуклеарные АТ, антитела к кардиолипину, интерлейкину IL-2, молекулам CD4 и CD8 и некоторым сывороточным белкам: иммуноглобулином, тиреоглобулину [41]. После поликлональной активации лимфоцитов наступает их физический дефицит.

В данной работе проведено исследование протеолитической активности IgG антител из крови больных СПИДом.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выделение антител. IgG антитела были выделены из крови 110 больных в возрасте от 18 до 40 лет, из которых согласно классификации Центра по контролю и профилактике болезней 45 находились на стадии генерализованной лимфаденопатии, 65 — в стадии пре-СПИДа. Венозную кровь, отобранную у пациентов натощак, смешивали с 4%-ным цитратом натрия в соотношении цитрат/кровь 1 : 4. Полученную смесь выдерживали 3–5 ч и центрифугировали при 3000 г 15 мин. Для осаждения белков к 1 мл полученной плазмы крови добавляли равный объем 50 мМ Tris-HCl, pH 7,5, содержавшего 150 мМ NaCl и сульфат аммония, до 50%-ного насыщения. Осадок после 1 ч инкубации при 5° отделяли центрифугированием (12 000 г, 10 мин), растворяли в 1 мл буфера 50 мМ Tris-HCl, pH 7,5, содержавшего 150 мМ NaCl, и диализовали 12 ч против этого же буфера при 4°.

Диализованную фракцию суммарных белков крови центрифугировали, и супернатант наносили на колонку с Protein A-Sepharose (1 мл), уравновешенную буфером А (50 мМ Tris-HCl, pH 7,5, 150 мМ NaCl). Белки, не взаимодействующие с сорбентом, отмывали тем же буфером до полного исчезновения поглощения при 280 нм. Неспецифически адсорбированные белки и липиды элюировали буфером А, содержавшим 1%-ный Triton X-100, и колонку промывали 50 мМ Tris-HCl-буфером, pH 7,5, содержавшим 0,3 М NaCl. Суммарную фракцию АТ, содержащую IgG, IgA и IgM, элюировали 0,1 М глицин-HCl, pH 2,6, и сразу после выхода с колонки фракции АТ нейтрализовали 1,5 М Tris-HCl, pH 8,0. АТ диализо-

вали против буфера А.

Разделение IgG, IgA и IgM проводили с помощью высокоэффективной гель-фильтрации на колонке Superdex 200 HR 10/30 (100 × 300 мм) (хроматограф Sprint Biocad, «Pharmacia», Швеция), уравновешенной 20 мМ Tris-HCl, pH 7,5, содержавшим 0,3 М KCl. Перед FPLC гель-фильтрацией для диссоциации комплексов 250 мкл раствора АТ (~1 мг/мл) смешивали с 83 мкл 3 М MgCl₂ и 166 мкл 3 М NaCl, выдерживали 30 мин, центрифугировали (10 мин, 10 000 г). Перед нанесением образца на колонку наносили 2 мл буфера, содержавшего 0,5 М MgCl₂ и 1 М NaCl, а затем раствор АТ. Элюцию проводили 20 мМ Tris-HCl, pH 7,5 (0,2 мл/мин). Использование инкубации АТ с солями высоких концентраций обеспечивало эффективное разделение белков.

Дополнительную очистку АТ проводили с помощью аффинной хроматографии на колонке с казеин-сефарозой (1 мл, 5 мг казеина на 1 мл смолы). АТ (1,5 мг) наносили на колонку, уравновешенную 50 мМ Tris-HCl-буфером, pH 7,5, или этим же буфером, содержавшим 0,1 М KCl, и Ig элюировали градиентом KCl (0–1 М) в этом же буфере.

Выделение казеина из молока человека. Частично очищенный казеин получали из молока рожениц следующим образом. Молоко (0,5 л) центрифугировали 40 мин при 8000 г, супернатант отбирали и диализовали против 300 мМ NaOAc, pH 3–4, в течение ночи (6°) [35]. Затем осадок отделяли центрифугированием (40 мин при 10 000 г), промывали 0,3 М NaOAc, pH 3–4 и центрифугировали (15 мин при 7000 г). Полученный осадок растворяли в 50 мМ NaOH, содержавшем 1,5 М NaCl. Высокоочищенные препараты казеина получали высокоэффективной гель-фильтрацией на колонке с Superdex-75, уравновешенной тем же буфером. Фракции, соответствующие казеину, концентрировали с помощью Centricon YM-10 (1000 г, 4°) до конечной концентрации 1–2 мг/мл.

Электрофоретический и иммунологический анализ белков. Электрофоретический анализ белков проводили методом Лэммли [42] в 4–15%-ном градиентном или 12,5%-ном обычном ПААГ. Белки инкубировали в 50 мМ Tris-HCl, pH 6,8, содержавшем 2%-ный Ds-Na, 10%-ный глицерин и 0,025%-ный бромфеноловый синий, 1 мин при 100° и наносили на гель. Электрофорез проводили 3–4 ч при силе тока 15–20 мА. Белки окрашивали AgNO₃ [43] либо кумасси R-250 [44].

При анализе АТ с помощью иммуноблоттинга после электрофореза осуществляли блот-перенос белков на нитроцеллюлозную мембрану, АТ окрашивали с помощью конъюгата специфических АТ с пероксидазой хрена [45]. Контрольную нитроцеллюлозную мембрану промывали 3 раза водой и окрашивали с помощью следующей смеси: 20 мл свежеприготовленного раствора, содержавшего 550 мг цитрата натрия, 190 мг FeSO₄, 40 мг AgNO₃ (чувствительность метода 50–100 нг/мм²).

Определение протеолитической и ДНКазной активностей антител. Реакционная смесь (20 мкл) содержала 20 мМ Tris-HCl, pH 7,5, 0,1 мг/мл казеина (или 0,1–0,3 мг/мл другого белка) и 0,05–0,2 мг/мл АТ. В качестве альтернативных субстратов использовали: α -лактальбумин, альбумин, лактоферрин, лизоцим – белки человека, а также казеин, α -лактальбумин коров, ОТ ВИЧ-1 и ряд других белков. Оптимальное значение pH в реакции гидролиза казеина определяли с использованием буферов (20 мМ) Mes-NaOH (pH 4,5, 5,0, 5,5, 6,0, 6,5, 7,0) и Tris-HCl (pH 7,5, 8,0, 8,5, 9,0).

В некоторых экспериментах использовали классические ингибиторы протеаз: 0,01–0,1 М ЭДТА, 1,5 мМ PMSF и 4 мМ йодацетамид, 1 мкМ пепстатин А, 50 мкМ лейпептин и 100–150 мкМ AEBSF. АТ инкубировали с ингибиторами в указанной концентрации 30 мин при комнатной температуре, затем добавляли их в реакционную смесь.

Все реакционные смеси инкубировали 1–16 ч при 35°, и продукты реакции анализировали с помощью Ds-Na-электрофореза в ПААГ. Глубину протекания реакций оценивали по убыли белкового субстрата в исходной полосе в опыте по сравнению с контролем (инкубация белка без АТ) с помощью компьютерной программы Gel-Pro Analyzer, версия 9.11.

При подборе условий гидролиза (особенно в случае низкоэффективного расщепления белковых субстратов) проводили анализ образования продуктов во времени. Статистическая достоверность тестирования гидролиза белков в наших экспериментах составляла ± 4 –5%. В случае низкого процента гидролиза (на 4–10%) эффективность расщепления субстрата оценивали по соотношению белка в полосках, соответствовавших исходному субстрату и образовавшимся продуктам. Кроме того, для более точного определения процента убыли исходного субстрата при низкоэффективном гидролизе белков время инкубации смеси увеличивали до 48–60 ч. Полученный процент гидролиза за 48–60 ч нормировали на стандартное время инкубации (16 ч). Оба описанных выше метода определения эффективности в случае слабого гидролиза белков с учетом ошибки эксперимента приводили к одинаковым результатам.

ДНК-Гидролизующую активность АТ определяли с помощью электрофореза плазмидной ДНК в 1%-ном агарозном геле с последующей окраской продуктов гидролиза бромистым этидием и сканированием фотографий геля [11–13].

Гидролиз казеина классическими протеазами. Реакционная смесь (10–20 мкл) содержала 20 мМ Tris-HCl, pH 7,5, 6,2 мкг/мл казеина и одну из классических протеаз специально подобранной оптимальной концентрации: 0,32 мкг/мл трипсина, 0,064 мкг/мл химотрипсина или 0,1 мкг/мл протеиназы К. Реакцию проводили 10–15 мин при 30°, после чего продукты реакции анализи-

ровали с помощью Ds-Na-электрофореза в 12,5%-ном ПААГ с последующим окрашиванием серебром.

Тестирование казеингидролизующей активности АТ после электрофореза. После разделения белков с помощью Ds-Na-электрофореза в 4–15%-ном градиентном ПААГ гель контрольной дорожки отделяли и окрашивали раствором кумасси R-250. Гель опытной дорожки отмывали 1 ч от Ds-Na 4 М раствором мочевины и водой (10 раз по 5–7 мин). Сравнение окраски геля до и после такой обработки свидетельствовало в пользу того, что в процессе быстрой промывки геля водой существенной элюции белка из геля не происходило. Затем продольную полоску геля разрезали на фрагменты длиной 2–3 мм. Для элюции белков из геля, а также для ренатурации их активности гель разрушали до очень мелких кусочков и инкубировали в 20 мМ Tris-HCl-буфере, pH 7,5, содержащем 5 мМ MgCl₂, 1 мМ ЭДТА, в течение 24–48 ч при 4°. После продолжительной инкубации и периодического встряхивания на шейкере смеси мелких кусочков геля с буфером наблюдалась эффективная элюция белка; гель удаляли центрифугированием (10 мин при 20 000 g), а супернатант использовали для определения каталитической активности, как описано выше.

Реактивы и материалы. ОТ ВИЧ-1 получена согласно [46]. В работе использовали акриламид, N,N'-метиленбисакриламид, глицин, ЭДТА, Triton X-100, лизоцим человека («Merck», Швеция), бромфеноловый синий, BrCN-сефарозу, Sephadex-G25 («Pharmacia», Швеция), ТЕМЕД, Ds-Na, бромистый этидий, человеческие α -лактальбумин, сывороточный альбумин, казеин коров («Sigma», США), дитиотреитол (ДТТ), агарозу («Serva», Германия), Tris («Helicon», Россия), колонки Superdex-200 и -75 («Pharmacia Biotech», Швеция), QIAGEN («QIAGEN Inc», США). Остальные реактивы были квалификации ос. ч.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Выделение антител IgG. Его проводили аффинной хроматографией белков крови здоровых доноров и пациентов со СПИДом на Protein A-Sepharose в условиях разрушения неспецифических комплексов. Как показано нами ранее [47–54] и подтверждено в данной работе, при использовании оптимальных условий выделения Ig согласно данным Ds-Na-электрофореза после Protein A-Sepharose полученные препараты содержат только АТ (примеси каких-либо других белков в них отсутствуют). Разделение IgG, IgM и IgA проводили с помощью высокоэффективной гель-фильтрации. Полученные препараты IgG были электрофоретически и иммунологически гомогенными согласно окраске белков серебром и иммуноблоттингу после их Ds-Na-электрофореза (рис. 1). После всех ста-

дий очистки АТ были каталитически активными в реакции гидролиза в основном β -казеина и в меньшей степени ОТ и ЧСА. Показано, что эти активности поликлональных АТ являются собственным свойством IgG и что препараты АТ, полученные, как описано выше, могут быть использованы для оценки их относительной протеолитической активности без дополнительной очистки.

Поскольку казеингидролизующая активность проанализированных в начале работы в случае 10 препаратов АТ была самой высокой по сравнению с другими активностями этих препаратов (гидролизом ОТ и альбумина) нами проведено сравнение относительного уровня этой активности препаратов АТ, выделенных из крови 110 больных СПИДом и 20 здоровых доноров. Показано, что АТ из крови 20 здоровых доноров тестируемой активностью в гидролизе β -казеина не обладают. Достоверно тестируемая казеингидролизующая активность была выявлена у 105 (95%) из 110 больных СПИДом. Однако относительный уровень АТ-зависимого гидролиза казеина очень сильно варьировал у пациентов. После 16 ч инкубации казеина с IgG уменьшение количества белка в исходной полосе ка-

зеина составляло 5–20% для 10% препаратов IgG; 22,7% препаратов гидролизовали казеин на 41–60%; 18,2% – на 61–80% и самую высокую активность (81–100%) проявляли 22,7% препаратов АТ.

Интересно, что у больных на стадии генерализованной лимфаденопатии некоторые препараты IgG-абзимов в использованных условиях обладали особенно высокой протеолитической активностью (до 86,7%), но в среднем она составляла $53,6 \pm 22,6\%$. При развитии заболевания (стадия пре-СПИДа) больных, кровь которых содержала IgG-абзимы с достоверно тестируемой активностью, было больше (~100%). Среднее значение относительной казеингидролизующей активности практически не изменялось ($51,5 \pm 25,9\%$), но было меньше больных с самыми высокими значениями каталитической активности.

Доказательства принадлежности каталитической активности АТ. Доказательство принадлежности каталитической активности непосредственно антителам обычно основывается на проверке большого числа достаточно жестких критериев, которые детально проанализированы в монографии [6]. Одним из них является гомогенность препаратов АТ по данным электрофореза с последующей окраской белков серебром (рис. 1). Кроме того, было показано, что IgG количественно сорбируются на анти-L-IgG-сефарозе и затем элюируются с сорбента кислым буфером (рН 2,6); профили протеазной активности в случае всех трех белковых субстратов (ОТ, ЧСА и казеина) совпадают с белковым профилем АТ (рис. 2, а).

Следует отметить, что среди используемых в настоящее время критериев есть такие, выполнение которых практически однозначно свидетельствует о принадлежности активности непосредственно АТ, а не каким-либо примесям. К таким критериям в первую очередь относится обнаружение активности у АТ после разделения белков с помощью Ds-Na-электрофореза в геле [4, 6, 7, 31, 32, 39, 55]. Как показано нами ранее, при выполнении этого наиболее жесткого критерия остальные (менее жесткие) также выполняются [4, 6, 7].

Как видно из рис. 2, б, белковая полоса, обладающая казеин-, ОТ- и ЧСА-гидролизующими активностями, соответствует IgG крови больных СПИДом. Известно, что Ds-Na-электрофорез – один из самых жестких методов разрушения нековалентных комплексов. Отсутствие протеазной активности и других белковых полос после Ds-Na-электрофореза свидетельствует о том, что все три протеолитические активности являются собственным свойством IgG и не обусловлены примесями сывороточных протеаз.

Для исследования субстратной специфичности поликлональных IgG крови больных СПИДом в качестве возможных белков-субстра-

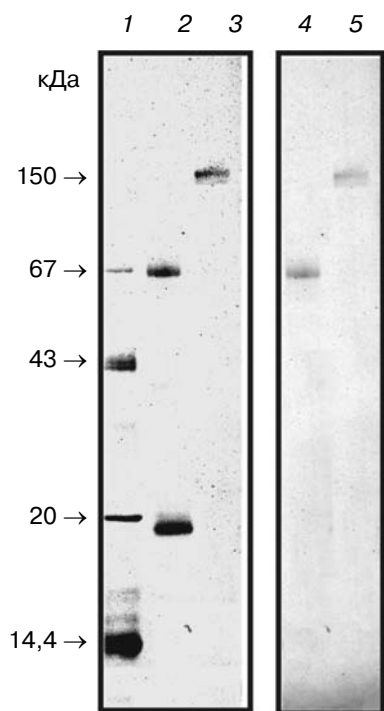


Рис. 1. Анализ гомогенности препаратов IgG из крови больных СПИДом с помощью Ds-Na-электрофореза 4–15%-ным градиентом ПААГ (дорожки 2 и 3 – IgG после и до инкубации с 10 мМ (ДТТ) соответственно (белок окрашен серебром)) и анализ АТ с помощью иммуноблоттинга с использованием конъюгата пероксидазы хрена с мышинными АТ против тяжелой цепи IgG человека (дорожки 4 и 5 – АТ после и до обработки 10 мМ ДТТ соответственно). Дорожка 1 – белковые маркеры молекулярной массы

тов использовали различные индивидуальные белки молока и сыворотки крови человека, животных, а также ОТ ВИЧ. Для анализа субстратной специфичности использовали десять препаратов абзимов от различных больных. Одни и те же препараты IgG эффективно гидролизуют ОТ, ЧСА и β -казеины молока человека и коровы. На рис. 3 приведены данные по гидролизу некоторых белков одним из десяти препаратов IgG в условиях, когда ОТ и ЧСА гидролизуются почти полностью (~100%) до коротких олигопептидов, а β -казеин крупного рогатого скота (в норме представлен двумя белковыми полосами) и β -казеин человека в несколько меньшей сте-

пени. В то же время ни один из препаратов IgG за 16–48 ч не гидролизует с заметной скоростью в этих условиях другие белки человека: α -лактальбумин, лактоферрин, лизоцим, а также α -лактальбумин коров (например, рис. 3). Не было обнаружено также заметного гидролиза белков, используемых в качестве стандартных маркеров молекулярных масс при Ds-Na-электрофорезе (α -макроглобулин, β -галактозидаза, трансферрин, глутаминдегидрогеназа, фосфоорилаза В, овальбумин и карбоангидраза).

Следует подчеркнуть, что относительная скорость гидролиза трех с максимальной скоростью гидролизующихся белков-субстратов варьировала у разных препаратов, но большая часть проанализированных препаратов IgG гидролизовала с большей скоростью β -казеин, чем ОТ или ЧСА. Данные для одного из препаратов IgG с умеренной протеолитической активностью, приведенные ниже, характеризуют наиболее типичную ситуацию по относительной активности большей части препаратов АТ в гидролизе различных белковых субстратов (казеин человека, ОТ, ЧСА – соответственно ~50, ~34 и ~36%).

Известно, что различные протеазы человека используют в качестве субстратов любые белки. Недавно нами было показано, что антитела sIgA молока здоровых рожениц специфически гидролизуют только казеины человеческого и коровьего молока, но не гидролизуют ЧСА, ОТ ВИЧ или другие белки [56]. Таким образом, субстратная специфичность абзимов крови больных СПИДом отличается от таковой для классических протеаз и для абзимов sIgA молока.

Следует отметить, что отсутствие достоверно тестируемого гидролиза некоторых контрольных белков, по-видимому, не может однозначно свидетельствовать о том, что у больных СПИДом в принципе не может нарабатываться абзимов, способных гидролизовать некоторые из этих белков. Не исключено, что увеличение числа проанализированных препаратов АТ, а также обогащение фракции поликлональных антител хроматографией на сорбентах с иммобилизованными белками может привести к получению небольших субфракций абзимов, эффективно гидролизующих эти белки. Тем не менее при анализе нефракционированных поликлональных IgG больных СПИДом установлено, что наибольшей активностью обладают абзимы, направленные на специфический гидролиз β -казеина, ОТ и ЧСА.

Анализ сродства антител IgG к казеину. Природные абзимы являются поликлональными АТ, представляющими собой набор моноклональных АТ к различным антигенам, которые иногда можно разделить на отдельные субфракции при хроматографии на аффинных сорбентах по сродству к соответствующему субстрату [31, 32, 34, 35, 39, 47, 57]. При аффинной хроматографии гомогенных препаратов IgG на колонке, уравновешенной 50 мМ Tris-HCl-буфером, как в

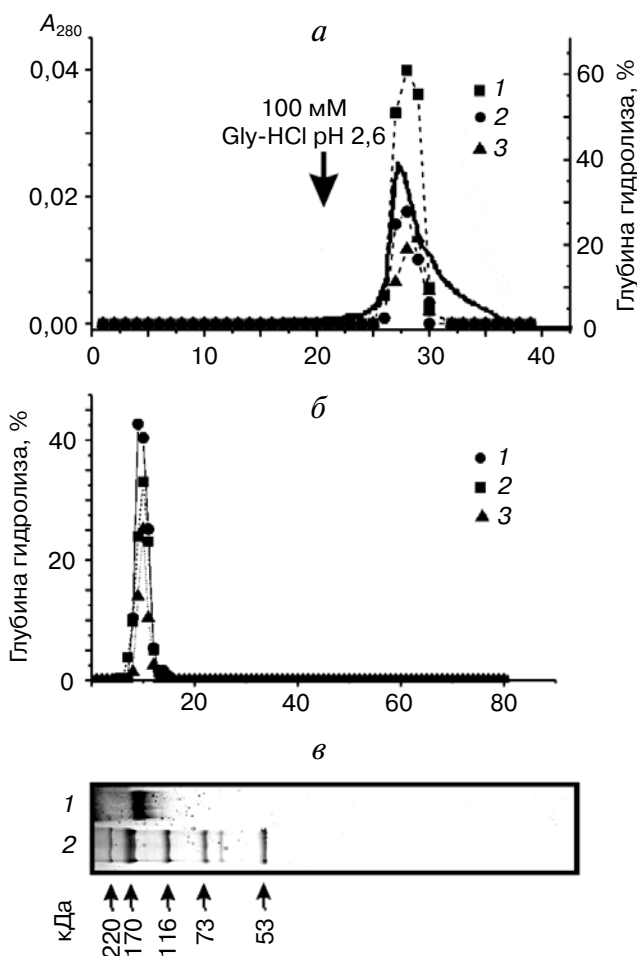


Рис. 2. *a* – Аффинная хроматография препарата IgG из крови больного СПИДом на колонке с анти-IgG-сефарозой (показана относительная эффективность гидролиза, %). 1 – β -Казеин, 2 – ОТ, 3 – ЧСА. *б* – Анализ каталитической активности IgG сыворотки крови больных СПИДом после Ds-Na-электрофореза в ПААГ. Продольная дорожка геля была разрезана на фрагменты 2–3 мм. С помощью элюатов, соответствующих этим фрагментам, с учетом исходного количества белка, инкубированного без элюата, была определена относительная глубина гидролиза (%) анализируемого белка (100%). 1 – β -Казеин, 2 – ОТ, 3 – ЧСА. *в* – Положение белковой полосы IgG после электрофореза (дорожка 1) определяли по окраске геля Coomassie R-250. Дорожка 2 – маркеры молекулярных масс белков

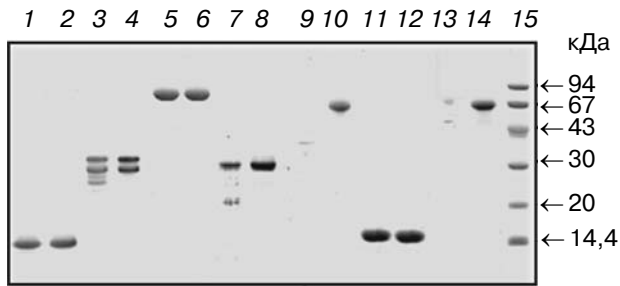


Рис. 3. Ds-Na-Электрофоретический анализ IgG-зависимого гидролиза различных белков. 1 и 2 – α -лактоальбумин, 3 и 4 – казеин молока коровы, 5 и 6 – лактоферрин человека, 7 и 8 – казеин молока человека, 9 и 10 – ревертаза ВИЧ-1, 11 и 12 – лизоцим человека, 13 и 14 – человеческий сывороточный альбумин (нечетные дорожки – в присутствии, а четные – в отсутствие AT), 15 – маркеры молекулярных масс белков

случае двух здоровых доноров, так и в случае пяти больных СПИДом связывалось в зависимости от индивида от $30 \pm 3\%$ до $46 \pm 4\%$ всего пула поликлональных АТ. Это свидетельствовало о выраженном неспецифическом взаимодействии казеина с различными моноклонами IgG в отсутствие соли. С учетом этого мы провели хроматографию АТ на колонке, уравновешенной буфером, содержащим 0,1 М КСl. Данные аффинной хроматографии одного из препаратов IgG (эквимоллярная смесь АТ от пяти больных СПИДом) на казеин-сефарозе (рис. 4) свидетельствуют о том, что $\sim 5\%$ гомогенного препарата IgG имеет повышенное сродство к иммобилизованному казеину. В случае эквимоллярной смеси IgG от пяти здоровых доноров достоверно тестируемого количества АТ, взаимодействующих с сорбентом, не обнаружено (данные не приведены).

Интересно, что обе фракции АТ, взаимодействующая и не взаимодействующая с иммобилизованным казеином, проявляли активность в гидролизе казеина (рис. 4), что свидетельствует о гетерогенности пула природных абзимов по сродству к казеину. Это согласуется с нашими данными о чрезвычайной гетерогенности по сродству к субстратам абзимов с ДНКазной [27], РНКазной [11, 12], АТразной [34], амилолитической [21, 37] и другими активностями [58, 59]. При аффинной хроматографии на сорбентах с иммобилизованными субстратами эти абзимы могут разделяться на несколько пиков, включая субфракции АТ, которые в силу низкого сродства элюируются при нанесении. Кроме того, у больных с АИЗ в зависимости от индивида может формироваться относительно узкий или достаточно обширный репертуар поликлональных абзимов, которые могут содержать легкие цепи как κ -, так λ -типа, проявлять максимальную активность при различных рН, иметь различный суммарный заряд, характеризоваться

разным сродством к субстратам, различной зависимостью активности от ионов одно- и двухвалентных металлов и т.д. [4, 16, 23, 34, 47–50, 52, 53]. Таким разнообразием свойств АТ может определяться их различное поведение при аффинной хроматографии на сорбентах с иммобилизованными субстратами.

Интересно, что как первый, так и второй пики Ig (I и II на рис. 4), содержат небольшие субфракции АТ с каталитической активностью. Приведенным на рис. 4 пикам I и II АТ соответствуют 62 и 38% общей активности IgG в гидролизе казеина. Гетерогенность АТ абзимов по сродству к казеин-сефарозе может быть следствием ряда причин. Во-первых, с теоретической точки зрения иммунная система высших организмов может вырабатывать на один и тот же антиген до 10^6 различных вариантов антител. Кроме того, продукты гидролиза β -казеина молока человека и коровы влияют на многие биологические функции организма человека, включая антимикробные, пробиотические, иммунорегуляторные функции, а также метаболизм [60–63]. Это указывает на возможность взаимодействия β -казеина с большим числом различных компонентов клеток и крови человека. Например, известно, что некоторые АТ являются полиреактивными и с тем или иным сродством могут взаимодействовать с различными лигандами, включая нуклеиновые кислоты и различные белки [31, 32, 34, 35, 39, 47, 57, 64, 65]. Как следует из ряда работ, обычно доля абзимов какой-либо специфичности в крови больных АИЗ составляет 1–5% общего количества Ig крови [5–7], что в целом согласуется с данными по сорбции IgG на колонке с иммобилизо-

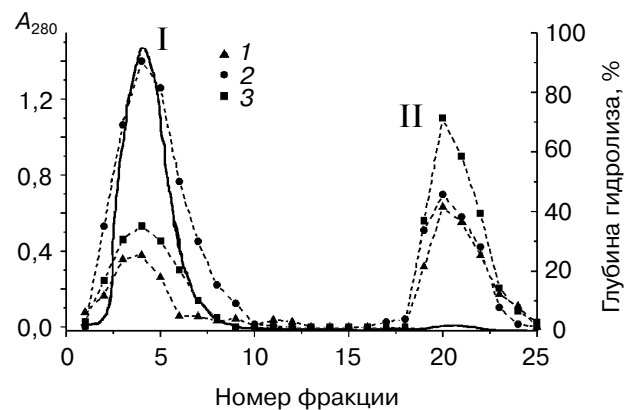


Рис. 4. Профиль аффинной хроматографии препарата IgG (эквимоллярная смесь препаратов от пяти больных) сыворотки больного СПИДом на казеин-сефарозе. Сплошная кривая – оптическая плотность при 280 нм. Относительная активность АТ-зависимого гидролиза. 1 – ОТ, 2 – плазмидная ДНК и 3 – β -казеин. Глубина гидролиза выражена в процентах количества белка или ДНК в исходной полосе (100%), соответствующей субстрату, инкубированному в отсутствие АТ. I и II – пики IgG

ваным казеином в присутствии соли. Тем не менее нельзя было исключить, что часть адсорбированных казеин-сефарозой АТ взаимодействует с казеином неспецифическим образом или за счет их полиреактивности. Чтобы проверить это предположение, был проведен анализ активности АТ в гидролизе ДНК и ОТ (рис. 4). Как видно из рис. 4, основная часть абзимов с ДНКазной активностью (~71%) элюировалась при нанесении IgG на колонку. Тем не менее АТ второго пика (~28%) также обладали ДНКазной активностью (рис. 4). Субфракции абзимов, активные в гидролизе ОТ, распределялись между первым и вторым пиками в соотношении 38 и 62% (рис. 4). Эти данные, по-видимому, указывают на то, что β -казеин может каким-то образом взаимодействовать с АТ, имеющими сродство к ДНК, ОТ ВИЧ, а возможно, и к другим белкам крови человека. Не исключено, что такое взаимодействие реализуется в связи с полиспецифичностью АТ, нарабатываемых при СПИДе. В целом эти данные свидетельствуют о том, что часть АТ, имеющих сродство к казеин-сефарозе, скорее всего, не являются АТ против этого белка.

Определение типа протеолитической активности антител. Как известно, в организмах высших эукариот присутствуют сериновые, тирозиновые, кислые протеазы, а также металлопротеазы. Все обнаруженные до сих пор абзимы с протеолитической активностью [24–27] являются протеазами серинового типа. Недавно в крови больных рассеянным склерозом нами обнаружен первый пример антител IgG с активностью металлопротеаз. Активность этих АТ селективно подавляется ЭДТА, и они активируются ионами нескольких металлов (Ni^{2+} , Cu^{2+} , Fe^{2+} , Mn^{2+} , Mg^{2+}) [28–30].

Для определения типа казеин-гидролизующей активности IgG крови больных СПИДом проведен анализ влияния на их активность следующих специфических ингибиторов протеаз: ЭДТА (металлопротеазы), йодацетамида (тирозиновые протеазы), АЕBSF (сериновые протеазы). В работе также использованы пептидные ингибиторы: пепстатин А (конкурентный ингибитор кислых протеаз) и лейпептин (селективный необратимый ингибитор трипсиноподобных протеаз и цистеиновых протеаз). Ds-Na-Электрофоретический анализ продуктов IgG-зависимого гидролиза (рис. 5) показал, что йодацетамид, пепстатин А и ЭДТА не подавляют заметно активностей исследуемых АТ. За время реакции (16 ч) β -казеин гидролизировался до коротких пептидов. Согласно убыли белкового материала в исходной полосе казеина лейпептин ингибировал реакцию гидролиза казеина на ~30%. Добавление в реакционную смесь АЕBSF (рис. 5, дорожки 3, 4) приводило к 90%-ному ингибированию реакции гидролиза казеина АТ крови больных СПИДом. Полученные данные свидетельствовали о том, что казеин-гидролизующие IgG

больных СПИДом, как и большая часть ранее открытых протеолитических абзимов [24–27], являются протеазами серинового типа.

Определение оптимума pH реакции гидролиза казеина. Известно, что все классические протеазы имеют один четко выраженный оптимум pH. В то же время поликлональные АТ могут содержать очень большое число различных моноклональных абзимов, которые гидролизуют ДНК [27], РНК [11, 12], АТР [34] и полисахариды [21, 37] при различных pH. Это приводит к тому, что в зависимости от пациента и его АИЗ, а также стадии развития патологии поликлональные АТ могут проявлять от одного до нескольких выраженных оптимумов pH. У некоторых больных при продолжительном течении АИЗ репертуар абзимов настолько широк, что они гидролизуют ДНК и РНК примерно с одинаковой скоростью при pH 5,5–9,5 [11, 12, 23].

Мы исследовали pH-зависимости казеин-гидролизующей активности АТ крови больных СПИДом, используя четыре препарата IgG с различными уровнями активности. Как видно из рис. 6, все четыре препарата демонстрируют абсолютно разные pH-зависимости, и ни в одном случае нет только одного четко выраженного оптимума pH. Тем не менее для всех четырех препаратов АТ наблюдается высокий уровень гидролиза при pH 8,0–9,0, а для трех из них наблюдается тенденция к повышению гидролиза при pH 6,0–7,5. Полученные данные свидетельствуют о разной выраженности гетерогенности пула IgG крови больных СПИДом с казеингидролизующей активностью.

Анализ продуктов IgG-зависимого гидролиза казеина. Проведено исследование продуктов гидролиза казеина с помощью IgG из крови больных СПИДом и различных протеаз. На рис. 7

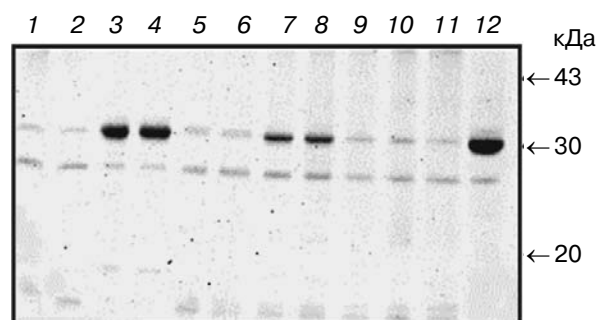


Рис. 5. Ds-Na-Электрофоретический анализ в 12,5%-ном ПААГ продуктов гидролиза β -казеина до и после обработки АТ сыворотки крови больных СПИДом ингибиторами протеаз. 1 и 2 – ЭДТА, 3 и 4 – АЕBSF, 5 и 6 – йодацетамид, 7 и 8 – лейпептин, 9 и 10 – пепстатин А (каждая нечетная и четная дорожки соответствуют препаратам АТ от двух больных), 11 – АТ + казеин в отсутствие ингибитора, 12 – β -казеин, инкубированный без АТ. Справа показано положение маркеров молекулярных масс белков

приведены данные по гидролизу исходного [^{32}P]казеина (дорожка 9) с помощью контрольного препарата sIgA из молока (дорожки 1–3), трипсина (дорожки 4 и 5), протеиназы К (дорожки 6 и 7) и химотрипсина (дорожка 8). В случае абзимов sIgA из молока человека обнаружено образование ~11 детектируемых ^{32}P -меченных полипептидов с кажущимися молекулярными массами 27,4, 25,4, 22,5, 21,5, 20,1, 18,8, 13,9, 12,9, 12,0, 10,7, 9,8 (дорожки 1–3). Интересно, что продукты гидролиза казеина с молекулярными массами от 28 до 12 кДа в случае трипсина (27,1, 24,8, 19,2, 15,9, 12,4 и 11,7 кДа), химотрипсина (24,0, 26,7, 16,8 и 15,1 кДа) и протеиназы К (24,0, 26,7, 16,8 и 15,1 кДа) не совпадают с таковыми для молочных абзимов sIgA (рис. 7, а). Кроме того, sIgA-зависимый гидролиз β -казеина приводит к накоплению [^{32}P]полипептидов с молекулярными массами 9,8 и 10,7 кДа (дорожки 1–3), в то время как в случае использованных протеаз накопления таких полипептидов не наблюдается (дорожки 4–8).

Особенно интересна ситуация в случае антител IgG из крови больных СПИДом. Паттерны гидролиза казеина в случае трех различных препаратов АТ совершенно разные (рис. 7, б). На основании данных большого числа экспериментов по гидролизу казеина (окраска серебром) и [^{32}P]казеина этими препаратами IgG рассчитаны кажущиеся молекулярные массы образующихся полипептидов. В первом случае наблюдается образование в основном семи полипептидов с кажущимися молекулярными массами 22,4, 20,5, 16,3, 14,4, 13,0, 8,7 и 7,6 кДа (дорожка 2), во втором – шести полипептидов (25,7, 19,7, 18,3, 14,5, 12,5, 7,6 кДа (дорожки 3 и 4)), а в третьем – четырех полипептидов (15,5, 13,2, 10,3 и 7,6 кДа (дорожка 5)). Эти продукты АТ-зависимого гидролиза полностью не совпадают с таковыми для использованных протеаз, а также для контрольных препаратов sIgA из молока человека (рис 7).

Следует отметить, что все исследованные препараты sIgA из молока человека демонстрировали одинаковые паттерны гидролиза β -казеина [56]. В то же время IgG из крови исследованных больных СПИДом демонстрировали три типа различных паттернов гидролиза казеина, которые отличались от таковых для АТ из молока человека. Так, в случае препаратов 2 и 3 (дорожки 4 и 5) полностью отсутствовала полоса с молекулярной массой 22,4 кДа. В случае препарата 3 не было обнаружено мажорных полипептидных полос с молекулярными массами от 22,4, до 16,3 кДа даже при низком уровне гидролиза казеина (данные не приведены). Общим для всех трех препаратов АТ был полипептид с молекулярной массой 7,6 кДа. Однако подвижность этого полипептида слишком высокая и в использованных условиях электрофореза соответствует по подвижности большому числу различных коротких полипептидов. Скорее всего, в этой зоне геля (7,6 кДа) могут находиться поли-

пептиды с различными молекулярными массами, но их эффективного разделения не происходит.

Особенностью продуктов гидролиза казеина IgG из крови больных СПИДом (рис. 7, б) по сравнению с АТ молока (рис. 7, а) является некоторая «размытость» полипептидных полос. Это может быть связано с тем, что поликлональные sIgA молока в случае каждого донора кроме мажорной фракции абзимов могут содержать минорные субфракции АТ, которые гидролизуют казеин по иным аминокислотным последовательностям, чем мажорная фракция. Этим может обуславливаться появление других близких по молекулярной массе полипептидов и, как следствие, некоторой размытости полос. Интересно, что для пяти исследованных препаратов IgG от других больных СПИДом паттерны гидролиза казеина были сопоставимы с тремя описанными выше или были их определенно рода суперпозицией. Полученные данные свидетельствуют о возможности существенных различий в наработке казеингидролизующих абзимов в организме здоровых рожениц и больных СПИДом.

Следует отметить, что установление точных молекулярных масс АТ- и протеазозависимого гидролиза казеина и, как следствие, аминокислотных последовательностей, по которым происходит расщепление белка, в настоящее время затруднено. Это связано с тем, что согласно первичной структуре β -казеин молока человека содержит 212 аминокислотных остатков и должен иметь молекулярную массу ~24 кДа [34]. Однако по неизвестной причине кажущаяся электрофоретическая подвижность казеина при Ds-Na-электрофорезе соответствует кажущейся моле-

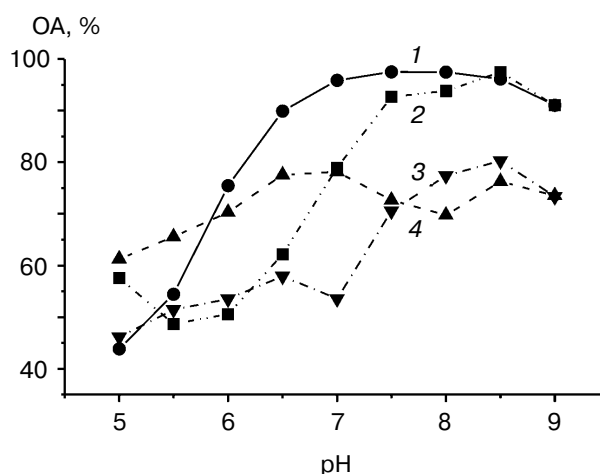


Рис. 6. Зависимости относительной каталитической активности (ОА) препаратов IgG из сыворотки крови четырех больных СПИДом (1–4) в гидролизе казеина от рН реакционной смеси. Глубина протекания реакции выражена в процентах количества белка в исходной полосе β -казеина (100%), инкубированного без АТ

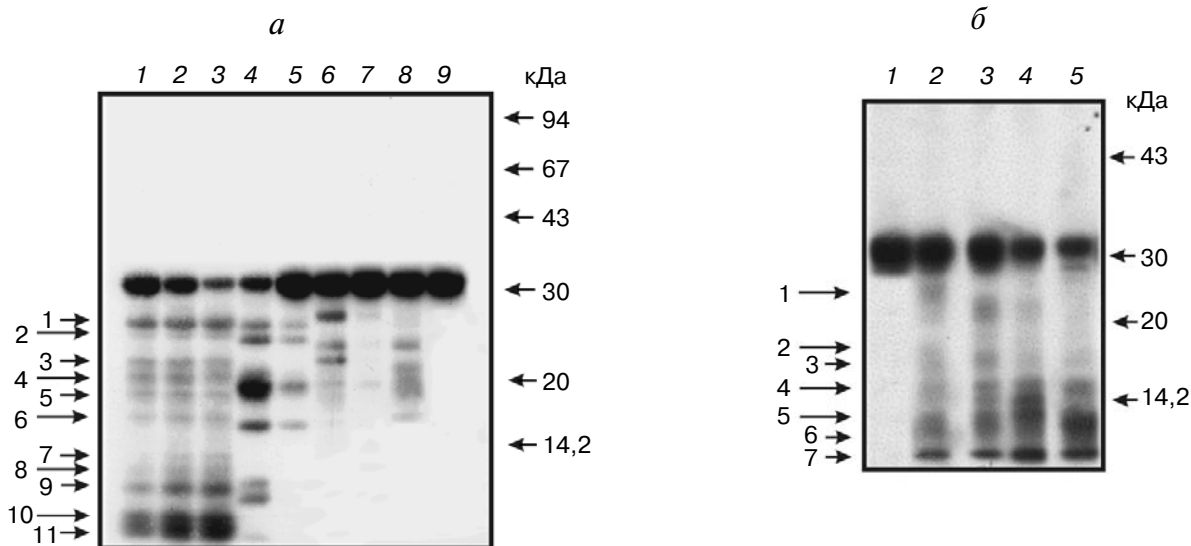


Рис. 7. Ds-Na-Электрофоретический анализ (радиоавтограф) продуктов гидролиза β -казеина некоторыми протеазами и sIgA молока здоровых рожениц (*a*), а также IgG крови больных СПИДом (*б*). *a* – Дорожки 1–3 – [32 P] β -казеин инкубировали с sIgAs в течение 20, 40 и 60 мин соответственно; 4 и 5 – инкубация с трипсином 10 и 15 мин; 6 и 7 – инкубация с протеиназой К 10 и 15 мин; 8 – инкубация с химотрипсином 10 мин; дорожка 9 – 60 мин инкубации казеина в отсутствие ферментов. Слева показано положение 11 основных продуктов гидролиза казеина sIgA молока человека. *б* – Дорожка 1 – инкубация β -казеина в отсутствие АТ; 2 – 14 ч инкубации с IgG от первого больного; 3 и 4 – инкубация с IgG от второго больного в течение 7 и 14 ч соответственно; 5 – 14 ч инкубации IgG третьего больного СПИДом. Слева стрелками показано положение семи основных продуктов гидролиза казеина первым препаратом IgG (дорожка 2). Кажущиеся молекулярные массы основных продуктов гидролиза в случае всех препаратов АТ вычислены на основании данных нескольких экспериментов с использованием 32 P-меченных и немеченых препаратов казеина в случае каждого из препаратов АТ

кулярной массе 33,6 кДа. Следовательно, на данном этапе невозможно установить соотношение между кажущейся и истинной молекулярными массами β -казеина и продуктов его гидролиза.

Таким образом, нами показано, что антитела IgG из крови больных СПИДом проявляют наиболее высокую активность в гидролизе ЧСА, β -казеина молока человека и коровы, а также ОТ ВИЧ. Интересно, что репертуар таких абзимов, как и в случае других ранее исследованных ферментативных активностей абзимов больных АИЗ [5, 7, 11–13, 16, 17, 20, 23, 38, 39, 47–54], очень сильно зависит от индивида. Однако, повидимому, это не должно вызывать удивления, поскольку, как известно, иммунная система человека способна вырабатывать на один и тот же антиген $\sim 10^6$ вариантов ответа [65], которые в случае конкретного больного могут реализовываться в разной степени и различными путями. Данные аффинной хроматографии гомогенных препаратов IgG на казеин-сефарозе свидетельствуют об относительно низком сродстве АТ к казеину и о возможности взаимодействия с казеином не только казеингидролизующих АТ, но также и АТ с ДНКазной и ОТ-гидролизующей активностями (рис. 4). Как известно, в норме в организме постоянно присутствуют полиреактивные АТ, продуцируемые клетками В-1 [66]. При ряде вирусных инфекций (везикулярном стоматите, гепатите В, кори, поливирусной ин-

фекции) начальные стадии иммунного ответа являются Т-независимыми и, возможно, осуществляются с участием клеток В-1. Около 50% всех сывороточных IgM и IgA, а также некоторое количество сывороточных IgG синтезируются именно этими клетками. АТ, продуцируемые клетками В-1, реагируют с одноцепочечной ДНК, белками цитоскелета, бромелированными эритроцитами, а также с бактериальными поли- и липополисахаридами [66–68]. Следует отметить, что титр подобных АТ резко возрастает при некоторых АИЗ (СКВ, ревматоидный артрит) [69, 70]. Реакция на бактериальные антигены обуславливает защитную роль IgM, продуцируемых клетками В-1. Поскольку низкоаффинные АТ к некоторым высокомолекулярным полианионам способны перекрестно взаимодействовать с различными антигенами, неспецифическое связывание различных абзимов при аффинной хроматографии АТ на казеин-сефарозе может быть следствием полиреактивной природы АТ больных СПИДом.

Характерной чертой ранее описанных абзимов из крови больных АИЗ является их особая специфичность по отношению к субстрату. Так, РНК-гидролизующие антитела при АИЗ с высокой эффективностью гидролизуют рибоолигонуклеотиды [47], что существенно отличает их от РНКазы А и РНКаз человека [10, 47]. Различный характер ДНКазной активности (с одной стороны, ДНКазы I и ДНКазы II, а с другой –

IgG- и IgM-абзимов) при АИЗ показан в работах [71, 72]. Специфичность действия абзимов сериновых протеаз крови при бронхиальной астме отлична от специфичности классических сериновых протеаз [9, 73, 74]. Поликлональные абзимы из крови одного из двух больных астмой расщепляют шесть пептидных связей, локализованных на участке между 14–22 аминокислотными остатками вазоактивного нейропептида, в то время как АТ от второго донора расщепляют еще одну пептидную связь между 7–8 аминокислотными остатками этого олигопептида. Эти абзимы специфичны к субстрату и не расщепляют других белков и олигопептидов. Антитела IgM больных СПИДом расщепляют HIV gp120-белок оболочки вируса также по нескольким последовательностям этого белка [75]. Ряд подходов к индукции абзимов с протеолитической активностью у аутоиммунных животных с использованием нескольких белков, а также антиидиотипических антител-протеаз рассмотрен в работе Габибова с соавт. [76].

Абзимы крови больных СПИДом гидролизуют ОТ и ЧСА, а также казеины человека и коров, в то время как sIgA молока рожениц расщепляют только казеин. Это свидетельствует о том, что иммунный ответ больных СПИДом на белки крови может быть существенно расши-

рен. Тем не менее несколько неожиданна высокая активность IgG антител крови больных СПИДом в гидролизе β -казеина, который не является типичным компонентом крови человека. Однако недавно методом двухмерного электрофореза показано, что шесть из девяти сывороток больных СПИДом содержали антитела к казеину, а пять — к лактальбумину человеческого молока [77]. Таким образом, по непонятным пока причинам не исключена возможность активации синтеза β -казеина у больных СПИДом. Интересно, что у мышей в Т-киллерах по неизвестной причине происходит наработка мРНК, соответствующей гену, кодирующему β -казеин [78]. Таким образом нельзя исключить, что гены, кодирующие β -казеин, а возможно и сам этот белок, могут играть какую-то особую (пока неизвестную) роль в жизненном цикле вируса, его воспроизведении или развитии аутоиммунных реакций при СПИДе.

Работа выполнена при финансовой поддержке программами фундаментальных исследований Президиума РАН «Молекулярная и клеточная биология» (грант № 10.5) и «Фундаментальные науки — медицине» (грант № 11.9), а также РФФИ (грант 04-04-48211) и РФФИ-БФФИ (грант 04-04-81017).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Suzuki, H. (1994) *J. Biochem.*, **115**, 623–633.
2. Tramontano, A., Gololobov, G., and Paul, S. (2000) *Chem. Immunol.*, **77**, 1–17.
3. Gololobov, G., Tramontano, A., and Paul, S. (2000) *Appl. Biochem. Biotechnol.*, **83**, 221–231; discussion, 231–232, 297–313.
4. Nevinsky, G.A., Favorova, O.O., and Buneva, V.N. (2002) in *Protein-Protein Interactions. A Molecular Cloning Manual* (Golemis, E., ed.), Cold Spring Harbor Lab. Press, N.Y., pp. 523–534.
5. Nevinsky, G.A., and Buneva, V.N. (2002) *J. Immunol. Methods*, **269**, 235–249.
6. Nevinsky, G.A., and Buneva, V.N. (2005) in *Catalytic antibodies* (Keinan, E., ed.), VCH-Wiley press, Germany, pp. 503–567.
7. Невинский Г.А., Канышкова Т.Г., Бунева В.Н. (2000) *Биохимия*, **65**, 1473–1487.
8. Невинский Г.А., Семенов Д.В., Бунева В.Н. (2000) *Биохимия*, **65**, 1459–1472.
9. Paul, S., Völle, D.J., Beach, C.M., Johnson, D.R., Powell, M.J., and Massey, R.J. (1989) *Science*, **244**, 1158–1162.
10. Shuster, A.M., Gololobov, G.V., Kvashuk, O.A., Bogomolova, A.E., Smirnov, I.V., and Gabibov, A.G. (1992) *Science*, **256**, 665–667.
11. Andrievskaya, O.A., Buneva, V.N., Baranovskii, A.G., Gal'vita, A.V., Benzo, E.S., Naumov, V.A., and Nevinsky, G.A. (2002) *Immunol. Lett.*, **81**, 191–198.
12. Andrievskaya, O.A., Buneva, V.N., Zabara, V.G., Naumov, V.A., Iamkovo, V.I., and Nevinsky, G.A. (2000) *Med. Sci. Monit.*, **6**, 460–470.
13. Бунева В.Н., Андриевская О.А., Романникова И.В., Гололобов Г.В., Ядар Р.П., Ямковой В.И., Невинский Г.А. (1994) *Молекуляр. биология*, **28**, 738–743.
14. Kozyr, A.V., Kolesnikov, A.V., Aleksandrova, E.S., Sashchenko, L.P., Gnuchev, N.V., Favorov, P.V., Kotelnikov, M.A., Iakhnina, E.I., Astsaturov, I.A., Prokaeva, T.B., Alekberova, Z.S., Suchkov, S.V., and Gabibov, A.G. (1998) *Appl. Biochem. Biotechnol.*, **75**, 45–61.
15. Gololobov, G.V., Mikhalar, S.V., Starov, A.V., Kolesnikov, A.F., and Gabibov, A.G. (1994) *Appl. Biochem. Biotechnol.*, **47**, 305–314; discussion, 314–315.
16. Власов А.В., Барановский А.Г., Канышкова Т.Г., Принц А.В., Забара В.Г., Наумов В.А., Бреусов А.А., Жьеже Р., Бунева В.Н., Невинский Г.А. (1998) *Молекуляр. биология*, **32**, 559–569.
17. Барановский А.Г., Матюшин В.Г., Власов А.В., Забара В.Г., Наумов В.А., Жьеже Р., Бунева В.Н., Невинский Г.А. (1997) *Биохимия*, **62**, 1590–1599.
18. Savel'ev, A.N., Eneyskaya, E.V., Shabalin, K.A., Michael, V., Filatov, M.V., and Neustroev, K.N. (1999) *Protein Peptide Lett.*, **6**, 179–184.
19. Neustroev, K., Ivanen, D., Kulminskaya, A., Brumer, I., Saveliev, A., and Nevinsky, G. (2003) *Human Antibodies*, **12**, 31–34.
20. Nevinsky, G.A., Breusov, A.A., Baranovskii, A.G., Prints, A.V., Kanyshkova, T.G., Galvita, A.V., Naumov, V.A., and Buneva, V.N. (2001) *Med. Sci. Monit.*, **7**, 201–211.
21. Savel'ev, A.N., Ivanen, D.R., Kulminskaya, A.A., Ershova, N.A., Kanyshkova, T.G., Buneva, V.N., Mogelnitskii, A.S., Doronin, B.M., Favorova, O.O., Nevinsky, G.A., and Neustroev, K.N. (2003) *Immunol. Lett.*, **86**, 291–297.
22. Baranovskii, A.G., Odintsova, E.S., Buneva, V.N., Doronin, B.M., and Nevinsky, G.A. (2004) *Nucleosides Nucleotides Nucleic Acids*, **23**, 1053–1056.
23. Baranovskii, A.G., Ershova, N.A., Buneva, V.N., Kanyshkova, T.G., Mogelnitskii, A.S., Doronin, B.M., Boiko, A.N., Gusev, E.I., Favorova, O.O., and Nevinsky, G.A. (2001) *Immunol. Lett.*, **76**, 163–167.
24. Li, L., Paul, S., Tyutyulkova, S., Kazatchkine, M.D., and

- Kaveri, S. (1995) *J. Immunol.*, **154**, 3328–3332.
25. Kalaga, R., Li, L., O'Dell, J.R., and Paul, S. (1995) *J. Immunol.*, **155**, 2695–2702.
 26. Thiagarajan, P., Dannenbring, R., Matsuura, K., Tramontano, A., Gololobov, G., and Paul, S. (2000) *Biochemistry*, **39**, 6459–6465.
 27. Lacroix-Desmazes, S., Moreau, A., Sooryanarayana, Bonnemain, C., Stieltjes, N., Pashov, A., Sultan, Y., Hoebeke, J., Kazatchkine, M.D., and Kaveri, S.V. (1999) *Nat. Med.*, **5**, 1044–1047.
 28. Polosukhina, D.I., Kanyshkova, T.G., Doronin, B.M., Tyshkevich, O.B., Buneva, V.N., Boiko, A.N., Gusev, E.I., Favorova, O.O., and Nevinsky, G.A. (2004) *J. Cell. Mol. Med.*, **8**, 359–368.
 29. Polosukhina, D.I., Buneva, V.N., Doronin, B.M., Tyshkevich, O.B., Boiko, A.N., Gusev, E.I., Favorova, O.O., and Nevinsky, G.A. (2005) *Med. Sci. Monit*, **11**, BR266–272.
 30. Polosukhina, D.I., Kanyshkova, T.G., Doronin, B.M., Tyshkevich, O.B., Buneva, V.N., Boiko, A.N., Gusev, E.I., Favorova, O.O., and Nevinsky, G.A. (2005) *Immunol. Lett.*, **103**, 75–81.
 31. Nevinsky, G.A., Kanyshkova, T.G., Semenov, D.V., Vlassov, A.V., Gal'vita, A.V., and Buneva, V.N. (2000) *Appl. Biochem. Biotechnol.*, **83**, 115–129; discussion, 129–130, 145–153.
 32. Buneva, V.N., Kanyshkova, T.G., Vlassov, A.V., Semenov, D.V., Khlmanov, D., Breusov, L.R., and Nevinsky, G.A. (1998) *Appl. Biochem. Biotechnol.*, **75**, 63–76.
 33. Semenov, D.V., Kanyshkova, T.G., Karotaeva, N.A., Krasnorutskii, M.A., Kuznetsova, I.A., Buneva, V.N., and Nevinsky, G.A. (2004) *Med. Sci. Monit.*, **10**, BR23–33.
 34. Семенов Д.В., Канышкова Т.Г., Кит Ю., Хлиманков Д.Ю., Акимжанов А.М., Горбунов Д.А., Бунева В.Н., Невинский Г.А. (1998) *Биохимия*, **63**, 40–45.
 35. Nevinsky, G.A., Kit, Y., Semenov, D.V., Khlmanov, D., and Buneva, V.N. (1998) *Appl. Biochem. Biotechnol.*, **75**, 77–91.
 36. Kit, Y.Y., Semenov, D.V., and Nevinsky, G.A. (1996) *Biochem. Mol. Biol. Int.*, **39**, 521–527.
 37. Savel'ev, A.N., Kanyshkova, T.G., Kulminskaya, A.A., Buneva, V.N., Eneyskaya, E.V., Filatov, M.V., Nevinsky, G.A., and Neustroev, K.N. (2001) *Clin. Chim. Acta*, **314**, 141–152.
 38. Бунева В.Н., Кудрявцева А.Н., Гальвита А.В., Дубровская В.В., Хохлова О.В., Калинин И.А., Галенок В.А., Невинский Г.А. (2003) *Биохимия*, **68**, 1088–1100.
 39. Барановский А.Г., Канышкова Т.Г., Могильницкий А.С., Наумов В.А., Бунева В.Н., Бойко А.Н., Фаворова О.О., Невинский Г.А. (1998) *Биохимия*, **63**, 1239–1248.
 40. Хаитов Р.М., Игнатъева Г.А., Сидорович И.Г. (2000) *Иммунология, Медицина, Москва*.
 41. Фаучи Э., Браунвальд К., Иссельбахер Дж., Уилсон Дж., Мартин Д., Каспер С., Хаузер С. (2002) *Внутренние болезни по Тисли Р. Харрисону*, Практика, McGraw-Hill.
 42. Остерман Л.А. (1981) *Методы исследования белков и нуклеиновых кислот: электрофорез и центрифугирование*, Наука, Москва.
 43. Merril, C.R., Goldman, D., and van Keuren, M.L. (1984) *Methods Enzymol.*, **104**, 441–447.
 44. Sambrook, J., and Russel, D.V. (2001) *Molecular Cloning: a Laboratory Manual*, Cold Spring Harbor Laboratory Press, N.Y.
 45. Towbin, H., Staehelin, T., and Gordon, J. (1979) *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, **76**, 4350–4354.
 46. Похолок Д.К., Гудима С.О., Есипов Д.С., Добрынин В.Н., Мемелова Л.В., Речинский В.О., Кочетков С.Н. (1994) *Биохимия*, **59**, 739–747.
 47. Андриевская О.А., Бунева В.Н., Забара В.Г., Наумов В.А., Ямковой В.И., Невинский Г.А. (1998) *Молекуляр. биология*, **32**, 908–915.
 48. Андриевская О.А., Канышкова Т.Г., Ямковой В.И., Бунева В.Н., Невинский Г.А. (1997) *ДАН*, **355**, 401–403.
 49. Vlassov, A., Florentz, C., Helm, M., Naumov, V., Buneva, V., Nevinsky, G., and Giege, R. (1998) *Nucl. Acids Res.*, **26**, 5243–5250.
 50. Vlassov, A.V., Helm, M., Florentz, C., Naumov, V., Breusov, A.A., Buneva, V.N., Giege, R., and Nevinsky, G.A. (1999) *Rus. J. Immunol.*, **4**, 25–32.
 51. Ершова Н.А., Гармашова Н.В., Бунева В.Н., Могильницкий А.С., Тышкевич О.Б., Доронин Б.М., Каненкова Л.П., Гусев Е.И., Бойко А.Н., Фаворова О.О., Невинский Г.А. (2003) *Журн. неврологии и психиатрии. Приложение: рассеянный склероз*, **2**, 25–33.
 52. Власов А.В., Андриевская О.А., Канышкова Т.Г., Барановский А.Г., Наумов В.А., Бреусов А.А., Жьеже Р., Бунева В.Н., Невинский Г.А. (1997) *Биохимия*, **62**, 556–562.
 53. Власов А.В., Хельм М., Наумов В.А., Бреусов А.А., Бунева В.Н., Флоренц К., Жьеже Р., Невинский Г.А. (1999) *Молекуляр. биология*, **33**, 866–872.
 54. Невинский Г.А., Семенов Д.В., Бунева В.Н. (2001) *Вестн. РАМН*, **2**, 38–45.
 55. Kanyshkova, T.G., Semenov, D.V., Khlmanov, D., Buneva, V.N., and Nevinsky, G.A. (1997) *FEBS Lett.*, **416**, 23–26.
 56. Odintsova, E.S., Buneva, V.N., and Nevinsky, G.A. (2005) *J. Mol. Recognit.*, **18**, 412–421.
 57. Канышкова Т.Г., Семенов Д.В., Власов А.В., Хлиманков Д.Ю., Барановский А.Г., Шипицын М.В., Ямковой В.И., Бунева В.Н., Невинский Г.А. (1997) *Молекуляр. биология*, **31**, 1082–1091.
 58. Kit, Y.Y., Kim, A.A., and Sidorov, V.N. (1991) *Biomed. Sci.*, **2**, 201–204.
 59. Gorbunov, D.A., Semenov, D.V., Shipitsyn, M.V., Kit, Y.Y., Kanyshkova, T.G., Buneva, V.N., and Nevinsky, G.A. (2000) *Rus. J. Immunol.*, **5**, 267–278.
 60. Ait-Oukhatar, N., Peres, J.M., Bouhallab, S., Neuville, D., Bureau, F., Bouvard, G., Arhan, P., and Bougle, D. (2002) *J. Lab. Clin. Med.*, **140**, 290–294.
 61. Kilara, A., and Panyam, D. (2003) *Crit. Rev. Food. Sci. Nutr.*, **43**, 607–633.
 62. Florisa, R., Recio, I., Berkhout, B., and Visser, S. (2003) *Curr. Pharm. Des.*, **9**, 1257–1275.
 63. Morita, T., Kasaoka, S., and Kiriyama, S. (2004) *J. AOAC Int.*, **87**, 792–796.
 64. Кит Ю.Ю., Семенов Д.В., Невинский Г.А. (1995) *Молекуляр. биология*, **29**, 893–906.
 65. Ройт А., Бростофф Д., Мейл Д. (2000) *Иммунология*, Мир, Москва.
 66. Сидорова Е.В. (2002) *Успехи соврем. биологии*, **122**, 467–479.
 67. Arnold, L.W., McCray, S.K., Tatu, C., and Clarke, S.H. (2000) *J. Immunol.*, **164**, 2924–2930.
 68. Jasin, H.E. (1991) *Cell Immunol.*, **136**, 133–141.
 69. Wing, M.G. (1995) *Clin. Exp. Immunol.*, **99**, 313–315.
 70. Aotsuka, S., Funahashi, T., Okava-Takatsuji, M., Kinoshita, M., Yokochari, R. (1995) *Clin. Exp. Immunol.*, **99**, 313–315.
 71. Шустер А.М., Гололобов Г.В., Кравчук А.В. (1991) *Молекуляр. биология*, **25**, 593–602.
 72. Gabibov, A.G., Gololobov, G.V., Makarevich, O.I., Schourov, D.V., Chernova, E.A., and Yadav, R.P. (1994) *Appl. Biochem. Biotechnol.*, **47**, 293–302; discussion, 303.
 73. Paul, S., Mei, S., Mody, B., Eklund, S.H., Beach, C.M., Massey, R.J., and Hamel, F. (1991) *J. Biol. Chem.*, **266**, 16128–16134.
 74. Mei, S., Mody, B., Eklund, S.H., and Paul, S. (1991) *J. Biol. Chem.*, **266**, 15571–15574.
 75. Paul, S., Karle, S., Planque, S., Taguchi, H., Salas, M., Nishiyama, Y., Handy, V., Hunter, R., Edmundson, A., and Hanson, C. (2004) *J. Biol. Chem.*, **279**, 39611–39619.
 76. Габибов А.Г., Фрибуле Ф., Тома Д., Демин А.В., Пономаренко Н.А., Воробьев И.И., Пиле Д., Паон М., Александрова Е.С., Телегин Г.Б., Решетняк А.В., Григорьева О.В., Гнучев Н.Г., Гнучев Н.В., Малышкин К.А., Генкин Д.Д. (2002) *Биохимия*, **67**, 1413–1427.
 77. Goldfarb, M.F. (2001) *Adv. Exp. Med. Biol.*, **501**, 535–539.
 78. Grubby, M.J., Mitchell, S.C., Nabavi, N., and Glimcher, L.H. (1990) *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, **87**, 6897–6901.

ПОТРЕБНОСТЬ В ИНФОРМАЦИИ У ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ЛЮДЕЙ

© 2006 г. И.В. Пчелин, В.А. Пчелин

*Общественный благотворительный фонд борьбы со СПИДом «Шаги»
105062 Москва, а/я 302; факс: (495)917-80-68,
электронная почта: shagi@hiv-ads.ru*

Настоящее исследование направлено на выяснение потребности в информации у ВИЧ-положительных людей, формы ее подачи, а также выявление наиболее подходящих «точек входа» для передачи этой информации. Кроме того, необходимо было выяснить возможности и потребности людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВС), получать по месту жительства медицинский и немедицинский сервис.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для проведения опроса, на основании предыдущих исследований оценки нужд, проводимых общественными организациями в 2004–2005 гг., была составлена новая форма анкеты, содержащая 18 вопросов, половина из которых была посвящена информации, а другая — как медицинскому, так и немедицинскому сервису.

Для опроса было выбрано 10 населенных пунктов с разным количеством населения. Также различался уровень доступа как к медицинским, так и к немедицинским услугам.

В опросе приняли участие 275 человек из следующих городов: Саратов, Балаково, Энгельс, Уфа, Салават, Казань, Курган, Мурманск и Московская область.

Опрос проводился как в СПИД-центрах (в тех населенных пунктах, где они есть), так и в самоорганизациях ЛЖВС.

Помимо самой анкеты, интервьюеры делали пометки о дополнительной информации, получаемой во время опроса.

Статистика опроса:

- количество человек, принявших участие в опросе — 275, из них женщин — 150, мужчин — 125;
- возрастной уровень: 20–25 лет — 36%, 25–30 лет — 33%, 30–40 лет — 11%, больше 40 лет — 9%.

Средний уровень жизни с ВИЧ — 3–6 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анкетирование показало, что подавляющее большинство опрошенных хоть раз видели какой-либо информационный материал по теме ВИЧ/СПИДа. В основном опрошенные ссылались на журнал и на буклеты/брошюры, изданные как местными организациями, так и организациями, работающими на федеральном уровне. Тем не менее, 9% опрошенных ответили, что

не видели ни одного информационного материала. Путем проведения перекрестного анализа, было выяснено, что в основном эти люди получили диагноз более 3-х лет назад, и не посещают ни СПИД-центра, ни какой-либо другой сервис для ЛЖВС.

На вопрос: «Где вы видели или имели возможность получить информационные материалы?», подавляющее большинство опрошенных ответило, что видели или получили информационные материалы в общественной организации или на группе взаимопомощи (76%). Меньшая и более-менее ровная часть из них имела доступ к информационным материалам в СПИД-центрах или через знакомых (42 и 33% соответственно). Только 17 человек (6%) указали, что получили информационные материалы через родных.

Печатные информационные материалы очень востребованы ВИЧ-положительными людьми. На вопрос: «В какой форме информации вы больше всего нуждаетесь?», более 60% опрошенных указало именно печатные издания — брошюры, журналы, газеты (61, 73 и 64% соответственно). Достаточно большая часть людей указала, что могли бы и хотели бы получать информацию через Интернет (сайты, электронная почта), но это, в основном, были жители крупных центров (39%); 15% опрошенных указали, что, в том числе, хотели бы получать информацию через плакаты и постеры. Предпочтение в подаче информационных материалов отдавалось форме не просветительской (информационной), а визуальной (имиджевой). Другими словами предпочтение отдается не напечатанной информации, а изображению. Меньше всего (6%) указали, что хотели бы и готовы получать информацию со стендов. Данный вид информации чаще всего практикуется в государственных учреждениях и СПИД-центрах.

На вопрос: «Какие темы информационных материалов вас интересуют больше всего?», респонденты ответили следующим образом (в порядке убывания):

- вопросы лечения и терапии (АРВ) – 67%;
- рождение детей, продолжение рода – 52%;
- новости о ВИЧ – 52%;
- вопросы жизни с ВИЧ – 48%;
- поиск партнера – 45%;
- научная информация – 33%;
- вопросы питания при ВИЧ – 30%.

В целом данный блок соответствует ранее проведенным опросам и исследованиям. Но, важно отметить, что вторую по популярности тему респонденты указали «Рождение детей, продолжение рода», которая в прежних исследованиях была на 3–4 месте по приоритетам. Также большое количество опрошенных указало на то, что в том или ином виде хотели бы получать информацию о поиске партнера. Многие опрошенные говорили, что готовы обратиться в службу знакомств для ВИЧ-положительных людей, если такая будет.

В следующем блоке, посвященном местам распространения информационных материалов, респонденты не сделали четких акцентов или «точек входа», где для них предпочтительнее получать информационные материалы. В СПИД-центре – 45%, в общественной организации – 58%, на группе взаимопомощи – 42%, чтобы присылали домой – 42%. Тем не менее, следует отметить, что люди, которые указывали на то, что им удобнее получать информационные материалы в СПИД-центре, часто отмечали как дополнительный вариант – «Присылать домой». Те же, кто указывал, что им удобнее получать информационные материалы в общественной организации, чаще всего выбирали, как дополнительный вариант – «На группе взаимопомощи». Из этой группы практически никто не выбирал вариант «получать в СПИД-центре». Проводя перекрестный анализ по пункту «Как часто вы посещаете СПИД-центр?», было обнаружено, что последняя группа посещает его реже, чем раз в полгода или не посещает вообще. Исходя из этого, можно сделать вывод, что для данной группы приоритетным каналом передачи информационных материалов являются организации, предоставляющие немедицинский сервис.

Большинство опрошенных согласны получать материалы с периодичностью примерно один раз в месяц (70%).

Другие варианты ответов:

- один раз в неделю – 12%;
- один раз в 2 недели – 3%;
- один раз в несколько месяцев 9%;
- по мере необходимости – 12%.

Данный выбор опрошенных свидетельствует больше о периодичности их посещений медицинского учреждения или общественной организации (группе взаимопомощи).

В одном из блоков респондентам было предложено оценить свой уровень знаний о ВИЧ-инфекции. Полученные результаты были ожидаемыми и распределились следующим образом:

- ничего не знаю – 6%;
- знаю не много – 39%;
- средний уровень знаний – 45%;
- знаю много – 9%.

Таким образом, большинство опрошенных оценило свой уровень знаний как средний и ниже среднего. Из перекрестного анализа по вопросу: «Какие темы информационных материалов вас интересуют больше всего?», большинство из оценивающих свой уровень знаний как средний, больше интересовалось новостями о ВИЧ-инфекции, научными данными, лечением и вопросами продолжения рода. Группа, оценивающая свой уровень знания ниже среднего, больше интересовалась вопросами лечения, жизни с ВИЧ и поиском партнера.

На вопрос: «Как часто вы посещаете СПИД-центр?», респонденты ответили следующим образом:

- чаще одного раза в месяц – 21%;
- один раз в 2 месяца – 12%;
- один раз в 3 месяца – 12%;
- один раз в полгода – 30%;
- один раз в год – 15%;
- реже, чем один раз в год – 9%;
- не посещаю вообще – 15%.

Как видно из полученных данных, большая часть опрошенных посещает СПИД-центр чаще, чем раз в полгода. Достаточно большой процент людей указал, что посещают СПИД-центр один раз в месяц или чаще. Причем, проведенный перекрестный анализ по вопросу: «Когда вам поставили диагноз?», не показал какой либо закономерности в зависимости от срока жизни с ВИЧ. Более редкое посещение СПИД-центра указали те, у кого в населенном пункте нет такого центра и в него нужно ехать в другой населенный пункт.

Большинство опрошенных указало, что они часто посещают группу взаимопомощи (61%); 33% посещают группу взаимопомощи редко или были один раз; примерно 6% указали, что они никогда не посещали группу, или не имеют о ней информации.

На вопрос: «Что вы посещаете чаще – группу взаимопомощи или СПИД-центр?», 85% указали, что чаще они посещают группу взаимопомощи. В комментариях опрашиваемые пояснили, что под «частым посещением группы взаимопомощи» они подразумевали не только сами группы, но также обращения в другие общественные организации.

Следующие блоки вопросов касались обращения к медицинским специалистам. В частности, на вопрос: «К каким специалистам вы обращались не в СПИД-центр?», были получены следующие ответы (по убыванию важности):

- стоматолог – 36%;
- психолог – 27%;
- дерматолог – 21%;
- гинеколог – 21%;
- невропатолог – 15%;

- кардиолог – 6%;
- хирург – 5%.

Чаще всего причиной, побудившей пациента обратиться не к специалисту СПИД-центра, являлось отсутствие данного специалиста в СПИД-центре. Вторая по значимости причина – сложность добираться до СПИД-центра (в местах, где СПИД-центра в городе нет). В комментариях люди часто упоминали о том, что они испытывают дискомфорт, когда, обращаясь к специалистам вне СПИД-центра, не могут раскрыть свой диагноз. Особенно это касается посещения таких врачей, как стоматолог и гинеколог.

Следующий вопрос анкеты: «Каких специалистов вам не хватает в СПИД-центре?». Как и ожидалось (основываясь на предыдущих ответах), основная масса опрошенных указала на потребность в стоматологе (45%). Следующим по востребованности были хирург и уролог (по 33%). На потребности в психологе и дерматологе указали 27% респондентов и по 18% на кардиолога и невропатолога. Гинеколог, нарколог и фтизиатр были отмечены соответственно 12, 15 и 9% респондентов. В комментариях отмечалось, что по возможности пациенты хотят приходить за медицинской помощью именно в СПИД-центр, и особенно к тем специалистам, которые вне СПИД-центра могут заподозрить у них ВИЧ-инфекцию или которым придется говорить о своем ВИЧ-статусе. Следует обратить внимание на то, что почти каждый третий опрошенный указывал, что он хотел бы видеть в СПИД-центре психолога. Данный ответ можно объяснить двумя причинами: либо с незнанием того, что психолог имеется в СПИД-центре, либо с не очень хорошим позиционированием психолога СПИД-центра, как доступного, повседневно специалиста.

Что касается немедицинских специалистов, то потребность в них у опрошенных следующая (по мере убывания потребности):

- равный консультант – 67%;
- юрист – 36%;
- психолог – 30%;
- социальный работник – 24%;
- помощь на дому – 6%;
- адвокат – 3%;
- телефон доверия – 3%.

Понятие «равный консультант» возникло недавно, и ожидалось, что респонденты будут задавать уточняющие вопросы по этому поводу. Но, как показала практика, этого не потребовалось – респонденты прекрасно понимали данный термин. Более того, как видно по итогам опроса, в равных консультантах самая большая потребность (67%). В комментариях по этому поводу указывалось, что равных консультантов хотели бы видеть в первую очередь в СПИД-центрах, а затем и в других, в том числе немедицинских сервисах.

Достаточно острая необходимость в юристе. Тем не менее, в комментариях опрашиваемые

указывали, что юрист в основном необходим не для случаев, связанных с ВИЧ-инфекцией или дискриминацией.

Почти каждый третий человек указал, что обратился бы к психологу, но не в медицинское учреждение (30%).

Услугами социального работника воспользовались бы 24% опрошенных. В комментариях мало кто смог объяснить, в чем заключается работа социального работника. От него в основном ждали гуманитарной помощи или разъяснение прав.

Низкая потребность в телефоне доверия объяснялась тем, что в некоторых городах уже есть такой вид сервиса. В большинстве же своем респонденты указывали на то, что им некомфортно звонить на телефон доверия, где могут работать медики (боязнь проговориться и раскрыть статус), из-за недоверия к телефону, но больше всего из-за того, что за звонок нужно платить, поскольку, хотя телефон и находится в том же регионе, но в большинстве случаев в другом городе, и звонок считается междугородним.

На последний вопрос: «Где бы вы хотели получать немедицинские услуги?», большинство (76%) ответило, что такие услуги предпочитало бы получать не в СПИД-центре, а в общественной организации или при группе взаимопомощи.

ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

Исходя из изложенного выше анализа, можно сделать следующие выводы:

1. Необходимо продолжать и наращивать выпуск информационных материалов для разных групп ВИЧ-положительных людей, отдавая предпочтение печатным формам. Кроме того важно проводить постоянный мониторинг потребности в темах информационных материалов.

2. Предпочтительными каналами для распространения оперативной информации являются организации и группы, предоставляющие немедицинский сервис. В СПИД-центрах же эффективнее предоставлять информацию, которая не критична по срокам, и носит сугубо медицинский характер.

В местах, где не развит немедицинский сервис для ЛЖВС, необходимо весь поток информации направлять через СПИД-центр, тем самым стимулировать как возврат пациентов, так и заинтересованность в создании немедицинских сервисов.

3. Блок вопросов, касающийся специалистов, как медицинских, так и немедицинских, подтверждает гипотезу о том, что наиболее эффективным предоставлением помощи является мультидисциплинарная команда, состоящая как из медицинских, так и немедицинских специа-

листов. Данные команды не поставят пациента перед дилеммой довольствоваться только медицинским и немедицинским сервисом (что происходит довольно часто). Место расположения таких команд остается основной проблемой и, как показал опрос, пациенты не готовы получать немедицинский сервис в стенах СПИД-центра. Решение может быть в мобильности немедицинского сервиса и внедрение равных консультантов как посредников между медицинс-

ким и немедицинским сервисом, но обязательно как полноправных членов мультидисциплинарных команд.

4. Важно в дальнейшем развивать немедицинские сервисы для ЛЖВС вне территории СПИД-центра. Это даст возможность получить еще одну «точку входа», через которую можно будет привлекать пациентов в СПИД-центр, а также, повышать у пациентов ответственность за свое здоровье.

ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ

• **Томск. 22.06.2006.** В конференц-зале Томского областного центра профилактики и борьбы со СПИДом и инфекционными заболеваниями состоялся круглый стол, посвященный обсуждению вопросов профилактики ВИЧ-инфекции в Томске и Томской области. Инициатором проведения круглого стола выступил Молодежный парламент Томской области. Идею поддержали областной СПИД-центр и фонд «Сибирь-СПИД-Помощь». Кроме вышеупомянутых организаций, в круглом столе приняли участие представители Департамента по молодежной политике, физической культуре и спорту, студенты Томских вузов и семинарии. Участники ознакомились с существующими в Томске инициативами по профилактике ВИЧ-инфекции, обсудили ситуацию и тенденции распространения заболевания. Особое место отводилось обсуждению вопроса реализации областной целевой программы «Предупреждение распространения ВИЧ-инфекции на территории Томской области». Как оказалось, в Томской области данная целевая программа не действует, хотя для ее реализации необходимо 2,5 млн. рублей в год. Сумма не большая в сравнении с другими областями, например Ярославской, в которой на подобную целевую программу затрачивается около 14 млн. рублей. Препятствием для принятия данной программы является отсутствие закона Томской области, который бы регулировал процессы в данной сфере. Члены Молодежного парламента Томской области надеются на то, что им удастся подготовить такой закон, при сотрудничестве с остальными участниками круглого стола.

• **Германия. 19.06.2006.** Немецким ученым удалось обнаружить мутацию, которая сделала ВИЧ смертельно опасным для человека. Отчет об исследовании опубликован в июньском выпуске журнала Cell. По мнению исследователей из университета Ульма, опасность ВИЧ объясняется мутацией гена под названием Nef, отвечающего за структуру протеина, контролирующего активность клеток иммунной системы пораженного вирусом организма. Благодаря Nef непосредственные предшественники ВИЧ – различные разновидности вирусов иммунодефицита обезьян (ВИО) – обладали способностью снижать иммунный ответ организма хозяина, замедляя размножение Т-клеток иммунной системы. Данная особенность ВИО позволяет ему неограниченное время существовать в организме хозяина, не вызывая при этом болезни и гибели животного. По версии ученых, на одном из этапов эволюции вируса эта способность была утрачена. У людей, как и у некоторых разновидностей обезьян (шимпанзе) вирус провоцирует гипертрофированный иммунный ответ, сопровождающийся неограниченным размножением Т-клеток, что в долговременной перспективе приводит к перенапряжению и разрушению всей иммунной системы организма. «Организм не может

годами поддерживать иммунную реакцию, – поясняет координатор исследовательского проекта доктор Франк Кирхофф. – В какой-то момент возможности иммунной системы истощаются, и инфекция превращается в синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД)». По мнению доктора Кирхоффа, открытие гена Nef может привести в будущем к разработке принципиально новых методов борьбы с ВИЧ-инфекцией. Например, современные методы генной инженерии позволяют добавить в «человеческую» разновидность вируса немутантный вариант этого гена. Препараты, изготовленные на основе модифицированного таким образом вируса, могут нормализовать состояние иммунной системы больного и предотвратить переход ВИЧ в СПИД. Впрочем, предположение немецкого профессора показалось трудноосуществимым другому ведущему специалисту по ВИЧ – доктору Беатрис Ханн из Университета Алабамы. По ее словам, ученым будет крайне непросто предсказать свойства модифицированного вируса, поскольку подходящих биологических моделей для его изучения в лабораторных условиях не существует. Начинать же исследование с клинических испытаний на людях вряд ли представляется возможным, отмечает доктор Ханн. В настоящее время группа Беатрис Ханн изучает возможность использования в качестве материала для вакцины против СПИДа близкие к человеческой форме разновидности вируса, обнаруженные у макак-резусов.

• **Украина. 19.06.2006.** Совместная группа Всемирного Банка и Министерства здравоохранения пришли к консенсусу, что через месяц можно будет говорить о начале возобновления части кредита от ВБ, – об этом сообщил и. о. министра здравоохранения Юрий Поляченко. По его словам, под частью кредита подразумевается сумма денег, необходимая для закупки препаратов и диагностики, а также оборудования для борьбы с ВИЧ/СПИДом и туберкулезом. «В «розыгрыше» остается 22 млн. грн, из которых финансирование в сумме около 30% начнется через два-три месяца. Все остальное – на усмотрение совместной группы МОЗ и Всемирного Банка», – сказал Ю.Поляченко. Относительно ситуации с Глобальным фондом, на данный момент идет подготовка заявки. Он отметил, что последний тендер по закупке препаратов за государственные деньги уже прошел, и победитель будет известен на протяжении двух недель. По словам Ю. Поляченко, цена на отдельные препараты сократилась в 30 раз (две позиции), по остальным экономия составляет до 30%. «Но говорить о реальной экономии бюджетных средств пока рано», – сказал он. Напомним, что в середине мая Ю. Поляченко предполагал, что при следующей закупке препаратов для лечения больных туберкулезом и СПИДом, МОЗ планирует сэкономить 7 млн грн.

Aids74.com



Сергей Рубан: «Некоторые пациенты со мной уже почти восемь лет»

Люди старшего поколения наверняка помнят такие фильмы, как «Дорогой мой человек» (с Алексеем Баталовым), «Коллеги» (с Василием Ливановым, Василием Лановым и Олегом Онофриевым), «Повесть о человеческом сердце» (с Андреем Поповым и Владиславом Стржельчиком), «И снова утро» (с Владимиром Самойловым) и многие другие. Все эти фильмы о врачах, чей повседневный труд воспевался с такой любовью и романтикой, что у многих молодых людей, после просмотра этих фильмов возникало желание быть на них похожими...

Сегодня, к сожалению, таких фильмов нет. Сегодня экраны заполнили другие фильмы, другие герои. Но труд врача, тем не менее, не стал менее благородным и менее трудным. И, когда нам плохо, мы обращаемся именно к ним, ищем у них поддержки, защиты, просим спасти нашу жизнь или жизнь наших близких.

Именно это обстоятельство натолкнуло нас на мысль открыть в нашем издании рубрику «Наш дорогой доктор», в которой будем рассказывать о врачах, которые на местах исполняют свой долг, помогая людям справиться с таким тяжелым недугом, как ВИЧ-инфекция. И мы надеемся в этом на Вашу помощь, дорогие читатели – присылайте нам рассказы о своих врачах и мы с удовольствием будем их печатать.

Сегодня наш гость – главный врач Мурманского областного СПИД-центра Сергей Рубан.

Из досье «ШП»: Рубан Сергей Владимирович – родился в Мурманске в 1970 году, в 1990 году окончил Архангельское медицинское училище по специальности фельдшер, год работал в лаборатории клинической иммунологии и в 1991 году поступил в 1-й Ленинградский медицинский институт им. Академика Павлова. После окончания в 1997 году в течение года проходил интернатуру по специальности терапия на базе городской больницы скорой медицинской помощи. С 1998 года работает в Мурманском городском центре по профилактике и борьбе со СПИДом сначала в должности заведующего отделением лечения и диспансерного наблюдения, а с сентября 2002 года – главным врачом Мурманского областного центра профилактики и борьбы со СПИДом и инфекционными заболеваниями.

– Сергей Владимирович, почему из всех направлений в медицине Вы выбрали именно это?

– Это стечение обстоятельств. В течение интернатуры человек сдает несколько раз экзамены. И вот после одного промежуточного экзамена к нам в отделение позвонили из СПИД-центра и пригласили меня на беседу. Я пошел, побеседовал, а через некоторое время получил официальное приглашение работать в СПИД-центр.

– Решение было принято сразу или советовались с домашними?

– Нет, не сразу. Конечно, сначала все это обсуждалось дома, в семье.

– Были страхи?

– Были скорее не страхи, а элемент неожиданности. Ведь я готовил себя на работу врача скорой помощи, проходил интернатуру по ско-

рой помощи, и мне казалось, что все мои горизонты уже обозначены. А здесь получился такой достаточно крутой поворот в моей врачебной карьере. Ну а потом, когда я пришел на работу, оказалось очень интересно.

– Но все же сомнения были?

– Да, мысли такие были. Но когда я пришел в первый день на работу, а через десять минут прибежала сестра и громким голосом сказала, что пришел больной с тяжелой ангиной, мне уже было не до опасений по поводу его ВИЧ-статуса, нужно было лечить его ангину по всей полагающейся программе. И уже после того, как я с ним закончил, как говорится, все вопросы разрулил, только тогда сообразил, что это был мой первый ВИЧ-позитивный пациент. В тот момент даже не было времени на какие-то внутренние страхи или сомнения. Это как-то сразу свалилось, буквально через 10 минут, после моего выхода на работу в первый рабочий день.

– Значит пришли лечить ВИЧ-инфекцию, а началось все с ангины.

– Да, вот так началась моя работа в СПИД-центре. Ну а что касается ВИЧ-инфекции, то был у меня достаточно курьезный случай с моим первым пациентом. Я вел его с момента обнаружения у него ВИЧ-инфекции. Самодостаточный человек, имеющий работу, благосостояние, ведущий активную половую жизнь. И мне тогда было поручено выявить его контакты. У нас с ним получился нормальный человеческий разговор и он говорит: «Вот как зовут – знаю, фамилию – не знаю. Где живет не помню, но могу показать». И посадил он меня в свою большую американскую машину и мы с ним два с половиной часа ездили по всему городу, и он показывал и рассказывал где кто из его девушек живет. Причем в этом момент он нескольких из них содержал. После этого случая я стал не очень любить большие американские машины – меня в них укачивает.

– Действительно курьезный случай. Ну а какие трудности были?

– Трудностей хватает всегда. Самое страшное сейчас – это непонимание и неприятие со стороны коллег. С этим непониманием приходилось бороться и тогда, когда я только начинал работать, да и сейчас преодолевать приходится. В настоящее время в меньшей степени, но, по правде сказать, у нас были ситуации, когда мы теряли пациентов из-за сопутствующих патологий, и не могли их даже очно проконсультировать у специалиста, потому что специалисты отказывались консультировать ВИЧ-инфицированных пациентов.

– То есть речь идет не о СПИД-центре.

– Да, речь идет о внешних консультантах.



Сергей Рубан с заместителем главного врача по лечебной работе Натальей Салиевой

– Когда я впервые услышал термин «дружественные клиники», я удивился: «А что, могут быть еще и недружественные?». Но теперь понимаю, что могут...

– К сожалению... А что касается СПИД-центра, то равнодушные люди здесь не задерживаются.

– У вас с пациентами доверительные отношения?

– Некоторые пациенты со мной уже почти восемь лет. Членами семьи их конечно назвать нельзя, но голос по телефону узнается. Я в курсе не только их проблем со здоровьем, но и домашних проблем. То есть это уже другой немножко уровень общения, потому что мы для наших пациентов не просто доктора, но и советчики и может даже в какой-то степени члены семьи.

– Что с терапией?

– У нас терапию пациенты начали получать в 1999 году. История была рождественская. Меня вызвал главный врач и сказал, что нам выделили столько-то денег и до завтрашнего вечера их нужно потратить. Тогда случались такие ситуации, когда в последние числа года на нас падали какие-то финансы, которые нужно было срочно потратить. К этому времени у нас уже были довольно хорошие контакты с представителями фармацевтических фирм, и на эти деньги была куплена терапия на три месяца для шести пациентов. Мы тогда рассуждали с той логикой, что нам главное процесс запустить, а после уже наши руководители будут продолжать финансирование этого лечения.

– Что значит «была куплена терапия»?

– Заказали, оплатили, нам прислали. Все в рамках закона. Но бывали случаи, когда и сами привозили. В частности, когда нам выделяли препараты по федеральной разнарядке. В Центр приходила разнарядка из Медтехснаба, что нам выделено столько-то того-то, и нужно это вывезти самим.

– И так все врачи на себе вывозят?

– Те центры, которые могли себе позволить оплатить услуги курьерской почты, вывозили медикаменты таким образом, остальные – с оказией. Но поскольку так получалось, что я периодически бывал в Москве, то я это все вывозил на себе. Это конечно не грандиозные объемы, но факт имел место быть. Ну а что касается терапии вообще, то на сегодняшний день у нас ее получают 23 человека за счет областного бюджета. В области работает региональная програм-



На Суздальской конференции

ма «Анти-ВИЧ/СПИД», которая обеспечивает процедуру диагностики ВИЧ-инфекции и лечения для наших пациентов. А с этого года подключается федеральный бюджет и вот тут сложность в том, что с одной стороны у нас появится возможность совершенно в новом русле проводить профилактическую работу, но с другой стороны это будет возможно в том случае, если наши депутаты сохранят нам финансирование нашей целевой программы.

– И что сейчас?

– Сейчас у нас в области происходит централизация лабораторной службы и с этого года основные лабораторные проблемы решаются в рамках большой централизованной лаборатории при областной больнице. Это и диагностика ВИЧ-инфекции, и все виды клинических исследований, в том числе иммунный статус, и летом мы разворачиваем определение вирусной нагрузки. С нового года в Центре мы немного по-другому наладили работу лечебного отдела. Специалисты, которые работают в Центре, это – врач-терапевт на полный рабочий день, врач-инфекционист на полный рабочий день, врач-стоматолог на полный рабочий день (в неделю принимает до 40 пациентов), есть врач-фтизиатр, который у нас консультирует трижды в неделю, есть врач-невролог, который постоянно находится на рабочем месте, есть врач-педиатр, консультирует у нас проходящий врач-гинеколог и у нас есть постоянные врачи-консультанты – лор и окулист. А также постоянный консультант дерматовенеролог, который работает в КВД, и к которому мы направляем наших пациентов при возникновении проблем по этой линии. То есть сейчас создано хорошее клиническое ядро. В Центре развернут дневной стационар на две койки, и мы можем наблюдать пациента в таком режиме стационарзамещающей технологии, когда мы каждый день видим паци-

ента, каждый день врач его наблюдает, каждый день фиксирует лечение.

Если говорить о формировании приверженности, о профилактической работе и о работе с пациентами и их окружением, то у нас сейчас работает очень мощная группа, которая включает в себя двух клинических психологов, психолога, педагога-организатора и специалиста по социальной работе. Вот этот отряд и помогает решать пациенту его личные и социальные проблемы. Эти специалисты очень мощно работают на профилактику. Ну и конечно работает отдел клинической эпидемиологии, потому что существуют документы, которые мы должны отрабатывать – это и ведение отчетности, и ведение учета, и ведение эпидрасследований, и беседы с контактными, – все это надо тоже делать.

– У доктора ненормированный рабочий день?

– У доктора нормированный рабочий день, но у очень большого числа наших пациентов есть номера наших мобильных телефонов, и если возникает необходимость решения какой-то экстренной ситуации, наши пациенты нас всегда найдут и мы всегда сможем им помочь, всегда сможем им ответить, всегда сможем им что-то посоветовать, если они обратятся за помощью. *(От редакции: как бы в подтверждении этих слов, интервью дважды прерывалось – доктору звонили его пациенты).* Бывает так, что и мы звоним нашим пациентам, для того чтобы решить какие-то проблемы или напомнить пациенту о том, что существует доктор и что неплохо было бы показаться, что мы его давно не видим.

– Как отдыхает доктор? В отпуске когда в последний раз были?

– В отпуске последний раз был в сентябре. Это был остров Крит, Греция. Это было путешествие на автомобиле – каждый день новое место, горы, пещеры, море. Две недели отдыха. Но даже там телефон меня периодически доставал.



На отдыхе

А если говорить об отдыхе дома, то это — забраться куда-нибудь по дороге километров за 30 от города, посидеть на природе, погулять.

— **Получается?**

— Иногда да. Когда сочетается время, погода, настроение.

— **Хорошо. Но вернемся к работе. Есть ли крупномасштабные проекты?**

— Один крупномасштабный проект, который работает уже несколько лет — это издание журнала «Территория жизни». Один-два раза в год у нас выходит журнал, каждый номер которого посвящен определенной теме. Это профилактический журнал для молодежи, который и делает сама молодежь, мы только помогаем, сводим и издаем, благодаря нашим шефам-партнерам. Каждый номер журнала имеет свой лозунг: «Экология жизни», «Экология чувств», «Экология отношений». Вот следующий номер, который мы готовим, будет называться «Экология желаний».

— **Когда он выйдет?**

— Я думаю, что осенью.

— **А что значит «экология желаний»?**

— А вот мы и посмотрим. У нас группа волонтеров, которая является ядром, это студенты-журналисты, они решили сделать номер «Экология желаний». И сейчас работают. Я пока не могу сказать, что это такое будет, про какие желания они будут писать.

Это один крупномасштабный проект. Следующий крупномасштабный проект — это «Автобус доверия», и сейчас он развивается в «Автобус — «Территория жизни»». Что это такое? Это мобильный консультационный пункт — яркий желтый автобус с надписями, где можно полу-

чить консультацию, направление на исследование, презервативы. Кроме того, автобус работает, как элемент программы «Снижение вреда». В декабре 2005 года при нашем Центре открылся низкопороговый центр «Доверие», который направлен на работу с потребителями инъекционных наркотиков и с коммерческими секс-работниками. В марте этого года состоялась поездка специалистов Мурманской области в Испанию с ознакомительным визитом по системе «Снижения вреда». После этого состоялось совещание с заместителем губернатора Мурманской области Людмилы Александровны Чистовой и заседание Вневедомственной комиссии по противодействию незаконному обороту наркотиков. И на рабочем совещании и на заседании этой комиссии было принято решение о развертывании на территории Мурманской области программ «Снижения вреда». Это связано с тем, что несмотря на более чем неоднозначное отношение широких масс общества к этим программам, нужно отдавать себе отчет, что программа нацелена на узкую целевую группу, не на общее население, не на общую молодежь, а только на наркопотребителей, и работать с ними необходимо.

— **А с общественными организациями Вы работаете?**

— У нас в городе не так много общественных организаций. К сожалению, нет организации, которая бы прицельно работала в области ВИЧ-инфекции. Но при нашем Центре есть две группы волонтеров, с которыми мы очень тесно сотрудничаем по профилактической работе, они очень хорошо работают в школах с подростками.

В нашем Центре также есть группа ЛЖВС, которая называется «Воскресенье». Игра слов нашего языка — с одной стороны группа так называется, потому что собирается по воскресеньям вечером, а с другой — работа в группе помогает ребятам осознать, что жизнь всегда продолжается.

Беседу вел Е. Шуманский

ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ

• **США. 26.06.2006.** Министерство здравоохранения США одобрило использование нового лекарства для людей, живущих с ВИЧ. Новый препарат под названием Презиста разработан фармацевтической компанией «Johnson & Johnson» и предназначен для комплексной терапии пациентов, которым не помогают другие лекарства. Презиста является ингибитором протеазы, разработанным для терапии форм ВИЧ, устойчивых к действию других препаратов. Его действие основано на подавлении жизнедеятельности

вируса и его размножения. Также известный под названием ТМС114, этот препарат назначается вместе с низкой дозой ритонавира, другого ингибитора протеазы, чтобы понизить разложение Презисты в организме и увеличить его концентрацию в теле пациента. В мире имеется уже множество видов терапии ВИЧ, но, по мнению специалистов, устойчивость к лекарствам становится проблемой, поскольку вирус может быстро проходить мутации, и тогда имеющиеся лекарства становятся неэффективными.

Aids74.com



А.Г. Рахманова

Приверженность к антиретровирусной терапии

Рахманова Аза Гасановна — доктор медицинских наук, заслуженный деятель науки РФ, профессор кафедры инфекционных болезней с курсом лабораторной диагностики СПИД Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования (СПб МАПО), главный инфекционист комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, председатель городской комиссии по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции у беременных и детей.

Рекомендации по началу антиретровирусной терапии

Решение относительно начала антиретровирусной терапии должно приниматься совместно врачом и пациентом. Перед назначением терапии в каждом случае необходимо произвести клиничко-лабораторное обследование больного, определить клинические показания и противопоказания, оценить лабораторные параметры и, с учетом полученных данных, выработать приемлемую схему лечения. Чрезвычайно важно провести с больным психологическую подготовку с целью обеспечения неукоснительного выполнения избранного режима.

Лабораторные показания относительно начала антиретровирусной терапии, а также ее изменения должны основываться на мониторинге таких параметров, как уровень РНК ВИЧ в плазме (вирусная нагрузка) и количество CD4⁺T-клеток в периферической крови. Эти тесты являются важнейшими в оценке вирусной репликации, иммунного статуса пациента и риска прогрессирования болезни. Изначально вирусная нагрузка определялась лишь с целью прогноза заболевания, в настоящее время она также служит тестом для оценки результатов лечения пациентов. Многочисленные наблюдения указывают на улучшение клинических результатов (уменьшение смертности и случаев продвижения к СПИДу) при снижении вирусной нагрузки.

Международное сообщество по СПИДу провело в США специальное совещание по антиретровирусной терапии у взрослых с учетом консенсуса от декабря 1999 года. Это совещание по сравнению с принятыми в 1995 году рекомендациями дало более расширенные сведения относительно мониторинга в процессе лечения с учетом определения резистентности.

Кроме того, было учтено появление новых антиретровирусных препаратов, в частности, эфаверенца, абакавира и ампренавира, что дало основание пересмотреть имевшиеся ранее рекомендации.

В соответствии с пересмотренными рекомендациями антиретровирусная терапия показана больным:

- с уровнем ВИЧ РНК выше 30 000 копий/мл;
- уровнем CD4-лимфоцитов $350 \times 10^6/\text{л}$ или $350/\mu\text{L}$;
- лечение также можно рекомендовать больным с ВИЧ РНК от 5000 до 30 000 копий/мл и уровнем CD4-лимфоцитов между 350 и $500 \times 10^6/\text{л}$;
- терапию можно также считать показанной, если CD4-лимфоциты выше $500 \times 10^6/\text{л}$, а ВИЧ РНК от 5000 до 30 000 копий/мл с учетом возможной прогрессии заболевания у больных с высокой вирусной нагрузкой.

Лечение серьезных оппортунистических заболеваний должно предшествовать антиретровирусной терапии.

В 2002 году показания к назначению антиретровирусной терапии (АРТ) больным с ВИЧ-инфекцией стали более жесткими (Antiretroviral therapy guidelines, International AIDS society JAMA, 2002, V. 288). В соответствии с этими рекомендациями начало АРТ у ранее нелеченных больных рекомендуется при:

- симптоматичной ВИЧ-инфекции;
- бессимптомной ВИЧ-инфекции при CD4-клетках ниже 200 в мм^3 крови;
- бессимптомной ВИЧ-инфекции с CD4 выше 200 в случаях их быстрого снижения или высокого уровня вирусной нагрузки, выше чем $50\,000$ – $100\,000$ РНК копий/мл. При этом учитывается риск индивидуальной токсичности, взаимодействия лекарств, их фармакокинетика. Большое значение придается заинтересованности

больного в лечении и способности быть приверженным к терапии.

Согласно рекомендациям МЗ РФ (1999, 2001 гг.) показаниями к началу АРТ являются острая ВИЧ-инфекция и стадии III А-Б и В, лабораторными показаниями являются: снижение CD4-лимфоцитов ниже $0,3 \times 10^9$ при повышении концентрации РНК ВИЧ в крови более 60 000 коп/мл. Если эти показатели выявлены впервые, то для решения вопроса об АРТ необходимы повторные исследования с интервалом не менее 4-х недель, при этом в стадию 3А (2В по классификации 1999 года) назначается моно- или дитерапия. ВААРТ рекомендуется назначать при CD4 ниже $0,2 \times 10^9$ /л (ниже 200 в мл). В IV (V стадия по классификации 1999 года) АРТ не назначается.

Количественное измерение уровня РНК ВИЧ в плазме рекомендуется выполнять непосредственно перед назначением антиретровирусной терапии и через 4–8 недель лечения, что позволяет оценить начальную эффективность терапии. У большинства пациентов за это время происходит быстрое снижение вирусной нагрузки ($0,5–0,7 \log_{10}$, или приблизительно в 3–5 раз), а через 12–16 недель она становится ниже уровня определения (<500 копий РНК/мл плазмы). Скорость снижения вирусной нагрузки индивидуальна и зависит от многих факторов: начального уровня вирусной нагрузки и количества CD4⁺T-клеток, наличия предшествующей терапии и ее продолжительности, а также присутствия оппортунистических инфекций и приверженности пациента выбранному режиму.

Последующие измерения вирусной нагрузки должны выполняться каждые 3–4 месяца. Если через 6 месяцев лечения дважды измеренная вирусная нагрузка остается более 500 копий РНК/мл плазмы, антиретровирусная терапия должна быть изменена.

В настоящее время разработаны более чувствительные методы определения вирусной нагрузки (до 50 копий РНК/мл). Клинические данные подтверждают, что снижение уровня РНК ВИЧ ниже 50 копий/мл ассоциируется с более полной и длительной вирусной супрессией, нежели при снижении РНК ВИЧ до 50–500 копий/мл плазмы.

Не рекомендуется измерять вирусную нагрузку в течение 4 недель после завершения лечения любой интеркуррентной инфекции, симптоматического заболевания или после иммунизации.

С целью получения более достоверных результатов определение вирусной нагрузки должно выполняться в одних и тех же условиях ввиду существующих различий среди коммерческих тестов.

Терапия первой линии должна проводиться комбинацией препаратов с высокой противовирусной активностью и хорошей переносимостью. Первая схема должна оставлять страте-

гические варианты на будущее, т.е. включать препараты, дающие наименьшую перекрестную резистентность.

Рекомендуемые схемы: AZT + ЗТС + IDV, AZT + ЗТС + EFV. Нелсон рекомендует вместо AZT + ЗТС DDI + D4T.

В настоящее время намечается переход к новой концепции АРТ – на основе разнообразия препаратов создавать более простые схемы лечения, включая такие, когда можно принимать препараты 1 раз в сутки. Рекомендуемые схемы (Юл): EFV + DDI + ЗТС, EFV + D4T + ЗТС. Использование для терапии первой линии простых и эффективных схем может продлить срок ее эффективности, т.е. снизить необходимость ВААРТ второй линии.

Рекомендации по назначению антиретровирусной терапии у пациентов с асимптомной ВИЧ-инфекцией

К настоящему времени получены убедительные данные о том, что антиретровирусная терапия обеспечивает успех и показана всем пациентам с симптоматической ВИЧ-инфекцией, независимо от показателей вирусной нагрузки и CD4⁺T-клеток, однако для лиц с асимптомной ВИЧ-инфекцией с количеством CD4⁺T-клеток >500/мм³ можно говорить только о теоретически предполагаемом успехе использования антиретровирусных средств ввиду отсутствия данных о достаточно длительных наблюдениях.

Используемые в настоящее время комбинации антиретровирусных агентов обладают выраженным противовирусным эффектом, однако, все они способны вызывать побочные явления, осложнения и взаимодействовать с другими лекарственными средствами, поэтому решение о назначении лечения пациентам с хронической асимптомной ВИЧ-инфекцией должно основываться на сопоставлении ряда факторов, определяющих риск и пользу терапии.

Серьезными аргументами, влияющими на решение начать терапию, являются: реальная или потенциальная возможность достигнуть максимального подавления вирусной репликации; сохранение иммунных функций; улучшение качества и продление жизни; снижение риска возникновения лекарственной резистентности из-за ранней супрессии вирусной репликации; минимальные токсические эффекты и лекарственные взаимодействия.

Негативными факторами раннего назначения антиретровирусной терапии могут служить: потенциальные неблагоприятные лекарственные эффекты; потенциальный риск развития ранней лекарственной резистентности; потенциальное ограничение выбора терапии в будущем и др.

При принятии решения о назначении терапии асимптомным больным должны учитывать-

ся желание пациента начать терапию, степень существующего иммунодефицита, определяемого количеством CD4⁺T-клеток, риск прогрессии ВИЧ-болезни, определяемый уровнем РНК ВИЧ в плазме, потенциальная польза и риск начальной терапии, вероятность приверженности пациента предписанному режиму.

В случае назначения терапии необходимо использовать мощные комбинации с целью добиться снижения вирусной нагрузки до неопределяемого уровня. В целом терапия показана всем пациентам с количеством CD4⁺T-клеток <500/мм³ или уровнем вирусной нагрузки >10 000 копий (bDNA), или >20 000 копий РНК (RT-PCR) в 1 мл плазмы.

Однако, для пациентов с асимптомной ВИЧ-инфекцией в настоящее время рассматриваются два подхода к назначению антиретровирусной терапии: первый – терапевтически более агрессивный, когда большинство пациентов должно лечиться на ранних стадиях болезни, учитывая, что ВИЧ-инфекция практически всегда является прогрессирующей; второй – терапевтически более осторожный подход, допускающий более позднее начало антиретровирусной терапии с учетом степени предполагаемого риска и пользы.

Первый подход основан на принципе раннего начала терапии до развития значительной иммуносупрессии и достижения неопределяемого уровня вирусной нагрузки. Так, все пациенты с количеством CD4⁺T-клеток меньше 500/мм³, а также те, у кого количество CD4⁺T-клеток больше 500/мм³, но уровень вирусной нагрузки более 10 000 копий (bDNA) или 20 000 копий (RT-PCR) в 1 мл плазмы, должны начать антиретровирусную терапию. Раннее значение антиретровирусной терапии может способствовать сохранению иммунокомпетентных клеток и выработке должного иммунного ответа, поэтому рекомендуется всем больным с первичной инфекцией при наличии возможностей назначать антиретровирусную терапию.

При более консервативном подходе пациентам с низким уровнем вирусной нагрузки и небольшим риском прогрессии ВИЧ-болезни с количеством CD4⁺T-клеток менее 500/мм³ терапия не назначается. В таких случаях продолжается мониторинг и наблюдение пациентов.

Если терапия начата у пациентов, ранее не принимавших антиретровирусные препараты, то она должна начинаться с режимов, предполагающих снижение вирусной нагрузки до неопределяемой.

Основываясь на опыте использования антиретровирусных агентов, рекомендуется начинать терапию с двух нуклеозидных ингибиторов ОТ и одного сильного ингибитора протеазы (ИП). Возможны и другие альтернативные режимы. Они включают два ИП, например, ритонавир и саквинавир (с одним или двумя НИОТ) или невирапин вместо ИП. Двойная ИП-терапия ри-

тонавиром и саквинавиром без НИОТ подавляет вирусную нагрузку ниже предела определения и удобна для приема дважды в день, однако надежность этой комбинации не вполне установлена, поэтому рекомендуется добавлять по крайней мере один НИОТ, если терапия начинается с двух ИП.

Замена ИП на невирапин или использование только двух НИОТ не снижает вирусную нагрузку ниже порога определения, как при сочетании двух НИОТ + ИП, поэтому данные комбинации должны применяться только в тех случаях, когда более жесткое лечение невозможно. Однако, некоторые эксперты обсуждают выбор тритерапии, включающей либо ИП, либо невирапин для пациентов, ранее не принимавших антиретровирусные агенты.

Другие режимы, использующие два ИП или ИП + ННИОТ в качестве начальной терапии, сейчас проходят клинические испытания. Клинические изучения двух утвержденных ННИОТ, подкрепленные результатами измерения вирусной нагрузки, выявили преимущество невирапина над делавирдином.

Необходимо учесть, что, хотя ЗТС является сильным НИОТ в комбинации с другими НИОТ, могут возникать ситуации, при которых не достигается полной вирусной супрессии, и тогда к ЗТС быстро развивается вирусная резистентность. Поэтому рекомендуется оптимальное использование этого препарата в комбинации из трех или более антиретровирусных агентов. В подобных режимах должны использоваться и другие антиретровирусные агенты, такие как ННИОТ – невирапин и делавирдин, к которым быстро развивается резистентность.

Новые варианты терапии были предложены в последние годы. Они включают эфавиренц (сутива), зидовудин и ламивудин (возможно, комбивир), другой вариант: индинавир, зидовудин и ламивудин, а также эфавиренц, d4Т, ЗТС) (Staszewski S. et al.; Bartlett J. et al, 2004; Aribos J., Glasgow, 2000).

Использование антиретровирусных агентов в качестве монотерапии не показано, за исключением случаев, когда нет другого выбора, или у беременных женщин для профилактики перинатальной инфекции.

С началом терапии все препараты должны приниматься синхронно, в полной дозе, но при использовании ритонавира, невирапина и сочетания ритонавира с саквинавиром дозы препаратов следует изменить. Особое внимание должно быть уделено лекарственным взаимодействиям ИП с другими лекарственными средствами.

Рекомендации по началу антиретровирусной терапии у пациентов с продвинутой ВИЧ-инфекцией

Стадия ВИЧ-инфекции у пациентов с оппортунистическими инфекциями, вастинг-синдро-

мом или злокачественными опухолями расценивается как продвинутой. Все пациенты с продвинутой ВИЧ-инфекцией должны получать антиретровирусную терапию, однако при этом необходимо учитывать некоторые особенности. Если у пациента имеется острая оппортунистическая инфекция или другое осложнение ВИЧ-инфекции, при решении начать терапию необходимо тщательно подбирать антивиральные режимы с учетом лекарственной токсичности, приемлемости выбранной терапии, лекарственных взаимодействий и лабораторных изменений. Начальная терапия должна включать максимально интенсивные режимы (два НИОТ + один ИП). Начатая антиретровирусная терапия не должна прерываться во время острой оппортунистической инфекции или злокачественного процесса, если это не связано с токсичностью препаратов, их непереносимостью или лекарственными взаимодействиями.

У пациентов с прогрессирующей к СПИДУ ВИЧ-инфекцией, получающих усложненные комбинации антиретровирусных агентов, возможны множественные лекарственные взаимодействия, поэтому выбор должен быть сделан с учетом всех потенциальных взаимодействий и перекрестной токсичности препаратов. Например, использование рифампина для лечения активных форм туберкулеза является проблематичным у пациентов, принимающих ингибиторы протеазы, которые отрицательно действуют на метаболизм рифампина, но, в то же время, являются необходимыми для эффективной супрессии вирусной репликации у пациентов с продвинутой ВИЧ-инфекцией. Наоборот, рифампин снижает концентрацию ИП в крови, что может сделать выбранный режим субоптимальным. Однако, несмотря на то, что рифампин противопоказан или не рекомендуется для совместного использования со всеми ингибиторами протеаз, обсуждается вопрос о возможности его применения в уменьшенных дозах.

Другими факторами, осложняющими течение продвинутой ВИЧ-инфекции, являются синдром истощения и анорексия, наличие которых у пациента может нарушить абсорбцию определенных ИП и снизить эффективность антиретровирусной терапии.

Костномозговая супрессия, ассоциируемая с АЗТ, а также нейтропении, вызываемые ddC, d4T и ddl, могут усугублять прямые эффекты ВИЧ, что может привести к их лекарственной непереносимости.

Гепатотоксичность, ассоциируемая с некоторыми ИП, может ограничивать использование этих лекарственных веществ, особенно у пациентов с дисфункцией печени.

Абсорбция и период полужизни некоторых лекарственных веществ могут быть изменены при одновременном использовании антиретровирусных агентов, особенно ИП и НИОТ, чей метаболизм вовлекает ферменты системы ци-

тохрома Р450: ритонавир, индинавир, саквинавир, нелфинавир и делавирдин – ингибируют ее, невирапин – индуцирует. Ингибиторы системы Р450 цитохрома обладают потенциальным свойством повышать концентрацию некоторых лекарственных препаратов, имеющих аналогичные пути метаболизма. Добавляя ингибитор системы Р450 цитохрома, иногда можно улучшить фармакокинетический профиль выбранных агентов (например, добавляя ритонавир к саквинавиру) и их противовирусный эффект, однако эти взаимодействия могут привести к угрожающим жизни последствиям, поэтому пациенты должны быть информированы о всех возможных последствиях, и решение о назначении таких комбинаций должно быть согласовано с пациентом.

Начало мощной антиретровирусной терапии часто ассоциируется с некоторой степенью восстановления иммунных функций. В этой связи у пациентов с продвинутой ВИЧ-инфекцией и субклиническим течением оппортунистических инфекций (атипичные микобактериозы или ЦМВИ) могут развиваться новые иммунные реакции в ответ на патоген и соответственно могут появиться новые симптомы, связанные с изменением иммунного и/или воспалительного ответа. Эти явления не должны расцениваться как неудачи антиретровирусной терапии. В таких случаях необходимо проводить лечение оппортунистических инфекций параллельно с антиретровирусной терапией и одновременно контролировать уровень вирусной нагрузки.

Режимами первой линии антиретровирусной терапии (АРВТ) являются:

- комбивир (CBV) + невирапин (NVP);
- при токсичности к АЗТ: ЗТС (эпивир) + D4T (зерит) + NVP;
- при токсичности к NVP: CBV + эфавиренц (EFV), за исключением женщин детородного возраста и беременным, которым эфавиренц противопоказан;
- при токсичности к EFV: CBV + абакавир (ABV)

Препаратами второй линии являются:

- видекс (DDI), абакавир (ABV) и калетра (LPV/r).

В то же время согласно данным Brun S. et al., 8th ECCATH, October 2001, #7 и Gathe et al. #570 11th CROI, San Francisco, 2004 возможно применение калетры однократно (LPV/r 800/200, а не LPV/r 400/100 дважды в сутки). Авторы относят калетру к препаратам первой линии для проведения АРВТ:

- высокая антиретровирусная активность – эффект фармакокинетического усиления;
- доказанная высокая эффективность в течение 6+ лет наблюдения независимо от уровня вирусной нагрузки и количества лимфоцитов CD4⁺ до начала лечения;
- применение калетры минимизирует возможность формирования резистентности в процессе лечения;

- удобные формы выпуска и режим приема: мягкие желатиновые капсулы, раствор для приема внутрь 2 раза в сутки независимо от приема пищи и жидкости;
- хороший профиль переносимости и безопасности;
- применение у всех категорий пациентов практически любого возраста.

Осложнения антиретровирусной терапии: липодистрофия и гиперлипидемия, связанные с ИП

- Гиперлипидемия является специфическим для ИП эффектом.
- Продолжительность лечения ИП – существенный фактор риска развития метаболических нарушений.
 - Гиперхолестеринемия у 26% больных, принимавших ИП в течение 1 года, у 51% после 2-х лет и у 83% после 3 лет.
 - Липодистрофия у >60% больных, принимавших ИП.
 - Повышен риск сердечно-сосудистых заболеваний.
 - Диабет – 4,7% (ИП), 2,6% (ННИОТ), HCV(+) – 4,6%, HCV(–) – 4,1%.
 - Кардио- и цереброваскулярные – 1,2% в год (ИП), 0,5% в год (ННИОТ).
 - Лактатемия (митохондриальная токсичность) при более 10 ммоль/л – стеатоз печени, YCV этому способствует.
 - Липополидистрофия.

Формирование приверженности к антиретровирусной терапии

- Обеспечить добровольное консультирование, тестирование и дальнейшее проведение психосоциальной поддержки для соблюдения режима терапии.
- Обеспечить обследование на ВИЧ-связанные заболевания и оппортунистические инфекции.
- Обеспечить лабораторный мониторинг, включая гематологические, биохимические тесты для определения токсичности лекарств, а также определения иммунологических параметров и вирусной нагрузки.
- Соблюдать адекватный прием лекарств, учитывая наличие перекрестной резистентности между лекарствами для лечения ВИЧ-инфекции и лекарствами для лечения ВИЧ-ассоциированных состояний.
- Определить возможность длительной закупки лекарств для проведения длительной терапии.
- Дать информацию и провести тренинг по безопасности и эффективности прописанных медицинских лекарств пациенту и лицам, наблюдающим за пациентами.

- Рентгенография грудной клетки, а при необходимости томограмма грудной клетки и других органов.
 - Перед началом или изменением антиретровирусной терапии дважды должны быть измерены вирусная нагрузка и количество CD4⁺T-клеток.
 - Все пациенты с симптоматической или продвинутой ВИЧ-инфекцией должны получать высокоинтенсивную противоретровирусную терапию.
 - Решение о назначении антиретровирусной терапии пациентам с асимптомной ВИЧ-инфекцией должно основываться на комплексной оценке вирусологических, иммунологических и психосоциальных факторов. В целом терапия показана пациентам с количеством CD4⁺T-клеток <500/мм³; если количество CD4⁺T-клеток >500/мм³, пациенты могут находиться под наблюдением врача без назначения антиретровирусной терапии или получать специфическое лечение. В таких случаях необходимо учитывать риск прогрессии ВИЧ-инфекции к СПИДу, определяемый уровнем РНК ВИЧ и количеством CD4⁺T-клеток.
 - С целью достижения максимальной вирусной супрессии необходимо начинать терапию с высокоинтенсивных режимов, включающих ингибитор протеазы и два нуклеозидных ингибитора ОТ; могут быть использованы другие комбинации, но они менее оптимальны.
 - Многие факторы, включая возобновление определения РНК ВИЧ в плазме после начальной супрессии до неопределяемого уровня, могут указывать на терапевтическую неудачу.
 - Решение относительно изменения терапии или назначения новых режимов должны быть тщательно обсуждены.
 - Пациентам с острой ВИЧ-инфекцией, вероятно, показана высокоинтенсивная антиретровирусная терапия; длительность лечения определена не установлена и может продолжаться в течение многих лет, если не всей жизни.
- Учитывая высокую стоимость антиретровирусной терапии и быстрое формирование резистентности к препаратам в некоторых странах рекомендуется назначать лечение при CD4<300 и вирусной нагрузке, превышающей 300 000 РНК ВИЧ в мл (WHO, 2000).

Стратегия улучшения приверженности, связанная с медицинским персоналом

- Установите доверие.
- Работайте как педагог, источник информации, осуществляя поддержку и наблюдение.
- Будьте доступны между визитами для решения вопросов, проблем через пейджер, включая отпуск/конференции.
- Сохраняйте приверженность наблюдению; интенсивному лечению в периоды низкой при-

верженности (например, частые визиты, привлечение семьи/друзей, других членов команды, направленные на ментальное здоровье или службу химической зависимости).

- Используйте здоровье бригады для всех больных; для трудных больных; для специальных нужд, например, будьте педагогом для подростков или наркоманов.

- Обсуждайте влияние новых диагнозов на приверженность, например, депрессии, заболеваний печени, возвратной химической зависимости, и включайте внедрение приверженности в лечение.

Стратегия улучшения приверженности, связанная с пациентом

- Обсуждайте план лечения, который пациент понимает и которому он/она вернется.

- Определите время, многочисленные встречи, чтобы изучить и объяснить цель терапии и необходимость приверженности.

- Установить готовность принимать препараты до первого назначения, как предписано.

- Привлечь семью и друзей к поддержке плана лечения.

- Разработать конкретный план для специфического режима, связи с приемом пищи, ежедневного расписания, побочных эффектов.

- Обеспечить письменное расписание и карточки препаратов, ежедневно или еженедельно коробочки с пилюлями, будильник, пэйджер, другие механические помощники в приверженности.

- Обеспечьте приверженность поддерживающих групп или добавьте приверженность к регулярной повестке дня поддерживающих групп.

- Обеспечьте связь с местными организациями по поводу приверженности с образовательными сессиями и практическими направлениями.

Направления улучшения приверженности, связанное со здоровьем бригады

- Используйте медсестер, фармацевтов, педагогов, добровольцев, руководителей, консультантов по лекарствам, помощников врачей, практикующих медсестер, научных медсестер, чтобы укрепить приверженность.

Дополнить внедрение приверженности к описанию работы ВИЧ-поддержки членами бригады; дополнить продолжение защитной роли, чтобы улучшить доступность пациента.

* * *

Приложение 1. Информированное согласие на проведение терапии ВИЧ-инфекции

Я _____

(Фамилия, имя, отчество полностью)

19 ____ года рождения, настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на проведение мне химиотерапии ВИЧ-инфекции и/или химиопрофилактики оппортунистических заболеваний с использованием следующих препаратов:

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему проведение данной терапии необходимо, разъяснено действие назначаемых мне препаратов, что я получил (получила) информационный листок для больного и ознакомился (ознакомилась) с ним, что мне сообщен контактный телефон, по которому я, в случае необходимости, могу связаться с моим лечащим врачом или лицом, его замещающим.

Я осознаю:

- Что назначаемое мне лечение направлено на подавление размножения вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) в организме и на предотвращение развития связанных с ВИЧ-инфекцией вторичных заболеваний, что оно не приведет к полному излечению от ВИЧ-инфекции и не предотвратит полностью возможность заражения мною других лиц.

- Что назначенное мне лечение в любой момент может быть прекращено по моему собственному желанию или решению лечащего врача, в том числе и из-за несоблюдения мною режима приема препарата или обследования. В случае прекращения лечения по решению лечащего врача мне должны быть разъяснены причины этого решения.

- Что назначаемые мне лекарственные препараты разрешены к применению в России.

- Что, как и любое лекарственное средство, они могут вызывать некоторые побочные реакции, информация о которых приведена в информационном листке для больного, с которым я ознакомился (ознакомилась).

Я обязуюсь:

- Проходить медицинское обследование для контроля за лечением по установленному графику, заполнять предусмотренные для этого анкеты, сдавать на анализы кровь и мочу.

- Принимать назначенные мне лекарственные препараты строго в соответствии с предписанием лечащего врача.

- Сообщать лечащему врачу обо всех нарушениях назначенного мне лечения или прекращении его по каким-либо причинам.

• Сообщать лечащему врачу обо всех изменениях в состоянии моего здоровья во время лечения и делать это незамедлительно (в течение суток), если я считаю, что эти изменения связаны с приемом назначенных мне препаратов.

• Не принимать, не посоветовавшись с лечащим врачом, какие-либо не назначенные им лекарственные препараты (даже если они назначаются другим врачом для приема не в экстренном порядке). Если же прием этих лекарств неизбежен (например, в экстренных случаях) обязательно сообщать об этом лечащему врачу.

Подпись больного: _____ Дата: _____

Врач _____ Дата: _____

* * *

Приложение 2. Лекция И. Пчелина «Приверженность к антиретровирусной терапии»

Приверженность лечению – следование пациентом предписанных специалистом процедур, направленных на выздоровление и/или улучшение самочувствия.

Программа приверженности – создание условий для повышения у пациента ответственности за свое здоровье и повышения приверженности лечению.

Факторы, влияющие на понижение приверженности при ВИЧ-инфекции:

- отсутствие/некачественное послетестовое консультирование;
- непринятие «диагноза»;
- невозможность постоянного мониторинга своего здоровья;
- зависимость самочувствие-приверженность;
- мифы о терапии / низкий уровень знания у пациента;
- сложный / долговременный режим приема препаратов;
- побочные эффекты препаратов;
- невозможность снятия побочных эффектов;
- неправильно подобранная комбинация;
- перебои с поставкой препаратов;
- неготовое окружение;
- употребление веществ, изменяющих сознание (алкоголь, наркотические средства);
- отсутствие / недостаток подготовленных специалистов;
- отсутствие / недостаток «равной» помощи;
- низкий социальный статус;
- отсутствие постоянного места жительства;
- и др.

Базовые условия для приверженности лечению ВИЧ-инфекции:

- доступ к достоверной и полноценной информации;
- квалифицированные специалисты;
- психологическая поддержка;
- доступ к «равной» помощи;
- помощь близкому окружению;
- наличие ВААРТ и мониторинга ее эффективности;

Дополнительные условия для приверженности лечению ВИЧ-инфекции (адресно):

- социальная помощь;
- реабилитация и абилитация (алкоголь, наркотические средства);
- духовная поддержка;
- паллиативная помощь;
- юридическая помощь / защита (дискриминация);
- и др.

«Равная» помощь в приверженности

- Школа пациента.
- Группы взаимопомощи:
 - информационная;
 - психологическая;
 - специализированная;
 - для родственников и близких;
 - «пицца-группа».

- Очное равное консультирование:
 - на территории медицинского учреждения;
 - на дому;
 - в офисе или на нейтральной территории.
- Дистанционное консультирование:
 - по телефону, почте, Интернету.
- Наставничество.
- «Равный» патронаж.
- «Равный» аутрич.

«Равные» информационные материалы:



Если я «положительный»

Автор описывает свой опыт принятия диагноза и жизни с ВИЧ. Издание рекомендуется ВИЧ-положительным людям, особенно тем, кому диагноз был поставлен недавно, а также как раздаточный материал во время послетестового консультирования при положительном анализе на ВИЧ.



Нам, родителям...

Данную брошюру автор адресует родителям, которые хотят помочь своим детям справиться с нелегкой задачей принятия диагноза ВИЧ-инфекция и достойно продолжать жить и трудиться, как полноправные члены общества.



Нужна ли мне терапия?

Автор делится своим положительным и отрицательным опытом приема терапии. Также в брошюре приведена справочная информация об антиретровирусных препаратах и их современных комбинациях.



Если я ВИЧ+ в м.л.с.

Эта брошюра составлена из рассказов ВИЧ-положительных, находящихся в местах лишения свободы. Некоторые из них к моменту издания брошюры уже освободились и живут нормальной жизнью. В брошюре также включены вставки с пояснениями специалистов.

Дневник пациента:

- график посещения врача;
- показатели CD4 и вирусной нагрузки;
- график изменения CD4 и вирусной нагрузки;
- ежемесячное измерение веса;
- график изменения веса;
- назначенная АРВ-терапия;
- список препаратов, используемых в ВААРТ;
- некоторые комбинации и способ их приема;
- запись тестов и лечения ТБ, гепатитов, ЦМВ и др.;
- список сделанных инъекций.

* * *

Приложение 3. Приверженность к антиретровирусной терапии при ВИЧ/СПИДе

(по материалам книги «Приверженность к антиретровирусной терапии» (Издание Правительства Кении, при поддержке международного центра репродуктивного здоровья, международного центра семьи FHI, USAID))

Введение

Эта книга предназначена для тех, кто готовит специалистов по антиретровирусной терапии (АРВТ), а также для больных ВИЧ/СПИДом. Движение от монотерапии к битерапии, тритерапии и более активной терапии, именуемой, как высокоактивная терапия (ВААРТ) — стандартный подход к лечению.

Для достижения эффекта лечения очень важна приверженность к схемам терапии, их особенностям. Это обеспечивает достижение основной цели терапии, снижение до неопределяемого уров-

ня вирусной нагрузки. При этом следует учитывать, что лекарства имеют побочные эффекты, возникают оппортунистические болезни, которые нуждаются в лечении для достижения основной цели — длительного сохранения здоровья. Мониторинг терапии необходим постоянно, ибо это пожизненная длительная терапия хронической болезни, которой является ВИЧ/СПИД.

Приверженность определяется как возможность и способность пациента следовать плану лечения, приему лекарств в предписанное время, учитывая ограничение в питании и приеме других препаратов.

Приверженность и соучастие

Приверженность: действия, оцениваемые, как борьба за что-либо; устойчивость, преданность; акт приверженности.

Согласие (compliance): действую, приспособляюсь, уступаю, и при возможности разделяю решение между провайдером и клиентом (пациентом).

Призыв к приверженности ВААРТ (разъяснить ее эффективность)

- Лечится ли ВИЧ-инфекция, какова может быть длительность лечения и жизни.
- Объяснить рекомендованные лекарства (их количество, какие, на что действуют).
- Специальная диета и прием жидкостей для каких лекарств (особенности).
- Побочные эффекты: эпизодические и длительные — разъяснить.

Цели терапии ВИЧ-инфекции и способы достижения её эффективности

Цели (обсудить повторно):

- Максимальная и длительная супрессия.
- Сохранение и/или восстановление иммунной системы.
- Улучшить качество жизни.
- Уменьшить частоту связанной с ВИЧ заболеваемости и смертности.

Способы:

- Максимальное соблюдение режима терапии.
- Рациональный подбор лекарств.
- Предусмотрение возможности дальнейшего выбора лекарств.
- Использование тестов для выявления резистентности к лекарствам.

Подготовка больного

- Необходимы 2–3 (даже 4) обсуждения («сессии») с больным до начала терапии.
- Установить специальное время и место для лучшего и длительного собеседования.
- Обеспечить продолжающийся процесс двухуровневого обмена между пациентом и тем, кто обеспечивает лечение («провайдер»).

Компоненты:

- Установите доверие между врачом-провайдером.
- Введение в лечение и приверженность.

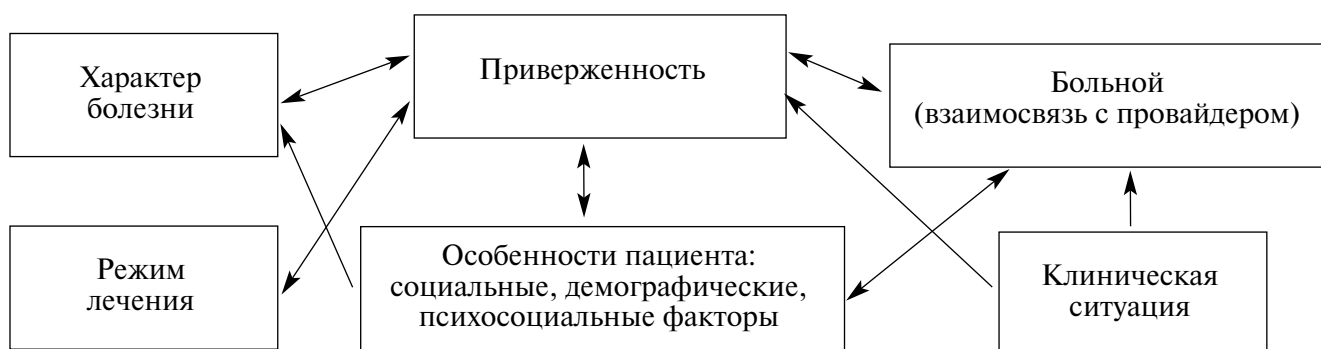
Дискуссии о:

- условиях жизни больного;
- расписании для пациента;
- понимании пациентом веры и отношения к болезни;
- выявление потенциальных барьеров, путей к их выявлению.

Последствия плохой приверженности

- Неполная вирусная супрессия;
- снижение CD₄-лимфоцитов;
- прогрессирование болезни;
- резистентность к лекарствам;
- ограничение выбора лекарств в будущем;
- высокая стоимость индивидуальных программ лечения.

Факторы, влияющие на приверженность



Текущая поддержка (примеры)

Устал от таблеток. Возможен ли «Отдых от лекарств»:

- проконсультируй, поддержи пациента;
- помоги с побочным эффектом;
- привлекли семью.

Побочные эффекты:

- обсуди их в начале терапии и в период ее проведения;
- проинформируй, как можно помочь;
- используй литературу.

Побочные эффекты: тошнота и рвота.

- Чаще возникает с приемом АЗТ, видекса или калетры.
- Кратковременна и проходит через 2–4 недели.
- Идите к врачу, если сильные боли в животе, затрудненное дыхание, дезориентация – может быть молочно-кислый ацидоз.
- Обезвоживание, лихорадка, нарушение сознания – может быть менингит, а не побочный эффект.

Побочные эффекты

- Липоатрофия/липодистрофия – перераспределение жира.
- Обычно возникает после нескольких месяцев лечения, чаще зерита с ингибиторами протеазы.
- Чаще необратимо.
- Если сочетается с метаболическими расстройствами – режим должен быть изменен.
- Обследование на диабет, гиперлипидемию.

Другие побочные эффекты:

Гепатит, панкреатит, нарушение функций почек, анемия, метаболические расстройства, такие как гипергликемия, гиперлипидемия, установленные лабораторными тестами, требуют врачебного участия.

Изменение приверженности (суммация методов)

- Самостоятельные сообщения.
- Количество таблеток.
- Фармакологические протоколы (записи).
- Биологические маркеры.
- Электронные приспособления.
- Измерение уровня лекарств.

Самостоятельные сообщения

- Точное самостоятельное сообщение может быть максимальным.
- Подходить к пациенту, не обсуждая его.
- Спрашивать о большинстве недавних и текущих днях.
- Спрашивать о пропущенных дозах.
- Используйте быструю помощь в напоминании, подсказках.
- Вести дневник.
- Сообщить о наличии горячей линии (телефон доверия для постоянной связи с центром).

Э. Койл

Введение в тему

Заклученные — ЭТО ЛЮДИ

Во многих странах большой процент содержащихся в тюрьмах заключенных инфицирован заразными заболеваниями, такими как туберкулез, гепатит и ВИЧ/СПИД.

Тюремное руководство несет ответственность перед теми, кто попадает в тюрьму, в особенности перед заключенными, но также и перед персоналом и посетителями, за то, чтобы они не подвергались риску заражения. Если руководство не справляется с этой задачей, то в результате контактов между тюрьмой и гражданским сообществом (через тюремный персонал и посетителей, а также через освобожденных заключенных) возникают проблемы со здоровьем в самом этом сообществе.

Основная задача данной публикации — помочь тюремному персоналу выработать правильный подход к заключенным.

Лица, находящиеся под арестом или в заключении, не перестают оставаться людьми, вне зависимости от того, насколько серьезно преступление, в котором они обвиняются или из-за которого содержатся в заключении. Суд или другое судебное учреждение, рассматривавшее дело, принимает решение о лишении этого лица свободы, но отнюдь не отбирает у него право оставаться человеком.

Тюремный персонал никогда не должен забывать, что заключенные — это люди. Тюремные сотрудники должны бороться с соблазном относиться к заключенным не как к людям, а как к существам под определенными номерами. Кроме того, тюремный персонал не имеет никаких прав налагать дополнительные наказания на заключенных, обращаясь с ними как с людьми низшей расы, которые потеряли свое право на уважение в силу своего проступка или обвинения в таковом. Плохое отношение к заключенным не имеет никакого оправдания, оно всегда незаконно. При этом такое поведение отдельных тюремных служащих только наносит вред их собственной репутации.

Лица, находящиеся под арестом или отбывающие наказание в тюремных заведениях, сохраняют все права человека, за исключением тех, которые они теряют в связи с потерей свободы. Тюремное руководство и персонал всегда должны четко понимать вытекающие из этого принципа последствия. Например, существует полный запрет на применение пыток и преднамеренно жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения с заключенными. Следует также помнить, что этот запрет относится не только к физическому или умственному насилию. Он подразумевает также всю совокупность условий, в которых содержатся заключенные.

Следует очень осторожно подходить к вопросу о том, каких прав лишается человек вследствие лишения свободы.

Право на свободу передвижений естественно ограничено самим характером заключения, равно как и свобода общения. Но заключенные не полностью лишены даже этих прав, поскольку они редко содержатся в полной изоляции, а если их помещают в такие условия, то на это должны быть очень веские конкретные причины.

Права на общение с семьей заключенный не лишается, однако пользование этим правом вполне может быть ограничено. Например, отец не имеет неограниченной возможности общаться со своими детьми, равно как и они лишены возможности постоянно общаться со своим отцом, находящимся в заключении. Возможность создавать семью и поддерживать семейные отношения — это еще одно право, которое по-разному ограничено в различных юрисдикциях. В некоторых странах заключенным не разрешается вступать в интимные отношения с супругами или сожительями, пока они находятся в заключении; в других странах такие отношения допускаются при очень ограниченных условиях; в некоторых странах разрешается иметь совершенно нормальные половые отношения, но только в течение конкретного периода времени.

Особого внимания заслуживают права матери и ребенка на нормальную семейную жизнь.

Право каждого гражданина принимать участие в управлении страной непосредственно или через своего представителя также может быть ограничено вследствие тюремного заключения. В некоторых странах досудебные заключенные имеют право голоса. В других странах голосуют все заключенные, а в некоторых странах никто из находящихся в местах заключения не имеет права принимать участия в выборах, запрет на голосование может распространяться даже на тех, кто уже отсидел свой срок и покинул тюремные стены.

Мужчины, женщины и дети, находящиеся в тюрьме, остаются людьми. Этот принцип преобладает над их тюремным статусом. В равной степени людьми являются и все те, кто работают в тюремных заведениях. Сохранение гуманных и достойных взаимоотношений в условиях тюрьмы зависит от того, в какой степени эти две группы признают, что обе они являются *homo sapiens*. В тех заведениях, где об этом забывают, появляется реальная опасность нарушения прав человека.

Если персонал не проявляет должного уважения к заключенным, не видит в них живых людей с присущим каждому человеку чувством собственного достоинства, то нечего и говорить о соблюдении прав человека. Поведение персонала, уважительное и достойное отношение к заключенным должно находиться в основе всей деятельности тюремного заведения. И это не только вопрос соблюдения принципов защиты прав человека. В контексте работы тюрьмы это означает наиболее эффективный и производительный способ управления тюрьмой. Кроме того,

нарушение этих прав, неспособность выполнить соответствующие обязательства может иметь и юридические последствия для тюремной администрации.

Полный запрет на пытки и жестокое обращение. Международные документы по правам человека не оставляют каких-либо сомнений или неопределенности в отношении пыток или жестокого обращения. В них четко указано, что никакие исключительные обстоятельства не могут служить оправданием применения пыток или других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения или наказания. Пытки определяются как умышленные действия, заставляющие человека страдать от сильной боли, физической или психической, в отличие от той боли и страданий, которые человек уже испытывает в силу своего заключения в тюремных стенах.

Запрет на пытки приобретает особое значение в отношении мест содержания досудебных заключенных во время проведения следствия, поскольку именно там может возникнуть желание использовать давление для получения информации, важной при принятии решения по уголовному делу. Самым очевидным тому примером может быть случай, когда человек признается в преступлении в результате жестокого обращения на этапе расследования. Это является сильным аргументом в пользу административного отделения следственных органов от органов содержания преступников под стражей после суда.

Закрытый и изолированный характер тюремных заведений предоставляет возможность для безнаказанного насилия, совершаемого иногда в организованном порядке, а иногда просто отдельными сотрудниками тюрьмы. Существует опасность, что в тех странах или пенитенциарных системах, где карательная функция тюремных заведений имеет приоритет, действия, которые квалифицируются как пытки или жестокое обращение, например, повседневное незаконное применение силы в отношении заключенных и их избивание, начинают восприниматься персоналом как «нормальное» поведение.

Все государственные органы, отвечающие за управление тюрьмами, обязаны обеспечить оздоровление персонала и других официальных лиц, посещающих тюрьмы, с запретом на пытки и другие виды жестокого, бесчеловечного и унижающего достоинство обращения.

Государственные органы должны обеспечить, чтобы ни одно из оперативных правил работы тюрьмы не было истолковано персоналом как разрешение применять жестокость в отношении заключенного. В особенности это относится к правилам обращения с трудными или нежелающими подчиняться тюремным правилам заключенными и с теми закоренелыми преступниками, которые содержатся в специальных изоляторах. Имеются некоторые ключевые мо-

менты, которые задают тон обращению с заключенными. Первый такой момент возникает, когда заключенный попадает в тюрьму. Обращение с ним или с ней в этот момент является для заключенного и для всех остальных важным индикатором того, что ожидает их будущем. Попадая первый раз в тюрьму, одни будут испытывать страх или чувствовать себя подавленным, другие, наоборот, будут настроены воинственно, либо будут находиться под влиянием наркотиков или алкоголя. Важно, чтобы персонал, принимая нового заключенного, относился к нему достойно и уважительно. Специальные, не менее важные правила должны определять обращение с буйными заключенными, нарушающими тюремные правила, и с теми заключенными, которые в целом являются трудно управляемыми. Обращение с такими личностями должно быть твердым и решительным, при этом в нем не должно быть и намека на жестокость или бесчеловечность.

Известно, что заключенные не защищены от сексуальных надругательств; они могут быть навязаны силой или в качестве бартера за определенные привилегии. В некоторых случаях лицом, совершающим сексуальные злоупотребления, может оказаться сотрудник тюрьмы или, что более типично, другой заключенный. Зачастую сексуальные злоупотребления заключенных прикрываются тюремным персоналом и используются как одна из форм наказания или контроля за их поведением. Во многих странах происходящие в тюрьмах случаи изнасилования вызывают озабоченность властей и широкой общественности. В дополнение к физическому и моральному ущербу, такое поведение увеличивает опасность распространения ВИЧ/СПИДа и других заболеваний. Тюремное руководство несет ответственность за обеспечение безопасности заключенных, особенно женщин, от угрозы сексуальных злоупотреблений.

Персоналу тюрем следует разъяснить, что ни при каких обстоятельствах поведение заключенного не следует использовать в качестве оправдания применения пыток или других видов жестокого обращения. Если возникает необходимость применить силу, то делать это следует в соответствии с установленными процедурами и только в той степени, которая необходима для пресечения злостного поведения заключенного. Должны быть разработаны специальные согласованные правила применения физической силы, с уточнением конкретных средств усмирения, разрешенных к применению, таких как наручники, ограничивающие свободу движений пояса и цепи, а также правила применения полицейских дубинок различного типа. У тюремного персонала не должно быть свободного доступа к наручникам, поясам и смирительным рубашкам. Эти средства должны храниться в определенном центральном помещении тюрьмы и любое их применение должно быть разрешено

старшим по званию. Необходимо вести полный учет всех случаев использования этих средств с указанием обстоятельств, приведших к их применению.

Во многих странах отдельным сотрудникам выдают полицейские дубинки для индивидуального пользования. Необходимо иметь четкие инструкции, в которых указаны обстоятельства возможного их применения. Дубинки могут быть использованы только для самозащиты персонала, а не для наказания заключенных. При выполнении своих ежедневных обязанностей персонал не должен носить дубинки в руках.

Существуют разнообразные методы контроля склонных к насилию заключенных, предусматривающие минимальное применение силы и снижающие вероятность серьезных травм персонала и заключенных. Персонал должен быть обучен этим методам и регулярно проводить соответствующие тренировки. В случае возникновения насилия или при необходимости «обуздать» разбушевавшегося заключенного старший по званию сотрудник тюрьмы должен как можно быстрее прибыть к месту происшествия и оставаться на месте до тех пор, пока не будет «погашен» очаг насилия.

Необходимо разработать доступный свод правил, в соответствии с которыми заключенные могут, не боясь последствий, подавать жалобы в какой-либо независимый орган в случае применения пыток или любого другого вида жестокого или унижающего их достоинство обращения.

Должна быть разработана система регулярного доступа в тюрьму судьи или иных независимых лиц, что обеспечит невозможность применения пыток или других видов жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения.

Процедуры приема заключенных в тюрьму. Задержанные или осужденные особенно уязвимы, когда они поступают в места содержания под арестом или заключения. Международное право признает, что именно в это время должен работать специальный механизм защиты их права на жизнь и защиты от применения пыток и жестокого обращения. Существует целый ряд международных документов, излагающих обязанности тюремного персонала и права заключенных при первом поступлении в места содержания под арестом, которые направлены на предотвращение применения пыток и жестокого обращения, исчезновения, незаконного истребления и самоубийства.

В разных странах мира выработана хорошая практика приема заключенных, при которой тюремный персонал не только соблюдает все законные требования, но и принимает во внимание достоинство заключенного. На примере такого опыта можно разработать ряд рекомендаций для всеобщего применения, которые могут быть приспособлены к местным традициям и

культуре поведения, а также к местным экономическим и социальным условиям.

Этими правами обладают все заключенные, вне зависимости от того, находятся ли они на стадии probation или по их делу ведется следствие, ожидают ли они решения суда или уже осуждены. Важные дополнительные соображения относятся к специфическим группам заключенных, таким как досудебные заключенные, несовершеннолетние преступники и молодые заключенные, а также женщины.

Все заключенные могут содержаться только в официально признанном месте заключения. Первая задача тюремных властей – убедиться в том, что каждое лицо, поступающее в тюрьму, сопровождается имеющим силу постановлением об аресте. Такое постановление должно быть выдано и подписано представителем судебной власти или другим компетентным органом.

Тюремные власти должны вести официальный регулярный реестр всех задержанных как в месте задержания, так и (по возможности) в централизованном реестре. В реестре указывается дата и время приема заключенного, а также государственный орган, который отвечает за содержание данного лица в заключении. Информация, занесенная в такие реестры, должна быть доступна судебным и другим компетентным органам или лицам, проявляющим к ней законный интерес.

Сведения о каждом заключенном должны быть достаточно полными и позволяющими установить его личность. Это необходимо, чтобы обеспечить пребывание в тюремном заведении только тех лиц, по которым была выдана официальная санкция на их арест, чтобы такие лица не находились в заключении больше, чем того требует закон, чтобы не нарушались их права, не произошло их «исчезновение», чтобы они не стали жертвами пыток или иного жестокого обращения, либо незаконной казни. Реестр должен быть переплетен, а каждая сделанная в нем запись – пронумерована, что позволит исключить возможность удаления или добавления новых записей, нарушающих общий порядок их следования.

Если лицо содержится под стражей до вынесения приговора, то на это должна иметься соответствующая санкция в письменном виде, в которой указывается конкретная дата вызова в соответствующий судебный орган.

Всем лицам, поступившим в тюрьму, должна быть предоставлена возможность как можно скорее проинформировать своих адвокатов и членов семьи о своем местонахождении. Такая же возможность должна быть предоставлена при переводе заключенного в другую тюрьму или место содержания под арестом.

Особое внимание следует уделять заключенным, которые несут ответственность за престарелых, малолетних или больных членов своей семьи. Это прежде всего касается заключенных женщин.

Заключенным-иностранцам, особенно тем, кто содержится в заключении до суда, должна быть предоставлена возможность войти в контакт и получить свидание с официальными представителями своей страны. Если эти лица являются беженцами, либо находятся под защитой межправительственной организации, то они обладают правом на свидание с представителями компетентной международной организации. Необходимо помнить, что такие контакты следует осуществлять только с согласия заключенного. Могут быть случаи, когда заключенный, являющийся иностранным гражданином, нуждается в защите от высылки из страны или репатриации его в какое-либо государство, где он может подвергнуться пыткам или другому жестокому обращению.

Незамедлительно после поступления задержанного или заключенного в тюрьму он должен быть осмотрен медицинским работником соответствующей квалификации. Заключенному следует бесплатно предоставить всю необходимую медицинскую помощь.

В некоторых тюрьмах трудно организовать медицинский осмотр всех заключенных немедленно после их поступления. Может оказаться, что в тюрьме нет постоянного врача или слишком много вновь поступивших заключенных, и врач не в состоянии осмотреть всех немедленно, особенно если заключенные прибывают в тюрьму вечером. В таких случаях следует предусмотреть возможность предварительного осмотра заключенных квалифицированной медицинской сестрой, предоставив возможность врачу заняться теми, кто явно болен и нуждается в медицинской помощи, или тех, кого к нему направляет медсестра. При такой организации врач проводит полный медицинский осмотр всех заключенных на следующий день после их приема в тюрьму.

Поскольку значительную долю женщин-заключенных составляют пострадавшие от сексуальных домогательств, то сотрудники женских тюрем, ведущие прием новых заключенных, должны пройти специальную профессиональную подготовку, позволяющую понимать целый ряд шепетильных вопросов.

Жизнь заключенных в тюрьме должна начинаться и продолжаться в рамках справедливого отношения, которое могло бы помочь им справиться с чувством бессилия и позволило бы понять, что они остаются гражданами, обладающими правами и обязанностями. Это особенно важно для тех, кто попадает в тюрьму в первый раз. Сразу же после приема заключенных необходимо ознакомить их с правилами поведения в данной тюрьме, чтобы они знали, чего ждет от них тюремный персонал и что они могут ожидать от персонала. По возможности каждый заключенный должен получить свой собственный экземпляр тюремных правил.

(Проложение следует)

СПРАВКА

о ситуации ВИЧ-инфекции на 31 мая 2006 года

По данным, предоставленным Российским научно-методическим центром по профилактике и борьбе со СПИДом, на 31 мая 2006 г. всего в России зарегистрировано (с начала учета 01.01.1987 г.) **345 620** ВИЧ-инфицированных.

Ниже приводится таблица количества ВИЧ-инфицированных по регионам.

Регион	Количество ВИЧ-инфицированных					Из них больны СПИДом				Кроме того на 31.03.06*
	всего	детей	рождены от ВИЧ+ матерей	из них умерло		всего	детей	из них умерло		
				всего	детей			всего	детей	
Без определен. места жител.	4158	15	0	135	0	12	0	5	0	21
Республика Башкортостан	5824	25	21	353	1	8	1	7	1	106
Республика Бурятия	2412	26	15	213	3	31	1	29	1	170
Республика Дагестан	636	7	2	72	4	19	4	19	4	4
Кабардино-Балкарская респ.	248	0	0	27	0	4	0	4	0	0
Республика Калмыкия	164	75	3	68	44	104	62	58	38	3
Республика Карелия	354	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Республика Коми	776	6	2	47	0	10	0	10	0	28
Республика Марий Эл	467	1	1	37	0	8	0	5	0	28
Республика Мордовия	461	2	0	25	0	1	0	1	0	29
Республика Северная Осетия	463	2	1	13	0	3	0	3	0	17
Республика Татарстан	7214	20	2	88	1	3	1	3	1	55
Республика Тыва	24	2	0	1	0	1	0	1	0	0
Удмуртская республика	2540	14	7	17	0	4	0	4	0	175
Чечня	646	14	8	27	4	7	3	7	3	21
Чувашская Республика	600	3	1	55	0	15	0	10	0	7
Республика Саха (Якутия)	491	1	0	17	0	6	0	6	0	2
Алтайский край	3821	13	3	111	0	17	0	7	0	32
Краснодарский край	5546	32	24	57	1	29	1	27	1	390
Красноярский край	6289	32	11	66	0	1	0	1	0	536
Приморский край	6042	13	5	42	0	4	0	3	0	288
Ставропольский край	446	17	1	58	7	23	9	20	6	11
Хабаровский край	889	2	0	43	0	17	0	15	0	45
Амурская область	176	0	0	3	0	1	0	1	0	2
Архангельская область	201	4	2	16	0	3	0	3	0	6
Астраханская область	243	3	0	22	1	11	1	6	1	11
Белгородская область	421	2	0	39	0	8	0	8	0	43
Брянская область	948	7	7	45	0	11	0	8	0	40
Владимирская область	1518	5	2	83	0	7	0	6	0	92
Волгоградская область	4881	71	13	273	30	86	38	67	26	173
Вологодская область	910	6	0	13	0	2	0	2	0	12
Воронежская область	443	3	2	42	0	19	0	18	0	41
Нижегородская область	3883	27	12	101	1	13	0	13	0	113
Ивановская область	3404	29	18	122	3	14	1	10	1	140
Иркутская область	19 884	191	66	85	2	4	0	4	0	1169
Калининградская область	5053	16	5	456	0	63	1	57	0	199
Тверская область	5095	49	37	317	1	100	1	52	0	218
Калужская область	1063	4	2	89	1	17	0	14	0	90
Камчатская область	64	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Кемеровская область	7903	57	29	122	0	11	0	11	0	46
Кировская область	235	2	1	16	0	7	0	7	0	6

* Всего детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, находящихся на диспансерном наблюдении до установления диагноза ВИЧ-инфекции

Регион	Количество ВИЧ-инфицированных					Из них больны СПИДом				Кроме того на 31.03.06*
	всего	детей	рождены от ВИЧ+ матерей	из них умерло		всего	детей	из них умерло		
				всего	детей			всего	детей	
Костромская область	959	7	3	48	0	3	0	3	0	42
Самарская область	24 096	137	69	735	1	24	0	21	0	815
Курганская область	1722	5	1	9	0	0	0	0	0	92
Курская область	259	1	1	4	0	1	0	1	0	15
Ленинградская область	9889	57	14	277	1	10	1	10	1	456
Липецкая область	171	0	0	14	0	4	0	4	0	3
Магаданская область	75	3	2	4	0	1	0	0	0	2
Московская область	27 970	183	67	665	2	39	1	22	0	1808
Мурманская область	1680	8	4	54	0	27	0	13	0	51
Новгородская область	754	5	3	60	0	64	1	13	0	17
Новосибирская область	989	9	5	20	0	5	0	3	0	1
Омская область	410	1	1	6	0	0	0	0	0	3
Оренбургская область	14 576	54	10	7	0	0	0	0	0	908
Орловская область	831	2	1	80	0	35	0	14	0	30
Пензенская область	875	2	0	58	0	14	0	14	0	11
Пермская область	6472	29	16	393	1	21	0	21	0	13
Псковская область	274	1	0	16	0	8	0	5	0	0
Ростовская область	3261	109	0	145	44	152	65	127	43	254
Рязанская область	1836	3	3	213	0	46	0	46	0	122
Саратовская область	7261	48	39	15	1	2	0	2	0	343
Сахалинская область	126	1	1	1	0	0	0	0	0	0
Свердловская область	27 877	160	70	1480	9	148	6	145	6	1942
Смоленская область	572	10	6	39	1	9	1	8	1	4
Тамбовская область	467	3	2	50	1	12	1	10	1	29
Томская область	849	4	4	63	0	7	0	5	0	60
Тульская область	3838	18	11	359	1	73	1	48	1	180
Тюменская область	7397	35	13	249	1	13	0	13	0	40
Ульяновская область	7004	46	34	515	2	82	2	53	0	335
Челябинская область	15 577	54	23	40	0	4	0	2	0	1236
Читинская область	1776	7	3	13	1	3	0	2	0	42
Ярославская область	972	3	1	66	0	23	0	17	0	41
Москва	25 754	126	95	336	1	259	3	122	0	131
Санкт-Петербург	30 106	143	55	340	0	19	2	11	0	607
Республика Ингушетия	545	2	2	38	0	0	0	0	0	8
Агинский Бурятский АО	5	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Усть-Ордынск. Бурятск. АО	244	1	0	2	0	0	0	0	0	6
Еврейская АО	35	0	0	1	0	1	0	0	0	1
Чукотский АО	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Таймырский АО	52	0	0	1	0	0	0	0	0	5
Республика Алтай	74	0	0	4	0	0	0	0	0	0
Карачаево-Черкесская респ.	59	3	1	5	1	3	1	3	1	1
Республика Хакассия	148	0	0	2	0	0	0	0	0	1
Эвенкийский АО	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Корякский АО	3	1	0	1	1	1	1	1	1	0
Республика Адыгея	168	0	0	0	0	0	0	0	0	14
Ненецкий АО	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ямало-Ненецкий АО	1043	3	0	74	0	7	0	5	0	8
Ханты-Мансийский АО	9684	36	16	641	1	25	0	25	0	675
Коми-Пермяцкий АО	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Итого:	345 620	2119	880	10 559	174	1850	210	1321	138	14 722

* Всего детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, находящихся на диспансерном наблюдении до установления диагноза ВИЧ-инфекции

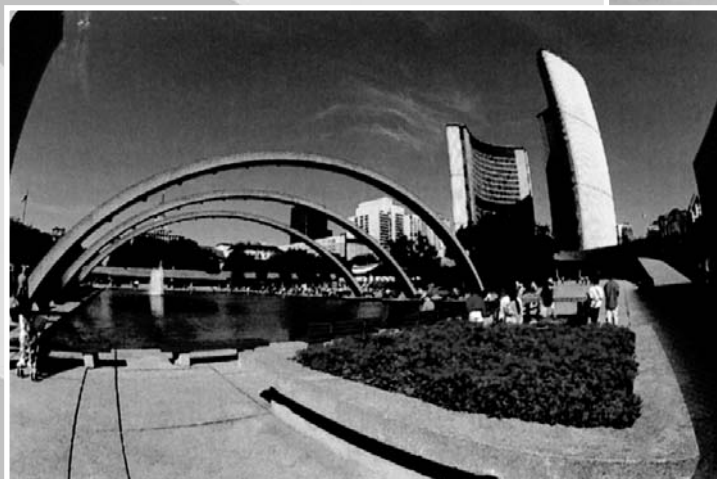


XVI Международная
конференция по СПИДу
• 13–18 августа 2006 •

Читайте в следующем номере



TORONTO



AIDS 2006

Time to Deliver

ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ «ШАГИ»

РОФ «Шаги» при финансовой поддержке фонда «Российское здравоохранение» в рамках Программы IV раунда Глобального фонда.
Электронная почта: shagi@hiv-aids.ru

**РАВНЫЙ – РАВНОМУ
ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ – ПОЛОЖИТЕЛЬНОМУ**

8 800 200 5555

**Первая в России Горячая линия «Равный – равному»
на уровне всей страны!**

Абонент не платит за междугородний звонок.

Для всех, звонящих на Горячую линию, звонок бесплатный.

На Горячей линии работают, в основном, ВИЧ-положительные консультанты.

Режим работы: с 9 утра до 9 вечера по московскому времени.