

ШАГИ

№ 4/2006

профессионал

«Первое, что поразило, — это то, что, оказывается, в Иркутске проблем нет».

Стр. 21



Юлия Величкина

Положительная газета для положительных людей

ШАГИ

экспресс

№ 111 | 2011 | Понедельник 18 июня 2011 г.

Издатель: Общероссийский благотворительный фонд борьбы со СПИДом «Шаги»

Мисс Вселенная встречается с ВИЧ-положительными россиянами

В номере:

- Мисс Вселенная встречается с ВИЧ-положительными россиянами
- Положительная газета для положительных людей
- Принимая в...



Положительная газета для положительных людей

ШАГИ

экспресс

№ 112 | 2011 | Понедельник 18 июня 2011 г.

Издатель: Общероссийский благотворительный фонд борьбы со СПИДом «Шаги»

18 июня в России отмечается День медицинского работника

В номере:

- 18 июня в России отмечается День медицинского работника
- Положительная газета для положительных людей
- Принимая в...



Положительная газета для положительных людей

ШАГИ

экспресс

№ 113 | 2011 | Понедельник 18 июня 2011 г.

Издатель: Общероссийский благотворительный фонд борьбы со СПИДом «Шаги»

Принимая в...

В номере:

- Принимая в...
- Положительная газета для положительных людей
- Принимая в...

Положительная газета для положительных людей

ШАГИ

экспресс

№ 114 | 2011 | Понедельник 18 июня 2011 г.

Издатель: Общероссийский благотворительный фонд борьбы со СПИДом «Шаги»

8-800-200-5555 ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ «ШАГИ» начало работы 24 мая

В номере:

- 8-800-200-5555 ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ «ШАГИ» начало работы 24 мая
- Положительная газета для положительных людей
- Принимая в...

Положительная газета для положительных людей

ШАГИ

экспресс

№ 115 | 2011 | Понедельник 18 июня 2011 г.

Издатель: Общероссийский благотворительный фонд борьбы со СПИДом «Шаги»

ЗАВЕРШИЛСЯ САМИТ «БОЛЬШОЙ ВОСЬМЕРКИ»

В номере:

- ЗАВЕРШИЛСЯ САМИТ «БОЛЬШОЙ ВОСЬМЕРКИ»
- Положительная газета для положительных людей
- Принимая в...

Положительная газета для положительных людей

ШАГИ

экспресс

№ 116 | 2011 | Понедельник 18 июня 2011 г.

Издатель: Общероссийский благотворительный фонд борьбы со СПИДом «Шаги»

Президент РФ с Госсовета по пр...

В номере:

- Президент РФ с Госсовета по пр...
- Положительная газета для положительных людей
- Принимая в...

ШАГИ

экспресс

Положительная газета для положительных людей

8 800 200 5555
равный-равному
положительный-положительному
Горячая линия
«Шаги»
Все звонки бесплатны!

Положительная газета для положительных людей

ШАГИ

экспресс

№ 117 | 2011 | Понедельник 18 июня 2011 г.

Издатель: Общероссийский благотворительный фонд борьбы со СПИДом «Шаги»

На саммите G8 в Санкт-Петербурге обсудят профилактику инфекционных заболеваний

В номере:

- На саммите G8 в Санкт-Петербурге обсудят профилактику инфекционных заболеваний
- Положительная газета для положительных людей
- Принимая в...

Положительная газета для положительных людей

ШАГИ

экспресс

№ 118 | 2011 | Понедельник 18 июня 2011 г.

Издатель: Общероссийский благотворительный фонд борьбы со СПИДом «Шаги»

ЦЕНТР ОБЪЕДИНЯЕТСЯ

В номере:

- ЦЕНТР ОБЪЕДИНЯЕТСЯ
- Положительная газета для положительных людей
- Принимая в...

Положительная газета для положительных людей

ШАГИ

экспресс

№ 119 | 2011 | Понедельник 18 июня 2011 г.

Издатель: Общероссийский благотворительный фонд борьбы со СПИДом «Шаги»

СОЗЫВАЮТСЯ ФОРУМЫ ЛЖВС

В номере:

- СОЗЫВАЮТСЯ ФОРУМЫ ЛЖВС
- Положительная газета для положительных людей
- Принимая в...

Положительная газета для положительных людей

ШАГИ

экспресс

№ 120 | 2011 | Понедельник 18 июня 2011 г.

Издатель: Общероссийский благотворительный фонд борьбы со СПИДом «Шаги»

Специальная Сессия Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу в Нью-Йорке

В номере:

- Специальная Сессия Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу в Нью-Йорке
- Положительная газета для положительных людей
- Принимая в...

Положительная газета для положительных людей

ШАГИ

экспресс

№ 121 | 2011 | Понедельник 18 июня 2011 г.

Издатель: Общероссийский благотворительный фонд борьбы со СПИДом «Шаги»

Созываются форумы ЛЖВС

В номере:

- Созываются форумы ЛЖВС
- Положительная газета для положительных людей
- Принимая в...

Положительная газета для положительных людей

ШАГИ

экспресс

№ 122 | 2011 | Понедельник 18 июня 2011 г.

Издатель: Общероссийский благотворительный фонд борьбы со СПИДом «Шаги»

Специальная Сессия Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу в Нью-Йорке

В номере:

- Специальная Сессия Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу в Нью-Йорке
- Положительная газета для положительных людей
- Принимая в...

Положительная газета для положительных людей

ШАГИ

экспресс

№ 123 | 2011 | Понедельник 18 июня 2011 г.

Издатель: Общероссийский благотворительный фонд борьбы со СПИДом «Шаги»

XVI Международная конференция по СПИДу

В номере:

- XVI Международная конференция по СПИДу
- Положительная газета для положительных людей
- Принимая в...

Положительная газета для положительных людей

ШАГИ

экспресс

№ 124 | 2011 | Понедельник 18 июня 2011 г.

Издатель: Общероссийский благотворительный фонд борьбы со СПИДом «Шаги»

Горячая линия «Шаги»

В номере:

- Горячая линия «Шаги»
- Положительная газета для положительных людей
- Принимая в...

Положительная газета для положительных людей

СОДЕРЖАНИЕ

Постановление О Правительственной комиссии по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции) от 9 октября 2006 г. № 608	2	
Новый перечень льготных лекарств	5	
В. Покровский: «Лечение уже есть, но многие об этом еще не знают...»	11	
Наши интервью		
IV раунд Глобального фонда (интервью с директором фонда «Российское здравоохранение» Д.А. Голяевым)	15	
На злобу дня		
Юлия Величкина: «Первое, что поразило, — это то, что, оказывается, в Иркутске проблем нет»	21	
Продолжение темы		
«Время жить!»	28	
Обзоры		
Эпидемиологический мониторинг ВИЧ/СПИДа: субъективизм и эмпирическая эпидемиология <i>Алексей Мазус</i>	35	
Опрос российских врачей о ВИЧ/СПИДе (окончание) <i>Т. Гербер, С. Мендельсон</i>	39	
Исследования		
Определение структурно-консервативных аминокислот петли V3 белка GP120 HIV-1 — перспективных «мишеней» для создания лекарственных препаратов методами белковой инженерии <i>А.М. Андрианов, В.Г. Вересов</i>	49	
Медицинские потребности и проблемы МСМ <i>Юрий Саранков</i>	58	
Хроника		
Круглый стол в Совете Федерации 17 октября 2006 года	72	
«Мне дорог каждый ребенок, а Вам?» (круглый стол в Центральном доме журналиста 20 октября 2006 года)	73	
«Касается меня. Касается каждого» (выставка в рамках информационной кампании «СтопСПИД» и Российского медиа-партнерства в борьбе с ВИЧ/СПИДом)	75	
Школа волонтеров 2006 в Краснодарском крае	77	
В помощь лечащему врачу		
Технология и организация профилактики вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции	79	
Имя беды наркотики		86
Статистика		
Справка Российского научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом о ситуации ВИЧ-инфекции на 31 октября 2006 года	94	
Вести отовсюду	10, 14, 20, 38, 48, 57, 85, 92, 96	

«ШАГИ профессионал» № 4 (4) 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.

Редационный совет: В.В. Покровский, А.В. Кравченко, И.Г. Сидорович, Г.О. Кудима, Э.В. Карамов, Н.А. Должанская, Т.А. Логинова, М.М. Шегай, И.В. Пчелин, Е.А. Шуманский, Е.А. Токаренко.

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 300 экз. Распространяется бесплатно.

Редакция приветствует перепечатку материалов журнала. При перепечатке ссылка на «ШАГИ профессионал» обязательна. © Все права защищены.



**Постановление от 9 октября 2006 г.
№ 608**

**О Правительственной комиссии по
вопросам профилактики, диагностики
и лечения заболевания, вызываемого
вирусом иммунодефицита человека
(ВИЧ-инфекции)**

Правительство Российской Федерации постановляет:

1. Образовать Правительственную комиссию по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции).
2. Утвердить прилагаемое Положение о Правительственной комиссии по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), и ее состав.

**Председатель Правительства
Российской Федерации М.Фрадков**

УТВЕРЖДЕНО
постановлением Правительства
Российской Федерации
от 9 октября 2006 г. № 608

ПОЛОЖЕНИЕ

**о Правительственной комиссии по вопросам профилактики, диагностики и лечения
заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)**

1. Правительственная комиссия по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции) (далее – Комиссия), является координационным органом, образованным для обеспечения согласованных действий федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области предупреждения (профилактики) ВИЧ-инфекции и оказания медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным лицам.

2. Комиссия руководствуется в своей деятельности Конституцией Российской Федерации, федеральными конституционными законами, федеральными законами, актами Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации, а также настоящим Положением.

3. Основными задачами Комиссии являются:

- обеспечение согласованных действий федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации по реализации основных направлений государственной политики в области предупреждения (профилактики) ВИЧ-инфекции и оказания медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным лицам, в том числе эпидемиологического надзора за распространением ВИЧ-инфекции среди населения;
- организация межведомственных мероприятий, направленных на обеспечение доступности медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции, медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным лицам;
- подготовка предложений по вопросам совершенствования законодательства в области предупреждения (профилактики) ВИЧ-инфек-

ции среди населения, обеспечения доступности медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции, а также медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным лицам.

4. Комиссия в целях реализации возложенных на нее задач выполняет следующие основные функции:

а) готовит предложения по разработке проектов нормативных правовых актов, связанных с решением вопросов, отнесенных к компетенции Комиссии;

б) рассматривает предложения федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и организаций по вопросам:

- формирования и реализации государственной политики Российской Федерации в области эпидемиологического надзора, профилактики, диагностики, лечения ВИЧ-инфекции, медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции и оказания медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным лицам;

- совершенствования правового регулирования отношений в области эпидемиологического надзора, профилактики, диагностики, лечения ВИЧ-инфекции, медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции и оказания медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным лицам;

в) рассматривает вопросы разработки и реализации федеральных целевых программ, других программ и проектов в области профилактики, диагностики, лечения и социальной поддержки ВИЧ-инфицированных лиц в Российской Федерации;

г) рассматривает вопросы и вырабатывает предложения, касающиеся международного сотрудничества в области профилактики, диагностики, лечения и социальной поддержки ВИЧ-инфицированных лиц;

д) обеспечивает взаимодействие федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации по вопросам:

- профилактики, диагностики, лечения ВИЧ-инфекции и социальной поддержки ВИЧ-инфицированных лиц;

- совершенствования системы специализированных медицинских организаций, осуществляющих свою деятельность в области эпидемиологического надзора, профилактики, диагностики, лечения ВИЧ-инфекции, медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции и оказания медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным лицам;

- профессиональной подготовки и переподготовки кадров, работающих в области эпидемиологического надзора, профилактики, диагностики, лечения ВИЧ-инфекции, медицинского освидетельствования и оказания медико-соци-

альной помощи ВИЧ-инфицированным лицам;

- совершенствования системы эпидемиологического надзора за распространением ВИЧ-инфекции, а также повышения эффективности профилактических мероприятий;

- оценки и прогнозирования эпидемической ситуации по заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации.

5. Комиссия имеет право:

а) запрашивать в установленном порядке у федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и организаций необходимые материалы и информацию по вопросам, входящим в компетенцию Комиссии;

б) заслушивать на своих заседаниях представителей федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации по вопросам, входящим в компетенцию Комиссии;

в) привлекать в установленном порядке к работе Комиссии представителей заинтересованных федеральных органов исполнительной власти, научных, общественных и других организаций, а также специалистов;

г) создавать рабочие группы для решения вопросов по отдельным направлениям деятельности Комиссии.

6. Председателем Комиссии является Министр здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

7. Состав Комиссии утверждается Правительством Российской Федерации на основе предложений Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, согласованных с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти.

Комиссия осуществляет свою деятельность в соответствии с планом работы, утверждаемым председателем Комиссии.

8. Заседания Комиссии проводятся не реже 2 раз в год. По мере необходимости могут проводиться внеочередные заседания.

9. Заседание Комиссии считается правомочным, если в нем принимает участие более половины ее членов.

Решения Комиссии принимаются открытым голосованием и считаются принятыми, если за них проголосовали более половины членов Комиссии, присутствующих на заседании. При равенстве голосов членов Комиссии голос председательствующего на заседании является решающим.

10. Член Комиссии в случае его отсутствия на заседании имеет право изложить свое мнение по рассматриваемым вопросам в письменной форме.

НОВЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ЛЬГОТНЫХ ЛЕКАРСТВ

Теперь льготники, страдающие ишемической болезнью сердца, диабетом и некоторыми другими заболеваниями, смогут бесплатно получать ряд новых препаратов. 1 ноября вступил в силу переработанный перечень лекарств, назначаемых в рамках программы дополнительного лекарственного обеспечения.

В новом списке присутствует 436 препаратов. Помимо сердечников и диабетиков, более качественное лечение отныне смогут получать льготники, больные артериальной гипертензией, различными инфекциями, астмой, раком, а также имеющие проблемы с желудочно-кишечным трактом. В то же время некоторые препараты, в частности для лечения ВИЧ-инфекции и туберкулеза, были исключены из перечня льготных лекарств.

Однако это не означает, что данным категориям льготников отныне придется платить за лекарства из собственного кармана. Дело в том, что эти препараты уже оплачиваются государством в рамках Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера» и национального проекта «Здоровье». Таким образом, исключение этих лекарств из перечня программы ДЛО объясняется необходимостью предотвратить двойное финансирование одних и тех же закупок. Кроме того, из списка «вырезали» ряд препаратов, которые применяются преимущественно в больницах под непосредственным присмотром медиков.

ПРИКАЗ

**Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации
(Минздравсоцразвития России) от 18 сентября 2006 г. № 665 г. Москва
Об утверждении Перечня лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача
(фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным
категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи**

Опубликовано 3 октября 2006 г.

Вступает в силу с 14 октября 2006 г.

Зарегистрирован в Минюсте РФ 27 сентября 2006 г.

Регистрационный № 8322

В соответствии со статьей 6.2 Федерального закона от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 29, ст. 3699; 2004, № 35, ст. 3607) в целях обеспечения граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг необходимыми лекарственными средствами при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи,

приказываю:

1. Утвердить Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи согласно приложению.

2. Признать утратившими силу приказы Минздравсоцразвития России от 28 сентября 2005 г. № 601 «Об утверждении Перечня лекарственных средств» (зарегистрирован Минюстом России 29 сентября 2005 г. № 7052), от 2 мая 2006 г. № 324 «О внесении изменений в Перечень лекарственных средств» (зарегистрирован Минюстом России 16 мая 2006 г. № 7840).

3. Настоящий приказ вступает в действие с 1 ноября 2006 г.

4. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации В.И. Стародубова.

Министр М. Зурабов

Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи

I. Антихолинэстеразные средства

Галантамин – таблетки, покрытые оболочкой.
Ипидакрин – таблетки.
Пиридоستيрина бромид – таблетки.

II. Опиоидные анальгетики и анальгетик смешанного действия

Бупренорфин – раствор для внутривенного и внутримышечного введения; таблетки подъязычные; терапевтическая система трансдермальная.
Морфин – раствор для инъекций; таблетки пролонгированного действия, покрытые оболочкой.
Морфин + Наркогин + Папаверина гидрохлорид + Кодеин + Тебаин – раствор для инъекций.
Трамадол – капсулы; раствор для инъекций; суппозитории ректальные; таблетки пролонгированного действия, покрытые оболочкой; таблетки.
Тримеперидин – раствор для инъекций; таблетки.
Фентанил – трансдермальная терапевтическая система.

III. Ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства

Ацетилсалициловая кислота – таблетки.
Диклофенак – гель; глазные капли; мазь; суппозитории ректальные; таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой; таблетки пролонгированного действия.
Ибупрофен – гель для наружного применения; крем для наружного применения; таблетки, покрытые оболочкой; суспензия для приема внутрь.
Индометацин – мазь для наружного применения; суппозитории; таблетки, покрытые оболочкой.
Кетопрофен – капсулы; крем; суппозитории; таблетки ретард; таблетки форте, покрытые оболочкой.
Кеторолак – таблетки, покрытые оболочкой.
Мелоксикам – таблетки.
Метамизол натрия и комбинированные препараты, содержащие метамизол натрия – таблетки.
Парацетамол – суппозитории ректальные; таблетки.
Парацетамол + Фенилэфрин + Фенирамин + Аскорбиновая кислота – порошок для приготовления раствора для приема внутрь.
Пироксикам – гель.

IV. Средства для лечения подагры

Аллопуринол – таблетки.
Безвременника великолепного алкалоид – таблетки, покрытые оболочкой.

V. Прочие противовоспалительные средства

Месалазин – суппозитории ректальные; суспензия ректальная; таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой.
Пеницилламин – таблетки.
Сульфасалазин – таблетки.
Хлорохин – таблетки.
Хондроитин сульфат – капсулы; мазь.

VI. Средства для лечения аллергических реакций

Дифенгидрамин – таблетки.
Кетотифен – таблетки.
Клемастин – таблетки.
Левосетиризин – таблетки, покрытые оболочкой.
Лоратадин – таблетки.
Мебгидролин – драже.
Хифенадин – таблетки.
Хлоропирамин – таблетки.
Цетиризин – капли для приема внутрь; таблетки, покрытые оболочкой.

VII. Противосудорожные средства

Бензобарбитал – таблетки.
Вальпроевая кислота – капли для приема внутрь; сироп; таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой; таблетки пролонгированного действия, покрытые оболочкой.
Карбамазепин – таблетки; таблетки пролонгированного действия; таблетки пролонгированного действия, покрытые оболочкой.
Клоназепам – таблетки.
Ламотриджин – таблетки.
Примидон – таблетки.
Топирамат – капсулы; таблетки, покрытые оболочкой.
Фенитоин – таблетки.
Фенобарбитал – таблетки.
Этосуксимид – капсулы.

VIII. Средства для лечения паркинсонизма

Бромокриптин – таблетки.
Леводопа + Карбидопа – таблетки.
Леводопа + Бенсеразид – капсулы; таблетки диспергируемые; таблетки.
Пирибедил – таблетки с контролируемым высвобождением, покрытые оболочкой.
Толперизон – таблетки, покрытые оболочкой.
Циклодол – таблетки.

IX. Анксиолитики

Алпразолам – таблетки; таблетки пролонгированного действия.
Диазепам – таблетки.
Гидроксизин – таблетки, покрытые оболочкой.
Медазепам – таблетки.
Нитразепам – таблетки.
Тофизолам – таблетки.
Феназепам – таблетки.

X. Антипсихотические средства

Галоперидол – капли для приема внутрь; таблетки.
Зуклопентиксол – таблетки, покрытые оболочкой.
Кветиапин – таблетки, покрытые пленочной оболочкой.
Клозапин – таблетки.
Левомепромазин – таблетки, покрытые оболочкой.
Перфеназин – таблетки, покрытые оболочкой.
Рisperidon – таблетки для рассасывания; таблетки, покрытые оболочкой.
Сультрипид – капсулы; таблетки.
Тиопроперазин – таблетки, покрытые оболочкой.
Тиоридазин – драже; таблетки, покрытые оболочкой.
Трифлуоперазин – таблетки, покрытые оболочкой.
Флупентиксол – таблетки, покрытые оболочкой.
Хлорпромазин – драже.
Хлорпротиксен – таблетки, покрытые оболочкой.

XI. Антидепрессанты и средства нормотимического действия

Амитриптилин – таблетки; таблетки, покрытые оболочкой.
Венлафаксин – капсулы с модифицированным высвобождением; таблетки.
Имипрамин – драже.
Кломипрамин – таблетки, покрытые оболочкой.
Лития карбонат – таблетки пролонгированного действия.
Мапротилин – таблетки, покрытые оболочкой.
Милнаципран – капсулы.
Пароксетин – таблетки, покрытые оболочкой.
Пипофезин – таблетки.
Пирлиндол – таблетки.
Сертралин – таблетки, покрытые оболочкой.

Флувоксамин – таблетки, покрытые оболочкой.
Флуоксетин – капсулы.
Эсциталопрам – таблетки, покрытые пленочной оболочкой.

XII. Средства для лечения нарушений сна

Золпидем – таблетки, покрытые оболочкой.
Зопиклон – таблетки, покрытые оболочкой.

XIII. Прочие средства, влияющие на центральную нервную систему

Баклофен – таблетки.
Бетагистин – таблетки.
Винпоцетин – таблетки; таблетки, покрытые оболочкой.
Гамма-аминомасляная кислота – таблетки, покрытые оболочкой.
Гопантеповая кислота – таблетки.
Никотиноил гамма-аминомасляная кислота – таблетки.
Пирацетам – капсулы; раствор для приема внутрь; таблетки, покрытые оболочкой.
Тизанидин – таблетки.
Фенибут – таблетки.
Фенотропил – таблетки.
Циннаризин – таблетки.

XIV. Средства для профилактики и лечения инфекций

Антибиотики

Азитромицин – капсулы; таблетки, покрытые оболочкой.
Амоксициллин – капсулы; таблетки, покрытые оболочкой; таблетки.
Амоксициллин + Клавулановая кислота – порошок для приготовления суспензии для приема внутрь; таблетки диспергируемые; таблетки, покрытые оболочкой; таблетки.
Грамицидин С – таблетки защечные.
Джозамицин – таблетки; таблетки диспергируемые.
Доксициклин – капсулы.
Кларитромицин – таблетки, покрытые оболочкой.
Клиндамицин – капсулы.
Мидекамицин – таблетки, покрытые оболочкой.
Рифамицин – капли ушные.
Тетрациклин – мазь глазная.
Фосфомицин – гранулы для приготовления раствора для приема внутрь.
Фузидовая кислота – крем для наружного применения; мазь для наружного применения; таблетки, покрытые оболочкой.
Хлорамфеникол – капли глазные; линимент; таблетки.
Эритромицин – мазь глазная; мазь, для наружного применения; таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой.

Синтетические антибактериальные средства

Ко-тримоксазол – суспензия для приема внутрь; таблетки.
Левифлоксацин – таблетки, покрытые оболочкой.
Моксифлоксацин – таблетки, покрытые оболочкой.
Нитрофурантоин – таблетки.
Нитроксалин – таблетки, покрытые оболочкой.
Норфлоксацин – таблетки, покрытые оболочкой.
Офлоксацин – таблетки, покрытые оболочкой.
Пипемидовая кислота – капсулы.
Сульфацетамид – капли глазные.
Фуразидин – капсулы; таблетки.
Ципрофлоксацин – капли глазные; таблетки, покрытые оболочкой.

XV. Противовирусные средства

Арбидол – таблетки, покрытые оболочкой; капсулы.
Ацикловир – таблетки; мазь для наружного применения; мазь глазная.
Интерферон альфа-2а – раствор для интраназального применения.
Интерферон альфа-2b – лиофилизат для приготовления раствора для интраназального введения.
Интерферон гамма – лиофилизат для приготовления раствора для интраназального введения.
Рибавирин – капсулы; таблетки.
Римантадин – таблетки.

XVI. Противогрибковые средства

Итраконазол – капсулы; раствор для приема внутрь.
Кетоконазол – таблетки.
Клотримазол – крем для наружного применения.
Нистатин – мазь для наружного применения; суппозитории вагинальные; суппозитории ректальные; таблетки, покрытые оболочкой.
Тербинафин – крем для наружного применения; спрей; таблетки.
Флуконазол – капсулы.

XVII. Противопаразитарные средства

Мебендазол – таблетки.
Метронидазол – таблетки.
Пирантел – таблетки; суспензия для приема внутрь.
Фуразолидон – таблетки.

XVIII. Противоопухолевые, иммунодепрессивные и сопутствующие средства

Азатиоприн – таблетки.
Аминоглутетимид – таблетки.
Анастрозол – таблетки, покрытые оболочкой.
Бикалутамид – таблетки, покрытые оболочкой.
Бусульфан – таблетки.
Гранисетрон – таблетки, покрытые оболочкой.
Кальция фолилат – капсулы.
Капецитабин – таблетки, покрытые оболочкой.
Летрозол – таблетки, покрытые оболочкой.
Ломустин – капсулы.
Медроксипрогестерон – таблетки.
Мелфалан – таблетки, покрытые оболочкой.
Меркаптопурин – таблетки.
Метотрексат – таблетки.
Ондансетрон – таблетки, покрытые оболочкой.
Сегидрин – таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой.
Тамоксифен – таблетки.
Флутамид – таблетки.
Хлорамбуцил – таблетки, покрытые оболочкой.
Циклоспорин – капсулы; раствор для приема внутрь.
Циклофосфамид – таблетки, покрытые оболочкой.
Ципротерон – таблетки.
Этопозид – капсулы.

XIX. Средства для лечения остеопороза

Альфакальцидол – капсулы.
Дигидротахистерол – капли для приема внутрь; раствор для приема внутрь.
Кальцитриол – капсулы.
Колекальциферол – капли для приема внутрь.

XX. Средства, влияющие на кроветворение, систему свертывания

Актиферин – сироп.
Варфарин – таблетки.
Гепарин натрий – гель для наружного применения.
Дипиридамол – драже; таблетки, покрытые оболочкой.
Железа [III] гидроксид полимальтозат – сироп; таблетки жевательные.
Железа глюконат + Марганца глюконат + Меди глюконат – раствор для приема внутрь.
Железа сульфат + Аскорбиновая кислота – таблетки, покрытые оболочкой.
Пентоксифиллин – таблетки, покрытые оболочкой.
Фолиевая кислота – таблетки.
Эпоэтин альфа – раствор для инъекций.
Эпоэтин бета – лиофилизат для приготовления раствора для подкожного введения; раствор для инъекций.

XXI. Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему

Амиодарон – таблетки.
Амлодипин – таблетки.
Атенолол – таблетки.
Атенолол + Хлорталидон – таблетки, покрытые оболочкой.
Ацетазоламид – таблетки.

Валидол – капсулы подъязычные; таблетки подъязычные.
 Верапамил – таблетки, покрытые оболочкой; таблетки пролонгированного действия, покрытые оболочкой.
 Гидрохлоротиазид – таблетки.
 Гидрохлоротиазид + Триамтерен – таблетки.
 Дигоксин – таблетки.
 Дилтиазем – таблетки, покрытые оболочкой; таблетки пролонгированного действия, покрытые оболочкой.
 Изосорбид динитрат – аэрозоль подъязычный дозированный; таблетки пролонгированного действия; таблетки.
 Изосорбид мононитрат – капсулы пролонгированного действия; таблетки ретард; таблетки.
 Индапамид – капсулы; таблетки, покрытые оболочкой; таблетки с модифицированным высвобождением.
 Инозин – таблетки, покрытые оболочкой.
 Каптоприл – таблетки.
 Каптоприл + Гидрохлоротиазид – таблетки.
 Карведилол – таблетки.
 Клонидин – таблетки.
 Корвалол – капли для приема внутрь.
 Лизиноприл – таблетки.
 Метопролол – таблетки, покрытые оболочкой; таблетки.
 Моксонидин – таблетки, покрытые оболочкой.
 Молсидомин – таблетки ретард; таблетки.
 Моэксиприл – таблетки, покрытые оболочкой.
 Мяты перечной масло + Фенобарбитал + Хмеля шишек масло + Этилбромизовалерианат – капли для приема внутрь.
 Небиволол – таблетки.
 Нитроглицерин – спрей подъязычный дозированный; таблетки подъязычные; таблетки пролонгированного действия; трансдермальная терапевтическая система.
 Нифедипин – капсулы; таблетки пролонгированного действия, покрытые оболочкой; таблетки рапид-ретард, покрытые оболочкой; таблетки с модифицированным высвобождением; таблетки.
 Периндоприл – таблетки.
 Периндоприл + Индапамид – таблетки.
 Прокаионамид – таблетки.
 Пропранолол – таблетки.
 Рамиприл – таблетки.
 Резерпин + Дигидралазин + Гидрохлоротиазид – таблетки.
 Резерпин + Дигидралазин + Гидрохлоротиазид + Калия хлорид – таблетки, покрытые оболочкой.
 Рилменидин – таблетки.
 Соталол – таблетки.
 Спираприл – таблетки.
 Спиринолактон – таблетки.
 Триметилгидразиния пропионат – капсулы.
 Фелодипин – таблетки пролонгированного действия, покрытые оболочкой.
 Фозиноприл – таблетки.
 Фуросемид – таблетки.
 Хинаприл – таблетки, покрытые оболочкой.
 Цилазаприл – таблетки, покрытые оболочкой.
 Эналаприл – таблетки.
 Эналаприл + Гидрохлоротиазид – таблетки.
 Эналаприл + Индапамид – таблетки.
 Этацизин – таблетки, покрытые оболочкой.

XXII. Средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта

Средства, используемые для лечения заболеваний, сопровождающихся эрозивно-язвенными процессами в пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке
 Алгелдрат + Магния гидроксид – суспензия для приема внутрь; таблетки жевательные.
 Висмута трикалия дицитрат – таблетки, покрытые оболочкой; таблетки.
 Метоклопрамид – таблетки.
 Омепразол – капсулы.
 Рабепразол – таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой.
 Ранитидин – таблетки, покрытые оболочкой.
 Фамотидин – таблетки, покрытые оболочкой.

Спазмолитические средства

Бенциклан – таблетки.
 Дротаверин – таблетки.
 Мебеверин – капсулы пролонгированного действия.
Слабительные средства
 Бисакодил – суппозитории ректальные; таблетки, покрытые оболочкой.
 Лактулоза – сироп.
Антидиарейные средства
 Активированный уголь – таблетки.
 Лоперамид – капсулы.
 Панкреатические ферменты
 Панкреатин – капсулы; таблетки, покрытые оболочкой.
 Панкреатин + Желчи компоненты + Гемипеллюлоза – драже; таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой.
 Холензим – таблетки, покрытые оболочкой.
Средства, используемые для лечения заболеваний печени и желчевыводящих путей
 Адemetионин – таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой.
 Аллохол – таблетки, покрытые оболочкой.
 Комбинированные препараты, содержащие фосфолипиды – капсулы.
 Тыквы обыкновенной семян масло – капсулы; масло для приема внутрь; суппозитории ректальные.
 Урсodeоксихолевая кислота – капсулы.
 Фосфоглив – капсулы.
Средства для восстановления микрофлоры кишечника
 Бифидобактерии бифидум – лиофилизат для приготовления раствора для приема внутрь и местного применения.

XXIII. Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему **Неполовые гормоны, синтетические субстанции и антигормоны**

Бетаметазон – крем; мазь.
 Гидрокортизон – мазь глазная; мазь для наружного применения; таблетки.
 Дексаметазон – капли глазные; таблетки.
 Десмопрессин – таблетки.
 Кломифен – таблетки.
 Левотироксин натрий – таблетки.
 Левотироксин натрий + Лиотиронин – таблетки.
 Левотироксин натрий + Лиотиронин + Калия йодид – таблетки.
 Лиотиронин – таблетки.
 Метилпреднизолон – таблетки.
 Метилпреднизолон ацепонат – крем для наружного применения; мазь для наружного применения; мазь для наружного применения (жирная); эмульсия для наружного применения.
 Преднизолон – капли глазные; мазь для наружного применения; таблетки.
 Соматропин – лиофилизат для приготовления раствора для инъекций; раствор для подкожного введения.
 Тиамазол – таблетки, покрытые оболочкой; таблетки.
 Триамцинолон – мазь для наружного применения; таблетки.
 Флуоцинолона ацетонид – гель для наружного применения; мазь для наружного применения.
 Флудрокортизон – таблетки.
Средства для лечения сахарного диабета
 Акарбоза – таблетки.
 Глибенкламид – таблетки.
 Глибенкламид + Метформин – таблетки, покрытые оболочкой.
 Гликвидон – таблетки.
 Гликлазид – таблетки с модифицированным высвобождением; таблетки.
 Глимепирид – таблетки.
 Глипизид – таблетки.
 Инсулин аспарт – раствор для внутривенного и подкожного введения.
 Инсулин аспарт двухфазный – суспензия для подкожного введения.
 Инсулин гларгин – раствор для подкожного введения.

Инсулин двухфазный (человеческий генно-инженерный) – суспензия для подкожного введения.
Инсулин детемир – раствор для подкожного введения.
Инсулин лизпро – раствор для инъекций.
Инсулин растворимый (человеческий генно-инженерный) – раствор для инъекций.
Инсулин-изофан (человеческий генно-инженерный) – суспензия для подкожного введения.
Метформин – таблетки, покрытые оболочкой; таблетки.
Репаглинид – таблетки.
Росиглитазон – таблетки, покрытые пленочной оболочкой.
Гестагены
Дидрогестерон – таблетки, покрытые оболочкой.
Норэтистерон – таблетки.
Прогестерон – капсулы.
Эстрогены
Эстриол – крем вагинальный; суппозитории вагинальные; таблетки.
Этинилэстрадиол – таблетки.

XXIV. Средства для лечения аденомы простаты

Доксазозин – таблетки.
Тамсулозин – капсулы с модифицированным высвобождением; таблетки с контролируемым высвобождением, покрытые оболочкой.
Теразозин – таблетки.
Финастерид – таблетки, покрытые оболочкой.

XXV. Средства, влияющие на органы дыхания

Амброксол – сироп; таблетки.
Аминофиллин – таблетки.
Ацетилцистеин – таблетки шипучие.
Беклометазон – аэрозольный ингалятор, активируемый вдохом (легкое дыхание); спрей назальный.
Бромгексин – сироп; таблетки, покрытые оболочкой; таблетки.
Будесонид – порошок для ингаляций дозированных; суспензия для ингаляций.
Дорназа альфа – раствор для ингаляций.
Ипратропия бромид – аэрозоль для ингаляций; раствор для ингаляций.
Ипратропия бромид + Фенотерол – аэрозоль для ингаляций дозированных; раствор для ингаляций.
Кромоглициевая кислота и ее натриевая соль – аэрозоль для ингаляций дозированных; капли глазные; порошок для ингаляций в капсулах; раствор для ингаляций.
Нафазолин – капли назальные.
Салметерол – аэрозоль для ингаляций.
Салметерол + Флутиказон – аэрозоль для ингаляций дозированных; порошок для ингаляций дозированных.
Сальбутамол – аэрозольный ингалятор, активируемый вдохом (легкое дыхание); раствор для ингаляций; таблетки; таблетки, покрытые оболочкой, пролонгированного действия.
Теofilлин – капсулы пролонгированного действия; таблетки ретард.
Тиотропия бромид – капсулы с порошком для ингаляций.
Фенотерол – аэрозоль для ингаляции дозированных; раствор для ингаляций.
Формотерол – капсулы с порошком для ингаляций; порошок для ингаляций дозированных.
Формотерол + Будесонид – порошок для ингаляции дозированных.

XXVI. Средства, применяемые в офтальмологии

Азапентацен – капли глазные.
Атропин – капли глазные.
Бетаксолол – капли глазные.
Идоксуридин – капли глазные.
Латанопрост – капли глазные.
Пилокарпин – капли глазные.
Пилокарпин + Тимолол – капли глазные.
Проксодолол – раствор-капли глазные.
Таурин – капли глазные.
Тимолол – капли глазные.

Цитохром С + Аденозин + Никотинамид – капли глазные.
Эмоксипин – капли глазные.

XXVII. Витамины и минералы

Аскорбиновая кислота – таблетки.
Аскорбиновая кислота + Декстроза – таблетки.
Аскорбиновая кислота + Рутозид – таблетки.
Бенфолипен – драже.
Витамин Е – капсулы; раствор для приема внутрь.
Гендевит – драже.
Калия йодид – таблетки.
Калия и магния аспарагинат – таблетки.
Никотиновая кислота – таблетки.
Ретинол – драже; раствор для приема внутрь масляный.
Ретинол + Витамин Е + Менадион + Бетакаротен – раствор для местного и наружного применения масляный.
Тиоктовая кислота – таблетки, покрытые оболочкой.
Шиповника масло – масло для приема внутрь и местного применения.
Шиповника сироп плюс витамин С – сироп.
Эргокальциферол – драже.

XXVIII. Антисептики и средства для дезинфекции

Йод – раствор для наружного применения.
Хлоргексидин – раствор для наружного применения.
Этанол – раствор для наружного применения и приготовления лекарственных форм.

XXIX. Прочие средства

Водорода пероксид – раствор для местного и наружного применения.
Гентамицин + Бетаметазон + Клотримазол – крем для наружного применения; мазь для наружного применения.
Диосмин – таблетки, покрытые оболочкой.
Диосмин + Гесперидин – таблетки, покрытые оболочкой.
Кетостерил – таблетки, покрытые оболочкой.
Кодеин + Пропифеназон + Парацетамол + Кофеин – таблетки.
Лизатов бактерий смесь – капсулы; суспензия для интраназального введения; таблетки для рассасывания.
Омега-3 триглицериды (ЭПК/ДКГ-1.2/1-90%) – капсулы.
Троксерутин – капсулы.
Этилметилгидроксипиридина сульфат – капсулы; таблетки, покрытые оболочкой.

XXX. Средства, применяемые по решению врачебной комиссии, утвержденному главным врачом лечебно-профилактического учреждения

Алтретамин – капсулы.
Аспарагиназа – лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения.
Аторвастатин – таблетки, покрытые оболочкой.
Ацетилсалициловая кислота – таблетки, покрытые кишечнорастворимой пленочной оболочкой.
Бевацизумаб – концентрат для приготовления раствора для инфузий.
Бисопролол – таблетки, покрытые оболочкой.
Бортезомиб – лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения.
Ботулинический токсин – лиофилизированный порошок для приготовления раствора для инъекций.
Бусерелин – лиофилизат для приготовления суспензии для внутримышечного введения пролонгированного действия.
Валганцикловир – таблетки, покрытые оболочкой.
Валсартан – таблетки, покрытые пленочной оболочкой.
Винорелбин – концентрат для приготовления раствора для инфузий.
Ганцикловир – капсулы; лиофилизат для приготовления раствора для инфузий.
Гефитиниб – таблетки.
Гидроксикарбамид – капсулы.
Платирамера ацетат – лиофилизат для приготовления раствора для подкожного введения, раствор для подкожного введения.
Гозерелин – капсула для подкожного введения.

Гонадотропин хорионический — лиофилизат для приготовления раствора для внутримышечного введения.
 Дакарбазин — лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения.
 Далтепарин натрий — раствор для инъекций.
 Железа [III] гидроксид полиизомальтозат — раствор для внутримышечного введения.
 Железа [III] гидроксид сахарозный комплекс — раствор для внутривенного введения.
 Золедроновая кислота — концентрат для приготовления раствора для инфузий.
 Иматиниб — капсулы.
 Имилглицераза — порошок для приготовления раствора для инъекций.
 Иммуноглобулин человека нормальный [IgG + IgA + IgM] — раствор для внутривенного введения.
 Инозин — раствор для внутривенного введения.
 Интерферон альфа-2a — лиофилизат для приготовления раствора для инъекций; раствор для инъекций.
 Интерферон альфа-2b — лиофилизат для приготовления раствора для инъекций и местного применения; лиофилизированный порошок для приготовления раствора для инъекций; раствор для инъекций.
 Интерферон бета-1a — раствор для подкожного введения.
 Интерферон бета-1b — лиофилизат для приготовления раствора для инъекций.
 Интерферон гамма — лиофилизат для приготовления раствора для внутримышечного и подкожного введения.
 Инфликсимаб — лиофилизированный порошок для приготовления раствора для внутривенного введения.
 Ирбесартан — таблетки.
 Каберголин — таблетки.
 Кальцитонин — спрей назальный.
 Кандесартан — таблетки.
 Колекальциферол + Кальция карбонат — таблетки жевательные.
 Ловастатин — таблетки.
 Лозартан — таблетки, покрытые оболочкой.
 Лозартан + Гидрохлоротиазид — таблетки, покрытые оболочкой.
 Микофеноловая кислота — таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой.
 Микофенолята мофетил — капсулы; таблетки, покрытые оболочкой.
 Надропарин кальций — раствор для подкожного введения.
 Оксидоугидроакридинилацетат натрия — раствор для внутримышечного введения.
 Октреотид — микросферы для приготовления суспензии для инъекций; раствор для внутривенного и подкожного введения; раствор для инъекций.
 Паклитаксел — концентрат для приготовления раствора для инфузий.
 Пэгинтерферон альфа-2a — раствор для инъекций.
 Пэгинтерферон альфа-2b — лиофилизат для приготовления раствора для подкожного введения.
 Ралтитрексид — лиофилизат для приготовления раствора для инфузий.
 Рисперидон — порошок для приготовления суспензии для внутримышечного введения пролонгированного действия;
 Ритуксимаб — концентрат для приготовления раствора для инфузий.
 Розувастатин — таблетки, покрытые оболочкой.
 Рокситромицин — таблетки, покрытые пленочной оболочкой.
 Симвастатин — таблетки, покрытые оболочкой.
 Темозоломид — капсулы.
 Тиклопидин — таблетки, покрытые оболочкой.
 Толтеродин — капсулы пролонгированного действия; таблетки, покрытые оболочкой.
 Трастузумаб — лиофилизат для приготовления раствора для инфузий.
 Третиноин — капсулы.
 Триметазидин — таблетки, покрытые оболочкой; таблетки с модифицированным высвобождением, покрытые оболочкой; капсулы.
 Трипторелин — лиофилизат для приготовления суспензии для внутримышечного введения пролонгированного действия.
 Трописетрон — капсулы.
 Фактор свертывания VIII — лиофилизированный порошок для приготовления раствора для инъекций.
 Фактор свертывания IX — лиофилизированный порошок для приготовления раствора для инъекций.
 Флударабин — таблетки, покрытые оболочкой.
 Флутиказон — аэрозоль для ингаляции дозированных.
 Целекоксиб — капсулы.
 Церебролизин — раствор для инъекций.
 Цефазолин — порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения.
 Цефтриаксон — порошок для приготовления раствора для внутривенного введения; порошок для приготовления раствора для внутримышечного введения.
 Ципротерон — таблетки.
 Эксеместан — таблетки, покрытые оболочкой.
 Эноксапарин натрий — раствор для инъекций.
 Эпросартан — таблетки, покрытые оболочкой.
 Эпросартан + Гидрохлоротиазид — таблетки, покрытые оболочкой.
 Эптаког альфа (активированный) — порошок для приготовления раствора для инъекций.

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

• **США. 07.11.2006.** Клинические испытания нового метода генной терапии привели к значительному улучшению состояния ВИЧ-инфицированных пациентов, которым уже не помогали антиретровирусные препараты. В течение 9 мес. после начала эксперимента у 5 участвовавших в нем добровольцев наблюдалась стабилизация вирусной нагрузки, а у одного из них она резко снизилась. Кроме того, у четырех участников было отмечено восстановление пораженных ВИЧ-инфекцией функций иммунной системы. В эксперименте, проведенном сотрудниками Медицинской школы Университета Пенсильвании, использовался генетически модифицированный вирус иммунодефицита человека. В геном вируса был введен так называемый «антисмысловый» фрагмент, представляющий собой зеркальную копию гена, несущего информацию о структуре белковой оболочки «нормальной» формы вируса. Т-лимфоциты, выделенные из крови пациентов, в лабораторных условиях инфицировались измененным вирусом, а затем вновь во-

дились в организм. При попадании в клетку, вирус, несущий антисмысловый ген, встраивался в ее ДНК. Затем, при попытке «настоящего» вируса инфицировать клетку, встроенный ген прерывал процесс его репликации. По словам одного из ведущих авторов исследования Карла Джунга, достигнутый в ходе эксперимента благотворный эффект стал приятным сюрпризом для ученых, поскольку их первоначальной задачей было лишь подтверждение безопасности и переносимости генной терапии с использованием лентивирусов, к которым относится и вирус иммунодефицита человека. В настоящее время сотрудники Университета готовятся к новой, расширенной фазе клинических испытаний нового метода лечения ВИЧ-инфекции. В новом эксперименте будет задействовано большее число ВИЧ-инфицированных добровольцев, причем к исследованию впервые будут допущены относительно благополучные пациенты, которым по-прежнему помогает антиретровирусная терапия.



В. Покровский:

«Лечение уже есть, но многие об этом еще не знают...»

Положительной новостью с фронтов борьбы с ВИЧ/СПИДом стало то, что современное лечение ВИЧ/СПИДа стало, наконец, действительно доступно и бесплатно для большинства россиян. Если положение о бесплатном лечении, упомянутое в законе о борьбе с ВИЧ-инфекцией в РФ, было раньше пустым звуком, то теперь оно выполняется.

В этом году программа «Национальные приоритеты», предусматривала полтора миллиарда рублей на закупку антиретровирусных препаратов для лечения ВИЧ-инфекции. И сейчас мы можем говорить, что обещание это действительно выполнено, лекарства стали поступать во все территориальные СПИД-центры, теперь эти препараты будут доступны в каждом регионе России и сейчас все люди, живущие с ВИЧ, могут получить необходимое лечение.

Кроме того, действующая на территории России программа Глобального фонда по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией, также обеспечила поставку большого количества лекарств в 10 регионов России. То есть лекарств сейчас достаточно. Причем по последнему проекту лекарства поступают в наиболее пораженные регионы.

В то же время создалась такая ситуация, что многие люди, живущие с ВИЧ, не знают, что они могут получить такое лечение. Поэтому одна из главных задач на сегодня — распространить эту информацию, чтобы все, кто нуждается в лечении, обращались в свои СПИД-центры и просили назначить им соответствующую терапию.

Теперь о той ситуации, которая развивается в России. Сейчас уже всем известно, что ВИЧ-инфекция — это довольно опасная болезнь, она оказалась для современного общества поопасней таких болезней, как брюшной тиф, чума, холера. Ежедневно у нас официально регистрируется 100 новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией. Напомню, что ВИЧ-инфекция — болезнь скрытая, первые 10 лет человек может

чувствовать себя довольно хорошо и может даже не знать, что он инфицирован. Но затем развивается иммунодефицит, организм становится невосприимчив к некоторым болезням, которые не опасны для людей со здоровым иммунитетом и, как правило, обычные лекарства ему уже не помогают. И единственно, что мы имеем в плане предупреждения такого развития заболевания, — это использование так называемых антиретровирусных препаратов. Их сейчас достаточно много, в мире — порядка двадцати, у нас в России из этих двадцати зарегистрировано шестнадцать. Эти препараты воздействуют на разные системы жизнедеятельности вируса и ослабляют его действие. Но ни один из этих препаратов не оказывает такого выраженного эффекта, так сказать, в одиночку. Но если применять одновременно три, а сейчас даже иногда четыре препарата, то размножение вируса прекращается и даже начинается восстановление иммунитета. То есть человек, начав принимать такую терапию, снова может стать здоровым и трудоспособным, а если к началу приема терапии, у него был обнаружен СПИД, т.е. его иммунитет уже сильно пострадал, то и в этом случае у него есть возможность восстановиться из состояния, которое угрожало ему смертью.

В развитых странах эта терапия применяется с 1996 года. В нашей стране она тоже применялась, но речь шла о небольшой группе пациентов. В прошлом году только 3,5 тыс. пациентов получали эти лекарства, к концу этого года, по нашим расчетам, эти препараты будут получать более 10 тыс. человек, а в будущем году планируется довести число людей, которые лечатся за счет средств федерального правительства, до 30–35 тыс. человек и еще примерно 15 тыс. человек будут лечиться за счет средств, предоставленных Глобальным фондом.

Таким образом, если ситуация будет развиваться благоприятно, т.е. удастся справиться со всеми возникающими техническими и бюрок-

ратическими сложностями, то к концу следующего года терапию смогут получать уже 50 тысяч россиян. Это как бы максимум, на который мы будем стремиться выйти.

Когда мы заговариваем о терапии, меня обычно спрашивают сколько это стоит. Цены, прямо скажем, разные. Естественно, что лучшие лекарства разрабатываются самыми лучшими фармацевтическими фирмами, на которых работают тысячи ученых, и разработка этого препарата обходится сейчас до миллиарда рублей. То есть 400–500 миллионов на разработку препарата — это как бы средний показатель. Поэтому новые препараты, которые поступают на рынок, конечно очень дороги. Вот сейчас, буквально на прошлой неделе, зарегистрирован новый препарат, его применяют только в комбинации с тремя другими препаратами, и стоит он 15 тысяч. Понятно, что это препарат запаса, третья линия. А есть препараты, которые созданы давно, на них уже кончилось патентное право, их начали производить все, кому техника позволяет их производить, и цена лечения этими препаратами в год составляет 1000–2000 долларов. Есть специальные программы для развивающихся стран, где стоимость этих препаратов снижена вообще до нескольких сотен долларов в год. Но относительно России существует некая сложная ситуация, когда фирмы-производители говорят: «Вы теперь уже перешли из категории стран со средненижним доходом в страны со среднесредним доходом, а хотите платить за лекарства, как развивающиеся страны». То есть здесь существуют определенные сложности, потому что любая фирма-производитель, вложившая деньги в разработку препарата, хочет заложить их в стоимость, да еще и в прибыль. От рыночной экономики никуда не денешься и цель любой компании — получение прибыли. Здесь, конечно, масса противоречий. Поэтому проводятся различные мероприятия, с помощью которых снижается стоимость этих препаратов. К примеру, непосредственные переговоры с фирмой-производителем могут привести к снижению цен, скажем увеличиваем мы закупки препаратов, и это само по себе ведет к уменьшению стоимости лечения одного человека и т.д.

Цены разные — все зависит и от политической ситуации, и от того, как провести правильно мероприятия по снижению цен.

Вот сейчас наконец-то в нашей стране появилось центральное управление всеми процессами по борьбе с ВИЧ-инфекцией — создана Правительственная комиссия по борьбе с ВИЧ-инфекцией. Возглавил ее министр здравоохранения и социального развития М. Зурабов. Функции в данном случае у этой комиссии шире, чем у министра здравоохранения — она может определенным образом влиять на работу других министерств и ведомств, связанных с проблемой ВИЧ-инфекции. Это очень важно — единое руководство в решении проблем ВИЧ/СПИДа для

страны. Также очень важен единый план действий, он тоже есть, существует Федеральная программа по борьбе со СПИДом, существует программа национальных приоритетов и сейчас обсуждаются национальные концепции по борьбе с ВИЧ-инфекцией. То есть стратегическая линия тоже сейчас в России намечается.

И я надеюсь, что Правительственная комиссия первым поставит вопрос о снижении цен на препараты. Хотелось бы также, чтобы улучшилась ситуация с так называемой оценкой эффективности осуществляемых проектов. И этот процесс тоже у нас идет. Таким образом, с одной стороны мы сейчас наблюдаем значительное улучшение ситуации в борьбе со СПИДом, чем это было год назад, но с другой — проблема остается очень серьезной, потому что число ВИЧ-инфицированных растет и надо приложить все усилия, чтобы дальнейшее распространение этого вируса остановить. Поэтому сейчас речь не идет о какой-то победе, а только о более-менее выравнивании фронта.

Многие наверняка знают, что этот год проходит под девизом «Остановите СПИД, выполните обещания». Таинственное такое название, что это за обещания? А обещание это государств ООН остановить эпидемию ВИЧ-инфекции к 2015 году. Это трезвый подход, потому что ситуация будет ухудшаться, и видимо еще надо приложить колоссальные усилия, чтобы хотя бы к 2015 году добиться успехов.

До 2015 года эпидемия будет расширяться. В 2015-м мы остановим ее дальнейшее продвижение. То есть в 2015-м состоится «Битва под Москвой», когда движение врага остановится. А дальше понадобится еще очень много лет, чтобы искоренить это заболевание. С помощью чего? Может быть будет создана вакцина, может будут более эффективные лекарства, но до 2015 года перспектив таких я гарантировать не могу. Пока ситуация очень сложная и в основном мы должны рассчитывать на эффективные программы по обучению людей безопасному поведению. И это самое главное, чтобы предотвратить случаи заражения. Потому что вирус иммунодефицита, несмотря на то, что он не очень устойчив во внешней среде, но он очень хорошо приспособился к слабостям человеческого рода, а потому бороться нам надо с этими слабостями и тогда вирус сам по себе отступит. Но это, как вы понимаете, самое сложное для нас — бороться со своими слабостями.

И здесь очень важное подспорье — это работа неправительственных организаций. Сейчас у нас больше сотни организаций декларируют, что они борются со СПИДом. Некоторые из них имеют выходы на людей из групп риска, которые в известной степени изолированы от общества, и могут просто не знать о том, что им могут оказать помощь. И в данном случае большую роль могут сыграть именно неправительственные организации.

Кроме того, возникает масса новых проблем, связанных с организацией правильного лечения, обеспечения так называемой приверженности, чтобы люди действительно правильно и постоянно принимали лекарства. И здесь потребуются привлечение большого количества людей — и медиков, и психологов, и, в частности, сообществ ЛЖВС, которые будут помогать людям, начинающим лечение, объясняя как правильно принимать лекарства, как избегать возможных побочных эффектов, и что делать, чтобы не развилась устойчивость вируса.

Должен сказать, что по-прежнему остается проблемой предупреждение новых случаев заражения, то есть профилактика. И средств здесь пока выделяется значительно меньше, хотя дела обстоят не столь блестяще, как хотелось бы. Как я уже говорил, ежедневно у нас официально регистрируется 100 новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией, и мы ожидаем, что в этом году общее число новых случаев будет больше, чем в прошлом. Это связано с тем, что как была эпидемия среди потребителей наркотиков, так она и продолжается, но кроме того люди еще заражаются и половым путем.

Поэтому надо обучать людей пользоваться презервативом или какими-то другими видами безопасного секса, раз уж они не могут вообще от секса отказаться, хотя и так всем понятно, что отказаться от секса труднее. Но тогда надо хотя бы вспомнить народное выражение: «Лучше один раз воспользоваться презервативом, чем всю жизнь работать на аптеку». Поэтому профилактика просто необходима. Это наше самое слабое место.

Хочу привести пример: на программе ТНТ есть специальная передача по СПИДу — «СПИД, скорая помощь», но идет она, во всяком случае в Европейском регионе, в 8.30 утра, когда мы с вами или едем на работу, или уже на работе. Кто ее смотрит? По-видимому, пенсионеры, которые конечно у нас главный контингент риска по заражению ВИЧ-инфекцией.

Вместе с тем, говоря о профилактике, мы не должны забывать и о тех людях, кто уже при тех или иных обстоятельствах заразился. И потому у нас двойная задача — предупреждение новых случаев и помощь тем, кто уже заражен.

В этом году до половины всех новых случаев — это женщины, причем преимущественно молодые, которые по тем или иным причинам вступают в половые связи с ВИЧ-инфицированными мужчинами. Отсюда и такое увеличение количества женщин среди новых случаев. Это очень печально, потому что, кроме всего прочего, если женщины в скором времени беременеют, то встает вопрос — продолжать или не продолжать беременность?

Сегодня есть современные антиретровирусные препараты, которые, если их принимать во время беременности и родов, позволяют снизить риск рождения ВИЧ-инфицированного ре-

бенка в десятки раз, и благодаря тем мероприятиям, которые проводились в последние годы, т.е. выявление зараженных ВИЧ беременных, назначение им профилактических (в данном случае препараты назначаются не для лечения, а для профилактики) антиретровирусных препаратов, риск передачи инфекции от матери к ребенку снижен в среднем по России до 10%. В принципе, можно добиться снижения риска и до 1–2%, но дело в том, что это в значительной мере тоже зависит от организации и от того, что представляет из себя женщина, инфицированная ВИЧ. Поэтому добиться нулевого показателя конечно нельзя, но 10% — это данные этого года, и если в будущем году мы снизим до 5%, то это будет очень хорошо. А снизить этот риск можно. Но опять-таки, эти молодые женщины, должны знать о такой возможности.

На сегодняшний день у нас зарегистрировано более 375 тыс. случаев ВИЧ-инфекции, но мы понимаем, что обследовано далеко не все население России, и конечно же по поводу сколько же их на самом деле и как это подсчитать, идут разные дискуссии. Но какую бы мы группу населения не взяли для обследования, она недостаточно репрезентативна, чтобы делать расчеты. И сейчас после долгих дискуссий с программой «ООН СПИД» мы как бы согласились, что у нас инфицирован примерно миллион россиян. То есть в три раза больше, чем зарегистрировано.

Но это не значит, что каждому, кто заражен, сразу потребуется лечение. Лечение начинается при определенной степени нарушения иммунитета, т.е. как только достигается падение иммунитета до определенной точки.

Большинство наших граждан заразились ВИЧ-инфекцией еще сравнительно недавно. Поэтому они не достигли такой степени нарушения иммунитета, которая требует лечения, и это хорошо. То есть мы начали лечение, в принципе, вовремя. Если брать статистику смертных случаев, то за все годы от ВИЧ-инфекции у нас погибло около 11 тысяч человек. Для сравнения — в Соединенных Штатах погибло около миллиона человек, прежде чем они начали применять современные методы терапии.

Все это позволяет нам постепенно наращивать мощности по лечению, и такие планы имеются. Финансирование, предполагаемое по программе «Национальные приоритеты», в ближайшие годы будет удваиваться и соответственно большее число людей будет получать лечение. Кроме того, программа IV раунда Глобального фонда предполагает, что на деньги этого фонда через четыре года будет лечиться 50–60 тысяч россиян. Соответственно речь идет о том, что к 2010–2011 году нам надо будет обеспечить лечение более 100 тыс. россиян. И такие перспективы сейчас реально существуют — до 2011 года бюджеты запланированы.

Но в то же время существует масса всяких проблем. К примеру, бюрократические проволочки. Препараты по Глобальному фонду поступают без налогов, как гуманитарная помощь, но наша таможня не пропускает эту гуманитарную помощь, да еще в таком размере, чтобы не взять с нее налог. И как результат — уже больше месяца препараты лежат, задержанные на таможне.

И таких моментов, которые задерживают поставку препаратов, можно найти десятки — на каждом этапе возникает проблема. Скажем, передача препаратов с баланса федерального бюджета на местный, или доставка препаратов в отдаленные районы — все это пока достаточно плохо организовано в нашей стране. Но мы все же надеемся, что если в этом году происходила как бы обкатка, то к концу следующего года все эти механизмы наладятся.

Кроме лекарств, на деньги Всемирного банка, которые Россия взяла у него еще несколько лет назад, закупается необходимое оборудование. Правда здесь имеется небольшое отставание, также связанное с бюрократическими процедурами. Но оборудование для лабораторных исследований, которое позволит вести контроль за правильностью и эффективностью лечения, сейчас поступает.

Таким образом, к концу следующего года по лечению ВИЧ-инфекции Россия выйдет на уровень европейских или североамериканских государств.

Есть еще проблема — регистрация или прописка. К примеру, по программе «Национальные приоритеты» предусматривается очень серьезная бюрократическая отчетность, где этими препаратами могут лечиться только люди, имеющие соответствующую регистрацию или прописку именно в этом городе. Это конечно создает проблему, поскольку например, только в Москве несколько миллионов человек, которые не имеют постоянной прописки, а имеют временную регистрацию. Правда, что касается именно Москвы, то здесь могут лечиться и люди имеющие просто регистрацию. Но на остальные города и территории это не распространяется. Ну а если они не имеют и регистрации, здесь уже для них встает настоящая проблема.

Что касается проекта Глобального фонда, то он предусматривает лечение даже иностранцев, проживающих в России, и не имеющих прописки, потому что этот проект был запланирован, как помощь людям, находящимся в наиболее сложных ситуациях, подвергающихся в опреде-

ленной степени дискриминации или не имеющих возможности полностью получить доступ к лечению и к другим видам помощи.

Сейчас этот проект действует в Краснодарском и Алтайском краях, в Иркутске, Свердловске, Челябинске, Волгограде, в Ленинградской, Саратовской и Калининградской областях. В принципе, даже жители соседних областей под видом лиц, с неопределенным местом жительства, могут приехать туда и получить лечение. Это вполне реальная перспектива. А в будущем году этот проект будет работать уже и в Тольятти, Самарской области, в Башкортостане, в Ростовской, Ульяновской, Пермской и Кемеровской областях.

Есть проблемы и другого рода. Теперь, когда стало поступать оборудование, стали поступать лекарства, оказалось, что многие территории не готовы организовать лечение такого большого количества людей. В СПИД-центрах мало врачей, которые умеют лечить людей с помощью новых препаратов. Вместе с тем, число врачебных ставок в центре ограничено одной-двумя, а надо намного больше, и значит нужны новые ставки, а это накладывает определенные обязанности на местные бюджеты, и многие местные власти оказались к этому не готовы. Кроме того, в ряде территорий надо предоставить помещения, где можно принимать этих больных. Наконец, надо продумать такие необходимые вещи, как помощь больным, которые живут далеко от СПИД-центров. Центры обычно располагаются в столице области, а есть территории, где до этого центра нужно добираться несколько сот километров. Поэтому надо подумать как обеспечить такими центрами отдаленные территории. К примеру, Норильск и Красноярск, между ними несколько тысяч километров и здесь одного центра конечно недостаточно. Даже 300 километров бывает проблемой для человека из отдаленной сельской местности проехать за свой счет. Поэтому о полной доступности я пока говорю с некоторой осторожностью, поскольку в силу вот такой технической неподготовленности вполне возможно эта помощь будет доступна пока не всем россиянам.

То есть это колоссальная проблема и она потребует тоже много организационных усилий, в том числе большого количества кадров. А деньги в национальном проекте на увеличение кадров не предусмотрены. Значит надо где-то искать средства в местных бюджетах. А это всегда напряженно, когда требуются новые деньги.

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

• Саратов. 09.11.2006. «Препараты для людей, живущих с ВИЧ, на сумму 29 млн. рублей поступили в Саратовскую область в рамках нацпроекта и программы IV раунда Глобального фонда», — сообщает министерство здравоохранения и социальной поддержки региона. Как отмечает пресс-

служба ведомства, впервые с момента, когда был зарегистрирован первый случай заболевания ВИЧ, люди с этим диагнозом получили возможность проходить полноценную терапию.

saratov.rfn.ru



IV раунд Глобального фонда

Проект по этой программе стартовал в сентябре 2005 года. В апреле 2006 года директор фонда «Российское здравоохранение», осуществляющего этот проект, Дмитрий Аркадьевич ГОЛЮЕВ рассказал на страницах нашего журнала о начале его работы. Сегодня Дмитрий Аркадьевич вновь наш собеседник.

— Дмитрий Аркадьевич, в прошлую нашу встречу Вы рассказали о том, что намечалось сделать по проекту IV раунда Глобального фонда. Сегодня хотелось бы услышать, что сделано за прошедший период.

— Сделано многое. Постараюсь перечислить по порядку.

Начата реализация семи проектов снижения вреда для ПИН (регионы — Алтайский и Краснодарский край, Волгоградская, Саратовская, Свердловская, Челябинская и Иркутская области). В результате конкурса были отобраны проекты и заключены договоры с НКО из регионов-участников Программы, которые имели различный опыт реализации проектов снижения вреда.

Аналогично проводилась работа по аутрич-проектам для КСР. После подведения итогов конкурса и заключения договоров с региональными НКО началась реализация семи аутрич-проектов для КСР (регионы — Алтайский край, Ленинградская, Волгоградская, Саратовская, Свердловская, Челябинская и Иркутская области).

Реализуются два проекта для МСМ — в Саратовской и Свердловской областях. В Свердловской области работа проводится в двух городах: Екатеринбурге и Нижнем Тагиле. В Саратове организована горячая/информационная телефонная линия для МСМ. Проекты координируют свою работу с медицинскими службами. Участие в тренинге для лидеров общественного мнения позволило проектам IV раунда обменяться опытом с проектами, реализуемыми в рамках проекта «Глобус» (III раунд).

С целью эффективной координации работы между различными медицинскими службами,

создания междисциплинарных команд и совершенствования навыков консультирования наркопотребителей и их окружения была проведена серия тренингов в рамках реализации проекта «Подготовка мультидисциплинарных команд, осуществляющих консультирование, формирование и сохранение приверженности у пациентов, получающих антиретровирусную терапию». Прошли обучение 37 специалистов из девяти регионов-участников программы.

Был проведен конкурс «Разработка/подбор, публикация и распространение пакета информационных материалов по вопросам лечения и профилактики ВИЧ/СПИДа для медицинских работников и уязвимых групп населения» и присуждено 13 грантов региональным государственным и негосударственным организациям. Пакет разрабатываемых и публикуемых материалов включает широкий спектр вопросов и направлен на решение ряда задач Программы, а именно добровольное тестирование и консультирование, репродуктивное здоровье ВИЧ-инфицированных женщин, постконтактная профилактика, жизнь с ВИЧ и т.д.

Учитывая необходимость согласования с Федеральной службой исполнения наказаний всех мероприятий, проводимых в учреждениях исполнения наказаний, включая распространение информационных материалов, был проведен отдельный конкурс по разработке/подбору, публикации и распространению информационных материалов для заключенных. Проект «Печатные материалы для комплексного информирования заключенных, живущих с ВИЧ» реализуется Благотворительным фондом «Просветительский центр «Инфо-Плюс» в тесном сотрудничестве с медицинским управлением ФСИН.

Идет реализация проекта «Проведение обучающих тренингов для работников и сотрудников ФСИН (медиков и психологов) по добровольному консультированию и тестированию», проводится НПО «Гуманитарный проект» также в сотрудничестве с медицинским управлением ФСИН. Были подготовлены тренинговые материалы с использованием ранее разработанных методических материалов Федерального СПИД-центра и ФСИН. Проведены по два тренинга в регионе для работников и сотрудников ФСИН Алтайского края, Челябинской, Ленинградской и Иркутской областей. Было обучено на данных тренингах 147 специалистов, всего с учетом проведенного в феврале Федеральным СПИД-центром тренинга для специалистов ФСИН обучено вопросам тестирования и консультирования 173 специалиста ФСИН.

Проведены тренинги для специалистов (инфекционистов, акушеров-гинекологов, дерматовенерологов, наркологов, психологов, социальных работников) регионов-участников. Они организуются региональными государственными и негосударственными организациями силами тренеров, обученных в рамках Программы ранее на федеральном уровне. В результате проведенного конкурса были отобраны 8 региональных организаций (регионы – Алтайский край, Калининградская, Ленинградская, Волгоградская, Саратовская, Свердловская, Челябинская и Иркутская области). Уже проведен целый ряд тренингов в Челябинской, Ленинградской и Свердловской областях. Кроме того, в Иркутской области был проведен тренинг по ДКТ в сотрудничестве с проектом ВОЗ. Всего вопросам ДКТ обучено 329 специалистов.

Был проведен конкурс среди региональных государственных и негосударственных организаций на проведение обучающих тренингов для инфекционистов и акушеров-гинекологов, сотрудников родильных домов и женских консультаций по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку. Были выделены гранты девяти организациям.

Координируя работу по обновлению нормативной базы в области противодействия ВИЧ/СПИДу и разработке протоколов лечения с проектом Всемирного банка «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИДа» была проведена конференция для презентации и обсуждения разработанных в рамках проекта Всемирного банка протоколов лечения.

В регионах-участниках программы проводились тренинги по вопросам ведения ВААРТ, ведения больных с сочетанной инфекцией ВИЧ/туберкулез, ПКП. Всего с начала реализации Программы по данным проблемам прошло обучение на федеральном и региональном уровне не менее 87 человек.

Экспертами Федерального СПИД-центра была проведена аккредитация региональных СПИД-центров в регионах-участниках Програм-

мы: эксперты проверили наличие лицензий на оказание специализированной медицинской помощи, срок их действия, наличие нормативных документов межведомственного взаимодействия между системами здравоохранения и ФСИН, а также качество предоставляемых услуг для ЛЖВС. В связи с тем, что региональные СПИД-центры начинают работать с большим количеством пациентов, специалисты СПИД-центров совместно с экспертами ФНМЦ СПИД разрабатывали стратегию оказания специализированной медицинской помощи (создание и работа мультипрофессиональных команд) в каждом из пилотных регионов.

Были заключены контракты на поставку лекарственных препаратов с производителями фармацевтической продукции, отвечающая следующим требованиям Глобального фонда: все лекарственные препараты производятся в соответствии с Правилами GMP, закупаемая продукция прошла предквалификационный отбор ВОЗ, поставляемые АРВ-препараты зарегистрированы Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития РФ и разрешены к применению на территории Российской Федерации. Усредненная стоимость годового курса лечения одного пациента составила 1312 долларов США.

В целях осуществления неотложных мер по предотвращению передачи ВИЧ-инфекции и предоставления постконтактной профилактики в медицинских учреждениях и в учреждениях ФСИН России, помимо лекарственных препаратов закуплены диагностические наборы для определения наличия антител к ВИЧ в количестве 900 штук.

Все лекарственные препараты и тест-системы предназначены для девяти регионов-получателей, участвующих в Программе Глобального фонда, и закуплены в количествах, гарантированно обеспечивающих потребность в терапии для 7000 пациентов.

На федеральном уровне проведен учебный семинар-тренинг «Паллиативная помощь людям, живущим с ВИЧ/СПИДом» для организаторов здравоохранения. Распространены учебные материалы, разработанные Федеральным СПИД-центром. Вопросы предоставления паллиативной помощи были включены в тренинги, проводимые обученными в рамках Программы преподавателями в регионах-участниках Программы.

Федеральным СПИД-центром разработаны методические рекомендации по оказанию психолого-социальной помощи ЛЖВС для центров профилактики и борьбы со СПИДом. Разработаны тренинговые материалы для тренеров и проведен тренинг по психолого-социальной помощи. Обучено 28 специалистов.

На базе Федерального СПИД-центра, являющегося ведущей учебной базой для подготовки врачей по вопросам лечения ВИЧ-инфекции,

создается Федеральный референс-центр мониторинга лечения взрослых. Осуществляется закупка офисного и лабораторного оборудования.

На базе Волгоградского областного СПИД-центра создается референс-центр мониторинга лечения детей. Это обусловлено тем, что Волгоградский областной СПИД-центр был одним из первых лечебных учреждений, оказывающих специализированную помощь детям по поводу ВИЧ-инфекции и имеющий самый большой опыт в стране. Если раньше центр оказывал только стационарную помощь (т.е. дети находились длительное время в больнице), то на сегодняшний день специалисты центра оказывают диспансерную помощь и помощь тем учреждениям (дошкольным и другим), в которых находятся дети и дети-сироты с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция, что намного снижает стигму и дискриминацию по отношению к ним. Выбор Волгоградского областного СПИД-центра утвержден СКМ.

Проведена серия тренингов по лабораторной диагностике ВИЧ-инфекции и лабораторному мониторингу за лечением для тренеров и врачей-лаборантов: «Вводный курс по улучшению качества в лабораторной диагностике и лечении ВИЧ/СПИДа», «Тренинг по лабораторной диагностике ВИЧ и лабораторному мониторингу за лечением (иммунология)», «Семинар по лабораторной диагностике для врачей-лаборантов и лаборантов региональных СПИД-центров».

Заключены договоры с конечными получателями (9 региональных СПИД-центров) на поставку в лаборатории проточных цитофлуориметров.

Выбран исполнитель для осуществления проекта «Разработка и реализация учебных программ подготовки по ВИЧ/СПИД преподавателей медицинских учебных заведений».

Совместно с ВОЗ проведено рабочее совещание по разработке информационной системы мониторинга и оценке помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИДом в РФ. Совещанием рекомендовано создать единую информационную систему, состоящую из нескольких блоков, включая эпидемиологический, клинико-терапевтический, лабораторно-диагностический, блок учета препаратов и оценки потребностей в препаратах, блок психологической поддержки.

В рамках проекта «Укрепление институтов гражданского общества и вовлечения людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, в реализацию региональных мер борьбы со СПИДом», выполняемого Общественным благотворительным фондом «Шаги», проведен целый комплекс мероприятий:

- открыта Горячая телефонная линия «Равный—равному» для регионов-участников программы;

- создана служба обратной связи, которая обрабатывает поступающую на Горячую линию информацию, включая мониторинг стигмы и дискриминации в регионах-участниках программы.

- проведен сателлитный форум на тему «Участие ЛЖВС в национальном консультационном комитете по лечению и помощи ЛЖВС» в рамках конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии с участием представителей регионов-участников программы;

- зарегистрирована газета для ЛЖВС «Шаги экспресс», издано и распространено в регионах-участниках программы 10 номеров газеты;

- зарегистрирован журнал для специалистов, работающих в области ВИЧ/СПИДа, «Шаги профессионал», создан редакционный совет, выпущены три номера журнала, один из которых — за счет средств фармацевтических компаний «ГласкоСмиттКляйн».

Был проведен конкурс на реализацию проекта «Создание региональных команд по оказанию прямого немедицинского сервиса для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом» и началась его реализация. Победитель конкурса Просветительский центр «Инфо-плюс» начал отбор участников тренинга по вопросам немедицинского ухода, особое внимание уделяя участию ВИЧ-положительных активистов. Началась работа по созданию единого информационного Интернет-ресурса для ЛЖВС, живущих в регионах-участниках программы на основе существующего портала aids.ru. Идет разработка концепции единой рекламной кампании.

Федеральным СПИД-центром разработаны формы клинической записи для мониторинга лечения. Проводится исследование по оценке численности групп риска в пилотных регионах. Проведены дозорные исследования по резистентности к АРВ-терапии. Отчет исследования утвержден на заседании Странового комитета по резистентности.

Разработан и одобрен этическим комитетом протокол открытого, сравнительного, нерандомизированного исследования по изучению приверженности лечению у различных групп пациентов, впервые получающих ВААРТ. Проведен семинар для региональных участников исследования по методам и инструментам исследования (9 человек — по одному от региона).

Разработан и одобрен этическим комитетом протокол открытого, сравнительного, нерандомизированного, неконтролируемого, многоцентрового исследования по изучению влияния программ снижения вреда на реализацию АРВ программ среди различных групп пациентов, впервые получающих ВААРТ. Проведен семинар для региональных участников исследования по методам и инструментам исследования (9 человек — по одному от региона).

Разработан и одобрен этическим комитетом протокол открытого, сравнительного, нерандомизированного исследования по изучению распространенности случаев ВИЧ-инфекции в сочетании с сопутствующими инфекциями (туберкулез и вирусные гепатиты) и их воздействие

на проведение ВААРТ. Проведен семинар для региональных участников исследования по методам и инструментам исследования (9 человек — по одному от региона).

Разработан и одобрен этическим комитетом протокол открытого, сравнительного, нерандомизированного исследования по изучению причин преждевременного прекращения ВААРТ у пациентов, которым впервые была назначена терапия. Проведен семинар для региональных участников исследования по методам и инструментам исследования (9 человек — по одному от региона).

Разработан и одобрен этическим комитетом протокол открытого, нерандомизированного исследования по изучению влияния АРВ-терапии на состояние пациента.

Разработан и одобрен этическим комитетом протокол ретроспективного, нерандомизированного исследования по изучению влияния АРВ-терапии на передачу ВИЧ.

Разработан протокол исследования по изучению экономической эффективности АРВ-терапии.

Проводится «полевая работа» по заполнению анкет по исследованию стигмы и дискриминации в регионах-участниках программы.

Это конечно не все, но вкратце, что было сделано за первый год.

— Хорошо. Это, так сказать, краткий отчет о проделанной работе. Дмитрий Аркадьевич, а теперь, как говорится, без протокола. Расскажите, пожалуйста, что там произошло на таможне с закупленными лекарствами?

— Регламент Глобального фонда определяет режим поставки препаратов и оборудования в рамках программы: освобождение от уплаты импортных пошлин и НДС.

Первая проблема началась тогда, когда при проведении таможенного оформления всех фармацевтических препаратов мы дошли до отдела федеральных таможенных сборов. Как только там увидели, что лекарства должны проходить без пошлин, а льгота составляет более полмиллиона долларов, отдел отправил нас на подтверждение льготного статуса в центральный аппарат Федеральной таможенной службы России.

В принципе, это абсолютно незаконно, потому что в соответствии с законодательством Российской Федерации, единственным документом, который подтверждает принадлежность товара, в том числе и препаратов к технической помощи, — является удостоверение комиссии по вопросам гуманитарной и технической помощи при Правительстве РФ, которое нами было своевременно получено и которое было представлено на таможне. Более того, это удостоверение не выдается без подтверждения, что федеральные органы исполнительной власти, в данном случае Минздравсоцразвития России, осуществляет контроль за целевым исполь-

зованием грузов. Такое подтверждение за подписью заместителя министра В.И. Стародубова представлено в Комиссию.

Поэтому первое, с чем мы столкнулись, — это противозаконные действия таможни. Мы потеряли больше месяца для прохождений всех кабинетов и проверок, и только под давлением того же Минздравсоцразвития (письмо заместителя министра Р.А. Хальфина в Федеральную таможенную службу) получили разрешение Федеральной таможенной службы на продолжение оформления. Хотя этого подтверждения по закону и не требовалось.

Когда мы второй раз пошли оформлять те же самые грузы, мы столкнулись с другой проблемой. Федеральная таможенная служба в обеспечении целевого использования этих препаратов потребовала гарантийный депозит на сумму пошлины, то есть те же самые полмиллиона долларов. Перевести эти деньги Федеральной таможенной службе на ее счет мы не имеем права — это уже является нецелевым использованием средств гранта. Мы предложили другой вариант — предоставить банковскую гарантию. В принципе, с нами согласились, и началась почти четырехнедельная эпопея согласования текста банковской гарантии. Этот текст согласовывался так, как, наверное, не согласовывался ни один мирный договор. Вообще можно было подумать, что банковская гарантия — это первый документ, который рождается между Сбербанком — с одной стороны, и таможней Шереметьево-2 — с другой. Этот документ согласовывался так, как будто речь идет о документе, как минимум на уровне ООН. Причем проблемы возникали просто на пустом месте. Сбербанк совершенно справедливо попросил, чтобы в случае протеста по банковской гарантии, были удостоверены полномочия лиц, которые эти бумаги и подпишут. Логичное абсолютно требование, потому что цена вопроса полмиллиона долларов и действовать должны уполномоченные люди. Но таможня в ответ заявляет, что никаких полномочий подтверждать не будет. В результате, когда все вопросы были согласованы, таможня заявила, что банковская гарантия оформляется на четырнадцать месяцев и не возвращается потом в банк. То есть последняя постанова вопроса практически торпедировала все ранее проведенные переговоры. И только недавно наконец-то договорились, наконец-то согласовали все вопросы, мы подключали юристов со всех сторон — и из Сбербанка, и со стороны таможни, и с нашей стороны, — и вот этот треугольник наконец-то все это дело согласовал. Гарантия вступила в силу 9 октября и началось дальнейшее оформление.

— А почему такая несогласованность?

— Что я могу сказать? Сама система прохождения таможни абсолютно дискредитирует принцип гуманитарной технической помощи. Мы сей-

час сталкиваемся с действием конкретных чиновников и их трактовкой нормативных актов. При этом игнорируются положения Инструкции самой таможенной службы о порядке оформления товаров в режиме «технической помощи». Потому что, как у нас часто бывает, применение закона должно быть регламентировано массой ведомственных указов, инструкций, постановлений, которые в принципе сводят на нет все то положительное, что было заложено в законе.

Мы не первые, кто с этим сталкивался. Я вспоминаю недавнюю историю гуманитарного конвоя из Ирландии, где жители собрали примерно десять фур одежды, подарков для детских садов и детских домов, причем эти детские дома, где живут дети с различными функциональными поражениями, то есть дети, которым и так не сладко живется. И вот эта неправительственная ирландская организация через всю Европу привезла для них помощь. Жители Ирландии собрали эти десять фур, и полтора месяца эти фуры стояли арестованные на таможне, пока оформляли все бумаги. Вот так реально обстоят дела с поставками в рамках «технической помощи».

Здесь системная проблема практики, здесь не проблема законодательства. Законодательная база все это разрешает и регламентирует. А дальше вступает в дело существующая практика, которая фактически дискредитирует сам принцип гуманитарной и технической помощи.

Теперь мы намерены обратиться к первому вице-премьеру А.Д. Жукову, который хорошо знаком с этой темой, потому что до недавнего времени был председателем Комиссии по гуманитарной помощи. Мы надеемся на понимание существующей проблемы и на конструктивное сотрудничество с руководством Федеральной таможенной службы с тем, чтобы решить вопрос в принципе. Потому что, если каждый контракт будет проходить такую процедуру, которую сейчас проходят наши грузы, то ввозить в Российскую Федерацию лекарства и оборудование для лабораторий будет просто невозможно.

Почему Глобальный фонд не разрешает использовать средства гранта для уплаты таможенных пошлин? Потому что, если платить пошлину и НДС, то получается, что из 80 миллионов, которые ассигнованы Глобальным фондом на закупку лекарств, 16 миллионов нужно отдать в виде платежей в бюджет. Я не против того, чтобы пополнялся бюджет, я против того, чтобы обрезались деньги Глобального фонда, на которые нужно закупать препараты. То есть для нас это принципиальный вопрос: мы ровно на 16 миллионов купим меньше лекарств, меньше профинансируем мероприятий в регионах, автоматически сокращая, обрезая саму программу за счет того, что вынуждены выполнять вот эти требования таможни.

Что меня еще беспокоит? Предоставление гарантии на 14 месяцев — это нонсенс, потому что 14 месяцев банковской гарантии — это замороженные средства гранта и, следовательно, за-

держка с реализацией программы, включая дальнейшие поставки препаратов. Я считаю, что подтверждением целевого использования средств является передача этих препаратов региональным лечебно-профилактическим учреждениям, которые занимаются терапией ВИЧ-положительных. Я не уверен, что таможенная служба согласится с моим мнением. Но тогда мы попадем в серию новых проблем — мы ввяжемся в длительную борьбу по поводу того, доказано или не доказано целевое использование средств, поскольку я не исключаю, что таможня начнет требовать подтверждение, что целевым использованием средств является положение каждой таблетки в рот пациента. И тогда эта гарантия вообще непонятно на какое время будет заморожена.

Все эти требования кажутся на первый взгляд логичными и правомочными, но если проанализировать ситуацию в совокупности, то мы видим, что они практически блокируют и торпедируют саму программу, или, как минимум, резко снижают ее эффективность. Вы знаете насколько интенсивна программа, вы знаете, каких усилий стоит реализация всех мероприятий, и то что мы теряем по три месяца на прохождение каждого контракта через таможню — это просто абсурд, с моей точки зрения, беспредел, которому нет объяснения.

— Недавно Общественная палата выступила с заявлением о предполагаемом расформировании Минздравсоцразвития снова на две структуры. Не будет ли проблем для исполнения проекта, если это произойдет?

— Будет. Любая административная реформа приводит, как правило, к параличу разной степени продолжительности. По этой причине уже произошла задержка с реализацией программ Всемирного банка. В нашем случае, возможно, это в меньшей степени скажется, потому что мы не завязаны на госфинансирование, но это все равно скажется, потому что мы не можем реализовывать свою программу в вакууме, мы ее реализуем для учреждений Минздравсоцразвития, мы ее реализуем в координации с Минздравсоцразвития, и мы должны увязывать все наши мероприятия в формат национальных проектов, которые сегодня начали реализовываться.

Если начнется реформа, она опять продлится неопределенное время. Как мы знаем, быстро только все ломается, а создается очень медленно. Поэтому, если эта реорганизация будет осуществляться месяцев двенадцать, то это в определенной мере отрицательно повлияет на реализацию всех проектов.

Я не берусь оценивать степень эффективности предлагаемых решений, но думаю, что как минимум, это несвоевременно. Уже проведенная реформа начала давать результаты и начинать новую ломку — кроме вреда это ничего не принесет.

– Может я ошибаюсь, но по-моему сначала речь шла о том, что поступление лекарств в регионы должно было начаться еще весной?

– Весной их не могло быть, потому что два месяца мы проходили регистрацию контрактов в комиссии по технической помощи. Фармацевтическим компаниям потребовалось время на изготовление заказанных препаратов. То есть все это отодвинулось на лето. Теперь мы три месяца проходим таможенную. Поэтому, если все это сложить, то получается как минимум семь месяцев.

Очень большие затраты времени требуются при прохождении через комиссию по гуманитарной и технической помощи, и это можно понять, потому что они должны тщательно изучить вопрос, чтобы в своем решении не ошибиться. Но я не могу найти объяснение в трехмесячной задержке таможенного оформления лекарств. Это, с моей точки зрения, исключительно неумение или нежелание принимать решения. Это отпихивание решения вопроса в вышестоящую инстанцию, а зачастую просто перестраховка, которая в конечном итоге выливается в неправомерные требования со стороны таможни.

– Правильно ли я понимаю, что сейчас на таможне весь комплект лекарств, который предназначен для регионов первого года проекта?

– То, что сейчас стоит на таможне — это полный годовой комплект лекарств для девяти регионов плюс десятый — это Федеральный СПИД-центр. И это препараты для семи тысяч пациентов, их должно хватить как минимум на 6 месяцев. Ну а если в терапию будут вовлекаться пациенты постепенно, думаю, что этого должно хватить даже больше чем на 6 месяцев, а к тому времени, мы надеемся, уже будут готовы новые контракты и мы начнем ввозить препараты второго года. Я уже сейчас провожу переговоры с фармацевтическими компаниями, планирую подписать контракты до конца года и зарегистрировать наши контракты в комиссии по технической помощи. Тогда в марте–апреле следующего года у нас начнутся поставки. Я очень надеюсь, что в этот раз таможне не потребуется три месяца, чтобы провести таможенную очистку.

– Спасибо, Дмитрий Аркадьевич. Надеюсь, что так и будет.


Вел беседу И. Пчелин

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

• **Свердловск. 09.11.2006.** В Свердловской области эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции расценивается как крайне неблагоприятная. На 01.11.06 г. в области зарегистрировано 29 177 случаев ВИЧ-инфекции, показатель распространенности составил 666,7 на 100 тысяч населения, превысив среднероссийский уровень в 2,6 раза. По абсолютному кумулятивному числу ВИЧ-инфицированных Свердловская область занимает второе место, а по кумулятивному показателю распространенности пятое место среди регионов Российской Федерации. Всего за 10 месяцев текущего года вновь выявлено 2845 ВИЧ-инфицированных. Случаи ВИЧ-инфекции регистрируются на всей территории Свердловской области. Превышение среднеобластного показателя распространенности ВИЧ-инфекции наблюдается в 20 муниципальных образованиях. Чрезвычайно высокий уровень пораженности населения ВИЧ-инфекцией (более 1%) отмечается в 9 муниципалитетах: р.п. Верхнее Дуброво — 1634,6 на 100 тыс. населения, в Кировграде — 1546,2; Североуральске — 1343,3; Первоуральске — 1238,9; Полевском — 1228,4; Верхней Пышме — 1217,3; Верхнем Тагиле — 1214,1; пос. Рефтинский — 1101,7; Сухоложском районе — 1077,7. В эпидемический процесс ВИЧ-инфекции вовлечены все социальные и возрастные группы населения. Наибольший уровень выявляемости ВИЧ-инфекции, по-прежнему, регистрируется в группах потребителей инъекционных наркотиков — 50,5 на 1 тыс. обследованных, половых партнеров ВИЧ-инфицированных и контактных по «игле» — 32,2 на 1 тыс. обследованных. Особую тревогу вызывает факт увеличения в 1,8–2 раза случаев ВИЧ-инфекции среди социально адаптированных контингентов — рабочих, служащих, учащихся. Наибольшая доля ВИЧ-инфицированных приходится на лиц молодого трудоспособного возраста. Так, 24 678 ВИЧ-инфицированных (85%) — это молодые люди в возрасте 15–29 лет. В текущем периоде 2006 года ведущим путем передачи ВИЧ-инфек-

ции в Свердловской области является внутривенное употребление наркотиков — 65,8%, наряду с этим в последние 4 года произошла резкая активизация полового пути передачи ВИЧ-инфекции (рост с 8,4% в 2001 г. до 30% в 2006 г.). В связи с этим в эпидпроцесс ВИЧ-инфекции все больше и больше вовлекаются женщины, что приводит к учащению случаев вертикального пути передачи вируса от ВИЧ-инфицированной матери ребенку. Так, на 01.11.2006 г. среди женщин зарегистрировано 9665 случаев (33% от всех зарегистрированных случаев), причем 80% из них — женщины детородного возраста от 18 до 39 лет. Всего в области за период регистрации ВИЧ-инфекции родилось 3562 детей от ВИЧ-инфицированных матерей, в том числе в 2005 г. — 731 ребенок. За 10 мес. 2006 г. родилось 590 детей с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции, из них 564 получили курс антиретровирусной профилактической терапии. За весь период наблюдения 210 детям, рожденным от ВИЧ-инфицированных матерей, установлен диагноз «ВИЧ-инфекция». В настоящее время зарегистрировано 181 «отказных» детей в возрасте до шести лет, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей. На 01.11.2006 г. у 1165 ВИЧ-инфицированных установлена стадия преСПИДа и СПИДа (стадия вторичных заболеваний), в том числе у 110 детей. Антиретровирусные препараты постоянно, непрерывными курсами получают 497 ВИЧ-инфицированных, в том числе 83 ребенка. В октябре 2006 г. антиретровирусная терапия назначена 31 ВИЧ-инфицированным, в том числе 5 детям. Специалистами ГУЗ «Свердловский областной Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями» и его филиалами в октябре 2006 г. оказана консультативная помощь 3550 пациентам, в том числе 500 детям. За период регистрации по состоянию на 01.11.06 г. по разным причинам умерло 1874 ВИЧ-инфицированных, в том числе от СПИДа — 211 человек.

Данные предоставлены Свердловским ОЦ СПИД.



**Юлия Величкина:
«Первое, что поразило, —
это то, что, оказывается,
в Иркутске проблем нет»**

Шестнадцатым по счету городом, в котором прошло ток-шоу «Время жить!», был Иркутск. Более 20 тысяч официально зарегистрированных ВИЧ-положительных людей, наркотики в городе найти проще простого, а главный врач СПИД-центра заявляет, что «проблем нет, все хорошо»...

О проблемах Иркутска и о том, как проходил телемарафон Иркутск—Красноярск рассказывает генеральный продюсер ток-шоу «Время жить!», член Координационного совета по ВИЧ/СПИДу при Минздравсоцразвития, член Правительственной комиссии по ВИЧ/СПИДу Юлия ВЕЛИЧКИНА.

Чтобы понять, что же произошло в Иркутске, надо прежде оглянуться назад.

Незаметно, а прошел почти год с тех пор, как мы собрались вместе и решили, что мы хотим, готовы и можем реализовать такой уникальный, амбициозный, крупномасштабный проект, как «Время жить!». Теперь, спустя время, можно сказать: «У нас получилось». Сначала, как и любой проект, он существовал только у нас в головах, потом плавно перетек на бумагу, получил красивое имя «Время жить!», а затем окончательно материализовался в образах Владимира Познера и Елены Ханги.

И на сегодняшний день мы уже провели 16 ток-шоу: в прошлом году объехали 10 городов по проекту «Глобус», плюс Ульяновск, Волгоград, Барнаул и Новосибирск, то есть это уже 14, и здесь два — Красноярск и Иркутск — всего шестнадцать.

Мы держим марку регионального телемарафона. Хотя, на грани срыва съемки были, и не раз. Было много сложностей и технических, и организационных: информация собиралась не так оперативно, как хотелось бы, сценарии не всегда писались быстро и с вдохновением, самолеты не летали туда, куда нужно, люди, в конце

концов, не всегда обо всем помнили, но, это было и осталось нашей внутренней «кухней». Да, нам нужно учиться четко организовывать свою работу, особенно учитывая небольшой временной интервал между программами, быть более ответственными и т.д. и т.п. Но на выходе люди все же получали то, что им было обещано: качественную, интересную, острую программу, которая дает возможность высказывать свое мнение и быть услышанным.

Мы действуем локально и направленно. Мы не гонимся за большими рейтингами — региональная аудитория изначально несопоставима с московской или Санкт-Петербургской. Не в них измеряется польза и эффективность телемарафона «Время жить!». Мы приезжаем в каждый город, для того чтобы провести своеобразную адресную вакцинацию населения с помощью информации, правдивой и порой жесткой.

Ток-шоу «Время жить!» не только еще раз осветило прописные истины о путях передачи ВИЧ-инфекции и методах профилактики, но и вывело на поверхность такие проблемы, о существовании которых большинство обывателей даже не подозревало. А привлечь внимание к таким вопросам — уже большое дело. Сами темы за себя говорят: передача вируса от матери к ребенку, судьба детей-сирот, рожденных от ВИЧ-положительных матерей, сложности с получением АРВ-терапии, дискриминация медиками своих ВИЧ-положительных коллег, разглашение врачебной тайны и т.д.

Мы не можем похвастаться тем, что на наши ток-шоу всегда приходили первые лица городов, областей. Чаще всего на приглашение мэры и губернаторы отвечали вежливым отказом, либо не отвечали вовсе. «Отдуться» приходилось, как в Оренбурге, заместителям, начальникам управлений, департаментов и т.д. Но то, что люди, занимающие высокие посты, все же приходили и отвечали на часто нелестные вопросы ведущих и гостей студии — уже результат.

Практически везде нам были искренне рады и принимали как дорогих гостей. Ток-шоу не состоялось бы без поддержки наших партнеров — местных НКО, СПИД-центров и телекомпаний. Хорошие отношения, налаженные с партнерами во время подготовки и проведения ток-шоу, всегда позволяли нам рассчитывать на их поддержку...

...В этой поездке первым был Красноярск. Ну, там связи у нас уже были налажены и со СПИД-центром, и с некоммерческими организациями, и с телеканалом «Афонтово», с которым мы уже работали. Они вообще молодцы: после того, как в прошлом году мы провели там ток-шоу, они потом организовали и провели к 1-му декабря свое ток-шоу, без финансирования, без пинка с чьей-либо стороны. Просто договорились со СПИД-центром, пригласили их к себе и сделали ток-шоу. Кроме того, они еще сделали серию репортажей о профилактике и о

проблемах ВИЧ/СПИДа. То есть там все было ясно — идет работа и на хорошем уровне.

А вот потом начались неприятности. Сначала мы 20 часов просидели в аэропорту Красноярска, ожидая вылета в Иркутск, — не позволяла погода. Вы представляете — 20 часов! И когда мы наконец добрались до Иркутска, то времени на отдых после такого перелета уже не было — мы потеряли сутки, которые нам нужны для подготовки. Поэтому мы сразу отправляемся в студию.

Для начала пытаемся сориентироваться. В Иркутск мы ехали по заказу фонда «Российское здравоохранение» в рамках IV раунда Глобального фонда, и нас предупреждали, что это регион проблемный (да и по всем отчетам Минздрава это видно было) — и по количеству ВИЧ-положительных он на втором месте в России, и наркомания там сильно процветает. Так что надо было как-то сориентироваться, связаться с местными властями, с НКО.

У меня были контакты с телеканалом, который нас принимал, телефоны СПИД-центра, местного отделения Красного Креста, некоммерческой организации «Перекресток семи дорог» и телефоны отдельных людей, живущих с ВИЧ.

Первое, что мы обычно делаем, приезжая в регион, — связываемся со СПИД-центром, как со структурой, которая либо лидирует, либо возглавляет, и в любом случае, в большей степени находятся в теме того, что в их регионе происходит по СПИДу. То же самое мы сделали и в Иркутске...

На том конце провода нам сразу дали понять, что видеть здесь нас не хотят, съемки не разрешат и никаких бумаг не предоставят без специального на то разрешения Управления здравоохранения.

Конечно ситуация была, мягко говоря, странная. Мы до этого объехали 15 регионов и нигде подобного не было. Но, делать нечего, звоним в Управление здравоохранения. Нас внимательно выслушивают и обещают перезвонить через пятнадцать минут. И действительно ровно через пятнадцать минут нам перезванивают и сообщают, что распоряжение СПИД-центру дано, конфликт улажен. Чуть позже нам перезванивает г-н Цветков, главврач СПИД-центра, и через продюсера телеканала достаточно в резкой форме передает нам, чтобы мы приезжали.

Интересно, что в это же время мне звонит пресс-атташе губернатора и в корректнейшей форме спрашивает меня о моем расписании, и в какое время мне будет удобно встретиться с губернатором. Мы договариваемся на следующий день, а пока наш путь лежит в СПИД-центр.

Вообще наша работа предназначена для того, чтобы помочь людям на месте решить проблемы. И мы абсолютно четко представляем себе, что есть проблемы, которые можно решить, и есть проблемы, которые нельзя решить, во всяком случае, сразу. И вначале мы беседуем с людьми

без камер, без телевизионщиков, объясняя, что мы не собираемся кого-то топить и уж тем более кому-то вредить. У нас другая задача — помочь найти те рычаги, которые окажутся действенными в решении проблемы.

Именно это я и пытаюсь объяснить г-ну Цветкову по приезду в СПИД-центр. Но в ответ слышу: «У нас все хорошо. Проблем нет». Тогда спрашиваю, могут ли нам предоставить статистические данные по региону (хотя, в принципе, у нас эти данные есть, но хотелось бы более свежие). На это мне отвечают, что данные будут предоставлены, но позже — их надо составить. Очень странно. Что там составлять? Когда в регионе более 20 тысяч ВИЧ-инфицированных, то человек, отвечающий за это, должен с этими цифрами засыпать и просыпаться только с одной мыслью — что с этим делать?

Ладно, перевожу разговор на помещение СПИД-центра, которое вижу перед собой — одно крыло небольшого двухэтажного здания — нет ли здесь проблем? Оказывается проблем и здесь нет, а есть некий приказ, по которому в ближайшем будущем СПИД-центру отдадут еще одно крыло, а также выделяют финансирование на надстройку третьего этажа. Прошу показать приказ. Объясняю, что это будет очень наглядно для телезрителей, что вам пошли навстречу, что выделяют финансирование, предоставляют такие хорошие площади, мы покажем позитив всего этого. Приказ обещают найти, но, забегаая вперед, хочу сказать, что мы его так и не увидели.

Переходим к теме непосредственно обслуживания пациентов — хватает ли медперсонала, все ли в порядке с лекарствами? Ответ тот же: «Проблем нет!».

Итак, в результате полуторачасовой беседы с главным врачом СПИД-центра города Иркутска итог был следующий — проблем нет! Это его стойкая позиция: «У нас все хорошо». Ни в одном регионе, где мы были, нигде не было ситуации, когда человек, понимая, что идет эпидемия, что идет новый виток полового пути передачи, зная все это, чтобы он говорил, что у него проблем нет. То есть абсолютно у всех есть хоть какие-то проблемы, а у г-на Цветкова — нет. Непонятная ситуация.

Далее, с разрешения главврача я встречаюсь с врачами-инфекционистами. Их двое — две очаровательные (и как потом выясняется, не только внешне, но и внутренне) женщины. И первый мой вопрос к ним — сколько всего врачей принимают больных в СПИД-центре? Оказывается, только они. Два врача на такое количество людей! Спрашиваю, понимают ли они, что вот уже сейчас, когда фонд «Российское здравоохранение» (а у меня на руках все бумаги, предоставленные мне фондом) в рамках IV раунда Глобального фонда начнет поставлять лекарства на 1050 пациентов в плюс, что они будут делать? Реакция врачей была как в немой сцене из «Ревизора».

Затем, немного успокоившись, они очень подробно описали всю ситуацию в регионе, рассказали о своих подопечных, называя их по именам. Видно, что они не просто встречаются с ними по долгу службы, но и искренне переживают за них. И это, кстати, подтвердили и сами ребята, живущие с ВИЧ, рассказывая, как врачи по вечерам звонят им домой, спрашивая, не забыли ли они принять таблетки, нет ли побочных эффектов и прочее.

Честно говоря, у меня после разговора с ними немного отлегло от сердца — значит, еще не все потеряно, еще есть люди, которые действительно переживают за дело, которому служат.

Перед отъездом из СПИД-центра, я не удержалась и тот же вопрос о дополнительной терапии, который задавала врачам, задала и г-ну Цветкову. «Ну мы легко наберем это количество, — ответил он. — У нас очереди, плюс еще есть тюрьмы». То есть и в этом он проблемы тоже не видит.

После этого у нас были встречи со СПИД-сервисными организациями, с людьми, живущими с ВИЧ, и с представителями иркутского отделения Красного Креста. Все они в один голос говорили о нехватке врачей. Приводили в пример ситуацию, когда одна врач была в отпуске, а вторая заболела... Кроме того, люди рассказывали, как месяц стоят в очереди, чтобы попасть в СПИД-центр. И это понятно — два врача просто физически не могут принять такое количество пациентов. И все сошлись на том, что эту проблему просто необходимо обсуждать всенародно.

Еще одна очень серьезная проблема, которую мы с ними обсуждали, это проблема наркомании. Нам конечно было просто дико слышать, как ребята спокойно рассказывали о том, как легко можно купить в городе наркотик. Как будто в магазин сходить. Два года назад, по рассказам ребят, вообще никаких проблем не было — за 150 рублей дозу наркотика можно было заказать прямо с доставкой на дом. Теперь стало немного сложнее — уже 200 рублей и надо немного пройти самому, чтобы взять дозу. Я думаю, что комментарии здесь излишни.

Мы попытались понять, почему же это все так замалчивалось, и по рассказам активистов поняли, что предыдущий губернатор не только не поддерживал обсуждение всех этих тем, но и запрещал медикам, НКО, всем вообще обнародовать какие-либо цифры, выступать в прессе, озвучивать эти проблемы. По всей видимости, у него проблем было столько, что он предпочитал лучше скрыть их, чем получать нагоняй сверху.

С приходом нового губернатора таких запретов уже не было, но видимо по инерции, вот этот потенциальный страх, осознание того, что нужно молчать, ничего не вытаскивать, ничего не говорить, — это все осталось.

И вот после всего этого у меня состоялась встреча с губернатором Иркутской области Александром Георгиевичем Тишаниным. Скажу сразу, что я была приятно удивлена. Очень редко встретишь чиновника, который не протокольно произносит всякие фразы, положенные произносить для какого-то конкретного случая, а нормально говорит простым человеческим языком. Он очень адекватен, у него заинтересованный взгляд, очень живые глаза.

В процессе беседы было видно, что он до конца проблемы не знает, но чувствовалось искреннее желание ее узнать и разобраться в ней. Это желание сыграть нельзя. Оно либо есть, либо его нет.

У меня была заготовлена к нему просьба от представителей НКО и людей, живущих с ВИЧ. Они говорили: «Вот нам бы политическую волю, как Владимир Владимирович Путин выступил, нам бы вот так же, чтобы у нас приоритетная проблема была озвучена для региона». Но мне даже не пришлось это озвучивать. Александр Георгиевич опередил меня: «Я понимаю, — сказал он, — насколько это серьезно. И я понимаю, что пока я не вижу на кого опереться и кому это поручить. Поэтому я сам буду с этим разбираться и возьму это под свой особый контроль».

Но, конечно же, все мы скептики, нам много обещают, но мало дают и мало делают. И по-

тому, чтобы закрепить все им сказанное, я пригласила его участвовать в нашем ток-шоу. Если помните, в самом начале я говорила, что мы не можем похвастаться тем, что на наши ток-шоу всегда приходили первые лица городов, областей. Чаще всего на приглашение мэры и губернаторы отвечали вежливым отказом, либо не отвечали вовсе. В данном случае этого не произошло. Впервые на наше ток-шоу пришли все первые лица во главе с губернатором.

Позже я узнала, что сразу после нашей беседы, Александр Георгиевич собрал экстренное совещание, на котором и было решено, что на ток-шоу будут присутствовать представители Госнарконтроля и другие властные структуры, и что он собирается озвучить свое решение взять эту ситуацию под свой особый контроль.

И на ток-шоу он действительно озвучивает это. Он говорит о том, что есть проблемы и в ЖКХ, и в строительстве дорог, есть и другие серьезные проблемы, но в ряде этих проблем проблема ВИЧ/СПИДа и наркотиков не меньшая, а, может быть, и наиболее важная проблема.

На следующий день он обращается по телевидению к жителям Приангарья и приглашает к диалогу граждан, которым не безразлична сложившаяся ситуация, и у кого есть реальные предложения по решению этой проблемы. Кроме того, организует Горячую линию по всем этим проблемам.



На встрече с губернатором Александром Тишаниным

Параллельно с этим он вызывает чиновников и берет под свой контроль работу Координационного совета, который был создан 27 апреля, но так и остался на бумаге, ни разу после этого не собираясь для работы (кстати, об этом губернатор узнал от нас, равно как и о том, что в совет не вошел ни один представитель от людей, живущих с ВИЧ). Состав совета был пересмотрен и он сразу же приступил к работе.

Но это было уже после ток-шоу. А пока мы готовились к выходу в эфир. Телемарафон Иркутск–Красноярск должен был проходить по следующему сценарию: в Иркутске это должно было идти в прямом эфире, а в Красноярске – в записи на следующий день в 18.30 по красноярскому времени. Это объясняется эфирной сеткой, которая заранее согласовывается. И вот в Иркутске у нас все готово. За час проверяем эфир – все нормально, за полчаса, за пятнадцать минут... В минуту выхода – эфир обрывается. Срочно пытаемся что-то исправить – ничего не получается, связи нет. Представляете наше состояние? Ставим заставку о технических неполадках и решаем, что делать. Провели экстренное совещание прямо на площадке и решили, что выход один – передача пойдет в записи на следующий день. Ночь мы монтировали данную версию и на следующий день она пошла в эфир. Но факт остается фактом – прямого эфира не было.

Что касается самого телемарафона, то, как сказал Владимир Владимирович Познер, «никогда проблема не стояла так остро и никогда аудитория столь явно не делилась на две части», как это было в Иркутске.

И все же, несмотря ни на что, я могу с уверенностью сказать: наша работа востребована и интересна людям. Мы должны продолжать и стремиться делать нашу работу еще лучше. У нас для этого есть все необходимое: и душевные, и творческие, и финансовые ресурсы.

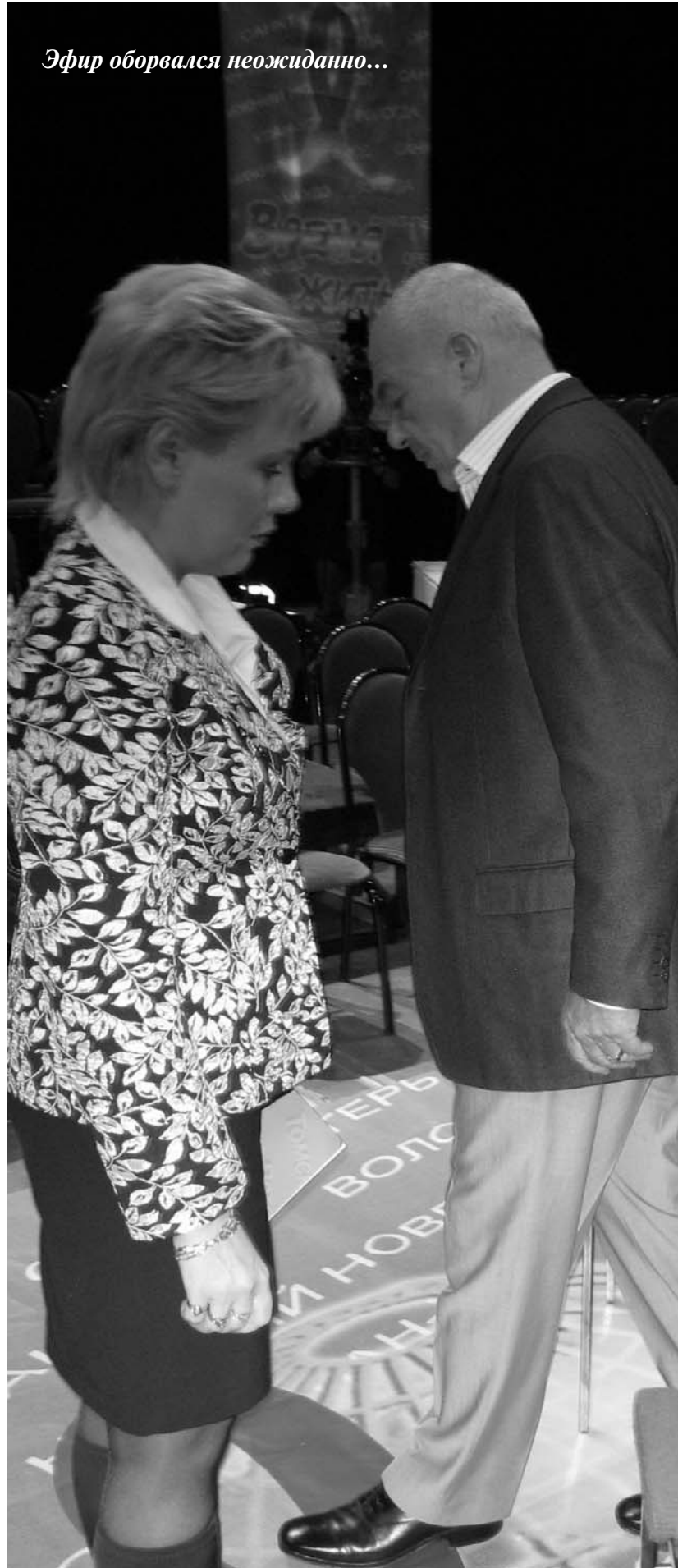
Из статьи Галины Никитиной (Областная газета):

«В Иркутске состоялся телемарафон «Время жить!», посвященный проблемам, связанным с распространением ВИЧ-инфекции в России. В разговоре приняли участие чиновники, депутаты, медики и общественники из Иркутска и Красноярска.

«Почему в Иркутске так легко достать наркотики?». С этим вопросом ведущий обращается к чиновникам. В ответ представитель Госнаркконтроля поясняет:

– Перекрыли ряд каналов распространения наркотиков, многие распространители оказались на скамье подсудимых.

Эфир оборвался неожиданно...



Однако очевидно, что мер, которые принимают силовые структуры, недостаточно. Познер пытается выяснить, какую позицию занимают в этой ситуации представители Государственной думы.

Депутат Сергей Колесников:

— Я постоянно получаю письма от людей, которые спрашивают, когда, наконец, у нас разберутся с проблемой наркомании. Люди задают вопросы и при личных встречах. На самом деле мы пытались принять закон об ужесточении мер в отношении распространителей наркотиков. Но он по непонятной причине не прошел.

Приводили депутаты и цифры. В следующем году, по словам Сергея Колесникова, на проблемы, связанные с ВИЧ-инфекцией, из бюджета выделят более 3-х млн. рублей. Из них 20% пойдут на профилактику, 80% — на обследование, тестирование и лечение. Впрочем, сумма, запланированная на профилактические мероприятия, может измениться. И все же разрыв между явной эпидемией в Иркутске и более жизнеутверждающей статистикой заболеваемости в Красноярске слишком велик. Владимир Познер предлагает брать пример с соседей. Однако руководство городского управления здравоохранения уверяет, что тогда, семь лет назад, когда только все начиналось, было сделано все, чтобы выявить иркутян с ВИЧ-положительными результатами.

— Понятно, — подытоживает Познер, — вы так хорошо тут работали, поэтому у вас такие страшные цифры. А в других городах медики просто сидят сложа руки. В этом все дело. Тогда позвольте мне привести некоторые факты. Два года назад в России было решено создать в каждом регионе Координационный совет, который бы занимался проблемами ВИЧ/СПИДа. В Иркутске такой совет был создан лишь весной 2006 года. В совет, по моим данным, должен обязательно входить человек с положительными результатами на ВИЧ. У вас такого человека в совете нет. И ваш совет еще ни разу не собирался. Выходит, существует он у вас только на бумаге. То есть у вас все формально делается. Почему такое отношение к этой глобальной проблеме?

В разговор вступает губернатор области. Он говорит, что на сегодняшний день неизвестны реальные объемы проблемы. Поэтому выход Александр Тишанин видит во всеобщей информированности и в профилактике, а также в усилении борьбы с распространителями наркотиков.

— Помнится, был яркий пример работы наших силовых структур, когда в Иркутске изъяли 10 кг героина. Вот тогда наркоманы — люди зависимые — забегали по больницам. В городе просто не стало героина, — делится Павел Бицура, журналист. — Но, видимо, подобные мероприятия не всем выгодны. Лучше изымать по 10 грамм ежедневно «для галочки», чем жестко разбираться с распространителями.

Еще одной большой проблемой, по мнению Алексея — главного героя телемарафона, является плохое медицинское обслуживание и дискриминация, которой подвергаются и беременные ВИЧ-инфицированные женщины.

— Ни о какой дискриминации мы не знаем, — говорит Наталья Протопопова, депутат Законодательного собрания Иркутской области. — В последнее время мы вообще делаем все, чтобы каждая роженица лежала в отдельной палате. Но что касается ваших обвинений, то есть приказ Минздрава РФ, согласно которому ВИЧ-положительные матери должны рожать в отдельном зале, их и детей необходимо изолировать после родов.

Получить помощь, в том числе и юридическую, всем пострадавшим от ненадлежащего отношения медиков предложил главный врач иркутского СПИД-центра Борис Цветков.

— Я к вам, Борис Васильевич, не пойду по одной простой причине, — прямо отвечает Алексей, — СПИД-центр, по моему стойкому убеждению, должен заниматься лечением, а психологическую и юридическую помощь я могу получить и у более квалифицированных специалистов в общественных организациях.

Главврач рассказывает о здании СПИД-центра, которое откроется к 1 декабря, о суммах, которые им по разным программам выделяют на медикаменты, и о семи врачах, которые принимают пациентов ежедневно.

— А по моим данным, — говорит Владимир Познер, — у вас всего два врача, и часто бывает так, что двери вашего центра оказываются попросту закрытыми. Как можно говорить о том, что все хорошо, когда у вас два врача на 20 тысяч больных?

Полтора часов разговор подошел к концу. Владимир Познер подвел итоги:

— Есть дискриминация людей с диагнозом ВИЧ или нет, узнать просто. Пустите о себе слух, что вы больны, и посмотрите, что произойдет. Сегодня общество в студии разделилось на официальный и общественный. Такого явного противостояния ни в одном городе еще не было. Это плохо. Значит, власть оторвана от людей и будет очень сложно решить эту проблему. Но решать ее надо, и сообща.

Позже Владимир Познер прокомментировал состоявшийся телемарафон:

— Я бы предпочел, чтобы это был прямой эфир. Когда в прямом эфире идет разговор, — нерв другой, люди раскрываются по-другому. Но в целом беседой я доволен. Удалось четко обозначить проблему: есть люди, которые отчитываются, что все хорошо, а есть те, кому действительно не все равно. Надеюсь, нам удалось встряхнуть ваше общество. Кстати, мы всегда следим за тем, что происходит в городе потом. И, как правило, реакция следует незамедлительно. Посмотрим, что будет у вас в Иркутске. Ведь у вас очень тяжелая ситуация».

Из местных СМИ:

«Три с лишним часа на обсуждение проблем наркомании в Приангарье. В губернаторском зале Серого дома собрались сотрудники различных ведомств: от госнаркоконтроля до главного управления образования области, а также представители общественности и религиозных конфессий. Губернатор Александр Тишанин по своему отреагировал на критику в адрес региональных властей. Она прозвучала в телемосте, посвященном проблеме ВИЧ/СПИДа, который провел в Иркутске Владимир Познер. И сегодня глава области устроил чиновникам настоящий разнос.

«Выступлений по запланированному сценарию не будет», — предупредил губернатор, открывая заседание.

Статистику озвучила заведующая кафедрой уголовного права и криминологии Анна Репецкая: «В Приангарье 12 860 наркозависимых, но чтобы получить реальные данные, эту цифру надо умножить на пять. То есть наркотики в области употребляет около 100 тысяч человек. Далее: одному наркозависимому требуется 3 грамма героина в месяц. Это около 30 чеков. Каждый по 150–200 рублей. Прибыль торговцев подсчитать нетрудно. «Вот давайте считать: 3 грамма в месяц на 12 860 наркозависимых на 12 месяцев. Мы получаем 5 миллиардов рублей — объем де-



нежных средств в год, — говорит Анна Репецкая. — А если на вес, то это около тонны героина в год».

Далее слово предоставляется Алексею Василькову — главе комитета по молодежной политике. Он говорит о том, что его сотрудники имеют в запасе информационные буклеты, отчитывается о трудоустройстве подростков во время летних каникул. Также озвучивает, сколько на сегодняшний день освоено бюджетных средств.

«Что значит освоено? — не понимает губернатор. — У вас что, главная задача — пристроить деньги что ли? Один пристроил, на него сейчас уголовное дело завели. Какой эффект дали бюджетные средства с точки зрения использования? Что за ними? Вы же ничего не сказали. Ну буклеты, ну с родителями встречаетесь где-то, как-то...».

Начальник оперативной службы регионального управления по контролю за оборотом наркотиков Владимир Кошкарлов доложил: «Стационарных точек в Иркутске и других крупных городах области нет. Ликвидировали. Работают только передвижные, то есть на автомобилях».

Александр Тишанин его слова опровергает и сам называет адреса точек, где торгуют героином. Информация поступила на телефон Горячей линии буквально за два дня ее работы.

«Как вы оцениваете ситуацию в регионе по распространению наркотиков: позитивно, отрицательно, стабильно, динамично развивающейся в положительную или отрицательную сторону?», — спрашивает он у Владимира Кошкарлова.

«Сложно сказать», — отвечает тот.

«Как сложно? — не понимает губернатор. — У нас же другой службы по контролю за оборотом наркотиков нет. Напрашивается вывод, что органы, которые должны наводить порядок в сфере распространения наркотиков, сегодня просто не работают».

Представители общественных организаций тоже высказались на совещании:

«Кто-то хочет всех посадить, кто-то вылечить. Но понимаете, мы не имеем общей стратегии. И у нас ничего не получится. Уйдут все на свои места и будут заниматься своими делами, потому что каждый тянет одеяло на себя», — говорит Павел Циколин, специалист реабилитационного центра «Перекресток семи дорог».

«Подход к решению самой острой проблемы в регионе надо менять, — заявил в конце встречи губернатор. — В течение трех дней Координационный совет, который занимается противодействием наркомании, переформируют. В него в основном войдут представители общественных организаций, которые знают реальную ситуацию в регионе».

В заключение Александр Тишанин добавил, что теперь такие совещания в Сером доме будут проходить каждый месяц».

«Время жить!»



Первый на российском телевидении долгосрочный социально ориентированный проект, посвященный проблеме распространения ВИЧ/СПИДа в российских регионах

Санкт-Петербург. Прямой эфир первого регионального телемарафона «Время жить!» прошел 15 мая 2005 года – в День памяти умерших от СПИДа – в Санкт-Петербурге на телеканале «СТО». Ведущим телеэфира выступил Владимир Познер. В студии было около 100 человек.

Впервые в северной столице темам ВИЧ/СПИДа были посвящены 4,5 часа вещания городского телеканала. Среди участников программы – заместитель председателя Комитета по здравоохранению администрации Санкт-Петербурга Владимир Жолобов, главный врач санкт-петербургского СПИД-центра Елена Виноградова, певец Юрий Охочинский, актриса Анастасия Мельникова и др.

В обсуждении приняли участие врачи, люди, живущие с ВИЧ, сотрудники общественных организаций, горожане, равнодушные к происходящему в нашем обществе. Телемарафон проходил под лозунгом: «Не оставайтесь безразлич-

ными! Ведь то, о чем сегодня пойдет речь, касается каждого».

Основной темой программы стал доступ к лечению. Известно много случаев, когда врачи отказывают в предоставлении антиретровирусной терапии потребителям инъекционных наркотиков. Результатом обсуждения стало выступление врача СПИД-центра, которая выразила желание помочь людям, испытывающим проблемы с получением лечения в Санкт-Петербурге, и попросила обращаться напрямую к ней.

На Горячую линию во время прямого эфира поступали многочисленные звонки. Одна из первых звонящих попросила разрешить проблему ее сына: имея диагноз ВИЧ-инфекция, он не может добиться получения группы инвалидности.

Правозащитница Анна Мюррей заявила о готовности ее центра оказать бесплатную помощь в разрешении вопроса и предоставила свои контактные данные.

Улан-Удэ. Эфир ток-шоу «Время жить!» состоялся в Улан-Удэ 3 июня на телеканале ВГТРК. Основной темой стала жизнь ВИЧ-положительных людей. Во время программы разгорелся спор между Владимиром Познером и представителями Русской православной церкви. В столице Бурятии работает несколько волонтерских организаций, проводящих просветительские программы в школах. Однако пропаганда безопасного сексуального поведения, которая является неотъемлемой частью профилактики ВИЧ среди молодежи, сталкивается с непримиримой позицией церкви, ратующей за половое воздержание. Финансовую и организационную поддержку ток-шоу оказал проект Европейского союза «Профилактика и борьба с ВИЧ/СПИДом в РФ», осуществляемый «АЙ-ЭМ-СИ Консалтинг ЛТД».

Ульяновск. В Ульяновске эфир прошел 2 июля на телеканале «Шестой канал». Импровизированную студию организовали в помещении Областной библиотеки для детей и юношества. Ведущим также выступил Владимир Познер. В студии собралось 80 человек. Население Ульяновска по-прежнему не воспринимает ВИЧ/СПИД серьезно. При этом Ульяновская область находится на 13-м месте в России по распространенности ВИЧ/СПИДа — почти 7 тысяч случаев заражения. Эта ситуация стала основной темой дискуссии. Финансовую и организационную поддержку ток-шоу оказал проект Европейского союза «Профилактика и борьба с ВИЧ/СПИД в РФ», осуществляемый «АЙ-ЭМ-СИ Консалтинг ЛТД».

Тверь. Девятого июля в Твери на телеканале «Тверской проспект» свой первый эфир в рамках телемарафона «Время жить!» провела Елена Ханга. Основной темой передачи стала социальная ответственность бизнеса. Многие тверские предприниматели занимаются благотворительностью: помогают детским домам, возводят игровые площадки во дворах, заботятся об экологии родного города. Но при этом стараются не касаться темы ВИЧ/СПИДа. Сложившаяся позиция предпринимателей — «почему мы должны отдавать свои деньги тем, кто ведет разгульный образ жизни — наркоманам и проституткам?» вылилась в отсутствие помощи и самым незащищенным жертвам эпидемии — детям. В ходе обсуждения удалось переломить стереотипность мышления и убедить бизнесменов в том, что детям, рожденным от ВИЧ-положительных матерей, крайне необходима их помощь. Вторым важным результатом полемики в студии стало осознание тверскими бизнесменами целесообразности внедрения программ профилактики ВИЧ-инфекции на рабочих местах. Предприниматели согласились с доводом о том, что забота о здоровье своих сотрудников, в первую очередь экономически, выгодна для них самих. На ток-шоу присутствовали начальник Департамента здравоохранения Твери Каринэ Конюхова, пер-

вый замначальника Департамента здравоохранения Твери Олег Парфенов, главный врач СПИД-центра Александр Колесник, а также представители ЛЖВС, общественных организаций, бизнес-структур и др. Всего в студии собралось более 50 человек.

Красноярск. 23 сентября Владимир Познер провел прямой эфир телемарафона «Время жить!» в Красноярске на телеканале «Афонтово». Среди гостей студии, общее число которых составило более 70 человек, присутствовали заместитель губернатора Красноярского края Сергей Козаченко, начальник отдела общего образования Управления администрации Красноярского края Александр Кочетков, представители СПИД-центра, депутаты Законодательного собрания. Особенно острой дискуссией в студии вызвала тема детей, рожденных от ВИЧ-положительных матерей. В Красноярском крае работает всего один Дом ребенка в городе Сосновоборск, где дети с неопределенным статусом ВИЧ живут под одной крышей с другими детьми, а не в отделении инфекционной больницы. Это уникальное для России учреждение, здесь с детишками занимаются и музыкой, и развитием моторики, и физкультурой, есть даже зимний сад, где малыши наблюдают и учатся ухаживать за растениями. Однако после исполнения 4-х лет судьба ребят, у которых диагноз подтверждается, полна неопределенности из-за неотлаженности системы социальной защиты детей с ВИЧ. Теоретически эти дети должны направляться в обычные детские дома. Но объективно для ребятшек там нет никаких условий для проживания. Основная причина — в страхе, психологической неготовности общества принять этих детей. Местные жители одного из поселков, в котором находится детский дом, выражали протест против нахождения в нем ВИЧ-положительных детей. «Нам даже угрожали, говорили, что выгонят наших детей из школы, если узнают, что на работе мы контактируем с ВИЧ-позитивными детьми», — сказала сотрудница детского дома. Поэтому для директора сосновоборского дома ребенка Галины Космыниной, или как ее называют «мама Галя», единственный выход в сложившейся ситуации — всячески оттягивать переход своих подопечных с диагнозом ВИЧ в другое учреждение.

Ток-шоу в Красноярске имело значительный эффект — так, в конце программы представитель компании «Быттехника» Сергей Шеремет передал для Дома ребенка в Сосновоборске подарок — комплект кондиционеров. Уже после ток-шоу произошли серьезные сдвиги в отношении руководства телеканала к освещению темы ВИЧ. Накануне 1 декабря — Всемирного дня борьбы со СПИДом — телеканал по собственной инициативе провел еще одно ток-шоу, которое имело огромный успех, в то время как раньше эта тема практически не освещалась. Рейтинги показывают многократно возросший ин-

терес зрительской аудитории к репортажам, программам, посвященным ВИЧ/СПИДу. Канал также изменил свою позицию по отношению к социальной рекламе и начал активно размещать ролики, предлагаемые местными НКО. Среди других достижений – выделение красноярскому СПИД-центру дополнительных средств из бюджета администрации, проведение краевого конкурса среди журналистов на лучший материал по ВИЧ/СПИДу, который привлек огромное число участников.

Казань. 7 октября Владимир Познер провел ток-шоу в Казани на телеканале «Эфир». «Время жить!» – это программа, которая рассказывает как об актуальных вопросах и проблемах, требующих решения, так и об успешных проектах. В Казани таким проектом является «Снижение вреда». В студии, где собралось более 70 человек, говорили об успешной реализации проекта и его поддержке администрацией республики Татарстан. Также обсуждалась проблема дискриминации людей, живущих с ВИЧ, в том числе, в медицинской среде. В Казани насчитывается много случаев, когда коллектив поликлиники, больницы «выдавливает» своего ВИЧ-инфицированного коллегу, и он оказывается, в буквальном смысле, на улице. Единственным пристанищем на данный момент для этих людей является казанский СПИД-центр, возглавляемый Олегом Романенко. Именно благодаря пониманию и человечности руководителя центра, люди снова обретают работу. Но СПИД-центр не может до бесконечности набирать в штат людей. В обсуждении сложившейся ситуации принимали участие заместитель министра здравоохранения Татарстана Светлана Губайдуллина, представители медицинского сообщества, казанского СПИД-центра, люди, живущие с ВИЧ, журналисты и др.

Нижний Новгород. 26 октября 2005 года в Нижнем Новгороде на телеканале «Волга» ток-шоу провела Елена Ханга. В студии собралось более 50 человек. Главной темой программы стала пассивность гражданского общества, местной администрации, силовиков, государственных и медицинских структур в отношении проблемы ВИЧ/СПИДа, а также отсутствие интереса к этой проблеме со стороны СМИ: в городе практически полностью отсутствует социальная реклама. Участие в обсуждении сложившейся ситуации приняли люди, живущие с ВИЧ. Характерно, что сначала они были крайне агрессивно настроены по отношению к идее проведения подобного ток-шоу и к его организаторам, но после долгого общения и разъяснения целей и задач программы, согласились присутствовать и активно участвовали в обсуждении, искренне делились своими проблемами. В студии также присутствовали многие высокопоставленные чиновники: Юрий Тарасов – директор Департамента здравоохранения Нижегородской области, Артем Галкин – главный сани-

тарный врач ЦГСЭН ГУФСИН по Нижегородской области, Елена Каунова – начальник отдела по делам молодежи городского Департамента образования, Ирина Кострова – замдиректора Департамента здравоохранения администрации Нижнего Новгорода и др. Ток-шоу способствовало налаживанию контакта между нижегородским СПИД-центром и СМИ.

Телемост Томск–Новосибирск–Барнаул. 18 ноября состоялся телемост Томск–Новосибирск–Барнаул. В Новосибирске его вел Владимир Познер, в Томске и Барнауле – местные журналисты Андрей Мурашов и Наталья Пятахина. Тема ВИЧ/СПИДа была для них новой, поэтому для обоих журналистов организаторы провели персональные мини-тренинги. В студиях трех городов собралось в общей сложности более 120 человек. Тема программы – «Молодежь и ВИЧ». Новосибирск и Томск – традиционно студенческие города, сегодня они также печально известны, как города студенческой проституции. Девушки-студентки, работающие проститутками, не скрывали от интервьюеров, что делают это ради быстрых денег и «красивой жизни»: «Какой мне смысл работать секретарем за 4 тыс. рублей?». Что касается безопасности, то девушки прекрасно знают, что нужно использовать презерватив, но если клиент предлагает дополнительные деньги за незащищенный секс, часто идут и на это. Гости студии обсуждали снижение роли семьи в воспитании детей, падение нравственности молодежи и необходимость компенсировать пробелы введением с определенного возраста программ по половому воспитанию в средней общеобразовательной школе. Представители министерства образования подтвердили на ток-шоу, что разработка такого рода программы уже ведется.

Другой темой, освещенной во время телемоста, стала активная позиция Православной церкви в Барнауле в борьбе с распространением ВИЧ-инфекции. Священнослужители сотрудничают с краевым СПИД-центром уже более 10



В. Познер в минуту отдыха

лет. За это время удалось реализовать множество совместных проектов: в храмах проходят молебны для ВИЧ-положительных, в крае работает православный телефон доверия для ВИЧ-положительных и их семей, существующий на пожертвования благотворителей. Существует и уникальная практика проведения священнослужителями лекций по ВИЧ/СПИДу для своих «коллег». Отец Сергей, тренер, так объясняет необходимость таких лекций: «Священнослужители — это обычные люди, им свойственны те же страхи, что и мирянам, поэтому прежде чем убеждать другого человека смириться с болезнью и начать жить, священник должен сам победить свои предрассудки и страхи». После ток-шоу «Время жить!» журналисты ГТРК «Алтай» (Барнаул) подготовили сюжет о вкладе Русской православной церкви в борьбу с распространением ВИЧ-инфекции. А 15 декабря краевой СПИД-центр, Барнаульская и Алтайская епархии подписали договор о сотрудничестве, в рамках которого предусматривается реализация новых проектов.

Волгоград/Волжский. Прямой эфир ток-шоу «Время жить!» состоялся 17 декабря в городе Волжский на канале «Ахтуба». В связи с нелетной погодой Елена Ханга не смогла прибыть в город, поэтому ток-шоу провел местный тележурналист Сергей Игнатъев, знакомый волжанам по программе «Ужин со звездой». Основной темой обсуждения стали пути передачи ВИЧ-инфекции и методы профилактики.

В импровизированной студии, организованной в ДК «Октябрь», собрались более 70 человек. На ток-шоу присутствовали специалисты областного комитета здравоохранения, областного комитета образования, директор волгоградского СПИД-центра, заместитель мэра Волжского Валерий Ростовщиков, спикер городской думы Татьяна Бухтина и др. Финансовую и организационную поддержку ток-шоу оказали: Программа развития Организации Объединенных Наций (UNDP), «Интерньюс» и Фонд социального развития и охраны здоровья «Фокус-Медиа».

Оренбург. В Оренбурге ток-шоу состоялось 22 декабря на канале «ОРЕН ТВ», его в прямом эфире провел Владимир Познер. Главной темой обсуждения стала доступность лечения и приверженность терапии. Обсуждение велось вокруг ситуации, при которой в Оренбурге, при наличии необходимых препаратов в СПИД-центрах, люди за ними практически не обращаются. Одна из причин — неверие в стабильность обеспечения препаратами, ведь АРВ-терапия эффективна только при условии соблюдения строжайшего режима приема. И заявления чиновников о том, что «препаратами мы обеспечены вплоть до 2009 года», уверенности не вселяют. Другая причина нежелания людей обращаться в СПИД-центр — недоверие к врачам, которые часто нарушают врачебную тайну. А в неболь-

шом городе информация о диагнозе человека и состоянии его здоровья быстро становится достоянием общественности. Эта тема вызвала особо жаркие споры между правозащитниками и врачами. Позже Владимир Познер признался, что не ожидал такой активности от оренбургской аудитории, и настолько полярных мнений участников ток-шоу. В студии собрались более 60 гостей, в числе которых — начальник Главного управления здравоохранения Василий Естифеев, заместитель мэра по социальным вопросам Людмила Марченко, представители СПИД-центра и др.

Вологда. 26 января 2006 года в Вологде на канале «ТВ-7» и в Череповце на канале «ТВ-12» состоялся первый в новом году эфир ток-шоу телемарафона «Время жить!». Провел его Владимир Познер в студии, оборудованной на сцене бизнес-центра «Русский дом». Шоу состоялось вопреки всевозможным техническим накладкам, вплоть до отключения сигнала за 40 минут до прямого эфира. Ток-шоу, которое провел Владимир Познер, подняло острейшую тему толерантного отношения к ВИЧ-положительным людям. Опросы на улицах Вологды и Череповца, проведенные журналистами перед программой, показали, что горожане крайне агрессивно настроены по отношению к людям, живущим с ВИЧ. Несмотря на высокий уровень информированности о путях распространения инфекции, у населения сохраняется необоснованный страх перед ВИЧ-положительными людьми.

Категорическое «нет» услышали журналисты телемарафона «Время жить!» на следующие вопросы: «Вы готовы посещать один бассейн с ВИЧ-положительным человеком?», «Вы согласны, чтобы Ваш ребенок учился в одном классе с ВИЧ-положительными сверстниками?», «Если бы Вы были работодателем, то приняли бы на работу человека с диагнозом ВИЧ-инфекция?». В качестве метода борьбы с распространением эпидемии часто звучали призывы «сослать ВИЧ-положительных на острова», «изолировать от общества» и т.д.

Во время ток-шоу, на котором присутствовали первые лица области — вице-губернатор Иван Поздняков, заместитель губернатора Владимир Касьянов, депутаты и другие высокопоставленные чиновники, Владимир Познер и гости студии пытались понять, что могло способствовать формированию такой нетерпимой позиции в обществе и обсуждали возможности для исправления ситуации. Общим стало мнение о том, что наполнение будущих информационных кампаний по профилактике ВИЧ-инфекции нужно делать более сбалансированным и давать людям не только фактическую информацию о статистике, путях передачи инфекции и т.д. «Мы должны воспитывать сострадание, терпимость и уважение к человеку с диагнозом ВИЧ. И разработка программ по повышению толерантности нами уже ведется», — заявил Александр

Колинько, начальник Департамента здравоохранения Вологодской области. «Когда мы говорим: «Будь осторожен, сохрани свою жизнь», стоит добавить, что жизнь другого человека не менее ценна», — сказал в завершение программы Владимир Познер.

Ярким примером того, что люди даже в сложной ситуации способны понять и сделать шаг навстречу друг другу, стал сюжет из дома инвалидов, находящегося в поселке Молочный. Спокойствие и размеренную жизнь пенсионеров, проживающих в доме, нарушил приезд нового жильца — 59-летнего Максима Шаровского, который без промедления рассказал вновь обретенным соседям о своем диагнозе — ВИЧ-инфекция. Реакция была настороженная. После того, как врачи начали принимать чрезмерные и невиданные доселе меры безопасности — поселили Шаровского в отдельную комнату, входили к нему в маски, даже обрызгивали коврик перед его дверью дезинфицирующим веществом, жильцы поняли — есть все основания не только для опасений, но и для страха. В местные СМИ и в администрацию от группы пенсионеров-активистов посыпались жалобы — жители дома не хотели находиться вместе с «опасным» соседом. Шаровский тем временем, сам устав от одиночества и всеобщего игнорирования, решил объединить людей вокруг себя с помощью... музыки. В прошлом руководитель музыкального коллектива, Шаровский стал давать концерты — пел военно-патриотические песни, аккомпанируя себе на аккордеоне. Репертуар пришелся по душе публике, чей средний возраст составляет 70 лет. Если на первое его выступление из 150 жителей дома пришли 25, на второе — уже более 100 человек. Точку во вражде поставил самый главный ее зачинщик — 72-летний пенсионер Сучков. На втором концерте он вышел на сцену, подарил Шаровскому цветы и троекратно расцеловал. «На концерте я увидел в нем обыкновенного человека», — так объяснил он свое изменившееся отношение. Счастливый финал этой истории, произошедшей в отдельно взятом доме инвалидов, позволяет надеяться, что такое может произойти и в масштабе города, области и страны.

Телемарафон «Время жить!» — крупный, серьезный и сложный по своей тематике проект. Его подготовка требует многоплановой работы, как в Москве — по сбору информации, налаживанию контактов с телекомпаниями, написанию сценария, логистике, так и на местах, где на первый план выходят два блока работ — проведение встреч, мини-тренингов и обеспечение технической готовности. Для большинства телеканалов опыт проведения программы в формате ток-шоу был первым. Поэтому помощь местным специалистам в адаптации технических возможностей телеканала к требованиям ток-шоу была одной из главных задач московской съемочной группы, в состав которой входят ре-

жиссер прямого эфира, режиссер сюжетов и оператор. Однако хорошая техническая подготовка — лишь половина успеха. Главное для ток-шоу — это интересная тема, яркие герои, живая дискуссия. Основная работа по подготовке и обучению участников начиналась уже именно в городе и включала в себя компоненты, перечисленные ниже.

Проведение мини-тренингов для тележурналистов. Программа тренингов включает в себя базовую информацию по ВИЧ/СПИДу и профилактике распространения эпидемии, а также поднимает вопросы журналистской этики и ответственности при освещении такой сложной темы как ВИЧ/СПИД.

Беседы с людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС). Во время бесед выясняется степень готовности ЛЖВС вести открытый диалог, желанье раскрыть свой статус. Обсуждаются следующие аспекты работы с журналистами: как правильно потребовать соблюдения анонимности при проведении видеосъемок, как проверить, выполняют ли журналисты это требование, в целом, как защитить свои права и обезопасить себя при общении со СМИ.

Проведение встреч с руководством телеканала. В ходе встреч обсуждается важность проведения подобных социальных проектов, роль телевидения в привлечении внимания общественности к проблеме распространения ВИЧ/СПИДа, ответственность за предоставление достоверной и объективной информации.

Встречи с представителями администраций городов и руководством регионов. Беседы направлены на выяснение реализуемых направлений деятельности по профилактике ВИЧ/СПИДа, определение позиции ответственных лиц по отношению к ключевым вопросам профилактики. Нередко чиновникам сложно принять тот факт, что на сегодняшний день ВИЧ/СПИД является уже проблемой не только медицинского характера, но и социального, что требует от должностных лиц переосмысления ведущейся профи-



В. Познер и Ю. Величина перед началом ток-шоу

лактической деятельности и принятия серьезных решений.

Проведение встреч с представителями НКО и СПИД-центров. Наибольшим камнем преткновения в отношениях между НКО и СМИ является размещение социальной рекламы. На встречах обсуждаются вопросы о том, как правильно построить отношения со СМИ, добиться взаимопонимания и, в конечном итоге, — размещения социальной рекламы.

Серьезная подготовительная работа, предваряющая съемки каждого выпуска телемарафона «Время жить!», позволила нам добиться значительных результатов.

Среди них:

- *Изменение отношения местных СМИ к освещению проблемы ВИЧ/СПИДа.* Появилась заинтересованность и желание самостоятельно работать в этом направлении. Ярким примером служит красноярская телекомпания «Афонтово».

- *Налаживание сотрудничества между СМИ и СПИД-центрами.* В этом случае показателен пример Нижнего Новгорода, где после ток-шоу СПИД-центр смог наладить отношения со СМИ и договориться о размещении социальной рекламы.

- *Изменение отношения представителей бизнеса к проблеме.* В Твери во время ток-шоу удалось изменить мнение бизнесменов и убедить в необходимости оказывать помощь детям, рожденным от ВИЧ-положительных матерей, а также внедрять профилактические программы на рабочих местах.

- *Усиление активности местных администраций.* Осознание важности проблемы не остается на уровне разговоров, а подводит к совершению конкретных шагов, так, в Вологде администрацией готовится программа по толерантности к ЛЖВС, а в Красноярске из бюджета выделены средства СПИД-центру на осуществление профилактических программ.

- *Усиление общественной активности людей, живущих с ВИЧ/СПИДом.* Для многих ВИЧ-позитивных людей телемарафон дал возможность открыто заявить о своих проблемах, поделиться переживаниями и быть услышанными. Так, в Казани после ток-шоу ВИЧ-положительный Антон — сотрудник реабилитационного центра — решил открыть свой статус для того, чтобы помочь другим преодолеть свои предрассудки и предубеждения. После ток-шоу он с открытым лицом снялся в документальном фильме «Право на жизнь» телекомпании «Совершенно секретно», в котором рассказал обо всех трудностях, с которыми встречается ВИЧ-положительный человек в своей жизни.

Документальный фильм «Право на жизнь». 1 декабря 2005 года, во Всемирный день борьбы со СПИДом, международная некоммерческая организация PSI презентовала в рамках телемара-

фона «Время жить!» документальный фильм «Право на жизнь». Лента, снятая телекомпанией «Совершенно секретно», рассказывает о том, что означает быть ВИЧ-инфицированным сегодня в России и развенчивает стереотипы восприятия проблемы ВИЧ/СПИДа в обществе.

По данным официальной статистики, число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в России составляет более 330 тысяч. Это лишь малая часть тех, кого успела в реальности затронуть эпидемия, — новые случаи заражений происходят ежедневно и статистике за ними не угнаться. После доклада российских ученых, обеспокоенных таким положением дел, премьер-министр Михаил Фрадков подписал постановление, согласно которому зарегистрированные в СПИД-центрах пациенты будут получать бесплатные препараты для антиретровирусной терапии. Не изменилось только отношение общества к этим людям. В России они по-прежнему отвергаются и не имеют возможности вести полноценную жизнь. Доказательство тому — судьбы героев фильма, съемки которого проходили в разных уголках России. Эпидемия развивается, а общество продолжает жить старыми стереотипами: «СПИД — болезнь групп риска». Сегодня заразиться может каждый — в России активно распространяется половой путь передачи инфекции. Именно поэтому стали часто слышны истории, которые не укладываются в общепринятое восприятие ВИЧ/СПИДа: о девушках, заражающихся от своих возлюбленных, женах, получающих вирус от своих мужей, успешных бизнесменах с диагнозом ВИЧ и т.д. Авторы документального фильма хотят донести мысль, что общество, для которого ВИЧ/СПИД стал реальностью, не может жить по старым законам и должно пересмотреть отношение к болезни и ВИЧ-инфицированным согражданам. ВИЧ — это не приговор. Люди с ВИЧ, среди которых могут быть наши соседи, коллеги, друзья, любимые, способны вести полноценный образ жизни, работать, любить, создавать семьи и заводить детей.

«Рассказывая о буднях ВИЧ-инфицированных и их близких, проведя с ними бок о бок не один день, мы, в первую очередь, хотели развеять чудовищные мифы и слухи, которые окружают этих людей и отравляют им жизни, — говорит редактор фильма Галлия Сафронова. — Боясь агрессии и непонимания окружающих, подавляющее большинство героев фильма не рискнуло открыть перед телекамерами свои лица. Хотя исключения все же есть: ВИЧ-инфицированный парень из Красноярска — счастливый семьянин, отец двоих детей, организатор акций, посвященных проблеме распространения ВИЧ; прошедший все круги ада молодой сотрудник казанского реабилитационного центра, помогающий таким же, как он... Работа и желание приносить пользу полностью изменили их жизнь».

Презентация фильма «Право на жизнь» состоялась 1 декабря 2005 в центре «Плазма Холл». На брифинге для журналистов, предваряющем вечер, выступили Юлия Величкина – генеральный продюсер телемарафона и Алексей Бобрик – руководитель проекта «Глобус».

В овальном зале во время сбора гостей шла трансляция специально подготовленных к мероприятию роликов с Андреем Макаревичем, Федором Бондарчуком, группой «Уматурман», в которых артисты призывали ответственно относиться к своему здоровью, хранить верность любимым и пользоваться презервативами. Во время официальной части демонстрировались наиболее интересные сюжеты, снятые в разных городах, где проходил телемарафон «Время жить!», видеоприветствие Владимира Познера и Елены Ханги, а также промо-ролик фильма «Право на жизнь».

Всего на мероприятии присутствовали более 100 человек. Среди них: глава Департамента окружающей среды, науки и технологии Госдепартамента США Тони Фернандес, представитель ЮНЭЙДС в России Бертил Линдبلاد, директор

отдела здравоохранения USAID Бетси Браун, старший советник отдела здравоохранения USAID Наталья Возиянова, начальник отдела организации надзора за ВИЧ/СПИДом Минздравсоцразвития Александр Голиусов, главный специалист профилактики ВИЧ/СПИДа отдела организации надзора за ВИЧ/СПИДом Минздравсоцразвития Лариса Деметьева, руководитель Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом Вадим Покровский, заместитель председателя Координационного совета по проблемам ВИЧ/СПИДа при Минздравсоцразвития Михаил Наркевич, начальник группы международного сотрудничества Министерства обороны РФ Иван Холиков, генеральный продюсер телекомпании «Совершенно секретно» Этери Левиева, автор фильма Андрей Калитин, корреспондент Артем Иутенков, представители АФК «Система», корпорации Shell и др.

Фильм «Право на жизнь» был показан на телеканале НТВ в 22.40 2-го декабря 2005 года. Зрительская аудитория составила более 4 миллионов человек.



Творческая группа телемарафона «Время жить!» (слева направо): сценарист Александра Ковжаровская, режиссер Евгений Захаров, ведущий Владимир Познер, оператор-монтажер Сергей Богатырев, генеральный продюсер Юлия Величкина.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ВИЧ/СПИДа: СУБЪЕКТИВИЗМ И ЭМПИРИЧЕСКАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

© 2006 г. Алексей Мазус*

На современном этапе развития пандемии ВИЧ/СПИДа характерно дальнейшее нарастание эпидемического процесса не только в развивающихся странах, но и в промышленно развитых государствах, включая страны Группы восьми.

В Соединенных Штатах Америки за последние 10 лет ежегодный прирост новых случаев инфекции составлял около 40 тыс. человек, при этом за весь период регистрации ВИЧ-инфекции общее количество случаев заболевания составило около 1,5 млн. человек.

По данным Центра по контролю за распространением и профилактике заболеваний США (Centers for Disease Control and Prevention – CDC), который является подразделением Министерства здравоохранения и социальных служб США, впервые с момента начала эпидемии ВИЧ/СПИДа число жителей Соединенных Штатов, живущих с вирусом, к концу 2003 г. превысило 1 млн. человек [1], при этом пораженность населения США ВИЧ/СПИДом составляла 0,6% населения [2].

Вместе с тем, специальное исследование, основанное на массовом тестировании на ВИЧ-инфекцию, проведенное в 2006 году в Вашингтоне, показало, что уровень пораженности населения ВИЧ/СПИДом в столице США составляет 3% [3]. Специалисты, проводившие данное исследование, полагают, что уровень пораженности населения в Соединенных Штатах в два раза ниже, чем в Вашингтоне, т.е. составляет 1,5%. По классификации ВОЗ/ЮНЭЙДС, эпидемия в стране с таким уровнем пораженности населения характеризуется как генерализованная.

С момента официальной регистрации СПИДа в США и по 2004 г. включительно, в стране умерло от этого заболевания более 529 тыс. человек, при этом три четверти из них не дожили до 45 лет.

Эпидемиологические данные, опубликованные в середине 2005 года, свидетельствуют о

том, что органам здравоохранения США так и не удалось сохранить тенденцию на заметное уменьшение новых случаев ВИЧ-инфекции, которая наблюдалась после пика заболеваемости с 1993 г. и до 1998 г. включительно [4].

В Канаде, где к 2005 г. было зарегистрировано порядка 58 тыс. случаев ВИЧ-инфекции, ход эпидемии также претерпевает изменения. За последние 5 лет количество новых случаев ВИЧ-инфекции, выявляемых ежегодно, выросло на 20% (с 2111 в 2000 г. до 2529 в 2004 г.) [5].

Так же, как и в США, в Канаде отчетливо выражены процессы феминизация эпидемии. Если в 1995 г. на долю женщин приходилось менее 10% новых случаев заболевания, то в 2004 г. этот показатель превысил 25%. Наиболее подвержены инфицированию ВИЧ молодые женщины в возрасте 15–29 лет, на долю которых в 2004 г. приходилось 42% новых случаев ВИЧ (по сравнению с 13% в 1985–1994 гг.).

В Западной Европе в настоящее время проживает более полумиллиона людей, инфицированных ВИЧ, и это число продолжает расти.

Установлено, что изменения в характере эпидемии ВИЧ-инфекции в Западной Европе связаны с ростом инфицирования при гетеросексуальных контактах, причем, из 20 тыс. новых случаев ВИЧ-инфекции, зарегистрированных в 2004 г. в этом регионе (за исключением Италии, Норвегии и Испании, данные по которым отсутствуют), более одной трети приходилось на женщин [5].

Так называемый «миграционный ВИЧ-компонент» становится в последние годы все более актуальным для стран Западной Европы. Установлено, что значительная часть новых зарегистрированных случаев инфекции связана с проживающими в Европе мигрантами, среди которых преобладают выходцы из тех стран африканского континента, где отмечены наиболее высокие показатели распространенности ВИЧ/СПИДа.

Кроме «миграционного ВИЧ-компонента» на увеличение регистрации новых случаев ВИЧ-инфекции может оказывать влияние и ряд других факторов. Так, в Великобритании одним из подобных факторов стало увеличение количества лабораторных исследований на ВИЧ-инфекцию. С 2000 г. в Великобритании введена клиническая отчетность по диагнозам ВИЧ/СПИД,

* Специально для журнала «Шаги профессионал» по материалам аналитического исследования «ВИЧ/СПИД в Соединенных Штатах Америки в контексте мировой пандемии: нерешенные вопросы противодействия эпидемии» (Е.М. Кожокин, А.И. Мазус, Ю.Н. Глущенко, А.Я. Ольшанский, РКЗМ, Москва, 2006 г.).

что неизбежно привело к увеличению числа официально регистрируемых случаев заболевания (с 3499 в 2000 г. до 7258 в 2004 г.) [5].

Рост новых случаев инфицирования обусловлен резким увеличением роли полового пути распространения ВИЧ. В странах с высоким уровнем заболеваемости ВИЧ-инфекцией почти 80% впервые выявленных случаев заражения ВИЧ связаны с гетеросексуальными контактами. При этом в Западной Европе, США, Канаде имеются весомые данные о том, что основным фактором риска для многих женщин, заразившихся ВИЧ, является рискованное поведение их партнеров-мужчин, которое зачастую остается скрытым.

В то же время в Германии в период с 2001 по 2004 г. число новых случаев ВИЧ-инфекции среди мужчин, занимающихся сексом с мужчинами (МСМ), практически удвоилось (с 530 до 982), и этот путь передачи ВИЧ стал основной причиной устойчивого общего роста новых случаев инфицирования, число которых составило 2058 в 2004 г. [5]. Не вызывает сомнений, что эти тенденции отражают реальный рост числа новых случаев, поскольку уровень тестирования населения с 1990-х гг. до настоящего времени практически не изменился.

Гомосексуальный путь инфицирования остается серьезным фактором развития эпидемии в Дании, Франции и Нидерландах. Во Франции в 2003 и 2004 г. около 20% всех новых случаев ВИЧ-инфекции были зарегистрированы у МСМ, причем 58% из них были инфицированы недавно. В Нидерландах на гомосексуальный путь передачи ВИЧ приходилось более 40% впервые диагностированных случаев инфицирования в 2003 и 2004 г. [5].

Количество ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) снизилось в 1990-х гг. в Испании и Португалии, а в 2004 г. они составляли всего треть всех новых случаев ВИЧ-инфекции, хотя еще в 2002 г. на ПИН приходилась почти половина новых случаев инфицирования ВИЧ [5].

В Польше и Турции [6] регистрируется более половины новых ежегодных случаев ВИЧ-инфекции в Центральной Европе. Если ранее доминирующим фактором эпидемии в Польше было потребление инъекционных наркотиков, то теперь на него приходится менее трети новых случаев инфицирования, а основным путем передачи ВИЧ-инфекции стал половой путь заражения, как гетеросексуальный, так и гомосексуальный между мужчинами.

Сложилась парадоксальная ситуация, когда усилия ведущих фармацевтических корпораций по поиску новых противовирусных препаратов, безусловные успехи применения высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ), изменивших современное течение заболевания, а также повсеместная борьба с проявлениями стигмы в отношении больных ВИЧ/СПИДом, с дру-

гой стороны, оказали крайне негативное влияние на эффективность антиВИЧ/СПИД-профилактических программ для населения в целом.

Несмотря на усилия, которые индустриально развитые государства предпринимают по сдерживанию эпидемического процесса, динамические характеристики эпидемии в этих странах свидетельствуют об увеличении темпов прироста новых случаев инфицирования.

До настоящего времени в мире отсутствует единая система надзора за ВИЧ-инфекцией, которая была бы основана на регистрации каждого выявленного случая заражения ВИЧ. Практически все данные, представленные в докладах Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС) носят оценочный характер и построены на данных так называемого «дозорного эпидемиологического надзора».

Применение оценочных характеристик может существенно исказить истинную картину эпидемии, например, несмотря на официально зарегистрированные случаи ВИЧ-инфекции в Российской Федерации (350 тыс. человек) приведенные в последнем докладе ЮНЭЙДС оценочные данные о количестве людей, живущих с ВИЧ в России, составляют от 560 тыс. до 1,6 млн. человек. На основании этих цифр рассчитан национальный показатель распространенности ВИЧ — более 1% населения (0,7–1,8%) [7].

Можно согласиться с тем, что несмотря на высокий уровень скрининга населения в России, выявить всех ВИЧ-инфицированных в стране не представляется возможным. Очевидно, что количество выявленных случаев ВИЧ-инфекции всегда меньше истинного количества инфицированных, однако, чем выше уровень скрининговых исследований, тем ближе показатель заболеваемости к истинному количеству инфицированных лиц. В России объем исследований — один из самых больших в мире — 16% населения, или более 22 млн. исследований на ВИЧ-инфекцию ежегодно.

Проведение в столице Российской Федерации специального исследования для оценки пораженности совокупного населения Москвы показало, что уровень распространенности ВИЧ-инфекции в Москве не превышает 0,2% [8], что даже несколько ниже показателя, рассчитанного на основании количества официально зарегистрированных ВИЧ-инфицированных в городе.

С учетом того, что показатели заболеваемости в Москве соответствуют среднероссийским, с высокой степенью достоверности можно говорить об аналогичной ситуации в целом по стране.

Проведенный в 2005 г. опрос российских врачей [9] по проблемам ВИЧ/СПИДа показал, что данные официальной российской статистики ВИЧ/СПИДа и сведения о лицах, умерших от СПИДа в различных регионах страны, отражают реальную картину заболеваемости.

Вместе с тем, для Соединенных Штатов Америки, несмотря на официальные данные Цент-

ров по контролю за распространением и профилактике заболеваний США (CDC) о превышении 1 млн. больных ВИЧ/СПИДом в стране, авторы юбилейного доклада ЮНЭЙДС предложили нижнюю границу оценочного показателя равную 720 тыс. человек [7], т.е. почти на 30% меньше официально зарегистрированного количества больных в США.

Для оценки (классификации) уровня эпидемического процесса в различных регионах мира Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и ЮНЭЙДС используют следующие характеристики: эпидемия низкого уровня или умеренная (показатель распространенности ВИЧ ниже 1% с равномерным распространением среди всех групп населения, причем в уязвимых группах распространенность ниже 5%), концентрированная эпидемия (показатель распространенности ВИЧ в любой группе риска больше 5%) и генерализованная эпидемия (показатель распространенности ВИЧ среди всего населения больше 1%) [10]. Если применить эту классификацию для оценки эпидемической ситуации в конкретных странах, можно получить следующие результаты.

В России на пике заболеваемости ВИЧ-инфекцией в 2001 г., распространенность ВИЧ в группе потребителей наркотиков впервые превысила 5% и составила 6,1%, т.е. эпидемия стала концентрированной. Однако в следующем, 2002 году, этот показатель снизился до 3,1% [11].

Эпидемия ВИЧ/СПИДа в Российской Федерации сегодня характеризуется как эпидемия низкого уровня, поскольку распространенность ВИЧ-инфекции в наиболее уязвимой группе — наркоманы — не превышает 5% (в 2005 году — 2,1%), а показатель распространенности ВИЧ/СПИДа среди совокупного населения ниже 1% (в 2005 г. — 0,24%) [11].

Даже если экстраполировать эти данные, полученные в результате скрининга совокупного населения на группу «взрослого населения» в соответствии с критериям ЮНЭЙДС (15–49 лет), показатель пораженности увеличивается менее чем в два раза, а эпидемия по прежнему остается на низком уровне.

По классификации ВОЗ/ЮНЭЙДС, в группу стран с низким уровнем распространенности ВИЧ попадают как страны, практически не затронутые эпидемией (Финляндия, Япония, где этот показатель не более 0,1%), так и Панама или Индия, с распространенностью 0,9%; а критериям генерализованной эпидемии ВИЧ/СПИДа соответствуют страны с распространенностью 1,1% (Эстония) и государства, где более 37% взрослого населения инфицировано ВИЧ (Лесото, Ботсвана) [2].

Очевидно, что применение такой классификации не имеет эпидемиологического смысла и требует существенного пересмотра.

Несмотря на то что объективные динамические характеристики эпидемиологической ситуа-

ции в России свидетельствуют о развитии эпидемии по сценарию, который, пусть и с крайней осторожностью, можно назвать оптимистическим, ряд международных и российских экспертов продолжают утверждать, что российская эпидемия нарастает катастрофическими темпами [7, 12, 13].

Эпидемиологическую ситуацию в стране можно представить различными моделями, например в Москве:

- первая модель — за последние 18 лет количество ВИЧ-инфицированных москвичей возросло более чем в 23 тыс. раз;

- вторая модель — последние 7 лет Москва демонстрирует самые высокие темпы распространения ВИЧ-инфекции среди всех мировых столиц;

- третья модель: последние 6 лет Москва демонстрирует самые высокие темпы снижения заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди всех мировых столиц.

Любопытно, что каждая из этих моделей верна на определенном этапе эпидемии.

Действительно, с 1987 года, когда в Москве был зарегистрирован единственный на весь Советский Союз ВИЧ-инфицированный, и до 2006 года число москвичей, живущих с ВИЧ, увеличилось в 23 тыс. раз.

Действительно, в 1999 г. Москва продемонстрировала самые высокие темпы распространения ВИЧ-инфекции среди всех мировых столиц. За один год число ВИЧ-инфицированных в городе увеличилось на 5300 человек (в 12 раз больше чем за 1998 год). Причиной тому было «взрывное» распространение ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков. В то же время эффективная система эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в России, основанная на высоком уровне скрининга населения, позволила немедленно зафиксировать изменение эпидемиологической ситуации в столице и своевременно принять адекватные меры. При этом после 2000 г. темпы развития эпидемии в Москве снижаются, и за период 2000–2005 гг. это снижение составило 48,3%.

Следует отметить, что последние эпидемиологического мониторинга за ВИЧ-инфекцией в Москве свидетельствуют о стагнации эпидемии, а это значит, что начиная с 2007–2008 гг. следует ожидать увеличения темпа прироста новых случаев инфицирования в столице.

Многолетнее наблюдение за ходом эпидемического процесса в развитых странах показывает, что снижение темпов эпидемии, наступающее всегда после пика заболеваемости, не носит устойчивого характера. Вместе с тем, длительность этого периода и темпы снижения заболеваемости отражают эффективность реализуемых программ противодействия эпидемии.

На определенном этапе эпидемии наблюдается стагнация эпидемического процесса, которая является рубежом нового этапа эпидемии,

для которого характерен подъем заболеваемости ВИЧ-инфекцией. Профилактическое здравоохранение нуждается в изменении политики проведения профилактических программ, адаптации современных просветительских мероприятий к изменившейся эпидемиологической ситуации.

Своевременное получение достоверных эпидемиологических данных, очевидно, является одним из ключевых принципов противоэпидемической работы. Вместе с тем, ряд экспертов до настоящего времени не признают преимуществ российской системы надзора за ВИЧ-инфекцией, основанной на скрининге населения [14], даже несмотря на то, что на современном этапе развития эпидемии ее преимущества очевидны не только в оценке эпидемиологической ситуации, но и возможности раннего выявления больных СПИДом.

В то же время CDC предложили американцам регулярно сдавать тест на ВИЧ-инфекцию при врачебном осмотре [15]. «Регулярные обследования на ВИЧ – важная составляющая стратегии национального здравоохранения, которая позволит остановить ВИЧ», – считает один из членов правления Американской медицинской ассоциации Н. Нильсен [16].

Один из инициаторов создания опубликованных в сентябре 2006 г. рекомендаций CDC по

расширению обследования жителей Соединенных Штатов на ВИЧ-инфекцию С. Боззет отмечает: «Проведенные нами расчеты показывают, что обследование населения США на предмет ВИЧ-инфекции обойдется национальному бюджету значительно дешевле, чем лечение тяжелых форм СПИДа. Кроме того, создание системы регулярных обследований позволит сократить число смертей от СПИДа и улучшить качество жизни людей. По нашим данным, если бы мы имели возможность каждый год обследовать каждого американца, заболеваемость ВИЧ-инфекцией сократилась бы как минимум на 21%, а число смертей от СПИДа – более чем на 40%» [17].

Продолжающаяся глобализация эпидемии ВИЧ-инфекции с очевидностью показывает, что мировое сообщество крайне нуждается в создании единой системы мониторинга заболевания, без которой невозможно эффективно планировать мероприятия по противодействию эпидемии не только в развивающихся, но и в ведущих индустриальных державах. Назрела необходимость обсуждения вопроса стандартов учета и регистрации ВИЧ-инфекции в системе единого эпидемиологического надзора: расширения скринингового тестирования на ВИЧ-инфекцию и учета всех случаев инфицирования по модели, показавшей свою эффективность на территории Российской Федерации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. HIV/AIDS Surveillance Report. Cases of HIV infection and AIDS in the United States, 2004 – Vol. 16 – CDC.
2. ЦРУ, «Мировой справочник», данные 17 мая 2005 года.
3. High HIV/AIDS Prevalence Reported in Washington DC, Scrip PJB Publications Ltd, 25 September, 2006.
4. HIV Prevention Strategic Plan through 2005 – CDC – January 2001.
5. Развитие эпидемии СПИДа: декабрь 2005 г., ЮНЭЙДС/ВОЗ, 2005.
6. Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС) включает показатели Турции по СПИДУ в статистику региона Центральной Европы.
7. Доклад о глобальной эпидемии СПИДа – 2006, специальное издание, посвященное 10-й годовщине ЮНЭЙДС, ЮНЭЙДС/ВОЗ, 2006 (www.unaids.org).
8. Анализ данных: ВИЧ/СПИД в Москве в контексте мировой пандемии. Москва. (Департамент здравоохранения, МГЦ СПИД, РИСИ). Москва, 2005.
9. A Survey of Russian Doctors on HIV/AIDS, CSIS, University of Wisconsin-Madison, January 2006.
10. «Initiating second generation HIV surveillance systems: practical guidelines», UNAIDS/WHO, Working Group on Global HIV/AIDS/STI Surveillance, 2002.
11. Анализ годовых форм государственного статистического наблюдения, опубликованных в Информационном бюллетене № 27. Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. Роспотребнадзор. Москва. 2005.
12. Murray Feshbach, Cristina M. Galvin, Woodrow Wilson International Centre for Scholars, Washington, D.C., HIV/AIDS in Russia – an Analysis of Statistics, January 2005.
13. www.tpaa.ru
14. Трансатлантические партнеры против СПИДа. «Дети, рожденные ВИЧ-инфицированными женщинами, и социальное сиротство: анализ ситуации в России», М., 2004 г.
15. Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents and Pregnant Women in Health-Care Settings, September 22, 2006, MMWR, CDC
16. http://www.rian.ru/society/health_services/20060921/54144545.html
17. <http://www.km.ru/news/view.asp?id=D9EC9DF148734D5E9A1CFC5915318064;>
<http://www.aids.ru/news/2006/05/11c.htm>

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

• **Москва. 10.11.2006.** Делегации высокого уровня стран СНГ собрались в Москве 8–9 ноября, чтобы подвести итоги и оценить прогресс в реализации решений, принятых в марте этого года в рамках совещания стран СНГ по обеспечению универсального доступа к профилактике и лечению ВИЧ-инфекции. Цель встречи – определить цели и согла-

совать задачи национального и регионального уровня на пути обеспечения всеобщего доступа к профилактике и лечению ВИЧ-инфекции к 2010 году. Также обсуждался вопрос о разработке новой «Программы неотложных мер государств-участников СНГ по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции».

ОПРОС РОССИЙСКИХ ВРАЧЕЙ О ВИЧ/СПИДе*

Т. Гербер¹, С. Мендельсон^{2**}

¹ Университет Висконсина (Мэдисон)

² Центр стратегических и международных исследований

ВРАЧ И ПАЦИЕНТ

Мы рассматриваем три важных аспекта взаимоотношений врача и пациента в России: дискриминация пациентов с ВИЧ или определенных категорий таких пациентов из-за стигмы (негативных стереотипов), вопрос о надбавке за лечение ВИЧ-инфицированных пациентов и конфиденциальность диагноза «ВИЧ-инфекция».

Активисты и наблюдатели, изучающие вопросы ВИЧ-инфекции, озабочены проблемой социального неприятия (стигмы) в отношении как самого заболевания, так и отдельных социальных групп, имеющих наибольшую вероятность заражения.

Стигма в отношении ВИЧ-инфицированных во многих случаях ведет к нарушениям прав человека и способствует замалчиванию или отрицанию проблемы, что в свою очередь еще больше разжигает эпидемию. Один из возможных результатов стигмы — отсутствие доступа к медицинскому обслуживанию для отдельных категорий ВИЧ-инфицированных пациентов, если сами врачи считают их не заслуживающими лечения³. Проблема потенциально негативного отношения российских врачей к ВИЧ-инфицированным пациентам встает особенно остро в свете печально известного «письма в газету» студентов медицинских вузов в первые годы эпидемии: авторы письма приветствовали эту болезнь, поскольку она позволила бы избавить российское общество от нежелательных элементов⁴. Результаты, изложенные нами выше, свидетельствуют о том, что российские врачи связывают распространение ВИЧ с нравственным и культурным падением, что безусловно указывает на возможность стигмы.

Мы попытались изучить вероятность проявления таких негативных взглядов косвенным путем, задав респондентам вопрос, считают ли

они различные категории ВИЧ-инфицированных пациентов достойными бесплатной (оплачиваемой государством) АРВ-терапии и допускают ли возможность отказа ВИЧ-инфицированному пациенту в лечении при некоторых обстоятельствах.

Полученные результаты поражают различиями в отношении к пациентам. Почти все врачи говорят о том, что государство должно оплачивать АРВ-терапию детям, которые заразились ВИЧ от матерей, и лицам, инфицированным при переливании крови (табл. 1). Очевидно, что эти две группы пациентов считаются «достойными» лечения или, как выразились некоторые участники фокус-групп, «невинными».

Однако в отношении бесплатного АРВ-лечения других групп пациентов мнения разделились. Судя по ответам врачей, в наименьшей степени достойны такой помощи наркозависимые: менее 60% врачей как в СПИД-центрах, так и в других учреждениях, выступают за предоставление им бесплатной АРВ-терапии. Многие врачи — особенно больничные — считают гомосексуалов, проституток и заключенных не заслуживающими оплаченной государственной терапии. Люди, заражающие своих супругов, оцениваются несколько выше, чем названные маргинальные группы, но все же не считаются вполне заслуживающими бесплатной терапии. В целом лишь 53% врачей СПИД-центров и 44% больничных врачей считают, что оплачиваемую государством АРВ-терапию должны получать все семь перечисленных в исследовании категорий пациентов с ВИЧ. Это означает, что немалое число врачей действительно считают некоторые группы ВИЧ-инфицированных пациентов — в особенности наркозависимых, гомосексуалов, проституток и заключенных — менее достойными лечения, и негативные установки (стигма) отрицательно влияют на взаимоотно-

* Окончание. Начало см. «Шаги профессионал» № 3, с.63–76.

** Авторы благодарны Фонду Форда за финансирование фокус-групп и опроса врачей в 2005 г. Авторы выражают свою признательность Аналитическому центру Юрия Левады, а также Э. Бургеру, Ф. Нибургу, Х. Слоану, С. Солнику, Д. Стаховьяк, М. Стибичу и Д. Твигг за их замечания по сценариям фокус-групп и вопросам анкеты. Авторы также благодарят Н. Лорд, Д. Лейкин и А. Туркову за помощь в проведении исследований. Перевод с английского на русский И. Савельевой при участии Т. Эллеман. Январь 2006 г.

³ Хьюман Райтс Вотч «Повторение пройденных ошибок. ВИЧ/СПИД и нарушение прав человека в Российской Федерации», апрель 2004 г.

⁴ David Powell, «The Problem of AIDS,» in Mark G. Field and Judyth L. Twigg (eds.), *Russia's Torn Safety Nets: Health and Social Welfare during the Transition* (New York: St. Martins), pp. 123–151.

Таблица 1. Врач и пациент

	СПИД-центры	Больничные центры	В целом	
Государство должно оплачивать АРВ-терапию следующим ВИЧ-положительным пациентам				
Гомосексуалам	69%	54%	59%	
Детям	100%	99%	99%	
Заклученным	76%	70%	72%	
Наркозависимым	57%	58%	57%	
Проституткам	64%	52%	56%	
Женщинам/мужчинам, которые заражают своих супругов	87%	73%	77%	
Пациентам, зараженным при переливании крови	99%	98%	99%	
Всем этим группам	53%	44%	47%	
Допустимо ли для врача отказать в лечении ВИЧ-положительному пациенту?				
Совершенно допустимо	2%	3%	3%	
Иногда допустимо	9%	22%	18%	
Никогда не допустимо	88%	72%	77%	
Трудно сказать	1%	3%	3%	
Приходилось ли вам слышать о случаях, когда врачи вашего учреждения отказывались лечить ВИЧ-положительных пациентов?				
Слышал о многих таких случаях	1%	1%	1%	
Слышал о нескольких таких случаях	5%	11%	9%	
Не слышал о таких случаях	94%	88%	90%	
Какова, по вашему мнению, главная причина, побуждающая врачей иногда отказываться лечить ВИЧ-положительных пациентов?				
Страх заразиться ВИЧ	55%	55%	55%	
Отсутствие опыта лечения ВИЧ/боязнь сделать ошибку	17%	14%	15%	
Враждебное отношение к ВИЧ-положительным пациентам	6%	4%	5%	
Другие причины	10%	4%	6%	
По-моему, врачи никогда не отказываются лечить	10%	19%	16%	
Трудно сказать	2%	3%	3%	
Сколько врачей в вашем учреждении требуют от пациентов дополнительную плату?				
Половина или более	0%	2%	1%	
Несколько	2%	13%	10%	
Ни один	91%	71%	78%	
Трудно сказать	6%	13%	11%	
Должен ли врач иметь право (быть обязан) раскрыть диагноз «ВИЧ-инфекция» следующим лицам?				
	должен иметь право	обязан раскрыть диагноз	не должен иметь право	трудно сказать
Родителям пациентов до 18 лет	37%	49%	12%	2%
Супругам пациентов	33%	33%	30%	4%
Работодателям пациентов	6%	2%	87%	5%
Директору учебного заведения (где учится пациент)	6%	3%	88%	4%
Местным СМИ	1%	1%	96%	2%
Лицам, осуществляющим уход за пациентом	35%	32%	28%	5%

шения врачей с этими пациентами. Обнадеживает тот факт, что отрицательное отношение к некоторым пациентам в СПИД-центрах присутствует в меньшей степени, но оно есть и там⁵.

Хотя с утверждением, что для врача вообще позволительно отказать в лечении ВИЧ-инфицированному пациенту, согласились лишь немногие респонденты (порядка 2%), значительно большая их часть – 9 % врачей СПИД-центров и 22% больничных врачей – считают, что при определенных обстоятельствах такой отказ допустим. В целом более четверти больничных врачей и более 10% врачей СПИД-центров не придерживаются однозначного мнения, что ВИЧ-инфицированного пациента следует лечить во всех случаях. 12% больничных врачей сообщили, что слышали по крайней мере о нескольких случаях в своем учреждении, когда врачи отказывались лечить ВИЧ-инфицированных пациентов. Хотя такой процент ответов не говорит о повсеместной распространенности подобных отказов, мы можем сделать вывод, что эта недопустимая ситуация является довольно обычным делом. В СПИД-центрах и среди врачей, получивших специальную подготовку в области ВИЧ/СПИД-Да, положение несколько лучше даже при контроле других переменных, но и в СПИД-центрах 6% врачей сказали, что слышали о случаях отказа в лечении. Кроме того, тот факт, что отвечая на вопрос о мотивах отказа ВИЧ-инфицированным пациентам в лечении, лишь очень небольшое число врачей выбрали вариант ответа «я считаю, что врачи никогда не отказывают в лечении», является еще одним доказательством существования такой практики.

Вместе взятые, эти результаты указывают на то, что отказ врача лечить ВИЧ-инфицированного пациента вовсе не является чем-то неслыханным для России.

Журналисты пишут о том, что врачи в России часто требуют с пациентов дополнительную плату за лечение⁶. Можно предположить, что такое явление в еще большей степени распространено в отношении ВИЧ-инфицированных пациентов в силу того, что этой группе свойственны особая незащищенность и чувство отчаяния. Результаты нашего исследования указывают на то, что эта форма коррупции практикуется, но нечасто: 91% врачей СПИД-центров и 71% больничных врачей сказали, что в их учреждении таких случаев не бывает. Однако 13% больничных врачей сказали, что несколько врачей в их учреждениях взимают с пациентов дополнительную плату, а еще 2% сообщили, что дополнительную плату требуют более половины всех врачей. Учитывая, что врачи могут занижать

масштабы такой практики из лояльности в отношении коллег (а возможно, из-за собственного чувства вины, если сами берут дополнительную плату), эти данные говорят о том, что требование дополнительной оплаты не так уж редко имеет место во взаимоотношениях врачей и пациентов, хотя по всей вероятности, в СПИД-центрах такое случается реже.

Для изучения отношения к конфиденциальности мы спросили, имеет ли врач право раскрывать ВИЧ-положительный диагноз пациента некоторым третьим лицам, обязан ли это делать или не имеет такого права. Выбор третьего варианта отражает мнение о необходимости полной конфиденциальности, а выбор первого варианта – мнение о необходимости полного раскрытия информации. Наиболее распространенные ответы различались в зависимости от третьего лица, о котором шла речь. Значительное большинство респондентов считают, что врачи имеют право или обязаны раскрывать информацию ближайшим членам семьи (супругам, родителям несовершеннолетних) и тем, кто осуществляет уход за ВИЧ-положительным пациентом. Приверженцев строгого соблюдения конфиденциальности в отношении врача с пациентом такая ситуация должна встревожить. С другой стороны, одинаково большой процент респондентов убеждены в необходимости сохранения тайны диагноза в отношении третьих лиц, не состоящих в тесном контакте с пациентом (работодателей, администрации учебного заведения, СМИ).

Подводя итог, можно сказать, что ответы на вопросы о трех аспектах отношений врача и пациента рисуют двойственную картину. Хотя, судя по всему, поголовная стигма и потенциальная дискриминация не характерны для врачей, лечащих ВИЧ-инфицированных пациентов, нельзя сказать, что такое отношение к пациентам полностью исключается. Это касается и требования дополнительной платы. Оба явления менее распространены в СПИД-центрах, но встречаются и там. Учитывая, что в силу эффекта социальной желательности и коллегиальной идентификации респонденты могли занижать масштабы этих явлений, полученные данные указывают на распространенность подобных психологических установок и способов поведения и на необходимость более пристального их изучения и анализа. Что касается конфиденциальности, мы видим здесь смешанную картину: в отношении близких и членов семьи нормы конфиденциальности ослаблены, а в отношении посторонних они гораздо строже (хотя тоже не абсолютны). Сторонникам 100%-ной конфиденциальности есть над чем поработать.

⁵ Кроме того, построив шкалу для оценки количества групп, которых врачи считают достойными бесплатного лечения, и проведя OLS регрессию, мы обнаружили, что разница между врачами из СПИД-центров и других учреждений при контроле других переменных не является статистически значимой. Более высокий уровень толерантности наблюдается в регионах с низкой и средней пораженностью (по сравнению с регионами с высокой пораженностью), а также среди инфекционистов (по сравнению с другими специальностями).

⁶ Peter Baker and Susan Glasser, *Kremlin Rising: Vladimir Putin's Russia and the End of Revolution* (New York: Scribner, 2005), p. 190.

ДАЛЬНЕЙШИЕ ДЕЙСТВИЯ

И наконец, переходим к вопросу о том, какими, по мнению врачей, должны быть дальнейшие действия. Одну из точек зрения на этот вопрос мы выяснили, проанализировав взгляды врачей на основные источники проблем здоровья населения России. Мы также задали вопросы для выяснения мнения врачей об уровне государственного финансирования, о конкретных политических мерах по борьбе с распространением ВИЧ/СПИДа и о том, как они могут повысить эффективность своей работы, как специалистов по лечению ВИЧ-инфицированных пациентов. И наконец, на протяжении всей анкеты мы задали ряд вопросов о зарубежной помощи — весьма актуальной теме для российского политического контекста на данный момент.

Причины проблем здоровья населения России и возможные пути их решения. Мы не наблюдаем больших различий между тем, как врачи из разных типов учреждений определяют основные источники проблем здоровья населения России (табл. 2). Наиболее распространено мнение, что главной причиной проблем является недостаток государственного финансирования (47%); следующая распространенная точка зрения — то, что причиной является низкая зарплата врачей (25%). Ни одну из других причин не назвали самой важной более 6% выборки. Это означает, что врачи рекомендовали бы повышение государственного финансирования здравоохранения и зарплаты врачей в качестве наиболее эффективных путей решения проблем здоровья населения России. При этом помимо низкого государственного финансирования и маленьких зарплат, не менее 20% выборки называют в числе главных трех проблем низкую доступность услуг здравоохранения, недостаточное санитарно-медицинское просвещение и бедность населения. Более двух пятых врачей в нашей выборке считают одной из трех главных причин проблем здоровья населения России недостаток государственного финансирования здравоохранения. Отвечая на прямо поставленный вопрос о том, достаточно ли государство тратит на здравоохранение, все, за исключением 4%, сказали, что государство должно тратить больше (существенных различий между типами учреждений по данному вопросу нет).

Мнение о необходимости больше тратить на ВИЧ/СПИД не является столь же всеобщим, но его придерживаются многие из опрошенных. 83% врачей СПИД-центров и 70% больничных врачей хотели бы, чтобы государство повысило финансирование на ВИЧ/СПИД⁷. Однако день-

ги — не единственная проблема. Мы попросили врачей оставить в стороне вопрос денег и посмотреть на то, является ли удовлетворительной государственная программа по ВИЧ/СПИДу. Большинство считают, что государственная программа борьбы с ВИЧ/СПИДом нуждается в фундаментальных изменениях — в СПИД-центрах такого мнения придерживается несколько больший процент врачей (70%), нежели в других учреждениях (64%).

Что касается конкретных мер по борьбе с эпидемией, самую широкую поддержку получают такие меры, как пропаганда презервативов и половое просвещение — более 90% в каждом случае (табл. 3). Более 80% выступают в поддержку кампаний, пропагандирующих верность половому партнеру и половое воздержание. Мы были удивлены тем, что большинство врачей — 78% — считают обязательным, чтобы все въезжающие в Россию иностранцы имели справку об отсутствии ВИЧ-инфекции. Большинство врачей также поддерживают обмен игл (77% врачей СПИД-центров, 68% больничных врачей), однако при этом выступает за дальнейшее ужесточение мер в отношении потребителей наркотиков (65 и 54%). Мнения о том, должна ли быть легализована проституция, разделились примерно поровну, и практически все выступают против метадоновой терапии и против карантина ВИЧ-положительных. Эти ответы показывают, что врачи склонны поддерживать широкий спектр конкретных мер борьбы с распространением ВИЧ/СПИДа, в том числе мер, вызывающих неоднозначное отношение в обществе или не разрешенных существующим законодательством (пропаганда презервативов, половое просвещение, обмен игл, легализация проституции).

Как отмечено выше, мы обнаружили разницу в уровне знаний между врачами, получившими специальную подготовку в области эпидемиологии, мониторинга и лечения ВИЧ, и не получившими такой подготовки. В то же время 72% российских врачей (как из СПИД-центров, так и из других учреждений), лечащих ВИЧ-инфицированных пациентов, хотели бы получить дополнительную подготовку. Агентства-доноры могли бы сыграть важную роль в обеспечении такого обучения. Дополнительные исследования позволили бы выяснить, какого рода обучение наиболее востребовано и необходимо врачам.

Как довести информацию до врачей: источники информации. Рассматривая вопрос о том, откуда врачи получают информацию о ВИЧ, мы можем указать, какие источники информации имеют наибольший потенциал при соответствующей донорской поддержке. Нам представляется, что врачи получают максимум информации из нескольких конкретных источников и хотели бы получать еще больше сведений из тех же источников. Статьи в научных журналах, научные конференции и семинары по повышению ква-

⁷ Следует отметить, что опрос был завершен до того, как 27 сентября 2005 г. Президент Путин объявил, что правительство РФ намерено увеличить расходы на ВИЧ/СПИД в 2006 г. с 4 млн. дол. до 105 млн. дол. <http://en.rian.ru/russia/20050927/41522777.html>

Таблица 2. Факторы, влияющие на проблемы здоровья населения России и на проблему ВИЧ/СПИДа

Важнейшая причина проблем здоровья населения в России			
	СПИД-центры	Больничные центры	В целом
Недостаточное финансирование системы здравоохранения	46%	48%	47%
Низкие зарплаты врачей	22%	26%	25%
Недоступность здравоохранения для большинства людей	7%	6%	6%
Бедность	7%	5%	6%
Низкий уровень медико-санитарного просвещения населения	6%	5%	5%
Падение нравственности/культуры	3%	2%	3%
Недостаточная профессиональная подготовка врачей	2%	3%	2%
Экологические проблемы	2%	2%	2%
Коррупция в системе здравоохранения	2%	2%	2%
Плохое питание населения	1%	1%	1%
Другое	1%	1%	1%
Рост частной медицинской практики	1%	0%	0%

Одна из трех важнейших причин проблем здоровья населения в России

Недостаточное финансирование системы здравоохранения	82%	82%	82%
Низкие зарплаты врачей	56%	58%	57%
Недоступность здравоохранения для большинства людей	40%	33%	36%
Низкий уровень медико-санитарного просвещения населения	31%	31%	31%
Бедность	23%	22%	22%
Экологические проблемы	17%	15%	16%
Недостаточная профессиональная подготовка врачей	14%	15%	15%
Падение нравственности/культуры	16%	13%	14%
Плохое питание населения	7%	14%	11%
Коррупция в системе здравоохранения	9%	10%	10%
Рост частной медицинской практики	2%	3%	3%
Другое	1%	2%	2%

Достаточно ли тратит государство на здравоохранение/борьбу со СПИДом?

	Здравоохранение: в целом	СПИД: врачи СПИД-центров	СПИД: врачи из больничных центров
Государство тратит достаточно средств	2%	11%	16%
Государство должно тратить больше	96%	83%	70%
Не знаю	2%	6%	14%

Независимо от уровня финансирования, адекватна ли государственная программа борьбы со СПИДом?

	СПИД-центры	Больничные центры
Программа в основном адекватна	21%	16%
Программа требует фундаментальных изменений	70%	64%
Трудно сказать	8%	20%

Таблица 3. Конкретные меры на уровне политики

Должно ли государство принять следующие меры по борьбе с распространением СПИДа?					
	Обязательно должно	Вероятно должно	Не знаю	Вероятно не должно	Ни в коем случае не должно
Бесплатный обмен шприцев для потребителей инъекционных наркотиков	41%	33%	3%	14%	9%
Изоляция ВИЧ-положительных от других людей	2%	7%	3%	28%	60%
Легализация метадоновой терапии для героинозависимых	11%	22%	23%	18%	26%
Введение полового просвещения в программу 6–8 классов школ	65%	27%	2%	4%	2%
Легализация проституции	18%	29%	12%	18%	23%
Требование, чтобы все въезжающие в Россию иностранцы имели справку об отсутствии ВИЧ-инфекции	60%	18%	3%	14%	5%
Проведение кампании, пропагандирующей половое воздержание до брака	56%	27%	3%	10%	4%
Проведение кампании, пропагандирующей верность половому партнеру в браке	54%	29%	5%	7%	5%
Ужесточение наказания за незаконное потребление наркотиков	33%	28%	7%	21%	11%
Проведение широкой кампании за использование презервативов	69%	25%	2%	3%	1%

Получили ли вы достаточную подготовку в области эпидемиологии и/или профилактики СПИДа или хотели бы получить дополнительную подготовку?

Получил достаточно	28%				
Хотел бы еще	72%				

Какой объем информации о ВИЧ вы получаете из следующих источников?

	Некоторый, но не достаточный	Большой	Небольшой	Никакого
Статьи в научных журналах	27%	49%	21%	3%
Интернет-сайты	11%	19%	24%	46%
Электронные рассылки	5%	12%	21%	62%
Конференции, семинары	29%	49%	17%	5%
СМИ	26%	45%	21%	8%
Специальные учебные курсы	11%	22%	53%	14%
Неформальные дискуссии с коллегами	26%	31%	36%	7%

лификации – наиболее перспективные источники информации. Врачи СПИД-центров пользуются этими источниками чаще, чем больничные врачи. Врачи СПИД-центров нередко обращаются за информацией к своим коллегам, используя неформальные контакты, причем делают это значительно чаще, чем больничные врачи. Интернет-сайты, электронные рассылки и сообщения СМИ в меньшей степени используются врачами для пополнения знаний о ВИЧ. Хотя

недавно проведенный организацией «Трансатлантические партнеры против СПИДа» (ТППС) опрос указывает на то, что СМИ играют значительную роль в просвещении населения в целом, в деле информирования медработников их роль не столь значительна⁸.

⁸ «Россияне хотят более активного участия СМИ в противостоянии ВИЧ/СПИДу», 27 октября 2005 г. (пресс-релиз ТППС) на сайте <http://www.tpa.ru/news/pressreleases/?id=1505>

Какую роль играет западная помощь? Недавно Правительство РФ приняло закон, который может повлиять на распределение иностранной помощи российским общественным организациям. Принятию этого закона предшествовала серия высказываний представителей Кремля, в том числе самого Президента, о деструктивной роли западной помощи. Насколько медицинское сообщество разделяет такие взгляды в отношении помощи здравоохранению? И более конкретно — считают ли врачи иностранную помощь в борьбе с ВИЧ подрывающей интересы России или просто ненужной?

Полученные нами результаты вовсе не свидетельствуют о том, что медики, работающие на «линии фронта» борьбы с эпидемией, разделяют озабоченность администрации президента Путина или Государственной Думы (табл. 4). Около трех четвертей нашей выборки согласны с тем, что иностранные организации, оказывающие содействие борьбе с распространением ВИЧ, «хотят только помочь России». Также мы отмечаем необыкновенную открытость, понимание и готовность учиться на опыте других стран в этой области: 94% считают, что международный опыт борьбы с заболеванием содержит ценные уроки. Российские врачи также не согласны с утверждением, будто бы международные организации преувеличивают серьезность эпидемии в России.

Однако в ответ на вопрос о том, «есть ли у правительства возможность взять под контроль

эпидемию СПИДа без советов из-за рубежа», мы наблюдаем среди российских врачей, специалистов по ВИЧ-инфекции, несколько более высокий уровень национализма. Около 42% врачей СПИД-центров и 33% больничных врачей полностью или в основном согласны с этим утверждением. Но этот национализм имеет и свои пределы. На прямо сформулированный вопрос: «Должна ли Россия решать проблему СПИДа самостоятельно или принять иностранную помощь?» три четверти ответили, что Россия должна принять «иностранную помощь». Иностранную помощь особенно приветствуют врачи из регионов с высокой пораженностью.

РЕКОМЕНДАЦИИ РУКОВОДИТЕЛЯМ, ФОРМИРУЮЩИМ ПОЛИТИКУ, И СООБЩЕСТВУ АГЕНТСТВ-ДОНОРОВ

Результаты исследования подтверждают наши ранние заключения о том, что российские врачи в целом считают эпидемию ВИЧ серьезной, но не самой важной проблемой, угрожающей здоровью России. Как мы предположили ранее, международное сообщество добьется большего успеха в борьбе с распространением ВИЧ, если будет учитывать мнения этих профессионалов, работающих на передовом крае, а также, если будет рассматривать ВИЧ как одну из многочисленных проблем здоровья, стоящих перед Россией.

Таблица 4. Мнения о роли Запада в борьбе России против ВИЧ/СПИДа

Принять западную помощь/рекомендации?					
	Полностью согласен	В основном согласен	Не знаю	В основном не согласен	Совершенно не согласен
Иностранцы, которые финансируют российские организации, борющиеся с распространением СПИДа, хотят только помочь России	30%	45%	8%	14%	3%
Россияне могут усвоить полезные уроки из опыта других стран по борьбе со СПИДом	72%	22%	2%	3%	1%
Руководители международных организаций в области здравоохранения, таких как ВОЗ и ЮНЭЙДС, часто преувеличивают масштабы эпидемии СПИДа в России	3%	12%	11%	42%	32%
Наше государство способно контролировать распространение СПИДа без рекомендаций из-за рубежа	12%	25%	6%	35%	23%
Должна ли Россия решать проблему ВИЧ/СПИДа самостоятельно или принять иностранную помощь?					
Должна принять иностранную помощь	77%				
Не должна принимать иностранную помощь	11%				
Трудно сказать	12%				

В ходе нашего исследования выявлены две основных потребности, которые существуют у врачей, лечащих пациентов с ВИЧ/СПИДом — потребность в дополнительных знаниях и обучении, а также потребность в лекарственных препаратах и других медицинских материалах. Наши респонденты также выразили готовность принимать международную помощь и использовать опыт других стран. Учитывая высокий уровень интереса и поддержки в отношении дальнейшей иностранной помощи, международным агентствам-донорам следует рассмотреть вопрос о том, как помочь этим врачам и как содействовать формированию нового поколения врачей даже в том случае, если новое российское законодательство создаст дополнительные трудности для международного сотрудничества и иностранной помощи. Хотя программы, реализуемые под эгидой таких организаций, как УНП ООН (UNODC), ВОЗ, DFID, USAID и TACIS, уже предусматривают участие доноров, последние принесут еще большую пользу, если помогут преодолеть дефицит знаний/профессиональной подготовки и материалов/лекарственных препаратов, выявленный в ходе нашего исследования⁹.

Способствование повышению квалификации специалистов. Как в СПИД-центрах, так и в других медицинских учреждениях врачи испытывают потребность в дополнительной профессиональной подготовке по эпидемиологии, клиническому ведению и лечению ВИЧ-инфекции. Наши результаты указывают на то, что обучение и практический опыт способствуют повышению квалификации врачей, работающих с ВИЧ-инфицированными пациентами, особенно в области эффективного применения АРВ-терапии, а также в плане соблюдения протоколов лечения, организации групп поддержки и соответствия этическим нормам (недопустимость отказа в лечении). Иными словами, обучение дает реальные результаты.

Данные подтверждают, что наиболее велика потребность в подготовке среди врачей, которые не работают в СПИД-центрах, но при этом регулярно оказывают помощь ВИЧ-инфицированным пациентам. В ответах на многие вопросы мы выявили значительный разрыв в знаниях и понимании существующих норм между врачами СПИД-центров и врачами других учреждений. Даже если предположить, что в ближайшем будущем сохранится существующая система, при которой большинство пациентов с ВИЧ и СПИДом получают лечение в СПИД-центрах, по мере распространения эпидемии у все большего числа врачей за пределами СПИД-центров будут появляться ВИЧ-инфицированные паци-

енты. То, насколько качественными будут их рекомендации таким пациентам, насколько врачи готовы будут лечить этих пациентов и насколько успешно смогут ответить на их вопросы, имеет ключевое значение. Эти врачи должны получить специальную подготовку, чтобы эффективнее помогать своим пациентам.

Но в дополнительном обучении нуждаются и врачи СПИД-центров. Они должны получить как дополнительную подготовку, так и дополнительные стимулы в работе, о желательности которых тоже шла речь. Организации-доноры призваны не только найти способ обеспечить дополнительную профессиональную подготовку практикующим врачам, но и разработать программы содействия специализации будущих поколений российских врачей в области лечения ВИЧ/СПИДа. Вероятно, приоритетными направлениями в долгосрочной перспективе должны быть повышение квалификации уже работающих врачей, а также привлечение в сферу ВИЧ/СПИДа и профессиональная подготовка новых специалистов. Один из возможных подходов — вложение средств в медицинские вузы в России и выделение стипендий для обучения россиян в медицинских учебных заведениях за границей с обязательным требованием вернуться в Россию и работать по специальности.

Решение проблемы недостатка лекарств и материалов. В краткосрочной перспективе потребность в медицинских материалах и лекарствах можно удовлетворить несколькими путями. Организации-доноры могут рассмотреть вопрос о целевом вложении средств в конкретную программу, например, путем предоставления кредита российским партнерам (больницам) на приобретение и распределение необходимых расходных материалов таких, как латексные перчатки и одноразовые иглы. Могут потребоваться дополнительные исследования, которые позволят лучше понять рынок и характер распределения этих товаров. Этот дефицит необходимо преодолеть, чтобы защитить право врачей не подвергаться ненужному риску при лечении пациентов. Уровень обслуживания пациентов от этого только выиграет.

Эффективное доведение информации до врачей. Помимо обучения, врачи заинтересованы в получении дополнительной информации в нескольких конкретных формах. Некоторые специалисты высказывают предположение, что эффективным и малозатратным способом доведения информации до врачей мог бы быть электронный список рассылки, но данные нашего опроса не подтверждают продуктивность такого способа. Вероятно, врачи охотнее воспримут информацию, предоставленную через научные журналы или семинары и конференции. Организации-доноры относительно легко могут профинансировать подписку на профессиональные журналы или переводы научных статей, а также их более широкое распространение (возможно,

⁹ «Internationally Funded HIV-related Activities in the Russian Federation 2005», Объединенная программа ООН по СПИДу — московское представительство, на сайте http://www.unaids.ru/site_admin_predpr/f/Inventory_2005_En.pdf

в электронной форме). Они могут поддержать проведение семинаров, тренингов и конференций, в том числе в рамках международных мероприятий, оплатив российским врачам, помимо прочего, расходы на поездку и взнос за участие в конференции. Полученные нами данные указывают на то, что врачи должны стать целевой группой просветительских кампаний по борьбе со стигмой. Необходимы дополнительные исследования, чтобы помочь сформулировать сообщения таких кампаний, способные с наибольшим эффектом повлиять на психологические установки и практику врачей.

Измерение достигнутого прогресса. В 2006–2007 гг. Правительство РФ, согласно недавнему обещанию Президента Путина, начнет тратить все больший объем средств на ВИЧ/СПИД. При этом врачи станут важнейшим источником объективной информации о том, насколько выполняются эти обещания, а также потенциальной силой для политического давления и лоббирования с целью побудить российское правительство и международные агентства-доноры адекватно реагировать на существующие потребности. Дополнительные мониторинговые опросы для проверки наших гипотез и получения информации по другим вопросам обеспечат как организациям-донорам, так и правительству необходимую информацию об успехах, неудачах и новых вызовах в борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИДа в России. Врачи обладают уникальной информацией о том, насколько эффективны программы лечения, профессиональной подготовки медиков и просвещения населения. Благодаря опросам, такая информация станет доступна организациям-донорам и правительству РФ.

Разработка и проведение опроса. При разработке анкеты мы использовали информацию, полученную в ходе ранее проведенных фокус-групп среди врачей и представителей государственных органов здравоохранения в Москве, а также в ходе консультаций с целым рядом экспертов по ВИЧ/СПИДу в России и за рубежом¹⁰. Сотрудники Аналитического центра Юрия Левады, проводившие опрос, перевели анкету на русский язык и предоставили свои замечания относительно плана проведения опроса. Анкета была предварительно протестирована на 10 врачах. Опрос начался 26 июля 2005 г., а последнее интервью было взято 14 сентября.

При формировании выборки нашей основной стратегической задачей было определить участвующие в исследовании СПИД-центры и другие медицинские учреждения, где проходят обследование или лечение ВИЧ-инфицированные пациенты, получить разрешение от администрации этих учреждений на проведение опроса, а затем внутри этих учреждений составить выборку врачей, у которых был хотя бы один

ВИЧ-инфицированный пациент. В большинстве случаев Левада-центр получал от администрации медицинских учреждений разрешение на проведение исследования среди сотрудников только после того, как руководитель (обычно главврач) соответствующего учреждения консультировался с представителями вышестоящих ведомственных или региональных структур. В девяти учреждениях разрешения на проведение опроса не дали. Еще пять отказов поступили от других медицинских учреждений (не СПИД-центров). Отказы пяти медицинских учреждений от участия в исследованиях вызывают огорчение, но обнадеживает тот факт, что 338 учреждений участвовали в опросе согласились.

В каждом участвующем в опросе медицинском учреждении интервьюеры получали у администрации список врачей, которые лечат или лечили ВИЧ-инфицированных пациентов, и из этого списка случайным методом выбирали респондентов. Тот факт, что список потенциальных респондентов исследователи получали от администрации, может вызвать сомнения в объективности выборки, поскольку руководители могли намеренно включить в списки только врачей с определенными взглядами. Однако у нас есть основания считать, что такая необъективность вряд ли играла значительную роль. Судя по отчетам интервьюеров, в большинстве случаев администраторы старались внести в списки как можно больше фамилий, и ограничивающим фактором для них было скорее наличие сотрудников в учреждении на момент проведения опроса, нежели какие-то другие соображения.

Во многих случаях было довольно сложно найти достаточное количество респондентов, отвечающих критерию – т.е. имевших хотя бы одного ВИЧ-инфицированного пациента. Хотя такой метод составления выборки не идеален, он был лучшим вариантом из всех практически осуществимых, учитывая условия и ограниченность средств. Мы не исключаем возможность некоторой необъективности, но одновременно с этим у нас нет оснований подозревать, что имели место отклонения в определенной стороне в отношении конкретных вопросов. Учитывая отсутствие информации о взглядах российских врачей по данной теме, полученная нами информация представляет ценность несмотря на то, что выборка, как и во многих случаях исследования группы, с которой трудно установить контакт (например, такой специфической категории, как врачи, лечащие пациентов с ВИЧ-инфекцией), не является в строгом смысле слова вероятностной выборкой.

Уровень участия в опросе был очень высокий – на вопросы ответили 94,4% врачей, с которыми удалось установить контакт. Интервью проводились при непосредственном взаимодействии «лицом к лицу»: интервьюеры устно задавали вопросы и записывали ответы респондентов.

¹⁰ Gerber and Mendelson, «Crisis Among Crises Among Crises».

тов. Респондентам выплачивалась небольшая денежная сумма в качестве компенсации за затраченное ими время.

Сотрудники Левада-центра связались с 490 респондентами с целью проверки работы интервьюеров, и все 490 интервью были подтверждены.

Хотя наша стратегия формирования выборки была необходимой для обеспечения устойчивой сравнимости между группами врачей и типами медицинских учреждений, она представляет некоторые проблемы в плане интерпретации общих характеристик выборки. Следует осторожно подходить к возможности делать на основе данных выборки какие-либо общие выводы о российских врачах с опытом лечения ВИЧ-инфицированных пациентов, поскольку мы не знаем, соответствует ли распределение выборки по регионам и типам медицинских учреждений такому распределению для популяции этих врачей в целом. В отношении систематического варьирования психологических установок врачей в зависимости от пораженности региона и типа медицинского учреждения по выборке в целом могут иметь место отклонения в виде избыточной или недостаточной представленности врачей по каким-либо сочетаниям этих категорий. Социологи, проводя опросы, нередко используют веса выборки для корректировки оценочных данных по всей выборке применительно к недостаточно или избыточно представленным

подгруппам, различающимся в отношении интересующих исследователя переменных. Однако у нас нет основы для расчета таких весовых коэффициентов, поскольку нам не известны соответствующие доли в популяции. Мы не имеем даже приблизительного представления о том, какой процент российских врачей, когда-либо лечивших ВИЧ-инфицированных пациентов, работает в СПИД-центрах в регионах с высокой пораженностью, какой процент работает не в СПИД-центрах в регионах со средней пораженностью и т.д.

Исходя из этих соображений, возможно, было бы целесообразно вообще не представлять агрегированные результаты, а вместо них представить данные отдельно по каждой комбинации региона и типа медицинских учреждений. Однако это сделало бы отчет об исследовании слишком громоздким, и в любом случае названная проблема имеет значение, только когда конкретная переменная систематически изменяется в зависимости от какой-либо одной из этих двух «структурных» характеристик. Соответственно, мы представляем результаты отдельно по регионам и/или типам медучреждений там, где различия не только статистически значимы, но также масштабны и достойны особого внимания. В случаях, когда при анализе мы не видим большой разницы между регионами и типами учреждений, представлены «общие» распределения.

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

• **США. 07.11.2006.** Ученые приблизились к разгадке механизма, делающего иммунную систему некоторых пациентов практически неуязвимой для вируса иммунодефицита человека. Сотрудникам Университета Рочестера впервые удалось получить данные о трехмерной структуре протеина, который вносит ошибки в генетический код вируса и в конце концов лишает его возможности размножаться. Протеин, о котором идет речь, носит название AG3. В норме он вырабатывается белыми клетками крови как одно из средств борьбы с вирусными инфекциями. Американские исследователи полагают, что во время репликации вируса в клетках организма AG3 встраивается в его генетическую структуру, внося в нее множество изменений, которые, в конце концов, делают вирус нежизнеспособным. В то же время, опасность вируса иммунодефицита человека заключается в том, что он способен подавлять этот защитный механизм. Собственный протеин вируса иммунодефицита под названием вирусный инфекционный фактор (VIF) прикрепляется к защитному белку организма, заставляя иммунные клетки крови атаковать и уничтожать его. Как правило, вирусу иммунодефицита со временем удается полностью подавить активность AG3 в инфицированном организме. Результатом этого становится неконтролируемое размножение вируса, ведущее к постепенному разрушению иммунной системы и гибели пациента. Тем не менее, медикам известно достаточно значительное число случаев, когда ВИЧ-инфицированным пациентам удавалось годами поддерживать концентрации вируса на минимальных уровнях. В сентябре прошлого года профессор Университета Рочестера Гарольд Смит обнаружил у

таких больных повышенные уровни AG3. Ученые полагают, что в организме таких людей по пока неизвестным причинам сохраняется устойчивое равновесие концентраций AG3 и ВИЧ. Новое исследование, выполненное Смитом в соавторстве с профессором Джозефом Ведикиндом, посвящено трехмерной структуре защитного протеина, воссозданной с применением модификации рентгеноструктурного анализа под названием малоугловое рассеивание рентгеновских лучей (SAXS). Метод позволяет получить общее представление о форме молекулы протеина и пространственных отношениях между различными ее частями. Полученные исследователями данные говорят о том, что защитный протеин AG3 существует в организме в двух формах – свободной, которая борется с вирусом, а также инактивированной, которая образуется в результате присоединения к протеину молекулы микро-РНК. По мнению ученых, дополнительным защитным механизмом, который используется вирусом иммунодефицита наряду с синтезом протеина VIF, может быть увеличение синтеза микро-РНК в клетках хозяина. Авторы исследования полагают также, что препараты, предотвращающие связывание защитных белков молекулами микро-РНК, могут лечь в основу новых методов лекарственной терапии, повышающих устойчивость организма к ВИЧ-инфекции. В ближайшее время исследователи надеются расширить свои знания о AG3 с помощью рентгеновской кристаллографии, однако для этого им предстоит разработать методику переведения этого сложного соединения в кристаллическое состояние, которая не приводила бы к нарушению его структуры.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТРУКТУРНО-КОНСЕРВАТИВНЫХ АМИНОКИСЛОТ ПЕТЛИ V3 БЕЛКА GP120 HIV-1 – ПЕРСПЕКТИВНЫХ «МИШЕНЕЙ» ДЛЯ СОЗДАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ МЕТОДАМИ БЕЛКОВОЙ ИНЖЕНЕРИИ*

© 2006 г. А.М. Андрианов¹, В.Г. Вересов²

¹ Институт биоорганической химии НАН Беларуси, 220141 Минск, ул. Академика Купревича, 5/2; факс: 224-1214, электронная почта: andrianov@iboch.bas-net.by

² Институт биофизики и клеточной инженерии НАН Беларуси, 220072 Минск, ул. Академическая, 27; электронная почта: veres@biobel.bas-net.by

С использованием опубликованных данных спектроскопии ЯМР методами компьютерного моделирования построены трехмерные структуры петли V3 белка gp120 HIV-1 в вирусных штаммах HIV-Haiti и HIV-MN. В обоих случаях определены элементы вторичной структуры и конформации нерегулярных участков фрагмента, образующего основную антигенную детерминанту вируса, а также детерминанты клеточного тропизма и образования синцития. Показано, что, несмотря на высокую вариабельность аминокислотной последовательности белка gp120, более 50% остатков петли V3 сохраняют конформации в различающихся вариантах HIV-1. Путем совместного анализа полученных результатов и опубликованных данных о биологической активности индивидуальных остатков петли V3 HIV-1 идентифицированы ее структурно-консервативные аминокислоты, представляющие собой перспективные «мишени» для дизайна противовирусных препаратов методами белковой инженерии.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: вирус иммунодефицита человека типа 1, белок gp120, петля V3, пространственная структура, компьютерное моделирование, лекарственные препараты.

Изучение пространственной структуры белков оболочки HIV-1 – важная задача, решение которой может обеспечить конструктивную основу для дизайна противовирусных препаратов. Существенным препятствием на пути достижения этой цели является высокий уровень вариабельности белков оболочки HIV-1. Поэтому в настоящее время значительные усилия исследователей направлены на определение консервативных участков вируса и их роли в функционировании этого вируса. В частности, в работе [1] показано, что ОАД HIV-1 (петля V3 белка gp120) образует гипервариабельный фрагмент, который, однако, проявляет тенденцию к сохранению отдельных остатков на N- и C-концах, а также в центральной области, формирующей ИДЭ HIV-1 [2]. Иммунохимические свойства петли V3 позволяют рассматривать ее в качестве перспективного фрагмента, на основе которого возможно создание лекарственных препаратов для профилактики и лечения СПИДа [3]. Так, многочисленные эксперименты (см., например, работы [4, 5]) свидетельствуют о том, что антитела, нейтрализующие вирусную активность,

взаимодействуют только с ее консервативной областью. Связывание антител блокирует внедрение вируса в клетку, но не предотвращает его взаимодействия с первичным рецептором CD4 [6–8]. Наряду с ИДЭ анализируемый участок белка gp120 формирует и главные детерминанты, ответственные за клеточный тропизм и образование синцития [9–13]. Присутствие консервативных аминокислот, входящих в состав биологически активных участков фрагмента, указывает на высокую вероятность их вклада в формирование функциональных особенностей вируса, которые проявляются на различных этапах его репликационного цикла.

Важная роль петли V3 в процессе функционирования HIV-1 объясняет тот факт, что в последние годы она стала объектом пристального внимания со стороны исследователей, занимающихся разработкой лекарственных препаратов методами белковой инженерии [3]. Очевидно, что успешная реализация таких исследований невозможна без наличия данных о тонких деталях ее структуры.

Первоначально трехмерная структура петли V3 не была установлена в результате рентгеноструктурного анализа белка gp120 [14], однако впоследствии ее удалось расшифровать с низким (3,5 Å) разрешением [15]. В то же время известно несколько структурных моделей [16–20],

Принятые сокращения: HIV-1 – вирус иммунодефицита человека типа 1, ОАД – основная антигенная детерминанта, ИДЭ – иммунодоминантный эпитоп, ТФЭ – трифторэтанол.

* Биохимия, 2006, т. 71, вып. 8, с. 1119–1128.

описывающих с более высокой точностью конформации синтетических фрагментов петли V3 в кристалле в комплексе с нейтрализующими антителами. Согласно этим моделям ИДЭ HIV-1 (гексапептид G–P–G–R–A–F) может принимать как минимум две конформации, одна из которых образует двойной β -изгиб II–III (антитела 50.1 [16], 59.1 [17] и 83.1 [19]), а другая – одиночный β -поворот I (антитело 58.2 [18]). Рентгеновские исследования химерного риновируса MN-III-2 [21], содержащего главный иммуногенный участок HIV-1, свидетельствуют о том, что, будучи встроенным в чужеродную пептидную цепь, он принимает конформацию двойного β -изгиба I–I, напоминающую структуру, которая реализуется в комплексе пептидов петли V3 с антителом 58.2 [18]. Анализ петли V3, выполненный с помощью методов спектроскопии ЯМР, показал [22–29], что в водном растворе она образует неупорядоченную конформацию с ярко выраженной популяцией реверсивных изгибов на инвариантном тетрапептиде G–P–G–R. Однако их количественная идентификация привела к неоднозначным результатам. Так, согласно данным работ [22, 23] конформационные параметры центрального дипептида P–G отвечают структуре β -изгиба II. В то же время исследования показали, что на рассматриваемом участке петли V3 вероятно реализация и других состояний: динамической смеси двух конформеров – β -изгибов I и II [24–27], нестандартного β -поворота [28], а также двойного β -изгиба [29], аналогичного тому, который был обнаружен методом рентгеновской кристаллографии в пептидах, связанных с Fab-фрагментами моноклональных антител (50.1 [16], 59.1 [17] и 83.1 [19]).

Таким образом, анализ литературы показывает, что она содержит недостаточную, а в отдельных случаях и противоречивую информацию о пространственной структуре ОАД HIV-1. Кроме того, в большинстве цитированных работ проведены структурные исследования петли V3 HIV-MN, принадлежащей штамму вируса, впервые выделенному у вирусоносителей из Миннесоты (США). Очевидно, для информационного обеспечения работ по дизайну лекарственных препаратов, использующих данные о пространственной структуре и конформационных свойствах петли V3 HIV-1, весьма актуально изучение принципов ее структурной организации в вирионах, циркулирующих в разных регионах мира.

Данная работа является продолжением начатых нами ранее [30–38] теоретических исследований пространственной структуры петли V3 HIV-1, базирующихся на данных спектроскопии ЯМР. Цель настоящей работы – определение трехмерных структур петли V3 белка gp120 в вирионах HIV-Haiti и HIV-MN и сравнительный анализ их конформационных параметров, направленный на выявление консервативных элементов структуры и индивидуальных аминокислот, сохраняющих конформации в двух модификациях вируса.

кислот, сохраняющих конформации в двух модификациях вируса.

Для достижения этой цели, исходя из данных спектроскопии ЯМР [22, 39], были рассчитаны пространственные структуры петель V3 HIV-Haiti и HIV-MN в смеси вода–ТФЭ (7 : 3) – растворителе, имитирующем физико-химические свойства воды, окружающей фрагмент при его непосредственном контакте с клеточной мембраной. В обоих случаях были установлены элементы вторичной структуры и конформации нерегулярных участков. Также был выполнен сравнительный анализ структурных параметров петель V3 HIV-Haiti и HIV-MN в геометрических пространствах углов внутреннего вращения и декартовых координат атомов, на основе которого были идентифицированы ее структурно-жесткие и лабильные аминокислоты. Кроме того, было проведено исследование зависимости структура–функция на участке HIV-1, образующем ОАД вируса и детерминанты, ответственные за клеточный тропизм и образование синцития.

В пользу выбранной схемы исследования, предусматривающей определение структурно-консервативных аминокислот ОАД HIV-1, свидетельствуют выводы ряда экспериментальных работ [12, 17, 40–42], согласно которым отдельные «точечные» аминокислотные замены в пределах петли V3 могут оказывать заметное воздействие на инфективность вируса, его иммуногенность и кросс-реактивность нейтрализующих антител.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Моделирование трехмерных структур. Моделирование трехмерных структур петель V3 HIV-Haiti и HIV-MN состояло из четырех последовательных этапов: расчета по данным спектроскопии ЯМР [22, 39] взвешенных средних значений двугранных углов ϕ и ψ аминокислотных остатков фрагмента; генерации пространственной укладки его основной цепи с замыканием дисульфидного мостика между N- и C-концевыми остатками цистеина; реконструкции боковых цепей; энергетической оптимизации структурных параметров молекулярных моделей.

На первом этапе применяли методику [43–45], в которой была использована вероятностная модель конформации белка и был осуществлен прямой (без построения трехмерной структуры) расчет взвешенных средних значений двугранных углов молекулы по данным спектроскопии ЯМР. Статистический анализ этих значений проводился с учетом эмпирической функции распределения углов внутреннего вращения. Расчеты выполняли с помощью компьютерной программы CONFNMR-2 [31]. При этом на основе спектральной информации о d -связях [46] для каждого аминокислотного остатка определяли область его локализации в пространстве (ϕ , ψ), а затем с учетом дополни-

тельной экспериментальной информации вычисляли наиболее вероятные значения двугранных углов и стандартных отклонений [43].

Установленные по данным ЯМР конформации рассматривали в качестве стартовых на втором этапе расчетов, в результате которых были получены пространственные структуры основных цепей петель V3 HIV-Haiti и HIV-MN. На этом этапе генерировали структуры, удовлетворяющие заданным локальным минимумам индивидуальных аминокислотных остатков и геометрии замыкания S–S-мостика C-1–C-35 [47]. В расчетах использовали модифицированную версию компьютерной программы SE [45], в которой методы энергетической минимизации, адаптированные к силовому полю ЕСЕРР2/3 [48], объединены с процедурой Монте-Карло [49]. Для замыкания дисульфидной связи, которое обеспечивалось системой штрафных потенциалов [50], перебирали возможные значения углов χ_1 цистеиновых остатков около 60, 180 и -60° .

Третий этап расчетов реализовали с привлечением данных, содержащихся в библиотеке ротамеров для конформаций боковых цепей [51]. Эти данные использовали при оптимизации геометрии боковых цепей при заданных значениях углов внутреннего вращения остова, вычисленных на предыдущей стадии алгоритма.

На заключительном этапе трехмерные структуры фрагмента подвергали энергетической оптимизации в силовом поле AMBER [52]. Для минимизации энергии применяли метод сопряженных градиентов Флэтчера–Ривса [53].

Анализ элементов вторичной структуры. Полученные данные об углах внутреннего вращения аминокислотных остатков в оптимизированных структурах использовали для идентификации элементов регулярной вторичной структуры, β -изгибов и неупорядоченных сегментов полипептидной цепи.

Для отнесения остатков к различным типам регулярных вторичных структур рассматривали следующие интервалы углов ϕ , ψ [54]:

$$\phi = -112,6 \pm 41,4^\circ, \psi = 123,0 \pm 60^\circ$$

для остатков в «вытянутой» конформации,

$$\phi = -64,7 \pm 12,8^\circ, \psi = -39,8 \pm 12,2^\circ$$

для остатков в правой α -спирали.

При идентификации β -изгибов использовали классификацию Льюиса и соавт. [55], а также информацию о специфических межатомных расстояниях $C^{\alpha}_i \dots C^{\alpha}_{i+3}$, вычисленных из координат атомов оптимизированных структур.

Сравнительный анализ структур. Структуры сопоставляли с использованием среднеквадратичных отклонений координат атомов и двугранных углов (см., например, монографию [45]).

Поскольку точность (σ) определения углов ϕ , ψ , достигаемая с помощью вероятностного

подхода, предложенного в работах [43–45], составляет 25° [56], отклонения, превышающие 75° (3σ), рассматривали как статистически значимые для выявления достоверных различий между конформациями аминокислотных остатков (см., например, работу [57]).

Наряду со среднеквадратичными отклонениями для сопоставления структур использовали дополнительный критерий – распределение χ^2 [58], с помощью которого осуществлялась проверка «нулевой» гипотезы о подобии вариационных рядов, выполненная при достоверности $p = 0,99$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Вторичная структура и пространственная организация петель V3 HIV-Haiti и HIV-MN. В таблице приведены значения двугранных углов ϕ , ψ , χ_1 аминокислотных остатков ОАД HIV-Haiti и HIV-MN, рассчитанные методами компьютерного моделирования на основе данных спектроскопии ЯМР [22, 39] в смеси вода–ТФЭ.

Анализ двугранных углов петли V3 HIV-Haiti позволяет выявить наличие на ее N-конце двух «вытянутых» β -участков (остатки 3, 4 и 8–14), разделенных β -изгибом III (4–7). C-Концевая область петли образует неупорядоченную структуру (21–29), которая трансформируется на сегменте 31–35 в конформацию правой α -спирали (рис. 1). Согласно проведенным исследованиям центральный фрагмент петли V3 HIV-Haiti (остатки 15–20), формирующий главный иммуногенный участок HIV-1 [2], принимает в смеси вода–ТФЭ конформацию тройного β -изгиба IV–IV–IV.

Анализ вторичной структуры петли V3 HIV-MN показывает (рис. 1), что вариабельность ее аминокислотного состава приводит к существенной структурной реорганизации фрагмента. Так, область 1–14 петли V3, образующая в штамме HIV-Haiti ярко выраженную вторичную структуру, конвертируется в штамме HIV-MN в протяженный нерегулярный участок (рис. 1). Мутации первичной структуры затрагивают и C-концевую область анализируемого участка белка gp120: в соответствии с расчетными данными (таблица) сегмент 24–31 петли V3 HIV-MN образует искаженную α -спираль, отсутствующую на соответствующем сегменте ОАД HIV-Haiti (рис. 1). Аналогичная ситуация отмечена и в случае классической правой α -спирали 31–35, наблюдаемой в вирусном штамме HIV-Haiti. Полученные результаты подтверждают отмеченную нами ранее [30, 31] тенденцию к формированию на C-конце петли V3 «свернутых» структур и согласуются с результатами исследований пептидов ОАД HIV-1 методами спектроскопии ЯМР и КД [24].

Сопоставление вторичных структур петли V3 в двух вирусных штаммах обнаруживает на сег-

менте 15–20 общий для них элемент структуры: как и в случае HIV-Haiti, в вирионах HIV-MN главный иммуногенный участок вируса формирует в смеси вода–ТФЭ нестандартный тройной β -изгиб (рис. 1). Этот факт представляет интерес в связи с данными работы [36], согласно которым на анализируемом участке петель V3 HIV-Haiti и HIV-MN в водном растворе реализуется конформация двойного β -изгиба, близкая к структуре, найденной методом рентгеноструктурного анализа в комплексах пептидов петли V3 с Fab-фрагментами моноклональных антител 50.1 [16], 59.1 [17] и 83.1 [19]. Совместное рассмотрение полученных результатов с данными цитируемого исследования свидетельствует о том, что ИДЭ HIV-1 представляет собой конформационно-лабильный фрагмент, чувствительный к условиям окружающей его среды: в обоих штаммах вируса структура двойного β -изгиба, наблюдаемая в водном растворе [36], трансформируется при добавлении ТФЭ в более компактную пространственную форму, составленную из трех перекрывающихся изгибов полипептидной цепи (рис. 1). Отметим, что подобный «архитектурный ансамбль» был найден в петле V3 белка gp120 HIV-1 в работе [59], в которой были исследованы ее конформационные свойства в 20%-ном растворе ТФЭ–вода.

Рассмотрение трехмерных структур ОАД HIV-Haiti и HIV-MN показывает (рис. 2), что иммуногенная «верхушка» G–P–G–K/R–A–F петли V3 [2] также вносит важный вклад в формирование пространственной укладки фрагмента. Как видно из рис. 2, именно данный участок полипептидной цепи обеспечивает в обеих структурах реверсивный поворот, ведущий к сближению N- и C-концевых сегментов, в

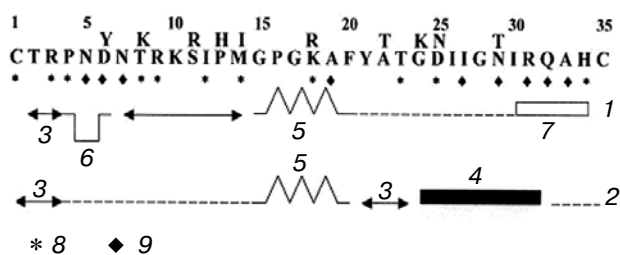


Рис. 1. Сопоставление элементов вторичной структуры петли V3 в вирусных штаммах HIV-Haiti и HIV-MN, полученное согласно данным спектроскопии ЯМР [22, 39]. 1 – петля V3 HIV-Haiti; 2 – петля V3 HIV-MN; 3 – «вытянутая» конформация; 4 – искаженная α -спираль; 5 – тройной β -изгиб IV–IV–IV; 6 – β -изгиб III; 7 – правая α -спираль; 8 – структурно-консервативные остатки, имеющие практически идентичные конформации в двух штаммах вируса; 9 – конформационно-жесткие аминокислоты, расположенные в соседних областях карты Рамачандрана, характеризующихся близкими значениями двугранных углов ϕ и ψ (таблица), разность между которыми не превышает 3σ ; штриховая линия – нерегулярная конформация. Сверху указаны остатки, занимающие соответствующие позиции в первичной структуре петли V3 HIV-MN

пределах которых расположена большая часть остатков, причастных к клеточному тропизму [60–63]. Разумеется, обнаруженная закономерность в пространственных структурах петли V3, общая для штаммов HIV-Haiti и HIV-MN, не дает полного представления о степени их подобия в рассматриваемых вирионах HIV-1. Однако для решения поставленной нами задачи необходимо иметь достоверную информацию о структурно-консервативных и лабильных участках петли V3. Поэтому с помощью методов математической статистики мы сопоставили геометрические параметры рассчитанных структур (рис. 2) в пространствах декартовых координат атомов и двугранных углов.

На рис. 3 показаны совмещенные структуры основной цепи петель V3 HIV-Haiti и HIV-MN и их центральной области G–P–G–K/R–A–F, формирующей иммуногенную верхушку вируса [2]. Рис. 3, а демонстрирует наличие существенных расхождений между пространственными укладками петли V3 в двух штаммах вируса, что подтверждается среднеквадратичным отклонением координат атомов (6,3 Å). Сравнительный анализ структур, выполненный с помощью критерия χ^2 , обнаруживает систематические сдвиги между вариационными рядами их атомных координат.

Эти данные позволяют сделать следующее заключение: различия между структурами, наблюдаемые в пространстве декартовых координат атомов, статистически значимы. Тем не менее, несмотря на существенные структурные расхождения, петли V3 HIV-Haiti и HIV-MN образуют в смеси вода–ТФЭ один общий элемент структуры, реализующийся на сегменте G–P–G–K/R–A–F (рис. 3, б). Так, среднеквадратичное отклонение координат атомов основной цепи, вычисленное для структур, приведенных на рис. 3, б, равно 2,8 Å, что указывает на сходство пространственных форм гексапептида в вирионах HIV-Haiti и HIV-MN.

Из сопоставления структурных характеристик главного иммуногенного участка HIV-1 в геометрическом пространстве углов внутреннего вращения следует (таблица), что подобные трехмерные структуры гексапептида формируются из разных локальных минимумов входящих в его состав аминокислотных остатков. Данный факт убедительно доказывает правомерность утверждения [31, 36], согласно которому первичная структура гексапептида имеет большой запас «конформационной прочности», что обеспечивает близкие пространственные формы фрагмента в разных силовых полях. Иными словами, обладая крайне высокой степенью лабильности индивидуальных аминокислот, рассматриваемый участок белка gp120 проявляет определенный консерватизм в геометрическом пространстве декартовых координат атомов, который выражается в ограниченном числе пространственных форм основной цепи, реализующихся в различающихся вирионах HIV-1 [36].

Рассчитанные значения двугранных углов ϕ , ψ и χ_1 (град.) для оптимизированных трехмерных структур петель V3 HIV-Haiti и HIV-MN

Остаток	HIV-Haiti			HIV-MN		
	ϕ	ψ	χ_1	ϕ	ψ	χ_1
C-1	-72	-21	67	-77	-42	180
T-2	-67	-3	60	-84	130	52
R-3	-95	122	-169	-103	128	-160
P-4	-61	133	26	-53	133	30
N-5	-79	-5	-172	-58	-20	-176
D-6 (Y)	-83	-37	-173	-97	23	-170
N-7	-85	12	-168	-97	20	-177
T-8 (K)	-90	142	164	-100	135	-163
R-9	-85	140	-177	-102	128	-168
K-10	-108	168	-157	-85	16	-168
S-11(R)	-103	177	-174	-96	4	-163
I-12	-94	132	-167	-120	126	-172
P-13(H)	-44	144	27	-75	-17	-168
M-14(I)	-115	146	-171	-110	145	-177
G-15	-95	-46		98	-107	
P-16	-41	-26	29	-50	141	-25
G-17	117	4		99	-129	
K-18(R)	-102	30	-164	-104	9	-169
A-19	-67	-17		-69	-17	
F-20	-92	12	-171	-122	172	168
Y-21	-102	18	-177	-112	168	-178
A-22(T)	-71	-21		-93	127	52
T-23	-108	130	56	-103	141	56
G-24(K)	90	55		-84	-12	-172
D-25(N)	-80	-10	-169	-99	-7	-170
I-26	-107	147	-171	-56	-15	-167
I-27	-84	7	148	-59	-17	-159
G-28	86	29		-117	-4	
N-29(T)	-94	8	-171	-63	-26	53
I-30	-108	140	-163	-74	-3	-167
R-31	-84	13	-167	-90	-7	-171
Q-32	-87	-7	-160	-83	24	-169
A-33	-73	-8		-99	26	
H-34	-58	-8	-170	-65	-12	-160
C-35	-60	-30	72	-65	-20	64

Примечание. Приведена аминокислотная последовательность петли V3 HIV-Haiti. В скобках указаны остатки, занимающие соответствующие позиции в первичной структуре петли V3 HIV-MN.

Определение структурно-консервативных аминокислот петли V3 HIV-1. Проведенные расчеты, выполненные с использованием методов компьютерного моделирования, показали, что, за исключением участка, представляющего собой иммуногенную верхушку HIV-1, петли V3 HIV-Haiti и HIV-MN формируют в смеси вода–ТФЭ разные вторичные и третичные структуры (рис. 1, 3). Можно предположить, что это является следствием конформационных переходов, которым подвергаются остатки фрагмента в результате вариативности его аминокислотной последовательности. Действительно, сравнение двугранных углов петель V3 в штаммах HIV-

Haiti и HIV-MN (рис. 4) указывает на наличие существенных расхождений между конформациями отдельных остатков: 15 аминокислот испытывают значительные структурные преобразования, а разброс в углах внутреннего вращения свидетельствует о том, что различия между ними статистически значимы. Этот вывод подтверждается результатами расчета среднеквадратичных отклонений углов внутреннего вращения для всех остатков фрагмента и его разных сегментов. Результаты показывают, что существенные конформационные изменения затрагивают как концевые области петли V3, так и ее главный иммуногенный участок, расположен-

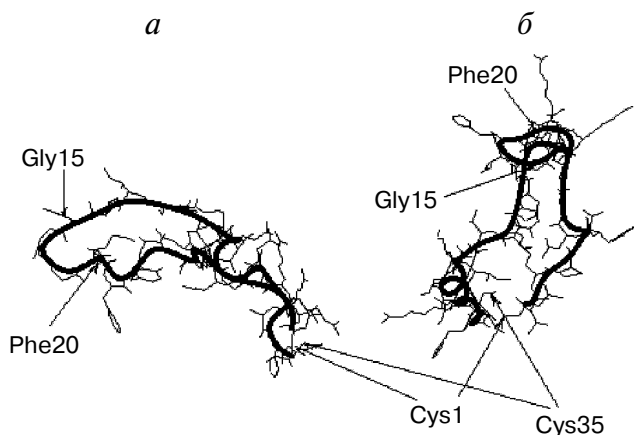


Рис. 2. Рассчитанные трехмерные структуры петель V3 белка gp120 HIV-Haiti (а) и HIV-MN (б) в смеси вода–ТФЭ. Расчет осуществлен с применением метода Монте-Карло + минимизация [49] и использованием силовых полей ЕСЕРР2/3 [48] и AMBER [52]. Для замыкания дисульфидной связи применяли систему штрафных потенциалов [50]. Конформации боковых цепей рассчитывали с помощью библиотеки ротамеров [51]. Отмечены первый и последний остатки сегмента G–P–G–K/R–A–F, а также N- и C-концевые остатки цистеина

ный в центральной области ОАД HIV-1. Среднеквадратичное отклонение углов, вычисленное для всех остатков фрагмента ($73,5^\circ$) превышает среднее значение для конформационных состояний полипептидной цепи, отобранных случайным образом [56]. Как и в случае, рассмотренном выше, принципиальные расхождения в локальных структурах обнаруживает расчет вариационных рядов (ϕ, ψ), регистрирующий наличие систематических сдвигов между двугранными углами сравниваемых конформаций.

Вместе с тем проведенный анализ позволяет заключить, что $>50\%$ остатков сохраняют конформационные параметры в штаммах HIV-Haiti и HIV-MN (рис. 1 и 4). В связи с этим возникает вопрос: какова степень конформационной

подвижности аминокислот, входящих в функционально активные участки ОАД HIV-1?

На центральном сегменте G–P–G–K/R–A–F, на долю которого приходится подавляющее число контактов с нейтрализующими антителами [16], только два остатка (K/R и A) сохраняют значения углов внутреннего вращения (рис. 1, 4). Для остальных четырех аминокислот наблюдаются статистически значимые расхождения, которые не приводят к существенным изменениям пространственной формы гексапептида (рис. 3, б). Среди аминокислот, изменяющих конформацию, необходимо выделить инвариантный остаток P-16. Двугранные углы этого остатка, близкие к приведенным в таблице для петли V3 HIV-MN в смеси вода–ТФЭ, были получены при изучении трехмерных структур главного иммуногенного участка вируса в штаммах HIV-Thailand [34], HIV-MN [35], HIV-RF и HIV-Haiti [36] в водном растворе. Как показано в работе [36], в водном растворе остаток P-16, располагаясь в области В пространства (ϕ, ψ), проявляет определенную гибкость пептидной цепи, реализующуюся в структурных переходах между двумя соседними локальными минимумами, один из которых соответствует вытянутой конформации (HIV-MN и HIV-Haiti), а другой – конформации М (HIV-Thailand и HIV-RF). (Классификация областей пространства (ϕ, ψ) и способ их определения по данным спектроскопии ЯМР описаны в работе [43].) Склонность остатка Р к локализации в области В конформационного пространства подтверждается результатами рентгеноструктурного анализа пептидов петли V3, связанных с антителами 50.1, 59.1 и 83.1 [16, 17, 19]: в указанных структурах значения его двугранных углов соответствуют данному участку карты Рамачандрана. Однако результаты настоящего исследования показывают, что при определенных условиях окружения инвариантный остаток пролина может подвергаться значительным структурным преобразованиям: согласно проведенным расчетам (таблица) в смеси вода–ТФЭ рас-

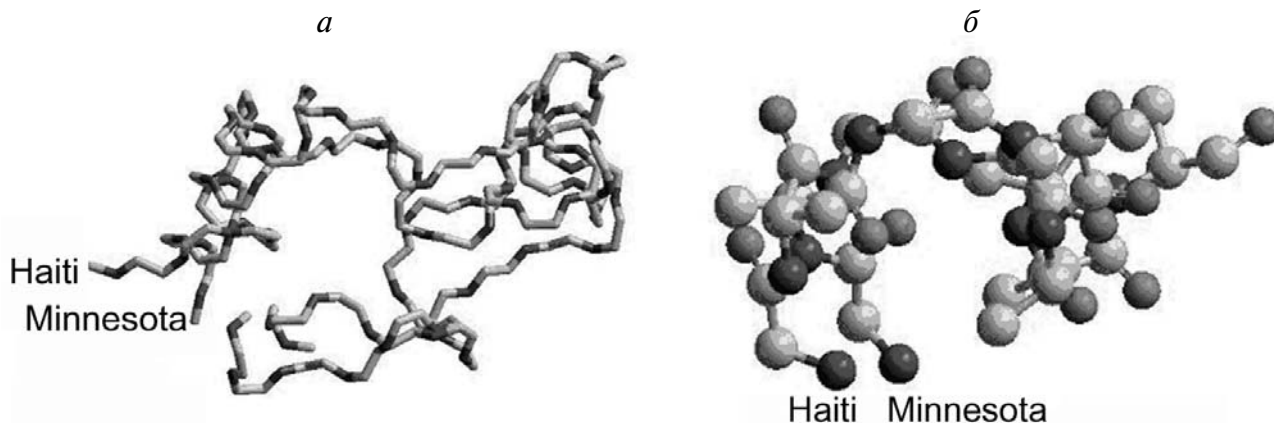


Рис. 3. Совмещенные структуры основной цепи петли V3 (а) и ее главного иммуногенного участка G–P–G–K/R–A–F (б) в вирусных штаммах HIV-Haiti и HIV-MN

смагриваемый остаток белка gp120 HIV-Haiti расположен в области Р пространства (ϕ , ψ), что согласуется с рентгеновскими данными о структуре пептидов петли V3, связанных с моноклональным антителом 58.2 [18].

Таким образом, вариабельность аминокислотного состава петли V3 HIV-1 приводит к конформационным преобразованиям ИДЭ вируса, что свидетельствует о высокой чувствительности его локальной структуры к изменениям силового поля фрагмента. Этот вывод согласуется с данными работы [36], в которой высокая лабильность входящих в состав фрагмента аминокислотных остатков была постулирована в результате сравнительного анализа его конформаций в водном растворе в разных штаммах вируса. Вероятно, конформационная «мимикрия» фрагмента, образующего главный иммуногенный участок HIV-1, объясняет факт специфичности связывания белка gp120 с антителами: известно [64], что антитела, нейтрализующие вирионы одного штамма HIV-1, могут быть неактивны по отношению к другим вирусным частицам.

Среди аминокислот, способствующих проникновению вируса в клетку [6, 9–12, 63, 65], сохраняют локальную структуру R-3, A-19, D/N-25 и Q-32, в то время как S/R-11, P/H-13, T-23 и G/K-24 проявляют повышенную конформационную лабильность полипептидной цепи (рис. 4). Среди структурно-консервативных аминокислот выделим остаток D/N-25, определяющий взаимодействие вируса с первичным рецептором CD-4 клеточной мембраны [6, 9–12], а также остаток R-3, играющий ключевую роль при его связывании с корецептором CCR-5 [63, 65] и с протеогликанами гепарансульфата [65]. Наряду с R-3, A-19, D/N-25 и Q-

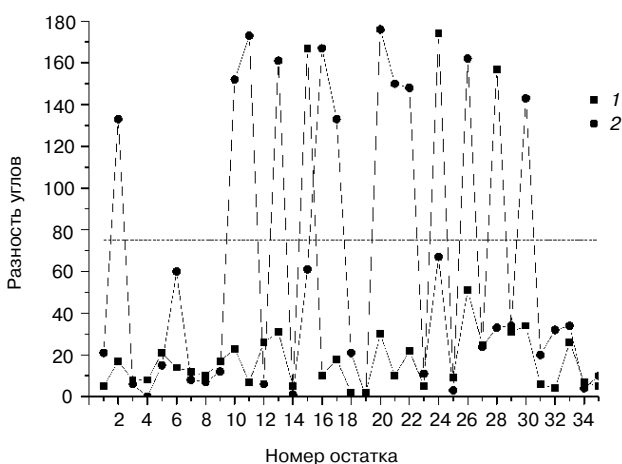


Рис. 4. Разности двугранных углов ϕ и ψ аминокислотных остатков петель V3 HIV-Haiti и HIV-MN в конформациях, реализующихся в смеси вода-ТФЭ. 1 — $\Delta\phi$, 2 — $\Delta\psi$. Горизонтальной линией показана величина 3σ , использованная для обнаружения статистически значимых различий между локальными структурами петель V3 HIV-Haiti и HIV-MN

32 в списке конформационно-жестких аминокислот присутствуют остатки 4, 8 и 33, встречающиеся в большинстве расшифрованных первичных структур вирионов, использующих для проникновения в клетку корецептор CCR-5 [63]. Мутации первичной структуры не оказывают существенного влияния и на конформацию остатка 29. Этот факт представляет интерес в связи с результатами исследования [66], согласно которым аминокислота в данной позиции петли V3 обезьяньего вируса иммунодефицита макаки входит в состав детерминанты клеточного тропизма. Исследование С-концевой области петли V3 HIV-1, выполненное в работе [67], подтвердило это заключение: остаток N-29 стабилизирует ее конформацию и влияет на интенсивность связывания CD-4-активированного белка gp120 с корецептором CCR-5.

Среди структурно-консервативных аминокислот отметим также остатки в 12-й и 14-й позициях петли V3 HIV-1 (рис. 4), которые вносят важный вклад во взаимодействие вируса с моноклональным антителом 447-52D [20, 68, 69] — антителом, проявляющим широкий спектр нейтрализующей активности [70]. Вероятно, структурная жесткость этих остатков — одна из причин, объясняющих способность антитела 447-52D к нейтрализации различающихся вирусных частиц [70]. Авторы работы [71], изучив влияние аминокислотных замен на процесс слияния клеток, идентифицировали в петле V3 субтипа В HIV-1 шесть остатков (позиции 3, 6, 26, 29, 31 и 33), критических для образования синцития. Как видно из рис. 4, пять из них сохраняют конформации в рассматриваемых штаммах вируса. Список конформационно-жестких аминокислот петли V3 дополняют остатки сегмента 5–7, включающего один из потенциальных сайтов N-гликозилирования белка gp120 [72], используемого вирусом для защиты от нейтрализующих антител [73, 74] и усиления его инфективности [75–78].

Из анализа данных, приведенных на рис. 1 и 4, следует, что структурно-консервативные аминокислоты распределены вдоль полипептидной цепи ОАД HIV-1 неравномерно: подавляющая часть остатков, сохраняющих конформации, сосредоточена на ее N- и С-концевых участках, образующих так называемый ствол петли V3 [60]. В то же время центральная область петли, формирующая иммуногенную «корону» вируса [60], проявляет ярко выраженную конформационную подвижность (рис. 1, 4). Очевидно, консервация конформационных состояний аминокислот в стволовой части петли V3 HIV-1 создает условия, необходимые для внедрения вируса в клетку, тогда как лабильность иммуногенной короны способствует его противодействию нейтрализующим антителам.

Итак, сравнительный анализ локальных структур петель V3 HIV-Haiti и HIV-MN обнаруживает значительную долю аминокислот, сохра-

няющих конформационные состояния в двух штаммах вируса. Очевидно, эти аминокислоты представляют собой перспективные «мишени» для проведения исследований по созданию лекарственных препаратов для профилактики и лечения СПИДа. При этом в центре внимания исследователей, занимающихся дизайном противовирусных средств, должны находиться не только структурно-консервативные остатки, входящие в биологически активные участки петли V3, но и те из них, функциональная роль которых в процессах нейтрализации вируса, клеточного тропизма и слияния клеток к настоящему времени не установлена. В пользу этого свидетельствуют результаты работ [79–81], указывающие на причастность петли V3 к формированию нейтрализующего эпитопа, отличного от главного иммуногенного участка вируса [79], и к образованию центров связывания HIV-1 с агглютинином слюны человека [80] и гепарансульфатом [65, 81].

Предложенная модель дает структурное обоснование приведенных в литературе экспериментальных данных о биологической активности индивидуальных аминокислотных остатков петли V3 HIV-1 и обеспечивает продуктивный базис для изучения взаимосвязи между структурой и функцией фрагмента, его динамикой и окружающей средой. Очевидно, что наличие такой информации необходимо для успешного проведения работ по созданию «коктейля» иммуногенных пептидов – одного из перспективных кандидатов на роль противовирусной вакцины [82, 83], содержащего в качестве основных компонентов синтетические копии фрагментов петли V3 из разных штаммов вируса.

Работа выполнена при финансовой поддержке Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований (X06-020).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- LaRosa, G.J., Davide, J.P., Weinhold, K., Waterbury, J.A., Profy, A.T., Lewis, J.A., Langlois, A.J., Dressman, G.R., Boswell, R.N., Shadduk, P., Holley, L.H., Karplus, M., Bolognesi, D.P., Matthews, T.J., Emini, E.A., and Putney, S.D. (1990) *Science*, **249**, 932–935.
- Javaherian, K., Langlois, A.J., LaRosa, G.J., Profy, A.T., Bolognesi, D.P., Herlihy, W.C., Putney, S.D., and Matthews, T.J. (1990) *Science*, **250**, 1590–1593.
- Hartley, O., Klasse, P.J., Sattentau, Q.J., and Moore, J.P. (2005) *AIDS Res. Hum. Retroviruses*, **21**, 171–189.
- Gorny, M.K., Xu, J.-Y., Karwowska, S., Buchbinder, A., and Zolla-Pazner, S. (1993) *J. Immunol.*, **150**, 635–643.
- Javaherian, K., Langlois, A.J., McDanal, C., Ross, K.L., Eckler, L.I., Jellis, C.L., Profy, A.T., Rusche, J.R., Bolognesi, D., Putney, S.D., and Matthews, T.J. (1989) *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, **86**, 6768–6772.
- Wu, L., Gerard, N.P., Wyatt, R., Choe, H., Parolin, C., Ruffin, N., Borsetti, A., Cardoso, A.A., Desjardin, E., Newman, W., Gerard, C., and Sodroski, J. (1996) *Nature*, **384**, 179–183.
- Trkola, A., Dragic, T., Arthos, J., Binley, J.M., Olson, W., Allaway, G.P., Cheng-Mayer, C., Robinson, J., Maddon, P.J., and Moore, J.P. (1996) *Nature*, **384**, 184–187.
- Dettin, M., Ferranti, P., Scarinci, C., Picariello, G., and Di Bello, C. (2003) *Biochemistry*, **42**, 9007–9012.
- Chavda, S.C., Griffin, P., Han-Liu, Z., Keys, B., Vekony, M.A., and Cann, A.J. (1994) *J. Gen. Virol.*, **75**, 3249–3253.
- Mammano, F., Salvatori, F., Ometto, L., Panozzo, M., Chicco-Bianchi, L., and DeRossi, A. (1995) *J. Virol.*, **69**, 82–92.
- Milich, L., Margolin, B.H., and Swanstrom, R. (1993) *J. Virol.*, **67**, 5623–5634.
- Shioda, T., Levy, J.A., and Cheng-Mayer, C. (1992) *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, **89**, 9434–9438.
- Yamashita, A., Yamamoto, N., Matsuda, J., and Koyanagi, Y. (1994) *Virology*, **204**, 170–179.
- Kwong, P.D., Wyatt, R., Robinson, J., Sweet, R.W., Sodroski, J., and Hendrickson, W.A. (1998) *Nature*, **393**, 648–659.
- Huang, C.C., Nang, M., Zhang, M.Y., Majeed, S., Montabana, E., Stanfield, R.L., Dimitrov, D.S., Korber, B., Sodroski, J., Wilson, I.A., Wyatt, R., and Kwong, P.D. (2005) *Science*, **310**, 102–1028.
- Ghiara, J.B., Stura, E.A., Stanfield, R.L., Profy, A.T., and Wilson, I.A. (1994) *Science*, **264**, 82–85.
- Ghiara, J.B., Ferguson, D.C., Satterthwait, A.C., Dyson, H.J., and Wilson, I.A. (1997) *J. Mol. Biol.*, **266**, 31–39.
- Stanfield, R.L., Cabezas, E., Satterthwait, A.C., Stura, E.A., Profy, A.T., and Wilson, I.A. (1999) *Structure*, **7**, 131–142.
- Stanfield, R.L., Ghiara, J.B., Saphire, E.O., Profy, A.T., and Wilson, I.A. (2003) *Virology*, **315**, 159–173.
- Stanfield, R.L., Gorny, M.K., Williams, C., Zolla-Pazner, S., and Wilson, I.A. (2004) *Structure*, **12**, 193–204.
- Ding, J., Smith, A.D., Geisler, S.C., Ma, X., Arnold, G. F., and Arnold, E. (2002) *Structure*, **10**, 999–1011.
- Catasti, P., Fontenot, J.D., Bradbury, E.M., and Gupta, G. (1995) *J. Biol. Chem.*, **270**, 2224–2232.
- Gupta, G., Anantharamaiah, G.M., Scott, D.R., Eldridge, J.H., and Myers, G. (1993) *J. Biomol. Struct. Dynam.*, **11**, 345–366.
- Chandrasekhar, K., Profy, A.T., and Dyson, H.J. (1991) *Biochemistry*, **30**, 9187–9194.
- Vu, H.M., de Lorimier, R., Moody, M.A., Haynes, B.F., and Spicer, L.D. (1996) *Biochemistry*, **35**, 5158–5165.
- Vranken, W.F., Budesinsky, M., Martins, J.C., Fant, F., Boulez, K., Gras-Masse, H., and Borremans, F.A.M. (1996) *Eur. J. Biochem.*, **236**, 100–108.
- Sarma, A.V., Raju, T.V., and Kunwar, A.C. (1997) *J. Biochem. Biophys. Methods*, **34**, 83–98.
- Tolman, R.L., Bednarek, M.A., Johnson, B.A., Leanza, W., Marburg, S., Underwood, D.J., Emini, E.A., and Conley, A.J. (1993) *Int. J. Pept. Protein Res.*, **41**, 455–466.
- Jelinek, R., Terry, T.D., Gesell, J.J., Malik, P., Perham, R.N., and Opella, S. (1997) *J. Mol. Biol.*, **266**, 649–655.
- Andrianov, A.M. (1999) *J. Biomol. Struct. Dynam.*, **16**, 931–953.
- Andrianov, A.M. (2002) *J. Biomol. Struct. Dynam.*, **19**, 973–990.
- Андрьянов А.М. (2002) *Молекуляр. биология*, **36**, 715–724.
- Андрьянов А.М. (2003) *Биофизика*, **48**, 628–634.
- Andrianov, A.M., and Sokolov, Yu.A. (2003) *J. Biomol. Struct. Dynam.*, **20**, 603–614.
- Andrianov, A.M., and Sokolov, Yu.A. (2004) *J. Biomol. Struct. Dynam.*, **21**, 577–590.
- Andrianov, A.M. (2004) *J. Biomol. Struct. Dynam.*, **22**, 159–170.
- Andrianov, A.M. (2004) in *Proceedings of the Fourth International Conference on Bioinformatics of Genome Regulation and Structure*, vol. 1, Novosibirsk, pp. 235–238.
- Andrianov, A.M. (2005) *J. Biomol. Struct. Dynam.*, **23**, 267–282.

39. Catasti, P., Bradbury, E.M., and Gupta, G. (1996) *J. Biol. Chem.*, **271**, 8236–8242.
40. Ivanoff, L.A., Looney, D.J., McDanal, C., Morris, J.F., Wong-Staat, F., Lang, A.J., Petteaway, S.R.Jr., and Matthews, T.J. (1991) *AIDS Res. Hum. Retroviruses*, **7**, 595–603.
41. Cabezas, E., Wang, M., Parren, P.W., Stanfield, R. A., and Satterthwait, C. (2000) *Biochemistry*, **39**, 14377–14391.
42. Yang, Z.-Y., Chakrabarti, B.K., Xu, L., Welcher, B., Kong, W.-P., Leung, K., Panet, A., Mascola, J.R., and Nabel, G.J. (2004) *J. Virol.*, **78**, 4029–4036.
43. Sherman, S.A., Andrianov, A.M., and Akhrem, A.A. (1987) *J. Biomol. Struct. Dynam.*, **4**, 869–884.
44. Sherman, S.A., Andrianov, A.M., and Akhrem, A.A. (1988) *J. Biomol. Struct. Dynam.*, **5**, 785–801.
45. Шерман С.А., Андрианов А.М., Ахрем А.А. (1989) *Конформационный анализ и установление пространственной структуры белковых молекул*, Наука и техника, Минск.
46. Wuthrich, K., Wider, G., Wagner, G., and Braun, W. (1982) *J. Mol. Biol.*, **155**, 311–319.
47. Leonard, C.K., Spellman, M.W., Riddle, L., Harris, R.J., Thomas, J.N., and Gregory, T.J. (1990) *J. Biol. Chem.*, **265**, 10373–10382.
48. Nemethy, G., Gibson, K.D., Palmer, K.A., Yoon, C.N., Paterlini, G., Zagari, A., Rumsey, S., and Scheraga, H.A. (1992) *J. Phys. Chem.*, **96**, 6472–.
49. Li, Z., and Scheraga, H.A. (1987) *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, **19**, 6611–6615.
50. Momany, F.A., McGuire, R.F., Burgess, A.W., and Scheraga, H.A. (1975) *J. Phys. Chem.*, **79**, 2361–2381.
51. Dunbrack, R.L. Jr., and Karplus, M. (1993) *J. Mol. Biol.*, **230**, 543–574.
52. Weiner, P.K., and Kollman, P.A. (1981) *J. Comput. Chem.*, **2**, 287–303.
53. Fletcher R., and Reeves, C.M. (1964) *Comput. J.*, **7**, 149–154.
54. Smith, L.J., Bolin, K.A., Schwalbe, H., Mc Arthur, M.W., Thornton, J.M., and Dobson, C.M. (1996) *J. Mol. Biol.*, **255**, 494–506.
55. Lewis, P.N., Momany, F.A., and Scheraga, H.A. (1973) *Biochim. Biophys. Acta*, **303**, 211–229.
56. Sherman, S.A., and Johnson, M.E. (1993) *Prog. Biophys. Mol. Biol.*, **59**, 285–339.
57. Kar, L., Sherman, S.A., and Johnson, M.E. (1994) *J. Biomol. Struct. Dynam.*, **12**, 527–558.
58. Худсон Д. (1967) *Статистика для физиков. Лекции по теории вероятностей и элементарной статистике*, Мир, Москва.
59. Vranken, W.F., Fant, F., Budesinsky, M., and Borremans, F.A.M. (2001) *Eur. J. Biochem.*, **268**, 2620–2628.
60. Cormier, E.G., and Dragic, T. (2002) *J. Virol.*, **76**, 8953–8957.
61. Speck, R.F., Wehrly, K., Platt, E.J., Atchison, R.E., Charo, I.F., Kabat, D., Chesebro, B., Goldsmith, M.A. (1997) *J. Virol.*, **71**, 7136–7139.
62. Verrier, F.A., Borman, A.M., Brand, D., and Girard, M. (1999) *AIDS Res. Hum. Retrovir.*, **15**, 731–743.
63. Wang, W.-K., Dudek, T., Zhao, Y.-J., Brumblay, H.G., Essex, M., and Lee, T.-H. (1998) *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, **95**, 5740–5745.
64. Skinner, M.A., Langlois, A.J., McDanal, C.B., McDougal, J.A., Bolognesi, D.P., and Matthews, T.J. (1988) *J. Virol.*, **62**, 4195–4200.
65. De Parseval, A., Bobardt, M.D., Chatterji, U., Elder, J.H., David, G., Zolla-Pazner, S., Farzan, M., Lee, T.H., and Galloway, P.A. (2005) *J. Biol. Chem.*, **280**, 39493–39504.
66. Pohlmann, S., Davis, C., Meister, S., Leslie, G.J., Otto, C., Reeves, J.D., Puffer, B.A., Papkalla, A., Krumbiegel, M., Marzi, A., Lorenz, S., Munch, J., Doms, R.W., and Kirchhoff, F. (2004) *J. Virol.*, **78**, 3223–3232.
67. Hu, Q., Napier, K.B., Trent, J.O., Wang, Z., Taylor, S., Griffin, G.E., Peiper, S.C., and Shattock, R.J. (2005) *J. Mol. Biol.*, **350**, 699–712.
68. Sharon, M., Kessler, N., Levy, R., Zolla-Pazner, S., Gorch, M., and Anglister, J. (2003) *Structure*, **11**, 225–236.
69. Rosen, O., Chill, J., Sharon, M., Kessler, N., Mester, B., Zolla-Pazner, S., and Anglister, J. (2005) *Biochemistry*, **44**, 7250–7258.
70. Zolla-Pazner, S., Zhong, P., Revesz, K., Volsky, B., Williams, C., Nyambi, P., and Gorny, M. (2004) *AIDS Res. Hum. Retroviruses*, **20**, 1254–1258.
71. Suphaphiphat, P. (2004) http://www.aids.harvard.edu/conferences/events/2004/word_aids_04_present/2_Suphaphiphat.pdf.
72. Ogert, R.A., Lee, M.K., Ross, W., Buckler-White, A., Martin, M.A., and Cho, M.W. (2001) *J. Virol.*, **75**, 5998–6006.
73. McCaffrey, R.A., Saunders, C., Hensel, M., and Stamatas, L. (2004) *J. Virol.*, **78**, 3279–3295.
74. Teeraputon, S., Louisirirojchanakul, S., and Auewarakul, P. (2005) *Viral Immunol.*, **18**, 343–353.
75. Pollakis, G., Kang, S., Kliphuis, A., Chalaby, M.I.M., Goudsmit, J., and Paxton, W.A. (2001) *J. Biol. Chem.*, **276**, 13433–13441.
76. Li, Y., Rey-Cuille, M.A., and Hu, S.L. (2001) *AIDS Res. Hum. Retroviruses*, **17**, 1473–1479.
77. Polzer, S., Dittmar, M.T., Schmitz, H., Meyer, B., Muller, H., Krausslich, G., and Schreiber, M. (2001) *Glycobiology*, **11**, 11–19.
78. Malenbaum, S.E., Yang, D., Cavacini, L., Posner, M., Robinson, J., and Cheng-Mayer, C. (2000) *J. Virol.*, **74**, 11008–11014.
79. Lusso, P., Earl, P.L., Sironi, F., Santoro, F., Ripamonti, C., Scarlatti, G., Longhi, R., Berger, E.A., and Burastero, S.E. (2005) *J. Virol.*, **79**, 6957–6968.
80. Wu, Z., Golub, E., Abrams, W.R., and Malamud, D. (2004) *AIDS Res. Hum. Retroviruses*, **20**, 600–607.
81. Vives, R.R., Imbert, A., Sattentau, Q.J., and Lortat-Jacob, H. (2005) *J. Biol. Chem.*, **280**, 21353–21357.
82. Carlos, M.P., Anderson, D.E., Gardner, M.B., and Torres, J.V. (2000) *AIDS Res. Human Retroviruses*, **16**, 153–161.
83. Sharon, M., Rosen, O., and Anglister, J. (2005) *Curr. Opin. Drug Discov. Devel.*, **8**, 601–612.

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

• **Керчь. 03.11.2006.** В Керчи прошло заседание Координационного совета по вопросам предупреждения распространения в городе ВИЧ-инфекции, в котором приняли участие медики, педагоги и сотрудники социальных служб для молодежи. Специалисты считают, что помочь в борьбе с вирусом может просветительская работа среди молодых людей. По словам методиста Управления образования Татьяны Дашевской, в начале учебного года во всех школах Керчи прошли семинары-тренинги для классных руководителей, анкетирование и тестирование учащихся, цель которых – определить уровень знаний подростков в этой области. Как считают педагоги, наиболее доступной для большинства учеников является просветительская программа «Равный – равному», в ко-

торой информированные ученики старших классов рассказывают своим сверстникам о СПИДе, наркотиках, возможных путях заражения вирусом и мерах профилактики. По свидетельству сотрудников Центра социальных служб для молодежи, которые вносят свой вклад в общее дело, им приходится чаще, чем другим городским службам, общаться с ВИЧ-инфицированными и их семьями, работать над созданием доброжелательного микроклимата в коллективах, где есть больные люди. По данным Управления здравоохранения, в Керчи на 1 октября 2006 года официально зарегистрировано 349 человек, зараженных ВИЧ-инфекцией. В целом же Керчь среди крымских городов по уровню заболевания занимает четвертое место после Симферополя, Феодосии и Ялты.

Юрий Саранков*

Медицинские потребности и проблемы МСМ

Сложившаяся на сегодняшний день в мире ситуация по эпидемии ВИЧ-инфекции требует новых подходов для эффективной профилактики ВИЧ-инфекции, особенно среди уязвимых групп населения. Среди таких групп наименее изученной и открытой является группа мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами (МСМ), и это затрудняет проведение среди ее представителей адекватных профилактических мероприятий.

Данная публикация, с одной стороны, содержит достаточно глубокий научный анализ, с другой — имеет практическую ценность для специалистов. Медицинские проблемы МСМ действительно мало освещаются в отечественной научной прессе, а врачи не имеют знаний и инструментов для работы с данной группой населения. Хочу поблагодарить автора за столь серьезный труд. Уверен, что он сможет заполнить существующую брешь в образовательных материалах и послужить хорошим руководством для тех, кто оказывает медицинские и консультативные услуги МСМ.

*Б. М. Ворник,
заместитель директора Фонда народонаселения ООН по Украине,
доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач Украины*

В отечественной медицинской литературе вопросы оказания медицинской помощи мужчинам, имеющим сексуальные отношения с мужчинами (МСМ), обсуждаются крайне редко. Это происходит по двум, с нашей точки зрения,

причинам. Первая — среди медицинских специалистов распространено убеждение, что ничего специфического в проведении диагностики и лечении представителей данной группы населения быть не может, поскольку «болезни у всех одинаковые». Вторая — табуированность темы сексуальных отношений между мужчинами, стигма и неприятие МСМ. Система медицинского образования (причем не только в СНГ) не

* Из кн. «Медицинские потребности и проблемы мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами». Ю. Саранков, «СПИД Фонд Восток–Запад», Киев, 2006 г.



бности

уделяет достаточного внимания вопросам сексуального здоровья населения в целом и сексуальных меньшинств в частности*. Как следствие, врачи и другой медицинский персонал не обладают знаниями и навыками, необходимыми для эффективной коммуникации с пациентами, имеющими нетрадиционную сексуальную ориентацию.

Многим медицинским специалистам термин МСМ может быть не знаком, так как он используется в основном лишь в области профилактики инфекций, передающихся половым пу-

тем (ИППП). Данный термин появился в начале 90-х годов как удобный акроним для обозначения субпопуляции мужчин, постоянно или периодически практикующих сексуальные отношения с мужчинами**. Его быстрой распространенности способствовали результаты исследований, согласно которым рост инфекционных заболеваний всецело обусловлен поведением человека, а не его половой идентичностью, сексуальными предпочтениями или фантазиями. Последние не играют никакой роли в биологических схемах трансмиссии.

Медицинские потребности мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами, во многих аспектах схожи с теми, которые испытывают мужчины с традиционным, гетеросексуальным поведением. Однако есть ряд особенностей, которые необходимо учитывать в медицинской практике. Исследования показывают, что повышенный риск для здоровья у МСМ обусловлен такими специфическими сексуальными практиками, как рецептивный анальный половой контакт и орально-анальный сексуальный контакт. Обе практики являются серьезной причиной заражения гастроинтестинальными инфекциями и инфекциями, передающимися половым путем (включая ВИЧ и вирусные гепатиты). Отсутствие социальной поддержки, трудности в принятии собственной сексуальной идентичности, гетеросексуальный императив и гомофобия со стороны общества во многих случаях приводят людей к ситуации постоянного стресса, а попытки справиться с ним — к чрезмерному употреблению алкоголя и других психотропных средств. Значительно более распространены среди МСМ и ЛГБТ (представителей основных сексуальных меньшинств — лесбиянок, геев, бисексуалов и трансгендеров) тревожные состояния, эмоциональные расстройства, депрессия, суицидальные мысли и попытки суицида. Некоторые исследователи указывают на то, что самым серьезным фактором, способствующим увеличению рисков для здоровья МСМ, является низкий уровень обращаемости в медицинские учреждения с целью регулярного обследования (Bonvicini K.A. and Perlin M.J. The same but different: clinician-patient communication with gay and lesbian patients. *Patient Education and Counseling* 5: 115–122, 2003).

Дискриминация в отношении МСМ со стороны медицинского персонала приводит к двойному негативному воздействию на их здо-

* В США, согласно подсчетам, теме здоровья сексуальных меньшинств в системе медицинской подготовки специалистов уделяется в среднем 3 часа 26 минут (Wallick M.M., Cambre K.M., Townsend M.H. How the topic of homosexuality is taught at US medical schools. *Acad. Med.* 1992; 67: 601–603).

** Не все ученые согласны с принятой концепцией. Например, Янг и Маер полагают, что использование таких понятий, как МСМ и ЖСЖ (женщины, имеющие сексуальные отношения с женщинами): 1) размывает половую идентичность, с которой себя ассоциируют представители сексуальных меньшинств; 2) отвлекает внимание от социальных аспектов, которые значимы для понимания вопросов сексуального здоровья; 3) создает проблемы с определением элементов сексуального поведения, имеющих важное значение для проведения исследований и интервенций в сфере общественного здравоохранения (Rebecca M. Young, and Ilan H. Meyer. The Trouble With «MSM» and «WSW»: Erasure of the Sexual-Minority Person in Public Health Discourse *Am. J. Public Health*, July 2005. Vol. 95, № 7).

ровье. С одной стороны, из-за того, что медицинский персонал в обращении с МСМ может употреблять формулировки, унижающие и оскорбляющие человеческое достоинство, МСМ отказываются от услуг учреждений здравоохранения, предпочитая лечиться самостоятельно* или пользоваться советами непрофессионалов. С другой стороны, даже обращаясь в медицинские заведения, они не исключают вероятности оказания малоэффективной помощи: например, если врач окажется гомофобом и постарается как можно быстрее «избавиться» от пациента, предоставив ему минимум диагностической консультации и лечебной поддержки.

В октябре 2005 года Институтом социальных экспертиз при поддержке «СПИД Фонда Восток–Запад» среди врачей Киева было проведено исследование. В нем приняли участие 15 дерматовенерологов, 15 терапевтов и 15 урологов. Согласно его результатам большинство врачей:

- убеждены, что практика однополых секса является медицинской проблемой;
- полагают, что отказ от посещения медицинских учреждений со стороны МСМ вызван не плохим отношением врачей, а внутренней стигматизацией;
- обладают достаточно высоким уровнем знаний о ВИЧ-инфекции и путях заражения, хотя некоторые специалисты не упомянули презерватив в качестве надежного средства профилактики;
- не владеют информацией относительно современных подходов и программ по профилактике ВИЧ-инфекции среди МСМ (например, о консультировании);
- участвуют или знают о регулярно проводимых семинарах по ВИЧ/СПИДу, но, с точки зрения медицинских работников, вопросы, связанные с работой с уязвимыми группами (например, с МСМ), там «звучат редко»;
- имеют желание и хотели бы принять участие в тренинге по работе с МСМ, получить информацию по психологическим аспектам коммуникации с МСМ, о клинических и психомедицинских характеристиках ИППП у МСМ, а также о методах профилактики ВИЧ/ИППП и поддержке МСМ;
- считают, что в Украине нет препятствий для оказания квалифицированной медицинской помощи МСМ ни со стороны закона, ни со стороны медицинских учреждений.

Цель данной публикации – познакомить медицинскую общественность со специфическими потребностями и проблемами МСМ, привести примеры наиболее успешных подходов к

* Среди МСМ в Украине каждый десятый мужчина, у которого были ИППП, лечился самостоятельно (Амджадин Л., Кашенкова К. и др. Мониторинг поведения МСМ, как компонент эпидемиологического надзора второго поколения. Международный альянс по ВИЧ/СПИДу в Украине. Киев, 2005).

профилактике ИППП и ВИЧ, обсудить стратегии, которые помогают сформировать доверительные отношения между врачом и пациентом и создать такую благоприятную атмосферу, при которой МСМ могли бы свободно говорить о потребностях, связанных с вопросами здоровья.

Вся представленная информация имеет важное значение, несмотря на то что обсуждаемые здесь методики в основном касаются западных стран. Тем не менее, несколько лет назад мы практически ничего не знали и о клубных наркотиках, наивно полагая, что эта проблема нас не касается. И в результате, когда сегодня в больших городах клубные наркотики уже стали частью молодежной культуры, медицинские специалисты оказались не готовы иметь дело с этим явлением из-за отсутствия соответствующих знаний и навыков.

Важно подчеркнуть, что в данной публикации сексуальные отношения между мужчинами интересовали нас в первую очередь как феномен, связанный с вопросами общественного здоровья. Вопросы, обусловленные психологическими, сексологическими, культуральными и религиозными аспектами гомосексуальности, здесь не обсуждаются, так как, с нашей точки зрения, на эти темы существует множество доступной литературы.

Мы уважаем право человека на личную жизнь, стремимся поддерживать здоровье каждого человека, одной из составляющих которого является сексуальное здоровье.

Клиническое значение

- Люди с бисексуальной ориентацией составляют группу высокого риска развития психических расстройств, а также суицидальных идей и действий.
- Хотя у лиц с гомосексуальной ориентацией психическое здоровье обычно хуже, чем у лиц с гетеросексуальной ориентацией, степень выраженности имеющихся у них психических нарушений была преувеличена в ранее проводившихся исследованиях из-за объединения гомосексуалов с группой бисексуальных респондентов.
- Тяжелые переживания в детстве, неблагоприятные текущие события, более слабая социальная поддержка и финансовые проблемы – значимые факторы риска развития психических расстройств у людей, имеющих бисексуальную ориентацию.

Базисные правила для профессионалов

1. Помощь может быть предложена, но ее нельзя форсировать. Слишком много вреда причинили так называемые «помощники», стремившиеся работать теми методами, которые гомосексуалы считают неприемлемыми для себя.

Геи до тех пор будут испытывать вполне оправданное недоверие к предложенным услугам, пока не почувствуют их персональную направленность. В этой связи врачу следует точно описать, какого рода помощь он намерен предоставить и почему. Следует также иметь в виду, что гомосексуал не примет от врача помощь в обстановке недоверия.

2. Первоначальная задача медицинского специалиста — помочь человеку стать более искренним перед самим собой или, более конкретно, помочь человеку признать себя геем, дать себе самооценку, представить ситуацию во всей ее целостности, включая интеграцию гомосексуальных мыслей и чувств. Врач не должен поощрять деструктивное поведение и отношение. Нужно постараться направить человека на интеграцию, поощряя поведение и отношение, которые продиктованы внутренними переживаниями.

3. Путем самоанализа медицинскому сотруднику нужно постараться определить, не испытывает ли он в отношении своего клиента гомофобных чувств. Если ответ окажется положительным, — понять, как избавиться от них. В противном случае эти переживания будут создавать помехи при оказании помощи гомосексуалам. Мы все воспитывались в одной культуре, поэтому не можем быть полностью свободными от подобного отношения.

4. Медицинский сотрудник должен быть готов признать в себе собственные гомосексуальные чувства, а также вполне обычные чувства привязанности к людям своего пола. Если он не в состоянии определить эти чувства в самом себе или не захочет уделить им должного внимания, это вряд ли будет способствовать созданию атмосферы доверия.

5. Медицинский сотрудник не должен сообщать другим людям о гомосексуальной ориентации своего клиента (особенно членам его семьи), поскольку не исключено, что данная информация может быть использована против него. Разглашение информации абсолютно разрушает доверие и нарушает конфиденциальность.

Перечисленные пять основных правил являются частью работы профессионалов и значительно облегчают ее. Пренебрежение правилами может привести к нарушению и даже прекращению рабочих отношений.

Вирусные гепатиты у МСМ

Современная наука обладает достаточным количеством данных, подтверждающих факт повышенного риска заражения вирусными гепатитами среди мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами.

В 2004 году в Копенгагене (Дания) была зарегистрирована вспышка гепатита А среди МСМ. Для изучения факторов риска была отобрана группа из МСМ старше 17 лет, у которых

проведенный с июня по август 2004 года анализ показал наличие антител класса IgM, но анамнез исключал вероятность бытового контакта с гепатитом А до начала заболевания (18). Для участия в контрольной группе были приглашены мужчины с гей-прайда (64); 16 из 18 человек изучаемой группы и 36 из 63 представителей контрольной группы занимались сексом со случайными партнерами; 11 из 18 человек и 14 из 62 представителей контрольной группы имели секс в гей-саунах. Секс в домашних условиях оказался фактором защиты от заражения.

Случайный секс, включая секс в гей-саунах, явился важным фактором распространения ВГА (вируса гепатита А) среди МСМ. Результаты данного исследования соответствуют данным, полученным в других европейских исследованиях (Mazick A., et al. Hepatitis A outbreak among MSM linked to casual sex and gay saunas in Copenhagen, Denmark. *Euro Surveill.* 2005 May; 10(5):111–4).

В Сан-Франциско (США) были протестированы на наличие серологических маркеров вируса гепатита В (ВГВ) 496 МСМ в возрасте 18–29 лет, представляющих азиатский и тихоокеанский регионы. У 20% были выявлены свидетельства перенесенной инфекции в прошлом, в том числе у 8,2% — в хронической форме. 24,9% обладали иммунитетом, вызванным вакцинацией. У 47% сохранялся риск заражения (Choi K.H., McFarland W., et al. High level of hepatitis B infection and on-going risk among Asian/Pacific Islander men who have sex with men, San Francisco, 2000–2001. *Sex Transm Dis.* 2005 Jan; 32(1):44–8).

В другом исследовании, проведенном в Вашингтоне (США), 833 МСМ в возрасте 15–29 лет была проведена диагностика на наличие вирусных гепатитов А, В и С, определены факторы риска заражения и частота вакцинации против гепатитов А и В. Согласно результатам исследования, иммунитет был выявлен у 14,6% респондентов, 13,9% имели признаки перенесенной инфекции, 57,9% — риск заражения, статус 18% остался невыясненным (Diamond C., Thiede H., et al. Viral hepatitis among young men who have sex with men: prevalence of infection, risk behaviors, and vaccination. *Sex Transm Dis.* 2003 May; 30(5):425–32).

В середине 2004 года в Париже были зарегистрированы несколько случаев острого гепатита С среди ВИЧ-инфицированных МСМ. Эпидемиологическое расследование не выявило фактов переливания зараженной крови, но была обнаружена связь с незащищенным анальным сексом. Ретроспективный анализ случаев острого гепатита С в парижских больницах с апреля 2001 по октябрь 2004 года позволил идентифицировать 29 человек. ВИЧ-инфекция была в асимптоматической стадии у 76% пациентов. Во всех анамнезах были зафиксированы незащищенный анальный секс, а также фистинг (внед-

рение кулака в прямую кишку) – 21% и сопутствующие инфекции, передающиеся половым путем, – 41%. Средний промежуток времени между диагностикой ВИЧ и ВГС (вирус гепатита С) составил 6,5 года (0–22). По данным, собранным на основании анкет (11), у 10 человек были ИППП, 8 человек практиковали «жесткий» секс, 5 человек – фистинг, у шести были кровотечения во время незащищенного травматического секса. Заражение ВГС, вероятно, произошло через кровь во время травматического анального секса, а ИППП способствовали инфицированию (Gambotti L., Batisse D., et al. Acute hepatitis C infection in HIV positive men who have sex with men in Paris, France, 2001–2004. *Euro Surveill.*, 2005; 10(5):115–7).

Несмотря на то что вакцина против вирусного гепатита В существует с 1982 года, уровень осведомленности и обращаемости за иммунизацией среди МСМ остается крайне низким. Так, исследование в семи крупных городах США, проведенное с 1994 по 1998 год среди 3432 МСМ в возрасте 15–22 лет, показало, что уровень иммунизации составил лишь 9%. При этом серологические маркеры на ВГВ были выявлены у 11% участников исследования (MacKellar D.A., Valleroy L.A., et al. Two Decades After Vaccine License: Hepatitis B Immunization and Infection Among Young Men Who Have Sex With Men. *Am J Public Health.* 2001; 91:965–971).

Необходимо помнить, что показатели заболеваемости вирусным гепатитом С выше у людей, живущих с ВИЧ. В этой связи им рекомендуется ежегодно сдавать анализы для выявления заболевания. Важность выявления ВГС обусловлена тем, что в настоящее время уже существует высокоэффективный метод лечения с использованием пегилированного интерферона (например, пегасис) и противовирусных препаратов. Данная терапия при условии ранней диагностики ВГС позволяет элиминировать вирус из организма. Пациент может считаться вылеченным, если в течение 6–12 месяцев вирусные частицы не определяются в крови.

Врачи должны рутинно проводить диагностику и предоставлять информацию о вирусных гепатитах мужчинам, имеющим сексуальные отношения с мужчинами.

Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), среди МСМ

Показатели заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем, среди мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами, выше, чем среди общего населения. ИППП являются индикатором рискованного сексуального поведения и указывают на высокий риск заражения ВИЧ.

С 1999 по 2001 год в Сан-Франциско (США) было проведено анкетирование 10 586 МСМ.

Количество МСМ, которые сообщили о практике анального секса за последние 6 месяцев, возросло с 67% в 1999 году до 74% в 2001-м. Количество случаев заражения ректальной гонореей возросло с 162 в 1999 году до 237 в 2001-м; количество случаев заражения сифилисом – с 6 в 1998 году до 115 в 2001-м (Chen Y. S., Gibson S., et al. Continuing Increases in Sexual Risk Behavior and Sexually Transmitted Diseases Among Men Who Have Sex with Men: San Francisco, Calif., 1999–2001. *Am J Public Health* (09.02) Vol. 92; № 9: P. 1387–1388).

Количество новых случаев заражения сифилисом в Великобритании с 1997 по 2003 год возросло на 213% среди гетеросексуальных мужчин, на 1412% среди МСМ и на 22% среди женщин. На столь существенный рост заболеваемости повлияла серия вспышек инфекции, среди которых на конец октября 2003 года самые большие были зафиксированы в Манчестере (528) и Лондоне (1222). Все вспышки имели четкую географическую локализацию, и большинство случаев были выявлены среди МСМ. Чаще всего как путь передачи инфекции упоминался оральный секс (Simms I., Fenton K.A., et al. The reemergence of syphilis in the United Kingdom: the new epidemic phases. *Sex Transm Dis.* 2005 Apr; 32(4): 220–226).

Что это может означать?

Исследование по уровню ИППП в сообществе МСМ, проведенное в Англии и Уэльсе, показало, что с 1997 по 2002 год число случаев гонореи удвоилось (661/100 000, 1271/100 000, $p < 0,001$). По количеству инфицированных ВИЧ стал третьей, наиболее распространенной среди МСМ инфекцией, передающейся половым путем, в Англии и второй в Лондоне, с наиболее пораженной группой мужчин в возрасте 35–44 лет. Наблюдаемый рост отражает показатели по возросшей частоте рискованного поведения (Macdonald N., Dougan S., et al. Recent trends in diagnoses of HIV and other sexually transmitted infections in England and Wales among men who have sex with men. *Sex Transm Infect.* 2004 Dec; 80(6):492–7).

В период с 2000 по 2003 год во Франции был отмечен рост заболеваемости сифилисом: с 37 случаев в 2000 году до 428 в 2003 году. Из 1089 диагностированных случаев сифилиса 96% были выявлены у мужчин в возрасте 36 лет, 70% которых родились во Франции. Наибольшее число случаев было среди МСМ, проживающих в Париже и его окрестностях, что составило 87% по сравнению с 75% в других регионах. Данные анкетирования показали, что за три месяца до появления инфекции у 83% МСМ был секс со случайными партнерами (Couturier E., Michel A., et al. Syphilis surveillance in France, 2000–2003. *Euro Surveill.* 2004 Dec; 9(12): 8–10).

В январе 2004 года Европейская эпидемиологическая сеть по инфекциям, передающимся половым путем (European Surveillance of Sexually Transmitted Infections Network), сообщила о про-

исшедшей в Роттердаме среди МСМ вспышке венерической лимфогранулемы. Заболевание вызывается одним из видов хламидий и начинается с бугорка или пузырька на месте внедрения возбудителя (обычно на половых органах), который быстро исчезает или может остаться незамеченным. Через 1–4 недели увеличиваются регионарные лимфатические узлы (у мужчин чаще всего паховые, у женщин – малого таза). Пораженные лимфатические узлы при этом уплотняются, становятся болезненными, спаиваются между собой. Кожа над узлами приобретает цвет от розового до синюшно-красного. Со временем лимфатические узлы вскрываются с выделением желтоватого гноя (<http://www.venero-logia.ru/venerologia/limfогranulema.htm>).

Специалисты клиники ИППП в Париже провели клинико-биологический ретроспективный анализ среди 154 МСМ, которые с января 2002 по май 2004 года проходили обследование по поводу ИППП в аноректальной области и проспективный анализ с мая по август 2004 года. Из 216 ректальных мазков гомо- и бисексуальных мужчин 32 (14,8%) оказались положительными на *Chlamydia trachomatis*. Образцы были генотипированы для выявления серотипа возбудителя и показали наличие типа L (2). Данный возбудитель присущ определенной группе лиц или полу. Но насколько корректно при наличии данного серотипа утверждать, что именно эта группа подвержена инфицированию? Антитела в сыворотке были определены у 14 человек и оказались четко положительными в 13 случаях. Все 22 человека с подтвержденной аноректальной лимфогранулемой были гомосексуалами в возрасте 28–52 лет (средний возраст – 39 лет). 12 из 21 (57,1%) оказались ВИЧ-инфицированными (один пациент не тестировался) (Haloua B., Bohbot J.M., et al. Ano7rectal lymphogranuloma venereum: 22 cases reported in a Sexually Transmitted Infections center in Paris. *Eur. J. Dermatol.* 2006 Mar.-Apr.; 16(2): 177–80).

Медицинские специалисты, консультирующие МСМ, должны рутинно собирать анамнез относительно ИППП и предоставлять рекомендации по безопасному сексу каждому пациенту. Обсуждение сексуальной жизни пациента – непростая задача, однако это один из самых необходимых для работы навыков. Сбор информации относительно сексуального поведения требуется для того, чтобы не только оценить имеющиеся риски заражения ИППП/ВИЧ, но и сфокусировать внимание на тех факторах, которые могут играть защитную роль в ситуациях повышенного риска.

ВИЧ/СПИД и рискованное поведение

ВИЧ/СПИД остается основной угрозой и проблемой для здоровья МСМ. Несмотря на огромные усилия, направленные на профилактику

инфекции, во многих индустриально развитых странах основным путем передачи ВИЧ-инфекции остается половой путь с преобладанием гомосексуального вектора. По данным Центров по контролю и профилактике заболеваемости в США (CDC. HIV/AIDS Surveillance Report, 2003. Vol. 15. Atlanta: US Department of Health and Human Services, CDC; 2004:1–46. <http://www.cdc.gov/hiv/stats/2003surveillancereport.pdf>) в 2003 году:

- диагноз ВИЧ-инфекция был поставлен 503 305 мужчинам, имеющим сексуальные отношения с мужчинами (из которых 62 418 МСМ употребляли инъекционные наркотики);

- 295 981 МСМ (из которых 38 083 человека употребляли инъекционные наркотики) умерли от СПИДа, что составляет 68% от числа всех мужчин и 56% от числа всех людей, умерших от СПИДа;

- на конец 2003 года 207 323 МСМ (из которых 24 334 человека употребляли инъекционные наркотики) были ВИЧ-положительными, что составляет 66% от числа всех мужчин и 51% всех людей, живущих с ВИЧ.

В Великобритании до 1999 года МСМ составляли лидирующую социальную группу по заболеваемости ВИЧ-инфекцией. Несмотря на то что с 2000 года все чаще регистрируются новые случаи ВИЧ-инфекции среди гетеросексуалов, количество таковых у МСМ продолжает неуклонно расти. В настоящее время ВИЧ занимает четвертое по частоте место среди инфекций, передающихся половым путем, в группе МСМ.

Гомосексуальный путь передачи ответствен за:

- 48% всех случаев ВИЧ-инфекции и 59% всех случаев СПИДа в Великобритании;

- 1/3 новых случаев ВИЧ-инфекции, диагностированных в 2004 году.

Мужчины, имеющие сексуальные отношения с мужчинами, составляют 45% взрослых людей, живущих с ВИЧ. Наиболее пораженная группа среди МСМ – мужчины в возрасте 25–39 лет. За период с 2000 по 2004 год количество МСМ, находящихся под медицинским наблюдением, возросло на 51% (www.tht.org.uk/informationresources/factsand-statistics/uk/menwithmen)*.

Первые диагностированные случаи ВИЧ-инфекции

Первые сообщения о вспышке в Лос-Анджелесе редкой формы пневмонии среди пяти молодых гомосексуальных мужчин в возрасте 29–36 лет были опубликованы 5 июня 1981 года в «Еженедельном вестнике по заболеваемости и смертности» (Morbidity and Mortality Weekly

* В публикации статистические данные относительно количества случаев ВИЧ-инфекции среди МСМ в странах Восточной Европы и Центральной Азии не приводятся, поскольку надежность этих данных ставится под сомнение многими экспертами.

Report. June 5, 1981), издаваемом Центрами по контролю и профилактике заболеваемости (CDC). В начале 80-х годов главой комиссии по расследованию данных случаев был назначен д-р Джим Каррэн (Dr. Jim Curran). В опубликованной им статье подробно описывалось, какое лечение получали респонденты в период с октября 1980 по май 1981 года по поводу пневмонии, вызванной *Pneumocystis carinii*, – редкой формы инфекции легких. У этих мужчин также была диагностирована инфекция, вызванная цитомегаловирусом (ЦМВ), – форма герпеса, безвредная для большинства людей, однако с того момента признанная весьма опасной для людей с ВИЧ, поскольку они не в состоянии от нее избавиться. К моменту публикации статьи двое из них уже умерли.

По мнению д-ра Каррэна, «появление пневмоцистоза у пятерых, до недавнего времени здоровых людей, не имеющих клинически явного базисного иммунодефицита, необычно». «Тот факт, что все пациенты были гомосексуалами, позволяет предположить наличие ассоциации между некоторыми аспектами гомосексуального стиля жизни или заболеванием, приобретенным через половой контакт, и пневмоцистной пневмонией».

В статье сообщалось о том, что у всех пятерых мужчин были зарегистрированы либо текущая инфекция, вызванная цитомегаловирусом, либо признаки перенесенного заболевания в предыдущие месяцы.

В исследовании, опубликованном ранее в том же году, сообщалось, что у гомосексуальных мужчин были также выявлены высокие показатели заболеваемости ЦМВ, что не было зафиксировано среди гетеросексуальных мужчин того же возраста.

В другом исследовании было показано, что ЦМВ был обнаружен в сперме у мужчин, чьи анализы мочи на вирус были отрицательными.

Статья завершается следующим выводом: «Вышеописанные наблюдения подразумевают вероятность дисфункции иммунных клеток, связанную с общим контактом, который располагает людей к оппортунистическим инфекциям».

Данная публикация вначале прошла незамеченной со стороны СМИ и медицинского сообщества. И лишь после того как в «Еженедельном вестнике» появилась статья о 26 случаях редкой формы злокачественной опухоли – саркомы Капоши, диагностированной среди мужчин-гомосексуалов за последние 30 месяцев (20 случаев в Нью-Йорке и шесть в Калифорнии), на нее стали обращать внимание журналисты.

Через несколько месяцев д-р Готтлиб, иммунолог из Калифорнийского университета, привлек серьезное внимание медиков, опубликовав статью на эту тему в «Медицинском журнале Новой Англии» (Gottlieb M.S. *Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previ-*

ously healthy homosexual men: Evidence of a new acquired cellular immunodeficiency. New England Journal of Medicine 1981; 305:1425–1431). Источник: Lizabeth Fee and Theodore M. Brown. Michael S. Gottlieb and the Identification of AIDS. *Am J Public Health* June 2006, Vol 96, № 6, 982–983.

Сексуальные факторы риска заражения ВИЧ-инфекцией у MSM

На риск заражения оказывает влияние целый ряд факторов, таких, как вид сексуального контакта, вирулентность вируса, наличие инфекционных заболеваний в мочеполовой системе у неинфицированного партнера, уровень вирусной нагрузки у инфицированного партнера, обрезание у мужчины (циркумцизия), функционирование иммунной системы у носителя вируса, питание, анатомические особенности.

Незащищенный анальный секс. Не все сексуальные контакты между ВИЧ-положительным и ВИЧ-отрицательным партнерами приводят к заражению. Вероятность инфицирования в случае незащищенного анального секса (без использования презерватива и с эякуляцией в гестум) оценивается следующим образом:

- 0,02–0,1% – в отношении всех контактов, при которых ВИЧ-отрицательный партнер выступает в активной роли (половой член вводится в прямую кишку партнера), а ВИЧ-положительный партнер – в пассивной/рецептивной роли (диапазон: от одного случая на 3,333 контакта до одного случая на 1000 контактов);

- 0,1–3% – в отношении всех контактов, при которых ВИЧ-положительный партнер выступает в активной роли, а ВИЧ-отрицательный партнер в пассивной/рецептивной (диапазон: от одного случая на 1000 контактов до одного случая на 33 контакта). (Mastro TD, de Vicenz I (1996) Probabilities of sexual HIV71 transmission. *AIDS*, 10 (Supplement A): 575–582; Royce R, Sena A, Cates W, Cohen MS (1997) Sexual transmission of HIV. *New England Journal of Medicine*, 336(15): 1702–1708).

Анальный половой акт в рецептивной роли стимулирует выделение секрета простаты (семенной плазмы), который входит в состав эякулята (спермы), и у инфицированного человека может содержать ВИЧ.

Лекарственные препараты для лечения бактериальной и фунгиальной инфекций (например, антибиотики) плохо проникают в простату.

Исследователи из Сан-Диего выдвинули предположение, что антиретровирусные препараты также имеют ограниченный потенциал проникновения и простата может выступать в качестве резервуара для ВИЧ (Smith D.M., et al. *The prostate as a reservoir for HIV71. AIDS* 18: 1600–1602, 2004). В исследовании приняли участие девять мужчин с хронической ВИЧ-ин-

фекцией, средним показателем CD4 483 клетки/мм³ и средним уровнем вирусной нагрузки 20 800 копий/мл. Семь из них получали АРВ-терапию как минимум в течение трех месяцев, у трех человек уровень вирусной нагрузки был ниже 50 копий/мл. ИППП выявлены не были. Образцы спермы изучались еженедельно в течение 11 недель. Мужчин проинструктировали не заниматься сексом за 48 часов до забора образцов спермы. Образцы с 5-й по 10-ю неделю собирались после массажа простаты. ВИЧ чаще выявлялся в образцах спермы, полученной после массажа простаты (24 из 53 и 11 из 44 соответственно). У трех респондентов, которые имели неопределяемый уровень (как в крови, так и в сперме, полученной без массажа), ВИЧ был обнаружен по крайней мере в одном из образцов, полученных после массажа. Простата может служить «хранилищем» для ВИЧ, а ее стимуляция приводит к тому, что количество вируса в сперме повышается. В некоторых ситуациях гомосексуальные партнеры практикуют так называемый универсальный секс, то есть когда оба выступают по очереди в роли активного партнера. Но если активный партнер, который до этого исполнял роль рецептивного, будет практиковать опасный (незащищенный) секс, то риск передачи ВИЧ-инфекции может быть значительно повышен, несмотря на прием антиретровирусной терапии.

Степень риска заражения ВИЧ-инфекцией при различных сексуальных практиках среди MSM

Высокий риск

- Анальный секс без презерватива (семяизвержение в прямую кишку).
- Тяжелые СМ-игры (садомазохистские игры с ранами и кровотечением).

Умеренный риск

- Оральный секс без презерватива (с семяизвержением в рот).
- Орально-анальный контакт без латексной салфетки (аннилингус).
- Контакт рта или ануса с мочой, калом (в них могут содержаться частички крови).
- Проникновение кулака или руки в анус или проникновение пальцем без латексной перчатки (фистинг или фистфакинг).
- Оральный секс без презерватива (без семяизвержения).

Низкий риск

- Анальный секс с использованием лубриканта на водной основе и презерватива.
- Оральный секс с использованием презерватива.
- Орально-анальный контакт с использованием латексной салфетки.
- Проникновение рукой или пальцем в анус

в латексной перчатке.

- Мануально-генитальный контакт (наружный).
- Глубокий (французский) поцелуй.
- СМ-игры без попадания спермы или крови на слизистые оболочки.

Безопасные сексуальные практики

- Мастурбация (в одиночестве или с партнером).
- Использование индивидуальных сексуальных игрушек (фаллоимитатор, анальные шарики).
- Обнимание, прикосновения, ласки.
- Массаж.
- Совместное принятие ванны.
- Сексуальные разговоры, секс по телефону или в сети, сексуальные фантазии.
- Сексуальные фильмы, видео и игры.

Незащищенный оральный секс с эякуляцией

Департамент здравоохранения Сан-Франциско, основываясь на результатах двухлетнего исследования группы гомо- и бисексуальных мужчин, имеющих высокий риск заражения ВИЧ-инфекцией, опубликовал математические подсчеты вероятности заражения ВИЧ-инфекцией в различных сексуальных ситуациях. Целью исследования было определить, могут ли такие практики, как незащищенный оральный секс с эякуляцией в рот, способствовать заражению. Как выяснилось, к сожалению, могут. В исследовании было подсчитано, что средний риск незащищенного орального секса с эякуляцией на контакт равен 1 : 2500. Но это лишь приблизительная цифра. Исследователи говорят, что реальный средний риск может быть от 1 : 10 000 до 1 : 100. Один из наиболее важных выводов данного исследования заключается в том, что практика незащищенного орального секса имеет определенный риск и является причиной определенного количества новых случаев ВИЧ-инфекции. Другими словами, оральный секс и контакт со спермой (без презерватива) не являются безопасной практикой (Vittinghoff E., et.al. Per-contact risk of human immunodeficiency virus transmission between male sexual partners. *American Journal of Epidemiology* 150(3): 1–9. August 1999).

В другом исследовании, которое проводилось с 1996 по 1999 год, приняли участие 122 человека с первичной ВИЧ-инфекцией, задокументированной в течение 12 месяцев после сероконверсии или указанием в анамнезе на инфицирование, которое было подтверждено иммуноферментным тестом. Сбор информации о рискованном сексуальном поведении осуществлялся путем анкетирования. Случаи потенциального заражения через оральный секс изучались эпидемиологами через анализ историй болезни и там, где это было возможно, информацию от партнера. При первичном анализе были

выявлены 20 ситуаций (16,4%), в которых путем передачи ВИЧ-инфекции мог быть оральный секс. Из оставшихся 17 ситуаций 9 (53%) были переклассифицированы как не связанные с оральным сексом, так как имелись другие потенциальные факторы заражения. Два переклассифицированных пациента никогда не практиковали анальный секс, однако сообщили о единичных эпизодах употребления наркотиков и в связи с этим временной потере памяти. Четыре пациента сообщили о единичной практике незащищенного рецептивного анального секса, а один пациент о разрыве презерватива в момент, когда произошло заражение ВИЧ. После повторного анализа в данной выборке остались восемь человек (6,6%), случаи инфицирования у которых были квалифицированы как происшедшие в результате оральной трансмиссии (Dillon B., Hecht F.M., et al. Primary HIV infections associated with oral transmission. *Conf Retroviruses Opportunistic Infect* 2000 Jan. 30–Feb. 2; 7:165).

Инфекции, передающиеся половым путем: взаимосвязь с ВИЧ-инфекцией

Наличие инфекционных заболеваний в репродуктивном тракте повышает вероятность проникновения вируса через слизистые оболочки и тем самым способствует заражению ВИЧ-инфекцией. Особую опасность представляют ИППП, сопровождающиеся появлением язвочек на половых органах (шанкроид, сифилис или герпес) (Mastro T.D., Satten G.A., Nopkesorn T., Sangkharomya S., Longini I.M. Jr. Probability of female-to-male transmission of HIV71 in Thailand. *Lancet* 1994;343: 204–207). По некоторым оценкам, риск заражения ВИЧ-инфекцией при наличии данной патологии повышается в 2–5 раз (Wasserheit J.N. Epidemiological synergy: interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases. *Sex Transm Dis* 1992;19:61–77 [Medline]). Гонорея, хламидиоз и трихомониаз ассоциированы с повышением риска заражения ВИЧ-инфекцией на 60–340% (Royce R.A., Sena A., Cates W., Cohen M. S. Sexual Transmission of HIV. *The New England Journal of Medicine*. Vol. 336:1072–1078).

Сопутствующие ИППП увеличивают секрецию ВИЧ в мочеполовой системе и соответственно риск заражения партнера. Количество вируса в сперме всегда больше при наличии таких заболеваний, как уретриты, гонорея и цитомегаловирусная инфекция. Лечение гонококковых уретритов сопровождается двукратным снижением ДНК ВИЧ в уретре (Moss G.B., Overbaugh J., Welch M., et al. Human immunodeficiency virus DNA in urethral secretions in men: association with gonococcal urethritis and CD4 cell depletion. *J Infect Dis* 1995; 172:1469–1474) и семенной жидкости (Hoffman I., Maida M. Effects of urethritis therapy on the concentration of HIV-1

in seminal plasma. *Int Conf AIDS* 1996 Jul. 7–12; 11:15).

В ходе исследований было также обнаружено, что при наличии сифилиса у пациентов с ВИЧ-инфекцией увеличивается уровень вирусной нагрузки и снижается количество CD4. К. Бухач (Buchacz K.) и его коллеги изучили истории болезней ВИЧ-инфицированных мужчин, больных сифилисом, проходивших лечение в трех клиниках Сан-Франциско и Лос-Анджелеса в период с 2001 по 2003 год. Они сравнили уровни РНК ВИЧ в плазме и показатели CD4 у 52 пациентов до заболевания сифилисом, в период заболевания и после курса лечения. Антиретровирусную терапию получали 30 пациентов. Показатели вирусной нагрузки оказались выше во время сифилиса, чем в период до сифилиса, в среднем на 0,22 РНК log₁₀ копий/мл и ниже в среднем на 0,1 РНК log₁₀ копий/мл после лечения. Количество CD4-клеток было ниже во время сифилиса, чем до лечения, в среднем на 62 клетки/мм³ и на 33 клетки/мм³ после лечения. Рост вирусной нагрузки и снижение клеток CD4 оказались более выражены у пациентов с вторичным сифилисом (Buchacz K., et al. Syphilis increases HIV viral load and decreases CD4 cell counts in HIV-infected patients with new syphilis infections. *AIDS*. 2004 Oct. 1; 18(15):2075–9).

Обрезание (циркумцизия)

Хирургическая операция по круговому иссечению крайней плоти — обрезание (циркумцизия) — является протективным (защитным) фактором и способствует снижению риска заражения ВИЧ. Рандомизированное исследование, проведенное в Южной Африке с 2002 по 2004 год среди 3274 мужчин в возрасте 17–24 лет, показало, что риск заражения у мужчин, подвергшихся обрезанию, снижается на 60% (Auvert B., Taljaard D., Lagarde E., Sobngwi-Tambekou J., Sitta R., et al. (2005) Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: The ANRS 1265 trial. *PLoS Med* 2: e298 DOI: 10.1371/journal.pmed.0020298.). Это может быть обусловлено тем, что крайняя плоть содержит большое количество клеток Лангерханса (клеток эпидермиса, играющих важную роль в иммунных реакциях), которые «привлекают» и создают благоприятную среду для ВИЧ. Удаление тканей в данной области лишает вирус своего рода «площадки» для проникновения.

Вирусная нагрузка и лечение ВИЧ-инфекции

Наиболее опасный период для сексуальной трансмиссии вируса — период сероконверсии и сразу следующий после него. Исследование в Уганде, проведенное среди 235 моногамных гетеросексуальных пар, в которых один из партне-

ров был ВИЧ-положительным, позволило оценить риск передачи в зависимости от стадии инфекционного процесса. Показатель заражения был почти в 12 раз выше сразу после инфицирования, чем в период, когда инфекция уже укрепилась: 8,2 : 1.000 половых контактов в ранние стадии инфекции (в первые 2,5 месяца после сероконверсии) по сравнению с 0,7–1,5 : 1000 половых контактов в течение 6–15 месяцев заболевания (Wawer M.J., et al. Rates of HIV-1 transmission per coital act, by stage of HIV-1 infection, in Rakai, Uganda. *J. Infect. Dis.* 2005, 1; 191(9):140379).

ВААРТ сокращает количество вируса в биологических жидкостях. Доказано, что использование терапии позволяет снизить риск гетеросексуальной передачи вируса на 80% (Castilla J., Del Romero J., Hernando V., Marincovich B., Garcia S., Rodriguez S. Effectiveness of Highly Active Antiretroviral Therapy in Reducing Heterosexual Transmission of HIV).

ВААРТ, ВИЧ-оптимизм, серосортинг, интернет, клубные наркотики, вечеринки по кругу, «неоседланный секс» и ВИЧ-инфекция

После внедрения в середине 90-х годов нового поколения антиретровирусных препаратов для лечения ВИЧ-инфекции заболевание перестало считаться смертельным, а восприятие угрозы заражения и взгляды на жизнь с инфекцией претерпели изменения. Появился специальный термин «ВИЧ-оптимизм», отражающий позитивные взгляды на возможность заражения, а также отсутствие страха перед заболеванием. Было выдвинуто предположение, что люди с таким взглядом на проблему менее склонны практиковать поведение, которое смогло бы предотвратить риск заражения, то есть оптимизм будет способствовать практике опасного секса.

В 1998 году в США было проведено исследование, направленное на изучение изменений, которые произошли в восприятии заболевания ВИЧ-инфекцией и необходимости придерживаться норм защищенного секса в свете новых достижений медицины. В анкетировании приняли участие 379 мужчин гомо- и бисексуальной ориентации. 10% из них согласились с утверждением, что «СПИД уже почти излечим», а 13% посчитали, что угроза СПИДа стала менее серьезной, чем раньше. В целом 8% респондентов заявили, что они практикуют безопасный секс реже с того момента, как появилась терапия. 18% ВИЧ-положительных МСМ, получающих комбинированную терапию, сообщили, что практикуют безопасный секс менее часто, поскольку «лечение продвинулось». Независимо от ВИЧ-статуса около 20% респондентов сказали, что «прекратили бы заниматься безопасным сексом, если бы СПИД оказался излечим» (Kelly J.A.; Hoffman R.G., et al. Protease inhibitor combination therapies and perceptions of gay men regard-

ing AIDS severity and the need to maintain safer sex. *AIDS.* 1998 Jul 9; 12(10):F91–5).

Ученые из Центра исследований программ профилактики СПИДа при Калифорнийском университете решили проверить, связан ли оптимизм относительно ВААРТ с рискованным поведением молодых неинфицированных гомо- и бисексуальных мужчин. Для исследования были выдвинуты две гипотезы: 1) данный оптимизм приводит к повышенному сексуальному риску; 2) данный оптимизм является следствием предыдущего сексуального риска. На вопросы о сексуальном поведении, оптимизме относительно ВААРТ и уровне понимания собственной уязвимости к ВИЧ-инфекции ответили 538 человек в возрасте от 18 до 30 лет (ВИЧ-отрицательных или с неизвестным статусом). Повторное анкетирование было проведено через 18 месяцев. При перекрестном анализе оптимизм относительно лечения был связан со случаями незащищенного анального секса с непостоянными партнерами. Однако данный эффект наблюдался лишь среди мужчин, которые считали себя наиболее уязвимыми для ВИЧ-инфекции. Лонгитюдный анализ показал, что оптимизм не предопределял практику незащищенного анального секса. Скорее, наоборот, незащищенный анальный секс способствовал формированию оптимизма в отношении лечения. Таким образом, по выводам исследования, оптимизм ассоциирован с рискованным сексуальным поведением среди молодых МСМ, но, как правило, является следствием, а не причиной рискованного сексуального поведения (Huebner D.M., Rebeckhook G.M., et al. A longitudinal study of the association between treatment optimism and sexual risk behavior in young adult gay and bisexual men. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2004 Dec. 1; 37(4): 1514–1519).

Подобные исследования проводились и в других странах. В анонимном опросе, который прошел в 1998 году в Сиднее, приняли участие 2200 мужчин, в Мельбурне – 1891. Опросы проводились в специальных местах для занятий сексом, в больницах и на праздничных мероприятиях. Анализ полученных данных позволил сделать вывод, что незащищенный анальный секс ассоциирован с человеком, рекрутированным в местах для занятий сексом. Была обнаружена связь между незащищенным анальным сексом и убеждением, что «ВИЧ-положительный человек, который принимает комбинированную терапию, вряд ли заразит ВИЧ» (Van de Ven P., Kippax S., et al. HIV treatments optimism and sexual behaviour among gay men in Sydney and Melbourne. *AIDS.* 1999 Nov. 12;13(16):2289–2294).

Опросы, проведенные в Глазго и Эдинбурге (Шотландия) среди гомосексуальных мужчин (6508) (1996 год – 2276 человек, 1999 год – 2498, 2002 год – 1734), продемонстрировали рост случаев рискованного сексуального поведения. О практике незащищенного анального секса сооб-

шили 10,7% мужчин, принявших участие в опросе 1996 года, 11,2% мужчин – 1999 года и 18,6% мужчин – 2002 года (Hart G.J., Williamson L.M. Increase in HIV sexual risk behaviour in homosexual men in Scotland, 1996–2002: prevention failure? *Sexually Transmitted Infections* 2005; 81:367–372).

В последние годы феномен намеренного опасного секса стал широко обсуждаться в гей-прессе и среди психологов. В англоязычной литературе появился термин «barebacking» («скачки на неоседланной лошади»). «Неоседланный» секс не только способствует появлению новых случаев ВИЧ-инфекции в МСМ-сообществе, но и приводит к распространению более вирулентных и лекарственно устойчивых штаммов вируса. Для ВИЧ-положительных геев и бисексуальных мужчин незащищенный анальный секс связан с риском повторного заражения другими штаммами ВИЧ (реинфекция или суперинфекция) и потерей CD4. Другие термины, которые сегодня можно услышать про МСМ, намеренно практикующих опасный секс с целью инфицирования, – «охотники за вирусом» («bug chaser») или с целью заражения других – «дарители» («gift givers»).

Опрос в Нью-Йорке среди МСМ показал, что из 448 мужчин, знакомых с понятием «barebacking», 204 (45,5%) практиковали рискованные сексуальные отношения в течение трех месяцев, предшествовавших проведению исследования. ВИЧ-положительные МСМ говорили о намеренном незащищенном анальном сексе чаще, чем ВИЧ-отрицательные. Респонденты чаще практиковали сероконкордантный секс (т.е. с партнером, имеющим аналогичный ВИЧ-статус). По мнению большого количества респондентов, «намеренный незащищенный анальный секс имеет гораздо больше преимуществ». Среди причин рискованного поведения назывались: доступность чат-румов (комнат для общения в режиме on-line), прогресс в лечении ВИЧ-инфекции, эмоциональная усталость от проблемы и возросшая популярность клубных наркотиков (Halkitis P.N. Barebacking among gay and bisexual men in New York City: explanations for the emergence of intentional unsafe behavior. *Arch Sex Behav.* 2003 Aug;32(4):351–7).

Серосортинг

МСМ, желающие иметь незащищенный анальный секс, в качестве стратегии снижения риска могут использовать такую «профилактическую» меру, как «серосортинг» (выбор по статусу инфицированности). Впервые этот термин был предложен д-ром Джеффом МакКоннеллом в 2003 году (McConnell J., et al. Sorting Out Serosorting with Sexual Network Methods. Tenth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, abstract 41, 2003). Доктор Матт Голден (Dr Matt Golden) из Университета Ваши-

нгтона определяет понятие следующим образом: «Серосортинг – это практика предпочтительного выбора сексуального партнера или принятие решения не использовать презервативы с избранными партнерами, основанные на одинаковом ВИЧ-статусе партнеров, о котором они сообщают друг другу».

Исследования, проведенные в США с 1992 по 2005 год, показали, что геи в 2,5–9,1 раза чаще практикуют незащищенный анальный секс с партнерами, имеющими аналогичный статус. По результатам ряда исследований, практика серосортинга способствовала снижению новых случаев ВИЧ-инфекции среди МСМ в Сан-Франциско. Мао (Мао L.) и его коллеги решили выяснить, насколько такое поведение распространено среди неинфицированных геев в Сиднее (Австралия). Ученые попросили 302-х мужчин предоставить подробную информацию относительно количества случайных половых партнеров, с которыми они практиковали незащищенный анальный секс (НАС) за последние 6 месяцев. Несмотря на общее снижение практики НАС со случайными партнерами среди респондентов, среднее число ВИЧ-негативных партнеров, с которыми МСМ занимались сексом, возросло. Пропорция случайных партнеров по НАС, которые, по сообщениям, были не инфицированы, возросла с 6% в 2002 году до 25% в 2005 году, то есть практика серосортинга имеет место. Однако ученые подчеркивают, что 60% случайного НАС происходит с партнерами, чей статус неизвестен (Мао L., et al. «Serosorting» in casual anal sex of HIV-negative gay men is noteworthy and is increasing in Sydney, Australia. *AIDS* 20: 1204–1206, 2006).

Проблема с данным «методом» профилактики заключается в том, что, во-первых, серосортинг не защищает от других инфекций, передающихся половым путем, а во-вторых, информация о ВИЧ-статусе чаще всего предполагается, а не базируется на фактическом знании. Трудно поверить в то, что все мужчины искренне сообщают своим партнерам о своем статусе. Серосортинг не должен становиться заменой для практики использования презервативов при случайных половых контактах.

Глубинные интервью, проведенные д-ром Дж. Илам (Gillian Elam) в семи клиниках Лондона, Брайтона и Манчестера среди 48 мужчин, у которых впервые была диагностирована ВИЧ-инфекция, позволили выявить социальные, поведенческие и эмоциональные факторы, ассоциированные с практикой незащищенного анального секса*.

Желание любви, доверия и интимности, которое оказывается сильнее, чем страх заражения ВИЧ-инфекцией. Решение не пользоваться презервативом, как с постоянными, так и со слу-

* Исследование было представлено на 12-й ежегодной конференции британской ВИЧ-ассоциации (12th Annual Conference of the British HIV Association). 29 March–1 April 2006 www.aidsmap.com).

чайными партнерами, у многих респондентов было вызвано тем, что «презерватив является барьером для интимных, доверительных, спонтанных отношений». Для некоторых респондентов отказ от использования презерватива был демонстрацией доверия к своему партнеру и надеждой на то, что случайный контакт приведет к длительным любовным отношениям. В серодискордантных парах ВИЧ-отрицательный партнер не использовал презерватив, боясь разрушить интимную связь.

Убеждение, что «ВИЧ случается с другими людьми». Незащищенный анальный секс оценивался недавно инфицированными МСМ как низко рискованный, поскольку они практиковали скорее активную, чем пассивную роль, секс был скорее нежным, а не грубым, быстрым или не частым, с использованием большого количества смазки. Мужчины чувствовали собственную защищенность также потому, что они не имели большого количества партнеров, не употребляли наркотики и не были частью гей-тусовки. При выборе случайного партнера молодые неопытные мужчины и хорошо ухоженные мужчины не ассоциировались с риском заражения ВИЧ.

Мнение, что «ВИЧ — не самая плохая вещь, которая может со мной произойти». Мужчины старшего возраста не оценивали ВИЧ как самую страшную угрозу собственному здоровью не только из-за «ВААРТ-оптимизма», но и в силу адекватного отношения к явлениям, сопровождающим процесс старения: «с возрастом появляется целый ряд серьезных заболеваний (сердечно-сосудистой системы, болезнь Альцгеймера и т.д.), с которыми неизбежно приходится жить».

Убежденность в невосприимчивости к вирусу укрепляют отрицательные результаты повторного теста на ВИЧ. Мужчины, несмотря на практику незащищенного анального секса, были уверены в том, что не заразятся ВИЧ-инфекцией, а предыдущие отрицательные результаты тестов на ВИЧ расценивались как свидетельство, что меры по снижению риска (такие, как активная роль в сексе) работают.

Незапланированный незащищенный анальный секс, причиной которого часто являются депрессия, низкая самооценка и недостаток контроля. Мужчины, которые недавно заразились ВИЧ, приписывают практику опасного секса потере самоконтроля, вызванного приемом алкоголя и наркотиков с целью преодоления депрессии и повышения самооценки.

Интернет

Феномен намеренного опасного секса совпадает по времени с широким распространением с середины 90-х годов интернет-технологий.

Коммуникационные возможности значительно возросли благодаря появлению специ-

альных служб для обмена информацией. Помимо электронной почты и сайтов для знакомств, существуют еще чаты, листсерверы (специальные списки рассылок по интересам) и программы передачи файлов (FTP). Все они доступны и популярны в сообществе МСМ. Знакомство и поиск сексуального партнера значительно легче осуществляются по интернету, чем в традиционных местах встреч (Rietmeijer C.A., Bull S., McFarlane M., et al. Risks and benefits of the internet for populations at risk for sexually transmitted infections (STIs): results of an STI clinic survey. *Sex Transm Dis* 2003; 30:15–19. или McFarlane M., Bull S., Rietmeijer C.A. The internet as a newly emerging risk environment for sexually transmitted diseases. *JAMA* 2000;284:44376)*.

Исследование, проведенное среди 164 МСМ, посещающих сексуальные курорты в южных штатах США, позволило провести параллель между рискованным сексуальным поведением и поиском партнеров по интернету. 57% мужчин сообщили о том, что при поиске партнера(-ов) используют интернет. По сравнению с не использующими интернет они чаще практиковали групповой секс, фистинг (22,4 против 6,8%), секс в саунах, барах и на «вечеринках по кругу», чаще употребляли во время занятий сексом попперсы и экстази (Mettey A., Crosby R., et al. Associations between internet sex seeking and STI associated risk behaviours among men who have sex with men. *Sex Transm Infect* 2003; 79:466–468).

В 2000 году исследователи в Лондоне попросили мужчин, посещающих спортивные залы, заполнить анкету на тему использования интернета, наличия ИППП и недавних эпизодов незащищенного анального секса. В исследовании приняли участие 743 гея (из них 121 человек — ВИЧ-положительные, 465 — ВИЧ-отрицательные, 157 — никогда не сдавали тестов на ВИЧ). У 80,9% (601 человек) был доступ к интернету. ИППП в анамнезе чаще значились у тех, кто находил сексуальных партнеров через интернет: среди ВИЧ-отрицательных — 26,9 против 17,5%,

* В мае–июне 2002 года был проведен опрос среди 4974 МСМ (средний возраст — 31 год), посещавших два популярных в Великобритании веб-сайта (gaydar and gay.com). Почти половина из них (46%) не тестировались на ВИЧ, а 6% сообщили о своем ВИЧ-позитивном статусе. Треть (31%) опрошенных практиковали высокорискованное сексуальное поведение (незащищенный анальный секс с партнером неизвестного статуса или дискордантным статусом) в течение последних трех месяцев. Большинство мужчин искали сексуального партнера (82%), а три четверти занимались этим более года. 47% респондентов сказали, что предпочитают искать партнеров в глобальной сети, а не в барах или других местах. Примерно 40% мужчин сказали, что главная причина использования интернета — найти сексуального партнера; 17% респондентов сказали, что ищут знакомства с другим мужчиной; 12% — для развлечения; 4% — потому, что испытывают одиночество, и 3% постоянно заходят в интернет, поскольку пристрастились (Bolding G., Davis M., et al. Use of gay internet sites and views about online health promotion among men who have sex with men. *AIDS Care* 16(8): 993–1001 (2004).

гонорея среди ВИЧ-положительных мужчин – 22,2 против 5,8%. ВИЧ-позитивные геи чаще практиковали незащищенный анальный секс с мужчинами аналогичного серостатуса также в группе не пользующихся услугами интернета – 37,8 против 7,4% (Elford J., et al. Seeking sex on the Internet and sexual risk behaviour among gay men using London. gyms. *AIDS*. 2001 Jul. 27; 15(11):1409–415).

Наркотики и опасный секс

Феномен употребления так называемых клубных или танцевальных наркотиков тесно связан с появлением в конце 80-х годов нового музыкального направления – house-music и развитием клубного движения. Специфические психотропные препараты стали неотъемлемой частью клубной культуры.

С 1994 по 1998 год в семи городах США (Балтимор, Даллас, Лос-Анджелес, Майами, Нью-Йорк, Сан-Франциско, Сиэтл) было проведено кросс-секционное исследование среди 3472 геев в возрасте от 15 до 22 лет, часто посещающих клубы. Уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией оказался очень высоким (в целом 7,2%; диапазон – 2,2–12,1%). Показатель распространенности увеличивался с возрастом (от 0% среди 15-летних до 9,7% среди 22-летних). Факторы, наиболее сильно ассоциированные с ВИЧ-инфекцией: опыт анального секса с незнакомым мужчиной, наличие 20 и более сексуальных партнеров и т.д. Лишь 46 из 249 мужчин (18%) знали, что они инфицированы. Показатель незащищенного анального секса за последние 6 месяцев в целом составил 41%. Около 52% респондентов употребляли «клубные» наркотики, а 7% сообщили об употреблении инъекционных наркотиков (Valleroy L.A., Duncan A. MacKellar D.A., et al. HIV Prevalence and Associated Risks in Young Men Who Have Sex With Men. *JAMA*. 2000; 284:198–204).

Для того чтобы определить, насколько широко распространено употребление «клубных» наркотиков среди молодых МСМ и как употребление влияет на практику опасного секса (незащищенный анальный секс), в Миннеаполисе в период с 1989 по 1997 год было проведено исследование. Общее число участников составило 877 человек в возрасте от 13 до 21 года (79% – европейцы, 8% – афроамериканцы, 3% – латиноамериканцы, 3% – азиаты, 2% – коренные американцы и 5% – смешанной этнической принадлежности).

По данным исследования:

- около 34% респондентов практиковали незащищенный анальный секс с кем-либо из последних трех партнеров за предыдущий год; с незащищенным анальным сексом был связан прием таких психотропных средств, как алкоголь, марихуана, кокаин, амфетамины, барбитураты,

героин, ЛСД, нитраты, транквилизаторы и метаквалон (успокаивающее и снотворное средство);

- с 1994 по 1997 год наблюдался рост употребления амфетаминов среди молодых МСМ; с 1989 по 1993 год 3–8% принимали амфетамины в течение трех месяцев, предшествующих проведению интервью; с 1994 по 1997 год показатель возрос до 12–15%; употребление марихуаны (47%) и кокаина (10%) также возросло в 1997 году по сравнению с 1994 годом (37 и 3% соответственно) (McNall M., Remafedi G. Relationship of amphetamine and other substance use to unprotected intercourse among young men who have sex with men. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999; 153: 1130–1135).

Высокий риск заражения ВИЧ-инфекцией связан и с такой практикой, как употребление инъекционных наркотиков с использованием чужого инъекционного инструментария (шприцы, иглы, ложки, посуда, фильтры, жгут). МСМ, практикующие совместное употребление инъекционных наркотиков и опасный секс, подвергаются наибольшему риску инфицирования ВИЧ-инфекцией*. В Сиднее около 12% МСМ сообщили о том, что употребляют инъекционные наркотики (в основном амфетамины). В ходе другого австралийского исследования было обнаружено, что употребление инъекционных наркотиков больше распространено среди молодых и ВИЧ-положительных геев. Эпидемиологические данные по Соединенным Штатам свидетельствуют, что 11% МСМ, живущих с ВИЧ, имеют опыт инъекционного употребления наркотиков, а 20% всех мужчин, употребляющих инъекционные наркотики и живущих с ВИЧ, имели сексуальные отношения с мужчинами. Исследователи отмечают тот факт, что программы профилактики ВИЧ-инфекции зачастую не уделяют должного внимания МСМ, употребляющим инъекционные наркотики (Употребление психоактивных веществ и рискованное сексуальное поведение: руководство по экспресс-оценке и реагированию (СЕКС-ЭОР). – ВОЗ, 2002).

Употребление инъекционных наркотиков в среде МСМ также связано с вовлечением в коммерческие сексуальные отношения. В Сан-Франциско среди 227 МСМ, употребляющих инъекционные наркотики, рекрутированных на улицах для исследования, 68% вступали в сексуальные контакты с мужчинами за деньги. Показатель инфицирования ВИЧ составил 12%, при этом 42% мужчин не знали о своем статусе. О

* Прием инъекционных наркотиков повышает риск инфицирования для МСМ по нескольким причинам: 1) если они используют совместный инъекционный инструментарий; 2) употребление наркотиков ассоциировано с высокорискованным сексуальным поведением; 3) фоновые показатели распространенности ВИЧ-инфекции выше среди МСМ-ПИН и МСМ, которые употребляют наркотики не инъекционным путем; все это повышает вероятность заражения (Rhodes F., Deren S., Wood M.M., et al. Understanding HIV risks of chronic drug using men who have sex with men. *AIDS Care*. 1999; 11:629–648).

постоянном использовании презервативов сообщили лишь 41% респондентов (Bacon O., Lum P., et al. Commercial sex work and risk of HIV infection among young drug-injecting men who have sex with men in San Francisco. *Sex Transm Dis.* 2006 Apr.; 33(4):228–34). В Бразилии в опросе приняли участие 709 потребителей инъекционных наркотиков. Из них 187 человек (26,4%) когда-либо имели сексуальные отношения с другими мужчинами. Они чаще всего были безработными и ВИЧ-положительными (Ferreira A.D., Caiaffa W.T., et al. Profile of male Brazilian injecting drug users who have sex with men. *Cad Saude Publica.* 2006, Apr.; 22(4):849–860).

Рискованное сексуальное поведение среди МСМ в странах Восточной Европы и Центральной Азии

Данные по сексуальному поведению в сообществах МСМ на территории бывшего Советского Союза малочисленны. Однако из нескольких проведенных исследований видно, что есть реальная угроза распространения ВИЧ-инфекции в данной группе населения, поскольку существуют такие поведенческие факторы риска заражения, как: низкие показатели использования презервативов, практика незащищенного анального секса, наличие множественных сексуальных партнеров, высокий уровень заболеваемости ИППП, употребление наркотиков. В качестве примера можно использовать данные, собранные в России, Молдове, Украине и Армении.

Россия. В исследовании, проведенном в Санкт-Петербурге среди 187 МСМ, рекрутированных через социальные сети, были получены следующие показатели: у примерно 17% респондентов имелись ИППП, у 10% – сифилис; более 64% мужчин практиковали незащищенный анальный секс, включая 51% тех, кто это делал с основным партнером, 30% – со случайными партнерами и 32% – со множественными партнерами (Amirkhanian Y.A., Kelly J.A., et al. HIV risk behaviour patterns, predictors, and sexually transmitted disease prevalence in the social networks of young men who have sex with men in St Petersburg, Russia. *Int J STD AIDS.* 2006, Jan.; 17(1): 50–56 (Abstract)).

Данные по сексуальному поведению МСМ в Москве, собранные в процессе лонгитюдного исследования (1999, 2002 и 2004 годы) Центром социального развития и информации (PSI, Population Services International), позволяют оценить факторы риска заражения ВИЧ-инфекцией.

Размер выборки МСМ (18–29 лет) составил: 471 чел. в 1999 году, 490 – в 2002-м и 521 – в 2004 году. Использование презервативов возросло с 1999 по 2004 год (с 53,5 до 65,3% соответственно). Показатель использования лубрикантов также вырос с 14,4% в 1999 году до 31,6% в 2002-м и оставался стабильным в 2004 году (29,9%). Нес-

мотря на положительную тенденцию, оба показателя, которые указывают на протективный компонент в практике анального секса, все еще остаются низкими.

С утверждением, что у МСМ имеется повышенный риск заражения ВИЧ, согласились лишь 38,3% респондентов в 2002 году и 44,0% в 2004 году. Уровень восприятия личного риска заражения также достаточно низкий: 12,5% в 2002 году и 13,0 в 2004 году (Evaluation of the «Protect Yourself» IEC project among men who have sex with men in Moscow, Russian Federation. PSI Research Division. 2005).

Молдова. Небольшой опрос, проведенный Центром «Genderdoc» среди сексуальных меньшинств в Кишиневе (Молдова) в 2000–2001 годах (выборка 59 гомосексуалов, 12 лесбиянок), показал, что пользуются презервативами: до 30 лет – 51% (25 человек), после 30 лет – 38% (8 человек). К сожалению, не сообщалось о том, насколько часто и регулярно используются презервативы.

Украина. В 2005 году в Украине Центром социальных экспертиз Института социологии НАН Украины (Амджадин Л., Кашенкова К., и др. Мониторинг поведения МСМ, как компонент эпидемиологического надзора второго поколения. Международный альянс по ВИЧ/СПИДу в Украине. Киев, 2005) был проведен опрос среди МСМ в семи городах. В опросе приняли участие 886 мужчин. Полученные данные также указывают на низкий уровень использования презервативов при анальном сексе (использование презервативов при анальном сексуальном контакте: всегда – 37%, в большинстве случаев – 28%, иногда – 12%, никогда – 23%, трудно ответить/отказ от ответа – 2%).

Армения. Из 50 опрошенных МСМ в возрасте 15–40 лет в Армении: постоянно использовали презерватив лишь 30%; у 20% есть опыт употребления наркотиков; 45% имеют опыт платных сексуальных услуг (Оганян С.Р. Изучение уровня знаний о ВИЧ/СПИДе и психологических особенностей мужчин, имеющих секс с мужчинами. — М., 2006).

Программы по профилактике ИППП/ВИЧ среди МСМ

В США и в странах Западной Европы программы профилактики ВИЧ-инфекции среди МСМ стали активно развиваться с середины 80-х годов. В странах бывшего СССР небольшие проекты начали реализовываться с середины 90-х годов. Это было обусловлено, с одной стороны, незначительным уровнем заболеваемости в данной группе, с другой – интересом доноров к финансированию в первую очередь проектов по профилактике ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков.

Окончание следует.



КРУГЛЫЙ СТОЛ В СОВЕТЕ ФЕДЕРАЦИИ

*17 октября 2006 г. в Совете Федерации
Комитет СФ по социальной политике под
председательством Валентины Петренко
провел «круглый стол» на тему:
«Повышение эффективности
государственной политики
по противодействию распространения
ВИЧ-инфекции в России»*

В работе «круглого стола» приняли участие члены Совета Федерации, депутаты Государственной Думы, представители Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Всемирной организации здравоохранения, Федерального и регионального центров по профилактике и борьбе со СПИДом, органов здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Противодействие распространению ВИЧ-инфекции — это глобальная проблема, получившая политическое звучание и заслуживающая пристального внимания со стороны законодателей. ВИЧ-инфекция имеет самые негативные социальные и экономические последствия, поэтому государство должно обеспечить доступность медицинской помощи для ВИЧ-инфицированных граждан. Об этом говорила председатель Комитета СФ по социальной политике Валентина Петренко, открывая «круглый стол». Она обратила внимание на то, что «вирус иммунодефицита забирает из жизни молодежь, представителей трудоспособного и детородного возраста. 80% инфицированных ВИЧ лица в возрасте от 15 до 30 лет, причем почти две из 371 тысяч инфицированных — это дети», — подчеркнула В. Петренко. К концу 2004 года общее количество детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей составило 14 тысяч, у 421 ребенка установлен диагноз ВИЧ-инфекция.

В выступлениях участников «круглого стола» прозвучали и другие фактологические данные, подтверждающие актуальность избранной темы. Эпидемия ВИЧ в России распространяется неравномерно. Около 60% от всех зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции сконцентрированы в десяти регионах — экономически и финансово развитых, с крупными по численности населения городами. Так, в Санкт-Петербурге инфицированы 4,3% населения в возрастной группе от 15 до 30 лет. Примерно 70% всех случаев заражения ВИЧ-инфекцией связаны с употреблением инъекционных наркотиков. Од-

нако наблюдается рост случаев заражения половым путем — с 6 до 30%. Эпидемия переходит от «групп риска» к основному населению. При отсутствии своевременного и правильного лечения средняя продолжительность жизни человека после заражения ВИЧ составляет 10–11 лет.

В ходе обсуждения поднимались такие вопросы как доступность лекарств, рациональное использование денежных средств, модернизация схем и методов лечения, необходимость прогнозирования ситуации с ВИЧ-инфекцией в стране на три года вперед, что соответствует бюджетному прогнозированию в России.

Участники «круглого стола» высказали ряд рекомендаций в адрес федеральных и региональных органов государственной власти в сфере управления здравоохранением по сдерживанию дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции в России, совершенствованию инфраструктуры и лекарственного обеспечения в области оказания помощи ВИЧ-больным. Участники слушаний обратились к Минздравсоцразвития с просьбой рассмотреть вопрос об увеличении числа медиков — специалистов по ВИЧ и центров, специализирующихся на оказании помощи больным СПИДом, с учетом их территориальной доступности для населения.

Федеральному Собранию РФ рекомендовано законодательно закрепить доступность лекарственных средств для лечения ВИЧ/СПИД всем пациентам, включая программы по снижению распространения инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков, а также с учетом эпидемиологической ситуации в стране рассмотреть и утвердить перечень социальных групп, подлежащих обязательному тестированию на ВИЧ.

Правительству РФ предложено расширить финансирование программ по профилактике ВИЧ-инфекции и разработать государственные гарантии, связанные с лечением и лекарственным обеспечением всех ВИЧ-инфицированных за счет средств федерального бюджета.

Мне дорог каждый ребенок, а Вам?



Детям с ВИЧ мешает жить не болезнь, а отношение общества

В Центральном доме журналиста 20 октября 2006 года прошел «круглый стол», посвященный презентации информационной кампании по солидарности с ВИЧ-инфицированными детьми. Это проект фонда «Фокус-Медиа», UNICEF и Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (UNAIDS) «Мне дорог каждый ребенок!» в рамках глобальной кампании «Объединимся ради детей».

По данным опроса общественного мнения, проведенного в 2005 году агентством «РОМИР Мониторинг» по заказу фонда «Фокус-Медиа», 60% респондентов предпочли бы оградить своего ребенка от общения с ВИЧ-положительными сверстниками, 54% в той или иной степени склоняются к мнению, что государство должно изолировать людей с ВИЧ/СПИДом от общества. При этом зачастую дискриминации подвергаются не только дети с подтвержденным диагнозом, но все дети ВИЧ-положительных родителей.

В России живет свыше 350 тыс. людей с ВИЧ, 80% из них моложе 30 лет; 4 из 10 всех новых случаев заражения приходится на женщин. Неуклонно растет число детей, рожденных ВИЧ-положительными матерями. Сегодня в России их около 30 тысяч.

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) хорошо изучен. Доподлинно известно, что он не передается в быту, при общении, объятиях, поцелуях. Даже детские драки, разбитые носы и

коленки не дают повода для опасений: для того, чтобы произошло заражение, необходимо, чтобы инфицированная кровь попала в кровоток другого человека. Сделать это нечаянно очень сложно. Не было зафиксировано ни одного случая передачи ВИЧ детьми друг другу при совместных играх и обучении.

Дети с диагнозом «ВИЧ» имеют все шансы на долгую и полноценную жизнь, если получают необходимое лечение. Единственное, что мешает им нормально развиваться — это отношение нас, взрослых.

«Я три раза пыталась устроить ребенка в детский сад, — говорит Наталья, 24-летняя ВИЧ-положительная мать. — Нам грубо отказала заведующая, сказала: «Идите отсюда, не носите тут всякую заразу, и зачем вы вообще пришли сюда, в детский сад?!»».

В последнее время отношение к людям с ВИЧ все же начало меняться. В Москве, Санкт-Петербурге и других городах дети, от которых отказались родители с ВИЧ, находят новые семьи; некоторые ВИЧ-положительные дети уже ходят в детские сады и школы. Но все они боятся разглашения диагноза, своего или родителей.

За 25 лет эпидемии ВИЧ и СПИД обросли огромным количеством мифов, страхи и предрассудки прочно осели в нашем сознании. И эти страхи мы навязываем своим детям, которые, как правило, гораздо терпимее нас относятся к сверстникам с ВИЧ.

На изменение такого отношения общества направлена новая кампания фонда «Фокус-Медиа» и ЮНИСЕФ «Мне дорог каждый ребенок!». «Лицом» кампании стал Олег Газманов, посол доброй воли ЮНИСЕФ. В рамках кампании подготовлены видео- и аудиоролик, плакат, информационный буклет, открытка. Все материалы кампании продвигают идею принятия детей с ВИЧ как полноценных членов общества и осознания необходимости интеграции таких детей в детские учреждения (школы и детские сады).

«Зрелось общества всегда оценивается по его отношению к детям и старикам, — заявила Оксана Баркалова, менеджер фонда «Фокус-Медиа», — Россия стремится стать равной развитым странам, а это значит, что мы должны научиться относиться к людям с ВИЧ, и в частности к детям с ВИЧ, так же, как и ко всем остальным».

«Страшно подумать, что из-за нас, взрослых, страдают дети, — сказал певец и композитор Олег Газманов. — Им нужна наша помощь. Надеюсь, что мое участие в кампании поможет хотя бы немного изменить отношение общества к детям и родителям, столкнувшимся с проблемой ВИЧ».

Через центральные каналы телевидения кампания охватит практически всю страну. Печатные информационные материалы кампании будут распространяться в 17 субъектах Российской Федерации: Вологодской, Волгоградской, Иркутской, Нижегородской, Оренбургской, Тамбовской, Тверской, Томской, Челябинской областях, Красноярском крае, республиках Бурятия, Ингушетия, Татарстан, Чеченская Рес-

публика, Чувашская Республика, городах Москва и Санкт-Петербург.

Ожидается, что видеоролик кампании увидят около 40 миллионов телезрителей.

В результате проведения данной кампании улучшатся следующие показатели:

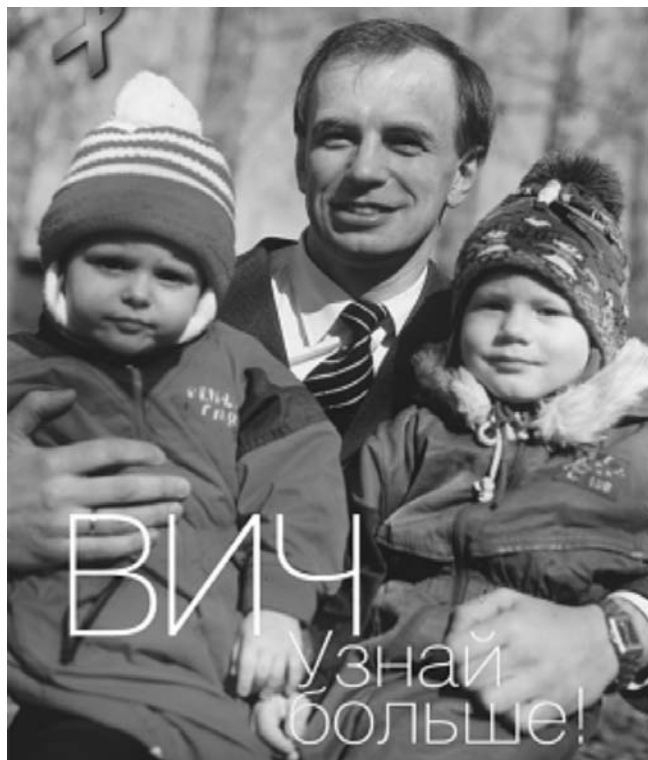
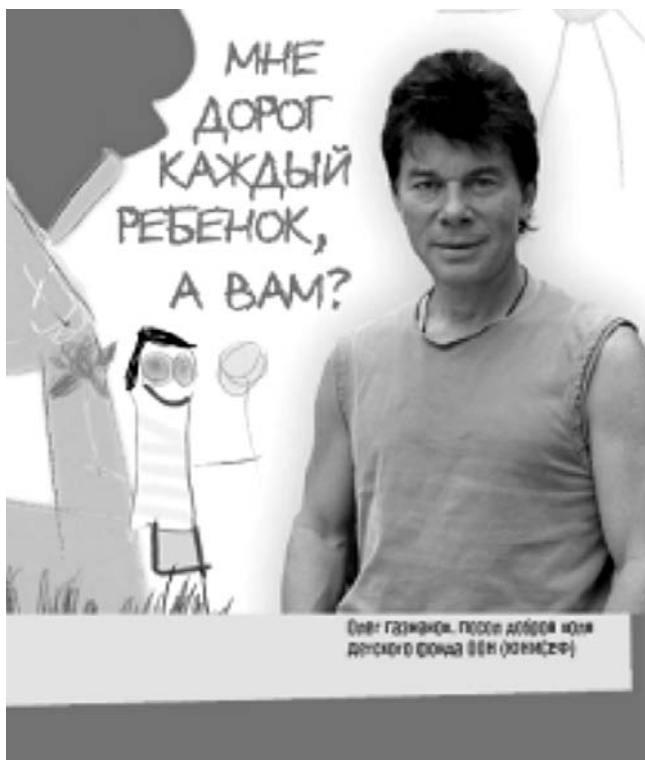
- доля респондентов, заявляющих, что они заберут своего ребенка из дошкольного учреждения или школы, где обучается ВИЧ-положительный ребенок, уменьшится на 5–10%;
- доля респондентов, согласных с утверждением, что государство должно изолировать ВИЧ-положительных людей от общества, уменьшится на 5–10%.

Первая кампания по солидарности «ВИЧ. Узнай больше!», 2004 г.

В 2004 г. фонд «Фокус-Медиа», при поддержке Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) и Фонда Форда, провели кампанию в СМИ по солидарности с людьми, живущими с ВИЧ. Особое внимание в кампании было уделено ВИЧ-положительным детям.

Результаты кампании: более 50 миллионов человек увидели видеоролики по телевидению; более 100 тысяч человек участвовали в мероприятиях кампании, которая широко освещалась в федеральных и региональных СМИ.

В сети Интернет запущен сайт кампании «Мне дорог каждый ребенок!» www.2live.ru. Здесь размещены последние новости, все материалы кампании, реальные истории, опросы. Каждый посетитель может задать специалисту интересующий его вопрос о ВИЧ/СПИДе или получить консультацию.



«Касается меня. Касается каждого»



17 октября 2006 г. в Московском центре искусств открылась выставка «Касается меня. Касается каждого» в рамках информационной кампании «СтопСПИД» и Российского медиа-партнерства в борьбе с ВИЧ/СПИДом. Выставка организована некоммерческой организацией «Трансатлантические партнеры против СПИДа» (ТППС) совместно с региональной общественной организацией «Сообщество людей, живущих с ВИЧ» и фондом «Объективная реальность».

Выставка в Москве — итог трехмесячной работы фотографов Александра Гронского и Алексея Кузьмичева и журналистов — представляет фотопортреты политиков, видных общественных деятелей, известных представителей искусства, СМИ, руководителей среднего и высшего звена, активистов, актеров, дизайнеров, сопровождающиеся их высказываниями о том, что тема ВИЧ/СПИДа так или иначе касается каждого, независимо от социального статуса, рода деятельности и наличия вируса в крови. В проекте приняли участие актрисы Рената Литвинова, Чулпан Хаматова, Дина Корзун и Анна Михалкова, актер Оскар Кучера, музыкальные исполнители Влад Топалов и Дельфин, телеведущие Анфиса Чехова и Таня Геворкян, депутаты Государственной Думы Михаил Гришанков, Валерий Зубов и Владимир Рыжков, журналисты Владимир Познер, Валерий Панюшкин и Маша Гессен, дирижер Миша Рахлевский, композитор Леонид Десятников и другие.

«Информация на сегодняшний день является единственной вакциной от ВИЧ, — считает Наталья Кацап, руководитель программы Российского медиа-партнерства в борьбе с ВИЧ/СПИДом организации «Трансатлантические партнеры против СПИДа». — Для того, чтобы решить проблему ВИЧ/СПИДа — а ведь проблема решаема — необходимо изменить отношение человека к эпидемии и повлиять на его поведение. В этом проекте нам было важно создать ощущение диалога на тему ВИЧ/СПИДа между участниками фотопроекта и аудиторией. Мы старались подобрать участников таким образом, чтобы каждый посетитель выставки смог соотнести себя с одним из героев проекта, и соотнес-

ти свое понимание и отношение к ВИЧ-инфекции с пониманием и отношением героя. Мы очень рады, что нам вместе удалось вынести эту тему на обсуждение таким творческим способом».

Почему важно изменить отношение людей именно к проблеме ВИЧ/СПИДа? По словам Михаила Рукавишника, председателя правления РОО «Сообщество людей, живущих с ВИЧ», «в качестве реакции на ВИЧ, как инфекционное заболевание, стремительно распространяющееся вот уже на протяжении четверти века в виде пандемии, во всех странах возникла «вторая пандемия» — спидофобия, т.е. панический страх перед заболеванием и людьми, живущими с ВИЧ. Страх, который можно оправдать только недостатком информации о заболевании в обществе. Все это сделало ВИЧ одной из глобальных проблем современности и привело к тому, что люди, в основной своей массе считают ВИЧ наказанием за определенный образ жизни. Эта выставка помогает людям понять, что это проблема, которая касается каждого».

Согласно всероссийскому опросу населения «Фонда общественное мнение», который был проведен в июле этого года по заказу организации «Трансатлантические партнеры против СПИДа», людям, живущим с ВИЧ, в нашей стране сочувствуют, но предпочитают делать это издалека. Большинство опрошенных россиян, по их словам, не испытывают неприязни к таким людям (64%) и сочувствуют им (80%), но относятся к ним с настороженностью (61%). Почти две трети участников опроса (63%) признают, что риск стать ВИЧ-положительным существует для них лично, но в то же время половина участников опроса (51%) не выражают желания узнать о

ВИЧ/СПИДе больше. Важно отметить, что люди, которые признают угрозу заражения для себя лично, чаще относятся к ВИЧ-положительным сочувственно, чем те, кто отвергает такую вероятность.

«Фотографы проекта Александр Гронский и Алексей Кузьмичев рассматривают постановочный портрет как способ исследовать состояние одиночества, которое испытывают большинство людей, живущих с ВИЧ, в нашей стране, — прежде всего из-за предвзятого отношения к проблеме в российском обществе. Предметом визуального размышления авторов стала красота каждого человека, принявшего участие в проекте, независимо от его ВИЧ-статуса», — говорит куратор проекта, директор фонда «Объективная реальность» Лиза Фактор.

Выставка «Касается меня. Касается каждого» — художественное высказывание о проблеме ВИЧ/СПИДа — впервые открылась в рамках международной парламентской конференции «ВИЧ/СПИД в странах Евразии и роль «Группы восьми» в борьбе с эпидемией» в Государственной Думе 8 июня 2006 года. Вторая выставка прошла в июле накануне Саммита «Большой восьмерки» в Петропавловской крепости в Санкт-Петербурге.

Выставка является частью всероссийской информационной кампании «СтопСПИД: Касается каждого» Российского медиа-партнерства в борьбе с ВИЧ/СПИДом. Кампания направлена на изменение отношения общества к теме ВИЧ/СПИДа и, в частности, на формирование толерантного отношения к людям, живущим с ВИЧ. Материалы выставки являются частью скоординированной коммуникационной кампании «СтопСПИД» в прессе и наружной рекламе, на телевидении, радио, кино и в Интернете.

«Великий английский поэт Джон Донн в одной проповеди сказал: «Не спрашивай, по ком звонит колокол. Он звонит по тебе». ВИЧ/СПИД не щадит никого и касается каждого. И поэтому касается меня», — так выражает свое мнение журналист, президент фонда «Академия Российского телевидения» Владимир Познер.

Анна Дубровская, руководитель самоорганизации людей, живущих с ВИЧ, считает, что «ВИЧ касается меня, потому что я живу с ВИЧ пять лет, а всех — потому что каждый — это часть общества, а общество — это единый организм. Если в организме болит какой-то один орган,

даже самый маленький, то больно всему организму, и другие органы, которые не болят, не говорят, что «мы не бодем и нам все равно», а организм берет и борется с болью всеми силами — и только так побеждает и чувствует себя здоровым».

«Я живу в городе, где проблема ВИЧ стоит острее, чем где-либо в России. В городе Калининграде, — высказывается для проекта писатель Евгений Гришковец. — Каждому человеку необходимо понять и принять, что любой человек не защищен перед ВИЧ. Это не наказание за какой-то определенный образ жизни или поведение. Любой человек, у которого есть кровь, — не защищен. Каждый. Человек, оказавшийся ВИЧ-положительным, остается человеком, полноценным членом общества. Относиться к такому человеку с опаской, с неприязнью, с безразличностью — это нецивилизованно, не по-человечески. Если так относиться к ВИЧ-положительным, то нельзя ездить в метро, ходить в магазин, выходить на улицу. Ведь каждый живет в городе, в стране, где есть ВИЧ, где есть ВИЧ-положительные».

«Каждый день я вижу людей, статус которых мне известен или, может быть, нет, но для меня это неважно, потому что ВИЧ — это не только их проблема, не только моя, это касается всех — отмечает Иван Богданов, креативный директор, принявший участие в проекте. — Я вижу людей, и это главное. Можно закрыться от проблемы, можно ее не замечать, можно бояться каждого рукопожатия, каждого объятия, каждого взгляда, наконец, а можно принять реальность сегодняшнего дня и жить. У нас столько важных дел ежедневно, что остановиться и поддаться депрессии — смерти подобно. Мы все живем с ВИЧ, если у кого-то он есть, потому что мы все люди, а людей отличает возможность создать общество, цивилизацию и не дать ей погибнуть от невежества. Это касается меня, касается вас, касается каждого».

По мнению актрисы Чулпан Хаматовой, «вместо того, чтобы открыто обсуждать эту проблему и стараться облегчить ее, наше общество делает ее все темнее и темнее. Люди стараются изолировать себя от проблемы ВИЧ/СПИДа, в том числе и от ВИЧ-положительных людей. Чем проще мы будем смотреть на эту проблему, тем будет лучше для всех. И для тех, кто уже затронут этой проблемой и продолжает жить дальше, и для тех, кто остался в стороне».



Школа волонтеров 2006



С 17 по 31 июля 2006 года на базе отдыха «Патриот Кубани» Крымского района Краснодарского края в рамках программы «Анти ВИЧ/СПИД» была проведена летняя смена «Школы волонтеров».



Мероприятия в рамках летней смены «Школа волонтеров»

- Проведение в течение всей смены в каждом отряде тренингов — «Давайте познакомимся», «Подумай о себе сейчас», «Я лидер!».



- Поход на «Святую руку» протяженностью более 16 км.



- Спортивные мероприятия — соревнования по футболу, волейболу, пионерболу, настольному теннису, шашкам.





- Тематические вечеринки, конкурсы – «Мисс «Патриот Кубани», «Мистер «Патриот Кубани», «Самый яркий макияж», «Пижам-party» и т.п.



- Тематические дни – День Нептуна, День Святого Валентина, День памяти умерших от СПИДа.



Информационные материалы, используемые в рамках летней смены «Школы волонтеров»:

- брошюры «Не обязательно платить жизнью»
- брошюры «Поговорим?»
- листовки «Не обязательно платить жизнью»
- стикеры и плакаты Программы
- газеты «Шаги экспресс»
- брошюры Общественного благотворительного фонда «Шаги»

Проведение акции «Красные тюльпаны» в лагере «Регион 93» Краснодарского края 23.08.2006 г.

Предварительный этап подготовки включал в себя проведение информационных семинаров-тренингов на тему «ВИЧ/СПИД в Краснодарском крае: мифы и реальность» для активистов всех отрядов.

Вечер «Красных тюльпанов» проходил на большом «Колизее», где вокруг костра собралось около 500 человек вместе с вожатыми и инструкторами. Перед началом мероприятия вокруг костра на камнях были выставлены свечи и размещена композиция из тюльпанов. Мероприятие проходило при зажженных свечах под звуки трогательной музыкальной композиции. Все присутствующие на вечере держали в руках тюльпаны, а на запястье были завязаны красные ленты.

Диалог двух молодых людей – Ольги и Николая:

«...Мы хотели быть... Быть и любить. Если есть ты – есть я. Тогда есть звезды, тогда есть вечность. Я знал, что всегда смогу тебя защитить и уберечь от злых языков и недобрых людей. Но перед этой бедой бессилён я... Бессилён любой на этой земле...».

В завершении вечера были воздушные шары, которые вместе с привязанными тюльпанами поднялись в небо.



ТЕХНОЛОГИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВЕРТИКАЛЬНОГО ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ*

ПРОФИЛАКТИКА ВЕРТИКАЛЬНОГО ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Тестирование. При первичном обращении женщины в женскую консультацию по поводу беременности проводится сбор анамнеза и акушерско-гинекологический осмотр. Уточняются возможные факторы риска ВИЧ-инфицирования, определяются факторы риска для течения беременности. Женщине предлагается пройти лабораторные обследования, рекомендованные при беременности.

Согласно приказу Минздрава № 606 и приказу Минздравсоцразвития № 375 тест на ВИЧ включен в перечень рутинных тестов, предлагаемых во время беременности всем женщинам, планирующим сохранение беременности. Российское законодательство определяет, что тестирование беременной женщины на ВИЧ является добровольным, и должно сопровождаться до- и послетестовым консультированием. Во время наблюдения беременной в женской консультации проводится двукратное тестирование: при первичном обращении по поводу беременности и, если инфицирование не было выявлено при первом тестировании, то проводится повторное тестирование в третьем триместре беременности (34–36 недель).

Тестирование на ВИЧ. В настоящее время стандартным лабораторным исследованием на ВИЧ-инфекцию является обнаружение антител к ВИЧ в иммуноферментном анализе (ИФА). Современные наборы для ИФА, используемые в Российской Федерации, позволяют в подавляющем большинстве случаев выявить антитела к ВИЧ в течение первых 3 месяцев после инфицирования, в редких случаях через 4–9 месяцев после инфицирования ВИЧ. При получении положительного результата теста проводится повторная постановка ИФА на ВИЧ-инфекцию. Если подтверждается положительный результат, то проводится реакция иммунного блоттинга.

Реакция иммунного блоттинга является более специфичным иммуноферментным анализом с определением антител к определенным антигенам ВИЧ. Положительный результат этого исследования окончательно подтверждает ВИЧ-

инфицирование. Сомнительные (неопределенные) результаты иммунного блоттинга требуют проведения повторных исследований через 2 недели, через 3 и 6 месяцев. Если через полгода после первого обследования у женщины будут сохраняться неопределенные результаты исследования иммунного блоттинга, отсутствуют клинические симптомы ВИЧ и факторы риска ВИЧ-инфицирования – результат расценивается как ложноположительный.

Тестирование на ВИЧ-инфекцию сопровождается консультированием, которое состоит из до- и послетестовых консультаций. Консультирование должно проводиться специалистами, прошедшими соответствующую подготовку. Дотестовое консультирование беременной женщины в женской консультации проводит врач акушер-гинеколог или акушерка, ведущие первичный прием беременных.

Консультирование, связанное с тестированием на ВИЧ. Для сокращения времени на проведение дотестового консультирования беременной предлагается ознакомиться с буклетом, в котором освещены следующие вопросы:

- что такое ВИЧ-инфекция;
- пути передачи ВИЧ, как можно предупредить заражение ВИЧ-инфекцией;
- что включает обследование на ВИЧ-инфекцию, порядок проведения тестирования и получения его результатов, какие могут быть результаты тестирования, какая польза от прохождения тестирования;
- риск передачи ВИЧ-инфекции ребенку в период беременности, родов и при грудном вскармливании;
- возможность профилактики передачи ВИЧ-инфекции ребенку.

Затем врач отвечает на вопросы беременной, обсуждает с ней содержание буклета (для подтверждения ее понимания информации).

Существуют и другие методы дотестового консультирования. В некоторых регионах используется аудио- и/или видео ролики, содержащие всю перечисленную выше информацию. С этими роликами знакомятся женщины, обращающиеся в первый раз в женскую консультацию по поводу беременности. После этого врач обсуждает с женщиной затронутые вопросы, уточняя понимание представленной информации.

Другим вариантом консультирования, используемым в настоящее время, является групповое консультирование беременных женщин медицинским работником с последующим ин-

* Клинико-организационное руководство по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку, USAID, Издание первое, Москва, 2005 г.

дивидуальным общением, если у женщин остаются вопросы.

Независимо от формы консультирования женщина подтверждает добровольное согласие на консультирование и тестирование на ВИЧ.

Послетестовое консультирование проводится после получения результатов анализа на ВИЧ-инфекцию.

Если результат обследования на ВИЧ «отрицательный», т.е. антитела к ВИЧ не обнаружены, женщина информируется о необходимости повторного обследования на ВИЧ на 34–36 неделе. Это проводится для исключения недавнего инфицирования (период «серонегативного окна» после инфицирования ВИЧ, когда антитела к ВИЧ не определяются) и инфицирования ВИЧ во время беременности после первого обследования. Женщине напоминаются меры по снижению риска заражения ВИЧ. При проведении повторного обследования на ВИЧ на 34–36 неделе проводится та же схема до- и послетестового консультирования.

Послетестовое консультирование беременных, у которых выявлен положительный ВИЧ-статус, проводится специалистом, имеющим специальную подготовку для проведения консультирования (врач акушер/гинеколог, психолог, социолог). Если эту подготовку прошел весь штат женской консультации, то послетестовое консультирование проводит акушер-гинеколог, наблюдающий беременную женщину. Консультирование проводится с соблюдением всех правил конфиденциальности.

При проведении послетестового консультирования повторяется информация, изложенная во время дотестового консультирования с учетом психологического состояния женщины и с проявлением сочувствия к ней. Необходимо вместе с женщиной составить план дальнейших мероприятий, направленных на преодоление психологического стресса и сохранения ее здоровья. Во время послетестового консультирования следует остановиться на вопросах, связанных с ВИЧ-инфекцией и настоящей беременностью. По желанию женщины можно углубить темы послетестового консультирования и более подробно осветить специфические вопросы, связанные с течением ВИЧ-инфекции, имеющимися методами ее лечения и профилактики вертикальной передачи.

После проведения послетестового консультирования ВИЧ-инфицированная беременная направляется в территориальный СПИД-центр. Врач-инфекционист центра проводит углубленное и детальное послетестовое консультирование с обязательным освещением следующих тем:

- течение ВИЧ-инфекции;
- риск передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и имеющиеся возможности снижения данного риска;
- другие факторы риска, повышающие передачу ВИЧ во время беременности плоду: куре-

ние, наркотики, незащищенный секс с несколькими партнерами;

- возможные исходы беременности у ВИЧ-инфицированной женщины;

- методы профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку;

- необходимость медицинского наблюдения женщины и ребенка;

- отказ от грудного вскармливания новорожденного, вскармливание искусственными смесями;

- диагностика ВИЧ-инфекции у ребенка;

- современные методы предохранения от нежелательной беременности;

- конфиденциальность медицинского наблюдения;

- возможность получения социально-психологической помощи;

- необходимость профилактики передачи ВИЧ другим лицам; напомнить о методах профилактики передачи ВИЧ.

Если ВИЧ-позитивный статус женщины известен заранее и у нее подтверждена беременность, также проводится консультирование женщины по указанным выше темам.

Важно оценить риск негативных последствий информирования о ВИЧ-статусе, выяснить, располагает ли женщина какой-либо поддержкой со стороны окружающих. Возможно, потребуется помощь психолога или психиатра. С женщиной обсуждается возможность информирования партнера, доверенных друзей и/или родственников для получения поддержки с их стороны.

Решение о сохранении беременности. Согласно Российскому законодательству женщины имеют право самостоятельного выбора в вопросах деторождения. Если женщина намерена прервать беременность, она направляется в гинекологическое отделение по месту жительства. В женской консультации и гинекологическом отделении проводится консультирование по поводу послеабортной контрацепции и реабилитации. В дальнейшем наблюдение женщины продолжается в СПИД-центре и у гинеколога в женской консультации по месту жительства или в другом медицинском учреждении, выбранном женщиной. Наблюдение в СПИД-центре включает мониторинг вирусной нагрузки, иммунологических показателей. Гинеколог проводит наблюдение для сохранения репродуктивного здоровья, подготовку к планируемой беременности для улучшения результатов планируемой беременности и/или эффективную контрацепцию.

В стандарты ведения ВИЧ-инфицированных женщин, планирующих беременность, должны включаться: оценка репродуктивного и соматического анамнеза, обследование на инфекционные заболевания и инфекции, передающиеся половым путем, назначение фолиевой кислоты и совершенствование питания. Оказывается социально-психологическая помощь.

Если беременность не планируется, гинекологом должно проводиться консультирование женщины о приемлемых методах контрацепции, и, если есть возможность, женщина должна обеспечиваться выбранным методом планирования семьи бесплатно. При консультировании женщин, употребляющих наркотики, важно помнить о возможности нарушения у них менструального цикла (аменореи), что требует дополнительных пояснений врача для обеспечения эффективной контрацепции в этой группе женщин. Необходимо направление женщин в центры наркологического лечения и реабилитации, включать их в программы по снижению вреда.

По необходимости назначается терапия ВИЧ-инфекции. При лечении женщин репродуктивного возраста до беременности предпочтительно назначать эффективные АРВ-препараты, предотвращающие перинатальную передачу ВИЧ, с низким риском негативного влияния на плод, т.к. диагностика беременности происходит в ряде случаев после окончания периода органогенеза плода.

НАБЛЮДЕНИЕ И ОБСЛЕДОВАНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Наблюдение акушера гинеколога. Женщина, сохраняющая беременность, продолжает наблюдаться акушером-гинекологом или акушеркой по месту жительства в женской консультации, в фельдшерско-акушерском пункте или у гинеколога, выбранного женщиной медицинского учреждения, а также специалистом СПИД-центра. В некоторых регионах используется система «доверенных врачей», когда женщину наблюдает определенный врач, прошедший подготовку по ППМР, информированный о ВИЧ-статусе женщины.

Для совместного ведения беременной ВИЧ-инфицированной женщины предлагается использовать карту совместного наблюдения. В этом документе составляется план наблюдения акушером-гинекологом и специалистом СПИД-центра, план должен быть прост, четок и понятен. С женщиной должен быть детально обсужден план ведения беременности. Целесообразно, чтобы план наблюдения хранился у женщины, а его копия — в карте наблюдения.

Необходимо объяснить женщине важность регулярного наблюдения у акушера-гинеколога и специалиста СПИД-центра, уточнить у нее возможность регулярного медицинского наблюдения. Женщине может быть трудно соблюдать режим наблюдения (отдаленность проживания, расходы на транспорт и т.п.), поэтому следует определить наиболее важные сроки для обязательного посещения акушера-гинеколога и специалиста СПИД-центра.

При нормально текущей беременности проводится рутинное наблюдение беременной жен-

щины в женской консультации. Согласно приказу Минздрава РФ № 50 при физиологическом течении беременности может быть установлена частота наблюдения врачом акушером-гинекологом до 6—8 раз за время беременности при условии регулярного наблюдения специально подготовленной акушеркой после 28 недель беременности. Согласно упомянутому приказу для своевременной оценки отклонений в течении беременности и развитии плода рекомендуется использовать гравидограмму. Ультразвуковое исследование проводится согласно приказу, особенно важно его проведение на 18—20 неделе беременности для выявления пороков развития плода. При осложненной беременности, угрозе прерывания, оказывается соответствующая медицинская помощь. Следует избегать инвазивных процедур и обследования.

Важен регулярный контроль посещений акушера-гинеколога и специалиста СПИД-центра. Согласно приказу Минздрава № 50 акушеркой или акушером-гинекологом осуществляется обязательный патронаж женщин, не явившихся в назначенный срок на прием по поводу беременности. Патронаж ВИЧ-инфицированной беременной должен включать оценку приверженности к назначенному приему АРВ-препаратов.

При отдаленности проживания от регионального СПИД-центра, наблюдение и назначение АРВ-препаратов проводится соответствующим специалистом районной больницы, обученным в территориальном СПИД-центре.

Необходимо повторно объяснять женщине важность точного выполнения предписанных назначений, необходимость регулярного и своевременного приема АРВ-препаратов в указанных дозах, а также разъяснять негативные последствия несоблюдения схемы приема АРВ-лекарств и/или прекращения приема этих препаратов. У женщины должен быть дневник приема препаратов, полезен также контейнер с раскладкой ежедневного приема лекарственных препаратов.

Для повышения приверженности к медицинскому наблюдению и приему АРВ-препаратов полезно привлекать близких людей ВИЧ-инфицированной женщины, а также сотрудников общественных организаций, поддерживающих ВИЧ-инфицированных.

Специалист СПИД-центра и врач женской консультации определяют предпочтительный для женщины метод ведения родов, основываясь на том, что кесарево сечение значительно снижает риск вертикальной передачи ВИЧ. Женщине объясняют предпочтительный для нее метод ведения родов. С учетом пожелания женщины определяется роддом, где будут проводиться роды. В России существуют позитивные примеры, когда женщина во время беременности может посетить роддом, где планируются роды и обсудить планируемую госпитализацию. Плановая

госпитализация женщины в родильный дом рекомендуется на 36–38 неделе беременности для проведения планового кесарева сечения.

Возможные сопутствующие состояния. При выявлении сопутствующей патологии у женщины, проводится консультирование соответствующих специалистов. Например, при подозрении или выявлении гонореи или сифилиса – специалиста дерматовенеролога, при подозрении на туберкулез – фтизиатра. Указанные специалисты совместно с акушером-гинекологом обсуждают планируемые исследования и лечение.

Употребление наркотиков женщиной представляет опасность как для нее, так и для плода. Женщины, страдающие наркоманией, имеют больший риск преждевременных родов и рождения ребенка с низким весом. Эти состояния способствуют повышению риска инфицирования ребенка ВИЧ. Кроме того, у женщин, употребляющих наркотики, во время беременности повышается риск преждевременной отслойки плаценты и мертворождения.

Общественное осуждение и страх, сопутствующие употреблению наркотиков, часто приводят к тому, что женщины не хотят признаваться в употреблении наркотиков, они реже обращаются за медицинской помощью.

К диагностическим критериям употребления наркотиков относятся особенности поведения (возбуждение, дезориентация, эйфория и перепады настроения), последовательные визиты к разным врачам (с целью добыть желаемый препарат, например, снотворное или рецепт на него), визуальные признаки (следы инъекций на теле, выраженные вегетативные расстройства), лишение родительских прав и частые необъяснимые несчастные случаи.

При выявлении употребления алкоголя или наркотических средств беременную следует убедить обратиться к врачу психиатру-наркологу в интересах сохранения ее здоровья и здоровья будущего ребенка. Акушером-гинекологом и психиатром/наркологом составляется план совместного ведения беременности.

На решение начать лечение наркотической зависимости у женщин влияют осуждение обществом пристрастия к наркотикам, семейные обстоятельства, особенности ближайшего окружения и социальное положение. Важно не только оказывать медицинскую помощь женщине, но и помогать ей в решении проблем, связанных с обстоятельствами жизни. Факторами, способствующим принятию решения о лечении, являются вера в медицинскую помощь, доступность медицинской помощи, хорошее представление о работе лечебного учреждения, доступность социальной поддержки, ощущение поддержки со стороны медицинского персонала и простота лечебного режима.

Для людей, не готовых к лечению зависимости от психоактивных веществ, необходимо проведение мероприятий, направленных на умень-

шение вреда, получаемого в результате рискованного поведения. К такому поведению относятся, в частности, совместное использование шприцев и другого инструментария для инъекций, наличие нескольких половых партнеров, случайные половые связи. Мероприятия включают консультирование медицинскими работниками женщин о безопасном сексе, а также информирование женщин об общественных программах обмена использованных игл или раздачи презервативов, если таковые существуют в регионе, и других проектах позволяющих повысить информированность женщин о методах лечения наркотической зависимости и методах профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку.

Хотя активное употребление психоактивных веществ (алкоголь, кокаин и героин) часто приводит к несоблюдению режима лечения, готовность пациента к получению антиретровирусных препаратов, следует оценивать тщательно и на индивидуальной основе. При этом те, кто прошел курс лечения от наркотической зависимости, могут лучше соблюдать режим лечения по сравнению с общей группой женщин.

Люди с наркотической зависимостью, даже если у них наблюдаются нарушения поведения, сохраняют право на отношение к себе как к личности, основанное на уважении и равенстве, вне зависимости от имеющихся различий в системах ценностей и убеждений между пациентом и врачом.

НАБЛЮДЕНИЕ В СПИД-ЦЕНТРЕ

Наблюдение специалиста в СПИД-центре включает консультацию инфекциониста по поводу ВИЧ-инфекции, наблюдение, обследование и лечение. Инфекционист определяет наиболее приемлемую схему приема АРВ-препаратов в зависимости от состояния здоровья женщины, консультирует женщину о важности соблюдения приверженности к приему АРВ и регулярного наблюдения у специалиста центра. В центре проводится контроль эффективности АРВ-профилактики, побочных эффектов, а также приверженности к назначенному лечению. Вместе с женщиной составляется долгосрочный план диспансеризации в СПИД-центре. Согласно приказу Минздрава № 606 первое плановое обследование в центре проводится через две, второе – через четыре недели после начала приема АРВ-препаратов (то есть через две недели после первого обследования), затем – каждые четыре недели.

План обследований в СПИД-центре включает определение лимфоцитов CD4, вирусной нагрузки, общего и биохимического анализа крови.

Количество лимфоцитов CD4 в сыворотке крови определяется для уточнения состояния иммунной системы, выбора схемы АРВ-профилактики и АРВ-терапии, оценки эффективности профилактики, риска нежелательных явлений, целесообразности коррекции назначений.

Согласно приказу Минздрава № 606 исследование уровня CD4-лимфоцитов проводится по завершении 4, 8, 12 недель от начала приема АРВ-препаратов, за 4 недели до предполагаемого срока родов. Согласно приказу Минздравсоцразвития № 375 исследование популяции лимфоцитов, определение процентного содержания CD4(+)-Т-лимфоцитов и CD8-Т-лимфоцитов и их абсолютного количества, проводится во время беременности 4 раза. Низкое число CD4-лимфоцитов (менее 0,2 млрд/л) определяет необходимость профилактики пневмонии (против *Pneumocystis carinii*).

Уровень РНК ВИЧ (вирусная нагрузка) в плазме крови определяет активность ВИЧ-инфекции и проводится для выбора схемы АРВ-профилактики, оценки эффективности АРВ-терапии и профилактики, выбора метода ведения родов. Убедительные данные показывают, что на фоне принимаемых АРВ-препаратов с неопределяемой вирусной нагрузкой или когда этот показатель ниже 1000 копий/мл риск вертикальной передачи ВИЧ менее 2%.

Определение вирусной нагрузки рекомендуется проводить через 4 и 12 недель после начала АРВ-профилактики. Принципиально важным является проведение этого исследования перед началом АРВ-профилактики – для выбора схемы назначений АРВ-препаратов, а также за 2 недели до предполагаемой даты родов (36–38 недель) – для выбора метода ведения родов. Если вирусная нагрузка выше 1000 копий/мл, рекомендуется проведение планового кесарева сечения на 38 неделе беременности.

Уровень РНК ВИЧ и CD4-лимфоцитов помогают прогнозировать риск передачи ВИЧ инфекции от матери к ребенку. Исследование гемоглобина, нейтрофилов, и некоторых других биохимических параметров (билирубина и трансаминаз) проводится для контроля нежелательных явлений приема АРВ-препаратов.

Таким образом, если АРВ профилактика назначается с 28 недель, обследование в СПИД-центре должно включать:

- 26 неделя – CD4, вирусная нагрузка, общий и биохимический анализ крови, выбор схемы АРВ-профилактики;
- 28 неделя – назначение АРВ-профилактики;
- 32 неделя – CD4, вирусная нагрузка, общий и биохимический анализ крови, эффективность и переносимость АРВ-профилактики;
- 36–38 недель – CD4, вирусная нагрузка, определение АРВ-профилактики в родах, определение метода ведения родов.

АРВ-ПРОФИЛАКТИКА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Задачи АРВ-профилактики во время беременности, консультирование. Целью назначения АРВ-препаратов женщине во время беремен-

ности, родов и ребенку после рождения является предотвращение заражения ребенка от матери ВИЧ-инфекцией.

Всем ВИЧ-инфицированным беременным, обратившимся за медицинской помощью, должна быть своевременно предложена профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку с использованием АРВ-препаратов. Задачей назначения АРВ-препаратов во время беременности является максимальное подавление размножения ВИЧ в организме женщины. Назначение АРВ-препаратов с целью ППМР проводится специалистом СПИД-центра. Назначение АРВ-препаратов проводится на основании:

- 1) стадии и фазы ВИЧ-инфекции;
- 2) числа CD4-лимфоцитов;
- 3) уровня вирусной нагрузки;
- 4) применявшейся ранее и/или используемой антиретровирусной терапии;
- 5) срока беременности;
- 6) наличия сопутствующих заболеваний.

Перед назначением АРВ-профилактики врачом с женщиной проводится консультирование, которое включает:

- цель АРВ-профилактики – снижение риска передачи ВИЧ ребенку во время беременности;
- схема и длительность приема АРВ-препаратов, важность непрерывного и регулярного приема АРВ-препаратов во время беременности, с последующим приемом в родах или перед операцией кесарева сечения;
- при соблюдении всех мер профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку (регулярный прием АРВ-препаратов, плановое кесарево сечение, отказ от грудного вскармливания) риск инфицирования ребенка снижается в 40 раз; при нерегулярном приеме АРВ-препаратов риск передачи ВИЧ значительно возрастает;
- обсуждение возможных негативных влияний АРВ-препаратов на организм женщины и ребенка; представляется информация о возможных побочных явлениях, возникающих в результате приема АРВ-препаратов (желудочно-кишечные расстройства, высыпания); объясняется, как поступать в случае возникновения нежелательных явлений; подчеркивается, что позитивное действие АРВ-препаратов по предупреждению ВИЧ-инфицирования ребенка значительно превышает риск возникновения нежелательных явлений от их приема;
- обосновываются роды путем кесарева сечения;
- рекомендуется отказ от грудного вскармливания.

Женщина должна четко понимать, что эффективность АРВ-профилактики определяется сознательностью выполнения всех медицинских предписаний. Часто бывает недостаточно однократного консультирования врача для того, чтобы женщина полностью осознала необходимость регулярного приема АРВ-препаратов и была готова к исполнению всех лекарственных

назначений. Это связано со многими факторами, в том числе с культурным и образовательным уровнем женщины, сложностью схемы приема, социальным уровнем и т.п. Для преодоления этих проблем перед началом приема АРВ-препаратов проводится обучающая подготовка женщины к АРВ-профилактике. Подготовка может состоять из индивидуальных и групповых занятий, на которых в доступной форме объясняется:

- что такое вирус иммунодефицита человека, как он попадает и размножается в организме человека;
- что такое иммунитет, и какие иммунные клетки поражаются ВИЧ;
- что такое АРВ-препараты, как они воздействуют на вирус;
- что такое резистентность к АРВ, когда она развивается, и как этого можно избежать;
- поясняются возможные побочные эффекты от приема АРВ и как с ними бороться;
- предлагаются методы для упрощения запоминания лекарственной схемы, напоминания о времени приема лекарств и сохранения конфиденциальности приема АРВ-лекарств дома (если есть такая необходимость).

Занятия может проводить врач, подготовленная медсестра, или специально подготовленный добровольец из числа ВИЧ-позитивных пациентов. Занятия проводятся в интерактивной форме.

Может использоваться игровая форма подготовки к приему АРВ-препаратов. Например, за неделю до предполагаемого начала приема лекарств пациенту выдаются конфеты трех цветов, с четкими указаниями по приему, как если бы это были настоящие АРВ-препараты. Если пациент правильно принял все выданные конфеты в течение недели, то вероятность последующего правильного приема АРВ гораздо выше.

Когда ВИЧ инфекция выявлена в третьем триместре беременности, может оказаться недостаточно времени для проведения подобных занятий, в таких случаях после однократного консультирования необходимо немедленно начать прием АРВ-препаратов, уделив особое внимание наблюдению за женщиной со стороны медицинского персонала, включая еженедельный патронаж медицинской сестры, и, при возможности, сотрудника общественной организации.

Перед началом приема АРВ-препаратов женщине предлагается подписать информированное согласие на проведение АРВ-профилактики.

Согласно действующему законодательству женщина обеспечивается препаратами для АРВ-профилактики бесплатно.

АРВ-препараты выдаются в СПИД-центре с определенной периодичностью. Схема выдачи АРВ-лекарств определяется индивидуально в каждом конкретном случае, с учетом того, как это наиболее удобно для женщины. Как правило, однократно выдается месячная доза лекарств.

Если есть сомнения в приверженности к приему АРВ-препаратов, на начальном этапе может быть полезным выдавать лекарства небольшими порциями через малые промежутки времени, сначала еженедельно, а затем каждые 2–4 недели.

Сроки начала АРВ-профилактики во время беременности и схемы приема препаратов. Срок начала приема АРВ-препаратов во время беременности должен быть серьезно взвешен. Он зависит от срока беременности и стадии ВИЧ. Учитывая, что органогенез (период, когда плод наиболее чувствителен к потенциальным тератогенным эффектам) происходит на 10–12 неделе беременности, рекомендуется начинать прием антиретровирусных препаратов после 14 недели беременности.

Ниже представлены возможные схемы комбинированного назначения АРВ препаратов во время беременности*:

- 1) зидовудин (300 мг) + ламивудин (150 мг) + нельфинавир (1250 мг) 2 раза в сутки;
- 2) зидовудин (300 мг) + ламивудин (150 мг) + невирапин (200 мг) 2 раза в сутки;
- 3) зидовудин (300 мг) + ламивудин (150 мг) + саквинавир/ритонавир (1000 мг/100 мг) 2 раза в сутки**.

Если АРВ-профилактика начинается на 34–35 неделе беременности, возможно использование двухкомпонентной схемы: зидовудин 300 мг + ламивудин 150 мг внутрь 2 раза в сутки.

Если женщина не нуждается в приеме данных препаратов по состоянию собственного здоровья, все они должны быть отменены одновременно, сразу после рождения ребенка.

Если АРВ-терапия была назначена женщине до наступления настоящей беременности, рекомендуется продолжить АРВ-лечение в течение всего периода беременности, родов и после них. Исключением является назначение ифавиренца — препарата, у которого выявлено выраженное тератогенное действие. При подтверждении беременности у ВИЧ-инфицированной женщины, получающей этот препарат, необходимо его немедленно заменить на невирапин или нельфинавир. Рекомендуется, по возможности, избегать схем, включающих в себя индинавир, этот препарат потенциально токсичен для плода. Если пациентка лечилась индинавиром до беременности, рекомендуется заменить индинавир на другой ингибитор протеазы. Кроме того, не рекомендуется назначать ставудин в сочетании с

* Приведенные дозы АРВ-препаратов широко используются в клинической практике, они проверены клиническими испытаниями. Дозы указаны для пациентов с нормальной функцией печени и почек. При почечной или печеночной недостаточности может потребоваться коррекция доз согласно инструкции изготовителя препарата. Кроме того, нужно уточнять информацию по возможным взаимодействиям антиретровирусных препаратов с другими лекарственными средствами.

** Существует комбинированный препарат, содержащий зидовудин и ламивудин — комбивир.

диданозином из-за угрозы развития панкреатита и невропатии, у беременных такое сочетание сопряжено и с повышенным риском развития чрезвычайно опасного осложнения — лактоацидоза.

При прогрессировании ВИЧ-инфекции требуется изменение назначений АРВ-препаратов. Консультирование женщины и выбор схемы АРВ-терапии проводит опытный специалист СПИД-центра. Консультирование об АРВ-терапии во время беременности включает разъяснение возможного влияния на здоровье женщины и здоровье будущего ребенка, начала, продолжения, прекращения или отказа от назначения определенных АРВ-лекарственных средств. Полные рекомендации по проведению АРВ-терапии представлены в Приказе Минздрава № 606, а также в руководстве Протоколы ВОЗ для стран СНГ «Предоставление помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе», 2004, версия 1.

Необходимо помнить, что нежелательные явления от приема АРВ-препаратов могут наблюдаться почти у 80% женщин, получавших комбинированную терапию. Наиболее часто встречающимися побочными эффектами являются анемия, тошнота/рвота, диарея, кожная сыпь и зуд кожи, нарушения функции печени. Для контроля за побочными эффектами проводится исследование общего и биохимического анализов крови. При непереносимости определенных препаратов нужно провести коррекцию назначений:

- при непереносимости зидовудина или возникновении анемии, зидовудин можно заменить на ставудин;
- если число лимфоцитов >250 мкл⁻¹, риск нежелательного воздействия невирапина на печень возрастает в 12 раз; целесообразно регулярно следить за показателями функции печени в течение первых 18 недель лечения невирапином; при появлении токсичности невирапина (повышение показателей активности печеночных ферментов в 5 и более раз), заменить невирапин на другой АРВ-препарат или продолжать лечение одним зидовудином.

Одним из возможных осложнений при приеме препаратов из группы ингибиторов протеазы (лопиновир, ритонавир, нельфинавир) является развитие гипергликемии, беременным, получающим эти препараты, должно проводиться исследование уровня глюкозы в крови не реже одного раза в две недели. Кроме того, с целью самоконтроля, они должны быть информированы о проявлениях гипергликемии. Все проявления побочного действия препаратов должны быть зарегистрированы в карте медицинского наблюдения.

Если женщина отказывается от приема антиретровирусных препаратов, это не должно приводить к отказу ей в медицинской помощи. Необходимо использовать любую дальнейшую возможность, чтобы убедить женщину в приеме и приверженности к антиретровирусной терапии.

Резистентность к АРВ-препаратам. Резистентность к антиретровирусным препаратам возникает в результате назначения неэффективной, неполной схемы приема АРВ-препаратов и при отсутствии приверженности пациента к приему лекарств. Прием одного или двух АРВ-препаратов сопряжен со значительно более высоким риском развития резистентности по сравнению с одновременным приемом трех АРВ-препаратов. Резистентность к АРВ-лекарственным средствам приводит к повышению риска перинатальной передачи ВИЧ и ограничивает возможность терапии женщины. Распространенность резистентности к АРВ-препаратам различается в странах и популяции, и может достигать 25%.

Необходимо определение чувствительности ВИЧ к АРВ-препаратам во время беременности. Чрезвычайно важно определение резистентности при наличии следующих факторов:

- острая фаза инфекции;
- через 12 недель после начала приема АРВ-лекарств;
- если не снижается вирусная нагрузка на фоне приема АРВ-препаратов;
- при наличии риска инфицирования резистентным типом ВИЧ.

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

• **Томск. 02.11.2006.** В Томской областной администрации прошло обсуждение проблемы наркомании среди несовершеннолетних. Речь шла о том, что каждый третий несовершеннолетний житель области хоть раз пробовал наркотики. Для сравнения: в Читинской области к этой категории граждан относится каждый пятый подросток, а в других регионах и того меньше. На учете в областном наркологическом диспансере состоят 63 несовершеннолетних наркомана, самому младшему из которых — 12 лет. Областные власти приводят следующие цифры: например, в средних специальных учебных заведениях пробовали наркотики 30% учащихся. Сложнее всего дела обстоят в сельской местнос-

ти. Там больше происходит преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков. Подростки из деревень и сел применяют наркотические вещества, приготовленные из местного сырья. Среди методов борьбы с распространением наркомании, предложенных на встрече в областной администрации, — активная работа со СМИ, более тесное межведомственное взаимодействие, проведение профилактических мероприятий («Школа правовых знаний», «Здоровая молодежь — богатая Россия», «Летний лагерь «Территория здоровья», областная дистанционная олимпиада по антинаркотической тематике).

АСИ



ИМЯ БЕДЫ – НАРКОТИКИ

Елена ИВАНИЦКАЯ,
Елена ГРИШИНА,
Сергей КАМЕНСКИЙ,
Екатерина МЫШЛЯНОВА,
Людмила РОСТОВА*

...В аптеку вошли двое мальчишек лет четырнадцати. Один, мучнисто-бледный, с мокрыми от пота волосами, тут же присел на корточки у стены. Он мычал от боли, подергивался и задыхался. Сразу было понятно: он – наркоман, страдающий от абстинентного синдрома. «Сейчас-сейчас», – пробормотал другой подросток и кинулся к прилавку. Купил одноразовый шприц, поднял стонущего приятеля, и они поковыляли прочь...

Кандидат биологических наук Наталья Пашина, выступая перед учителями с лекцией «Современная наука о наркотиках», обязательно рассказывает об этом случае, свидетельницей которого она была сама. Потому что считает его характерным для сегодняшней ситуации: подросток-наркоман уколется любым шприцем, который под руку подвернется, уже не спешит. Идет в аптеку за одноразовым. О чем это говорит? До него дошла информация о СПИДе. Он слышал об опасности заражения и принимает меры предосторожности, потому что не хочет умереть. Но получается, что смерти от СПИДа он боится, а от наркотиков – нет? Или у него просто мало информации о губительной силе самих наркотиков?

Наркомания – не вредная привычка или «рисковый кайф». Это системное заболевание, разрушающее организм. Почему у наркомана без очередной дозы возникают страшные боли? Тело корежит, и ощущения такие, словно кости дробят. Причина в том, что молекулы наркотика, проникая во все клетки организма, в том числе и нервные, сбивают их работу. Лишают возможности самостоятельно вырабатывать необходимые вещества, отвечающие за нормальную деятельность органов и тканей. Заканчивается процесс гибелью нейронов, разрушением живой структуры, а значит – смертью наркомана.

У подростка нет реальных знаний о механизме действия наркотиков. Поэтому его легко обмануть, заманить, втянуть в употребление. Бывалые товарищи морочат ему голову: попробуй марихуану, наркотик легкий, безопасный, привыкания нет... И невдомек наивному, что от марихуаны до более тяжелых наркотиков один шаг. Не знает он и о том, как эту якобы безопасную пыльцу добывают. Ему представляется что-то вроде подпольной лаборатории: белые халаты, пробирки, микроскопы. Как бы не так! Коноплевую пыльцу собирают, бегая по по-

* Подборка из газет «Первое сентября» за 2006 г.

лю, раздевшись догола, а потом соскребают ее с потного тела...

Всякий наркотик — яд. Нормальная реакция здорового организма на него — отторжение. После первой же пробы подростку очень плохо: сердцебиение, головокружение, бледность, одышка. Случись такое дома, в обычной обстановке, родители мигом бы вызвали «скорую помощь». Но в наркоманской компании новенькому обещают «кайф», и обманутый терпит и ждет, не веря сигналам собственного организма.

Выходит, профилактические программы мало что дают? На круглом столе «Основные направления деятельности по профилактике наркомании и ВИЧ/СПИДа у детей и молодежи в образовательной среде», проведенном Министерством образования и науки, специалисты назвали несколько причин их неэффективности: отсутствие системности, недостаточный уровень подготовки специалистов, ошибки в содержании программ, которые разрабатываются и реализуются подчас без учета возрастных и социально-психологических особенностей детей, без участия родительской общественности.

Основные требования к организации профилактической деятельности в школах сформулированы в базовых документах — Концепции профилактики злоупотребления психоактивными веществами (2000 г.) и Концепции превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде (2005 г.). Опираясь на эти документы, участники «круглого стола» пришли к выводу, что профилактическая работа должна быть комплексной и включать все аспекты профилактики — педагогический, психологический, социальный, правовой, медицинский. И что без экспертизы профилактических программ и учебно-методических материалов не обойтись. Проводить ее поручено Межведомственному совету по проблемам профилактики злоупотребления психоактивными веществами при Минобрнауки и Координационному совету при Минздравсоцразвития.

ТЯГА К НОВЫМ ОЩУЩЕНИЯМ

Прочитать в классе лекцию о вреде наркотиков — не лучший путь профилактики, считает генеральный директор петербургского фонда кризисной помощи детям и подросткам «Новые шаги» Ирина АЛЕКСЕЕВА.

— Ирина Алексеевна, какова, на ваш взгляд, реальная ситуация с подростковым употреблением наркотиков, как легальных — алкоголь, табак, так и нелегальных?

— Точно и доказательно утверждать, что среди подростков растет или идет на спад употребление наркотических веществ, мы не можем. Зато уверены в том, что происходит переструкту-

рирование: потребление так называемых «тяжелых» наркотиков уменьшается, а «дискотечных» — увеличивается. Но дискотечные наркотики только с виду более безопасны. Последствия от них не менее угрожающие.

Ситуация с подростковым алкоголизмом в разных регионах тоже разная. Где нет доступа к наркотическим веществам, там алкоголизм заметно лидирует.

В курении есть строгая и четкая зависимость: если родители курят, обязательно закурит и ребенок. Запрещать или объяснять, что мы, мол, сами теперь жалеем, мучаемся от этой вредной привычки, бесполезно. Хотите уберечь ребенка — бросайте сами курить.

— Почему общепринятые меры профилактики оказались малоэффективными?

— Беда в том, что у нас в стране плохо поставлена ранняя помощь. По опыту нашей организации, ребята не обращаются к специалистам на первых этапах употребления наркотиков, пока психологическая и физическая зависимость еще только формируется.

Но стоило нам организовать отделение кризисной помощи детям и подросткам, как родители стали приводить туда детей, которые только попробовали легкие наркотики разок-другой.

На самом деле помощь должна быть еще более ранней — заблаговременной. В тех проблемах, которые возникают у ребят в семье, в школе, в общении. Оставаясь нерешенными или даже невысказанными, они могут подтолкнуть подростка к наркотикам и алкоголю.

В школах ведь как привыкли: позвали специалиста, он прочел лекцию о вреде наркотиков, и все успокоились — профилактика проведена. А кто-нибудь подумал, на какую почву попала информация? Может, кто-то из детей уже пробовал наркотики, а у кого-то лектор нечаянно разбудил любопытство...

— Считается, что один подросток-наркоман способен «заразить» все свое окружение — весь класс, всю школу... А почему не удается наоборот — перевоспитать всем миром его одного?

— Наркомания вообще заразная штука. Наркоман действительно стремится втянуть в зависимость всех своих друзей. Почему не наоборот? Почему здоровый ребенок не пытается повлиять на больного?

Тут вот такая проблема: у наркомана есть мотив — вовлечь одноклассников в наркооборот. Ему необходимы новые потребители. Во-первых, для заработка: за каждого новичка он получает свою наградную бесплатную дозу. А во-вторых, наркоману очень трудно одному. Его повседневное существование мучительно: приходится постоянно заботиться о том, где и на какие деньги достать наркотик, бегать от мили-

ции, скрывать свою болезнь от окружающих, хитрить с родителями. И желание разделить эту тяжесть с приятелями вполне понятно: ему по жизни необходимо, чтобы они стали такими же, как он.

Благополучный подросток не станет тратить все свои силы на то, чтобы спасти наркомана, ну нет у него такого интереса. А любопытства, тяги к новым ощущениям — хоть отбавляй. Вот наркоман и побеждает.

— Как научить детей противостоять такому влиянию? Отказаться от неприемлемого для себя предложения?

— Вот несколько классических приемов. Попробуйте проиграть с ними возможные ситуации, в которых надо сделать выбор. Например: «Тебе предлагают принять неизвестную таблетку. Как ты себя поведешь?».

Можно категорически отказаться от предложения: «Я не собираюсь рисковать своим здоровьем». Сослаться на родителей: «Если родители узнают, они меня убьют». Или найти себе союзника. Если подростку говорят: «Зря боишься, все делают это», он оказывается в затруднительном положении. Пусть попробует назвать кого-нибудь еще кроме себя, кто не делает «это».

Например, «Максим и я бережем мозги для умственных занятий и яд не принимаем, вместо этого мы будем...».

Цель таких упражнений не в том, чтобы заучить наизусть готовые способы поведения и отговорки. А в том, чтобы дети поняли: в любой ситуации можно найти выход, и не один. Эта уверенность как раз и даст силы не поддаваться негативному влиянию.

КАК ВЕСТИ СЕБЯ РОДИТЕЛЯМ, ЕСЛИ У РЕБЕНКА СЛУЧИЛСЯ АБСТИНЕНТНЫЙ СИНДРОМ — «ЛОМКА»

Часто родители начинают понимать, что их ребенок принимает наркотики, только когда у сына или дочери на их глазах случается наркотический абстинентный синдром — «ломка». Паника, охватывающая взрослого в этот момент, не поддается описанию. Родители теряют голову и кидаются звонить по любым доступным им телефонам, указанным в первой попавшейся под руку рекламной газете.

Что нужно делать в действительности? Прекратить паниковать. Слезами горю не поможешь. Да, в семье возникла проблема. Она очень трудна, но разрешима. Наркоманы во время ломок не умирают. Они погибают от той гадости, которую вводят в свой организм. Наступление ломок означает, что этой химической гадости в организме в данный момент практически не осталось.

Измерьте подростку давление. Абстинентный синдром может быть опасен, только если у

молодого человека очень низкое давление: когда верхняя цифра артериального давления ниже 90 (если ребенок не страдает гипотонией, то ломки становятся опасными при давлении ниже цифры 90/60). Если давление ниже этих показателей, нужно срочно обратиться к врачу.

Пусть подросток примет 2—3 таблетки любого анальгетика, который есть в доме. Подойдут баралгин, спазмалгон, аспирин.

Можно один раз рискнуть и дать ему две таблетки любого успокоительного, которое найдется в аптечке. Только не забудьте посмотреть, как оно называется. А на следующий день во время визита к врачу скажите ему, какие таблетки принял подросток. Ни в коем случае не используйте больше двух таблеток.

Единственное, чего ни в коем случае нельзя давать — это спиртных напитков и успокоительных препаратов на основе спирта (не применяйте валокордин и корвалол).

Воспользуйтесь методом, предложенным американским терапевтом Маргарет Розен: разденьте подростка до пояса и уложите на кушетку. Согрейте свои руки и положите их на его плечи. Медленно, поглаживающими движениями, не отрывая рук, продвигайте ладони от плеч вдоль позвоночника к пояснице, стараясь мягко расслабить мышцы подростка. Напряженные группы мышц ощущаются ладонями как бугры под кожей? Не надо давить на них сильно. Они расслабятся от мягких поглаживающих прикосновений.

Если приступ происходит вечером, помните, что семья в состоянии пережить ночь. Не надо пытаться принимать ответственное решение о немедленном начале лечения ночью, лучше спокойно обратиться в клинику утром следующего дня.

При обращении в государственную наркологическую службу всех родителей волнует вопрос постановки подростка на наркологический учет. Действительно, если родители заранее не обговаривают это в клинике, подростка ставят на учет автоматически. И тогда он будет обязан через определенный интервал времени являться в диспансер на прием к врачу-наркологу. Но если подросток соглашается лечиться только под давлением родителей, а сам давно потерял способность критически относиться к себе и своим поступкам, тогда учет в наркологическом диспансере при условии постоянного контакта семьи с участковым врачом станет спасением.

ЧТО ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ ВЗРОСЛЫЕ, ВЫБИРАЯ ЛЕЧЕБНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДЛЯ НАРКОЗАВИСИМОГО ПОДРОСТКА

Многих родителей волнует вопрос: в какую клинику — государственную или частную — лучше обратиться? Однозначного ответа не существует.

Во-первых, коммерческая клиника и клиника подпольная — вещи абсолютно разные. Когда

родители договариваются о платном лечении, им нужно не забыть потребовать предъявить государственную лицензию на соответствующие виды помощи. Запомните: если нет лицензии, потом будет не с кого спросить за отрицательные результаты терапии и возможные осложнения в ходе лечения.

Никто, кроме самих родителей, в этом случае не будет нести ответственности за беду, которая может приключиться с ребенком в результате никем не контролируемого лечения.

Во-вторых, немало частных клиник существует противозаконно. Закон разрешает частным коммерческим организациям только профилактическую и реабилитационную деятельность, но запрещает лекарственное лечение и проведение дезинтоксикации. Поэтому любая коммерческая клиника может внезапно закрыться, и весь процесс этапного лечения ребенка повиснет в воздухе.

В-третьих, применяемые методики и препараты что в государственных, что в коммерческих учреждениях примерно одинаковы. Результат лечения зависит не от клиники, а от компетентности и профессионализма конкретного врача, который будет заниматься ребенком. В каких клиниках врачи лучше? Хорошие врачи есть повсюду, как и плохие, к сожалению.

Главное преимущество коммерческих клиник — в лучших условиях пребывания больных. Но коммерческие клиники стоят дорого. Раскошеливаются за лечение родители. И оплачивают, по большей части, санаторные условия пребывания наркомана в больнице.

Наркоману может понравиться лечиться таким образом, и он примется ходить по кругу. Через какое-то время после лечения продолжит принимать наркотик, и вскоре снова раскается, и признается в срыве, и будет выпрашивать очередных денег на лечение. Обычно в таких ситуациях специалисты советуют родителям совершить только одну попытку платного лечения. Если после нее случается рецидив, ни в коем случае нельзя соглашаться на повторное платное лечение, поддаваться на шантаж и слезы. В случае рецидива подросток должен самостоятельно собрать необходимые документы и обратиться за помощью в государственную клинику. Единственное, чем родители тут могут ему помочь, — порекомендовать конкретное лечебное учреждение и врача.

Ищите не клинику, а врача, который относится к своей работе неформально и сможет наладить контакт с вами и вашим ребенком. В какой клинике он работает — значения не имеет.

Один неофициальный совет: если вы обратились в государственную больницу, попросите, чтобы ваш ребенок лечился не в специализированном отделении для больных наркоманией, а в отделении для хронических алкоголиков.

Дело в том, что в отделениях для наркоманов одновременно лечатся около 50 пациентов. У

них самый разный стаж приема наркотиков и мотив обращения в больницу. Далеко не все пациенты приходят именно лечиться. Многие просто спасаются в больнице от тюрьмы. А кто-то обращается за помощью лишь с целью «сбить дозу», ставшую непереносимо высокой.

Государственная наркологическая служба никому не имеет права отказать в помощи. И в конце концов даже самые лучшие отделения для лечения наркоманов в государственных больницах превращаются в «школы жизни» для впервые поступивших туда подростков. Не самым нужным наукам их там обучат, и наркоманские связи расширятся. В отделениях же для больных алкоголизмом врачи-практики имеют возможность заниматься лечением только двух-трех наркоманов одновременно. Поэтому у них больше возможностей проявить профессиональное внимание. И даже обращение наркоманов друг с другом удается повернуть на пользу психотерапевтическому процессу. К тому же больные алкоголизмом — обычно представители старшего поколения. И склонны брать на себя своеобразную опеку над юными наркоманами. И без просьб врачей рассказывают им о том, «какой ужас эти наркотики».

ЕСЛИ ТЕБЯ УГОВАРИВАЮТ...

Научись говорить «нет»

Специалист по профилактике наркомании психолог Александра Макеева разработала практикум для подростков по отработке навыков отказа.

Практикум-игра начинается с того, что ученики «угovarивают» учителя (ведущего) пойти в кино или на дискотеку, а тот изобретательно отклоняет предложение. Игра идет с мячом: ведущий бросает мяч игроку, он «угovarивает», потом перебрасывает мяч ведущему, а тот не соглашается, демонстрируя детям образцы отказа.

После такой разминки игроки рассортировывают виды отказов.

Отказ-согласие: по сути, собеседник согласен, но деликатно сопротивляется, чтобы предложивший имел возможность отступить, если уговаривал только из вежливости: «Нет, нет, спасибо, не хочу вас затруднять».

Отказ-обещание: безобидная форма отказа, позволяет избежать конфликтной ситуации, демонстрирует, что отказавший ценит общение с предложившим: «Пошли в кино?» — «Завтра — с удовольствием, а сейчас к контрольной готовлюсь, ты уж извини».

Отказ-альтернатива: тоже неконфликтная форма. Что-то мешает принять предложение, но отказавший не прерывает общение, а выдвигает встречный вариант: «Пошли на речку?» — «Купальника нет, лучше пойдем в кино».

Отказ «обстоятельства не позволяют»: более жесткая форма — отказывающий никаких обе-

щений не дает и альтернатив не выдвигает: «Пошли на речку?» – «Не получится, купальника нет». – «Пошли в кино?» – «Не могу, у меня завтра доклад».

Отказ-отрицание: жесткая, бескомпромиссная форма отказа, направлена на предложение или на предлагающего. Такой отказ хоть и обижает, но снижает вероятность получения нежелательных предложений в дальнейшем: «Пошли в клуб?» – «Не хочу». Или: «С тобой не хочу!», «Не намерен деньги на ерунду тратить!». Или просто: «Не пойду, потому что не хочу».

Отказ-конфликт: крайний вариант отказа-отрицания. Резкий по форме, может содержать оскорбление или угрозу: «Пошли в подвал?» – «Отвали со своим уродским подвалом, идиот!».

Следующее занятие тоже начинается игрой с мячом. Ведущий бросает мяч играющему и высказывает некое предложение, а поймавший мяч отказывается его принять. После игры-разминки проводится обсуждение, когда какой отказ уместен, а когда неправильно выбранный вариант отказа может ввести в заблуждение предлагающего и поставить в ложное положение отказывающегося.

Третье занятие – опять разминка с мячом: предложил – отказался, затем обсуждение сценариев. Отработка навыков отказа касается широкого спектра жизненных ситуаций, но постепенно концентрируется на отказе от вредных и опасных затей, причем никакого особого упора на «наркотические предложения» не делается. Ведущий обрисовывает сценку, играющие выбирают оптимальный вариант отказа. Используются как реальные ситуации, так и смоделированные. Ребята, увлекшись занятием, скоро и сами начинают приводить примеры из собственного опыта.

Если у подростка нет психологической зависимости от предлагающего, то уверенные и убедительные отказы должны отскакивать от зубов.

КАК ВЫСТРОИТЬ АНТИНАРКОТИЧЕСКУЮ ПРОФИЛАКТИКУ ДЛЯ МАЛЫШЕЙ

...Жил-был медвежонок. И случилась с ним беда: махнул он лапой на распорядок дня и здоровые привычки. Результат печальный – заболел. Но друзья – воспитанники начальной школы – детского сада № 4 под руководством воспитательницы Елены Новиковой – не бросили его в беде, а помогли исправиться.

А четвероклассники лицея вместе со своей учительницей Татьяной Башкировой отправились в страну Здравландию на поезде. С остановками на станциях Режим Дня, Мое Настроение, Физзарядка, Улыбкино добрались до столицы – города Дружбы и Доброты.

На сцену актового зала балашихинской школы-интерната поднимались все новые участни-

ки конкурса образовательной программы профилактики злоупотребления психоактивными веществами «Все цвета, кроме черного». Она разработана для начальной школы специалистами Института возрастной физиологии Марьяной Безруких, Александрой Макеевой и Татьяной Филипповой.

Задача была нелегкой. В самом деле: жизнь требует, чтобы здоровые установки, исключающие употребление одурманивающих веществ, закладывались как можно раньше, в то же время нужно не спровоцировать опасное любопытство.

Антинаркотическая профилактика для малышей – дело непростое. Учителям приходится постепенно, не торопясь и не занудствуя, формировать у детей представления о ценности здоровья, необходимости бережного отношения к нему. Обучать правилам здорового образа жизни.

Основная задача ранней профилактики – развитие у детей таких навыков и установок, которые обеспечили бы им эффективную социальную адаптацию. Помогли преодолеть чувство беспомощности. Научили быть уверенными в себе.

Для этого в учебно-методический комплект «Все цвета, кроме черного» вошли рабочие тетради для учащихся, методическое пособие для учителей и брошюра для родителей.

В тетради для второго класса центральная тема – «Учусь понимать себя», для третьего – «Учусь понимать других», для четвертого – «Учусь общаться».

Занятия – «Твое настроение», «Что ты знаешь о себе», «Для чего нужна улыбка», «Как научиться разговаривать с людьми», «Как помириться после ссоры» – на самом деле сюжетно-ролевые и образно-ролевые веселые игры, придуманные балашихинскими учителями, которые уже два года работают по программе «Все цвета, кроме черного».

ОПАСНОСТЬ ПРИТАИЛАСЬ В ДОМАШНЕЙ АПТЕЧКЕ

О наркотиках, которые существуют в быту на вполне законных основаниях

Наркотики в сознании многих родителей и учителей стали ассоциироваться только с организованной преступностью, контрабандой и подпольными фабриками. Но наркотики существуют и в быту на вполне законных основаниях. В редкой домашней аптечке не найдется успокоительных таблеток или снотворных пилюль – «колес», как попросту называют их подростки.

Современная наркология выделяет два вида наркомании с использованием успокоительных препаратов: злоупотребление снотворными (на наркоманском сленге – «сонники» или «барбитура») и злоупотребление транквилизаторами («транки» или «медленные колеса»).

Впервые для нормализации сна барбитураты (веронал) применили в 1903 году. А уже в конце 40-х в Европе вспыхнула настоящая эпидемия барбитуратовой наркомании. В связи с этим с 1956 года в нашей стране ряд препаратов стали продавать только по специальным рецептам, а Уголовный кодекс РФ в качестве наказания за хранение и распространение таких препаратов предусматривает лишение свободы до пяти лет (ст. 228 УПК РФ).

И все равно остается огромное количество широкодоступных и вполне легально приобретаемых лекарств, способных при длительном и неправильном применении вызвать наркотическую зависимость. Одни из них хорошо известны: нитразепам (родедорм, зуноктин), сибазол (седуксен, реланиум, валиум), другие — менее: нозепам, тазепам, мебикор, ореназепам.

Учитывая возникающие эффекты и возможные последствия, нужно помнить, что наркомания, вызванная седативными препаратами, бывает куда опаснее, чем героиновая. Слишком скоро развивается толерантность к лекарству. Дозы стремительно возрастают (в пять-десять раз по сравнению с обычной), а воздействие препаратов на организм парадоксально меняется. Вместо сонливости наступает эйфория и возбуждение. Трезво оценить происходящее не всегда удается. Память ухудшается, и сколько таблеток уже проглочено, запомнить трудно. В этом главная причина передозировок, приводящих к тяжким отравлениям и даже к смерти.

При передозировке транквилизаторы угнетают дыхательный центр и замедляют дыхание. Подросток, перебравший таблеток, может не заметить, что перестал делать вдох.

НА ОДНОМ ЛИ ЯЗЫКЕ МЫ ГОВОРИМ С ПОДРОСТКАМИ?

И почему понятия «наркоман» и «человек, употребляющий наркотики» у ребят не совпадают.

Ульяновским старшеклассникам предложили оценить по восьмибальной шкале свое отношение к бомжам, наркоманам и алкоголикам. Оказалось, что самое резкое отрицание вызывают у ребят именно наркоманы. Большинство рубили сплеча и высказывались категорично: изолировать и лечить принудительно! Вместе с тем опросы показали: у 45% тех же самых школьников есть друзья и знакомые, употребляющие наркотики, а кое-кто и сам их пробовал.

Как же соотносится нетерпимость подростков к наркоманам с наличием наркоманов-друзей и собственными наркотическими опытами?

Елена Омельченко, директор социологического научно-исследовательского центра «Регион», много лет ведущего работу в школах Ульяновска и других городов Поволжья, в своей книге «Подростки и наркотики: опыт исследования» задает принципиально важный вопрос: на од-

ном ли языке мы говорим с подростками? Кого они считают наркоманом? К кому проявляют нетерпимость?

На самом деле для подростков наркоманы — лишь те, у кого уже полная физическая зависимость от сильнодействующих наркотиков. С необратимыми физическими изменениями. А разовое употребление наркотика или нечастое покуривание «травки» более 75% учеников не считают наркоманией. То есть понятия «наркоман» и «человек, употребляющий наркотики» у ребят не совпадают.

Необходимо обратить внимание и на двойное отношение ребят к героину: чистый героин они считают сильным наркотиком, а вот героин с примесями, по их мнению, именно из-за примесей — слабый. Другое заблуждение: мол, внутривенное введение героина вызывает быструю зависимость, а нюхание героина якобы безопасно.

«И для всех подростков именно шприц — главный атрибут настоящего наркомана, — пишет исследовательница. — Совсем запутавшись, ребята решили, что важно не допускать внутривенного приема. А курение, нюхание, глотание таблеток, по их мнению, снижает силу действия наркотиков, а следовательно, и риск привыкания к ним».

Подростки склонны относить все опасные последствия приема наркотиков к регулярному продолжительному внутривенному употреблению. Только это для них — настоящая наркомания. И взрослым придется учитывать и преодолевать этот миф в своей профилактической работе.

СКРЫТАЯ ПРОФИЛАКТИКА

Приемы косвенного внушения против наркомании применимы на любых уроках.

Кандидат психологических наук Рамиль Гарифуллин считает, что вести антинаркотическую пропаганду нужно постоянно, но косвенно. Если вы будете часто говорить о наркотиках, пугать, грозить, требовать, то лишь вызовете обратную реакцию. Приемы косвенного внушения против наркомании можно применять практически на всех уроках, в рамках любого предмета. Скрытая профилактика возможна даже на уроках математики. Предложите ученикам задачу, в которой необходимо рассчитать, сколько денег курильщик в течение года прокуривает, переводит на дым? Или еще жестче: сколько осталось жить наркоману, если?.. Сколько наркоманов погибли в течение года, если?..

Непривычно, страшно? Но наркомания куда страшнее. Подчеркивать главную идею задачи не надо. Пусть это будет просто задача в ряду других. Но она заденет, заставит подростка пожить себя.

Или урок химии. Учитель говорит: вот вещество. Дает его формулу. А потом: это яд, который

разлагает мозг. Объясняет химическую реакцию. Говорит: этот яд – наркотик.

Запугивания не было, просто изучался химический процесс. Так же можно поступить и на уроке биологии или на уроке основ безопасности жизнедеятельности. Спросить: от чего именно умирают наркоманы? Рассказать, что происходит с сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной системами человеческого организма при употреблении наркотиков. Опять же не акцентируя. Говорить так, будто в классе не профилактику наркомании проводят, а всего лишь изучают работу органов дыхания или кровообращения.

Можно подойти к проблеме с другой стороны и поговорить о том, когда и как наркотики применяются по медицинским показаниям, почему их назначают при очень сильной боли, а в менее тяжелых случаях – нет.

Учитель музыки, знакомя класс с современной рок-культурой, должен откровенно рассказать, как умирали Элвис Пресли и Фредди Меркьюри. Но не морализировать, как все было безобразно и страшно и что ничего романтичного в этом не было. Ребята сами сделают вывод. Задача учителя – только рассказать. Честно и жестко.

СЕМЕЙНЫЙ ДОЗОР

На какие признаки учитель должен обратить внимание родителей, чтобы подсказать им, что пора более внимательно отнестись к подростку и его проблемам.

Изменения в привычках и образе жизни

Поздние возвращения домой.

Необъяснимые отлучки из дома.

Неспособность даже приблизительно определить время своего отсутствия.

Потеря аппетита или чрезмерное употребление пищи.

Страстная потребность в сладком.

Приступы сонливости.

Увеличение требуемой подростком суммы денег на карманные расходы без внятного объяснения, на что собирается их потратить.

Пропажа из дома книг, ценностей, одежды.

Внезапно возникшая привычка часто проветривать свою комнату и использовать освежители воздуха, благовония (для устранения наркотических запахов).

Изменения в физическом состоянии

Потеря веса.

Повышенная утомляемость.

Частые простуды, желудочные боли и судороги.

Проблемы с пищеварением, тошнота, приступы рвоты.

Утренняя слабость на фоне вечерней активности.

Частые головные боли.

Обмороки, потери сознания, головокружения.

Следы уколов на теле, порезы, синяки.

Пренебрежение личной гигиеной.

Специфические находки

Упакованные в целлофан кусочки темно-коричневой массы.

Зеленоватый порошок растительного происхождения (чаще всего в спичечных коробках).

Чайные или столовые ложки со следами подгорания на открытом огне.

Необычные, неизвестные вам и ранее не встречавшиеся лекарственные препараты в таблетках, капсулах, ампулах, порошках.

Марки, не слишком похожие на почтовые.

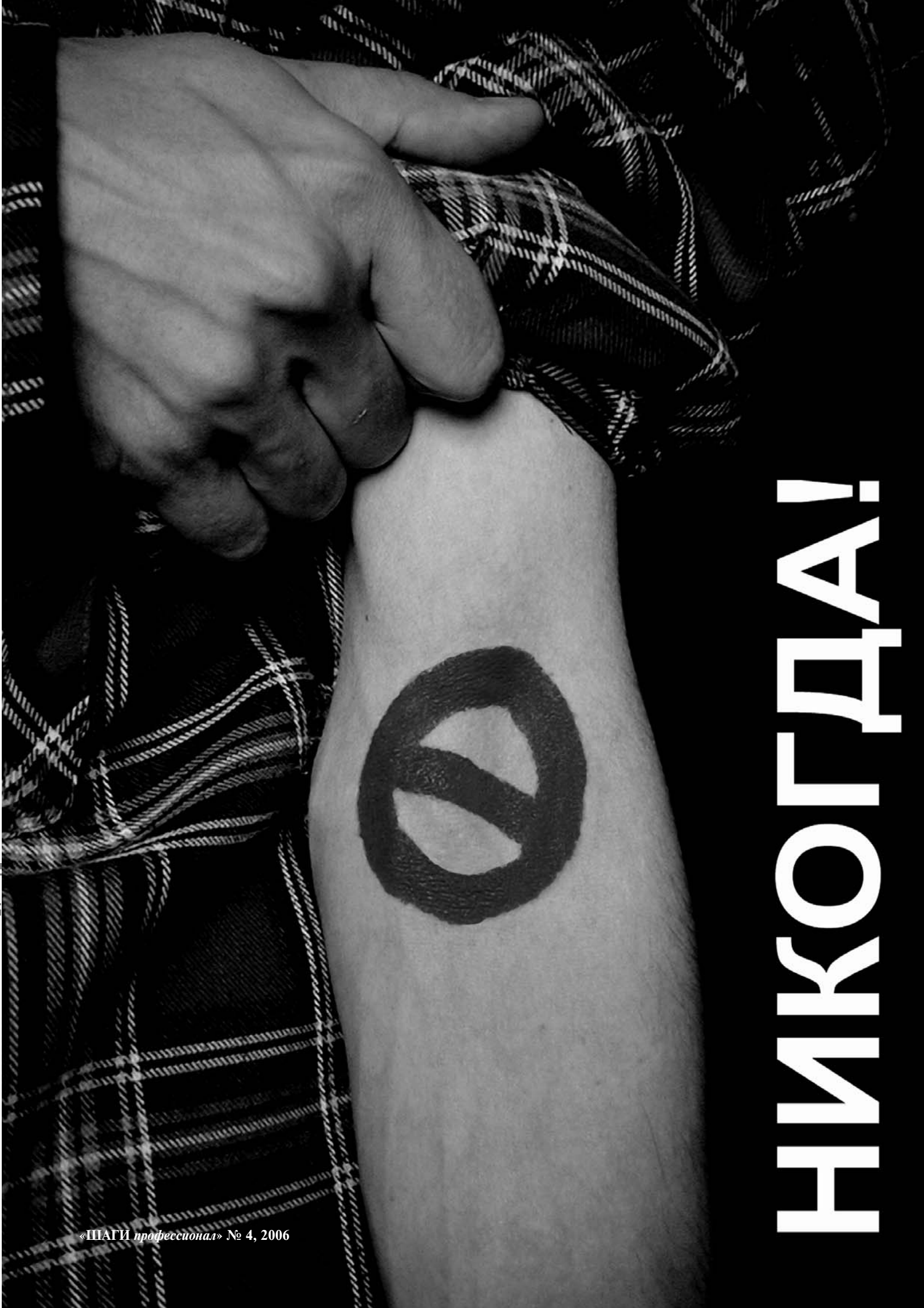
Пузырьки, смятая фольга.

Иглы или шприцы.

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

• **Барнаул. 31.10.2006.** В Алтайском крае стартовал конкурс «Здоровье. Жизнь. Будущее». Его организатором выступает Алтайское краевое отделение Международной ассоциации по борьбе с наркоманией и наркобизнесом. Цели конкурса – пропаганда здорового образа жизни, профилактика вредных привычек, формирование негативного отношения к наркотикам. К участию приглашаются студенты и школьники. Работы (рисунок, проза, поэзия) будут оцениваться по критериям: соответствие теме, общественная значимость, оригинальность, художественная подача, позитивная направленность. В состав жюри войдут представители Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков по Алтайскому краю, библиотекари, врачи. Победители конкурса получают призы: первое место – 2-х кассетный магнитофон, второе – аудиоплеер и подарочное энциклопедическое издание, третье – подарочное энциклопедическое издание. Работы принимаются до 30 апреля.

• **Москва. 30.10.2006.** Проект «Энциклопедия независимости» – новый взгляд на проблему игромании, наркомании и алкоголизма. Книга посвящена не только методам борьбы с зависимостью, но и методам ее предотвращения. Главный акцент делается на профилактику зависимости в рамках семьи. Основные цели и задачи проекта: заполнение информационного вакуума по вопросам профилактики и лечения зависимостей от наркотиков, алкоголя, азартных игр; помощь специалистам и родителям в деле построения отношений с ребенком таким образом, чтобы он никогда не попал в зависимость от азартных игр, наркотиков и алкоголя; профилактика зависимостей для каждого члена семьи и, как следствие, оздоровление российского общества в целом. Проект некоммерческого фонда «Здоровая страна» получил поддержку у представителей ООН, Госдумы РФ, партии «Единая Россия», Правительства Москвы, Департамента образования Москвы.



НИКОГДА!

СПРАВКА

о ситуации ВИЧ-инфекции на 31 октября 2006 года

По данным, предоставленным Российским научно-методическим центром по профилактике и борьбе со СПИДом, на 31 октября 2006 г. всего в России зарегистрировано (с начала учета 01.01.1987 г.) **358 918** ВИЧ-инфицированных.

Ниже приводится таблица количества ВИЧ-инфицированных по регионам.

Регион	Количество ВИЧ-инфицированных					Из них больны СПИДом				Кроме того на 31.10.06*
	всего	детей	рождены от ВИЧ+ матерей	из них умерло		всего	детей	из них умерло		
				всего	детей			всего	детей	
Без определен. места жител.	4322	16	1	138	0	14	0	5	5	22
Республика Башкортостан	6145	34	30	377	1	8	1	7	7	200
Республика Бурятия	2496	28	16	238	4	38	2	33	33	206
Республика Дагестан	723	7	2	73	4	19	4	19	19	6
Кабардино-Балкарская респ.	256	0	0	27	0	4	0	4	4	0
Республика Калмыкия	167	75	3	69	44	104	62	60	60	7
Республика Карелия	372	1	1	0	0	0	0	0	0	2
Республика Коми	809	6	2	48	0	10	0	10	10	32
Республика Марий Эл	497	2	1	45	0	8	0	5	5	29
Республика Мордовия	477	4	2	25	0	1	0	1	1	35
Республика Северная Осетия	490	3	2	13	0	3	0	3	3	22
Республика Татарстан	7546	22	4	97	1	3	1	3	3	63
Республика Тыва	24	2	0	1	0	1	0	1	1	0
Удмуртская республика	2638	14	7	17	0	4	0	4	4	200
Чечня	679	14	8	27	4	7	3	7	7	29
Чувашская Республика	602	3	1	55	0	15	0	10	10	8
Республика Саха (Якутия)	515	1	0	17	0	6	0	6	6	2
Алтайский край	3966	15	5	114	0	24	0	10	10	38
Краснодарский край	5769	34	26	57	1	29	1	27	27	433
Красноярский край	6401	34	12	68	0	1	0	1	1	601
Приморский край	6207	13	5	42	0	4	0	3	3	302
Ставропольский край	524	17	1	70	8	27	9	25	25	12
Хабаровский край	926	2	0	42	0	17	0	15	15	45
Амурская область	177	0	0	3	0	1	0	1	1	2
Архангельская область	211	4	2	16	0	3	0	3	3	8
Астраханская область	257	3	0	23	1	14	1	7	7	13
Белгородская область	457	2	0	41	0	8	0	8	8	48
Брянская область	985	7	7	45	0	11	0	8	8	51
Владимирская область	1582	12	3	83	0	7	0	6	6	121
Волгоградская область	5114	71	13	273	30	86	38	67	67	211
Вологодская область	942	9	1	13	0	2	0	2	2	16
Воронежская область	464	3	2	45	0	21	0	18	18	49
Нижегородская область	4074	32	13	103	1	13	0	13	13	127
Ивановская область	3575	33	21	122	3	14	1	11	11	167
Иркутская область	20 560	203	76	85	2	4	0	4	4	1247
Калининградская область	5195	16	6	476	0	70	1	64	64	224
Тверская область	5310	59	47	317	1	100	1	52	52	308
Калужская область	1096	10	8	88	0	17	0	14	14	93
Камчатская область	69	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Кемеровская область	8349	67	38	124	0	11	0	11	11	85
Кировская область	244	2	1	16	0	7	0	7	7	7

* 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	990	7	3	48	0	3	0	3	3	53
Самарская область	24 172	139	71	745	1	57	0	32	32	925
Курганская область	1778	6	1	9	0	0	0	0	0	93
Курская область	292	2	2	4	0	1	0	1	1	18
Ленинградская область	10 380	64	19	278	1	10	1	10	10	573
Липецкая область	194	0	0	15	0	4	0	4	4	3
Магаданская область	79	3	2	4	0	1	0	0	0	4
Московская область	29 203	186	67	670	2	40	1	24	24	1894
Мурманская область	1769	9	5	54	0	27	0	13	13	58
Новгородская область	788	5	3	60	0	64	1	13	13	20
Новосибирская область	1112	9	5	21	0	5	0	3	3	6
Омская область	452	2	1	31	1	0	0	0	0	4
Оренбургская область	15 230	60	12	7	0	0	0	0	0	962
Орловская область	841	2	1	86	0	39	0	20	20	30
Пензенская область	897	2	0	58	0	14	0	14	14	11
Пермская область	6678	36	21	428	1	22	0	22	22	35
Псковская область	307	1	0	21	0	10	0	5	5	0
Ростовская область	3342	109	0	145	44	152	65	127	127	265
Рязанская область	1864	3	3	213	0	46	0	46	46	129
Саратовская область	7543	58	49	15	1	2	0	2	2	411
Сахалинская область	133	1	1	1	0	0	0	0	0	1
Свердловская область	29 090	165	75	1583	9	165	6	164	164	2051
Смоленская область	620	10	6	39	1	10	1	8	8	13
Тамбовская область	496	4	3	53	1	13	1	11	11	40
Томская область	879	5	5	69	0	7	0	5	5	69
Тульская область	3979	20	13	378	1	80	1	50	50	203
Тюменская область	7673	39	17	250	1	13	0	13	13	59
Ульяновская область	7386	54	42	531	2	85	2	54	54	412
Челябинская область	15 888	57	26	40	0	4	0	2	2	1338
Читинская область	1861	7	3	13	1	3	0	2	2	45
Ярославская область	1019	4	2	66	0	23	0	17	17	43
Москва	26 808	139	107	349	1	269	4	122	122	239
Санкт-Петербург	31 405	146	56	388	0	20	2	11	11	669
Республика Ингушетия	520	2	2	38	0	0	0	0	0	10
Агинский Бурятский АО	5	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Усть-Ордынск. Бурятск. АО	252	1	0	2	0	0	0	0	0	7
Еврейская АО	36	0	0	1	0	1	0	0	0	1
Чукотский АО	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Таймырский АО	53	0	0	1	0	0	0	0	0	6
Республика Алтай	80	0	0	4	0	0	0	0	0	0
Карачаево-Черкесская респ.	66	3	1	5	1	3	1	3	3	2
Республика Хакасия	157	1	1	2	0	0	0	0	0	2
Эвенкийский АО	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Корякский АО	4	1	0	2	1	1	1	1	1	0
Республика Адыгея	178	0	0	0	0	0	0	0	0	15
Ненецкий АО	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ямало-Ненецкий АО	1071	3	0	77	0	7	0	6	6	8
Ханты-Мансийский АО	10 081	39	19	643	1	25	0	25	25	723
Коми-Пермяцкий АО	28	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Итого:	358 918	2284	1011	10 980	176	1963	212	1388	1388	16 522

* Всего детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, находящихся на диспансерном наблюдении до установления диагноза ВИЧ-инфекции

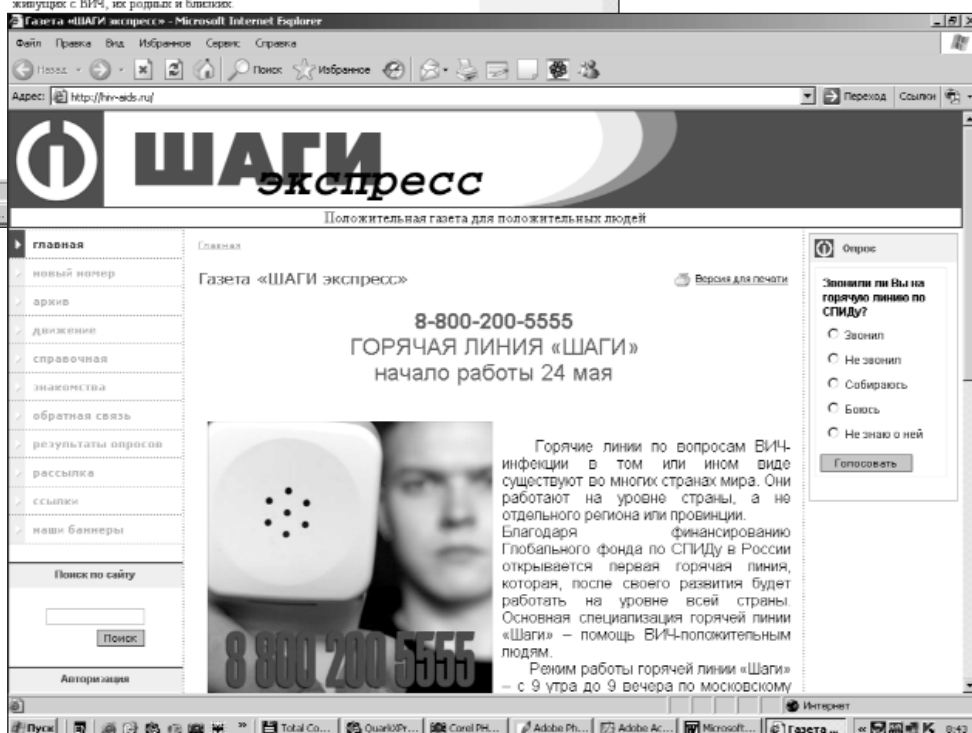
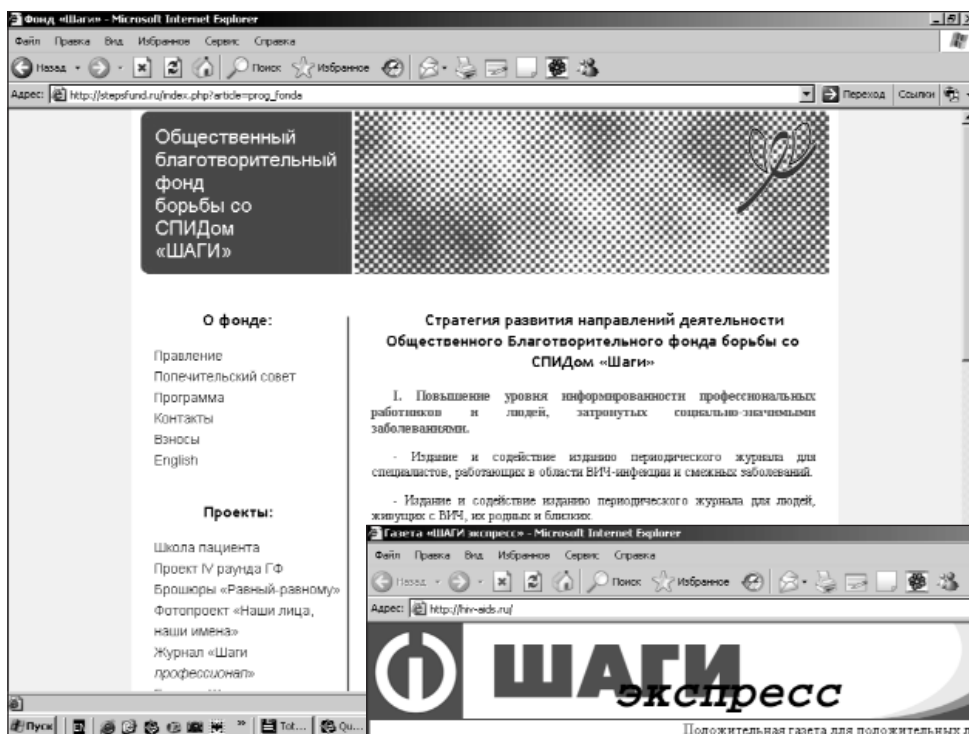
• **Москва. 25.10.2006.** В московском отеле «Мариотт Авра» прошел саммит Российского медиа-партнерства в борьбе с ВИЧ/СПИДом. Российское медиа-партнерство — это сорок объединившихся СМИ, готовых посвятить свои страницы борьбе со СПИДом. В октябре весь мир отмечает печальную дату — 25-летие начала эпидемии СПИДа. За последнюю четверть века от этой болезни скончались 25 миллионов человек, 40 миллионов пока борются за жизнь. В России проблема СПИДа приобрела характер национальной угрозы. Наша страна занимает первое место в Европе по распространенности заболевания, несмотря на то что официальные данные о количестве ВИЧ-положительных людей — 350 000 — занижены почти втрое. По данным Федерального центра СПИДа, в России около полутора миллионов ВИЧ-инфицированных. Это составляет примерно один процент от населения страны, что заставляет говорить об эпидемии СПИДа в России. Более сорока медиакомпаний забыли на время о конкуренции и объединили усилия для пропаганды профилактических мероприятий и толерантного отношения в обществе к проблеме СПИДа. Среди них — телеканалы СТС, ТНТ, РЕН ТВ, МУЗ-ТВ, холдинги «Газпром-Медиа», «Европа-Плюс», «Русская Медиа Групп». В импозантных интерьерах пятизвездочного отеля журналисты, депутаты и чиновники обсуждали проблемы ВИЧ-положительных матерей, вынужденных из-за бедности кормить детей инфицированным материнским молоком. Председательствующий на саммите Владимир Познер рассказал, что знаком со многими влиятельными людьми, уверенными, что ВИЧ-инфицированные сами виноваты в своей беде. Главный государственный санитарный врач России Геннадий Онищенко считает, что именно медийному сообществу предстоит проделать большую работу с обществом, которое «агрессивно воспринимает» ВИЧ-положительных людей. Однако многие журналисты считают, что тема ВИЧ/СПИДа требует некоторой адаптации к формату многих существующих СМИ. Александр Герасимов, главный редактор радиостанции «Сити-FM», заявил о необходимости «подвешивания морковки», интересного информационного повода, привлекающего легкомысленные СМИ. По мнению Дмитрия Троицкого, генерального продюсера ТНТ, лучшим мотивом для СМИ помогать делу борьбы со СПИДом может стать личная убежденность. По его словам, медицинская комиссия, которую проходят все участники реалити-шоу на ТНТ, выявила двух ВИЧ-инфицированных молодых людей из десяти обследованных. После этого руководство компании приняло решение показывать социальные ролики о СПИДе пять раз в день и даже создало на канале новую должность — координатора по ВИЧ-пропаганде. Александр Роднянский, генеральный директор телеканала СТС, сообщил, что в 2006 году медиа-партнерство обеспечило пять тысяч выходов информационных роликов по теме ВИЧ/СПИДа в телеэфире и четыре тысячи в радиоэфире.

• **Кузбасс. 25.10.2006.** В Кузбассе проведен мониторинг программы «Молодежь и СПИД: равный обучает равного». Координатор программ по ВИЧ Российского Красного Креста Елена Вяльба, координатор молодежных программ по ВИЧ Международной Федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца Екатерина Полоскова и менеджер программ по ВИЧ Британского Красного Креста Ольга Джумаева посетили Кемеровское региональное отделение Общероссийской общественной организации «Российский Красный Крест». Цель визита — мониторинг программы «Молодежь и СПИД: равный обучает равного», встреча с руководителями центров по профилактике СПИДа, семинары-тренинги в учреждениях интернатного типа, проводимые инструкторами-волонтерами. Программа реализуется на территории Кемеровской области с 2005 года с целью формирования навыков безопасного поведения молодежи в отношении ВИЧ/СПИДа, наркомании и ИППП

по принципу «равный—равному». Уникальность программы в ее интерактивности. В течение года инструкторы-волонтеры проводят цикл из десяти тренингов в одной группе, на которых ребята получают информацию о ВИЧ, ИППП, наркомании, приобретают навыки безопасного поведения, учатся разрешать конфликтные и кризисные ситуации.

• **Украина. 25.10.2006.** Организация «Трансатлантические партнеры против СПИДа» (ТППС) отмечает необходимость внедрения национальной стратегии борьбы с ВИЧ для предотвращения распространения ВИЧ/СПИДа среди женщин и детей. Как сообщила на пресс-конференции директор программ ТППС в Украине Татьяна Билык, об этом идет речь в специальном докладе «Эпидемия ВИЧ/СПИДа среди женщин и детей: ситуативный анализ и рекомендации правительства Украины». Презентуя доклад, Билык отметила, что этот документ подготовлен ТППС и экспертами в области ВИЧ/СПИДа. Доклад предлагает ситуативный анализ, рекомендации, статистику и прогнозы для должностных лиц и законодателей. В документе отмечается необходимость решения проблемы быстрого распространения ВИЧ среди детей и женщин. «Это уникальный доклад для людей, которые принимают решения, и всех, кто не безразличен и также работает в этом направлении», — сказала она. По ее словам, выводы, приведенные в докладе, будут представлены представителям правительства, в том числе Министерству здравоохранения, Министерству по делам семьи, молодежи и спорту, Украинскому Центру профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом, Верховной Раде Украины, а также негосударственным организациям, которые ведут борьбу с эпидемией ВИЧ/СПИДа. Билык сообщила, что рекомендации, приведенные в докладе, включают: разработку четкой стратегии профилактики распространения ВИЧ среди женщин и детей; обеспечение доступа к лечению и осмотру для ВИЧ-положительных женщин и их детей, мониторинг и оценку мер, которые осуществляются в сфере ВИЧ/СПИДа; создание нормативно-правовой базы, которая бы отвечала международным стандартам. Документ разрабатывался 9 месяцев. Она подчеркнула, что для эффективного предотвращения быстрого распространения ВИЧ среди женщин и детей необходимо принять немедленные меры и реализовать разработанные рекомендации для должностных лиц в ближайшие 12 месяцев. Билык констатировала, что в Украине стремительными темпами растет количество детей и женщин, которые живут с ВИЧ/СПИДом. «Мы надеемся, что этот доклад спасет больше чем одну жизнь. Правительство должно взять под контроль разработку единой национальной стратегии, которая предусмотрит баланс мероприятий по профилактике и лечению ВИЧ, также обеспечит общественной контроль этих мероприятий», — отметила она. В Украине с 1987 года по состоянию на 1 июня 2006 года официально зарегистрировано 88 439 ВИЧ-положительных людей, среди них — 10 977 детей. Ежемесячно через сеть специализированных лечебно-профилактических учреждений регистрируется свыше 1135 новых случаев инфицирования. Наибольшее количество ВИЧ-инфицированных в возрастной группе от 20 до 39 лет.

• **Беларусь. 31.10.2006.** В белорусском телевизионном эфире стартовала серия ток-шоу, посвященная проблеме ВИЧ/СПИДа. Первое ток-шоу состоялось в прямом эфире Витебского телевидения. Вскоре ток-шоу на эту тему увидят жители Лиды, Светлогорска, Солигорска, Могилева, Жлобина и Пинска. Серия ток-шоу — часть информационной кампании «Остановить СПИД. Выполнить обещание», которая реализуется проектом ПРООН «Профилактика и лечение ВИЧ/СПИДа в Республике Беларусь». Ток-шоу выходят в вечернем эфире, что позволит собрать большую зрительскую аудиторию.



Сайты фонда «Шаги»

и газеты «Шаги экспресс»

www.stepsfund.ru

www.hiv-aids.ru

8 800 200 5555

РАВНЫЙ-РАВНОМУ
ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ-ПОЛОЖИТЕЛЬНОМУ

ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ

«ШАГИ»

www.hiv-aids.ru



I'm positive