

ШАГИ

№ 1 / 2007

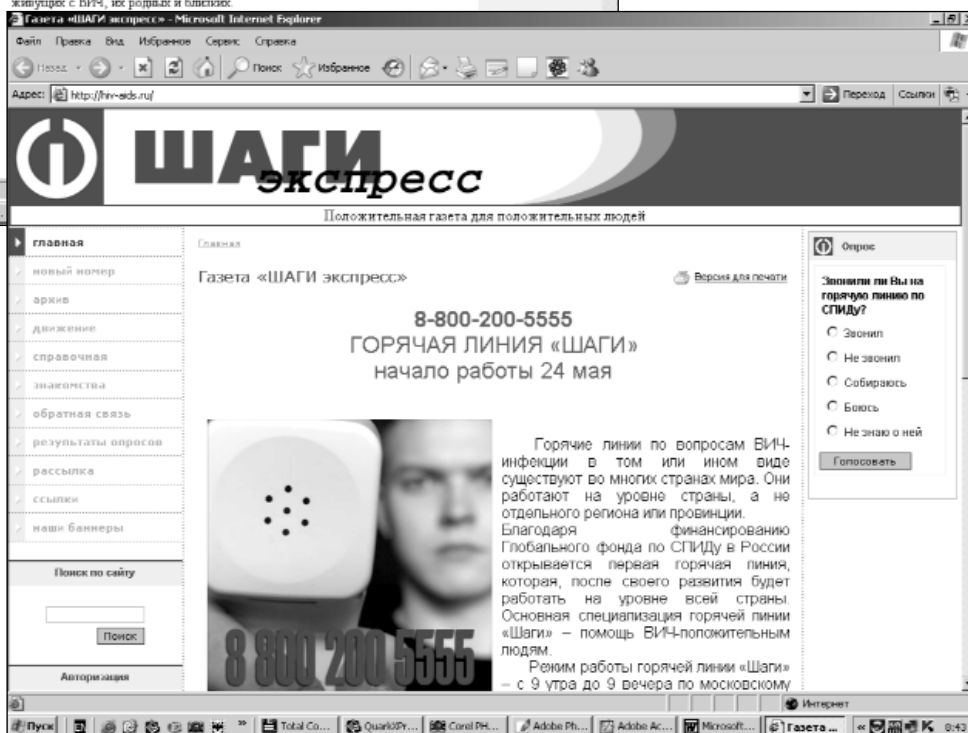
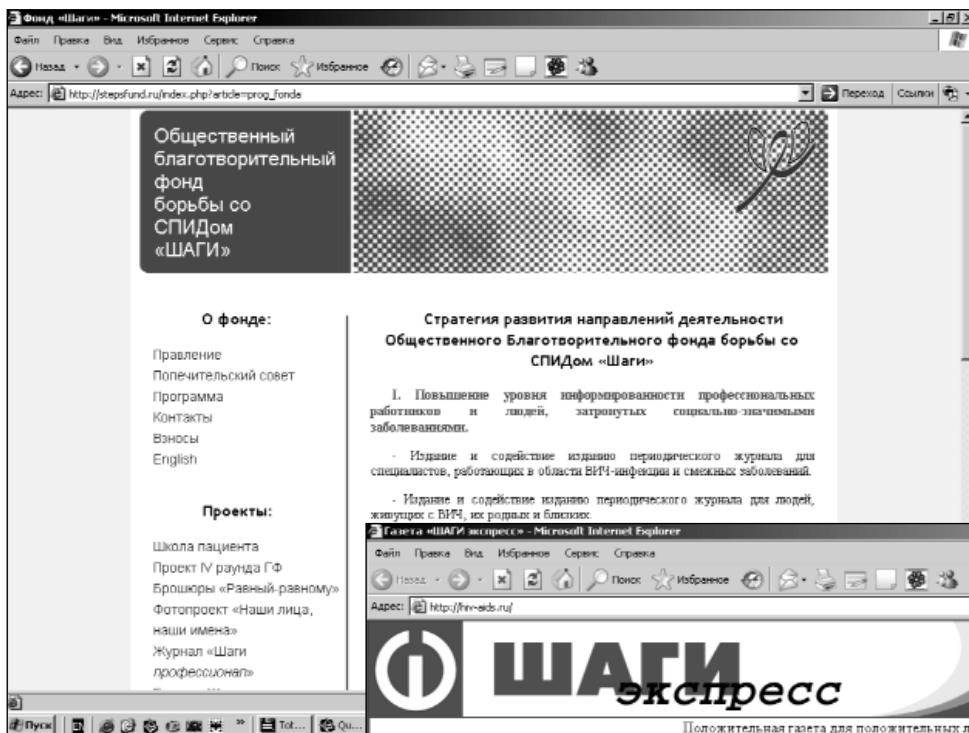
профессионал

*«Чтобы остановить
ВИЧ-эпидемию в России,
требуется объединенные усилия
государственных и общественных
организаций».*

Стр. 34



Михаил Наркевич



Сайты фонда «Шаги» и газеты «Шаги экспресс»

www.stepsfund.ru

www.hiv-aids.ru

СОДЕРЖАНИЕ

Чем запомнился нам год минувший...	2
Михаил Наркевич: «Чтобы остановить ВИЧ-эпидемию в России, требуются объединенные усилия государственных и общественных организаций»	34
Исследования	
Исследование уровня знаний медицинских работников системы здравоохранения по вопросам ВИЧ-инфекции в девяти регионах Российской Федерации	40
Маркетинговый анализ ассортимента целевого сегмента фармацевтического рынка России – антиретровирусных препаратов для лечения ВИЧ-инфицированных пациентов Н.Б. Дремова	52
Медицинские потребности и проблемы МСМ (окончание) Ю. Саранков	58
Рабочие совещания	
Протокол Рабочего совещания по подведению итогов работы по выполнению приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения по вопросам ВИЧ/СПИДа и гепатитов В и С (06.12.2006 г.)	70
Психологу на заметку	
Подросток и ВИЧ	78
Общество	
Певец Юрий Лоза призывает изолировать ВИЧ-инфицированных	87
Статистика	
Справка Российского научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом о ситуации ВИЧ-инфекции на 31 декабря 2006 года	94
Вести отовсюду	56, 69, 77, 86, 93, 96

«ШАГИ профессионал» № 1 (5) 2007 г.

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

Главный редактор: В.А. Пчелин.

Редакционный совет: В.В. Покровский, 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.

Чем запомнился нам год минувший...

2006 год стал во многом переломным в решении проблем ВИЧ-инфекции в стране. Очень важным фактом стало принятие на уровне Президента и Председателя правительства РФ политических и экономических решений, позволяющих провести качественные и количественные изменения в организации работы по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции, в том числе:

- заседание Президиума Госсовета РФ «О неотложных мерах по борьбе с распространением ВИЧ-инфекции в Российской Федерации»;
- создание комиссии при Правительстве РФ по вопросам профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции;
- выделение в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» значительных средств из федерального бюджета для реализации проекта «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ»;
- обсуждение вопросов ВИЧ-инфекции в рамках саммита стран «Группы восьми» в Санкт-Петербурге;
- парламентские слушания «О совершенствовании законодательства в сфере предупреждения распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»;
- проведение первой региональной конференции по вопросам ВИЧ/СПИД в странах Восточной Европы и Центральной Азии;
- проведение Международной парламентской конференции «ВИЧ/СПИД в странах Евразии и роль «Группы восьми» в борьбе с эпидемией» и др.

Январь 2006

• **Роспотребнадзор представил приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения на 2006—2007 годы.** Проект состоит из трех направлений: развитие первичной медицинской помощи; обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью и реализация информационной поддержки и управление проектом.

• **Правительство утвердило список бесплатных препаратов для людей с ВИЧ.** Соответствующее постановление подписал премьер-министр Михаил Фрадков. Поскольку из свободной продажи исчезли препараты для лечения людей с ВИЧ (Минздравсоцразвития в конце 2005 года вычеркнуло их из списков безрецептурных лекарств), наличие таких средств в аптеках и больницах стало жизненно важной необходимостью. Именно поэтому правительство утвердило Правила закупки в регионах препаратов для ВИЧ-положительных. Кроме того, утвержден полный перечень этих лекарств. В него вошли 20 препаратов, в том числе и те, которые раньше не предназначались для льготного отпуска.

• **Группе ученых из США удалось впервые создать трехмерную модель структуры вируса иммунодефицита человека.** Об этом заявили сотрудники исследовательской группы Оксфордского университета.

Из-за изменчивости размера и формы вируса сделать это до сих пор не удавалось. Исследователи из Великобритании и Германии сделали около сотни фотоснимков вируса, в 60 раз усту-

пающего по размеру красным кровяным тельцам, затем они скомбинировали изображения и получили трехмерную модель ВИЧ. По словам профессора Оксфордского университета Стефана Фуллера, создание трехмерной модели вируса поможет ученым понять, как развивается ВИЧ.

В интервью Би-би-си профессор Фуллер рассказал, что ВИЧ очень разнообразен. Диаметр одного вируса запросто может в три раза превосходить диаметр другого. «Вы можете попросить меня показать вам структуру вируса, но вопрос в том — какую из структур вы хотите увидеть», — сказал Фуллер.

Группа исследователей из Оксфордского университета, а также университетов Мюнхена и Гейдельберга попыталась решить проблему. Они фотографировали вирус под разным углом. Всего они сделали около 100 снимков 70 вирусов, после чего стали искать сходства. Несмотря на всю изменчивость ВИЧ, ученым удалось выявить ряд закономерностей. Так, удалось выяснить, что вирус имеет конусообразную форму.

Снаружи вирус обладает шипами, которые позволяют ему прикрепляться к клеткам иммунной системы, иначе называемым иммунными. Оказалось также, что в отличие от многих других вирусов, чей размер определяется их внутренней структурой, размер вируса иммунодефицита человека определяется диаметром внешней мембраны. По мнению ученых, это ограничивает возможности развития вируса.

«Выяснив, как вирус развивается, мы сможем исследовать структуру этого болезнетворного организма и понять причины его изменчи-

ности», — сказал профессор Фуллер. По его словам, эта информация может быть полезной для разработки более эффективной терапии против ВИЧ. Однако ученый признал, что от создания трехмерного изображения вируса до изобретения лекарства от СПИДа очень далеко.

- **Стартовала Всероссийская кампания «Оставайтесь людьми!» солидарности с людьми, живущими с ВИЧ.** Кампания пройдет в 10 регионах России: Москве, Нижнем Новгороде, Санкт-Петербурге, Красноярском крае, республиках Бурятия и Татарстан, Вологодской, Оренбургской, Псковской, Тверской и Томской областях.

Кампания «Оставайтесь людьми!» проводится по инициативе Фонда социального развития и охраны здоровья «Фокус-Медиа» при консультативной поддержке организации «СПИД Фонд Восток—Запад» (AFEW) в сотрудничестве с партнером кампании в Нижегородской области общественной организацией «Право на жизнь».

Основная задача кампании — преодоление страхов и негативного отношения общества к людям с ВИЧ, через распространение достоверной информации о ВИЧ-инфекции и способах ее передачи.

Как показали результаты исследований, проведенных в 10-ти регионах России, люди старше 40 лет особенно негативно относятся к ВИЧ-положительным: чаще испытывают страх, гнев и отвращение, чаще выступают за изоляцию ВИЧ-инфицированных от общества. По мнению специалистов, это связано, прежде всего, с неправильными представлениями о путях передачи вируса. Именно поэтому в качестве целевой аудитории кампании были выбраны мужчины и женщины в возрасте от 25 до 50 лет. Поскольку мнение старших является авторитетным для молодого поколения, организаторы рассчитывают, что аудитория в возрасте до 25 лет также включится в информационную кампанию через старшее поколение.

Материалы кампании, разработанные Фондом социального развития и охраны здоровья «Фокус-Медиа» при консультативной поддержке организации «СПИД Фонд Восток—Запад», построены на историях людей, так или иначе затронутых эпидемией. Помимо традиционных информационных носителей (аудио- и видеоролики, информационные буклеты и плакаты), будут проводиться специальные акции в супермаркетах, магазинах, аптеках, а также конкурс публикаций в СМИ.

- **Россия приняла решение о внесении до 2008 г. дополнительного взноса в размере 20 млн. долларов в Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией.** Россия взяла на себя обязательство внести в фонд в 2002—2006 гг. 20 млн. долларов, из которых к январю 2006 года было перечислено 15 млн. Россия в период председа-

тельства в «Большой восьмерке» в 2006 году намерена обеспечить преемственность деятельности «Группы восьми» на африканском направлении.

- **Подписана декларация по вопросам ВИЧ/СПИДа в сфере труда.** Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Координационный совет объединений работодателей России (КСОРР) и Федерация независимых профсоюзов России (члены Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений) призвали объединить усилия в борьбе с распространением СПИДа, сотрудничать в деле профилактики эпидемии на рабочих местах.

В декларации, подписанной министром здравоохранения и социального развития Михаилом Зурабовым, председателем КСОРР Олегом Еремеевым и председателем ФНПР Михаилом Шмаковым, эпидемия СПИДа названа «потенциальной угрозой для работников, предприятий и национальной экономики».

В 2005 году в России число людей с ВИЧ было более чем в 45 раз выше, чем в 1997 году. По оценкам МОТ, при таком росте экономически активное население страны может сократиться к 2015 году на 1,1 млн. человек, а к 2050 году — на 2,1 миллиона.

Представители сторон, подписавших декларацию, подчеркнули необходимость разработки и проведения на предприятиях и в организациях программы профилактики и просвещения, противодействия дискриминации работников, живущих с ВИЧ, оказания им поддержки, в том числе обеспечение ухода, консультирования, добровольного тестирования, а также доступа к антиретровирусному лечению.

Цель проекта МОТ и Министерства труда США «Программа просвещения по вопросам ВИЧ/СПИДа на рабочих местах» — содействовать профилактике ВИЧ-инфекции в сфере труда путем внедрения новой модели политики предприятий и модели изменения поведения работников, адаптированных к условиям России. В рамках проекта ряду пилотных предприятий различных отраслей в Мурманской и Московской областях будет оказана помощь в разработке политики и обучающих программ в отношении ВИЧ-положительных работников.

- **Гранты на борьбу со СПИДом освобождены от налогов.** Постановлением Правительства России от 21 января 2006 г. № 24 расширен перечень грантов, которые не учитываются при расчете налога на прибыль. Новшеств два. Первое — перечень иностранных и международных организаций, гранты которых не облагаются налогом, теперь состоит из 92 пунктов (а не 88, как раньше). В него включены: Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца (Швейцария); Глобальный фонд по борьбе со

СПИДом, туберкулезом и малярией (Швейцария); Фонд Фольксваген (Германия); Организация Черноморского экономического сотрудничества (Турция).

Второе изменение – дополнен список целей, на которые могут выделяться необлагаемые гранты. В него попали такие мероприятия, как охрана здоровья населения, защита прав и свобод человека, социальное обслуживание малоимущих и незащищенных граждан. Все эти поправки внесены в постановление Правительства России от 24 декабря 2002 г. № 923 и утвержденный им перечень грантодателей.

Февраль 2006

- **Объявлено место проведения конференции 2008 года.** XVII Международная конференция по СПИДу пройдет 3–8 августа 2008 года в Мехико. Об этом сообщил президент Международного общества по борьбе со СПИДом аргентинец Педро Кан. По его словам, ожидается, что на форум в Мехико придут около 20 тысяч человек – ученые, врачи, политики, представители международных организаций, различных общественных объединений и фондов.

Международная конференция по СПИДу проводится раз в два года. В 2006 году местом проведения крупнейшей мировой встречи, на которой обсуждаются проблемы борьбы с пандемией, станет Торонто (Канада).

По данным ООН, в Латинской Америке в 2005 году от СПИДа скончались 66 тыс. человек, 1,8 млн. жителей латиноамериканского континента живут с ВИЧ. Во всем мире 40 млн. ВИЧ-положительных. В 2005 году 3 млн. умерли от СПИДа.

- **Санкт-Петербургский СПИД-центр планируется расширить.** Как заявила Валентина Матвиенко, в связи с ростом количества ВИЧ-инфицированных, центр планируется расширить за счет располагающегося рядом здания бывшей детской больницы. Оно сгорело 8 лет назад и сейчас заброшено. Город выделит 5 млн. рублей на создание проекта реконструкции этого здания, который должен быть завершен в течение года. Валентина Матвиенко также обратила внимание на необходимость дополнительного страхования медицинских работников центра.

- **В национальном проекте «Здоровье» обнаружилась масса недоработок.** По словам министра здравоохранения Челябинской области Виктора Шепелева реализация проекта началась при «отсутствии общей концепции», которая сейчас вырабатывается в рабочем порядке. То есть изначально проект был запущен в «черновом» варианте, а уже сейчас, когда стали появляться вопросы, их пытаются разрешить на месте собственными силами. Однако тут и возникает

масса неразрешимых проблем. Прежде всего, отсутствует нормативно-правовая база, на основании которой производится ряд выплат. Например, не решен вопрос по дополнительным выплатам участковым врачам и медсестрам по ведомственным больницам и медучреждениям закрытых территорий. «Забыли» и про сотрудников службы скорой помощи и фельдшеров – будут ли они получать дополнительные деньги, а если будут, то когда. До сих пор не поступили деньги из федерального бюджета и на лечение таких заболеваний, как ВИЧ-инфекция, группы гепатитов, а также на диспансеризацию населения. И таких «ляпов», по словам министра, множество.

- **Комитет Государственной Думы по охране здоровья провел парламентские слушания на тему: «О совершенствовании законодательства в сфере предупреждения распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».** Во вступительном слове председатель Комитета Государственной Думы по охране здоровья Т.В. Яковлева отметила:

- «Проблема ВИЧ/СПИДа признана как одна из наиболее серьезных угроз человечеству. Один из главных аргументов – распространение этой инфекции не удалось пока стабилизировать. Число инфицированных растет, и эпидемия поражает, прежде всего, трудовые ресурсы».

- «Руководство страны придает большое значение этой проблеме. Президент Российской Федерации неоднократно заявлял об угрозе СПИДа, прежде всего, для безопасности страны».

- «В настоящее время готовится заседание Государственного Совета Российской Федерации на тему: «О неотложных мерах по борьбе с распространением ВИЧ-инфекции в Российской Федерации».

- «Тема борьбы со СПИДом будет обсуждаться на встрече лидеров стран «большой восьмерки», которая пройдет в 2006 году».

Т.В. Яковлева поставила перед участниками слушаний задачу «выработать конкретные предложения, которые могут лечь в основу решений Государственного Совета Российской Федерации, а также могли бы быть использованы при подготовке заседаний глав государств «большой восьмерки» по обсуждаемой проблеме».

- **Опубликованы утвержденные Президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов направления основных мероприятий и параметров приоритетного национального проекта «Здоровье» (протокол № 2 от 21 декабря 2005 г.).**

Приоритетный национальный проект «Здоровье» включает в себя направления: «Развитие первичной медико-санитарной помощи» и «Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью». В частности, по нап-

равлению «Проведение мероприятий по профилактике, выявлению и лечению ВИЧ-инфицированных» Правительством Российской Федерации определяется перечень лиц, подлежащих обязательному обследованию на ВИЧ-инфекцию. За два года будет обследовано 40 млн. человек и пролечено 30 тыс. ВИЧ-инфицированных. Будут проведены мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С в наиболее социально уязвимых группах населения. На эти цели на два года предусматривается 10,8 млрд. рублей, в том числе в 2006 году — 3,1 млрд. рублей, из них 1,6 млрд. рублей на лечение 15 тыс. ВИЧ-инфицированных и инфицированных вирусом гепатита С.

Март 2006

- **Минюст РФ обнародовал данные о смертности в местах лишения свободы.** Министр юстиции России Юрий Чайка сообщил, что смертность в местах лишения свободы среди заключенных в РФ увеличилась за 2005 год на 12%, а число должностных преступлений — почти вдвое, то есть на 87%. «С получением статуса самостоятельной федеральной службы в 2005 году в уголовно-исполнительной системе наметились негативные тенденции, в том числе в сфере соблюдения прав человека», — подчеркнул глава Минюста, выступая на расширенной коллегии министерства с участием Президента РФ. По данным ГУИН, две трети российских заключенных страдают серьезными заболеваниями — от ВИЧ-инфекции до психических расстройств. В настоящее время в местах лишения свободы содержится более 500 тыс. больных, в том числе страдающих социально значимыми заболеваниями: 35 тыс. ВИЧ-инфицированных, более 58 тыс. больных туберкулезом, свыше 55 тыс. страдающих хроническим алкоголизмом, 86 тыс. — наркоманией, более 120 тыс. — психическими расстройствами. Всего в колониях и следственных изоляторах страны содержатся более 700 тыс. человек.

- **Священников учат консультировать людей с ВИЧ.** В рамках программы Русской православной церкви по профилактике и борьбе с распространением ВИЧ/СПИДа начался обучающий курс по проблемам консультирования людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, для священнослужителей и православных специалистов. Двухнедельный курс организован совместно Российским Круглым столом при Отделе внешних церковных связей и Российским Православным Университетом святого апостола Иоанна Богослова. Основная цель семинара — подготовка православных специалистов для оказания психологической и духовной поддержки людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, и их близким, обу-

чение навыкам психологического консультирования. В обучающем курсе приняли участие более 30 представителей из различных епархий Русской православной церкви, которые работают в области профилактики распространения ВИЧ/СПИДа и наркомании.

- **Директор Глобального фонда по борьбе со СПИДом подал в отставку.** Ричард Фичем, исполнительный директор Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, в своем заявлении объявил о том, что уходит в отставку с конца июля 2006 года. Глобальный фонд существует уже четыре года, за которые он получил от стран заявки на финансирование общей суммой 8,5 млрд. долларов, и выделил 4,9 млрд. долларов на борьбу с заболеваниями в 131 стране. Фичем заявил, что на его решение об отставке повлияли как профессиональные, так и личные причины. Он продолжит работать исполнительным директором оставшееся время, чтобы «обеспечить адекватный и организованный переходный период».

- **Мисс Вселенная сдала тест на ВИЧ и призвала последовать ее примеру.** Пройти тест на ВИЧ призвала всех молодых россиян Мисс Вселенная—2005 Наталья Глебова. Канадка российского происхождения, Глебова прибыла в Москву в рамках глобальной информационной кампании по борьбе и профилактике СПИДа. «Наиболее уязвимы перед заболеванием молодые люди, — отметила она на пресс-конференции. — Более 80% ВИЧ-положительных моложе 30 лет».

В рамках своего визита в Москву Наталья Глебова встретила с людьми, живущими с ВИЧ, в московском общественном центре людей, живущих с ВИЧ, «Позитив». Чтобы мотивировать людей узнать свой ВИЧ-статус она сама публично сдала кровь на ВИЧ в одной из московских клиник.

Организация «Мисс Вселенная» занимается проблемой борьбы со СПИДом уже семь лет. «И каждая новая «Мисс Вселенная» занимается этой проблемой. Недостаток информированности о СПИДе, а также дискриминация ВИЧ-положительных людей в обществе входит в число наиболее серьезных проблем, которые нам предстоит решить для того, чтобы воспрепятствовать дальнейшему распространению эпидемии СПИДа, в частности, в России, и улучшить жизнь людей, живущих с ВИЧ», — сказала Глебова.

«Я призываю молодых россиян, которые наиболее уязвимы перед эпидемией, помочь остановить распространение СПИДа. Каждый может внести свой вклад в борьбу со СПИДом — пройти тестирование, больше узнать о проблеме и о том, как предотвратить передачу вируса, а также быть толерантными по отношению к людям, живущим с ВИЧ», — заявила Глебова.

- **Вышли первые номера газеты для ВИЧ-положительных «Шаги экспресс» и журнала для организаций, работающих в области ВИЧ/СПИДа «Шаги профессионал».** Эти издания выпускает Общественный благотворительный фонд борьбы со СПИДом «Шаги» при поддержке фонда «Российское здравоохранение» в рамках проекта IV раунда Глобального фонда. Кроме того, журнал «Шаги профессионал» также поддерживает фармкомпания «ГлаксоСмитКляйн», профинансировавшая его первый номер.

Газету «Шаги экспресс» планируется выпускать два раза в месяц общим тиражом 8 тыс. экземпляров и бесплатно распространять по регионам России, входящим в проект IV раунда Глобального фонда.

Журнал «Шаги профессионал» планируется выпускать раз в два месяца общим тиражом 1000 экземпляров и бесплатно распространять по всем СПИД-центрам России, а также некоммерческим и государственным организациям, работающим в области ВИЧ/СПИДа.

- **Терапия против ВИЧ стала в два раза дешевле.** «В России в 2006 году стоимость антиретровирусной терапии для людей с ВИЧ снизилась до 1500 долларов, что в два раза дешевле по сравнению с прошлым годом», — заявил на пресс-конференции заместитель министра здравоохранения и социального развития РФ Владимир Стародубов. По его словам, в 2006 году в терапии нуждаются 15 тыс. ВИЧ-положительных россиян. «В 2005 году нуждающихся в лечении ВИЧ-инфицированных людей было только 5 тысяч», — отметил Стародубов. Замминистра также сообщил, что за время эпидемии к началу нынешнего года от СПИДа погибло около 20 тыс. россиян. В основном это молодые люди в возрасте от 18 до 25 лет.

- **Роспотребнадзор создает центр по вакцине против ВИЧ.** На пресс-конференции в Санкт-Петербурге было заявлено, что Роспотребнадзор планирует выступить с предложением создать в Петербурге субрегиональный центр по разработке и испытанию вакцины против ВИЧ. «Этим может заниматься консорциум на базе Санкт-Петербургского университета совместно с научно-исследовательскими институтами в Москве», — сказал глава Роспотребнадзора Геннадий Онищенко. По словам главного санитарного врача России, эпидемия ВИЧ/СПИДа на территории бывшего Советского Союза имеет специфический характер. «Идет специфическая эпидемия, которая отстает от всех остальных эпидемий (в других странах мира) на 10 лет, имеет социальные особенности и свои штаммы», — сказал Онищенко. Он отметил, что проблема СПИДа станет одной из тем, которые планируется обсудить на саммите Большой восьмерки в Петербурге.

Кроме того, Онищенко сообщил, что в 2006 году около тысячи петербуржцев, живущих с ВИЧ, будут обеспечены лекарствами. «В этом году мы обеспечим лекарствами и диагностикумами около тысячи ВИЧ-положительных в Петербурге. В прошлом году мы лечили всего 68 пациентов», — сказал Онищенко. По его словам, Санкт-Петербург входит в десятку субъектов федерации, признанных неблагополучными по ВИЧ. Онищенко также отметил, что всего в 2006 году в рамках программы по лечению людей с ВИЧ из федерального бюджета будет выделено 4 миллиарда рублей. «Основная сумма пойдет на лечение», — отметил Онищенко. Он также сообщил, что стоимость курса лечения одного ВИЧ-инфицированного пациента на профилактическом этапе составляет в текущем году около 1,5–1,7 тыс. долларов.

- **В Москве проходит заседание экспертов и высших должностных лиц по подготовке встречи министров здравоохранения стран G-8.** По сообщению Минздравсоцразвития России, в заседании участвует более 60 экспертов от Великобритании, Германии, Италии, Канады, России, США, Франции, Японии и ЕС (Европейская Комиссия и Австралия). Открывая заседание, заместитель министра здравоохранения и социального развития РФ Владимир Стародубов отметил, что вопросы, предлагаемые на обсуждение на саммите G-8 актуальны и своевременны для всех стран. «В настоящее время очень важно выработать механизм взаимодействия всех заинтересованных сторон по исследованию и противодействию инфекционным заболеваниям, в том числе борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом, малярией, птичьим гриппом», — подчеркнул Стародубов.

- **Всемирный банк приостановил реализацию проекта по профилактике туберкулеза и ВИЧ/СПИДа в Украине.** Всемирный банк принял решение приостановить предоставление займа в размере 60 млн. долларов на реализацию проекта «Контроль за туберкулезом и ВИЧ/СПИДом в Украине» в связи с тем, что прогресс при его внедрении является недостаточным. После двух лет воплощения проекта, украинским правительством было использовано только 2% от общей суммы займа. «Всемирный банк прибегает к такому шагу, т.к. проекту не удалось значительным образом повлиять на возрастающую в Украине и соседних государствах угрозу распространения туберкулеза и ВИЧ/СПИДа», — заявил директор Всемирного банка по делам Украины, Беларуси и Молдовы Поль Бермингхем. Во Всемирном банке напоминают, что Украина, где ВИЧ/СПИДом инфицировано более 1% взрослого населения, имеет один из наибольших показателей распространения болезни в Европе. Цель проекта состояла в том, чтобы остановить распространение туберкулеза и ВИЧ/СПИДа

благодаря применению проверенных методов профилактики, диагностики и лечения. Кроме того, проект был ориентирован на группы риска, к которым относятся потребители инъекционных наркотиков, работники секс-индустрии и заключенные.

- **Споры о методах профилактики ВИЧ-инфекции вышли на уровень президента.** Мосгордума просит главу государства ограничить деятельность международных некоммерческих организаций, которые занимаются реализацией программ по профилактике ВИЧ-инфекции. Столичные парламентарии приняли обращение к Владимиру Путину, в котором говорится, что многие программы противоречат общественной нравственности и систематически нарушают права несовершеннолетних. Московские законодатели считают, что должна быть разработана сугубо отечественная программа борьбы со СПИДом. На обращение Мосгордумы НКО отреагировали незамедлительно. Открытый институт здоровья в ответ на заявление Московской городской думы подготовил открытое письмо.

- **Четвертый ежегодный саммит «Бизнес против СПИДа».** Более 100 лидеров бизнеса и государственных деятелей выразили солидарность и поддержку борьбе против СПИДа в России на четвертом ежегодном бизнес-саммите «Бизнес против СПИДа» в Москве. Мероприятие было организовано Общероссийской общественной организацией «Деловая Россия», Национальной ассоциацией «Бизнес против СПИДа» и организацией «Трансатлантические партнеры против СПИДа» (ТППС). Руководители российских и международных компаний совместно с государственными деятелями обсудили на саммите возможности делового сообщества по участию в борьбе с ВИЧ/СПИДом и в усовершенствовании системы здравоохранения; аспекты, связанные с защитой своих сотрудников и экономических интересов, а также с решением важных общественных вопросов, таких как ВИЧ/СПИД, в своих сообществах.

Председатель Общероссийской общественной организации «Деловая Россия» Борис Титов призвал лидеров бизнеса принять участие в борьбе с ВИЧ/СПИДом в компаниях путем принятия политики по ВИЧ и проведению профилактических программ. «ВИЧ/СПИД является неотложной проблемой для экономики и требует всестороннего подхода как от компаний, которые работают в нашей стране, так и от российского правительства. Мы с удовлетворением отмечаем увеличение числа компаний, которые принимают шаги с тем, чтобы обуздать эпидемию ВИЧ, путем принятия политики недискриминации и проведения тренингов по ВИЧ/СПИДу на рабочих местах», — заявил Б. Титов.

Участники саммита обсудили доказавшие свою эффективность модели участия бизнеса и

возможность создания государственно-частного партнерства в борьбе против ВИЧ/СПИДа в рамках корпоративной социальной ответственности. Они также призвали к осуществлению профилактических программ для сотрудников, активно взаимодействовать с местными сообществами, поддерживать инновационные партнерства с организациями гражданского общества, способствовать развитию производства отечественными производителями лекарственных препаратов для лечения людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, и развивать сотрудничество между государством и частным сектором.

Во время саммита ряд компаний, включая Ассоциацию предприятий текстильной и легкой промышленности «Восток-Сервис», компанию «Coca-Cola» и «DaimlerChrysler», представили успешный опыт в реализации программ на рабочих местах и в сообществах. Сопредседатель организации «Деловая Россия», президент «Восток-Сервис» и председатель Национальной ассоциации «Бизнес против СПИДа» Владимир Головнев заявил: «Эпидемия ВИЧ/СПИДа вызывает значительные экономические последствия и может негативно повлиять на конкурентоспособность российских компаний. Вложения, потраченные на программы по ВИЧ/СПИДу на рабочих местах, являются инвестицией в будущее компании — факт, с которым трудно спорить».

- **Президент РФ В.В. Путин провел заседание Президиума Государственного совета.** На заседании обсуждались неотложные меры по борьбе с распространением ВИЧ-инфекции в России.

Во вступительном слове В.В. Путин остановился на тенденциях и угрозах развития эпидемии ВИЧ/СПИДа в России и мире, подчеркнув что «заболевание СПИДом — это факт медицинский, а причины болезни, как правило, носят социальный характер» и «такая тревожная ситуация требует адекватных мер реагирования, требует не созерцательного, а деятельного отношения, причем со стороны всего российского общества».



Апрель 2006, Москва. Госсовет «О неотложных мерах по борьбе с распространением ВИЧ-инфекции в РФ».

Напомнив о значительных средствах, предусмотренных в рамках национального проекта «Здравоохранение» на профилактику, диагностику и лечение людей, живущих с ВИЧ, В.В. Путин подчеркнул, что задача стоит более широкая — «снизить до минимума темпы распространения СПИДа» и предложил обсудить следующие вопросы:

- разработку долгосрочной стратегии по борьбе с эпидемией и преодолению ее последствий;

- организацию четкого и объективного мониторинга эпидемии, отвечающего единым международным подходам;

- координацию деятельности федеральных министерств и ведомств, в частности создание при Правительстве РФ специальной комиссии по проблемам ВИЧ-инфекции;

- совершенствование законодательства в сфере борьбы со СПИДом;

- просветительскую работу.

«Понятно, что бюджетных денег на все не хватает. Поэтому нужно активнее привлекать к просветительской работе и представителей бизнеса, политические партии, структуры гражданского общества. Такая практика широко используется и в других странах мира», — сказал Президент. В.В. Путин также отметил, что проблема СПИДа по инициативе России будет внесена и в повестку предстоящего саммита «восьмерки», который состоится в июле в Санкт-Петербурге.

- **Споры о профилактике, инициированные Мосгордумой, не утихают.** На первом телеканале прошла программа В. Познера «Времена», полностью посвященная проблеме СПИДа, на которой присутствовали компетентные и высокопоставленные в данной сфере люди. Свою программу ведущий закончил следующим: «Я вообще активно и много лет занимаюсь темой ВИЧ/СПИДа в России. Только за последний год я объехал 14 городов. В каждом из этих городов я выступаю на местном телевидении с ток-шоу по поводу положения с ВИЧ/СПИДом именно в этом регионе, в этом городе. Говорят, что суммарно посмотрело вот эти программы 25 млн. человек. А цель, понимаете сами, какая — во-первых, чтобы не дискриминировали этих людей, снять стигматизацию с них, чтобы они могли жить нормальной жизнью, чтобы все понимали, что группа риска — это каждый из нас. Ну, и так далее — объяснить положение, потому что лечить, конечно, как вы понимаете, это не мое дело. Так вот эти поездки, эти выступления — это стоит денег. Деньги нам не Мосгордума дает, ну, понятно конечно, я не в Москве выступаю. Да и местные законодательные органы не дают деньги, нам и федеральные власти не дают деньги. А кто же дает деньги? А в данном конкретном случае, совершенно конкретная некоммерческая организация «PSI», да американская,

ужас, какой, да? Вот она дает деньги на это, чтобы я мог эту работу делать.

Хочу обратить внимание на то, что русский человек заболевает СПИДом точно так же, как китаец или американец, и точно так же умирает, все то же самое, никаких особых отличий нет. И когда говорят о каких-то специальных, особых культурных традициях, мне кажется, что вводят нас в заблуждение, причем вполне преднамеренно. Скажу жестче, это касается тех людей, кто убеждает нас с вами, что Запад не заинтересован в том, чтобы мы с вами были здоровыми. Мне кажется, что это специально подбрасывают дрова в огонь шовинизма, национализма и ксенофобии, который сейчас горит в нашей с вами стране. На мой взгляд, я бы таких людей не допускал к законодательной деятельности, и во многих странах их не допускают. К сожалению, у нас такого закона нет. Вот такие «Времена».

- **Гордума Екатеринбурга призывает разрешить ВИЧ-положительным усыновлять детей с ВИЧ.** Депутаты Екатеринбургской городской думы по предложению управления здравоохранения городской администрации приняли пакет обращений к федеральным органам власти и органам власти Свердловской области. Эти обращения касаются решения вопроса по устройству детей, оставшихся без попечения родителей и находящихся в стационарах детских лечебно-профилактических учреждений Екатеринбурга. На уровне федерации гордума совместно с горздравом предлагают разрешить семьям людей с ВИЧ усыновлять ВИЧ-положительных детей, а также принять закон о патронатном воспитании (то есть, если семья будет брать на воспитание отказного ребенка, то она будет получать средства на его содержание и так называемую заработную плату); ввести меры наказания для родителей, которые отказываются от детей; упростить процедуру усыновления; снизить возрастную ценз для детей, которые могут находиться в приютах (составляющий ныне 4 года); изменить штатное расписание в стационарах лечебно-профилактических учреждений (то есть ввести должности педагогов и воспитателей). Среди прочих мер по решению проблемы социального сиротства, городские власти намерены провести социологическое исследование в Екатеринбурге по причинам отказа от детей среди населения.

- **В Центральном федеральном округе создается объединенная сеть людей, живущих с ВИЧ.** В Тверской области завершился форум людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, из Центрального федерального округа. В мероприятии приняли участие более сорока человек из Москвы, Московской области, Костромы, Брянска, Орла, Воронежа, Рязани, Твери и Калуги. Кроме того, в форуме с целью обмена опытом участвовали представители Приволжской сети ЛЖВС и объ-

единений ЛЖВС Южного и Северо-Западного федеральных округов.

В течение двух дней для участников форума было проведено два тренинга по темам «Группы взаимопомощи» и «Коммуникация». Следующие два дня были посвящены самому форуму и вопросу создания сети ЛЖВС в Центральном федеральном округе. Необходимость объединения была признана всеми участниками обсуждения, после этого развернулась дискуссия о членстве в объединении, его структуре и т.д. Каждый из представленных на форуме регионов выбрал представителя в координационный региональный совет объединения ЛЖВС, а члены этого координационного совета, в свою очередь, выбрали представителя в координационный совет Всероссийского объединения.

Май 2006

• **В Москве прошла Международная конференция по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии «Принимая вызов».** В работе конференции приняли участие 1500 представителей из 47 стран мира.

На открытии выступили министр здравоохранения и социального развития РФ Михаил Зурабов, главный санитарный врач России Геннадий Онищенко, председатель Комитета Государственной Думы по охране здоровья Татьяна Яковлева, заместитель министра иностранных дел Игорь Яковенко, президент Российской академии ТВ Владимир Познер.

По мнению присутствовавшего на конференции помощника Президента РФ Игоря Шувалова, вопрос борьбы с инфекционными заболеваниями, в том числе со СПИДом, является одним из ключевых в повестке предстоящего в июне саммита Большой восьмерки.

Последние данные о развитии эпидемии ВИЧ/СПИДа в мире представил в своем выступлении Питер Пиот, исполнительный директор Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС). Он отметил, что за последний год 3 млн. человек начали получать антиретровирусную терапию.

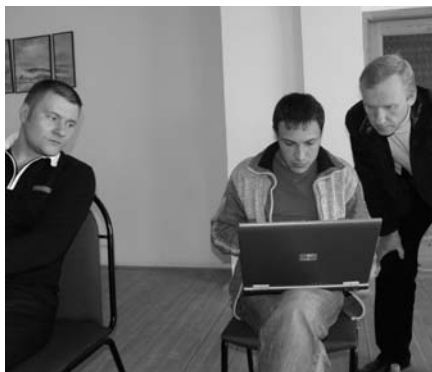
Участники конференции также обсудили вопросы профилактики ВИЧ/СПИДа. Эдуард Карамов, заведующий лабораторией молекулярной биологии ВИЧ Института иммунологии Минздравсоцразвития, обобщил российский опыт усилий в разработке вакцины против ВИЧ. По его словам, программы по разработке вакцины ведутся в Москве, Санкт-Петербурге и Новосибирске. Российская Федерация участвует в работе Глобального центра по разработке вакцин, созданного по инициативе Большой восьмерки и объединяющего 40 ученых со всего мира.

К конференции было приурочено проведение нескольких акций, посвященных памяти умерших от ВИЧ/СПИДа.

• **Госдума одобрила поправки в закон о наркотических средствах.** Госдума приняла в первом чтении поправки в закон «О наркотических средствах и психотропных веществах», направленные на упорядочение деятельности органов власти в сфере профилактики наркомании. Законопроект, внесенный депутатами Валентиной Ивановой, Анатолием Семенченко и Евгением Ройzmanом, поддержали единогласно 410 парламентариев. Авторы предложили дополнить закон о наркотических средствах новыми понятиями: «профилактика наркомании» и «антинаркотическая пропаганда». Под профилактикой понимается «совокупность мероприятий политического, правового, социального, культурного, медицинского, экономического, педагогического и иного характера, направленных на предупреждение появления и распространения причин и условий, способствующих возникновению у граждан наркомании».

Антинаркотическая пропаганда определяется как «распространение и разъяснение взглядов и знаний, направленных на формирование у граждан стремления к здоровому образу жизни и негативного отношения к незаконному потреблению наркотических средств и психотропных веществ».

По мнению авторов, четкое определение понятий «профилактика наркомании» и «антинаркотическая пропаганда» будет способствовать «более полному и своевременному выявлению и



Апрель 2006, Карачарово (Тверская обл.). Форум ЛЖВ Центрального административного округа.

привлечению к лечению и социально-медицинской реабилитации лиц, злоупотребляющих наркотиками, а также больных наркоманией». Депутаты убеждены, что реализация этих мер позволит остановить рост, а в последующем и уменьшить спрос населения на наркотические средства, находящиеся в незаконном обороте, уменьшить распространение ВИЧ, гепатитов и других инфекционных заболеваний.

• **Новые препараты против ВИЧ будут отпускаться по бесплатным рецептам.** Вступил в силу приказ Минздравсоцразвития РФ от 02.05.2006 № 324, согласно которому вносятся изменения в «Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи». В частности, раздел перечня «Противовирусные средства» дополнен рядом новых препаратов, в том числе антиретровирусных, для лечения ВИЧ-инфекции.

Среди препаратов против ВИЧ, которые были одобрены для назначения россиянам с ВИЧ, есть несколько нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы: жевательные таблетки диданозина (торговое название Видекс), раствор и таблетки ламивудина (торговое название Эпивир), капсулы с ламивудином и зидовудином (торговое название Комбивир). В список внесена суспензия невирапина (торговое название Вирумун) и капсулы эфавиренца (торговое название Стокрин), относящиеся к классу ненуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы. Из класса ингибиторов обратной транскриптазы в список добавлены: капсулы индинавира (торговое название Криксиван), порошок и таблетки нелфинавира (торговое название Вирасепт), капсулы ритонавира (торговое название Норвир), капсулы саквинавира (торговое название Фортоваза). Все эти препараты уже давно и успешно используются в составе комбинированной антиретровирусной терапии для лечения людей с ВИЧ.

В список внесен и относительно новый препарат, пока единственный представитель класса

ингибиторов слияния или фузии — энфувиртид (Фузеон). Это единственный антиретровирусный препарат, который применяется в виде инъекций, и в первую очередь он предназначен людям с резистентностью (устойчивостью) ВИЧ к препаратам других классов.

• **Начала работу первая общероссийская Горячая линия «Равный—равному» 8-800-200-5555.** Горячая линия «Шаги» была открыта Общественным благотворительным фондом борьбы со СПИДом «Шаги» при финансовой поддержке фонда «Российское здравоохранение» в рамках проекта IV раунда Глобального фонда. Это первая общероссийская Горячая линия по принципу «Равный—равному», где абонент не платит за междугородний звонок. На Горячей линии работают, в основном, ВИЧ-положительные консультанты. Режим работы: с 9 утра до 9 вечера по московскому времени.

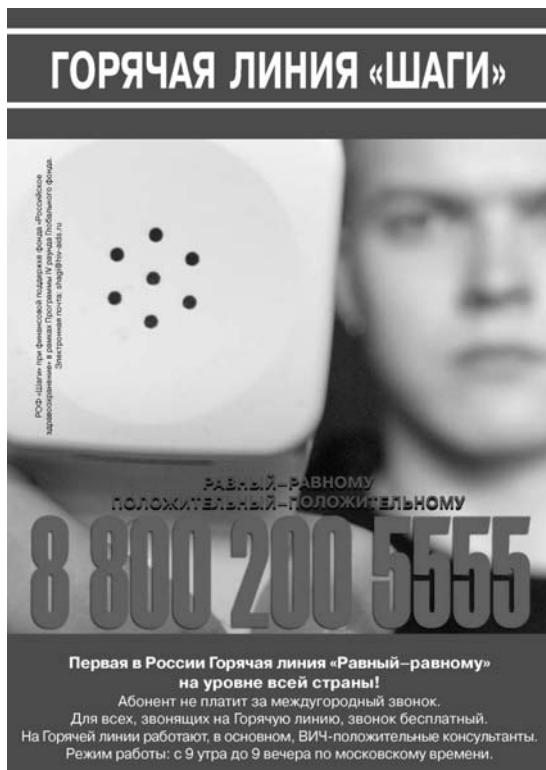
Кроме основной своей функции — помощи звонящим людям — Горячая линия будет регулярно публиковать статистику, для того чтобы организации, работающие как в области профилактики, так и помощи ВИЧ-положительным людям и их близким, смогли более эффективно планировать и реализовывать свои программы.

Июнь 2006

• **Специальная сессия по СПИДу Генеральной ассамблеи ООН (UNGASS) в Нью-Йорке.** Активисты обвиняют богатые страны-доноры в том, что они видят цели по борьбе со СПИДом, такие как «3 к 5» (попытка обеспечить 3 млн. людей с ВИЧ лечением к 2005 году) только как угрозу доходам. В рамках саммита запланировано принятие декларации, которая стала результатом очень длительных переговоров, точнее результатом конфликта между представителями США и представителями других стран, которые не могли разделить ответственность за достижение глобальной цели — обеспечить лечением людей с ВИЧ к 2010 году. Представители США также активно сопротивлялись включению в декларацию пунктов по правам «уязвимых групп» и уве-



Май 2006, Москва. Первая Международная конференция по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии.



Постер Горячей линии
«Равный—равному» 8-800-200-5555

личению возможностей для женщин. В результате активистов возмутил «беззубый» текст декларации, что привело к открытому конфликту во время встречи.

- **Министр здравоохранения Украины сообщает об успешных переговорах с минздравом США, Всемирным банком и Глобальным фондом.** Украина и США подписали двустороннее соглашение о сотрудничестве Министерства здравоохранения Украины и Министерства здравоохранения и социального развития США по приоритетным программам в сфере охраны здоровья. Министр здравоохранения Украины Юрий Поляченко рассказал об итогах своей встречи с министром здравоохранения США Майклом Левиттом. По словам министра, соглашение предусматривает постоянную совместную рабочую группу экспертов по каждому из направлений, а также обмен специалистами и обучение украинских специалистов в США, поставки необходимого оборудования и техническую помощь, а также сотрудничество в случае возникновения чрезвычайных ситуаций. Кроме того, во время визита Поляченко провел встречу с представителями Глобального фонда, Всемирного банка, Всемирной организации здравоохранения и других международных структур. Он сообщил, что в переговорах со Всемирным банком стороны достигли согласия по размораживанию замороженного два месяца назад кредита на борьбу с ВИЧ и туберкулезом. Помимо этого была достигнута договоренность о создании совместной рабочей группы по работе с кредитом, а также проведены

предварительные переговоры по кредитам на другие программы. Поляченко также сообщил об успешных переговорах с Глобальным фондом по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией и намерении Минздрава подготовить еще одну заявку на получение средств Фонда.

- **Принято заявление Международной парламентской конференции «ВИЧ/СПИД в странах Евразии и роль «Группы восьми» в борьбе с эпидемией».** Заявление содержит предложения по укреплению мер по борьбе с ВИЧ/СПИДом в рамках «Группы восьми», а также программ, осуществляемых правительствами других стран и международными организациями. Участники конференции призвали лидеров стран «Группы восьми» обеспечить приоритетный статус решениям по предотвращению дальнейшего распространения ВИЧ/СПИДа в Евразии и укрепить стратегическое сотрудничество в сфере ВИЧ/СПИДа в этом регионе. В конференции приняли участие более 50 парламентариев и высокопоставленных лиц из стран-участниц «Группы восьми», СНГ, Индии, Китая и Бразилии, а также представители международных организаций, которые вносят вклад в формирование национальной, региональной и международной политики в области борьбы с ВИЧ/СПИДом.

- **Глава Минздравсоцразвития обещает увеличить тестирование населения на ВИЧ.** На пресс-конференции в Перми глава Минздравсоцразвития Михаил Зурабов заявил о том, что в рамках российской программы по борьбе с ВИЧ/СПИДом одной из главных мер является увеличение объемов диагностики ВИЧ-инфекции. Особое внимание будет уделяться диагностике уязвимых групп. Как сообщил М. Зурабов, тестированием планируется на 100% охватить беременных женщин. ВИЧ-положительные женщины во время беременности будут снабжаться терапией, снижающей риск передачи вируса ребенку до 2–3%. Министр также отметил, что среди разных групп людей с ВИЧ сложнее всего будет предоставить доступ к лечению наркозависимым, которые редко проходят тестирование.

По словам М. Зурабова, профилактические мероприятия в рамках первого этапа национального проекта по здравоохранению будут в основном направлены на информирование населения о способах профилактики ВИЧ, на диагностику со всеобщим тестированием беременных женщин и как можно более полным охватом людей, потребляющих наркотики, а также на выработку в обществе терпимого отношения к ВИЧ-положительным.

- **Российские ВИЧ-положительные в некоторых регионах остались без лекарств.** В некоторых регионах России катастрофически не хватает препаратов антиретровирусной (АРВ) терапии для поддержания ВИЧ-инфицированных. За

последние несколько месяцев по меньшей мере два человека умерли, не дождавшись лекарств. По словам руководителя РОО «Сообщество людей, живущих с ВИЧ» Михаила Рукавишника, «в последнее время, как из сообществ, так и непосредственно от больных поступает множество писем с жалобами (в частности, из Ростова-на-Дону, Башкортостана, Воронежа, Махачкалы, Хабаровска). Из-за нехватки лекарств в СПИД-центрах кто-то не принимает их вообще, у кого-то постоянно меняются схемы лечения. А даже незначительные перебои в приеме лекарств могут привести к выработке устойчивости вируса к лекарству. Следствием резистентности к одной комбинации препаратов очень часто становится устойчивость к другой. После этого шансы на выживание у ВИЧ-положительного резко падают». Кроме того, по словам Рукавишника, если не остановить эту тенденцию, Россия «вскоре может стать поставщиком резистентной к лекарствам формы вируса на весь мир».

• **ВИЧ-положительные активисты города Орел зарегистрировали общественную организацию.** На сегодняшний день эта единственная региональная общественная организация в Орловской области, которая занимается проблемами ВИЧ/СПИДа. Приоритетными направлениями вновь созданной организации являются создание и поддержка социальных сервисов для людей, живущих с ВИЧ, например, такие как группа взаимопомощи, профессиональная психологическая помощь и юридическая поддержка, создание в СПИД-центре кабинета «равного консультирования», а также разработка информационных материалов для людей, живущих с ВИЧ. Помимо создания и поддержки социальных сервисов в планах организации пропаганда комплекса знаний по здоровому образу жизни, направленных на профилактику социально значимых заболеваний, создание адекватного отношения к проблемам ВИЧ/СПИДа у населения области, для уменьшения стигмы и дискриминации в отношении людей, живущих с ВИЧ, а



Июль 2006, Москва. Секционное заседание по проектам Глобального фонда.

также соблюдения прав человека в области ВИЧ/СПИДа.

• **В Москве прошла межрегиональная встреча представителей команд проекта «Лечение, уход и поддержка лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом».** В первый день встречи расширение доступа к ВААРТ в РФ обсуждали специалисты из региональных служб здравоохранения, российских и международных организаций и других учреждений, вовлеченных в процесс оказания помощи ВИЧ-положительным пациентам. На встречу были приглашены представители сообществ ЛЖВС.

Из докладов представителей региональных СПИД-центров стало очевидно, что даже при наличии лекарств в регионах существуют серьезные препятствия доступу к лечению для нуждающихся в нем. Специалисты охарактеризовали это препятствие как «нежелание пациентов лечиться». Впоследствии, в дискуссиях, многие международные и национальные специалисты, пытаясь конкретизировать проблему, не смогли прийти к однозначному пониманию путей ее решения. Не найдя в ходе оживленной дискуссии ответа на вопрос «почему «не хотят»?», организаторы обратились к представителям сообщества людей, живущих с ВИЧ, присутствовавших на встрече, с просьбой помочь специалистам выйти из тупиковой ситуации. После недолгой, но интенсивной подготовки, были разработаны тезисы, описывающие те недостатки организации помощи, которые и являются, по мнению представителей сообществ, препятствием к получению лечения.

Несмотря на то, что это была неожиданная презентация в конце трудного рабочего дня, она вызвала неожиданно живую реакцию у почти заснувших участников. Некоторые из высказываний, прозвучавшие непосредственно по окончании презентации пациентов с ВИЧ, обнаружили замешательство специалистов, вызванное тем, что впервые им указали на то, что именно они делают «не так».

Организаторы предложили участникам серьезно подумать над этими вопросами и, по возможности, обсудить их в течение второго дня работы в группах. Представитель ВОЗ в России, Акрам Элтом, предложил включить в повестку дня обязательное обсуждение того, каким образом представители сообщества ЛЖВС должны быть включены в процесс принятия решений по предоставлению лечения ВИЧ-инфекции.

Июль 2006

• **В США одобрена терапия против ВИЧ в одной таблетке.** Как сообщает NAM, Администрация США по пищевым продуктам и лекарственным препаратам (FDA) заявила об испытательном одобрении первого препарата, объединяющего три лекарственных вещества, для лечения

ВИЧ-инфекции у взрослых. Таблетка включает в себя три антиретровирусных препарата — Эпивир (ламивудин), Ретровир (зидовудин) и Вирамун (невирапин). Испытательное одобрение означает, что хотя существующие патенты не позволяют одобрить этот препарат для применения в США, он соответствует всем стандартам Администрации по клинической безопасности и эффективности. Таблетка с фиксированной дозой препаратов, производится индийской компанией «Ауробиндо Фарма», т.е. является дженериком, произведенным без патентов, обладателями которого являются крупные фармацевтические компании. Планируется, что препарат будет поставляться в 15 стран в рамках Чрезвычайного президентского плана по борьбе со СПИДом (PEPFAR).

«Сегодняшнее одобрение является очень серьезным шагом в нашей приверженности быстро предоставить жизненно необходимые препараты против ВИЧ/СПИДа людям, которые остро нуждаются в них в развивающихся странах, — заявил Майкл Ливитт, секретарь службы здоровья и населения. — Эта новая таблетка содержит ламивудин, зидовудин и невирапин, что упрощает лечение ВИЧ-1, так как у многих людей возникают проблемы с соблюдением режима лечения из нескольких препаратов».

В 2004 году Администрация выпустила руководство для производителей, призывающее их к разработке фиксированных комбинаций и комбинированных препаратов ранее одобренных режимов терапии против ВИЧ-инфекции. Данный препарат будет приниматься по одной таблетке дважды в день, после того как человек в течение двух недель принимал препараты по отдельности.

• **Консолидация усилий по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции в РФ.** В Москве прошло совещание о ходе реализации инициативы «Координация в действии: применение «трех ключевых принципов» эффективного противодействия ВИЧ/СПИДу в РФ». В рамках этой инициативы ЮНЭЙДС в течение года оказывало поддержку Правительству РФ и другим партнерам (среди которых и люди, живущие с ВИЧ) по следующим направлениям: разработка национальной стратегии по предотвращению распространения ВИЧ/СПИДа, разработка единой межведомственной системы действий, разработка и внедрение единой согласованной системы мониторинга и оценки и подготовки специалистов.

В совещании приняли участие представители Минздравсоцразвития (Г.Ч. Махакова), Государственной Думы (М.И. Гришанков), ООН, гражданского общества и др. Обсуждению главным образом подлежали результаты годичной реализации инициативы, а также дальнейшие планы.

В докладе представителя Российского объединения людей, живущих с ВИЧ, было заявлено

о создании Приволжского, Южного, Северо-Западного и Центрального объединений людей, живущих с ВИЧ, а также о полной готовности ЛЖВС участвовать в противодействии эпидемии ВИЧ-инфекции в сотрудничестве с Минздравсоцразвития и другими ведомствами. Также было подчеркнуто, что именно ВИЧ-положительные люди являются самой высоко мотивированной стороной в деле повышения качества медицинских и немедицинских сервисов для ЛЖВС, и что потенциал ЛЖВС как в предоставлении сервисов (например, равное консультирование), так и в оценке качества различных сервисов и программ очень велик. В качестве примера снова была приведена ситуация с перебоями в предоставлении антиретровирусного лечения в регионах, на которую представители сообщества достаточно быстро и скоординированно отреагировали, что позволило донести эту информацию в виде письменных обращений до ответственных государственных структур.

• **В рамках нацпроекта «Здоровье» финансирование обследования и лечения гепатита и ВИЧ-инфекции будет увеличено в 2007 году до 7,8 млрд. рублей.** Об этом сообщила директор департамента Минздравсоцразвития РФ Галина Махакова, выступая на совещании по реализации объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу. По ее словам, в течение 2007 г. смогут пройти обследование на выявление гепатита В и С и СПИДа около 20 млн. человек. «Лечение за счет средств федерального бюджета получают 30 тыс. человек», — сказала директор департамента, уточнив, что это в два раза больше по сравнению с этим годом.

Минздравсоцразвития и ООН подписали дополнительный протокол о сотрудничестве по объединенной программе ООН «Координация в действии», который продлевает срок действия проекта до 31 декабря 2008 года. В рамках проекта ЮНЭЙДС оказывает поддержку правительству РФ и партнерам в области противодействия ВИЧ/СПИДа в разработке национальной стратегии предотвращения распространения инфекции, координации действий и внедрению единой системы мониторинга и подготовки специалистов.

• **Всеобщий доступ ВИЧ-позитивных к лекарствам В.В. Путин обещает к 2010 году.** «До 2010 года у всех ВИЧ-инфицированных людей на планете будет доступ к необходимым лекарствам», — заявил Президент РФ Владимир Путин на встрече глав государств «Группы восьми» с участниками «Юношеской восьмерки». Такое заявление российский президент сделал в ответ на выступление юного представителя Франции. «Все, кто заразился СПИДом — люди. Мы все равны, и нельзя допускать дискриминации», — заявил французский подросток. По его мнению, уже давно можно было бы побороть многие ин-

фекционные заболевания, например, такие, как туберкулез, если обеспечить всех нуждающихся лекарствами.

• По итогам саммита в Санкт-Петербурге лидеры стран «Группы восьми» приняли итоговый документ «Борьба с инфекционными болезнями». Документ состоит из семи разделов, каждый из которых посвящен конкретной медицинской проблеме:

- укрепление глобальной сети по надзору и мониторингу инфекционных болезней;
- борьба с высокопатогенным гриппом птиц и повышение международной готовности к пандемии гриппа;
- борьба с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией;
- искоренение полиомиелита;
- корь и другие заболевания, управляемые средствами иммунопрофилактики;
- доступ к профилактике и лечению;
- предотвращение и борьба с эпидемическими последствиями стихийных бедствий и техногенных катастроф.

Лидеры стран «восьмерки» договорились укрепить международное сотрудничество в области надзора и мониторинга за инфекционными болезнями. Сотрудничество предполагает наращивание потенциала лабораторий и взаимодействие всех стран в своевременном и прозрачном обмене образцами вирусов и другой информацией, относящейся к инфекционным болезням.

В документе подчеркнута необходимость интенсификации научных исследований в области изучения инфекционных болезней и подчеркивается необходимость вовлечения ученых из развивающихся стран в международные научно-исследовательские программы.

Документ «большой восьмерки» утверждает, что борьба со СПИДом остается приоритетной задачей.

«ВИЧ/СПИД, туберкулез и малярия каждый год становятся причиной миллионов смертей, которые можно предотвратить, и препятствуют социально-экономическому развитию многих стран, — говорится в документе. — Мы призываем всех заинтересованных партнеров принять активное участие в разработке четырехлетней стратегии Глобального фонда по борьбе со СПИДом и к мобилизации средств для пополнения его ресурсов в 2006–2007 годах».

В документе также расширены приоритеты Большой восьмерки по борьбе со СПИДом, которые включают не только лечение ВИЧ-инфекции, но и профилактику. Кроме того, отмечена необходимость совершенствования доступа к профилактике и лечению инфекционных болезней для всех нуждающихся через поддержку программ, направленных на укрепление систем здравоохранения, а также обучение, трудоустройство и предотвращение утечки квалифицированных медицинских работников. В доку-

менте говорится, что лидеры признают проблему сокращения медицинского персонала в бедных странах, и будут поддерживать усилия по борьбе с ней.

• На лечение людей с ВИЧ не хватает средств. ВИЧ-положительные в России могут остаться без адекватной лекарственной терапии. Главный санитарный врач страны Геннадий Онищенко сообщил журналистам, что пока удалось закупить лишь препараты из базового курса. По его словам, в этом году была проведена «нерыночная» работа по снижению цен на препараты. «Мы получили глухое, но очень существенное сопротивление. Нам не удалось провести торги по целому ряду препаратов, — сказал главный санитарный врач. — Банальные препараты купили, а по более дорогим и универсальным торги были провалены. Новые торги намечены на 27–28 июля, однако денег на их проведение может не хватить». Отсутствием средств Геннадий Онищенко также объяснил тот факт, что из 362 тысяч ВИЧ-положительных в нашей стране лекарства получают всего 15 тысяч.

• Продолжается работа Горячей линии по ВИЧ/СПИДу «Равный—равному» 8-800-200-5555. За 50 дней работы на нее поступило 3710 звонков, преимущественно из Москвы, Московской области, Краснодарского края, Ленинградской, Омской, Челябинской, Саратовской, Свердловской областей и Республики Татарстан. Большую часть звонивших составили мужчины — 64%. Из них 68% обратились за «равной» помощью, 13% — с вопросами, касающимися профилактики, более 15% звонков поступило от близких или родственников ВИЧ-положительных. По возрастному принципу звонки распределились следующим образом: до 18 лет — 8%, 19–25 лет — 40%, 26–35 лет — 35%, после 36 — 17% звонков. Более 10% абонентов сообщили, что применяют антиретровирусную терапию или собираются это сделать в ближайшее время. Самый продолжительный звонок длился около полутора часов.

Горячая линия 8-800-200-5555 была открыта в мае Общественным благотворительным фондом борьбы со СПИДом «Шаги» при поддержке фонда «Российское здравоохранение» в рамках проекта IV раунда Глобального фонда. Это первая общероссийская Горячая линия по принципу «Равный—равному», где абонент не платит за междугородный звонок. Консультантами выступают, в основном, ВИЧ-позитивные.

Август 2006

• В Твери создана самоорганизация людей, живущих с ВИЧ. В Твери официально зарегистрирован и начал работу благотворительный фонд «Тверская альтернатива». Фонд является

итогом многолетней работы, проведенной ВИЧ-позитивными активистами Тверского региона. «Мы команда людей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции, и специалистов, которые приняли решение совместно работать для повышения уровня жизни людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, в Твери и Тверской области» — звучит миссия организации. Благотворительный фонд «Тверская альтернатива» образовался, когда ВИЧ-позитивные сотрудники СПИД-сервисных НКО, равные консультанты, активисты группы взаимопомощи «Лестница» и медицинские специалисты увидели необходимость в формальном и юридическом объединении для наиболее эффективной реализации своих целей: поддержке и развитии медико-социального сопровождения ЛЖВС в Твери и Тверской области, развитии и поддержке групп взаимопомощи, формировании активной жизненной позиции по отношению к диагнозу у ЛЖВС, повышении уровня информированности по вопросам жизни с ВИЧ у ЛЖВС, снижении уровня стигмы в обществе по отношению к ЛЖВС, защите прав ЛЖВС в Тверском регионе.

- **В Торонто начала работу XVI Международная конференция по СПИДу.** Более 24 тысяч человек собрались в Торонто на конференции, посвященной борьбе с ВИЧ-инфекцией и СПИДом. На этой конференции ученые обещали порадовать общественность «хорошими новостями», связанных с разработкой кремов и гелей, которые помогут женщинам защитить себя от ВИЧ-инфекции, а также с гипотезой, что обрезание может послужить надежной защитой от СПИДа. В конференции принимают участие медики, ученые, а также активисты со всего мира. В том числе в Торонто в полном составе отправился Координационный совет Всероссийского объединения ЛЖВС.

- **Состоялось очередное заседание Координационного совета по проблемам ВИЧ/СПИДа Минздрава России.** На заседании было рассмотрено четыре темы, одна из которых вызвала очень бурное обсуждение. Это был доклад об информационных кампаниях по профилак-

тике ВИЧ-инфекции, реализуемых в рамках «Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения». В частности в рамках данного проекта еженедельно на канале ТНТ выходит телепередача «СПИД. Скорая помощь». О данной программе в ВИЧ-позитивном сообществе сложилось неоднозначное мнение. Но участники Координационного совета интересовались главным образом не содержанием передачи, а то, каким образом были выбран канал ТНТ и время — 8.30. Для всех очевидно, что программа по профилактике ВИЧ-инфекции, рассчитанная главным образом на молодежь, вряд ли может достичь своей аудитории в это время (молодежь либо еще спит, либо уже учится или работает).

Кроме телепередачи в рамках проекта выпущена реклама (как на телевидении, так и печатная), призывающая население звонить на бесплатный номер Горячей линии, на котором операторы дадут координаты городского СПИД-центра. Однако консультации по вопросам ВИЧ/СПИДа или перенаправление в общественные организации, предоставляющие консультирование или на группу взаимопомощи операторы не производят. А отследить какое количество позвонивших обратилось потом в центры СПИДа не представляется возможным.

В связи с этим Г. Онищенко предложил исполнителям данного направления проекта ГУП «Медицина для Вас» обратиться за консультативной помощью в Общественный фонд борьбы со СПИДом «Шаги», уже имеющий опыт в работе Горячей линии 8-800-200-5555 «Равный — равному», и найти наиболее продуктивные пути решения для устранения недостатков в работе национальной Горячей линии.

Сентябрь 2006

- **АРВ-терапия в регионах IV раунда Глобального фонда.** В рамках программы «Развитие стратегии лечения населения Российской Федерации, уязвимого к ВИЧ/СПИДу» в девяти регионах (Алтайский край, Волгоградская, Иркутская, Калининградская, Саратовская, Свердлов-



Август 2006, Торонто (Канада). На XVI Международной конференции по СПИДу.

ловская, Челябинская, Ленинградская области и Краснодарский край) в 2006 году планируется предоставление АРВ-терапии для людей, живущих с ВИЧ. Однако фонд «Российское здравоохранение», реализующий данную программу, столкнулся с рядом проблем, в виду чего до сих пор не все препараты поступили в регионы. Главным образом сложности возникают на таможне, где большая часть препаратов находится уже в течение двух месяцев, в то время как состояние некоторых ВИЧ-положительных людей в регионах ухудшается с каждым днем.

• **Власти Петербурга выделяют более 156 млн. рублей на борьбу со СПИДом.** «Правительство Санкт-Петербурга на финансирование петербургской программы «Анти-ВИЧ/СПИД» на 2007–2009 годы из бюджета города выделит 156,2 млн. рублей, — сообщил председатель комитета по здравоохранению Юрий Щербук на очередном заседании правительства Петербурга. — В течение трех лет на реализацию мероприятий плана из бюджета города будет затрачено 156,2 млн. рублей. При этом в 2007 году будет выделено 59,5 млн. рублей, в 2008 году — 53,8 млн. рублей, а в 2009 году — 51,9 млн. рублей. Кроме того, в рамках программы «ГЛОБУС» в специализированные медицинские учреждения Петербурга будут поступать оборудование и препараты для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции».

Принятая программа на 2007–2009 годы направлена на профилактику и развитие системы информирования населения по проблемам профилактики ВИЧ, а также на обеспечение безопасности донорской крови, приобретение оборудования и препаратов для людей, живущих с ВИЧ, проведение активной противовирусной терапии детям с ВИЧ-инфекцией, профилактику передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку и экстренную химиопрофилактику лиц, подвергшихся риску заражения при исполнении служебных обязанностей.

Юрий Щербук отметил, что в настоящее время Петербург занимает пятое место среди субъектов РФ с наиболее высоким уровнем заболеваемости ВИЧ. Власти города рассчитывают, что реализация программы приведет к замедлению темпов распространения ВИЧ-инфекции в группах риска и предотвращению широкого распространения инфекции среди жителей.

• **Один год национальным проектам.** Год назад, 5 сентября 2005 года Президент России Владимир Путин объявил о старте четырех национальных проектов, которые должны были в короткие сроки решить наиболее острые проблемы в четырех важнейших социально-экономических сферах — здравоохранении, образовании, жилищном строительстве и сельском хозяйстве. И теперь представители государственной власти, общественности, а также эксперт-

ного сообщества собрались в Москве на заседание «круглого стола», чтобы обсудить первые итоги их реализации.

Эксперты сошлись во мнении, что за прошедший год состоялась «разведка боем», которая вскрыла наиболее острые проблемы, которые тормозят выполнение национальных проектов. Многие говорили, что необходимо выработать совершенно иной механизм их реализации и определить точные и ясные цели, а также сроки исполнения проектов. Так, Леонид Рошаль заявил, что «здравоохранение должно быть вечным проектом. Это только начало. Обязательно будут положительные сдвиги, но хотелось бы, чтобы коэффициент полезного действия от таких проектов был во много крат выше».

• **Прикамье продолжает ждать препараты антиретровирусной терапии по нацпроекту.** Поставки препаратов и тест-систем для профилактики и лечения ВИЧ-инфекции по национальному проекту «Здоровье» обеспечены в Прикамье менее чем наполовину.

Сегодня только часть людей с ВИЧ, нуждающихся в лечении, получают необходимые препараты. «Это действительно так, — поясняет «Известиям» главный врач областного СПИД-центра Камил Хафизов. — Препараты по национальному проекту «Здоровье» на сегодня нам поступили лишь на 30%, тест-системы — на 50%. Еще в начале года мы планировали вывести на лечение по показаниям около 200 человек — пациентов из Пермского края и 70 пациентов мы должны были начать лечить в местах заключения». По федеральному закону специфическое лечение всем пациентам должно проводиться за счет государства. Национальный проект «Здоровье» в разделе борьбы с эпидемией ВИЧ-инфекции призван обеспечить всех нуждающихся необходимыми препаратами. Но, как заявил «Известиям» Камил Хафизов, по программе «Здоровье» изначально не прописан четкий график поставки медикаментов, просто указано, что они должны поступить до 31 декабря 2006 года.

«Прерывать лечение, — сказал главный врач ОЦ СПИД, — небезопасно, поэтому мы говорим пациентам, что ему надо начинать принимать препараты, но не назначаем их до полного обеспечения по проекту. Мы надеемся начать лечить этих людей до конца года. В 2007 планируем вывести на лечение по программе «Здоровье» уже 500 человек. Те 30 человек, которым препараты финансируются по областной целевой программе, получают лекарства без перебоев».

Пациентка областного центра по профилактике СПИД Елена рассказала «Известиям», что она не может устроиться на работу, потому что ей необходимо лечиться. При этом препараты ей не выписывают из-за проблем с поставками. «Я не могу устроиться на работу, потому что начало лечения может быть связано с трудностями, побочными эффектами. Я не рискую искать рабо-

ту, чтобы не увольняться сразу, как только начну принимать таблетки», — говорит Елена.

При этом, по статистике, сегодня в Прикамье официально зарегистрировано 6553 случая ВИЧ-инфекции, каждый пятнадцатый получил диагноз уже в 2006 году. Рост числа людей с ВИЧ в этом году идет более интенсивно, чем в 2005-м, заявляют эпидемиологи ОЦ СПИД.

• **Горячая линия и индивидуальное сопровождение для ВИЧ-положительных потребителей наркотиков.** В Москве начался проект по повышению готовности к лечению потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), живущих с ВИЧ. Под лечением понимается не только антиретровирусная терапия, но и лечение оппортунистических инфекций и попросту наблюдение у врача. Также в спектр услуг входит и нарколо-гическая помощь и лечение гепатита С. Ключевым моментом программы является клиенто-ориентированный подход, т.е. изначально оцениваются потребности и возможности клиента и уже после этого составляется план сопровождения.

По словам Дарьи Очерет, руководителя благотворительного фонда развития взаимопомощи «Колодец», в настоящий момент в стране готовности к лечению нет: происходят перебои в лечении и т.д., на законодательном уровне запрещены программы заместительной терапии для ПИН, являющиеся необходимым компонентом в условиях, когда 70% нуждающихся в лечении — потребители наркотиков. Медицинские структуры также не готовы к лечению ВИЧ-положительных (компетенция врачей оставляет желать лучшего), и не готовы сами люди. «Поэтому целевой группой данного проекта являются именно люди, которым мы можем предложить руку помощи. Мы можем предложить информацию, можем помочь человеку первый раз съездить в СПИД-центр», — рассказывает Д. Очерет. — Чтобы получить помощь человек может позвонить на круглосуточную горячую линию (495)941-6752. Во время разговора будет определен круг проблем, которые следует решить и человек будет приглашен на консультацию. Хотя возможны варианты, например, если позвонит девушка, которая сидит с маленьким ребенком и не может приехать, то равные консультанты проекта найдут возможность встретиться с ней в удобном для нее месте. Далее проводится первичное интервью, в ходе которого определяются приоритеты. Например, если у человека нет паспорта, то в первую очередь ему нужна будет социальная помощь в восстановлении документов, ведь в обратном случае его просто не примут в СПИД-центре. То есть каждая ситуация рассматривается индивидуально».

У БФ «Колодец» есть договоренности с рядом наркологических центров, как государственных так и платных, т.е. в доступе к этим услугам клиентам проекта при необходимости бу-

дет оказана помощь, как и к экспресс-анализу на ВИЧ, если человек не знает свой статус. Кроме того проект включает несколько тренингов и еженедельную группу взаимопомощи для ВИЧ-положительных потребителей наркотиков.

К услугам проекта могут прибегнуть как москвичи, так и жители Подмосковья. Рассчитан проект на 9 месяцев и продлится до конца апреля. Так как проект пилотный, изначально планируется охватить 60 клиентов, хотя при большом спросе будут привлечены волонтеры, что позволит проект расширить.

• **Очередной скандал в Украине с деньгами на лечение и профилактику ВИЧ/СПИДа.** На борьбу с ВИЧ/СПИДом Украина тратит большие деньги и делает это неэффективно. К такому выводу пришли международные эксперты, которые впервые за годы независимости провели анализ затрат на противодействие эпидемии. В мае Министерство здравоохранения публично разоблало своих предшественников, которые закупили лекарства против СПИДа в 27 раз дороже рыночной цены. Чиновники пообещали, что прозрачная практика в прошлом, тендеры будут проводить прозрачно, а на сэкономленные деньги будут лечить 2,5 тыс. человек. Однако свое обещание Минздрав не выполнил. Один из препаратов государство до сих пор покупает в два раза дороже международного фонда.

Андрей Клепиков, исполнительный директор Международного альянса по ВИЧ/СПИДу в Украине: «Количество людей, по оценочным данным, которые нуждаются в лечении, достигает свыше 17 тыс. пациентов, однако за государственные средства лечатся менее полутысячи человек».

Определенные успехи у Украины есть, правительство значительно увеличило финансирование программ противодействия ВИЧ/СПИДу. Впрочем, без помощи международных фондов, которые выделяют денег вчетверо больше, чем Украина, государство ждет катастрофа. Пять месяцев назад Всемирный банк прекратил финансирование своих программ в Украине из-за того, что государство за 2 года освоило лишь 2% выделенных денег. Проект обещали восстановить через несколько месяцев, после пересмотра программы. Однако расхождения между украинским правительством и Всемирным банком до сих пор не решены.

Алла Щербинская, директор Украинского центра профилактики и борьбы со СПИДом: «Свои предложения Украина представила относительно пересмотра положений по СПИДу и пересмотру положений по туберкулезу. Они приняты Всемирным банком к рассмотрению и возражений относительно их формулировок пока что не было. Но процесс не закончен, мы надеемся, что до конца сентября этот вопрос будет решен».

Марис Йессе, главный специалист здравоохранения Всемирного банка: «Мы не получили

новые предложения по поводу ВИЧ/СПИДа, и надеемся, что через месяц их получим. Хочу подчеркнуть, что никаких решений еще нет, и надеемся, что до середины октября мы совместно с правительством сможем сказать что-то конкретное».

Если Всемирный банк восстановит финансирование, у Украины появится значительно больше шансов получить новый кредит от Глобального фонда борьбы со СПИДом. А это 150 млн. долларов на ближайшие 5 лет. Однако и они не остановят эпидемию, если государство не изменит свою стратегию. Пока почти все деньги идут на лечение ВИЧ-положительных людей. На профилактику СПИДа тратится всего 2% средств, тогда как в мире эта цифра достигает 60%.

• **Компания «ГлаксоСмитКляйн» будет поставлять препараты против ВИЧ по сниженной цене.** 15 сентября 2006 года компания «GlaxoSmithKline» (GSK) объявила о достижении договоренности с российским Правительством по поводу поставок по сниженным ценам антиретровирусных препаратов для лечения ВИЧ-инфекции. Данное соглашение предполагает поставки антиретровирусных препаратов в рамках национального проекта «Здоровье». По условиям соглашения GSK до конца 2006 года поставит российскому правительству 90 000 упаковок своих антиретровирусных препаратов Комбивир, Эпивир и Зианген. Эти препараты, используемые в качестве основы комбинированной терапии ВИЧ-инфекции, будут распределены между СПИД-центрами в российских регионах. Данное соглашение поможет российскому правительству достичь поставленной цели обеспечить лечением 15 тыс. пациентов до конца 2006 года. В 2007 году правительство планирует вдвое увеличить количество пациентов, получающих антиретровирусную терапию.

Эндрю Уитти, президент «GlaxoSmithKline Pharmaceuticals Europe», заявил: «Недавний саммит Большой восьмерки, прошедший в Санкт-Петербурге, вновь подчеркнул важность всестороннего и целостного подхода к проблеме ВИЧ/СПИДа, подхода, который обеспечит политическую поддержку и надлежащее финансирование для обеспечения предупреждения, лечения и работы с пациентами по всему миру. Россия вносит достойный вклад в глобальные проекты по противодействию проблеме, а ее взносы в Глобальный фонд до 2010 года составят 270 млн. долларов. Наше соглашение значительно улучшит доступ к лечению ВИЧ-инфекции в России. GSK имеет давнюю историю участия в проектах по улучшению доступа к лечению своими препаратами против ВИЧ-инфекции и рада продолжить это, полностью поддерживая усилия российского Правительства. Мы приветствуем приверженность российского правительства борьбе с эпидемией и надеемся на дальнейшее сотрудничество».

В дополнение к поставкам препаратов по сниженным ценам по соглашению с российским правительством, а также в рамках проектов Глобального фонда в России, GSK реализует ряд программ по ВИЧ/СПИДу в российских регионах, направленных на обучение специалистов по вопросам профилактики и диагностики ВИЧ-инфекции, а также на преодоление стигматизации в российском обществе. Два новых проекта начнутся в 2007 году и будут направлены на обучение врачей, работающих с ВИЧ-инфицированными пациентами, а также на улучшение системы до- и послетестового консультирования.

Для справки. По ценам, не предназначенным для извлечения прибыли (not-for-profit prices), антиретровирусные препараты GSK доступны для нужд наименее развитых стран (в терминологии ООН) и африканских государств, расположенных к югу от Сахары. Они также доступны для всех проектов, полностью финансируемых Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и проектом PEPFAR. Среди заказчиков препаратов – правительства, неправительственные организации, вспомогательные агентства, агентства ООН и другие международные фонды. Помимо этого, организации-работодатели из африканских стран, расположенных к югу от Сахары, которые предоставляют своим незастрахованным ВИЧ-инфицированным работникам лечение и уход, также имеют доступ к закупкам антиретровирусных препаратов по ценам, не предназначенным для извлечения прибыли.

• **ВИЧ-положительные Уральского федерального округа объединились.** В Кургане состоялся форум по созданию Объединения людей, живущих с ВИЧ, Уральского федерального округа. Всего в нем приняли участие около 30 человек из Кургана, Челябинска, Екатеринбурга и Нижневартовска, а также координаторы из Москвы, Оренбурга и Ростова. В рамках форума прошли два двухдневных тренинга: группы взаимопомощи и обучающий тренинг по приверженности к лечению ВААРТ. В ходе форума были определены основные проблемы в области ВИЧ/СПИДа в регионе и направления, по которым необходимо проводить работу в УФО, после чего участники собрания единогласно проголосовали за создание Уральского объединения ЛЖВС. Затем были выбраны члены координационного совета объединения ЛЖВ УФО из четырех регионов: Курганской, Челябинской и Свердловской областей, а также из Ханты-Мансийского автономного округа. Они в свою очередь избрали представителя координационного совета Всероссийского объединения людей, живущих с ВИЧ. Им стал директор курганской СПИД-сервисной организации Центр «Вариант» Василий Александров. Состоялось первое заседание координационного совета Объединения ЛЖВС Уральского федерального

округа, на котором обсуждалась его дальнейшая деятельность. В качестве одной из первоочередных задач было определено привлечение к Уральскому объединению активистов из Тюменской области и Ямало-Ненецкого автономного округа (двух регионов УФО, представители которых не приняли участие в форуме) и выбор членов координационного совета в этих регионах.

Октябрь 2006

• **Сокращен список льготных лекарственных средств, включая препараты против ВИЧ.** Минздравсоцразвития в очередной раз утвердило Перечень лекарственных средств для льготников. Нехватка средств по программе (напомним, выделенные из бюджета 29 млрд. рублей были израсходованы еще летом, и сейчас поставщики отпускают лекарства в долг) сделала свое дело. Некоторые препараты, которые льготнику раньше назначал непосредственно врач, теперь можно будет получить только по решению врачебной комиссии.

Впрочем, в Минздравсоцразвития не склонны связывать корректировку списка исключительно с нехваткой средств. Речь, по признанию чиновников, идет скорее о том, чтобы «оптимизировать государственные расходы» на лекарственную помощь гражданам льготных категорий. Проще говоря, если лекарство достается бесплатно, всегда есть соблазн получить больше и самое дорогое. «Но если пациенту хорошо помогает старый, проверенный, недорогой препарат, зачем назначать другое средство?» — говорят специалисты.

Кроме того, как поясняют в Минздравсоцразвития, в целях предотвращения двойного финансирования закупок одних и тех же лекарств из Перечня выведен ряд препаратов, применяемых для лечения лиц, инфицированных ВИЧ, больных СПИДом и туберкулезом. Оплата этого лечения осуществляется в рамках Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002–2006 годы)», а также стартовавшего в 2006 году приоритетного национального

проекта в сфере здравоохранения «Здоровье». В Минздравсоцразвития говорят, что все эти группы больных государство обеспечит медикаментозной помощью, в то же время «вывод» из программы ДЛО этих групп препаратов позволит высвободить значительный объем средств и направить его на повышение качества лекарственной терапии льготников.

Рациональным моментом, как считают в Минздравсоцразвития, стало и сокращение некоторых лекарственных форм, которые должны применяться в условиях стационара при непосредственном наблюдении врача. Назначение таких лекарств в амбулаторных условиях создает дополнительный риск для пациента, а для врача — увеличивает нагрузку и ответственность за результаты лечения.

• **Образована Правительственная комиссия по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции).** 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.

Председателем Комиссии стал Министр здравоохранения и социального развития Российской Федерации М.Ю. Зурабов. В состав Комиссии вошли заместители председателя Межфракционной депутатской рабочей группы по вопросам профилактики и борьбы со СПИДом М.И. Гришанков (первый заместитель председателя Комитета Государственной Думы по безопасности) и Т.В. Яковлева (председатель Комитета Государственной Думы по охране здоровья). Решения, принимаемые Комиссией в соответствии с ее компетенцией, являются обязательными для всех представленных в Комиссии федеральных органов исполнительной власти.

Основные задачи Комиссии:

• обеспечение согласованных действий федеральных органов исполнительной власти и



Сентябрь 2006, Курган. Форум ЛЖВ Уральского административного округа.

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

- **Центр «Есть мнение» работает в Челябинске уже 6 лет.** Центру «Есть мнение» — одной из ведущих СПИД-сервисных структур Челябинска — исполнилось 6 лет. По инициативе этого объединения в столице Южного Урала появилась служба знакомств и группы взаимопомощи для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС). Сотрудники организации первыми из представителей гражданского сектора начали в городе работу по профилактике социально опасных заболеваний в местах лишения свободы и прямо на улицах среди маргинальной молодежи. От многих общественных организаций «Есть мнение» выгодно отличается направленность на практическую работу в сфере профилактики ВИЧ и сопровождения ЛЖВС. В настоящее время организация реализует сразу три программы: психологической поддержки женщин, затронутых проблемой ВИЧ/СПИДа, предоставления информации соответствующей тематики медицинским работникам и уязвимым группам населения, профилактики социально опас-

ных заболеваний среди уличных потребителей внутривенных наркотиков. В целом с 2000 года силами сотрудников «Есть мнение» реализовано 17 масштабных проектов, проведено более 500 обучающих мероприятий.

- **В Госдуме прошел «круглый стол» «Вакцина против ВИЧ/СПИД: новые возможности».** Обсуждение открыл зампред думского комитета по вопросам местного самоуправления Гаджимет Сафаралиев. По его словам, подход к решению проблемы ВИЧ/СПИДа в России не совсем эффективен. «В разных министерствах и ведомствах существуют программы, связанные с разработкой вакцины и различных превентивных технологий борьбы со СПИДом, но работа идет разобщенно. Созданию вакцины государство уделяет недостаточно внимания, хотя результаты исследований позволяют претендовать на большее. Необходимо объединить усилия ученых, экономистов, бизнеса внутри страны и наладить эффективное международное сотрудничество. Для этого целесообразно создать национальный вакциновый центр», — сказал Г. Сафаралиев.

Директор департамента вакцин ВОЗ Мари Поль Киени высказалась за более тесное сотрудничество с Россией в области разработки вакцины против СПИДа. «Понятно, что вакцина первого поколения будет несовершенна и степень защиты поначалу будет невысока. Но работа в этом направлении необходима для будущих поколений», — подчеркнула представитель ВОЗ. Кроме того, она заявила, что для разработки и практического применения вакцины против ВИЧ/СПИДа потребуется от 5 до 10 лет.

Профессор НИИ вирусологии Эдуард Карамов сообщил, что «на протяжении 10 лет каждый год в мире заражаются более 5 млн. человек. Даже самое эффективное лечение не сможет остановить вал эпидемии. «Стратегическим ключом» остается создание вакцины. За прошедшие два—три года сделаны открытия, которые позволяют надеяться, что вакцина против СПИДа появится. Однако нет такой лаборатории, которая могла бы в одиночку решить проблему. Работа по созданию вакцины требует постоянных финансовых вливаний, серьезной координации и грамотного управления. Многие государства имеют свои национальные планы в этой области. В России координация таких работ пока хромает. Первая российская государственная программа по борьбе со СПИДом стартовала в 1997 году при поддержке Государственной Думы. Жаль, что в 2006 году она была остановлена, ведь российские ученые серьезно продвинулись в этом направлении. Российская вакцина вошла в рейтинг лучших вакцин мира и уже проходит клинические испытания.

Участники «круглого стола» рекомендовали правительству включить задачу по разработке вакцины в список приоритетных направлений на ближайшие годы.



Октябрь 2006, Москва. «Круглый стол» в Центральном доме журналиста «Мне дорог каждый ребенок, а Вам?».

• **Новый Генеральный секретарь ООН обещает радикальные реформы и борьбу со СПИДом.** «Только государства-члены ООН смогут вдохнуть новую жизнь в Организацию, но я буду всегда готов всячески содействовать этому как Генеральный секретарь ООН», — заявил назначенный генсеком ООН министр иностранных дел Республики Корея Пан Ги Мун. Выступая с трибуны Генеральной ассамблеи ООН после своего назначения, Пан Ги Мун пообещал работать в новом качестве «не покладая рук во имя защиты самых уязвимых представителей человечества и мирного разрешения угроз международной безопасности и региональной стабильности».

Пан Ги Мун подтвердил свою приверженность начатому курсу «самых радикальных в истории ООН реформ». «Мы должны собрать вместе человеческие, институционные и интеллектуальные ресурсы и правильно задействовать их, — сказал он. — Мы должны внести свой вклад в достижение целей развития тысячелетия, расширение операций по поддержанию мира, противостояние угрозам, вызванным терроризмом, распространением оружия массового уничтожения, СПИДом и другими пандемиями, деградацией окружающей среды и настоятельной необходимостью защиты прав человека».

Пан Ги Мун поблагодарил все государства ООН за единодушную поддержку при его избрании на пост генсека и подчеркнул растущую ответственность Азии за процессы, происходящие в мире.

• **В офисе Всемирного банка прошла встреча расширенной тематической группы ООН по ВИЧ/СПИДу.** Председатель Правления РОО «Сообщество ЛЖВ» Михаил Рукавишников представил на встрече доклад о ситуации с доступом к лечению. В частности, он рассказал о перебоях с поставками антиретровирусной терапии в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» и IV раунда Глобального фонда, а также о низком охвате лечением тех ЛЖВ, которые в нем уже нуждаются, связанном с недостаточной информированностью или отсутствием уверенности у ЛЖВ в доступности препаратов.

В ответ на доклад «Сообщества ЛЖВ» представитель фонда «Российское здравоохранение», осуществляющего поставки препаратов в рамках IV раунда Глобального фонда, сообщила, что в ближайшее время проблема будет решена и нуждающиеся в лечении его получают.

На встрече тематической группы также выступила представитель Всемирной организации здравоохранения с обзором проектов ВОЗ в сфере ВИЧ/СПИДа. Наибольшее внимание присутствующих привлекло исследование, посвященное процентному соотношению путей передачи ВИЧ (гетеросексуальный, ПИН, МСМ), которое вскоре будет закончено и распространено.

Всероссийская сеть снижения вреда провела презентацию новой программы «Расширение доступа к профилактике и лечению ВИЧ путем развития услуг в сфере ВИЧ для потребителей инъекционных наркотиков в Российской Федерации». Трансатлантические партнеры против СПИДа провели презентацию фотопроекта «Касается меня. Касается каждого» в рамках кампании «СтопСПИД».

• **28 млрд. рублей на борьбу с ВИЧ — таких средств никогда не выделялось.** 28 млрд. рублей предусмотрено выделить на профилактику и борьбу с ВИЧ-инфекцией в рамках приоритетного проекта «Здоровье» до 2009 года. «Уже в 2006 году на борьбу со СПИДом направляется более 3 млрд. рублей», — сообщил руководитель департамента обеспечения благополучия человека Минздравсоцразвития РФ Виктор Ступин в Совете Федерации на «круглом столе», посвященном противодействию ВИЧ-инфекции.

По словам Ступина, таких средств на эти цели в России «никогда не выделялось». Представитель Минздравсоцразвития полагает, что положительную роль в раннем выявлении болезни сыграют родовые сертификаты: чем раньше женщина обратится в поликлинику для общего осмотра, тем быстрее будет выявлено возможное инфицирование.

В связи с ростом цен на лекарства от СПИДа сенаторы предложили провести дополнительную проверку фирм, закупающих за границей препараты, а также «разобраться с тендерами, в результате которых фирмы получают доступ к распространению лекарств и оборудования». Правительству также предложено обеспечить госгарантии, связанные с лечением и лекарственным обеспечением инфицированных за счет федерального бюджета.

• **300 врачей на всю страну.** «В России ежедневно регистрируется более 100 новых случаев заражения ВИЧ», — сообщила председатель комитета Совета Федерации по социальной политике Валентина Петренко, ссылаясь на данные экспертов. «Общее число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции у россиян превысило к октябрю 2006 года 370 тыс. человек. Однако вследствие неполного учета ВИЧ-положительных можно констатировать, что реальное число зараженных граждан России значительно превышает количество зарегистрированных случаев», — сказала Петренко, открывая заседание «круглого стола», посвященного повышению эффективности государственной политики по противодействию распространению ВИЧ-инфекции в России.

По словам сенатора, борьбе с ВИЧ-инфекцией в России препятствует неразвитость государственной медицинской системы. В России существует всего 103 специализированных центра, «расположенных часто на большом удалении —

до 400 км — от мест проживания пациентов», — сказала председатель комитета, добавив, что «общее количество врачей — 300 врачей на всю страну — уполномоченных осуществлять антиретровирусную терапию, являющуюся единственным методом лечения СПИДа, не соответствует масштабу эпидемии и объему помощи, в которой нуждается каждый из ВИЧ-позитивных».

«По оценкам Центрального научно-исследовательского института эпидемиологии, Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека РФ, число зараженных ВИЧ россиян составляет от 800 тыс. до 1 млн. 100 тыс. человек, — сказала Петренко. — Таким образом, предположительно, зарегистрированные случаи составляют треть от фактического числа инфицированных».

• **«Удивило благодушие СПИД-центра».** Иркутск — 16-й по счету город, где решили организовать телемост «Время жить». По количеству ВИЧ-инфицированных область занимает второе место. А вот причины такого положения до конца не выяснены. Разобраться в них еще до проведения ток-шоу должна была творческая группа проекта. Они прибыли в Иркутск за неделю. Встречались с инфицированными, медиками, чиновниками, некоммерческими организациями. Постепенно группа собирает максимум информации о ситуации в Иркутске. Выясняют, с чьего попустительства она произошла. Сравнивают с другими регионами. Это важно. Исходя из этого, будет составлен сценарий предстоящей программы. «Удивило благодушие СПИД-центра. Достаточно врачей, достаточно помещений и всего. В других регионах врачи делятся проблемами. Первое, что поразило, — это то, что, оказывается, в Иркутске проблем нет. Все хорошо», — говорит Юлия Величкина, генеральный продюсер телемарафона «Время жить».

И это при том, что официально зарегистрировано не менее 20 тысяч ВИЧ-инфицированных. Больше только в Санкт-Петербурге. В плюс

Иркутску отметили, что ни в одном регионе власти не проявляли такого интереса к ток-шоу. Пообещали прийти и мэр, и губернатор.

Импровизированный павильон смонтировали в музыкальном театре. Операторы эфира прошли краткий инструктаж. Идеолог и ведущий проекта Владимир Познер прибыл на площадку задолго до начала эфира. Он должен сам убедиться, что все готово: «Вот, я подошел к этому человеку, я разговариваю, меня берет эта камера? Да. А его берет другая камера. То есть я не должен думать, стоять так или так? Слава Богу! Это очень мешает». Краткий инструктаж участникам программы и общение со второй стороной телемоста — Красноярском.

Прямому эфиру во время телемоста помешало ухудшение условий спутниковой связи. Телемарафон вели в записи. Благодаря этому его рамки раздвинули до полутора часов общения. Врачи, политики, чиновники, журналисты, ВИЧ-инфицированные и многие другие не только отвечали на вопросы Владимира Познера, они спорили, выражали свое мнение и решали как остановить эпидемию в Приангарье.

• **Глобальный фонд по борьбе со СПИДом должен разобраться с собственной политикой.** Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией должен улучшить мониторинг и оценку программ в развивающихся странах и найти новые методы, гарантирующие, что фонд выделяет средства на действительно эффективные проекты. Об этом говорится в недавно опубликованном аналитическом отчете. Глобальный фонд — крупнейший фонд, выделяющий финансирование на борьбу со СПИДом не организациям, а странам, точнее страновым комитетам, объединяющим государственные и общественные организации. Россия — одна из стран, получающая финансирование Глобального фонда на борьбу со СПИДом. По мнению опубликованного обзора, хотя у Глобального фонда есть «несколько историй успеха», например, в Руанде и Китае, «продолжаются проблемы» во многих странах, где «коррупция и отсутствие местных экспертов приводят к потере большинства средств».

Три страны стали «главными камнями преткновения» для программ Глобального фонда — Кения, Нигерия и Уганда. Кения потратила на нецелевое финансирование 38% от 235 млн. гранта. Нигерия обещала использовать грант, который предоставит доступ к антиретровирусным препаратам 14 тыс. людей, в течение одного года, но никто до сих пор не получил лекарств. В апреле Глобальный фонд отозвал свой грант по ВИЧ/СПИДу в Нигерии. В Уганде 5 грантов Глобального фонда были приостановлены в 2005 году из-за административных нарушений Министерства здравоохранения, и хотя фонды позднее были восстановлены, программы в стране опаздывают со сроком на шесть месяцев.



Октябрь 2006, Иркутск. Телемарафон «Время жить!».

В обзоре также говорится, что политика офиса Глобального фонда в Женеве «кажется хаотичной», так как сотрудники фонда «постоянно придумывают новое правило для новой ситуации». Об этом говорит Селина Шокен, которая работала в Глобальном фонде и участвовала в составлении обзора. Она добавляет, что финансированию Глобального фонда начинают предпочитать другие источники, которые кажутся более доступными.

Всего этот обзор готовили 22 специалиста здравоохранения. В этом году к должности исполнительного директора Глобального фонда должен приступить новый человек, который сменит уходящего в отставку Ричарда Фичема, основателя фонда. По словам авторов обзора, кто бы не возглавил фонд, он должен «сфокусироваться на проблематичных грантах или проблем будет еще больше».

Стив Раделет, главный автор отчета, и другие эксперты считают, что вместо найма сотен технических экспертов Глобальному фонду нужно координировать свои программы с американскими и европейскими донорами, а также агентствами ООН. Британские и германские благотворительные организации уже начали помогать Глобальному фонду в мониторинге программ в нескольких странах.

Согласно анонимным источником среди самых вероятных кандидатов на пост директора Глобального фонда – преподобный Джим Колб и президент компании «MTV Networks International» Билл Роеди. Также весьма вероятным кандидатом является Майкл Казачкин, бывший вице-директор Глобального фонда и посол Франции по ВИЧ/СПИДу и инфекционным заболеваниям. Два других кандидата – Майкл Сидиб, директор отдела Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу по вопросам национальной и региональной поддержки, а также Хильда Джонсон, бывший министр международного развития Норвегии.

Ноябрь 2006

• **ВОЗ создает сеть по борьбе с коррупцией в области закупок лекарств.** Ежегодно огромная сумма денег – до 50 млрд. долларов США – расходуется на фармацевтические препараты. Размеры этого рынка делают его крайне уязвимым перед коррупцией. По последним оценкам, до 25% приобретаемых лекарств могут стать объектами мошенничества, подкупа и другой коррупционной практики.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) выдвинула новую инициативу по оказанию содействия правительствам в борьбе против коррупции путем обеспечения большей прозрачности в области регулирования лекарств и их закупок. ВОЗ создает группу экспертов по борьбе с коррупцией в области лекарств из раз-

личных международных организаций и стран с целью обеспечения большей прозрачности.

Прежде чем попасть к пациентам, лекарства проходят через целый ряд звеньев сложной цепи производства и распределения, на протяжении которой возникают широкие возможности для коррупции. По данным недавнего доклада «Трэнсперенси Интернешнл», в одной стране каждые два из трех приобретенных через систему закупок лекарств (в стоимостном выражении) стали объектами коррупции и мошенничества в больницах.

«Неправильно думать, что бедные популяции борются с двойным бременем болезней и плохого доступа к лекарственным средствам, – заявил д-р Ховард Закер, помощник Генерального директора ВОЗ по технологиям здравоохранения и фармацевтическим препаратам. – Страны должны решать эту проблему и обеспечивать надлежащее расходование ценных ресурсов, выделяемых на здравоохранение».

Помимо утраты ресурсов и опасности, которой подвергается жизнь пациентов, в лекарственную цепь в результате коррупционной практики попадают поддельные и некачественные продукты, которые ставят под угрозу охрану здоровья в общинах.

Коррупция происходит на различных участках цепи и может принимать разные формы:

- подкуп правительственных чиновников с целью регистрации лекарств при отсутствии необходимой информации;
- правительственные чиновники могут намеренно задерживать процедуры регистрации, добиваясь получения денег от поставщиков;
- фаворитизм в большей степени, нежели учет профессиональных качеств, при выборах членов комитета регистрации лекарств или при найме на работу сотрудников регулятивных органов;
- кражи и растраты в цепи распределения, в том числе и в медицинских учреждениях.

Для решения этой проблемы ВОЗ планирует усилить регулятивные органы и практику закупок с помощью следующих процессов:

- стимулирование законодательной реформы, в ходе которой будут приняты законы против коррупции, обеспечено их соблюдение и предусмотрены меры наказания;
- укрепление стандартизированных систем «сдержек и противовесов» для ограничения и предотвращения злоупотреблений путем обеспечения доступа общественности к критериям, структурам и процедурам, применяемым при отборе сотрудников регулятивных и закупочных органов, а также медицинских препаратов;
- обеспечение соблюдения этических правил посредством изменения поведения и подготовки персонала.

Первым шагом в этом направлении будет создание группы независимых экспертов и адвокатов. В качестве второго шага организация

создаст базу данных о наилучшей практике и успешном опыте, уже опробованных в странах, для содействия надлежащему управлению в государственном фармацевтическом секторе.

«Коррупция — это мировая проблема, которая стоит перед странами как с высоким, так и с низким уровнем дохода, и ни одна страна не должна испытывать неловкости при ее обсуждении, — заявил д-р Ханс Хогерзейл, директор ВОЗ, Политика и стандарты в области лекарственных средств. — Но наиболее уязвимы страны с низким уровнем дохода и, прежде всего, им мы будем оказывать поддержку при продвижении более прозрачной и экономной тактики действий».

• **Глобальный фонд выделил еще 847 миллионов 63 странам.** Правление Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией утвердило для 63 стран 85 грантов на сумму 847 млн. долларов, предназначенных для финансирования программ по предотвращению и лечению трех самых опасных инфекционных заболеваний.

В частности, гранты будут направлены на обеспечение антиретровирусными препаратами 200 тыс. ВИЧ-положительных, лечение 400 тыс. больных туберкулезом, а также на закупку сеток против комаров и лекарств против малярии для 11 млн. человек. В Центре новостей ООН уточнили, что половина выделенной суммы предназначена для борьбы с ВИЧ/СПИДом.

С момента создания Фонда гранты предоставляются уже шестой раз. Они выделяются на пять лет. По окончании двухлетнего цикла эксперты Фонда проводят анализ эффективности использования средств и решают, стоит ли дальше финансировать ту или иную программу.

Главный принцип Глобального фонда состоит в том, что он финансирует только те программы, которые вносят реальный вклад в лечение ВИЧ-положительных, больных малярией и туберкулезом и предупреждение этих заболеваний.

С учетом шестого раунда Фонд уже предоставил более 460 грантов на общую сумму в 6,6 млрд. долларов для финансирования программ в 136 странах мира.

• **Подведены итоги приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения.** На открытии итоговой конференции по реализации комплекса мероприятий по профилактике ВИЧ/СПИДа среди уязвимых групп населения с докладом о результатах национального проекта в целом выступила представитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия — Л.А. Деметьева. По ее словам на 1 октября 2006 года в России высокоактивную антиретровирусную терапию (ВААРТ) получали 8502 ВИЧ-положительных, что составляет 44% от нуждающихся. В планах «Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения» предоставить лечение 15 тыс. человек до конца 2006 года. Но, как уже неоднократно сообщалось, по ряду причин до сих пор не все препараты ВААРТ поступили в регионы. Деметьева заверила участников конференции, что недопоставленные препараты поступят в регионы не позднее 30 ноября.

Также в рамках национального проекта были проведены мероприятия, направленные на информирование и обучение населения, в том числе еженедельная телепередача «СПИД. Скорая помощь». В рамках реализованных профилактических программ для уязвимых групп населения проводилась работа с потребителями инъекционных наркотиков (ПИН), лицами, оказывающими сексуальные услуги за плату и лицами, находящимися в УИС в 22 регионах. Все индикаторы по данной части проекта были достигнуты, однако были выявлены и слабые места, а именно форма заключения договоров в рамках национального проекта, неприемлемая для большинства, как общественных организаций, так и госучреждений. Кроме того, по словам А. Бобрика, в ряде регионов сопротивление Госнаркоконтроля реализации проектов снижения вреда для ПИН было настолько велико, что практически не позволяло работать по проекту.

• **Вторая конференция по вопросам ВИЧ/СПИДа стран Восточной Европы и Центральной Азии пройдет в регионе.** В Москве состоялось расширенное заседание Координационного совета по проблемам ВИЧ/СПИДа государств-участни-



Ноябрь 2006, Москва. Пресс-конференция В. Покровского в Доме журналистов.

ков СНГ. Одной из важных тем обсуждения стала региональная конференция по вопросам ВИЧ/СПИДа. Сначала были подведены итоги первой региональной конференции, которая состоялась в мае этого года в Москве: была подчеркнута важность проведения такого масштабного мероприятия на русском языке, ценность обмена опытом внутри региона и очевидная необходимость проведения региональных конференций на постоянной основе. Непосредственно на этом заседании должно было быть принято решение, в какой из стран региона пройдет следующая конференция, однако этого не произошло. Дело в том, что в обозначенные заранее сроки заявка на проведение конференции поступила только от России, а во время заседания представители Украины также заявили о готовности принять следующую региональную конференцию у себя.

В ходе обсуждения было высказано несколько противоречивых мнений. С одной стороны, очевидна необходимость ротации между странами в проведении подобных мероприятий, с другой стороны, из-за откладывания принятия решения о месте проведения конференции будут сдвинуты сроки и следовательно мероприятие с конца 2007 может быть перенесено чуть ли не на 2009 год (чтобы не пересекаться с Международной конференцией 2008-го года).

В итоге Украине дали месяц на подготовку заявки, однако А.Т. Голиусов (Роспотребнадзор РФ) сказал, что Россия уже некоторое время ведет подготовительные работы для проведения конференции и в том или ином формате она так будет проведена в намеченные сроки.

• **Государственное финансирование борьбы со СПИДом будет увеличено.** Россия на 15% увеличит в 2007 году государственные ассигнования, направленные на борьбу со СПИДом. Об этом сообщил ИТАР-ТАСС первый заместитель председателя комитета Госдумы по безопасности Михаил Гришанков, выступивший 7 ноября в Москве на «круглом столе». В его работе принял участие председатель правления корпорации «Майкрософт» Билл Гейтс.

М. Гришанков отметил, что «в 2006 году бюджетное финансирование на профилактику и ле-

чение СПИДа увеличилось в 20 раз и составляет более 100 млн. долл. В 2007 году эта сумма возрастет еще на 15%. Это очень хорошая новость для лиц, живущих с ВИЧ, нуждающихся в лечении и поддержке».

«На эту проблему, — напомнил депутат, — всерьез обратило внимание высшее политическое руководство России. В апреле этого года состоялось заседание Президиума Госсовета РФ под председательством Президента Владимира Путина, на котором впервые на государственном уровне обсуждались ситуация в стране в этой сфере и меры, необходимые для ее коренного улучшения. Конкретным результатом стало создание в октябре правительственной комиссии — координирующего органа высокого уровня, призванного обеспечить эффективность решения стоящих задач в сфере предупреждения, профилактики и лечения СПИДа. Как член этой комиссии рассчитываю, что нам удастся обеспечить принятие своевременных и комплексных мер».

В свою очередь, Гейтс сообщил, что на борьбу со СПИДом он направляет в 2006 году 500 млн. долларов. Значительная часть средств пойдет на разработку микробицидов — веществ для профилактики ВИЧ во время секса. По словам Гришанкова, Гейтс подтвердил, что тема профилактики и борьбы со СПИДом является для него «темой номер один».

• **В стране не менее миллиона людей с ВИЧ.** В России сейчас около 1 млн. людей с ВИЧ. Такую цифру назвал журналистам руководитель Федерального центра по профилактике и борьбе со СПИДом академик РАМН Вадим Покровский. «Специалисты нашего Центра и зарубежные специалисты сошлись на том, что реальное число носителей ВИЧ примерно в 3 раза больше числа официально зарегистрированных», — сказал он.

«Число инфицированных продолжает расти — ежедневно регистрируется в среднем около 100 новых случаев, — отметил академик. — Почти половина из них — молодые женщины, инфицировавшиеся половым путем».

В октябре 2006 г. в территориальные Центры по профилактике и борьбе со СПИДом нако-



Ноябрь 2006, Москва. Заседание Координационного совета по проблемам ВИЧ/СПИДа государств СНГ.

нец-то начали поступать лекарства, необходимые для предупреждения развития СПИДа у россиян, зараженных ВИЧ. Лекарства и необходимое оборудование поступают за счет трех больших программ: «Приоритетного национального проекта в области здравоохранения», займа, взятого у Всемирного банка, и гранта, выделенного Глобальным фондом.

Средств, предоставляемых этими тремя программами достаточно для обеспечения оборудованием и реактивами для диагностики, а также лекарствами для лечения больных ВИЧ/СПИДом и для профилактики детей ВИЧ-положительных матерей. Однако на пути решения проблем борьбы со СПИДом в России лежат многочисленные барьеры.

• **С начала 2006 года 26 тыс. человек в России стали ВИЧ-положительными.** Об этом сообщила Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор). «В РФ зарегистрировано более 353 тысяч людей, живущих с ВИЧ-инфекцией, в том числе около 26 тыс. инфицированных в 2006 году», — говорится в пресс-релизе.

С 1987 года, когда зарегистрировали первые случаи ВИЧ-инфекции, от СПИДа в России умерли более 1300 человек, в том числе 140 детей. Кроме того, по разным причинам скончались около 11 тыс. ВИЧ-положительных.

Руководитель Роспотребнадзора Геннадий Онищенко направил руководителям управлений ведомства по субъектам РФ информационное письмо «О проведении мероприятий Всемирного дня борьбы со СПИДом».

В письме, в частности, говорится, что с 1988 года под эгидой ООН ежегодно 1 декабря отмечается Всемирный день борьбы со СПИДом. «Проблема распространения ВИЧ-инфекции является актуальной для мирового сообщества на протяжении 25 лет. По данным Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу, количество инфицированных ВИЧ в мире превышает сегодня 40 млн. человек. Более 20 млн. уже умерли от СПИДа», — говорится в пресс-релизе.

Вместе с тем глава Роспотребнадзора отмечает, что 2006 год стал во многом переломным в ре-

шении проблем ВИЧ-инфекции в России. «Знаковым событием стало выделение из федерального бюджета 200 млн. рублей на развитие программ профилактики ВИЧ-инфекции и участие в их реализации средств массовой информации, высших медицинских образовательных учреждений страны, неправительственных организаций, а также реализация последнего проекта «Профилактика ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения», — говорится в послании.

«Сегодня практически завершены поставки в субъекты РФ необходимых диагностических и лекарственных препаратов для лечения ВИЧ-инфекции для всех нуждающихся, оснащены современным диагностическим оборудованием специализированные медицинские учреждения, проводится масштабная переподготовка специалистов по вопросам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции», — сообщает Роспотребнадзор.

«Приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения на 2006 год подразумевает расширение доступа к антиретровирусной терапии и обеспечение лечением не менее 15 тыс. ВИЧ-положительных. Все условия для выполнения программы у субъектов РФ есть», — заверил Онищенко.

Накануне Всемирного дня борьбы со СПИДом, который в этом году проходит под девизом «Выполните обещания. Остановите СПИД», главный государственный санитарный врач России поручил руководителям управлений Роспотребнадзора в субъектах РФ участвовать в организации «информационных мероприятий по разъяснению целей и задач национального проекта в сфере здравоохранения и мерах, предпринимаемых государством по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции в России».

• **Минобрнауки РФ разработает учебные пособия по вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа у детей и молодежи для преподавателей школ и ВУЗов.** Об этом сообщил замминистра образования и науки Владимир Фридлянов, выступая на Всероссийской конференции по профилактике ВИЧ/СПИДа. По его словам, «эти учебники будут предназначены для преподавателей и студентов педагогических вузов, работников и обучающихся общеобразовательных школ, родителей».



Ноябрь 2006, Москва. Рабочая встреча «Координация усилий гражданского общества Российской Федерации на пути обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции».

Замминистра пояснил, что министерство планирует проводить в школах отдельные уроки по этой проблематике. «Пока вопросы профилактики ВИЧ/СПИДа идут отдельным пунктом в предмете «Основы безопасности жизнедеятельности», — сказал он, подчеркнув, что этой актуальной теме нужно уделять больше времени в учебной сетке. Говоря о согласии родителей, замминистра пояснил, что в планах министерства стоят общие уроки, т.е. они будут проводиться для учителей, родителей и самих школьников. «Это поможет обратить внимание на проблемы не только самих подростков, но и их родителей», — добавил В. Фридлянов.

Основными проблемами, по его мнению, остаются недостаточное внимание к здоровому образу жизни в школах, отсутствие секций по интересам, а также отсутствие предметов, затрагивающих вопрос полового просвещения «в нормальном, а не искаженном виде». В. Фридлянов считает, что больше внимания этой проблеме нужно уделять на телевидении, в СМИ, но «это не должно стать навязчивой идеей, и нужно это делать крайне грамотно и осторожно».

• **ВОЗ изменила рекомендации по назначению АРВ-терапии.** В 2006 рекомендации ВОЗ по назначению АРВ-терапии претерпели некоторые изменения. Это связано в первую очередь с тем, что возрос процент развития таких коинфекций как туберкулез, герпетические инфекции и др., среди которых большое количество заболеваний, которые могут качественно осложнить жизнь человека с ВИЧ-инфекцией.

До последнего времени показателем для назначения терапии был иммунный статус, составляющий менее 200 клеток на мм³. В настоящее время по рекомендациям ВОЗ это число составляет 350 (14%) клеток. Внесение изменений связано с тем, что при количестве клеток в 200 ед. риск возникновения оппортунистических заболеваний повышается, плюс существуют достаточно весомые доказательства того, что исходное количество клеток до начала лечения может серьезно отражаться на дальнейшем возобновлении количества клеток на фоне АРВ-терапии. Это особенно важно для беременных женщин, потому как многие оппортунистические инфекции могут качественно сказаться на течении беременности и развитии плода. Уровень иммунного статуса в 350 (14%) клеток является более приемлемым для начала лечения, на этом иммунном статусе риск развития оппортунистических инфекций крайне мал. Кроме того, при данных показателях время возобновления CD4-клеток и достижения оптимального уровня иммунного статуса заметно короче.

• **Г. Онищенко заверяет, что перебоев с препаратами для лечения ВИЧ-инфекции не будет.** Главный государственный санитарный врач РФ Геннадий Онищенко заверяет, что в 2007 году в

России не будет сбоев с поставками антиретровирусных препаратов для лечения ВИЧ-инфекции. «У меня есть основания полагать, что сбоев в поставке антиретровирусных препаратов в 2007 году не будет», — сказал он в ходе селекторного совещания с субъектами РФ.

Г. Онищенко напомнил, что в текущем году препараты для лечения ВИЧ-положительных во многие регионы поступили поздно, только в сентябре—октябре, в связи с задержкой бюджетного финансирования и затянувшейся процедурой проведения торгов на поставки лекарств. Г. Онищенко также напомнил, что в рамках национального проекта «Здоровье» в текущем году лечение должны получить 15 тыс. россиян, живущих с ВИЧ.

«У меня есть все основания считать, что мы выйдем на 15 тыс. человек к концу года. Это будет нашим очень скромным успехом. Впереди 2007 год: количество пациентов, которые получат систематическое лечение, должно составить 30 тысяч», — сказал Г. Онищенко.

По состоянию на 1 ноября 2006 г. лечение в России получают 13 тысяч ВИЧ-положительных. Г. Онищенко отметил, что в ряде регионов успешно идет работа по охвату лечением ВИЧ-инфицированных. Это Татарстан, Башкирия, Тверская область. Вместе с тем, подчеркнул главный санитарный врач, в ряде регионов эта работа ведется неудовлетворительно. «Ничем необъяснимая ситуация складывается в Краснодарском крае: не организован прием больных, отсутствует обученный персонал», — сказал Г. Онищенко. Кроме того, в числе «аутсайдеров» он назвал Иркутскую и Ленинградскую области, Приморский край, Самарскую область.

• **Прошла встреча координационного совета Объединения ЛЖВ ЦФО.** В пансионате «Звездный» (Калужская область) прошла встреча координационного совета (КС) Объединения людей, живущих с ВИЧ, ЦФО. В координационный совет Объединения ЛЖВ ЦФО к уже работающим регионам присоединились представители из Тулы, Липецка и Курска, таким образом, количество регионов, входящих в объединение ЛЖВ ЦФО, достигло 14 (из 18 регионов округа). Членами координационного совета было принято решение о юридической регистрации объединения. Также координационным советом были разработаны механизмы быстрого реагирования на нарушения прав людей, живущих с ВИЧ, для чего будут представлены координаты региональных представительств ЦФО. Было принято решение о выпуске регулярного бюллетеня, в котором будет освещаться деятельность объединения. Также будет создана база ресурсов ЦФО и проведен мониторинг потребностей региона.

В завершение мероприятия были определены сроки проведения следующей встречи КС, которая пройдет в Твери в конце января — начале февраля 2007 года.

• **В Государственной Думе РФ состоялись парламентские слушания по нацпроекту «Здоровье».** В рамках его реализации, по данным Г. Онищенко, к 1 сентября 2006 года на выявление ВИЧ-инфекции обследовали более 13 млн. человек. «Главная задача властей и медиков – защитить ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью», – подчеркнул он.

Г. Онищенко также сообщил, что «сегодня в России зарегистрированы 15 200 детей, рожденных ВИЧ-позитивными матерями, и все они находятся на диспансерном наблюдении. В 2006 году выявили также 1940 больных СПИДом, в том числе 112 детей. Умерли 1379 человек, у которых установили соответствующий диагноз, из них 140 детей. Количество ВИЧ-инфицированных, которые нуждаются в лечении антиретровирусной терапией, будет ежегодно нарастать и составит к 2010 году около 100 тыс. человек. Всего с 1987 года, когда был зарегистрирован первый случай заболевания, в России от ВИЧ-инфекции умерли 10 700 человек».

«Объем выделяемых средств на реализацию национального проекта «Здоровье» в 2007 году будет увеличен на 72% – до 107,7 млрд. руб. (с 62,6 млрд. рублей), – сообщила глава думского комитета по охране здоровья Татьяна Яковлева, выступая в рамках парламентских слушаний в нижней палате. – Расходы на высокотехнологичные виды медицинской помощи составят почти 17,5 млрд. рублей. Вместе с тем, несмотря на существенное увеличение расходов на здравоохранение, в федеральном бюджете на 2007 год не содержится целевых ассигнований для реализации задачи, которая была поставлена российским президентом по снижению смертности».

Главным недостатком нацпроекта, по словам Т. Яковлевой, является дисбаланс между зарплатой работников первичного звена и узких специалистов. Внутри первичного звена сами зарплаты отличаются в 2 раза.

• **Всемирный банк возобновил кредит Украине в 60 млн. долларов для борьбы со СПИДом.** По уточненной информации, Всемирный банк решил полностью возобновить финансирование по кредиту, поскольку Украина выполнила все

его требования. Согласно сообщению, Всемирный банк рекомендовал правительству осуществить следующие шаги: принять новую национальную стратегию контроля за туберкулезом, согласиться на участие учреждений ООН для ускорения закупок в рамках проекта, разработать план усовершенствования управления проектом. «Мы одобряем действия правительства в этой сфере и надеемся, что проект теперь может быть успешно внедрен. Мы намерены активно сотрудничать с правительством, а также с другими международными организациями и донорами для обеспечения успешной реализации национальных программ борьбы с эпидемиями туберкулеза и ВИЧ/СПИДа в Украине», – цитирует пресс-служба директора Всемирного банка по Украине, Беларуси и Молдове Пола Бермингхема.

• **В Нижнем Новгороде прошло «научное кафе» Британского совета.** Британский совет и компания «ГлаксоСмитКляйн» организовали в четырех городах России: Санкт-Петербурге, Самаре, Нижнем Новгороде и Екатеринбурге серию мероприятий с обсуждением различных вопросов по проблемам ВИЧ/СПИДа. В каждом регионе в первый день программы проводилось «научное кафе», во второй день – семинар для профессиональных журналистов.

29–30 ноября это мероприятие проводилось в Нижнем Новгороде. В первый день состоялась встреча экспертов, проводимая в формате «научного кафе», по теме «Антиретровирусные препараты, современные подходы к терапии ВИЧ-инфекции». В ходе встречи перед собравшимися выступили: заместитель директора, Британского Совета Рут Эддисон, эксперты – Линдсэй Нил, Барри Питерс, Пол Торн (Великобритания) и Игорь Пчелин (Россия). В ходе дискуссии свои мнения высказали директор нижегородского СПИД-центра Г.Ф. Мошкович, руководитель Приволжского окружного центра по профилактике и борьбе со СПИДом Н.Н. Носов, другие специалисты.

На второй день в нижегородском офисе Британского совета состоялся специализированный семинар для профессиональных журналистов. В ходе семинара британские и российские



Ноябрь 2006, Нижний Новгород. «Научное кафе» Британского совета.

эксперты ответили на вопросы журналистов, поделились наиболее актуальной информацией по проблемам ВИЧ/СПИДа. Также журналистам была предоставлена возможность взять экспертные интервью.

• **Через 25 лет СПИД может стать основной причиной смерти.** «СПИД-ассоциированные заболевания могут стать третьей по распространенности причиной смерти через ближайшие 25 лет», — сообщает «PLoS Medicine». На данный момент СПИД-ассоциированные заболевания уступают только сердечным заболеваниям, инсультам и легочным заболеваниям. Колин Матерс и Дежан Лонкар из Всемирной организации здравоохранения исследовали данные из 100 стран, анализируя причины смертности и их изменения. По их подсчетам, по крайней мере 117 млн. человек умрут от СПИД-ассоциированных заболеваний между 2006 и 2030 годом. Если новые случаи ВИЧ могут быть предотвращены и доступ к антиретровирусной терапии станет шире, то эту цифру можно уменьшить, по крайней мере, до 89 миллионов. «Будущее зависит от того, что международное сообщество делает сейчас», — говорит Матерс.

Ричард Хейз, профессор эпидемиологии Лондонской школы гигиены и тропической медицины считает: «Трудно сохранить и поддерживать программы по лечению ВИЧ-инфекции, если мы не сможем наладить эффективную профилактику. Эти цифры указывают, что нам нужно делать больше в области профилактики». Хейз говорит, что профилактика должна включать презервативы и возможно новые стратегии, желательна вакцина.

Декабрь 2006

• **Семь мировых рекламных агентств начали кампанию о ВИЧ в День борьбы со СПИДом.** Семь международных ведущих агентств по рекламе и маркетингу начали совместную социальную кампанию «Включи ТВ» (Turn on TV). «В рамках кампании будут использованы различные СМИ для информирования о ВИЧ», — со-

общает Guardian и называет семь крупнейших рекламных агентств: «Cake», «180 Amsterdam», «Wieden & Kennedy», «Lowe Worldwide», «Young & Rubicam» и «Ogilvy & Mather». Объединение сотрудничает с такими каналами, как MTV, им создано 24 рекламных ролика, которые будут идти во всех странах мира, где работают агентства, в том числе в России. Цель рекламы — уменьшить предрассудки против ВИЧ и мотивировать молодых людей защищать себя от ВИЧ.

• **Результаты второго опроса населения по проблеме ВИЧ/СПИДа в России.** ТППС и Фонд «Общественное мнение» опубликовали результаты второго опроса населения по проблеме ВИЧ/СПИДа в России. Согласно выводам, сделанным по итогам опроса, необходим больший объем качественной и корректной информации в СМИ для изменения отношения россиян к проблеме ВИЧ/СПИДа и к людям, живущим с ВИЧ, а также для приостановления роста эпидемии ВИЧ в России. Основные результаты опроса также говорят о том, что:

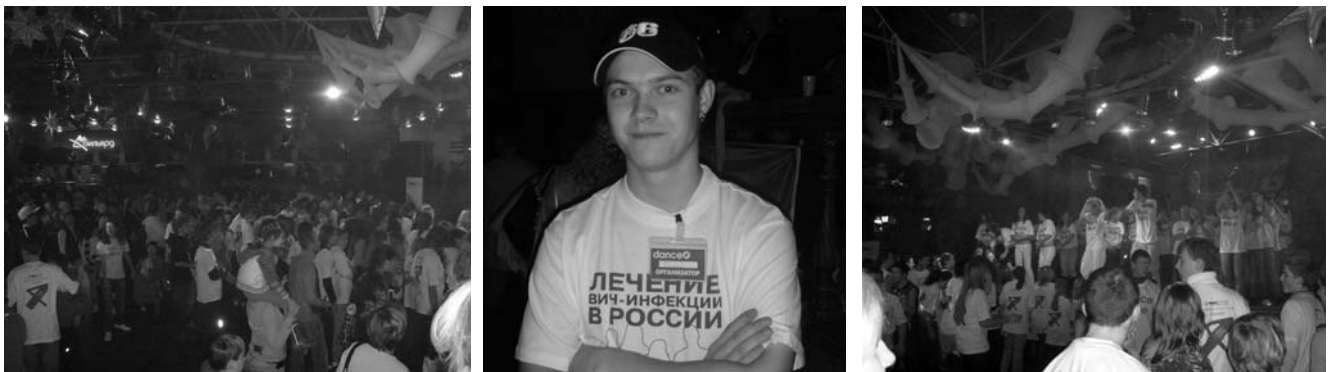
- несмотря на то, что большинство россиян (80%) испытывают сочувствие к ВИЧ-положительным, они также относятся к ним с настороженностью;

- по сравнению с 2005 г. вдвое увеличилось число респондентов, которые ответили, что лично знакомы с ВИЧ-положительными (6 против 3%);

- россияне в целом признают для себя риск инфицирования ВИЧ (63%), но немногие проявляют желание узнать больше о проблеме (38%);

- лишь 17% опрошенных россиян заявили о том, что предпринимали какие-либо действия за последние год или два для того, чтобы узнать больше о ВИЧ/СПИДе.

• **На подходе 77 новых антиретровирусных препаратов.** Американская Ассоциация производителей и разработчиков лекарств объявила, что в настоящее время компании США испытывают или уже ожидают разрешения на право использования 77 новых препаратов, предназначенных для борьбы с эпидемией ВИЧ/СПИДа. В их числе 19 вакцин и 35 антивирусных препаратов.



Ноябрь 2006, Москва. «Танцуй ради жизни».

Вирус иммунодефицита человека был впервые выделен в 1981 году. За четверть века фармацевтические компании выпустили 88 различных лекарств, предназначенных для борьбы с ВИЧ. Первый препарат такого рода появился уже в 1987 году. Благодаря действиям ученых и фармацевтов, удалось значительно повысить продолжительность жизни ЛЖВ. В частности, цены на эти лекарства существенно понизились, и они стали доступными для большинства ВИЧ-положительных.

• **В Суздале прошло государственное совещание по вопросам ВИЧ/СПИДа.** Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека провела рабочее совещание по подведению итогов работы по выполнению приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ» и Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями 2002–2006 гг.», подпрограммы «Анти-ВИЧ/СПИД» за 2006 год.

В работе совещания приняли участие главный государственный санитарный врач России Геннадий Онищенко, специалисты окружных федеральных центров по профилактике и борьбе со СПИДом, специалисты управлений Роспотребнадзора, центров по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом, Росздравнадзора, Росздрава, Центрального НИИ эпидемиологии и других медицинских институтов.

Особую тревогу, по мнению главного санитарного врача страны, вызывает активизация полового пути передачи ВИЧ и связанная с этим феминизация эпидпроцесса. В 2005 году каждый ВИЧ-положительный россиянин получил вирус при гетеросексуальных половых контактах (для сравнения – в 2003 году таким образом вирус передавался только 25%). Как заметил Г. Онищенко, «у эпидемии ВИЧ-инфекции в России молодое и при этом женское лицо». Из всех людей, живущих с ВИЧ, у 79% впервые ВИЧ-инфекция была выявлена в возрасте 15–30 лет.

Участники совещания обсудили вопросы профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа, мониторинга эффективности их проведения, взаимодействия государственных и некоммерческих организаций в реализации профилактических мероприятий.

• **Вакцина против ВИЧ появится не скоро.** По мнению руководителя Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом академика Вадима Покровского, ни одна из стран мира пока не приблизилась к созданию вакцины против этого заболевания. Об этом В. Покровский заявил после завершения рабочего совещания в Суздале, посвященного реализации нацпроекта «Здоровье» в об-

ласти борьбы с ВИЧ/СПИДом. «Сейчас очень трудно говорить, что какая-то страна близка к созданию профилактической вакцины против СПИДа, – сказал он. – До сих пор не установлено, какие именно компоненты вируса вызывают снижение иммунитета и СПИД». По словам Покровского, именно эти компоненты должны лечь в основу вакцины, которая может спасти миллионы человеческих жизней во всем мире. «Сейчас же большинство исследований в этой области ведутся вслепую, и шансы попасть в цель довольно малы», – добавил он.

В. Покровский отметил, что работы над вакциной от ВИЧ/СПИДа ведутся и в России. В частности, после Санкт-Петербургского саммита Большой восьмерки в стране был открыт региональный центр по созданию вакцины против ВИЧ-инфекции для Восточной Европы и Центральной Азии. Однако даже после создания вакцины ее массовое применение станет возможным только через 10–15 лет.

Глава Федерального центра напомнил также, что в 2006 году в рамках нацпроекта «Здоровье» на борьбу с ВИЧ/СПИДом в России было потрачено 3,1 млрд. рублей. В 2007 году эту сумму планируется увеличить в два раза.

• **Почти 2 млрд. рублей получают медучреждения Московской области на улучшение технической базы.** На заседании Московской областной думы депутаты внесли изменения в целевую программу «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера на период 2005–2007 годов», – сообщает корреспондент ИА REGNUM. Как пояснила журналистам председатель парламентского Комитета по вопросам охраны здоровья Галина Уткина, к социальным заболеваниям относятся туберкулез, ВИЧ-инфекции, онкологические заболевания. «Эффективно бороться с этими недугами при нынешнем уровне технической оснащенности больниц невозможно. Поэтому региональное министерство здравоохранения предлагает, внеся изменения в целевую программу, увеличить расходы на закупку диагностического оборудования», – сказала Г. Уткина. По ее словам, на приобретение медицинской техники до конца 2007 года включительно будет выделено 1 млрд. 900 млн. рублей, из них 300 млн. – это дополнительные средства областного бюджета.

Как подчеркнула депутат, износ материально-технической базы лечебных учреждений Московской области составляет 70%, и хотя объемы финансирования здравоохранения за последние 5 лет увеличились в 10 раз, Г. Уткина считает необходимым наращивать темпы переоснащения больниц. На выделяемые средства будут приобретены рентгенаппараты, ультразвуковое, стоматологическое, лабораторное, реанимационное и другое медицинское оборудование.

По словам Галины Уткиной, улучшив материально-техническую базу, областной Минздрав

столкнется с проблемой нехватки профессиональных кадров. В этой связи губернатором области поставлена задача включать в программу льготного жилищного кредитования работников бюджетной сферы, прежде всего здравоохранения.

• **Правительство России не введет налог на СПИД с авиабилетов.** Об этом заявил министр финансов РФ Алексей Кудрин. Инициатива включения добровольного сбора с авиационных билетов для финансирования закупки лекарств и вакцин для борьбы против СПИДа, туберкулеза и малярии была выдвинута Францией на саммите ООН в 2005 г. и получила политическую поддержку 79 стран, включая Германию, Великобританию, Испанию, Австрию, Бразилию, Индию, а также 28 африканских стран.

«Россия также признает политическую значимость этой инициативы, однако, проводимая в стране политика в области налогообложения направлена на сокращение общего числа налогов и сборов, не позволяет на данном этапе инициировать введение нового налога», — заявил А. Кудрин.

В рамках инициативы предполагается включение небольшой обязательной фиксированной суммы в цену каждого билета и дифференциации по классу перелета. Величина сбора предполагается в размере нескольких евро, а ответственность за сбор такого «добровольного» налога ложится на авиакомпании. Принятие страной решения об участии в данной инициативе является добровольным. Предполагалось, что средства, поступающие от сбора налога на авиабилеты, в среднем составят до 380 млн. долларов ежегодно в течение 2007–2015 гг. Российский министр финансов отметил, что в условиях обслуживания международных рейсов не только государственными компаниями неясным остается, каким образом можно будет требовать поддержки инициативы со стороны частных компаний. В настоящее время о готовности вводить такой налог заявили 18 стран, а Франция, Бразилия, Чили и Норвегия уже ввели его в действие.

• **Пожар в московской больнице.** Пожар в здании 17-й наркологической больницы возник в ночь на 9 декабря. К моменту прибытия на

место происшествия пожарных, погибли 45 человек — пациентки больницы не сумели выбраться из горящего здания. По предварительным данным, один из двух пожарных выходов был закрыт железной решеткой, а добраться до второго люди не сумели из-за сильного задымления.

Кроме того, сообщили представители руководства МЧС, прибывшие на место происшествия сотрудники клиники в сложившейся ситуации не сумели предпринять «адекватные действия». По предварительным данным, персонал больницы покинул горящее здание, а не попытался эвакуировать пациентов.

По данному происшествию возбуждено уголовное дело по двум статьям УК РФ — части 2 статьи 167 («Умышленное уничтожение или повреждение имущества») и части 3 статьи 219 («Нарушение правил пожарной безопасности, повлекшее по неосторожности смерть двух или более лиц»). Расследование дела взяла на особый контроль Генпрокуратура РФ.

• **Теннисный турнир, посвященный Всемирному дню борьбы со СПИДом.** В Москве прошел теннисный турнир «Positive Pharma Open», посвященный Всемирному дню борьбы со СПИДом, который отмечался первого декабря. Вопрос распространения ВИЧ/СПИДа в России, как и во всем мире, стоит очень остро, и не только из-за проблем, связанных с медицинскими аспектами, но и потому, что людям, живущим с ВИЧ, сложно адаптироваться в социальной среде из-за резкого неприятия окружающих. Турнир прошел под девизом «Живи и побеждай». В спорте, как и в заболевании, главное — это преодоление себя и обретение победы или жизни.

От Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития в турнире принимал участие Рамил Хабриев, от сообщества ЛЖВ — Игорь Пчелин.

• **В местах заключения есть высокий риск передачи ВИЧ при употреблении наркотиков.** Как сообщается в статье журнала «Addiction», российские тюрьмы представляют собой «места высокого риска в отношении ВИЧ и гепатита С, связанных с инъекционным употреблением



Декабрь 2006, Москва. Теннисный турнир «Positive Pharma Open».

наркотиков». К этому выводу пришли авторы качественного исследования среди 209 потребителей инъекционных наркотиков из Москвы, Волгограда и Барнаула.

Среди участников исследования 77% сообщили об аресте, связанном с употреблением наркотиков, и у 35% (55% среди мужчин) был опыт нахождения в местах лишения свободы. Исследователи отмечают, что участники сообщали о том, что «наркотики в целом доступны в пенитенциарных учреждениях, однако стерильного оборудования для инъекций не хватает, и как следствие, им обычно пользуются совместно, в том числе большими группами».

Заклученные предпринимают неадекватные попытки очистить одолженные использованные шприцы, и «снижение риска сильно ограничено нехваткой инъекционного оборудования, а также возможным наказанием за его обладание». Кроме того, «заклученные считают, что поскольку в местах заключения всех тестируют на ВИЧ, они воспринимают эти практики как относительно безопасные». Авторы приходят к выводу: «Исследование показывает острую необходимость мер по профилактике ВИЧ в российской пенитенциарной системе».

• **Правительство РФ выделит 35 млрд. руб. на борьбу с социально значимыми заболеваниями.** Правительство РФ приняло решение нанести сокрушительный удар по тем болезням, которые являются наиболее опасными для людей — «социально значимым болезням». Основная борьба развернется в 2007–2011 годах, когда будет реализована федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями», концепцию которой одобрил распоряжением премьер-министр Михаил Фрадков. На эти цели только из федерального бюджета планируется выделить свыше 35 млрд. 100 млн. рублей, а общие затраты предположительно составят почти 76,4 млрд. руб. В том числе из федерального бюджета намечено выделить 35 млрд. 103,3 млн. руб., из бюджетов субъектов РФ — 39 млрд. 998,9 млн. руб. Финансирование программы за счет средств федерального бюджета предусматривается по следующим направлениям: капитальные вложения — 18 млрд. 932,1 млн. руб., НИОКР — 1 млрд. 518,2 млн. руб., прочие нужды — 14 млрд. 653 млн. руб. В итоге по сравнению с 2005 годом смертность от туберкулеза снизится до 21,7 случая на 100 тыс. населения. Кроме того, предполагается, что благодаря мерам, заложенным в новую программу, число вновь зарегистрированной ВИЧ-инфекции сократится до 31 тыс.

В утвержденную правительством концепцию ФЦП «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 гг.)» входят подпрограммы «Сахарный диабет», «Туберкулез», «ВИЧ-инфекция», «Онкология», «Инфекции, передаваемые половым путем», «Вирусные

гепатиты», «Психические расстройства», «Артериальная гипертензия» и «Вакцинопрофилактика».

Минздравсоцразвития России совместно с государственными заказчиками (Росздрав, Роспотребнадзор, Федеральная служба исполнения наказаний (ФСИН) и Российская академия медицинских наук) поручено обеспечить разработку проекта ФЦП «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями» и в установленном порядке представить его в правительство Российской Федерации.

• **Координационный совет людей, живущих с ВИЧ, просит отменить новые стандарты лечения ВИЧ-инфекции.** 21 ноября заместитель министра здравоохранения и социального развития Владимир Стародубов подписал Приказ № 785 «Об утверждении стандарта медицинской помощи людям с болезнью, вызванной ВИЧ при оказании специализированной помощи». Этот документ также регламентирует процедуры оказания помощи людям, живущим с ВИЧ, в специализированных учреждениях (СПИД-центрах). На основе принятого стандарта до конца года должен состояться тендер на закупку антиретровирусных препаратов, жизненно необходимых ВИЧ-положительным пациентам.

Координационный совет Объединения ЛЖВ крайне обеспокоен тем, что из списка лекарств для пациентов исключены несколько препаратов, в том числе комбинированных, которые до сих пор успешно применялись в лечении ВИЧ-инфекции в России и доказали свою эффективность.

Их отсутствие в списке приведет к тому, что около половины пациентов, уже находящихся на лечении, будут вынуждены сменить схему терапии; новым пациентам с большой вероятностью будут назначаться несоответствующие схемы препаратов; прием лечения сильно усложнится (увеличится количество таблеток и частота их приема), что негативно скажется на приверженности пациентов к лечению. Как считают в организации, все это приведет к быстрому развитию и распространению резистентных форм ВИЧ, и как следствие, к увеличению случаев СПИДа, частоты оппортунистических инфекций, а также резкому удорожанию стоимости лечения ВИЧ-инфекции в ближайшее время.

В то же время более половины пациентов планируется лечить препаратами, показатели токсичности которых значительно выше (и, следовательно, сильнее и чаще появляются побочные эффекты), чем у других препаратов, на основе которых составлялись схемы лечения в 2006 году. Во всем мире эти препараты назначаются только в крайних случаях. Широкое их применение может привести к тому, что многие пациенты откажутся от продолжения лечения.

Данным приказом также предусмотрено использование препарата Презиста (Дарунавир), который был зарегистрирован в конце 2006 года. Этот препарат предназначен для пациентов с

развитой резистентностью ко всем остальным антиретровирусным препаратам (первой и второй линии). Цена данного препарата может составлять до 1500 долларов США в месяц, а стоимость схемы лечения, включающей Презисту, — до 20 тыс. долларов в год на человека, что во много раз превышает суммарную стоимость других схем (от 1300 долларов в год). Согласно утвержденным стандартам Презиста будет назначаться каждому десятому ВИЧ-положительному пациенту. Всего в 2007 году в рамках нацпроекта планируется обеспечить лечением 30 тыс. человек, т.е. принимать Презисту будут вынуждены 3 тыс. пациентов, большинство из которых еще не нуждаются в этом препарате. Общая стоимость предполагаемых годовых закупок одной только Презисты может составить более 50 млн. долларов США. Помимо этого, в утвержденном стандарте отсутствует один из самых важных диагностических инструментов мониторинга эффективности лечения и состояния здоровья пациентов — определение вирусной нагрузки.

В связи с перечисленным, Совет Объединения ЛЖВ считает необходимым отмену и пересмотр приказа № 785 в кратчайшие сроки в соответствии с потребностями России и международными стандартами. Кроме того, в Совете считают, что тендер на закупку антиретровирусных препаратов не должен состояться до отмены этого приказа.

• **Замминистра отрицает, что принятые стандарты лечения ВИЧ-инфекции приведут к нехватке препаратов.** «ВИЧ-положительные пациенты не останутся без лекарств», — заверил замминистра здравоохранения и социального развития РФ Владимир Стародубов. Некоторые печатные СМИ заявили, что Минздравсоцразвития приняло новый госстандарт лечения ВИЧ и СПИДа, который, по утверждению газет, лишает пациентов жизненно необходимых лекарств, заменяя дешевые препараты дорогими. «Стандарт, который мы приняли, касается специализированной медицинской помощи, которая оказывается в стационарах. Это новые возможности лечения для тех пациентов, у которых выработалась резистентность к препаратам первого и второго ряда», — пояснил В. Стародубов в интервью РИА «Новости».

По его словам, стандарт по оказанию помощи ВИЧ-положительным в амбулаторно-поликлинических условиях никто не отменял. «Согласно ему, ВИЧ-положительные как получали, так и будут получать препараты первого и второго ряда, такие, как Комбивир, Тризивир, Реатаз и Фузион. Стандарт же, принятый министерством в конце ноября, касается сугубо специализированной помощи, т.е. помощи тем больным, которые уже лечатся в стационаре», — сказал замминистра.

«В данном случае, — подчеркнул В. Стародубов, — требуются иные схемы лечения, так как

пациенты уже не восприимчивы к антиретровирусной терапии препаратами первого и второго ряда. Когда больной в тяжелом состоянии, его нужно госпитализировать, и в стационаре применяются уже другие схемы лечения».

В. Стародубов отметил, что принятие стандарта по оказанию специализированной помощи ВИЧ-положительным и больным СПИДом не имеет никакого отношения к нацпроекту «Здоровье». «В рамках нацпроекта закупаются препараты первого и второго ряда за счет средств федерального бюджета. Этот список был утвержден правительством», — сказал он.

Он отметил, что закупка препаратов для лечения в стационарах является предметом ответственности субъектов РФ.

«Это не догма, госстандарт носит рекомендательный характер», — сказал В. Стародубов. Комментируя предположения СМИ о том, что Минздравсоцразвития проводит свою политику с целью поддержки конкретного зарубежного производителя — международной фармацевтической компании «Eanssen Silag» и ее российского партнера компанию «Макиз-Фарма», В. Стародубов подчеркнул, что министерство «стимулирует и будет стимулировать те фирмы, которые переносят производство в Россию, доверяет его нам». По его словам, производство препаратов на российской земле по зарубежной лицензии дает возможность получить высококлассные и, кроме того, более дешевые лекарства.

• **Нацпроект «Здоровье» реализован в 2006 году на 95–100%.** Об этом сообщил министр здравоохранения и социального развития РФ Михаил Зурабов. «Мы считаем, что проект состоялся. По всем девяти направлениям нам удалось осуществить задуманное на 95–100%», — сказал министр журналистам по итогам совещания с руководителями органов управления здравоохранением Южного и Северо-Западного федеральных округов. Вместе с тем М. Зурабов отметил, что в части вакцинации населения (против гепатита В и гриппа) и противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции в отдельных регионах выполнить планы удалось только на 85%. «До 15 января мы завершим эту работу», — сказал министр.

Однако есть как ряд недочетов, так и криминальная «нота» в вопросе улучшения здравоохранения. Например, по итогам прокурорских проверок по реализации нацпроекта «Здоровье» в УрФО, выявлено более 450 нарушений законодательства. В СЗФО возбуждено 68 уголовных дел по фактам должностных преступлений, выявленных в рамках сопровождения милицией нацпроекта «Здоровье». Среди выявленных нарушений особенно распространены хищения с использованием служебного положения, мошенничества, получение взяток, превышение должностных полномочий и незаконная предпринимательская деятельность.



Михаил Наркевич:

«Чтобы остановить ВИЧ-эпидемию в России, требуется объединенные усилия государственных и общественных организаций»

Тем, кто давно работает в проблеме ВИЧ/СПИДа в России этот человек хорошо знаком. Начальник Главного управления карантинных инфекций Минздрава СССР, начальник Главного эпидемиологического управления Минздрава СССР, заместитель главного государственного санитарного врача СССР, начальник отдела СПИДа Минздрава России, президент общественного объединения «Медантиспид» — вот далеко не полный послужной список Михаила Ивановича Наркевича. Можно без преувеличения сказать, что он был один из первых, кто возглавил борьбу со СПИДом в Советском Союзе и продолжил ее уже в новом российском государстве.

Сегодня мы попросили Михаила Ивановича поделиться с читателями «Шаги профессионала» своими воспоминаниями, а также высказать свою точку зрения на то, что сейчас происходит в стране в связи с эпидемией ВИЧ/СПИДа.

С чего все начиналось. Как известно, первые случаи ВИЧ-инфекции в мире были зарегистрированы в 1981 году в США, когда у группы молодых людей с гомосексуальной ориентацией были зафиксированы одинаковые заболевания, встречающиеся довольно редко.

У нас в газетах об этом редко упоминалось, так что основная информация доходила по закрытым каналам — по дипломатической почте, через спецслужбы, ну и от тех людей, которые сами побывали в Штатах. Информация была очень противоречивая.

По дипломатическим каналам информация поступала регулярно политическому руководству нашей страны, а это значит, что с ней знакомы члены и кандидаты в члены Политбюро ЦК КПСС, секретари ЦК КПСС и, конечно, ответственные работники Минздрава СССР. Но до поры до времени никаких мер не предпринимали, потому как считали, что раз болезнь затрагивает только гомосексуалистов, то эта проблема для советского общества не актуальна.

В отличие от нас, в зарубежной прессе эти события освещались довольно широко.

Кстати сказать, в то время этот синдром называли не СПИД (синдром приобретенного иммунодефицита), а СПИН — синдром приобретенной иммунонедостаточности.

Затем, в 1983 году французскими и американскими исследователями был выявлен вирус,

получивший международное название «вирус иммунодефицита человека (ВИЧ)». Естественно, что вскоре появились первые тест-системы для лабораторной диагностики этого заболевания. С созданием объективного метода исследования постановка диагноза намного упростилась.

В те времена мы занимались делами более приземленными. С 1970-го года полным ходом шла седьмая пандемия холеры и наша страна по-настоящему испытала на себе что это такое. К слову сказать, к холере мы не были подготовлены. Инфекция, как известно, кишечная, а скажем, в Астрахани, в некоторых районах города водопроводная вода практически без очистки шла прямо из Волги. И вот мое управление как раз занималось организацией противоэпидемиологических мер в стране.

Я бывал на многих вспышках, занимался эпидрасследованиями. Мы тогда с Валентином Ивановичем Покровским часто выезжали. Он был главным внештатным инфекционистом Минздрава СССР и мы с ним, как только что-то произойдет, в самолет и вперед. Прибываем на место, сутки-двое уходило на уточнение ситуации. Ну а когда уже знаешь с чем имеешь дело, тогда уже легко действовать целенаправленно.

В СССР четко и эффективно работала система государственного санитарно-эпидемиологического надзора за инфекционными болезнями,

базой которого являлись санэпидучреждения разного уровня, НИИ эпидемиологии, противочумные институты и противочумные станции. С появлением ВИЧ-инфекции не потребовалось коренной перестройки санэпидслужбы. Просто еще одна новая инфекция стала предметом ее внимания и деятельности.

Вся информация в стране по большинству инфекций, эпидосложнениям, шла под грифом «секретно». Хотя все эти «секреты» вечером можно было услышать по радио «Голос Америки».

С появлением ВИЧ-инфекции возникли неотложные задачи по разработке и созданию средств и методов профилактики для снижения темпов распространения ВИЧ-инфекции и СПИДа; разработке новых лекарственных препаратов и создания способов лечения ВИЧ-инфекции и сопутствующих оппортунистических инфекций.

В 1987 году, когда диагноз (на довольно поздней стадии) был впервые поставлен советскому гражданину, отношение к ВИЧ-инфекции в нашей стране резко изменилось. И первой официальной реакцией на это можно считать Указ Президиума Верховного Совета СССР «О мерах профилактики заражения вирусом СПИДа» от 25 августа 1987 г. Этот законодательный акт вводил обязательное медицинское освидетельствование на ВИЧ для отдельных граждан по Правилам, устанавливаемым Министерством здравоохранения СССР. В случае уклонения граждан СССР от обязательного освидетельствования предусматривалась возможность их принудительной доставки в медицинские учреждения. Иностранцы и лица без гражданства, уклоняющиеся от освидетельствования, должны были выдворяться за пределы СССР. Также вводилась уголовная ответственность за заведомое поставление другого лица в опасность заражения ВИЧ. Таким образом, первый законодательный акт, касающийся ВИЧ-инфекции, отражал только интересы общества и носил ограничительный (репрессивный) характер в отношении прав граждан.

А в конце 80-х страну потрясло известие, заставившее общество отнестись к эпидемии СПИДа, как к реальной угрозе: заражение вирусом иммунодефицита детей в Элисте. Были разные версии причин этой вспышки иммунодефицита — ее объясняли и последствиями экологической катастрофы, и родственными браками, и введением неизученного препарата... Но в действительности дело обстояло следующим образом: первой была выявлена женщина-донор с ВИЧ. Было установлено, что ее ребенок болен, от него она заразилась при вскармливании грудью (через трещины в сосках у матери и язвочки во рту у ребенка). На следующем этапе обследование всех контактных детей выявило свыше 70 ВИЧ-позитивных детей. Далее выяснилось, что один из умерших детей был рожден ВИЧ-позитивной матерью. Ее муж также ока-

зался инфицированным (несколько лет назад он работал в Конго, где был в интимных контактах с местными женщинами). Таким образом выстроилась цепочка: муж, вернувшись из Конго, заразил жену, она родила ВИЧ-инфицированного ребенка. От этого ребенка заразились дети, находившиеся на лечении в одной с ним больнице — через нестерильный инструментарий.

Таким образом в Элисте ВИЧ было заражено более ста детей, некоторые из них были переведены в Волгоград, Ставрополь, Ростов-на-Дону, где пошла вторая волна инфицирования. Многие дети находились в тяжелом состоянии.

После этих событий министр здравоохранения СССР Е.И. Чазов принимает решение организовать специальную службу борьбы со СПИДом. На то время у нас было всего 300 случаев заражения и какую службу организовывать мы четко не знали. Но одно знали точно — пройдет буквально несколько дней, и Чазов спросит, что сделано. Никакие отговорки или аргументы, как избежать выполнения приказа, не могли никому и в голову прийти. Правда, тогда на получение необходимых согласований требовалось минимальное время. Это сегодня, когда видишь как коллеги из системы Минздравсоцразвития неделями, а то и месяцами не могут получить заключение в других ведомствах по документам, подготовленным по поручениям правительства или администрации Президента, становится грустно. А тогда все было по-другому.

Решение министра было довольно мудрое, оно работало на упреждение ситуации. Чазов вообще человек мудрый. И государственный. Что интересно — никто никогда не толкался в приемной министерства, вопросы все решались оперативно, и совершенно противоположное можно было наблюдать в коридорах клиники — там любой научный сотрудник мог его остановить в коридоре и поговорить. Работа у него была очень сложная: с утра он должен был осмотреть очередного высокопоставленного пациента, потом ехал в министерство, потом в Госплан, в правительство... Одним словом человек сильный, государственный.

Так вот, он нас озадачил, мы сели, подумали, и через несколько дней появился документ — приказ Минздрава СССР «Об организации службы профилактики СПИДа в СССР». И отнесли центры по борьбе и профилактике СПИДа к лечебно-профилактическим учреждениям особого типа.

Стали закупать тест-системы, спектрофотометры. На базе Центрального института усовершенствования врачей в Москве и институтах в Ленинграде, Минске и Киеве стали готовить специалистов по лабораторной диагностике. Ведущие центры страны включились в разработку отечественных тест-систем и успешно решили эту проблему. Было организовано 10 лабораторий, а вскоре их число довели до 100.

В соответствии с приказом при Минздраве СССР был создан Комитет по борьбе со СПИДом,



Е.И. Чазов

и возглавил его заместитель министра здравоохранения А.И. Кондрусев. На базе лабораторий ЦНИИ эпидемиологии и 2-й инфекционной больницы Москвы был организован Всесоюзный центр по профилактике и борьбе со СПИДом. В союзных республиках стали создаваться республиканские, областные, городские

центры аналогичной направленности. Простым доказательством правильности организации службы профилактики СПИДа является тот факт, что центры сохранились и поныне практически во всех бывших союзных республиках.

Вот так родилась эта служба, которая до сего дня работает.

Первый закон о СПИДе. В апреле 1990 года был принят Закон СССР «О профилактике заболевания СПИДом». В нем появились положения о правах лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом. Им были предоставлены права на медицинскую и социальную помощь, бесплатный проезд к месту лечения и обратно, бесплатный отпуск лекарств при амбулаторном лечении (в стационарах лекарства уже были бесплатными), а также пенсионное обеспечение, если инфицирование стало результатом действий медицинских работников. Родители или заменяющие их лица получили право на совместное пребывание с больным человеком в стационаре и получение в связи с этим пособия по временной нетрудоспособности.

В Законе была сформулирована и общая антидискриминационная норма, согласно которой запрещалось увольнение ВИЧ-инфицированных с работы, отказ в приеме их на работу, в детские дошкольные учреждения, учебные заведения. Не допускал Закон ущемления других прав и ограничения законных интересов ВИЧ-инфицированных только на основании наличия у них этого диагноза или заболевания СПИДом, а также жилищных и иных прав и законных интересов родных и близких им людей.

Закон СССР 1990 года стал непосредственной реакцией на увеличение в стране числа лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом, в том числе и в результате небрежного и недобросовестного отношения медицинских работников к своим обязанностям. На принятие Закона повлияла и информация о нарушениях прав лиц с ВИЧ/СПИДом и членов их семей. Эти нарушения зачастую бы-

ли вызваны страхом заразиться: у людей не было достоверной информации о реальных путях и способах передачи вируса и мерах профилактики заражения. В результате во втором законодательном акте, касающемся ВИЧ-инфекции, наряду с ограничительными нормами появились и предписания, направленные на защиту прав человека и запрет дискриминации лиц с ВИЧ/СПИДом в разных сферах общественной жизни.

Действующий Федеральный закон от 30 марта 1995 года сохранил преемственность с Законом СССР 1990 года, при этом существенно развил нормы, касающиеся лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом, и членов их семей. В Федеральном законе появилась ранее неизвестная отечественному законодательству норма (ст. 4), устанавливающая гарантии государства по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции.

Этот Закон содержит и достаточно широкий круг гарантий, которые обеспечивают права лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом, в том числе при обращении за медицинской помощью, а также в сфере трудовых отношений, образования и иных областях общественной жизни. В основе Закона лежит превентивная (по сравнению с ранее действовавшим законодательством) модель государственной политики, предупреждающая распространение ВИЧ-инфекции. В этой модели интересы здравоохранения сочетаются с правами человека. Федеральный закон ориентирует соответствующие органы исполнительной власти прежде всего на профилактику распространения ВИЧ-инфекции среди всех групп населения, включая лиц, подверженных риску инфицирования ВИЧ.

Реализация многих организационных и профилактических мероприятий в России стала возможной в связи с принятием правительством Российской Федерации федеральных целевых программ «АнтиВИЧ/СПИД» на 1993–1995 гг., 1996–2000 гг. и 2002–2006 гг., «Неотложные меры по предупреждению распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека» («Анти-ВИЧ/СПИД»), в рамках Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера». Успешно реализуется приоритетный национальный проект по разделу «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявления и лечения больных ВИЧ».

Наше первое лекарство. В 1999 году в России была создана уникальная система региональных СПИД-центров и именно это позволяло противостоять эпидемии. Эффективно действовала система эпиднадзора с регистрацией не только СПИДа, но и всех случаев ВИЧ-инфекции, что позволяло контролировать ситуацию. А ситуация была очень сложной — половина всех новых случаев ВИЧ в Российской Федерации приходилась тогда на Москву и Московскую область. Началось увеличение числа наркозависимых

женщин и подростков. Зачастую инфицированные женщины, в дополнение к наркомании, занимались проституцией, что создавало угрозу распространения ВИЧ от наркоманов половым путем. Тревожные цифры выявляемости ВИЧ были среди доноров — на 100 тыс. обследованных доноров приходилось 3,4 ВИЧ-инфицированных.

И вполне понятно, что наши прогнозы тогда по поводу ситуации со СПИДом были весьма неблагоприятны. Нужно было лечить больных, а учитывая сложную экономическую ситуацию в России, задача эта была не из легких. Зарубежные препараты (а их было тогда порядка двенадцати) были столь дорогостоящи, что их не могли у нас получать в полном объеме даже зараженные дети.

И вот в этот период был зарегистрирован новый эффективный отечественный препарат для лечения СПИДа — фосфазид, который мог поспорить с любым зарубежным лекарственным средством этого направления. Разработан он был в Институте молекулярной биологии РАН. История его создания стоит того, чтобы рассказать о ней отдельно.

С середины 80-х годов стало очевидным, что появившаяся в нашей стране ВИЧ-инфекция и СПИД обуславливают необходимость разработки специфических лекарств, которые могли хотя бы замедлить распространение этого заболевания и продлить жизнь инфицированным людям. Такую задачу сформулировало правительство.

В Институте молекулярной биологии им. В.А. Энгельгардта РАН доктор биологических наук А.А. Краевский, впоследствии академик РАН, показал, что 5'-трифосфат 3'-азидотимидин угнетает синтез ВИЧ. Эти результаты были опубликованы до открытия в США в 1986 году возможности применения азидотимидина в качестве мощного средства подавления ВИЧ-инфекции в культурах лимфоцитов.

В октябре 1986 года А.А. Краевский передал в Институт вирусологии им. Д.И. Ивановского РАМН образцы синтезированного азидотимидина и его 5'-трифосфата для изучения действия препаратов на экспериментальных моделях. Такая работа была выполнена и, впервые в нашей стране, была создана экспериментальная модель для оценки эффективности соединений на анти-ВИЧ-активность.

Первая партия азидотимидина была высокоактивна, а его 5'-трифосфат подавлял активность обратной транскриптазы этого вируса. Результаты были опубликованы в журнале «Молекулярная биология» (т. 22, № 3, 1988 г.).

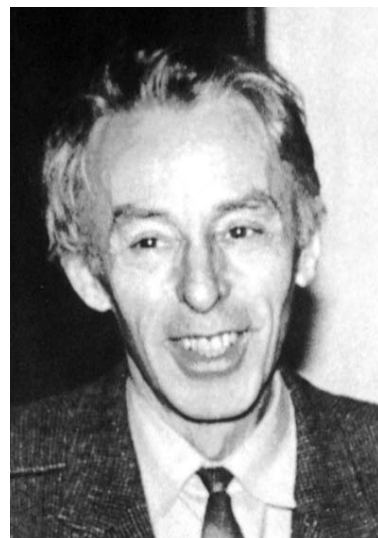
А.А. Краевский твердо решил внедрить азидотимидин в производство и довести его до лекарственной формы. Был разработан крупномасштабный лабораторный метод синтеза азидотимидина, а затем и технология его производства в необходимых для медицинской практики количествах. Сложность решения этой узловой

задачи заключалась в том, что в нашей стране синтез нуклеозидных препаратов в химическом производстве в системе Минхимпрома и Медпрома не проводились. А.А. Краевский умело использовал все возможности разных производств страны и довел до конца дело создания первого для нашей страны лекарства для лечения ВИЧ-инфекции и СПИДа — таблеток азидотимидина. Препарат получил название «тимазид». Таким образом, в условиях нарастания эпидемии СПИДа в 90-х годах наша страна получила возможность использовать отечественный препарат азидотимидин (тимазид), выпускаемый на АО АЗТ в Москве.

Фундаментальные исследования А.А. Краевского привели к созданию теоретических построений, обосновывающих новые подходы к созданию анти-ВИЧ-лекарств. Группа вирусологов под руководством Г.А. Галегова обнаружила высокую анти-ВИЧ-активность у ряда фосфонатов азидотимидина. В.М. Шобухов в прямых опытах доказал, что некоторые из них малотоксичны, — гораздо менее, нежели азидотимидин. Эти результаты были защищены авторскими свидетельствами СССР и в последующем — Европейским патентом и патентами США, Японии и Кореи. Были опубликованы статьи в журнале «Молекулярная биология» (т. 23, № 6, 1989) и в трех зарубежных изданиях.

А.А. Краевский передал запатентованные соединения группе бельгийских вирусологов, двум группам вирусологов в США и группе канадских специалистов по ВИЧ-инфекции. Во всех группах было обнаружено, что соединения обладают выраженной анти-ВИЧ-активностью. Было также подтверждено, что фосфазид действительно малотоксичен для различных типов клеток в культуре.

Затем, после многочисленных консультаций, А.А. Краевский принял ответственное решение о целесообразности применения препарата фосфазид в медицинской практике для лечения ВИЧ-инфекции и СПИДа. Разработанный им и его коллегами метод химического синтеза фосфазиды был использован как основа для регламента синтеза его в производственном масштабе. Эта задача была успешно решена, и начался этап трудоемких доклинических испытаний, выполнявшихся в Кардиологическом центре под руководством Е.В. Арза-



А.А. Краевский

масцева. Параллельно созданная при самом активном участии А.А. Краевского «Ассоциация АЗТ» завершила разработку технологии получения натриевой соли высокочистого фосфазида в таблетированной форме.

Главной базой клинического изучения фосфазида стал Центральный институт эпидемиологии, где В.В. Покровский и О.Г. Юрин уже имели опыт лекарственной терапии ВИЧ-инфекции и СПИДа. Препарат изучали также в Санкт-Петербурге, Твери и Нижнем Новгороде.

А.А. Краевский принимал непосредственное участие в оценке лечебного эффекта фосфазида, а именно в оценке его способности снижать количество вирусной РНК в плазме крови и увеличивать количество CD4-клеток у ВИЧ-инфицированных пациентов. Фосфазид отвечал всем требованиям, предъявляемым к современным анти-ВИЧ-лекарствам.

В 1999 г. Государственный фармакологический комитет Минздрава РФ принял решение о внедрении фосфазида в медицинскую практику.

Таким образом, фосфазид явился первым препаратом, который был утвержден у нас. И это на самом деле было для нас очень большой гордостью. Ведь для того, чтобы провести активное вещество через все эти этапы до лекарства, нужно было объединить усилия химиков, молекулярных биологов, вирусологов, клиницистов, предклиницистов, технологов. А в то время это было нелегко.

К сожалению, когда в июне 2001 года в Кремлевском Дворце группе отечественных ученых вручали Государственные премии Российской Федерации в области науки и техники, и в том числе академику РАН А.А. Краевскому — руководителю работы по созданию теории и разработке новых противовирусных препаратов на основе модифицированных нуклеотидов для борьбы с вирусом иммунодефицита человека, его уже не было в живых. Он был удостоен высокой награды посмертно, не дожив до общественного признания его заслуг перед Отечеством всего несколько месяцев...



М.И. Наркевич (1999 г.)

О наркотиках. Одной из главных причин распространения ВИЧ-инфекции в России является тот факт, что Россия стала великой наркодержавой. И сегодня каждая семья находится в зоне риска, особенно у кого есть тинейджеры. Ситуация острейшая. А обратной связи с мо-

лодежью практически нет. В одночасье разрушили то, чем молодежь привлекалась к физкультуре, спорту, утратили свои позиции мораль, этика. Сегодня чувства стыда и греха нет, все разрушено.

Беда в том, что гражданское общество, которое сейчас у нас строят, в общем не осознало остроту ситуации, нет ответа. И деньги в стране сейчас есть, обозначилась политическая воля высшего руководства страны по проблеме, но в целом в обществе нет должного понимания ситуации. Инфантильность в оценке ситуации у родителей, общества, объединений, чего хотите. А речь ведь сейчас идет о генофонде нашей нации. Ведь ни у кого нет 70% наркозависимых среди ВИЧ-инфицированных, а у нас есть.

Что касается заместительной терапии, то я считаю, что в нашей стране она нереальна. Нельзя сравнивать нас с Голландией. Никакого реального контроля не будет — это все ерунда. По данным наркоконтроля в нашей стране 6 миллионов наркопотребителей, десять лет назад их было в десять раз меньше. И, повторяю, в нашей стране 70–75% ВИЧ-инфицированных — это наркопотребители. Поэтому нужна системная борьба, включая профилактику, изучение всех приводящих причин. Я прекрасно понимаю, что мир без наркотиков — это утопия, но это не значит, что их надо пропагандировать и, тем более, — разрешать.

И что касается марихуаны и призывов ее легализовать, то я категорически против легализации конопли, потому что шаг от легкого наркотика до тяжелого — это маленький шаг. Я был недавно в Голландии, на которую многие ссылаются, и видел как марихуана и легкие наркотики неизбежно приводят к тяжелым, героиновым.

Поэтому, проблем много, но они решаемы. Условия для этого есть. Но плохо то, что все дожидаются пока кто-то сверху не скажет.

О приверженности. Сейчас это стало модным словом. Все вдруг вспомнили о приверженности. Вроде как клонуло сейчас.

Для приверженности сейчас есть все условия. Онищенко сейчас каждый день всех ругает за плохой охват лечением. Так у нас действительно недостаточный охват. В некоторых учреждениях лечат только тех, кто приходит, а сами медики в народ не идут.

Нужна система изменения поведения молодого человека, чтобы у него появилась потребность лечения — вот что такое приверженность и профилактика. Во все времена самым трудным было изменить именно поведение человека. А то рапортуют: «Издали столько-то брошюр, столько-то плакатов, столько-то денег освоено...». Освоено! Слово-то какое. Так не осваивать их надо, а конкретно что-то изменять к лучшему на эти самые деньги.

Поэтому приверженность — вопрос сегодня, конечно, насущный.

О гражданском обществе и общественных организациях. У нас в России гражданское общество находится в зачаточном состоянии и формируется оно, как правило, указами сверху.

Гражданское общество должно реализовывать свои возможности, мысли и действия через общественные организации.

Я вот теперь тоже принадлежу к неправительственным организациям и поэтому могу также говорить от их имени. Хотя я старый бюрократ и в прошлом много времени провел в системе здравоохранения Союза. Но я с удовольствием переключился. И могу сказать, что ни в одной отрасли медицины нет ничего подобного. СПИД сегодня стал не просто болезнью, а чем-то вроде явления, вокруг которого организуются движения, общественные организации, правительственные комиссии, международные конференции. И это с одной стороны правильно, потому что это действительно проблема века, но с другой стороны, на этом фоне начали развиваться и паразитические явления.

Никто, ни по одной болезни столько не ездит на международные конгрессы, как ездят по проблемам СПИДа. По всем остальным болезням собираются по несколько профессоров от каждой страны, и все. А тут каждые полгода куда-то кто-то едет.

Я не против международных конгрессов и конференций, они безусловно нужны и полезны. Я против так называемых «СПИД-тусовок». Сколько СПИД-туристов развелось — на языке ноль, что происходит вокруг не понимают, а все равно едут — начиная от медиков и заканчивая так называемыми «активистами». И некоторые общественные организации приезжают лишь для того, чтобы демонстрации устроить. Ни на одном заседании их не видно, да и непонятны им они. А зачем приехали тогда? Ведь конференция — это прежде всего заседания, обмен мнениями. А деньги какие на них тратятся. Так

что, кроме этих праздников, которые себе устраивает на этих конференциях гражданское общество, надо еще и своей репутацией дорожить. Это очень важно.

Тут конечно и пресса виновата — столько всяких мифов создала вокруг этого. Один только термин «Чума XX века» чего стоит. Да никакая это не чума! Если б это была чума, то с чумой легко бороться, знаю на личном опыте.

Сейчас создана правительственная комиссия, куда вошли пять представителей от гражданского общества, и я в том числе. Долго боролись за эту комиссию, ну вот наконец создали. Может не все вошли кто хотел, но я думаю будет еще ротация. Председателем там министр здравоохранения М. Зурабов, ответственный секретарь — Г. Онищенко. И меня это радует, потому что эти люди смогут организовать по-настоящему работу этой комиссии.

Так что я за гражданское общество. Построить его сложно, нужно время. Надо терпеливо к этому относиться. Как вы помните, была попытка перерегистрировать все неправительственные организации для того, чтобы не все смогли перерегистрироваться. Это было очевидно. Но Президент Путин сказал, что этого не будет.

К счастью, у Президента слова не расходятся с делами. Он обещал в 2005 году, что надо резко изменить ситуацию с финансированием проблемы ВИЧ/СПИДа и в 2006 году фактически в 20 раз увеличилось финансирование. Так что сегодня денег есть столько, сколько надо, остается только их с умом направить в нужное русло.

Чтобы остановить ВИЧ-эпидемию в России, требуются объединенные усилия государственных и общественных организаций, работающих по данной проблеме. И, что немаловажно, — приверженность самих больных к лечению, а остального населения — к здоровому образу жизни.



М.И. Наркевич на презентации Концепции РПЦ (2005 г.)



На митинге в День памяти умерших от СПИДа (2006 г.)

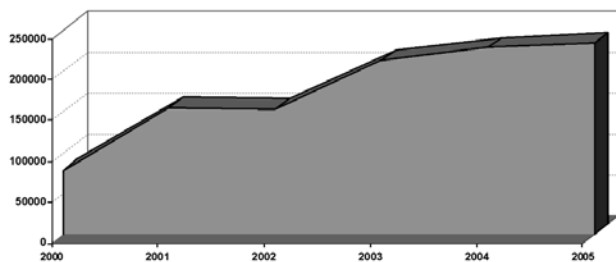


Рис. 1. Число ВИЧ-инфицированных, состоящих на учете в период с 2000 по 2005 г.

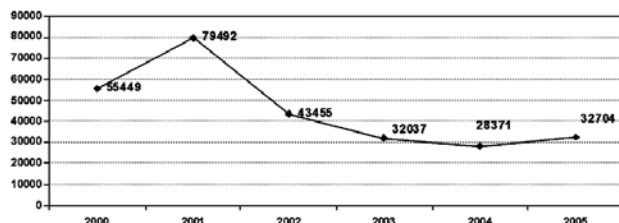


Рис. 2. Число впервые зарегистрированных лиц с ВИЧ-инфекцией в период с 2000 по 2005 г.

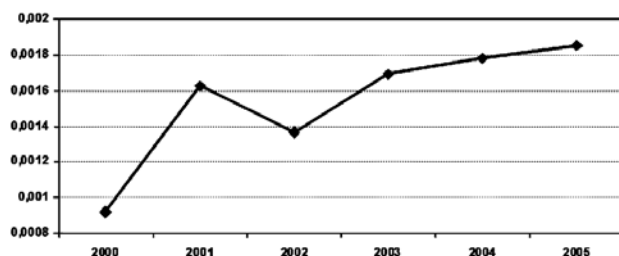


Рис. 3. Вероятность инфицирования ВИЧ (2004–2005 гг.)

систему в России. По официальным данным, показатель распространенности ВИЧ в тюрьмах, по крайней мере, в 4 раза выше, чем в целом по стране (Министерство юстиции России, Управление исполнения наказаний и Российский федеральный центр СПИДа, 2004). В местах заключения на конец 2004 г. содержалось 35,2 тыс. человек, инфицированных ВИЧ (41,6 на 1000 заключенных), что в 1,2 раз превышает показатели 2001 г. (рис. 4).

В то же время эпидемия проникает и в те группы населения, которые не прибегают к использованию наркотиков. Большая часть потребителей инъекционных наркотиков ведет активную половую жизнь, и, если они инфицированы ВИЧ, то они могут передавать вирус половым путем своим случайным или постоянным партнерам, поскольку многие из них не практикуют безопасный секс.

Так, если в 2001 г. приблизительно 6% зарегистрированных заражений ВИЧ было связано с половыми контактами, то к концу 2004 г. эта пропорция увеличилась до 30,5% от числа лиц с установленным фактором риска инфицирования (рис. 5).

Как следствие этой тенденции, число женщин среди ВИЧ-инфицированных постоянно увеличивается. Большую часть потребителей инъекционных наркотиков в Российской Федерации составляют мужчины, в то же время 36,2% всех случаев ВИЧ зарегистрировано среди женщин (47,8% среди новых случаев) — это лишний раз свидетельствует о превалировании полового пути инфицирования для данной категории населения.

Таблица 1. Характеристика охвата выявления и выявляемость среди проведенных обследований ряда групп населения Российской Федерации в 2003–2004 годах

Обследованные группы	2003				2004			
	Обследовано	Выявлено	%	Выявляемость на 1000 обследованных	Обследовано	Выявлено	%	Выявляемость на 1000 обследованных
Наркопотребители	279 509	6304	2,3	22,6	257 889	4902	1,9	19,0
МСМ	8056	22	0,3	2,7	5889	30	0,5	5,1
Венбольные	144 7066	2854	0,2	2,0	1 356 107	2683	0,2	2,0
Доноры	3 811 675	979	0,0	0,3	3 803 488	891	0,0	0,2
Беременные	3 080 896	3490	0,1	1,1	3 518 393	3940	0,1	1,1
МЛС	606 265	5043	0,8	8,3	545 604	4080	0,7	7,5
По клиническим показаниям (взрослые)	499 6507	7282	0,1	1,5	4 664 699	7322	0,2	1,6
Медсотрудники, работающие с ВИЧ-материалом	22 8291	31	0,0	0,1	241 918	110	0,0	0,5
Выявление при эпидрасследовании	75 263	6075	8,1	80,7	85 655	6093	7,1	71,1
Прочие	7 007 888	7874	0,1	1,1	6 814 323	7796	0,1	1,1
Всего	21 541 416	39 954	0,2	1,9	21 293 965	37 847	0,2	1,8

Данный факт можно объяснить постоянным ростом сферы секс-бизнеса, появлением значительной мобильной рабочей силы в неформальной сфере экономики, преимущественно включающей женщин, а также увеличением числа женщин, мигрирующих в поисках работы. Такая постепенная феминизация эпидемии заметна даже среди молодых женщин.

В 2005 году на женщин возрастной группы 15–17 лет приходилась более значительная доля новых случаев ВИЧ-инфекций по сравнению с мужчинами той же возрастной группы (66,5% по сравнению с 40,6% в структуре зарегистрированных больных). Некоторые из них заразились в результате употребления инъекционных наркотиков; за последнее десятилетие число женщин, употребляющих инъекционные наркотики, значительно увеличилось.

В то же время многие женщины заразились ВИЧ в результате незащищенных контактов с инфицированными мужчинами (Федеральная служба Российской Федерации по надзору в сфере прав потребителей и благополучия человека, 2005). Эпидемия, которая первоначально концентрировалась среди потребителей инъекционных наркотиков, сейчас начала быстро распространяться среди работников секс-бизнеса и их клиентов, а также среди случайных или постоянных сексуальных партнеров потребителей инъекционных наркотиков, не употребляющих такие наркотики.

Эта новая фаза развития эпидемии в Российской Федерации наиболее заметна в регионах, где ВИЧ был зарегистрирован ранее всего (например, в Калининграде, Красноярском крае, Нижнем Новгороде и Твери). В то же время она очевидна и в регионах, где эпидемия стала развиваться относительно недавно, например, в Белгородской, Воронежской, Калужской, Орловской, Рязанской, Пензенской, Ульяновской областях и в республике Бурятия более 50% случаев ВИЧ, зарегистрированных в 2005 году, были связаны с гетеросексуальным путем передачи. Данные были получены из Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом.

Все чаще ВИЧ-инфекция регистрируется у молодых женщин, которые стремятся оставить после себя потомство. Прогрессивно растет число детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей, что делает задачу профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку приоритетной (рис. 6).

За последние 6 лет зарегистрированное число беременных женщин, имеющих ВИЧ, выросло в несколько раз, а общее число детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, в настоящее время составляет 15 237 (ЦНИИОИЗ, 2006).

Но наиболее актуальной проблемой на сегодняшний день становится нарастание числа умерших от ВИЧ-инфекции и СПИДа. Если в

90-е годы это были единичные случаи, то начиная с 2000 г. рост числа умерших имеет ярко выраженный характер, в частности среди лиц с диагнозом СПИД. По нашим прогнозам число умерших от ВИЧ-инфекции будет возрастать, и рискует выйти на первый план среди структуры умерших от инфекционных заболеваний (рис. 7).

Данный факт подтверждается расчетом риска смерти среди ВИЧ-инфицированных, который составляет от 0,958 до 0,969.

Если не будут расширены усилия по профилактике, в частности, среди потребителей инъекционных наркотиков и их сексуальных партнеров, а также среди работников секс-бизнеса и

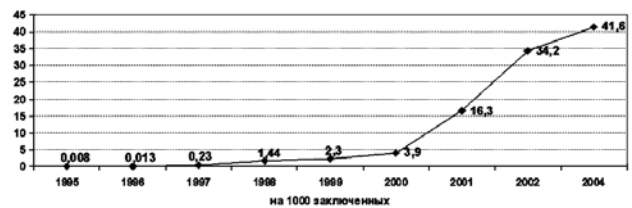


Рис. 4. Распространенность ВИЧ-инфекции среди заключенных в 1995–2004 гг.

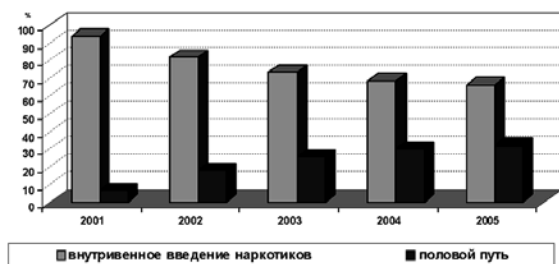


Рис. 5. Пути инфицирования ВИЧ в 2001–2005 гг.

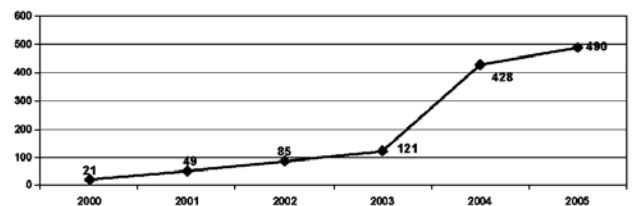


Рис. 6. Число детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция в 2001–2005 гг.

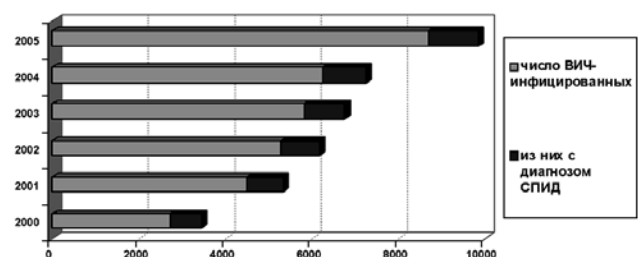


Рис. 7. Число умерших от ВИЧ-инфекции в Российской Федерации в период с 2000 по 2005 г.

их клиентов, — эпидемия СПИДа в Российской Федерации будет нарастать. Особенно актуальной является потребность в принятии комплексных мер в ответ на проблемы, создаваемые ВИЧ и употреблением инъекционных наркотиков, в частности среди молодежи. Услуги, связанные с наркотиками, включая профилактику употребления наркотиков, лечение от наркозависимости и программы снижения вреда (в том числе программы обмена шприцев, заместительная терапия, распространение презервативов и т.д.), являются неотъемлемой частью таких ответных мер.

Прежде всего это касается регионов, где употребление инъекционных наркотиков распространено очень сильно, но где показатель распространенности ВИЧ среди потребителей наркотиков все еще остается относительно низким (табл. 2).

Таким образом, в настоящее время на первый план выходят меры по своевременному выявлению и профилактике ВИЧ-инфекции. Принятие мер по выявлению ВИЧ-инфекции в общей лечебной сети, особенно врачами первичного звена, развитая сеть программ по профилактике передачи ВИЧ-инфекции в среде групп высокого риска, поможет не только остановить рост распространенности ВИЧ-инфекции в РФ, но и уменьшит риск нарастания числа умерших среди лиц трудоспособного возраста, а следовательно будет влиять на среднюю продолжительность жизни.

Помимо потребности в более эффективных программах профилактики, необходимо обеспечить услуги по лечению и уходу для растущего числа россиян, живущих с ВИЧ, в том числе для тех, кто относится к маргинализованным группам. Этот прогресс остается незначительным. К середине 2005 г. антиретровирусное лечение получали менее 10% всех нуждающихся (всего лишь 4000–6500 чел.) (ЮНЭЙДС/ВОЗ, 2005).

Программа «Развитие стратегии лечения населения Российской Федерации, уязвимого в ВИЧ/СПИДе»

Пятилетняя Программа «Развитие стратегии лечения населения Российской Федерации, уязвимого в ВИЧ/СПИДе» имеет целью снижение ВИЧ-обусловленной заболеваемости и смертности путем повышения доступности к услугам по профилактике ВИЧ, лечению, уходу и поддержке для ЛЖВС с акцентом на малоимущие и маргинальные слои населения.

Программа предполагает решение шести следующих задач:

- увеличить выявляемость и дальнейшее направление ЛЖВС на лечение и помощь, уделяя особое внимание уязвимым группам населения;
- расширить доступность качественной медицинской помощи для ВИЧ-инфицирован-

ных, требующих лечения, и тех, кто подвергся риску инфицирования ВИЧ;

- совершенствовать паллиативную помощь и психологическую поддержку, предоставляемую ЛЖВС и их родственникам, уделяя особое внимание бедным и уязвимым группам населения, включая сирот;

- расширение возможностей российской системы здравоохранения на федеральном и региональном уровнях по предоставлению эффективного лечения, ухода и поддержки ЛЖВС, уделяя особое внимание уязвимым группам населения;

- создание благоприятных условий для работы служб и реализации программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом;

- укрепление имеющегося потенциала на национальном и региональном уровне по проведению надзора и мониторинга за предоставляемым ЛЖВС лечением и уходом, а также проведению операционных исследований по вопросам лечения, ухода и поддержки ЛЖВС.

Основным реципиентом гранта является фонд «Российское здравоохранение» (ФРЗ). Первая фаза реализации Программы в соответствии с соглашением о безвозмездном предоставлении средств, заключенном с Глобальным фондом борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, осуществляется с 1 сентября 2005 г. по 31 августа 2007 г.

Предполагается, что реализация Программы в первый год ее выполнения будет осуществляться в 9 выбранных субъектах Российской Федерации, во второй год — количество регионов-участников Программы увеличится.

Регионы Программы: Алтайский и Краснодарский края, Волгоградская, Иркутская, Калининградская, Ленинградская, Саратовская, Свердловская, Челябинская области.

Для мониторинга и оценки реализации Программы ФРЗ (заказчик) заключил договор с Федеральным государственным учреждением «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» (ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава») (исполнитель), в котором создан Центр мониторинга и оценки (Центр МиО).

Методы и цель исследования. В рамках программы «Развитие стратегии лечения населения Российской Федерации, уязвимого в ВИЧ/СПИДе» в мае 2006 г. ЦНИИОИЗ провел опрос среди медицинских работников. Целью данного исследования была оценка уровня профессиональных знаний медработников, объединенных в целевые группы, по аспектам профилактики ВИЧ-инфекции, равного консультирования и тестирования, лечения и паллиативной помощи с выделением психолого-социальной поддержки для проведения оценки эффективности деятельности проекта.

Таблица 2. Установленные факторы риска инфицирования в России за 2005 год

Федеральные округа, субъекты Российской Федерации		Факторов риска, всего	Гомосексуальная связь с ВИЧ-партнером		Гетеросексуальная связь с ВИЧ-партнером		Наркотический контакт с ВИЧ-партнером	
			абс.	%	абс.	%	абс.	%
1		2	3	4	5	6	7	8
РОССИЯ		15 344	146	0,95	4811	31,35	10 185	66,38
ОКРУГ:	Центральный	2581	103	3,99	1252	48,51	1201	46,53
Области:	Белгородская	42	1	2,38	31	73,81	10	23,81
	Брянская	122	1	0,82	89	72,95	30	24,59
	Владимирская	12	0	0,00	0	0,00	12	100,00
	Воронежская	59	0	0,00	41	69,49	16	27,12
	Ивановская	25	0	0,00	3	12,00	21	84,00
	Калужская	75	0	0,00	60	80,00	14	18,67
	Костромская	121	0	0,00	43	35,54	77	63,64
	Курская	36	0	0,00	19	52,78	17	47,22
	Липецкая	37	1	2,70	27	72,97	9	24,32
	Московская	299	4	1,34	11	3,68	274	91,64
	Орловская	85	0	0,00	64	75,29	20	23,53
	Рязанская	151	0	0,00	122	80,79	28	18,54
	Смоленская	94	2	2,13	30	31,91	61	64,89
	Тамбовская	44	0	0,00	28	63,64	16	36,36
	Тверская	95	0	0,00	32	33,68	93	97,89
	Тульская	182	1	0,55	106	58,24	73	40,11
	Ярославская	56	0	0,00	33	58,93	21	37,50
Город:	Москва	1046	93	8,89	513	49,04	409	39,10
ОКРУГ:	Северо-Западный	3291	18	0,55	478	14,52	2778	84,41
Республики:	Карелия	13	1	7,69	0	0,00	12	92,31
	Коми	79	0	0,00	34	43,04	45	56,96
Области:	Архангельская	32	3	9,38	21	65,63	8	25,00
	Ненецкий АО	0	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Вологодская	107	3	2,80	75	70,09	66	61,68
	Калининградская	126	0	0,00	32	25,40	93	73,81
	Ленинградская	331	2	0,60	7	2,11	319	96,37
	Мурманская	241	1	0,41	88	36,51	152	63,07
	Новгородская	58	0	0,00	36	62,07	21	36,21
	Псковская	17	0	0,00	8	47,06	9	52,94
Город:	Санкт-Петербург	2287	8	0,35	177	7,74	2053	89,77
ОКРУГ:	Южный	602	5	0,83	205	34,05	382	63,46
Республики:	Адыгея	4	0	0,00	0	0,00	4	100,00
	Дагестан	120	0	0,00	31	25,83	88	73,33
	Ингушетия	17	0	0,00	1	5,88	14	82,35
	Кабардино-Балкарская	42	0	0,00	31	73,81	11	26,19
	Калмыкия	7	0	0,00	6	85,71	1	14,29
	Карачаево-Черкесская	7	0	0,00	2	28,57	5	71,43
	Сев. Осетия (Алания)	46	0	0,00	5	10,87	41	89,13
Края:	Краснодарский	84	0	0,00	3	3,57	79	94,05
	Ставропольский	51	0	0,00	22	43,14	28	54,90
Области:	Астраханская	30	0	0,00	19	63,33	11	36,67
	Волгоградская	148	3	2,03	75	50,68	66	44,59
	Ростовская	46	2	4,35	10	21,74	34	73,91
ОКРУГ:	Приволжский	3550	11	0,31	1582	44,56	1928	54,31

Таблица 2. Окончание

1	2	3	4	5	6	7	8	
Республики:	Башкортостан	130	0	0,00	29	22,31	101	77,69
	Марий Эл	33	0	0,00	20	60,61	13	39,39
	Мордовия	23	0	0,00	16	69,57	6	26,09
	Татарстан	263	1	0,38	143	54,37	119	45,25
	Удмуртия	39	0	0,00	1	2,56	38	97,44
	Чувашская	72	0	0,00	51	70,83	20	27,78
Области:	Кировская	36	1	2,78	22	61,11	12	33,33
	Нижегородская	436	7	1,61	167	38,30	260	59,63
	Оренбургская	264	0	0,00	89	33,71	172	65,15
	Пензенская	66	0	0,00	52	78,79	14	21,21
	Пермская	223	1	0,45	3	1,35	214	95,96
	Коми-Пермяцкий АО	0	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Самарская	1421	0	0,00	634	44,62	774	54,47
	Саратовская	288	1	0,35	180	62,50	104	36,11
	Ульяновская	256	0	0,00	175	68,36	81	31,64
ОКРУГ:	Уральский	2609	3	0,11	695	26,64	1861	71,33
Области:	Курганская	152	3	1,97	98	64,47	50	32,89
	Свердловская	1230	0	0,00	193	15,69	1004	81,63
	Тюменская	149	0	0,00	59	39,60	82	55,03
	Ханты-Мансийский АО	751	0	0,00	246	32,76	500	66,58
	Ямало-Ненецкий АО	53	0	0,00	26	49,06	27	50,94
	Челябинская	274	0	0,00	73	26,64	198	72,26
ОКРУГ:	Сибирский	1855	3	0,16	396	21,35	1408	75,90
Республики:	Алтай	11	0	0,00	5	45,45	6	54,55
	Бурятия	187	0	0,00	123	65,78	63	33,69
	Тыва	1	0	0,00	1	100,00	0	0,00
	Хакасия	10	0	0,00	7	70,00	2	20,00
Края:	Алтайский	109	0	0,00	21	19,27	88	80,73
	Красноярский	148	0	0,00	20	13,51	128	86,49
	Таймырский АО	4	0	0,00	0	0,00	1	25,00
	Эвенкийский АО	0	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Области:	Иркутская	829	0	0,00	16	1,93	789	95,17
	Усть-Ордын. Бурят. АО	6	0	0,00	0	0,00	6	100,00
	Кемеровская	241	1	0,41	59	24,48	175	72,61
	Новосибирская	132	0	0,00	71	53,79	59	44,70
	Омская	32	1	3,13	14	43,75	17	53,13
	Томская	28	0	0,00	15	53,57	12	42,86
	Читинская	116	1	0,86	43	37,07	62	53,45
	Агинский Бурятский АО	1	0	0,00	1	100,00	0	0,00
ОКРУГ:	Дальневосточный	676	3	0,44	143	21,15	528	78,11
Республика:	Саха (Якутия)	9	1	11,11	2	22,22	6	66,67
Края:	Приморский	611	2	0,33	118	19,31	490	80,20
	Хабаровский	25	0	0,00	2	8,00	23	92,00
Области:	Амурская	9	0	0,00	5	55,56	4	44,44
	Камчатская	3	0	0,00	2	66,67	1	33,33
	Корякский АО	0	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Магаданская	10	0	0,00	8	80,00	1	10,00
	Сахалинская	1	0	0,00	0	0,00	1	100,00
Авт.обл.:	Еврейская	3	0	0,00	2	66,67	1	33,33
АО.:	Чукотский	5	0	0,00	4	80,00	1	20,00

Целевые группы:

- врачи (семейных амбулаторий, центральных районных больниц, поликлиник, роддомов, женских консультаций, противотуберкулезных, дерматовенерологических, наркологических диспансеров), которые оказывают медпомощь лицам, живущим с ВИЧ/СПИДом;

- фельдшера фельдшерско-акушерских пунктов;

- медсестры (семейных амбулаторий, центральных районных больниц, поликлиник, роддомов, женских консультаций, противотуберкулезных, дерматовенерологических, наркологических диспансеров), которые оказывают медпомощь лицам, живущим с ВИЧ/СПИДом.

Задачи. Данное исследование имеет следующие задачи для разных целевых групп:

1) Врачи должны получить данные:

- об уровне информированности по вопросам ВИЧ-инфекции, профилактике инфицирования, постконтактной профилактики;

- об уровне информированности по предоставлению АРВ-терапии;

- об опыте консультирования до- и после теста на ВИЧ;

- об отношении к пациентам, к проблеме ВИЧ-инфекции;

- об уровне информированности по вопросам паллиативной помощи, психолого-социальной поддержки для ЛЖВС.

2) Средний медицинский персонал должен получить данные:

- об уровне информированности по вопросам ВИЧ-инфекции, профилактике инфицирования, постконтактной профилактики;

- о понимании методики проведения консультирования до- и после теста на ВИЧ;

- об отношении к пациентам, к проблеме ВИЧ-инфекции.

Инструмент. Самозаполнение анкет в присутствии интервьюера.

Выборка. Медицинские учреждения были выбраны из списка медицинских учреждений городов по рекомендации представителей местной власти. Других критериев для включения в исследование не было.

Исследование было конфиденциальным. Участие респондентов в исследовании было бесплатным и добровольным.

В соответствии с целями, задачами исследования и правилами его проведения, выборка проходила в следующих учреждениях:

- головные (областная, краевая) клинические больницы, ЦРБ, городские поликлиники, женские консультации, родильные дома (один из них в статусе головной), головные (областная, краевая) детские больницы, детские поликлиники, противотуберкулезные диспансеры (один из них головной), дерматовенерологические диспансеры (один из них головной), наркологические диспансеры (один из них головной), ФАП, семейные амбулатории;

- при расчете объема выборки в каждом учреждении из списка представленного выше учитывалось, что объем охваченных медицинских работников должен быть в пределах 60% от числа работающих в учреждении в данной области.

В указанных учреждениях исследовались следующие группы специалистов:

- врачи семейных амбулаторий, центральных районных больниц, поликлиник, роддомов, женских консультаций, противотуберкулезных, дерматовенерологических, наркологических диспансеров, которые оказывают медпомощь лицам, живущим с ВИЧ/СПИДом;

- фельдшеры ФАПов;

- медсестры семейных амбулаторий, центральных районных больниц, поликлиник, роддомов, женских консультаций, противотуберкулезных, дерматовенерологических, наркологических диспансеров, которые оказывают медпомощь лицам, живущим с ВИЧ/СПИДом.

Общее число респондентов составило 2129 человек.

Интервьюеры. В Комитет/департамент здравоохранения были приглашены представители всех ЛПУ, выбранных для участия в проведении анкетирования в качестве интервьюеров. Представителям ЛПУ были предоставлены инструкции по проведению анкетирования среди сотрудников. Они также были обучены методике проведения анкетирования. Анкетирование проводилось обученными представителями ЛПУ в своих учреждениях. Затем заполненные респондентами анкеты интервьюеры возвратили экспертам ЦМиО для проверки качества заполнения.

Особенности проведения исследования и организация отчетности. Исследование проводилось в течение одного месяца (мая 2006 г.), после чего его результаты были представлены в ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава» в виде файла формата *spr* («Эпидата»).

Количество участников исследования в каждой из заявленных областей работы (педиатрия, терапия, общая практика, инфекционные заболевания, акушерство-гинекология, фтизиатрия, дерматовенерология, наркология) рассчитывалось из следующих долевых принципов: врачей — 50%, фельдшеров — 15%, медицинских сестер — 35%. Доля каждой из областей деятельности в структуре медицинских работников должна была быть одинаковой — 12,5% за исключением фельдшеров ФАП, где область деятельности едина для всех участников выборки. Объем выборки по области составлял не менее 240 чел. (по формуле репрезентативности исследования). Однако в ряде территорий распределение специалистов в выборке отличалось на 1–1,5% (особенности кадрового распределения).

Подготовка и ход анкетирования. Перед проведением анкетирования от респондента запрашивалось согласие на участие в данном исследовании, причем предварительно эксперты объ-

ясняли цели, задачи и ход проведения исследования. Только после ознакомления респондента с целями и задачами и получения устного согласия на участие в исследовании, интервьюер переходил к анкетированию.

Анкета заполнялась респондентом самостоятельно. По ее заполнении респондент возвращал анкету интервьюеру. Ежедневно интервьюер отдавал заполненные анкеты координатору исследования (сотрудник СПИД-центра каждого региона), который проверял анкеты на полноту и качество заполнения.

В дни проведения исследования в регионах присутствовали эксперты центра МИО, совершавшие выборочные проверочные визиты в места проведения исследования.

По итогам анкетирования была создана база данных в специальном файле программы «Эпидата». После внесения в базу данных респондентов, файл высылался в ЦМиО для окончательной обработки.

Оригиналы анкет по окончании исследования высылались в Центр МиО.

Число ответов, полученных от каждой из двух целевых групп: врачи – 1113, медсестры – 746, фельдшера ФАП – 270, всего – 2129.

Анализ проводился отдельно для врачей, медсестер и фельдшеров и включал в себя:

1) оценку знания респондентов путем определения процента правильных ответов на блоки вопросов по основным проблемам ВИЧ-инфекции, в том числе о профилактических мероприятиях, направленных на снижение профессионального риска, связанного с ВИЧ-инфекцией, ППМР, а также об этических и юридических аспектах работы с ЛЖВС. Путем расчета кумулятивных знаний была получена шкала оценки знаний. С помощью шкалы были проанализированы для различных регионов кумулятивные показатели уровня знаний по регионам;

2) определение процента различных ответов на дополнительные вопросы для оценки чувств и отношения респондентов, касающихся их профессиональных и личных взаимоотношений с ЛЖВС. Также были изучены различия в отношении для выявления статистически значимой связи с учетом имеющегося опыта работы с ЛЖВС и представлений респондентов об их риске заражения ВИЧ-инфекцией на рабочем месте;

3) оценку доступности и потребностей в информации на основе определения числа респондентов, получивших новую информацию о ВИЧ/СПИДе, высказанных ими предпочтений в выборе источников информации и указанных тем, которые освещаются недостаточно.

Были проанализированы некоторые вопросы, касающиеся опыта респондентов в области дотестового и послетестового консультирования на ВИЧ.

Все данные были проанализированы с помощью Статистического пакета для обществен-

Таблица 3. Число респондентов по регионам

Целевой регион	Врачи	Медсестры	Фельдшера
Алтайский край	109	85	35
Свердловская обл.	138	85	27
Иркутская обл.	109	92	37
Калининград. обл.	128	97	26
Краснодарский край	128	91	31
Саратовская обл.	123	103	46
Ленинградская обл.	127	88	36
Волгоградская обл.	130	82	37
Челябинская обл.	121	108	22

ных наук (Statistic Package for Social Science, SPSS), версия 11.0. Значимость статистической ассоциации проверяли с помощью стандартного критерия хи-квадрат при $p < 0,01$.

Ограничения. Все данные об отношении к ВИЧ-инфицированным, представленные в этом отчете, получены со слов респондентов. Они могли давать соответствующие общепринятым социальным установкам ответы на вопросы, касающиеся их собственного отношения к пациентам с ВИЧ/СПИДом, пациентам, употребляющим инъекционные наркотики (ПИН), и пациентам, занятым в сфере сексуальных услуг.

Представление полученных данных.

Когнитивный аспект: уровень осведомленности медицинских работников о ВИЧ/СПИДе

Демографические и профессиональные характеристики выборки. Возраст респондентов составил от 19 до 78 лет. Среднее значение 38,8 лет, медиана 38,0 лет; стандартное отклонение 11,1 года. Среди врачей преобладающей стала возрастная группа от 31 до 45 лет. Эта же группа характерна и для медицинских сестер. Возраст же фельдшеров в основном превышал 46 лет.

Трудовой стаж по специальности. Значительная часть респондентов выборки имеют стаж работы по специальности более 20 лет: врачи – 34,2%; фельдшеры – 62% и медсестра – 39,8%.

От 10 до 20 лет проработало 28,1% врачей и 30,5% медсестер. А фельдшеры с таким стажем представлены в меньшем объеме – 18,8%.

Общие вопросы по информированности медицинских работников по вопросам ВИЧ/СПИДа. Во всех субъектах, где проводилось исследование, медицинские работники знают определение, основные пути передачи, клинические проявления ВИЧ-инфекции.

Однако вызывают сложности вопросы патогенеза ВИЧ-инфекции (какие клетки поражает ВИЧ; перечень жидкостей, в которых содержит-

ся ВИЧ в концентрации, достаточной для инфицирования; у кого развиваются оппортунистические инфекции). Эта ситуация наиболее актуальна для Алтайского края и Ленинградской области. Необходимо отметить, что уровень знаний фельдшеров и медицинских сестер в вопросах патогенеза ВИЧ выше, чем у врачей. А среди врачей правильно ответили на данные вопросы только акушеры-гинекологи и дерматовенерологи.

Респонденты отмечали, что осведомленность их пациентов о ВИЧ/СПИДе невысока. Но при этом интерес пациента к вопросам ВИЧ-инфекции рассматривается медицинскими работниками как индикатор группы риска в Алтайском крае, Калининградской, Ленинградской областях и Краснодарском крае.

Те группы медицинских работников, которые в своей деятельности сталкиваются с заполнением различной учетной документации на ВИЧ-инфицированного, а также часто запрашивают информацию о данной группе пациентов, знают о существовании на своей территории регистров ВИЧ-инфицированных и учетной документации. Однако не все осведомлены о наличии на их территории системы мониторинга, а также стандартов оказания медицинской помощи.

Медицинские работники, принявшие участие в исследовании, оценивают уровень своей осведомленности о ВИЧ/СПИДе как достаточно высокий и убеждены в том, что объем информации, которой они владеют, а также ее качество, вполне адекватны тем профессиональным задачам, которые стоят перед ними в их ежедневной практике.

Профилактика ВИЧ/СПИДа среди населения. Многие врачи, принявшие участие в исследовании, отметили, что сегодня существует серьезная опасность заражения больных ВИЧ-инфекцией в медицинском учреждении. Около 60% респондентов считают вероятность такого заражения достаточно высокой.

Ответственность людей, зараженных ВИЧ/СПИДом, перед окружающими. Участники исследования считают, что люди, являющиеся носителями ВИЧ-инфекции или больные СПИДом, имеют особые обязательства по отношению к другим людям и должны выполнять ряд специальных требований.

Многие респонденты (68–100%) уверены в том, что обязанностью людей с ВИЧ/СПИДом является соблюдение мер предосторожности, чтобы предотвратить заражение других людей.

Более 80% опрошенных убеждены в том, что ВИЧ-инфицированные должны сообщать о своем ВИЧ-статусе врачу до того, как он приступил к каким-либо медицинским процедурам или лечению.

Оценка риска заражения ВИЧ для медицинских работников – знание и отношение. Медицинские работники, принявшие участие в исследовании, уверены, что максимальный риск заражения

ВИЧ существует для тех врачей и медсестер, которые работают с кровью или осуществляют процедуры, связанные с проникновением во внутренние среды организма (хирургические операции, инъекции, обработку ран и т.п.).

Наиболее высоко оценивают для себя риск инфицирования инфекционисты и гинекологи. Те работники, которым по роду своей деятельности не приходится работать с кровью (педиатры, терапевты) считают, что для них риск ВИЧ-инфицирования значительно ниже, чем для других врачей. Даже наличие среди пациентов значительного числа ВИЧ-инфицированных не приводит медработников к более острому осознанию риска. Терапевты и педиатры уверены в том, что их повседневная работа предполагает очень небольшой риск заражения ВИЧ.

Отсутствие информации о ВИЧ-статусе отдельных пациентов воспринимается участниками исследования как серьезный фактор риска.

Негативную реакцию вызывает у специалистов тот факт, что некоторые пациенты говорят о своем положительном ВИЧ-статусе уже после окончания консультирования и после проведения процедур.

Меры профилактики заражения ВИЧ, предпринимаемые медицинскими работниками – знание и поведение. Практически все (86%) медицинские работники, принявшие участие в исследовании, отдают себе отчет в том, что некоторый риск заражения ВИЧ существует для всех групп специальностей. Те, кто оценивает степень этого риска как очень высокую (инфекционисты, гинекологи), отметили, что они используют различные средства профилактики заражения.

Врачи, воспринимающие риск инфицирования как достаточно невысокий (терапевты и педиатры), часто не используют средств индивидуальной защиты. В то же время, эта группа врачей считает, что существует риск инфицирования при попадании крови на неповрежденную кожу, и при наличии у медицинского работника ОРВИ.

Высокий процент участников исследования правильно определили эффективные средства профилактики профессионального заражения ВИЧ-инфекцией и выделили необходимые средства индивидуальной защиты: перчатки, очки, маски, одноразовые медицинские инструменты.

Осведомленность об основных средствах защиты от ВИЧ-инфекции достаточно высока среди всех участников исследования. Однако, вызывает удивление убежденность многих медицинских работников, что ВИЧ способен проникать через материал, из которого изготовлены перчатки. Так ответили 65,8% респондентов. Выявлен низкий процент (в среднем 43%) медицинских работников, знающих о необходимых действиях при профессиональном контакте с риском инфицирования ВИЧ и вирусом гепатита В.

Диагностика ВИЧ/СПИДа и информирование пациента о результатах анализа на ВИЧ/СПИД

Основания для направления пациента на анализ на ВИЧ/СПИД. Медицинские работники (более 72%), принявшие участие в исследовании, воспринимают направление на анализ на ВИЧ/СПИД как элемент повседневной практики, а не как особое событие. Большинство респондентов (более 52%) убеждены в том, что анализы на ВИЧ/СПИД должны проводиться в обязательном порядке.

Опрашиваемые показали высокий уровень знаний в вопросах методов лабораторной диагностики, сроков назначения тестирования на ВИЧ после контакта, а также в вопросах необходимости и сроков повторного тестирования.

Несмотря на это, медицинские работники не знают групп лиц, обязательно проходящих тестирование на ВИЧ (медицинские работники и доноры), относя к ним все возможные группы риска. Процент правильных ответов в среднем не превышал 41, за исключением Краснодарского края и Свердловской области, где уровень правильных ответов превысил 60%.

Информирование пациентов об отрицательном результате анализа на ВИЧ/СПИД является достаточно обычной для медицинских работников практикой. Более 81% специалистов сообщают об отрицательном результате анализа пациентам, принадлежащим к таким «группам риска» и рекомендуют им повторить анализ через какое-то время (3–6 месяцев).

Информирование пациентов о положительном результате анализа на ВИЧ/СПИД. К необходимости сообщить пациенту результат о положительном ВИЧ-статусе медицинские специалисты относятся неоднозначно. Около 54% (от 36% в Краснодарском крае до 87% в Алтайском), указали, что не чувствуют себя достаточно подготовленными (с точки зрения опыта, профессиональных и психологических навыков) для профессионального выполнения этой обязанности.

Медицинские работники отмечали, что не существует четко определенных схем (протоколов) при проведении консультирования до- и после теста на ВИЧ. Именно этим можно объяснить, что они иногда или редко проводят до- и послетестовое консультирование. Нужно отметить противоречие в утверждениях, что медицинские работники считают консультирование своей обычной практикой, но не проводят его.

Среди специалистов более 81% медицинских сестер отметили, что смогли бы сообщить отрицательный результат анализа в отсутствие врача.

ППМР, тестирование и консультирование по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку. К сожалению, только в Краснодарском крае, Иркутской и Свердловской областях вопросы профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку не вызвали больших затруднений. Во

всех остальных территориях правильно ответили на данную группу вопросов только специалисты, часто сталкивающиеся с данной проблемой (педиатры, инфекционисты и акушеры-гинекологи). В большинстве территорий не считают длительный безводный период риском инфицирования. Также медицинские специалисты не считают, что близнец, родившийся вторым, подвергается большему риску инфицирования ВИЧ. При этом все специалисты указали, что прием витаминов во время беременности снижает риск вертикальной трансмиссии.

Опрашиваемые согласны, что беременную с ВИЧ-инфекцией должны вести одновременно акушер-гинеколог и инфекционист (более 89%). Однако только педиатры, инфекционисты и акушеры-гинекологи (более 87%) знают о сроках официального подтверждения диагноза ВИЧ у ребенка, и степени снижения риска вертикальной трансмиссии ВИЧ при соблюдении всех лечебно-профилактических мероприятий.

Лечение ВИЧ/СПИДа

Информированность медицинских работников, участвовавших в исследовании, о методиках и способах лечения ВИЧ/СПИДа достаточно низка.

Большинство респондентов (в среднем более 78%) уверены в том, что СПИД является неизлечимым заболеванием. Но подавляющее большинство медицинских работников, участвовавших в исследовании, не осведомлены о высокоактивной АРВ-терапии (ВАРТ).

Наибольшую осведомленность о ВАРТ продемонстрировали педиатры, акушеры-гинекологи и инфекционисты. Все участники исследования этих специальностей смогли правильно указать обязательное количество препаратов ВАРТ и дать определение оппортунистических заболеваний.

В основном только фтизиатры и инфекционисты (более 66%) знают, что преобладающей к концу 2005 года оппортунистической инфекцией в России является туберкулез.

Паллиативная помощь и психолого-социальная поддержка людей с ВИЧ/СПИДом. Около 37% специалистов не имеют опыта помощи пациентам в вопросах ВИЧ-инфекции. Только в Краснодарском крае этот процент достаточно высок – 71%. Однако более 74% медицинских работников показали высокий уровень знаний по паллиативной помощи, психологической и социальной поддержке.

Эмоциональный и поведенческий аспект медицинских работников в отношении ВИЧ-инфицированных

Эмоциональное отношение медработников к пациентам с ВИЧ/СПИДом. Большинство участников исследования (69%) отметили, что «нор-

мально» относятся к людям, зараженным ВИЧ. Однако, это скорее демонстрация следования нормам профессиональной этики, чем реальное поведение медицинских работников в их ежедневной практике, поскольку некоторые респонденты (от 18,2 до 47,8%) признали, что они стараются избегать контактов с ВИЧ-инфицированными пациентами, максимально сократить визит к таким пациентам. В то же время, около 47% медицинских работников утверждают, что они оказывают медицинскую помощь таким пациентам так же, как и всем другим. В некоторых регионах доминирующим чувством медицинских работников по отношению к людям с ВИЧ/СПИДом, является опасение заразиться (от 25% в Краснодарском крае до 57% в Алтайском крае).

Большая часть медицинских работников, принявших участие в исследовании (58%), имели некоторый опыт помощи пациентам в вопросах ВИЧ/СПИДа. Однако, ни один из респондентов не делал этого часто.

Мотивы коммуникации врача и пациента

Наряду с вышеуказанным, респонденты чувствуют недостаток знаний и навыков для профессиональной работы с ВИЧ-инфицированными.

Лишь немногие (в среднем 38%) из участников исследования указали на случаи обращения к ним родственников пациентов с ВИЧ/СПИДом с целью получения информации о заболевании, о том, как следует обращаться с ВИЧ-инфицированными в повседневной жизни.

57,8% медицинских работников думают, что причина интереса к вопросам ВИЧ/СПИДа со стороны пациента чаще всего кроется в опасении, что он может быть инфицирован, а не в искренней заинтересованности в вопросах охраны своего здоровья и использования мер предосторожности.

То есть многие участники исследования считают, что интерес пациента к проблемам ВИЧ/СПИДа является индикатором его принадлежности к «группе риска».

Информирование пациентов об их ВИЧ-статусе. Практически все медицинские работники, принявшие участие в исследовании (более 95%), согласны с тем, что пациенты обязательно должны знать о положительном результате своего анализа на ВИЧ/СПИД. Однако 42% медицинских работников не считают себя достаточно подготовленными для этого.

Информирование семьи/родственников о ВИЧ-статусе пациента. Большинство участников исследования (более 85%) высказались в пользу того, что сам пациент должен решать, сообщать или не сообщать родственникам о своем диагнозе.

Информирование медицинских работников о ВИЧ-статусе пациента. По мнению большинства участников исследования (более 86%), медици-

нские работники должны получать информацию о ВИЧ-инфицированных пациентах, с которыми им приходится работать.

Источники информации о ВИЧ/СПИДе

Источники информации о ВИЧ/СПИДе, используемые медицинскими работниками. Большинство медицинских работников (более 59%) указало, что объем информации, которым они владеют, недостаточен. Только врачи смогли указать, что получали какую-либо информацию по проблеме ВИЧ/СПИДа за последние шесть месяцев.

Большинство врачей (68%) и медсестер (74%), участвовавших в исследовании, получали базовую информацию о ВИЧ/СПИДе (способах передачи инфекции, профилактике заражения, диагностике и т.д.) во время своего обучения в вузе или последующем участии в обязательных программах повышения квалификации и на специальных учебных мероприятиях внутри клиники.

По мнению средних медицинских работников (от 58 до 100%), одним из значимых источников информации для фельдшеров и медицинских сестер, не специализирующихся на ВИЧ/СПИДе, являются средства массовой информации, а также информация в медицинских учреждениях (бюллетени, плакаты и т.д.).

Те из медицинских работников, кто проявляет заинтересованность в современной и свежей информации, хотели бы узнавать о последних научных разработках, читают медицинские журналы, слушают лекции специалистов, читают научные труды или пользуются неформальными источниками (профессиональный обмен знаниями).

Неформальные источники информации воспринимаются как достаточно значимые и важные. Они включают обсуждение своего профессионального опыта с коллегами, консультации со специалистами, работающими в клинике (с инфекционистами).

Многие участники исследования (около 70%), к сожалению, не высказались в пользу того, что наиболее свежая и достоверная информация о ВИЧ/СПИДе может быть получена в СПИД-центрах или в органах управления здравоохранением.

Темы, которые интересуют всех медицинских работников в отношении ВИЧ/СПИДа, касаются новейших научных разработок в области лечения, а также прав медицинских работников, работающих с ЛЖВС. Какие-либо другие вопросы интересны только отдельным специалистам в области своей деятельности и не выходят за ее пределы.

Предпочтительный источник информации для медицинских работников. Медицинские работники, участвовавшие в исследовании, называли

разные источники информации в качестве основных. Тем не менее, можно выделить следующие основные критерии основного источника:

- медицинские работники доверяют информации, исходящей только от специалистов;
- информация должна быть свежей (на сегодняшний день такую информацию поставляют медицинские журналы и специалисты, работающие и преподающие в этой сфере);
- информация должна касаться тех вопросов, которые могут иметь прикладное значение для медицинских работников; врачи, работающие в медицинских учреждениях, предпочитают получать информацию, которую они могут использовать в своей практике, а не только теоретические сведения; оптимальной является та степень детальности, которая характерна для статей в специализированных журналах и лекций, посвященных этой теме;
- многие медицинские работники не указали необходимость посещать семинары, лекции или конференции, проводимые НКО по вопросам ВИЧ/СПИДа;
- медицинские работники, участвовавшие в исследовании, считают, что важным элементом получения новой профессиональной информации является возможность обсудить ее с другими специалистами; личные коммуникации со специалистами СПИД-центров в рамках лекций, семинаров или индивидуальных консультаций являются предпочтительным источником информации для многих участников исследования.

Таким образом, можно утверждать, что уровень знаний медицинских работников по вопросам ВИЧ-инфекции не полностью отвечает современным требованиям. Создаваемые в рамках исследования обучающие программы являются наиболее актуальными в вопросах тестирования и консультирования, лечения и паллиативной помощи, профилактики ВИЧ-инфекции, а также в вопросах отношения медицинских работников к людям, живущим с ВИЧ/СПИДом.

Основные выводы

- Медицинские работники в России обладают базовыми знаниями о ВИЧ/СПИДе, механизмах и способах передачи инфекции, симптомах и последствиях ВИЧ-инфекции для здоровья человека. Более того, медицинские работники убеждены в том, что их знания адекватны и достаточны для выполнения профессиональных обязанностей.
- Вместе с тем, исследование показало серьезные расхождения между знаниями и профессиональными нормами, принятыми в медицинском сообществе — с одной стороны, и фактическим положением: предубеждениями, отношением и поведением медицинских работников к ВИЧ-инфицированным — с другой. Деклари-

руемая толерантность, равноправие в получении медицинской помощи для всех пациентов и позитивное отношение к ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом не подтверждается реальной практикой и поведением, описанным медиками в настоящем исследовании.

- Несмотря на то, что медицинские работники считают, что ВИЧ/СПИД представляет значительную опасность для нашего общества, в своей практике реальные масштабы распространенности ВИЧ/СПИДа врачами серьезно недооцениваются, а поведение медицинских работников таково, словно риск заражения минимален.

- Медицинские работники хорошо осведомлены о том, что с точки зрения использования средств индивидуальной защиты (перчаток, очков, масок, стерилизации инструментов и пр.) медицинские работники обязаны подходить ко всем пациентам, используя одинаковые меры предосторожности. В реальной практике врачи и средний медицинский персонал применяют соответствующие меры предосторожности только в том случае, если они знают или имеют серьезные подозрения того, что пациент ВИЧ-инфицирован.

- В медицинском сообществе распространено достаточно сильное предубеждение по отношению к пациентам с ВИЧ/СПИДом. Общее отношение медицинских работников к ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом пациентам скорее негативно, чем позитивно.

- Проблема конфиденциальности и прав пациентов, больных СПИДом или зараженных ВИЧ, не является актуальной темой для обсуждения в медицинском сообществе.

- Основные сложности, которые испытывают медицинские работники в отношении своей практики взаимодействия с пациентами с ВИЧ/СПИДом, связаны не с недостатком профессиональных знаний у медицинских работников, но скорее с нехваткой у них коммуникативных навыков.

- Медицинские работники не чувствуют потребности в базовой информации о ВИЧ/СПИДе. Вместе с тем, им необходимы дополнительные сведения о ситуации с распространением инфекции, заболеванием в их регионе (городе, области), а также о способах применения принципов профессиональной медицинской этики в реальной практике, способах и принципах общения с пациентами с ВИЧ/СПИДом.

- Из источников информации о ВИЧ/СПИДе медицинские работники доверяют больше всего профессиональным источникам, отдавая предпочтение сжатым, коротким материалам (например, в размере статьи в журнале) или же межличностной коммуникации со специалистами. В то же время в медицинском сообществе существует потребность в более широкой информации немедицинского характера, исходящей от психологов и социологов.

МАРКЕТИНГОВЫЙ АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ЦЕЛЕВОГО СЕГМЕНТА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА РОССИИ – АНТИРЕТРОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

© 2007 г. Н.Б. Дремова

*Курский государственный медицинский университет,
кафедра экономики и управления здравоохранением,
305041 Курск, ул. К. Маркса, 3;
электронная почта: dreмова@mail.ru*

Поступила в редакцию 12.01.07

Целью настоящего исследования является аналитический обзор ассортимента антиретровирусных препаратов (АРВП), зарегистрированных в России в 2000–2006 гг., и перспективы его расширения. Объектом исследования является официальная информация о предложениях лекарственных средств (ЛС), представленная в Государственном реестре ЛС 2004 г. с дополнениями 2005–2006 гг. (автор предполагает возможность регистрации новых АРВП с сентября 2006 г., информация о которых пока ему недоступна). Методами исследования являлись: контент-анализ и методы маркетинговых исследований ассортимента ЛС (классификация, группировка, структурный анализ, вариационная статистика [1]).

Наверное, для большинства населения планеты краткое слово «СПИД» ассоциируется с неизбежным, неотвратимым несчастьем, исход которого один – фатальный. Вместе с тем, больные этим страшным заболеванием живут надеждой на излечение, которое пока на данном этапе развития медицинской и фармацевтической науки и промышленности невозможно. Современные лекарственные средства, предназначенные для подавления ВИЧ, относятся к группе антиретровирусных препаратов. Они появились на фармацевтическом рынке с начала 90-х годов прошлого столетия и представляют в настоящее время целевой сегмент рынка ЛС для лечения ВИЧ-инфицированных пациентов.

Прежде чем проводить контент-анализ, нами были изучены технологии этиотропной терапии ВИЧ-инфекции [2, 3, 5] и стандарт лечения ВИЧ/СПИДа*. Результаты контент-анализа официальных источников информации о АРВП, их систематизация и маркетинговые характеристики целевого сегмента рынка предложений АРВП представлены в таблице.

Общая характеристика ассортимента АРВП.

В ходе маркетингового анализа, согласно разработанной нами концепции [1], установлены следующие количественные и качественные характеристики ассортимента предложений целевого сегмента российского рынка – АРВП, представленные ниже.

Общий ассортимент АРВП за исследуемый период составляет 16 действующих веществ по Международным непатентованным наименованиям (МНН), плюс 1 действующее вещество Лопинавир (ингибитор протеазы) в комбинированном ЛС Калетра, т.е. всего 17**.

Эти действующие вещества выпускаются в 67 лекарственных препаратах с 24 торговыми названиями (ТН). Из данных таблицы видно, что больше всего ТН у МНН – Зидовудин: 4 ТН и 12 ЛП; Диданозин имеет 1 ТН, но зарегистрирован в 11 разных ЛП по лекарственным формам и дозировкам.

Следует отметить, что история разработки АРВП для лечения ВИЧ-инфицированных началась с применения именно зидовудина в качестве нуклеозидного ингибитора обратной транскриптазы, который был одобрен для лечения СПИДа в 1987 г.

Зидовудин ранее имел название азидотимидин, был создан в 1964 г. для лечения онкологических больных, но с середины 80-х годов стал применяться для лечения ВИЧ. При назначении в качестве монотерапии имеет существенный недостаток – формирование резистентных штаммов вирусов при приеме препарата свыше 6 мес., причем более агрессивных, чем исходный вирус. Поэтому в настоящее время рекомендуется в составе комбинированных схем лечения.

* Приказ № 612 от 17.08.2006 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)».

** По данным публикаций мировой рынок АРВП в начале нового столетия насчитывал порядка 20 действующих веществ по МНН, на основе которых выпускалось около 65 ТН [7]. В настоящее время в США ассортимент АРВП состоит из 22 МНН из 5 классов [6].

Маркетинговые характеристики сегмента российского рынка: антиретровирусные препараты

№ п/п	МНН ¹	ТН ²	ЛП ³	Отечественные		Зарубежные	
				количество	доля, %	количество	доля, %
1. Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы							
1. 1.1.	Зидовудин	4	12	9	75,0	3	25,0
2. 1.2.	Диданозин	1	11	—	—	11	100,0
3. 1.3.	Залцитабин	1	2	—	—	2	100,0
4. 1.4.	Ставудин	2	6	1	16,7	5	83,3
5. 1.5.	Ламивудин	2	5	—	—	5	100,0
6. 1.6.	Абакавир	1	2	—	—	2	100,0
7. 1.7.	Фосфазид	1	4	4	100,0	—	—
	Итого	12	42	14	33,3	28	66,7
	с учетом комбин. ЛП ⁴	14	44	14	31,8	30	68,2
2. Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы							
8. 2.1.	Невирапин	1	2	—	—	2	100,0
9. 2.2.	Эфавиренц	1	3	—	—	3	100,0
	Итого	2	5	—	—	5	100,0
3. Ингибиторы протеазы							
10. 3.1.	Индинавир	1	2	—	—	2	100,0
11. 3.2.	Ритонавир	1	2	—	—	2	100,0
12. 3.3.	Саквинавир	1	1	—	—	1	100,0
13. 3.4.	Нелфинавир	1	4	—	—	4	100,0
14. 3.5.	Атазанавир	1	3	—	—	3	100,0
15. 3.6.	Ампренавир	1	3	—	—	3	100,0
	Итого	6	15	—	—	15	100,0
	с учетом комбин. ЛП ⁴	7	17	—	—	17	100,0
4. Ингибиторы слияния							
16. 4.1.	Энфувиртид	1	1	—	—	1	100,0
	Итого	1	1	—	—	1	100,0
5. Комбинированные препараты							
17. 5.1.	Тризивир	1	1	—	—	1	100,0
18. 5.2.	Комбивир	1	1	—	—	1	100,0
19. 5.3.	Калетра	1	2	—	—	2	100,0
	Итого	3	4	—	—	4	100,0
	Всего	24	67	14	20,9	53	79,1

¹ Международные непатентованные наименования.

² Торговые названия.

³ Лекарственные препараты.

⁴ С учетом комбинированных ЛС: Тризивир (абакавир, зидовудин, ламивудин), Комбивир (ламивудин, зидовудин), Калетра (лопинавир, ритонавир).

Структура ассортимента АРВП по фармакологическим группам. Изучение технологий лечения ВИЧ-инфекции показало, что этиотропная терапия заключается в моно- или комбинированном применении следующих АРВП, являющихся ингибиторами, т.е. снижающими или подавляющими скорость химических реакций и тем самым препятствующих размножению вируса.

Согласно АТС-классификации, все АРВП относятся к группе J05A — противовирусные препараты прямого действия к основной группе «Противомикробные препараты системного действия».

Зарегистрированные в России АРВП относятся к следующим четырем фармакологическим группам:

1) НИОТ — нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы, нейтрализуют основной механизм репродукции ВИЧ в клетке CD4;

2) ННИОТ — ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы, механизм действия аналогичен НИОТ;

3) ИП — ингибиторы протеазы, останавливают сборку новых вирусов и не позволяют им покинуть клетку CD4;

4) ИС — ингибиторы слияния, не позволяют ВИЧ проникать в клетку CD4.

Как следует из данных рис. 1, в структуре ассортимента АРВП по фармакологическим группам преобладает группа НИОТ — их доля свыше 60%, причем с учетом отдельно комбинирован-

С учетом комбинированных ЛП

Без комбинированных ЛП

62,7%	42		НИОТ	44	65,7%	
		7,4%	5	ННИОТ	5	7,5%
	22,4%	15	ИП	17	25,3%	
		1,5%	1	ИС	1	1,5%
		6%	4	Комб. ЛП		

Рис. 1. Структура ассортимента АРВП по фармакологическим группам

ных ЛП – 62,7 и 65,7% без учета комбинированных ЛП; примерно четверть в структуре приходится на долю ИП: 22,4–25,3% соответственно. На долю остальных групп в структуре приходится менее 10%, в т.ч. 7,4–7,5% – доля ННИОТ и по 1,5% в обоих случаях – доля ИС.

По составу действующих веществ в ЛП в ассортименте преобладают монокомпонентные АРВП – 94%, остальные 6% – это комбинированные ЛС, содержащие 2–3 действующих вещества (таблица).

Структура ассортимента АРВП по производственному признаку. В структуре ассортимента предложений АРВП доминирующая доля, равная 79,1%, приходится на зарубежные ЛС (53 ЛП), остальные 20,9% – это 14 ЛП отечественного производства, в частности зидовудина, ставудина и фосфазида из группы НИОТ. Препараты зидовудина и ставудина – это дженерики оригинальных ТН Ретровир (зидовудин) фирмы «ГлаксоСмитКляйн» (Великобритания) и ТН Зерит (ставудин) фирмы «BMS» (Франция); ЛП фосфазида – это отечественные разработки («АЗТ-Фарма»).

Анализ показал, что доли известных зарубежных фармацевтических фирм-производителей АРВП в структуре ассортимента достаточно велики: Великобритании – 32,1%, Франции – 26,4%; остальные ЛП производства фирм: США (13,2%), Нидерланд (9,4%), Швейцарии (7,5%), Германии (5,7%), Канады (3,8%), Испании (1,9%).

Если же просуммировать ЛП по фирмам независимо от страны, где расположен филиал-производитель, то оказывается в России более всего зарегистрировано предложений АРВП производства следующих компаний: «Bristol Myers Squibb» (США) – 19 ЛП (35,8%), «ГлаксоСмитКляйн» (Великобритания) – 14 ЛП (26,4%), «Н.Л. Roche» (Швейцария) – 8 (15,1%). На долю фармацевтических фирм этих стран приходится 77,3% предложений АРВП. Среди 24 ТН оригинальных АРВП 18, что составляет 75%, остальные 25% или 6 ТН – их дженерики.

Структура ассортимента АРВП по видам лекарственных форм. Анализ предложений АРВП показал, что эти ЛС выпускаются преимущественно в твердых лекарственных формах – 83,6%, среди которых капсулы – 47,1%, таблет-

ки, покрытые оболочкой – 13,4%, таблетки – 7,5%, таблетки для разжевывания – 7,5%, порошки для приготовления растворов – 7,5%. Остальная доля в структуре, равная 16,4%, приходится на жидкие лекарственные формы, в том числе 13,4% – растворы для внутреннего применения и 3% – растворы для инфузий.

Твердые лекарственные формы удобны для применения в амбулаторных условиях, однако известно, что при приеме внутрь в твердых и жидких лекарственных формах действие оказывает не вся доза действующего вещества, т.к. часть ее метаболизируется в желудке и в печени.

Из трех инъекционных форм один ЛП предназначен для подкожного введения и 2 ЛП вводятся в виде инфузий.

Структура ассортимента АРВП по датам регистрации. Анализ дат регистрации предложений АРВП на рынке России показал, что преимущественная доля их – 76,4% зарегистрирована в новом столетии (рис. 2). Индекс обновления ассортимента за последние годы составил 0,6 (42/67), что подчеркивает прогрессивное развитие ассортимента данного целевого сегмента фармацевтического рынка.

В 1993 г. в России был зарегистрирован первый АРВП азидотимидин (Тимазид) производства «Биофарма», а в 2005 г. новый ИП атазанавир под ТН Реатиз в капсулах производства фирмы «BMS» (США).

Выход на рынок основных АРВП для лечения ВИЧ-инфекции: зидовудин – 1987 г., диданозин – 1991 г., залцитабин – 1992 г., ставудин и эфавиренц – 1994 г., ламивудин – 1995 г., ритонавир и саквинавир – 1995–1996 гг., невирапин

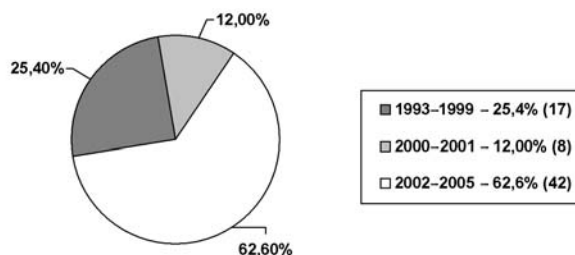


Рис. 2. Структура ассортимента АРВП по датам регистрации в России

и индинавир – 1996 г., нелфинавир – 1997 г., абакавир – 1998–1999 гг., фосфазид – 1999 г., ампренавир – 2001 г., атазанавир и энфувиртид – 2003 г., комбивир – 1997 г., калетра и тризивир – 2000 г.

АРВП, созданные десять лет назад, в ряде случаев уже не оказывают лечебного эффекта и вызывают серьезные побочные действия. Новые ЛС, созданные не так давно, менее токсичные для организма, но более дорогие.

Анализ номенклатуры ассортимента АРВП. Сравнительный анализ ассортимента АРВП, рекомендуемый последним приказом № 612 как стандарт лечения ВИЧ-инфекции, с зарегистрированным исследуемым ассортиментом показал, что в этом документе отсутствуют следующие действующие вещества (МНН):

- из группы НИОТ – залцитабин;
- из группы ИП – ритонавир, саквинавир, ампренавир.

По данным 2003 г. (источник: IMS Monthly Midas) в мировой перечень ТОП-10 АРВП для лечения ВИЧ-инфекции вошли следующие препараты по МНН и ТН (согласно опубликованному рейтингу):

- 1) Комбивир – 2НИОТ;
- 2) Нелфинавир – ИП;
- 3) Ставудин – НИОТ;
- 4) Эфавиренц – ННИОТ;
- 5) Ламивудин – НИОТ;
- 6) Калетра – 2ИП;
- 7) Тризивир – 3НИОТ;
- 8) Невирапин – ННИОТ;
- 9) Абакавир – НИОТ;
- 10) Индинавир – ИП.

Как видно из представленных данных, в стандарт лечения (2006 г.) не включены действующие вещества, отсутствующие в основном перечне АРВП, применяющихся в зарубежной этиотропной терапии ВИЧ-инфекции (ритонавир присутствует в комбинированном ЛС Калетра, применяется преимущественно для усиления эффекта).

Перспективы создания новых ЛС для лечения ВИЧ-инфекции. Анализ публикаций о перспективах создания новых средств для лечения ВИЧ-инфекции позволил выделить три направления работы, в том числе: 1) разработка вакцины; 2) новые ЛС известных фармакологических групп и 3) новые способы борьбы с инфекцией, которые определяют направления создания инновационных ЛС.

Разработка вакцины. Многие исследователи считают маловероятным создание вакцины против ВИЧ из-за большого генетического разнообразия возбудителя. Допускается идея вакцины, эффективной в отношении отдельных субтипов ВИЧ.

По оценкам ведущих ученых эффективную вакцину против СПИДа возможно придется ждать еще 10 лет. Сейчас проводятся клинические испытания вакцины, обладающей частичным эффектом. Специалисты считают, что вак-

цинацию необходимо будет проводить периодически. Прививка такой вакциной инфицированных отсрочит переход их заболевания в стадию СПИДа на более длительный срок и, кроме того, сделает их менее заразными для окружающих [4].

К сожалению, вакцина «AIDSvax» компании «Vax Gen Genentech», готовившаяся к выходу на рынок, в предварительных опытах в Таиланде показала свою несостоятельность.

Ниже приведены новые ЛС для высокоактивной антиретровирусной терапии, пока не зарегистрированные в России.

НИОТ:

- эмтрицитабин – МНН (FTC), ТН – Эмтрива, фирма «Gilead Coviracil», фирма «Triangle»;
- тенофовир – МНН (TDF), ТН – Виреад, фирма «Gilead»;
- комбинированное ЛС: авикавир + ламивудин – 2НИОТ, ТН – Эпзиком, Кивекса, фирма «GSK»;
- комбинированное ЛС: тенофовир + эмтрицитабин, ТН Трувада, фирма «Gilead».

ННИОТ:

- делавердин (DLV) – ТН Рескриптор, фирма «Pfizer»;
- capravirin – фирма «Pfizer»;
- DPC083 – фирма «BMS».

ИП:

- типранавир (TPV) – ТН Антивус, фирма «Boehringer Ingelheim»;
- фосампренавир (FPV) – ТН Лексива, Телзир, фирма «GSK» [2, 8];
- дарунавир (DRV) – ТН Презиста, фирма «Tubotec».

Другие:

- Virdaldon (dextrin 2-sulfate) – вагинальный гель для защиты от ВИЧ-инфекции – ML Lab (в настоящее время исследуются 3 таких геля с разными действующими веществами – один содержит вещество из водорослей, молекулы (полианионы) обволакивают вирус и блокируют его; у второго (Каррагард) заканчиваются клинические испытания; третий содержит АРВП и подходит исследования) [6].

Существует еще один класс препаратов для лечения СПИДа: ингибиторы нейраминидазы (занамивир, оселтамивир), в России пока не зарегистрированы [7].

Разрабатываются и другие ЛС с различными механизмами для блокирования размножения ВИЧ. Например, ряд препаратов должны ингибировать фермент интегразу, обеспечивающую встраивание вирусной ДНК в геном лимфоцита. Такие препараты находятся на стадии клинических исследований, в частности фармацевтическая компания «Merck» выводит на третью фазу экспериментальный препарат МК-0518 из этой группы, который по результатам второго этапа показал хорошую эффективность [6].

Другие препараты должны препятствовать встраиванию вирусной РНК в новые вирусные частицы или блокировать ВИЧ с корцептором.

Управление по контролю качества пищевых продуктов и ЛС США (FDA) в 2006 г. выдало лицензию на производство и продажу нового ЛС от ВИЧ компаний «BMS» и «Gilead» – комбинированного препарата Atripla, содержащего 3 действующих вещества (прием 1 раз в день). Для Европы выдача лицензии на него ожидается в следующем году.

Возлагались надежды на комбинацию из четырех АРВП, но они не оправдались, т.к. существенная эффективность по сравнению с тритерапией не была доказана (АЗТ, Эпивир, Эфавиренц, Абакавир).

Китайские военные медики создали препарат против СПИДа, содержащий дикаффеолихиновую кислоту, которая по эффективности превосходит комбинированную терапию. Стандартная терапия позволяет подавить вирус и препятствует размножению, но после прекращения приема лекарств вирус вновь начинает действовать. После прекращения приема этого ЛС вирус в течение определенного времени не размножается.

В России в г. Бердске Новосибирской обл. в ГНЦ ВБ «Вектор» организовано производство нового препарата от ВИЧ (опытная партия) (2006 г.). Он представляет собой сложную синтетическую модификацию органических соединений, выделенных из корня солодки. Способ получения и уникальная формула позволяет во много раз повысить активность действия препарата. По эффективности препарат не уступает

имеющимся аналогам, но стоимость курса лечения в десятки раз дешевле (годовой курс 300–600 долл. США). Микробиологи считают, что до реализации этого проекта может пройти 5–10 лет, но может быть до испытаний дело не дойдет.

Новые способы борьбы с ВИЧ-инфекцией. В настоящее время в научной литературе имеются публикации, рассказывающие о поисках в научных институтах и лабораториях новых способов борьбы с ВИЧ-инфекцией. Изучаются самые разные направления, в т.ч. генная терапия, вирусная терапия с получением нового вируса, поражающего ВИЧ, модификация генов иммунных клеток и др. В связи с этим можно ожидать в будущем расширение ассортимента инновационных АРВП, позволяющих справиться с этим тяжелым заболеванием.

Таким образом, маркетинговый анализ ассортимента целевого сегмента фармацевтического рынка России показал, что в начале XXI столетия в стране зарегистрированы предложения большинства современных АРВП, производящихся за рубежом и в России. Значительный ассортимент позволяет врачу подбирать для каждого больного ВИЧ-инфекцией индивидуальную этиотропную терапию в соответствии с его клинической ситуацией при условии физической доступности этих ЛС, что зависит от государственного финансирования, их закупок и бесплатного обеспечения специализированных ЛПУ и больных.

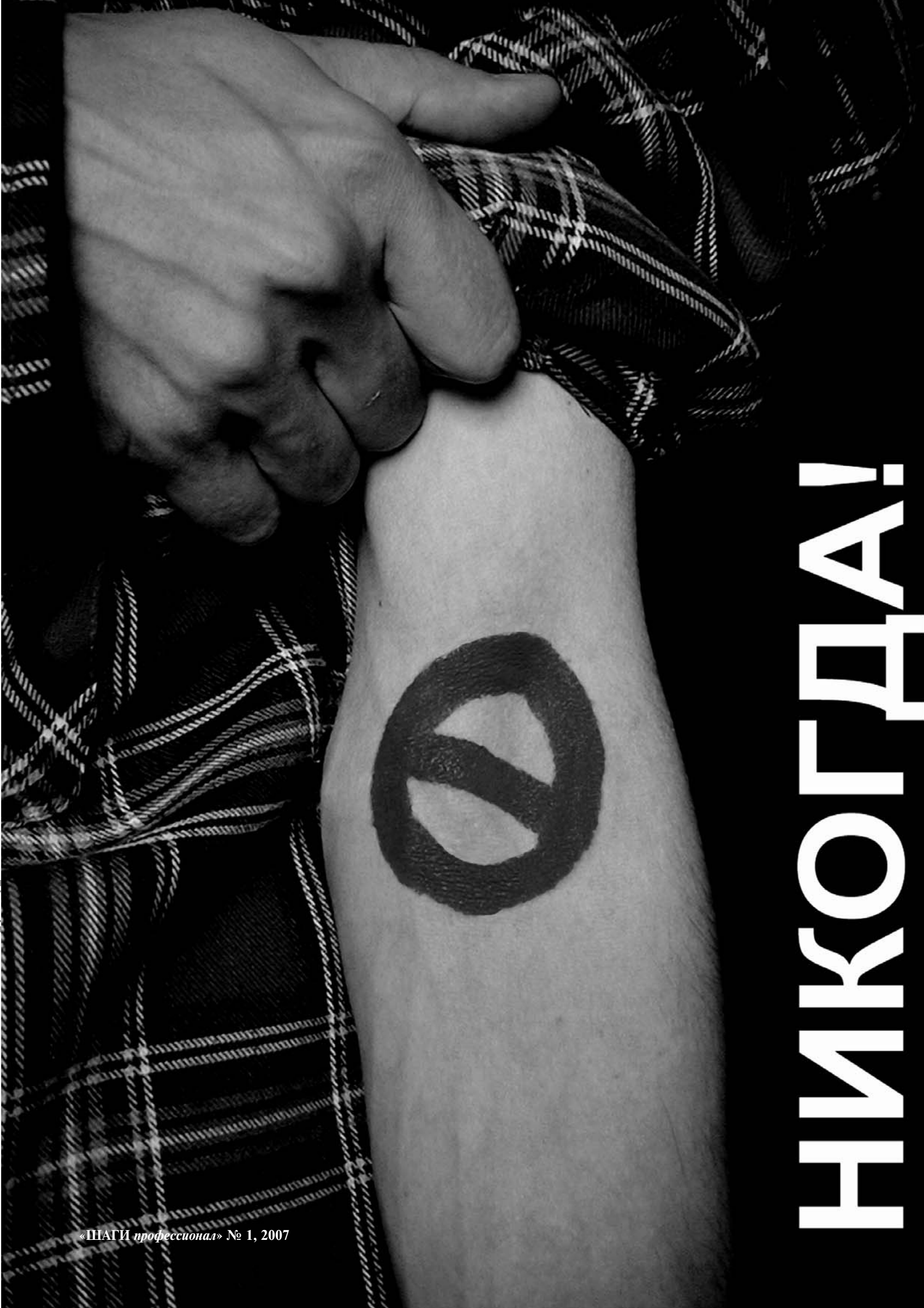
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дремова Н.Б. Маркетинговый анализ рынка гипополидеических лекарственных средств//Новая аптека, 2006, № 1, с. 35–38.
2. Клинические рекомендации ВИЧ-инфекция и СПИД/Под ред. В.В. Покровского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006, 128 с.
3. Покровский В.В., Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Г. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение/Под ред. В.В. Покровского. М.: ГЭОТАР Медицина, 2000, 496 с.; 2-е изд. испр. и доп. М., 2003, 488 с.
4. Покровский В.В. ВИЧ-инфекция наступает//Терапевтический архив, 2004, № 4, с. 9–14.
5. Покровский В.В., Ермак Т.Н., Кравченко А.В. и др. Высокоактивная антиретровирусная терапия//ШАГИ профессионал, 2006, № 1, с. 33–42.
6. По следам XVI Международной конференции по СПИДу//ШАГИ профессионал, 2006, № 3, с. 2–22.
7. Шекина Е.Г. Фармакотерапия СПИДа//Провизор, 2002, № 15.

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

• **Москва. 19.01.2007.** После реакции сообщества ВИЧ-положительных людей на новый вид лечения больных СПИДом глава Минздравсоцразвития Михаил Зурабов заявил, что государственные закупки препаратов АРВТ пройдут по старым стандартам лечения. Об этом «Газете.Ru» рассказали в антикоррупционной комиссии Госдумы. Правда, препарат дарунавир в госзакупках также предусмотрен. Однако если в ноябре министерство предлагало лечить дарунавиром 3 тыс. человек, то в этот раз решило сократить число пациентов всего до 300 человек, как на том настаивал Федеральный центр СПИД. Однако, признав ошибку, формально Минздравсоцразвития не отозвало весь ноябрьский приказ в целом. Не отменено действие и еще одного документа ведомства, выпущенного в один день с приказом № 785 и касающегося выписки все того же дарунавира, но уже детям. Более того, 21 ноября 2006 года замминистра здравоохранения Владимир Стародубов

подписал приказ № 786, в соответствии с которым 50% ВИЧ-положительных пациентов предполагается лечить дарунавиром. Документ вносит изменения в старый перечень препаратов, утвержденный в августе 2006 года и предназначенный для амбулаторной помощи взрослой группе больных. При этом в нем написано, что он создан в целях совершенствования медицинской помощи ВИЧ-положительным детям, хотя для детей существует отдельный стандарт. Хотя действие дарунавира на детей, по мнению экспертов, в мире не изучено. В России препарат был зарегистрирован в 2006 году только для пациентов старше 18 лет. По данным «Сообщества людей, живущих с ВИЧ», в показаниях к препарату уточняется, что «фармакокинетика дарунавира... для детей не установлена. Данных для рекомендации каких-либо доз недостаточно», а «риски и эффекты применения... для пациентов без опыта приема АРВ и детей не установлены».



НИКОГДА!

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*

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.

Для того чтобы оказать реальное воздействие на человека и мотивировать его на отказ от рискованного с точки зрения ВИЧ-инфекции поведения, программы воздействия должны осуществляться на нескольких уровнях: всего сообщества, индивидуальном и групповом.

УРОВЕНЬ СООБЩЕСТВА

Модель «Лидер общественного мнения»

Ценность полномасштабных программ профилактики ВИЧ-инфекции среди МСМ состоит в том, что они направлены на информирование широких слоев общества и создание в нем такого политического и социального климата,

* Из кн. «Медицинские потребности и проблемы мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами». Ю. Саранков, «СПИД Фонд Восток–Запад», Киев, 2006 г. Окончание. Начало см. «Шаги профессионал» № 4, 2006, с. 58–71.

при котором увеличится толерантность к геям и гомосексуальности.

Многочисленные поведенческие и социальные исследования показали, что программы профилактики наиболее эффективны тогда, когда они учитывают специфические особенности целевой аудитории, используют ее язык, и представители целевой аудитории принимают участие в их разработке.

Программы должны быть продолжительными, использовать все медийные каналы и иметь целью обучение и формирование навыков. Один из самых важных моментов заключается в том, что информация не должна основываться на чувстве страха.

Хорошим примером интервенций, направленных на снижение частоты рискованных сексуальных практик среди МСМ, является проект, осуществленный д-ром Джеффри Келли и его коллегами в США (Kelly J.A., et al. Randomised, controlled, community-level HIV-prevention intervention for sexual-risk behaviour among homosexual men in US cities. *The Lancet*. Vol 350. November 22, 1997). Концептуальной моделью для него послужила «теория диффузии нововведений» Роджерса, согласно которой социальные нормы (в нашем случае – в области безопасного секса) можно эффективно внедрять и распространять, если они исходят от популярных лидеров или тех, кто формирует новые тенденции, а также поддерживаются ими (Rogers E.M. *Diffusion of innovations*. 2nd ed. New York: Free Press, 1983).

Проект проводился с 1991 по 1994 год в восьми городах США (общее население – не менее 180 тыс.), расположенных в четырех штатах: Висконсин, Нью-Йорк, Западная Вирджиния и Вашингтон. Все они находились на расстоянии примерно 50 миль друг от друга и имели 1–3 гей-бара. Для того чтобы можно было определить различия в политике, программах, процедурах тестирования и т.д., города были разбиты на пары. В каждой паре методом случайной выборки один город являлся местом для проведения интервенции, а другой город выполнял функцию контрольного.

Базисный опрос среди мужчин, посещающих гей-бары, включал вопросы, касающиеся возраста, национальности, образования, места проживания, частоты посещений гей-баров за последние два месяца, наличия эксклюзивного сексуального партнера и прохождения тестов на ВИЧ.

Все респонденты сообщили о количестве сексуальных партнеров, количестве сексуальных актов и о количестве партнеров, с которыми они практиковали анальный секс (защищенный и рискованный, в активной и в пассивной роли).

Через два месяца после проведения базисного опроса в каждом городе началась реализация проекта профилактики ВИЧ-инфекции. В барах четырех контрольных городов были использованы информационные материалы по профилак-

тике ВИЧ-инфекции (плакаты, графики и буклеты). Каждые три месяца содержание плакатов и буклетов обновлялось. В городах, выбранных для интервенции, информационные материалы распространяли лидеры общественного мнения в процессе бесед с другими мужчинами. Для выявления лидеров команда проекта обратилась с просьбой к посетителям баров понаблюдать в течение 10 дней за присутствующими и записать имена тех, кого они посчитают наиболее популярными.

Сравнив полученные результаты, исследователи составили список из имен, упоминаемых более чем одним респондентом. Количество лидеров составило 8% от общего количества мужчин, посетивших бары за время проведения опроса. Этим людям пригласили затем на тренинг вместе с одним или двумя близкими друзьями. В каждом городе лидеры сообщества приняли участие в двухчасовых обучающих сессиях, проводившихся раз в неделю на протяжении пяти недель. При помощи метода моделирования ситуаций, а также ролевых игр их обучали, как распространять информацию по изменению поведения на менее рискованное, как обсуждать с партнерами меры защиты до вступления в сексуальные отношения, как избегать секса в состоянии интоксикации и как отказаться от сексуального принуждения.

По завершении сессий лидеры получили бейджи (значки), на которых был изображен светофор. Такой же логотип был размещен на постерах в барах. Когда их спрашивали о значении рисунка, они должны были, пользуясь возможностью, указать на аналогию со светофором, безопасным (зеленым) и опасным (красным) сексом, подчеркивая, что сами они практикуют безопасный секс. В течение трех недель по завершении тренинга каждый лидер сообщил в среднем о 10 беседах с другими мужчинами.

Сразу после проведения интервенции исследователи провели короткий опрос, однако поскольку их интересовал долгосрочный эффект, исследование было повторено через 12 месяцев. В это же время осуществлялся сбор данных в контрольных городах (там, где не работали лидеры сообщества, а были только информационные материалы).

С целью исключить информацию от случайных или заезжих посетителей, как в базисном, так и в повторном исследовании были проанализированы данные, полученные только от мужчин, которые посещали бары более пяти раз. Оценка и в том, и в другом исследовании проходила по четырем основным показателям поведенческого риска: частота использования практик незащищенного анального секса (в период предшествующих опросу двух месяцев), количество мужчин (в процентном соотношении от числа всех опрошенных), которые практиковали незащищенный анальный секс в течение двух месяцев, количество (в процентах) всех

анальных половых контактов с использованием презервативов в течение двух месяцев, количество сексуальных партнеров у каждого респондента в течение предыдущих двух месяцев.

Особое внимание исследователей было направлено на проблему незащищенного анального секса, как наиболее рискованную практику с точки зрения заражения ВИЧ-инфекцией.

Результаты. Общее количество мужчин, принявших участие в базисном исследовании, составило 1126 человек (диапазон 51–343 на город).

Спустя год повторный опрос был проведен среди 1010 человек (диапазон 50–300 на город). 498 базисных и 546 повторных анкет были исключены из анализа, поскольку были заполнены приезжими. Также были исключены анкеты 28% мужчин, у которых имелись эксклюзивные партнеры.

Таким образом, для проведения анализа использовались 438 анкет из базисного опроса (265 мужчин в городах, где проводилась интервенция, 173 мужчин в контрольных городах) и 327 анкет из повторного исследования (197 мужчин в городах, где проводилась интервенция, 130 мужчин в контрольных городах). Средний возраст участников проекта составил 31,1 года. Было отмечено существенное сокращение количества случаев незащищенного анального секса в предыдущие два месяца в испытуемых городах (среднее количество: базисное – 1,68, повторное – 0,59), по сравнению с контрольными городами (базисное – 0,93, повторное – 1,29, $p < 0,04$). Средняя частота практики незащищенного анального секса при повторном опросе в контрольных городах оказалась в 3,9 раза больше, чем в городах, где проводилась интервенция (1,12–13,66). Процент практики анального секса с использованием презерватива в предшествовавшие опросу два месяца в испытуемых городах увеличился с 44,7 до 66,8% (через год после интервенции). Подобного явления не было отмечено среди геев в контрольных городах (базисное – 62,0%, повторное – 58,7%, $p < 0,02$).

Разница между двумя группами в использовании презервативов при анальном сексе составила 25,4% (6,1–44,7). В испытуемых городах была отмечена тенденция к снижению частоты любой формы незащищенного анального секса среди мужчин. О такой практике сообщали 32% геев при проведении базисного исследования и 20,3% – после интервенции. Разницы в количестве сексуальных партнеров в испытуемых и контрольных городах отмечено не было. В городах, где проводилась интервенция, возросла частота приобретения презервативов из автоматов, расположенных в гей-барах, – на 65% (2,52 презерватива на человека при базисном опросе, при повторном – 4,15), тогда как в контрольных городах произошло снижение данного показателя (2,06 и 1,06 соответственно).

ПРОГРАММА «MPOWERMENT»: ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ НА УРОВНЕ СООБЩЕСТВА СРЕДИ МОЛОДЫХ ГЕЕВ

Программа «Mpowerment» разработана специалистами в области поведенческих особенностей из Калифорнийского университета (University of California) и Центра по изучению программ профилактики СПИДа в Сан-Франциско (San Francisco's Center for AIDS Prevention Studies – CAPS). Она проводится и оценивается уже более 12 лет (www.mpowerment.org).

Авторы программы выделили три причины, которые подчеркивают необходимость проведения профилактических интервенций на уровне сообщества:

1) максимальный охват молодых геев профилактическими программами делает работу на индивидуальном уровне весьма сложной и чрезвычайно затратной;

2) интервенции на индивидуальном уровне могут быть менее эффективными, поскольку не всегда принимают во внимание социальные факторы, влияющие на рискованные типы поведения;

3) организации на уровне сообщества сообщают о том, что молодые геи не стремятся воспользоваться услугами ВИЧ-сервисных организаций.

Базисные принципы многоуровневого проекта должны включать:

- увеличение возможностей на индивидуальном и групповом (сообщество) уровнях;
- диффузию (распространение) новых типов поведения через социальные сети;
- влияние равных консультантов;
- проведение профилактики ВИЧ-инфекции в контексте других проблем, имеющих у молодых гомо- и бисексуальных мужчин;
- укрепление сообщества;
- применение подходов, использующих гей-позитивный имидж.

Для проведения пилотной программы были выбраны сообщества геев из двух, сходных по демографическим показателям городов: Юджин в штате Орегон (в качестве места интервенции) и Санта-Барбара в Калифорнии (для сравнения). При выборе городов были использованы следующие факторы: 1) наличие крупного университета, 2) привлекательность города для молодых людей из сельских районов, 3) примерно одинаковые показатели по численности населения (Юджин – 113 090, Санта-Барбара – 85 763), 4) наличие ВИЧ-сервисных организаций, 5) наличие одного или двух гей-баров, 6) необходимость добираться 1–2 часа до более крупного гей-сообщества и 7) наличие небольшого количества зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции.

И в том и в другом городе молодые геи (18–29 лет) были независимо рекрутированы командой местных геев, распространявших анкеты в ба-

рах, университетах и через неформальные социальные сети. Анкеты возвращались по почте. Повторные анкеты были собраны через год после интервенции. Респонденты за заполнение анкеты каждый раз получали по 10 долларов.

Исследование проходило по следующим темам:

1) демографические характеристики респондентов;

2) сексуальное поведение (респондентов просили сообщить о частоте сексуальных контактов за последние два месяца с бойфрендами/любовниками и другими партнерами; также был задан вопрос относительно общего количества мужчин, с которыми были сексуальные отношения за последние два месяца);

3) психосоциальные факторы (в данном разделе анкеты оценивались такие аспекты, как степень удовлетворенности практикой рискованного секса, навыки сексуальной коммуникации, воспринимаемые социальные нормы относительно безопасного секса, барьеры, препятствующие практике защищенного секса);

4) контакт с программными мероприятиями (представителей целевой группы просили указать, владеют ли они информацией о проекте и в каких мероприятиях принимали участие за последний год – вечеринки, общение с аутрич-работниками, посещение дроп-ин-центров*).

Структура программы. Программа осуществлялась ключевой группой, состоящей из 12–15 молодых мужчин, ответственной за принятие программных решений, и Советом общественных консультантов, куда входили «старожилы сообщества» (мужчины и женщины из ВИЧ-сервисных, гей-лесбийских, медицинских и университетских организаций), предоставляющие совет и рекомендации первой группе.

Компоненты программы. *Аутрич по принципу «равный–равному».* Работа аутрич в данном проекте преследовала две цели: распространить информацию о безопасном сексе в сообществе и привлечь других мужчин в проект. Использовались два типа аутрич-работы: формальный и неформальный. При формальном аутрич-команда из молодых гомо- и бисексуальных мужчин посещала места сбора геев для обсуждения вопросов, касающихся безопасного секса, распространения информационных материалов, разработанных в рамках проекта, и для того, чтобы пригласить геев для участия в социальных мероприятиях (дискотеках, видео-вечеринках, пикниках, дискуссионных клубах). Поскольку в небольших городах существует ограниченное количество заведений, в которых геи могли бы

встречаться, команда аутрич-работников поставила целью увеличить их количество, а также организовать мероприятия, которые могли бы быть привлекательны для данной целевой аудитории. Одним из таких заведений стал «Mrpowerment» – центр, в котором каждую неделю стали проводить малые группы, встречи ключевой группы, видео-вечеринки, выступления рэп-групп и т.д. Неформальный аутрич осуществляется по типу бесед о безопасном сексе, в ходе которых молодые геи рассказывали своим друзьям о его актуальности и необходимости. Этот компонент программы, по сути, напоминал программу Д. Келли (1991).

Малые группы. Однократные трехчасовые групповые встречи (получившие название М-группы) посещались 8–10 геями. Во время этих встреч акцент ставился на обсуждение факторов, способствующих небезопасному сексу среди геев (распространенность мифов о безопасном сексе, уверенность в том, что безопасный секс не приносит удовольствия, плохо сформированные навыки переговоров относительно безопасного секса и т.д.). При посещении данных групп молодые люди обучались, как проводить неформальный аутрич, как правильно пользоваться презервативами и как обсуждать вопросы безопасного секса со своими друзьями. Кроме того, участники групп получали презервативы и смазки для раздачи.

Общественная кампания. Кампания в гей-СМИ была направлена на информирование общества о программе, приглашение молодых людей к активному участию в проекте и на напоминание о нормах безопасного секса. В рамках кампании использовались такие методы, как публикация небольших статей и рекламных сообщений в гей-газетах и на веб-сайтах, распространение информации через электронные письма, распространение аутрич-материалов в местах сбора геев, вербальная информация от членов ключевой группы, распространяемая через неформальные социальные сети.

Результаты интервенции. Средний возраст участников программы составил 23,4 года. Большинство мужчин идентифицировали себя как геи (86%), 14% – как бисексуалы. До проведения программы между двумя сообществами не было значительной разницы в таких показателях, как возраст, сексуальная ориентация, образование, характер взаимоотношений, частота незащищенного анального секса (с мужчинами в целом, с бойфрендами/любовниками или с неосновными партнерами), количество сексуальных партнеров за последние два месяца, частота посещения гей-баров или мест для сексуальных контактов. До проведения программы анкеты заполнили 191 человек в Юджине (экспериментальном городе) и 109 человек в Санта-Барбаре (контрольный город). В постинтервенционном исследовании приняли участие 65 и 81% респондентов соответственно.

* Дроп-ин-центр (от англ. drop in – забежать) – сервисный центр со свободным входом, где представители целевой группы могут получить услуги и помощь медицинского и социального характера (например, консультирование, индивидуальные средства защиты, юридическую консультацию и т.д.), а также просто провести время в непринужденной дружественной обстановке (за просмотром фильмов, чтением журналов, в интернете).

После проведения программы профилактики (в сообществе г. Юджин) было отмечено значительное снижение частоты незащищенного анального секса с мужчинами в целом, с бойфрендами/любовниками или с вторичными партнерами. За тот же период в контрольном сообществе (Санта-Барбара) значительных изменений в сексуальной практике зафиксировано не было.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ

Краткосрочное консультирование. Чтобы изменить рискованное поведение МСМ могут использоваться такие краткосрочные интервенции, как консультирование*. В журнале *AIDS* (2002) было опубликовано сообщение об эффективности однократной консультативной сессии, направленной на оценку личностной системы самооправдания рискованного сексуального поведения. Д-р Джеймс В. Диллей с коллегами из Сан-Франциско приглашали мужчин, повторно проходящих тест на ВИЧ, заполнить анкету из 102 вопросов и посетить в течение двух недель консультативную сессию. В исследовании приняли участие 248 мужчин, у которых результаты тестирования на ВИЧ за последние шесть месяцев оказались отрицательными и у которых был незащищенный анальный секс в последние 12 месяцев.

Участники были распределены методом случайной выборки на четыре лечебные группы. Во всех четырех группах проводилось стандартное ВИЧ-консультирование и тестирование, а в трех группах дополнительно проводилось консультирование, направленное на самооправдание, ведение сексуального дневника или на то и другое.

Во время консультативной сессии клиента просили подробно описать ситуации, мысли, эмоции, взгляды и идеи, которые у него были на каждом этапе, ведущем к сексуальному контакту. Вместе с консультантом клиент оценивал разницу между восприятием риска при наличии сексуального возбуждения и в обычной ситуации. Также обсуждались альтернативные способы контроля в будущих ситуациях.

Как показала оценка программы, на 67-й и 127-й месяц консультативные сессии позволили значительно снизить частоту незащищенного анального секса со случайными партнерами (с

66 до 21% на 67-й и до 26% на 127-й месяц). Авторы исследования выдвигают предположение, что «подробный пересказ события в компании внимательного консультанта помог освободиться от каких-то болезненных или по крайней мере неудобных моментов, поскольку участник вспоминал ситуацию и возможность того, что он мог инфицироваться ВИЧ». По-видимому, повторное воспоминание об отрицательных эмоциях, чувство, что удалось избежать потенциально опасной ситуации, и новое осознание собственного поведения могли привести к снижению высокорискованных сексуальных типов поведения (Dilley J. W., et al. *Changing Sexual Behavior Among Gay Male Repeat Testers for HIV: A Randomized, Controlled Trial of a Single-Session Intervention. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes.* 30(2):177–186, June 1, 2002).

Мотивационное интервью. Имеются сообщения о том, что для снижения опасных сексуальных практик также может быть эффективной индивидуальная работа с МСМ. В консультировании давно используется подход, получивший название мотивационного интервьюирования**. Его цель – провести клиента от стадии неосознания проблемы через стадию изменения его поведения до стадии поддержки изменений, которые являются благоприятными для данного человека (модель ДиКлементи и Прохаски).

Специалисты Школы социальной работы в Сиэтле (США) использовали данный подход в работе с ВИЧ-положительными МСМ, чтобы снизить частоту опасного секса с их партнерами. Интервенция состояла из двух частей: глубинного интервью, при котором проводилась оценка убеждений и взглядов, обсуждения подробностей относительно четырех последних партнеров, с которыми происходил анальный секс, и обсуждения выявленных в анкете противоречий между ценностями, убеждениями и рискованным сексуальным поведением.

До проведения интервенции из 107 ВИЧ-положительных мужчин 53 (50%) сообщили о незащищенном анальном сексе с 88 партнерами, чей статус был отрицательным или неизвестным. Повторный опрос через шесть месяцев среди 38 участников показал, что количество сообщивших о незащищенном анальном сексе сократилось на 31% (Fisher D., Ryan R., et al. *Using a community partnership and motivational*

* Несколько исследований показали эффективность добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ (ДКТ) в снижении рискованного сексуального поведения среди МСМ. Большой эффект наблюдался среди мужчин с ВИЧ-положительным статусом. Несмотря на наличие нескольких исследований, указывающих на то, что ДКТ играет важную роль в поддержке менее опасного сексуального поведения, другие исследования показывают неопределенные результаты и не имеют согласованных доказательств, чтобы продемонстрировать эффективность ДКТ в поддержке менее опасного сексуального поведения (The impact of Voluntary Counselling and Testing: A global review of the benefits and challenges. UNAIDS. Geneva, Switzerland, 2001).

** МИ – это особая техника консультирования, в которой консультант становится помощником в процессе изменений и выражает принятие клиента. Эта техника была разработана как краткосрочный, основанный на принятии клиента и избегающий споров и убеждений способ помощи кому-либо в изменении своего поведения. Интервьюирование означает процесс проведения интервью. Мотивационное означает, что речь идет о мотивации как о системе стимулов, побуждающих человека к действию (Miller W., R., & Rollnik S. *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2d ed., 2002). New York: Guilford Press).

interviewing to serve HIV+ gay and bisexual men. Natl HIV Prev Conf Aug 29–Sep 1: abstract № 680, 1999).

Социальное сопровождение в контексте профилактики ВИЧ-инфекции. Понятие социальное сопровождение подразумевает оказание помощи людям, живущим с ВИЧ или имеющим высокий риск заражения, в получении доступа к медицинским и социальным ресурсам. Центр по контролю и профилактике заболеваемости в США дает такое определение социальному сопровождению: «Ориентированная на клиента профилактическая деятельность, фундаментальная цель которой – способствовать принятию и поддержанию типов поведения, направленных на снижение риска заражения ВИЧ-инфекцией среди клиентов с множественными и комплексными проблемами».

Программа социального сопровождения в контексте ВИЧ направлена на людей, у которых существуют или могут возникнуть в будущем трудности в следовании практик, снижающих риск или предотвращающих заражение ВИЧ-инфекцией, передачи инфекции другим людям или реинфицирование (HIV Prevention Case Management. Guidance. September 1997. US Department of health and Human Services. Public Health Service. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for HIV, STD, and TB Prevention). Специалисты по социальному сопровождению работают с наиболее уязвимыми с точки зрения риска инфицирования группами населения: потребителями инъекционных наркотиков, МСМ, секс-работниками, бывшими заключенными, бездомными и т.д.*

ГРУППОВОЙ УРОВЕНЬ

Обучение по принципу «равный–равному». Подход «равный обучает равного» хорошо зарекомендовал себя в программах профилактики ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения (МСМ, потребители инъекционных наркотиков, секс-работники). В качестве примера эффективности такого подхода можно привести проект в Глазго. В Шотландии, как и во многих развитых странах, в конце 90-х годов сексуальные отношения между мужчинами являлись ос-

* Например, бостонская программа HAPPENS представляет собой сеть по организации помощи, состоящую из мультисервисных аутрич-агентств, центров здоровья и больниц для ЛЖВ и трудно достижимых молодых людей в возрасте 12–24 лет. Программа обслуживала 2116 молодых людей, средний возраст которых составлял $19,8 \pm 2,9$ года; 64% из которых были женщины; 45% – цветные; 16% – геи, лесбиянки, бисексуалы или не определившиеся; 10% – бездомные или сбежавшие из дома. При первом контакте с программой 56% получили аутрич-услуги, а 91% – медицинскую помощь. Среди тех, кто получил медицинскую помощь, 55% – в области тестирования и консультирования на ВИЧ, 49% – медицинский уход, 24% – социальное сопровождение.

новым путем передачи ВИЧ-инфекции. Поведенческие исследования показывали, что треть гомосексуалов практиковали незащищенный анальный секс. Несколько организаций объединили свои профилактические усилия и создали «Оперативную группу по мужчинам-геям» (The Gay Men's Task Force, GMTF).

В рамках данной инициативы были подготовлены консультанты из числа равных, которые работали в барах, чтобы мотивировать гомосексуальных мужчин снизить рискованное поведение и обращаться в службы сексуального здоровья (особенно туда, где проводилась вакцинация против гепатита В). Всего было подготовлено 42 консультанта.

В течение девяти месяцев интервенции (октябрь 1997 – июнь 1998) они сообщили о 1484 контактах с МСМ во всех пяти барах Глазго. Во время контактов с посетителями баров консультанты обсуждали такие вопросы сексуального здоровья, как вакцинация против гепатита В, тестирование на ВИЧ-инфекцию, ИППП и использование презервативов и смазок.

Спустя 7 месяцев для оценки эффективности данной интервенции был проведен опрос. Анкета включала вопросы, связанные с демографической информацией, сексуальным поведением за последнее время и с тем, помнят ли посетители о контакте с консультантами.

В анкетировании приняли участие 1442 МСМ. 97% представителей выборки были сексуально активными, 75% МСМ сообщили об анальном сексе по крайней мере с одним партнером за последний год. О незащищенном анальном сексе за последний год сообщили 33% мужчин, при этом 35% занимались сексом со случайными партнерами. Согласно результатам анкетирования, 42% (576) символ проекта был знаком, а 36% (524) правильно расшифровали значение аббревиатуры GMTF (ЛГБТ). Приблизительно треть посетителей баров (424 человека, 32%) сказали, что общались с консультантами по меньшей мере один раз.

Благодаря проекту 49% мужчин, которые вступали в контакт с консультантами, сообщили, что они задумались о своем сексуальном поведении, а 26% изменили его. В целом 29% МСМ посещали клиники сексуального здоровья за последний год. Количество обращений в такие клиники значительно возросло после осуществления интервенции: 156 новых клиентов в течение 12 месяцев до интервенции, 347 в течение 12 месяцев проекта и 264 после завершения (Williamson L.M., Hart G. J., et al. The Gay Men's Task Force: the impact of peer education on the sexual health behaviour of homosexual men in Glasgow. *Sex Transm. Inf.* 2001;77:427–432).

Обучающие программы и информационные материалы для сообщества МСМ. Не вызывает сомнений, что простая раздача персональных средств защиты (презервативы и смазки) не является эффективной стратегией для изме-

нения рискованного поведения. Большинство организаций, работающих в области профилактики ВИЧ-инфекции среди мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами, широко используют и такие обучающие подходы, как информационные кампании и специальные тренинги или семинары для представителей общества.

Важно подчеркнуть, что информация об ИППП и ВИЧ/СПИДе легче воспринимается и не вызывает отторжения, если она инкорпорируется в структуру более широкого контекста и затрагивает насущные проблемы, с которыми сталкиваются МСМ. Другими словами, чтобы вызвать эмоциональный отклик и интерес, информация должна стать частью сексуально эксплицитных (то есть явных) имиджей, привлекательных для МСМ. Примером здесь могут служить информационные кампании, проводимые в Великобритании организацией «Gay Men Fighting Aids» (см., например: www.metromate.org.uk/camp/condoms/StickMan1.pdf). А в кампании по профилактике ИППП, организованной старейшей британской организацией «Terrence Higgins Trust», использовался слоган «Ничего нет сексуального в инфекциях, передающихся сексуальным путем». Имиджи кампании привлекают внимание, поскольку содержат эротические образы (см., например: www.chapsonline.org.uk/Home).

Буклеты для МСМ могут охватывать целый ряд тем, связанных как с социальными аспектами (например, поиском партнера, взаимоотношениями и т. д.), так и с медицинскими, например, как бросить курить, гепатиты, тест на ВИЧ, жизнь с ВИЧ-инфекцией, презервативы.

Темы семинаров нацелены на то, чтобы осветить и затронуть многие вопросы жизни МСМ, включая такой неотъемлемый компонент, как сексуальное здоровье. Например, организация «Расе» в Лондоне предлагает ряд семинаров на следующие темы: «Черный, гей, гордый», «Брат брату», «Жизнь начинается в 40 лет», «Негативные партнеры», «Позитивная жизнь», «Позитивный секс», «Когда позитивный встречает позитивного», «Сексуальное исцеление» и др.

Поскольку секс занимает в жизни МСМ очень важное место, инновационные темы или нетрадиционные подходы к обучению в данной сфере будут с энтузиазмом восприняты членами МСМ-сообщества. Например, сотрудники организации «Gay Men Fighting AIDS» разработали специальные обучающие курсы для МСМ: «Секс-курс», «Секс и твой член», «Секс и твоя задница». Двухчасовой семинар «Секс и твоя задница» включает советы о том, как сделать анальный секс более легким и приятным, а также предоставляет информацию об анатомии и физиологии, механизмах заражения ВИЧ-инфекцией. Курс «Секс и твоя задница», который длится целый день, охватывает эти же темы, но предлагает обсудить и более глубокие пробле-

мы, такие, как табу, связанное с практикой анального секса.

Необходимо заметить, что в Великобритании информационный подход, применяемый для работы с целевой аудиторией, основан на понятных и близких ей образах, доступном языке, поддерживается государством, а программы по профилактике финансируются муниципальными бюджетами. Ни у кого не возникает желания обвинить такой подход в пропаганде гомосексуальности и порнографии, поскольку политики и специалисты общественного здравоохранения осознают неизбежность огромных финансовых затрат, связанных с лечением инфекционных заболеваний, которые можно предотвратить.

Возможности фармакологической профилактики. К сожалению, на сегодняшний день не существует научно доказанных биологических и фармакологических методов профилактики ВИЧ-инфекции после незащищенного сексуального контакта («таблетка после секса»), а потому механическая защита (презерватив) при анальном и оральном сексе остается единственным способом профилактики заражения ВИЧ-инфекцией.

В начале 2005 года Центр по контролю и профилактике заболеваемости США выделил грант в размере 3,5 млн. долларов для финансирования клинических испытаний в Сан-Франциско и Атланте препарата тенофовир, выпускаемого компанией «Gilead» под торговым названием «Вирид», с целью изучения его безопасности для профилактики ВИЧ-инфекции среди МСМ и выяснения того, повысятся ли показатели по рискованному сексуальному поведению и новым случаям ВИЧ-инфекции. В каждом городе планируется привлечь по 200 МСМ и разделить их на группы. Ежедневно, в течение двух лет участники экспериментальной группы будут получать тенофовир, а участники контрольной группы – плацебо. В то же время, поскольку исследование относительно небольшое и спустя два года вряд ли удастся получить достаточно данных для решения вопроса, способен ли препарат снижать риск заражения ВИЧ, CDC запускает два других больших проекта по испытанию препарата среди ВИЧ-отрицательных добровольцев в Ботсване и Таиланде (выборка: 1200 мужчин и женщин в Ботсване в возрасте 19–29 лет и 1600 потребителей инъекционных наркотиков в Таиланде). Чтобы помочь участникам исследования элиминировать или снизить риск заражения ВИЧ-инфекцией, будет проводиться консультирование, диагностика и лечение ИППП, бесплатно раздаваться презервативы (http://www.the-body.com/cdc/tenofovir_trial.html). Другие исследования в данной области проводятся на гранты Фонда Билла и Мелинды Гейтс, а также Национального института здоровья. Существуют этические споры относительно данных исследований. Некоторые специалисты выражают озабоченность, что в случае успеха испытаний

люди утратят мотивацию к практике безопасного секса, а прием препарата может способствовать накоплению резистентных штаммов вируса. Поскольку об испытаниях стало широко известно в МСМ-сообществе, вовсе неудивительно, что некоторые люди поспешили уже воспользоваться «передовым» методом профилактики. По сообщениям врачей и специалистов в области профилактики ВИЧ-инфекции, несмотря на отсутствие доказательств профилактического потенциала препарата, тенофовир широко продается в танцевальных клубах США, а некоторые врачи выписывают его пациентам как профилактическое средство. Исследование, проведенное специалистами Центра по контролю и профилактике заболеваемости в июле 2005 года на гей-парадах в четырех городах, показало, что 7% неинфицированных мужчин-геев принимали препарат перед тем, как заняться «опасным сексом», а еще 20% слышали о ком-то, кто это делал. Представители Отдела здравоохранения Сан-Франциско сообщили, что, если данные, полученные CDC, подтвердятся, будет необходимо начать образовательную кампанию о рисках приема препарата (www.kaisernetwork.org/daily_reports/).

Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДУ (UNAIDS) предлагает комплексный подход, который позволил бы сделать профилактику ВИЧ-инфекции среди МСМ эффективной.

Данный подход включает:

- обязательства со стороны национальных программ по СПИДУ и донорских агентств по включению проблем МСМ в свои программы и выделению финансирования;
- программы помощи на местах, осуществляемые добровольцами или профессиональными социальными работниками и работниками здравоохранения;
- взаимное обучение среди МСМ по принципу «равный—равному»;
- распространение высококачественных презервативов и смазывающих составов на водной основе, обеспечение их постоянного наличия;
- проведение кампаний по пропаганде безопасного секса и соответствующих навыков, в том числе применения презервативов и перехода к сексуальному поведению, связанному с меньшей степенью риска, в качестве альтернативы сексу с проникновением;
- оказание содействия организациям гомосексуалов, осознавших свою ориентацию, в осуществлении программ по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции;
- проведение кампаний в средствах массовой информации, с обеспечением их приемлемости в условиях конкретной культуры;
- просвещение медицинских работников, включая сотрудников клиник по лечению ИППП, преодолению невежества и предубеждений в отношении МСМ;

- организацию работы медицинских учреждений с обеспечением их территориальной и экономической доступности;
- ломку социальных и культуральных барьеров, препятствующих обсуждению темы сексуальных отношений между мужчинами;
- пересмотр (с целью отмены) законов, рассматривающих как противозаконные некоторые виды сексуальных отношений между взрослыми мужчинами даже по взаимному согласию и в конфиденциальной обстановке;
- принятие законов, обеспечивающих защиту против дискриминации и нарушения прав человека в отношении МСМ.

НА ПРИЕМЕ У ВРАЧА

Традиционные взаимоотношения между врачом и пациентом строятся на модели «эксперт—реципиент». Мнение врача (как эксперта) играет важную роль в процессе принятия решений. В то же время исход врачебной коммуникации во многом зависит от возможности врача почувствовать и проникнуться проблемами пациента. Если врач не может скрыть своего негативного, осуждающего отношения к особенностям поведения пациента, расценивая их как патологические, социально неприемлемые и т.п., это вряд ли приведет к установлению доверительных и продуктивных отношений, необходимых для обсуждения проблем пациента и принятия адекватных решений, касающихся его здоровья. Обсуждение рискованных типов поведения невозможно в атмосфере неприятия и враждебности.

Искусство врачевания — это не составление рецепта или вскрытие абсцесса, а умение увидеть в пациенте человека со всеми его специфическими нуждами и особенностями. Работа с МСМ — хороший тест для врача, помогающий ему определить меру своего профессионализма в отношении с пациентами и возможности влияния на лечебный процесс.

Исследование, проведенное в Филадельфии среди молодых людей в возрасте 14–23 лет, идентифицировавших себя как лесбиянки, геи, бисексуалы, трансгендеры или не определившиеся, дало возможность оценить факторы, влияющие на создание благоприятной (безопасной) атмосферы в медицинских учреждениях, куда обращаются представители данного сообщества (Ginsburg K.R., Winn R.G., et al. How to Reach Sexual Minority Youth in the Health Care Setting: The Teens Offer Guidance. *J Adolescent Health* 2002;31:407–416).

Согласно результатам исследования:

- у молодых ЛГБТ те же потребности, что и у их сверстников, не принадлежащих к данному сообществу. Вопросы, которые больше всего волнуют ЛГБТ при общении с медицинскими специалистами, включают: сохранение конфи-

денциальности, инфекционный контроль, компетентность, уважение к пациенту и честность (бесспорно, данные требования важны для любого человека, вступающего в контакт с системой здравоохранения, но для ЛГБТ они особенно актуальны, так как обсуждаются проблемы, касающиеся нетрадиционной сексуальной ориентации);

- по мнению ЛГБТ, медицинские специалисты должны уметь оценивать проблему и ситуацию беспристрастно, непредвзято, быть честными, соблюдать конфиденциальность, уметь слушать и сопереживать проблемам пациента, они ни в коем случае не должны подавлять. Молодым ЛГБТ было бы приятно знать, что в медучреждении работают открытые геи и лесбиянки, однако их больше волнует вопрос, насколько хорошо врач осведомлен о специфике работы с ЛГБТ, нежелали, чтобы открытый гей или лесбиянка напрямую занимались их проблемами;

- молодые люди, принадлежащие ЛГБТ-сообществу, считают, что у них имеются проблемы, связанные с их сексуальной ориентацией, которые должны обсуждаться. Но для того чтобы они смогли сообщить о ней, со стороны специалиста должен поступить «сигнал» о том, что он хорошо понимает и проявляет внимание к таким проблемам;

- молодые люди заявили, что определенные действия со стороны медицинского специалиста оскорбляют их и оказывают влияние на уровень эффективности медицинского обслуживания и вероятность повторного посещения данного специалиста; наиболее часто упоминался факт, что врачи ставят знак равенства между гомосексуальным поведением и ВИЧ/СПИДом; молодым людям также неприятно слышать о том, что их сексуальное поведение опасно или является нездоровым.

Роль врача в решении медицинских проблем, которые описываются в данном материале, двоякая. Во-первых, врачи, вооруженные знаниями о специфике поведения и образе жизни пациента, имеют больше возможностей обратиться на них внимание. Во-вторых, врачи, имея представление об особых потребностях МСМ, связанных со здоровьем, могут выступать в качестве источника профилактической информации для представителей данной группы.

Существуют рекомендации, которые помогают медицинским специалистам сформировать благоприятную атмосферу для работы с пациентами из ЛГБТ-сообщества.

Что необходимо знать, уметь и делать врачу для эффективной работы с пациентами МСМ:

- соблюдать конфиденциальность. Необходимо с первых минут заверить пациента, что информация, полученная в ходе беседы, не будет никому передана;

- уметь определить и оценить риски в поведении (необходимо составить анамнез относи-

тельно сексуального поведения пациента и употребления им наркотиков);

- предоставить рекомендации по тестированию на ВИЧ (пациенту нужно объяснить, зачем ему проходить тестирование на ВИЧ, что означают результаты тестирования и дать информацию по соответствующим службам; знание о том, что пациент ВИЧ-положительный, будет мотивировать его на обращение за медицинской помощью, чтобы предотвратить или отсрочить возникновение заболеваний, угрожающих жизни, а также поможет ему защитить своих близких от инфицирования; результат теста также поможет врачу определить причину и выбрать наиболее подходящее лечение для сопутствующих заболеваний; например, если пациент ВИЧ-положительный, тактика лечения туберкулеза и сифилиса будет отличаться от той, которая применяется для лечения ВИЧ-отрицательных пациентов (HIV Counseling and Testing: Facts, Issues, and Answers. Centers for Disease Control and Prevention; January, 1998);

- предоставить информацию по ИППП/ВИЧ, снижению вреда (если пациент принимает наркотики) и безопасному сексу (правильное использование презервативов, смазок на водной основе и латексных салфеток для орального секса);

- проконсультировать и предоставить специфическую информацию ВИЧ-положительным МСМ (раскрытие ВИЧ-статуса, профилактика, рекомендации по питанию и др.);

- предоставить информацию об организациях и службах, занимающихся проблемами ЛГБТ-сообщества, и направить туда пациента (аутрич, группы поддержки).

- участвовать в тематических семинарах по профилактике ИППП/ВИЧ, заниматься поиском информации и обсуждением с коллегами вопросов, связанных со здоровьем ЛГБТ.

РУКОВОДЯЩИЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛЕСБИЯНКАМ, ГЕЯМ И БИСЕКСУАЛАМ, РАЗРАБОТАННЫЕ АМЕРИКАНСКОЙ АССОЦИАЦИЕЙ ПСИХОЛОГОВ

Отношение к гомосексуальности и бисексуальности

- *Принцип 1.* Психологи понимают, что гомосексуальность и бисексуальность не являются показателями психического расстройства.

- *Принцип 2.* Психологи мотивированы на то, чтобы осознавать, насколько их отношение и знание о проблемах лесбиянок, геев и бисексуалов может быть уместным для диагностики и лечения, и в случае необходимости стремятся получить консультации или направить клиентов в другие службы.

- *Принцип 3.* Психологи стараются понять, каким образом социальная стигматизация (например, предубеждения, дискриминация и насилие) повышает риск психических расстройств и ставит под угрозу благополучие лесбиянок, геев и бисексуальных клиентов.

- *Принцип 4.* Психологи стараются понять, каким образом предвзятые взгляды на гомосексуальность или бисексуальность клиента могут повлиять на его поведение и процесс лечения.

Взаимоотношения и семья

- *Принцип 5.* Психологи стремятся узнать и признают значимость взаимоотношений в среде лесбиянок, геев и бисексуалов.

- *Принцип 6.* Психологи стараются понять особые обстоятельства и трудности, с которыми сталкиваются родители лесбиянок, геев и бисексуалов.

- *Принцип 7.* Психологи признают, что семьи лесбиянок, геев и бисексуалов могут включать людей, которые не связаны юридически или биологически.

- *Принцип 8.* Психологи стараются понять, как гомо- и бисексуальная ориентация человека может оказывать влияние на его или ее семью и взаимоотношения с этой семьей.

Проблема разнообразия

- *Принцип 9.* Психологи мотивированы на то, чтобы осознать особые жизненные обстоятельства или трудности, которые испытывают лесбиянки, геи и бисексуалы, принадлежащие расовым и этническим меньшинствам. Это связано с многочисленными (зачастую противоречивыми) культурными и социальными нормами, ценностями и убеждениями.

- *Принцип 10.* Психологи мотивированы на то, чтобы осознавать специфические проблемы, которые испытывают бисексуальные люди.

- *Принцип 11.* Психологи стараются понять специфические проблемы и риски, которые имеются у молодых лесбиянок, геев и бисексуалов.

- *Принцип 12.* Психологи учитывают разницу в поколениях в среде лесбиянок, геев и бисексуалов и особые трудности, которые могут испытывать пожилые лесбиянки, геи и бисексуалы.

- *Принцип 13.* Психологи мотивированы на то, чтобы осознать особые трудности, которые испытывают лесбиянки, геи и бисексуалы с двигательными, психическими/эмоциональными расстройствами.

Образование

- *Принцип 14.* Психологи поддерживают процесс профессионального образования и обучения по вопросам лесбиянок, геев и бисексуалов.

- *Принцип 15.* Психологи мотивированы на то, чтобы повышать свои знания и понимание

проблем, связанных с гомосексуальностью и бисексуальностью, через постоянное обучение, супервизию и консультации.

- *Принцип 16.* Психологи предпринимают разумные усилия, чтобы познакомиться с соответствующими службами и ресурсами на уровне сообществ для лесбиянок, геев и бисексуалов.

ОЦЕНКА СЕКСУАЛЬНОГО РИСКА

Алгоритм оценки сексуального риска на врачебном приеме базируется на модели, разработанной Региональным тренинговым центром по СПИДу «Маунтейн плейнс» (Mountain-Plains Regional AIDS Education Training Center), и состоит в следующем:

1. Оценивайте риск у каждого пациента даже в тех случаях, когда у вас есть доказательства, что его поведение меняется.

2. Оценка сексуального риска должна быть частью комплексной оценки состояния здоровья, включая вопросы, связанные с использованием ремней безопасности, домашним насилием и употреблением наркотиков.

3. Дайте понять пациенту, что обсуждение сексуального здоровья является рутинной частью обследования, и подчеркните, что понимание сексуального поведения необходимо для предоставления качественной помощи. Напомните пациенту, что обсуждение носит конфиденциальный характер. Вы можете обсудить, какая информация попадет в историю болезни (наводящие вопросы: «Для того чтобы оказать вам наиболее адекватную помощь, мне нужно понять, какова ваша сексуальная жизнь», «Все, что мы обсуждаем, останется в этой комнате»).

4. Старайтесь не употреблять такие термины, как «натурал», «гей», «гомосексуал», или понятия, которые не связаны со специфическими типами поведения.

5. При сборе анамнеза старайтесь избегать предположений, основанных на возрасте, семейном статусе, инвалидности или других характеристиках пациента.

6. Специфические вопросы о поведении должны быть четко сформулированы и непредвзяты (наводящие вопросы: «Вы ведете половую жизнь?», «Вы занимаетесь сексом с мужчинами, женщинами или и с теми, и с другими?»). Выясните количество партнеров, частоту использования презервативов и вид сексуального контакта (оральный, анальный, вагинальный).

7. Соберите анамнез по инфекциям, передающимся половым путем.

8. Если ответы пациента указывают на высокий уровень риска (например, незащищенный половой контакт, частые ИППП), определите ситуации, в которых имеет место рискованное поведение (наводящие вопросы: «Мне хотелось бы понять, как употребление алкоголя или наркотиков связано с вашей сексуальной практи-

кой», «Как часто вы вступаете в сексуальные отношения в состоянии наркотического или алкогольного опьянения? Насколько и как меняется ваше поведение?», «Как часто занятиям сексом предшествуют подавленность или депрессия?»).

9. Суммируйте ответы пациента в конце интервью.

СОЗДАНИЕ ДРУЖЕСТВЕННОЙ АТМОСФЕРЫ ДЛЯ МСМ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Беседы на тему сексуальной ориентации, раскрытие информации, касающейся сексуальной принадлежности, могут вызывать у человека состояние недоверия и тревоги. Чтобы этого избежать, необходимо создать комфортную, доверительную атмосферу. По результатам исследования, проведенного в 1992 году, 44% пациентов-геев при посещении врача не сообщали о своей сексуальной ориентации в основном из-за боязни дискриминации (<http://www.gmhp.demon.co.uk/guides/gp/smal-leffort.html>).

Что можно сделать? Врачи должны учитывать каждый аспект своей работы, когда они создают дружественную для МСМ атмосферу.

Среда. Для создания атмосферы, благоприятной для МСМ и/или геев, врачи могут предпринять следующие шаги: принять участие в программах социального сопровождения, проводимых в гей-организациях, или разместить рекламу вашей практики в гей-СМИ. Эти шаги помогут сформировать среду, привлекательную для МСМ еще до того, как пациент открывает дверь вашего кабинета. Плакаты или буклеты с позитивным имиджем продемонстрируют ваше дружественное расположение к МСМ, приходящим на прием. Уделяйте внимание таким популярным в МСМ-сообществе дням, как День борьбы со СПИДом (1 декабря) или гей-прайд. Подумайте о подписке на гей-журналы.

Подумайте о специальном заявлении в ваших документах, куда был бы включен вопрос о сексуальной ориентации.

Прием пациента. У пациентов часто возникают сомнения по поводу адекватности диалога с врачом, исходя из вопросов, которые он задавал на первом приеме. Учитывая это, врачу следует обращать внимание на слова и обороты, которые он использует в процессе общения:

1) лучше употреблять выражение «статус отношений», а не «семейный статус»;

2) задавая вопросы о «значимом другом», использовать понятие «партнер», а не «супруг/супруга» или «муж/жена».

Опрос пациента.

1. Как и со всеми другими пациентами, начните опрос, демонстрируя эмпатию, открытость и непредвзятость.

2. Используйте гендерно-нейтральный язык, когда спрашиваете о половых партнерах.

3. При обсуждении вопросов сексуального здоровья во время первого приема или, если показано, на последующих приемах:

а) начните с заявления, что сбор сексуального анамнеза является вашей рутинной практикой;

б) старайтесь не говорить о сексуальной ориентации, сконцентрируйтесь на сексуальном поведении;

в) с самого начала оцените уровень знаний пациента о рисках заражения ИППП в зависимости от типов сексуальных практик (некоторые хорошо проинформированные МСМ могут возмутиться по поводу обсуждения риска заражения ВИЧ, предполагая, например, что врач проводит знак равенства между гомосексуальностью и ВИЧ);

г) попросите пациента расшифровать понятия или типы поведения, с которыми вы не знакомы;

д) уважайте желание пациента не отвечать на «щекотливые» вопросы; предложите поговорить об этом позже.

Подготовка сотрудников. Обучение персонала больниц играет ключевую роль в процессе формирования среды, в которой МСМ могут чувствовать себя в безопасности.

Следующие темы должны быть включены в программу обучения персонала:

1. Употребление корректных форм и определений при обращении к пациентам.

2. Знакомство с базисной информацией по медицинским проблемам у МСМ (например, употребление наркотиков, насилие со стороны партнера, ВИЧ, ИППП, депрессия, дискриминация в социуме и на рабочем месте).

3. Показания и механизмы для направления к гей-врачам или в дружественные для МСМ медицинские учреждения.

Составление списков ресурсов или рекомендаций по техникам общения помогут снизить тревогу у медицинского персонала при контакте с МСМ или геями.

Конфиденциальность. Создание и распространение документа о гарантии конфиденциальности в печатной форме повысит мотивацию МСМ и других клиентов на раскрытие информации, связанной с сексуальным здоровьем. В руководстве для врачей общей практики по работе с геями и бисексуальными мужчинами «Небольшое усилие, большая перемена» (Small Effort, Big Change: A General Practice Guide to Working With Gay and Bisexual Men) представлены ключевые элементы такой политики:

1) информация носит закрытый характер;

2) перечислены те, у кого есть доступ к истории болезни;

3) описано, как сохраняется конфиденциальность относительно результатов анализов;

4) представлена политика по предоставлению информации страховым компаниям;

5) приведены примеры ситуаций, при которых конфиденциальность не сохраняется.

Сделайте заявление о гарантии и конфиденциальности заметным и предоставляйте его в письменной форме каждому пациенту. Постарайтесь, чтобы все сотрудники подписали данный документ.

Главные ресурсы. Один врач не может удовлетворить все потребности геев или МСМ. Составление списка ресурсов, имеющихся в местном сообществе МСМ, поможет предоставить комплексную и качественную помощь пациентам.

Данный перечень может включать:

- 1) местные комьюнити-центры;
- 2) консультативные службы, включая группы поддержки, службы психического здоровья и программы по пропаганде здорового образа жизни;

3) юридические службы.

Может быть также полезным выявление узких специалистов и поставщиков других услуг, которые сами являются геями или сочувствуют МСМ-сообществу.

Мы уверены в том, что информация, изложенная в данном материале, будет полезна медицинским специалистам. Рекомендации и советы помогут врачам улучшить качество медицинской помощи, оказываемой МСМ, и будут способствовать созданию благоприятной атмосферы, в которой люди, практикующие нетрадиционные сексуальные отношения, смогут удовлетворять свои потребности, связанные с сохранением и улучшением здоровья.

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

• **Калуга. 19.01.2007.** Калужской областной общественной организацией «Будем жить» в рамках проекта, поддержанного САФ России создан информационный центр по ВИЧ/СПИДу. Офис, в котором располагается информационный центр, оснащен оргтехникой, имеет выход в Интернет, библиотеку методической и медицинской литературы. На базе центра работает группа взаимопомощи ВИЧ-положительных. «Основная цель проекта – информационная, психологическая, юридическая и социальная поддержка ВИЧ-положительных людей, – сообщил руководитель проекта Алексей Кропинов. – Также организация намерена активно заниматься профилактической работой среди молодежи и в производственной среде».

• **Москва. 16.01.2007.** Всероссийская сеть снижения вреда провела круглый стол, посвященный презентации сборника статей по проблемам наркополитики в сфере ВИЧ/СПИДа и прав человека. На круглом столе присутствовали представители региональных правозащитных организаций и представители сообществ людей, живущих с ВИЧ, и СПИД-сервисных организаций. Во время обсуждения были затронуты проблемы изменения законодательства РФ в сторону ужесточения ответственности за употребление ПАВ и введения принудительного лечения наркозависимых. Лев Левинсон («Институт прав человека»), в своем выступлении привел оценку работы ФСКН за последний год, а Владимир Менделевич выступил с презентацией концепции решения проблем в существующей наркополитике и мониторинг деятельности российской наркологии.

• **США. 18.01.2007.** Ученые университета Дьюка (г. Дарем, штат Северная Каролина) разработали тест, позволяющий предсказать отсутствие у ВИЧ-инфицированных пациентов реакции на тот или иной препарат. Выявление с помощью нового теста мутаций в геноме ВИЧ позволит ученым также разобраться в механизмах развития лекарственной резистентности ВИЧ, что необходимо для создания новых эффективных препаратов. Гены ВИЧ мутируют чрезвычайно быстро, поэтому у большинства ВИЧ-инфицированных в организме содержится одновременно несколько форм вируса. Часто мутировавшие штаммы приобретают устойчивость к антиретровирусным препаратам, используемым для лечения заболевания. В таких случаях устойчивый штамм начинает размножаться быстрее, чем остальные, и усугубляет течение инфекции. В настоящее время существует более 20 препаратов для подавления ВИЧ-инфекции. Практически все они ингибируют активность двух генов, кодирующих синтез необходимых для функционирования вируса белков: обратной транскриптазы и протеазы.

• **Приморский край. 18.01.2007.** Краевая целевая программа «АнтиВИЧ-СПИД на 2007–2008 год» принята депутатами комитета по социальной политике и защите прав граждан приморского парламента в третьем чтении. Как сообщил службе информации радио «Лемма» председатель комитета по социальной политике и защите прав граждан Законодательного собрания Приморского края Руслан Кондратов, в Программе прописаны как профилактические меры, так и лечение инфицированных граждан. В течение двух лет средства на ее реализацию будут выделяться из федерального и краевого бюджетов.

• **Челябинск. 16.01.2007.** Волонтеры челябинского центра «Есть мнение» возобновляют уличную работу по профилактике ВИЧ-инфекции и наркозависимости. В рамках проекта «С.Т.О.П.» («Сочувствие. Терпимость. Общение. Понимание») 16 января добровольцы впервые в 2007 году посетили Металлургический район города, где совершили профилактический обход так называемой «открытой наркосцены». Волонтеры консультировали потребителей инъекционных наркотиков, предоставляя им базовую информацию о ВИЧ, распространяли тематическую литературу, а также раздавали профилактическую продукцию. В случае, если у клиента возникает потребность в получении более подробных сведений, волонтеры «Есть мнение», в зависимости от специфики вопроса, договариваются о дополнительной встрече или выдают направления к медицинским специалистам. Начало реализации программы «С.Т.О.П.» сотрудниками центра «Есть мнение» было положено в 2006 году при поддержке фонда «Российское здравоохранение» и администрации Челябинска. Активными участниками проекта стали около тысячи жителей города.

• **Пермь. 10.01.2007.** Врачи женских консультаций и роддомов Пермского края прошли обучение по проблемам ВИЧ/СПИДа. В 2006 году начато обучение по 18-часовой программе специалистов учреждений родовспоможения, женских консультаций, центров планирования семьи, врачей-инфекционистов по вопросу ВИЧ-инфекции. Кроме того, было организовано ежегодное прохождение специалистами наркологической службы 18-часового обучения по ведению больных наркоманией, инфицированных ВИЧ. В настоящее время высокоактивная антиретровирусная терапия ВИЧ-положительным пациентам проводится в 17 консультативно-диагностических центрах. Плановая стационарная помощь ВИЧ-положительным осуществляется в 7 межрайонных центрах Пермского края: в самой Перми, а также в Березниках, Краснокамске, Лысьве, Кунгуре, Чернушинском районе.



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ
И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА

**Протокол Рабочего совещания по подведению итогов работы
по выполнению приоритетного национального проекта в сфере
здравоохранения по вопросам ВИЧ/СПИДа и гепатитов В и С
06.12.2006 г.**

Москва

5–6 декабря 2006 года
г. Суздаль

Председательствовал:

Г.Г. Онищенко – руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, главный государственный санитарный врач Российской Федерации.

А.Т. Голиусов – начальник отдела организации надзора за ВИЧ/СПИДом в Российской Федерации.
В.В. Покровский – руководитель Российского федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом.

В совещании приняли участие представители Центров по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом, территориальных управлений Роспотребнадзора, а также представители от Министерства обороны России, ЦНИИОИЗ, НИИ вирусологии АМН, ФГУН НИИЭМ, ФГУЗ по железнодорожному транспорту, ММА им. Сеченова, МГМСУ Росздрава, ГУФСИН.

СЛУШАЛИ:

1. «Итоги работы по выполнению приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения по вопросам ВИЧ/СПИДа и гепатитов В и С в 2006 году и основные задачи по реализации государственной политики по противодействию распространению ВИЧ-инфекции 2007 год» (Г.Г. Онищенко – руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека).

1.1. Принять к сведению, что в Российской Федерации на 30.11.2006 г. зарегистрировано более 361 тыс. людей, живущих с ВИЧ-инфекцией. За 2006 г. было выявлено 27 250 новых случаев заражения, т.е. за первое полугодие 2006 г. на 3% больше чем в 2005 г. Число зарегистрированных ВИЧ-инфицированных лиц на 100 тыс. населения России («пораженность») продолжало увеличиваться, и к 1 декабря 2006 г. достигло 244,4.

В 2006 г. 0,5% взрослого населения страны в возрасте от 15 до 49 лет были официально зарегистрированы как ВИЧ-инфицированные. В

возрастной группе 18–24 года было зарегистрировано более 1% ВИЧ-инфицированных.

Из всех людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, у 79% впервые ВИЧ-инфекция была выявлена в возрасте 15–30 лет.

Ежегодно увеличивается количество ВИЧ-инфицированных беременных. В 2005 г. было зарегистрировано от 1 до 1,8% ВИЧ-инфицированных беременных в 5 субъектах Российской Федерации, от 0,5 до 0,9% в 17 территориях. Зарегистрировано 2284 ВИЧ-инфицированных детей, в том числе 1001, инфицированных при перинатальном контакте от матери, 16 522 ребенка, рожденных ВИЧ-позитивными матерями, находятся на диспансерном наблюдении до установления диагноза.

Около 60% от абсолютного числа всех зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции сконцентрированы лишь в 13 субъектах Российской Федерации. Наибольшее количество случаев ВИЧ-инфекции зарегистрировано в Свердловской области (29 090 человек), Московской области (29 203), г. Санкт-Петербурге (31 405), Самарской области (24 172), г. Москве (26 808), Иркутской области (20 560), Челябинской области (15 888), Оренбургской области (12 330), Ханты-Мансийском автономном округе (10 081), Ленинградской области (10 380).

1.2. Отметить, что в ходе 2006 года ключевыми являлись следующие события:

• Заседание Президиума Госсовета Российской Федерации «О неотложных мерах по борьбе

с распространением ВИЧ-инфекции в Российской Федерации (21.04.06).

- Постановление Правительства Российской Федерации № 608 от 09.10.06, «О Правительственной комиссии по вопросам профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции», возглавляемой министром здравоохранения и социального развития Российской Федерации М.Ю. Зурабовым.

- Обсуждение вопросов ВИЧ-инфекции на встрече стран «Группы восьми» в Санкт-Петербурге в июле этого года. На прошедшем саммите Российской Федерацией, как Председателем встречи, в качестве главных тем для обсуждения были вынесены: глобальная энергетическая безопасность, развитие современных систем образования и борьба с инфекционными заболеваниями, в том числе и с ВИЧ-инфекцией.

- Проведение первой региональной конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в странах Восточной Европы и Центральной Азии в Москве. Участие в конференции приняли более 1600 человек, представители 49 стран.

- Выделение почти 3 млрд. рублей средств в рамках реализации Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения на проект «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ», и в том числе 200 млн. рублей на развитие программ по профилактике ВИЧ-инфекции среди населения и уязвимых групп риска. Активное участие в их выполнении средств массовой информации, высших медицинских образовательных учреждения страны, неправительственных организаций.

1.3. Отметить, что в целях успешной реализации приоритетного проекта в сфере здравоохранения был разработан ряд нормативно-распорядительных документов по организации обеспечения государственных и муниципальных учреждений здравоохранения в 2006 году за счет средств федерального бюджета диагностическими средствами и антиретровирусными препаратами, включая приказы Минздравсоцразвития России:

- от 05.12.05. № 757 «О неотложных мерах по организации обеспечения лекарственными препаратами больных ВИЧ-инфекцией»,

- от 30.05.06. № 374 «Об утверждении стандарта медицинской помощи детям, больным ВИЧ-инфекцией»,

- от 30.05.06 № 375 «Об утверждении стандарта профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку»,

- от 17.08.06. № 612 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)»,

- от 21.07.06. № 571 «Об утверждении стандарта оказания медицинской помощи больным хроническим вирусным гепатитом».

Осуществлен ряд организационных мероприятий:

1. Заслушивание руководителей органов управления здравоохранением и ТУ Роспотребнадзора 22 субъектов Российской Федерации по подготовке и реализации приоритетного национального проекта.

2. Организовано и проведено 10 селекторных совещаний по вопросам реализации приоритетного проекта в сфере здравоохранения в субъектах Российской Федерации.

3. Проведены 4 региональных совещания по вопросам контроля и реализации национального проекта с участием полномочных представителей президента, представителей органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, руководителей органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и руководителей ТУ Роспотребнадзора шести федеральных округов.

4. Организован выезд в территории бригады специалистов Роспотребнадзора с целью оценки организации работы по реализации приоритетного проекта: Республика Удмуртия, Тамбовская, Псковская, Свердловская, Ленинградская, Ивановская области.

5. Проведено два заседания Координационного Совета Минздравсоцразвития России по проблемам ВИЧ-инфекции.

6. Разработаны технические задания и проведен конкурс на заключение государственных контрактов на выполнение работ по комплексу профилактических мероприятий, направленных на противодействие распространению эпидемии ВИЧ/СПИДа.

В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» на профилактическое направление в 2006 году было выделено 200 млн. рублей. По результатам консультаций с российскими и международными экспертами, неправительственными организациями были определены четыре основных направления, требующие первоочередного решения, и запланированы соответствующие объемы финансирования:

- Мероприятия, направленные на информирование и обучение населения. Информационные кампании с использованием всех средств массовых коммуникаций, включая федеральное и региональное телевидение, печатные СМИ, наружную рекламу — 120 млн. руб.

- Мероприятия, направленные на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции среди наиболее уязвимых групп населения — 50 млн. рублей.

- Мероприятия, направленные на профилактику передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку — 20 млн. рублей.

- Комплекс мероприятий по снижению дискриминации и повышению толерантности к людям, живущим с ВИЧ/СПИДом и членам их семей и вовлечению людей, живущих с ВИЧ/СПИДом в реализацию сохранения и повыше-

ния приверженности к антиретровирусной терапии – 10 млн. руб.

Роспотребнадзором создана Конкурсная комиссия (Приказ № 191 от 09.12.2005 г.), которая организовала и провела открытый конкурс № 25к-745 на право заключения Государственного контракта на выполнение работ по комплексу профилактических мероприятий, направленных на противодействие эпидемии ВИЧ/СПИДа в рамках Приоритетного национального проекта.

1.4. Принять к сведению, что по данным оперативного мониторинга реализации мероприятий по выявлению и лечению больных ВИЧ в рамках приоритетного национального проекта по состоянию на 01.11.2006 г.:

- из 15 тыс. ВИЧ-инфицированных больных, подлежащих лечению антиретровирусной терапией, получают антиретровирусные препараты 9743 человека (65%) в том числе 561 в системе ГУ ФСИН;

- 4070 ВИЧ-инфицированных беременных получили полный курс химиопрофилактики;

- обследовано на наличие ВИЧ-инфекции 17 408 037 человек, гепатита В и С 11 925 617 человек;

- охвачено диспансерным наблюдением – 219 711 человек (73%);

- проведено 9882 семинара по вопросам профилактики и лечения ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов для 236 252 медицинских специалистов;

- подготовлено по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов 395 500 работников образовательных учреждений и социальных работников.

Прекратили лечение в 2006 году более 1000 больных, что связано с имевшими место проблемами в обеспечении препаратами, непереносимостью препаратов и самовольным прекращением лечения. Отмечается недостаточно активная работа по охвату диспансерным наблюдением ВИЧ-инфицированных. За 10 месяцев 2006 года охват диспансерным наблюдением составил в Центральном федеральном округе – 72,7%, в Северо-Западном – 57,4%, Южном – 75,6%, Приволжском ФО – 67,1%, Уральском – 76,5%, Сибирском – 85,2%, Дальневосточном – 68,9%.

Считать необходимым в целях эффективной реализации Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения обеспечение выполнения следующих задач:

Задачи федерального уровня.

1. Обеспечение координации действий:

- на межминистерском уровне за счет эффективной работы Правительственной комиссии по вопросам профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции;

- внутри самой системы здравоохранения: Минздравсоцразвития, федеральные службы и

федеральные агентства в целях обеспечения своевременности закупок и поставок диагностических препаратов, лекарств для антиретровирусной терапии, оборудования, а также разработки и обеспечения территорий профилактическими материалами;

- с международными организациями с целью обмена опытом эффективного противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции и внедрения наиболее полезных программ;

- с неправительственными организациями, работающими в области борьбы с ВИЧ/СПИДом и сообществом людей, живущих с ВИЧ/СПИДом в целях повышения эффективности противоэпидемических мероприятий, повышения приверженности к лечению и борьбы со стигматизацией и дискриминацией ВИЧ-инфицированных и членов их семей.

2. Определение потребностей и объемов закупки диагностических тест-систем для выявления ВИЧ-инфекции, лекарственных препаратов и медицинского оборудования, обеспечение ими субъектов Российской Федерации.

3. Разработка технических заданий для реализации проектов по профилактике ВИЧ/СПИДа в рамках «Приоритетного национального проекта «Здоровье».

4. Внедрение системы мониторинга проводимых мероприятий в рамках «Приоритетного национального проекта «Здоровье», с участием всех заинтересованных министерств, ведомств и организаций.

Задачи субъектов Российской Федерации.

1. Обеспечение доступности медицинской помощи ВИЧ-инфицированным, включая организацию полноценного диспансерного наблюдения, диагностики, лечения с контролем его качества и эффективности, а также проведения химиопрофилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

2. Безусловное и обязательное выполнение требований стандартов оказания медицинской помощи детям, больным ВИЧ-инфекцией, профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и оказания медицинской помощи больным болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

3. Укрепление и совершенствование лабораторной базы с целью улучшения качества диагностики ВИЧ-инфекции и СПИД-ассоциированных заболеваний, а также обеспечения регулярного повышения квалификации специалистов.

4. Организация и проведение обучения специалистов общей лечебной сети навыкам работы с ВИЧ-инфицированными пациентами, их консультирования с целью оценки уровня готовности и повышения приверженности лечению и собственно проведению антиретровирусной терапии. Развитие работы групп поддержки и самопомощи ВИЧ-инфицированных пациентов в области формирования и поддержания приверженности АРВТ.

Проведение дополнительного обучения специалистов лечебной и диагностической службы Центров СПИДа, инфекционных больниц, КИЗов и наркологической службы, предусмотреть возможность работы команды специалистов (включая врача-инфекциониста, психолога, социального работника) по повышению приверженности лечению среди больных ВИЧ/СПИДом. Обеспечить подготовку таких команд не только в Центре СПИДа, но и в ЦРБ, а также развивать систему социального сопровождения людей, живущих с ВИЧ/СПИДом.

5. Обеспечение поддержки и развития неправительственных организаций, и в первую очередь, организаций само- и взаимопомощи людей, живущих с ВИЧ/СПИДом. Без участия общества людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, в организации лечебной работы, создания в этой среде ответственного поведения, направленного на приверженность терапии, формирования мотивации и убеждения в том, что это не только реализация их права на жизнь, но и долг перед близкими, родителями, детьми, добиться устойчивой приверженности невозможно.

6. Организация постоянной работы по слежению и учету за контингентом ВИЧ-инфицированных, в том числе лиц, состоящих на учете в специализированных медицинских учреждениях, но не обращающихся по разным причинам за медицинской помощью. Внедрение компьютерных баз данных, с указанием адресов и контактных телефонов и проведение активной диспансеризации этих пациентов.

7. Разработка удобного для пациентов алгоритма доставки препаратов, приблизив их к месту жительства больных, определение совместно с фармкомпаниями графика поставки.

8. Требуется внимания профилактика социального сиротства, путем работы с ВИЧ-инфицированными беременными на дородовом этапе и после рождения ребенка, профилактика отказов от ребенка, в том числе отсроченных во времени, разработка и реализация мер по социальной поддержке семей, имеющих детей, с перинатальным контактом и ВИЧ-инфицированных.

9. Чрезвычайно важным на современном этапе развития эпидемии является организация «социальных бюро» по оказанию помощи в решении социальных вопросов и медицинской помощи ВИЧ-инфицированным, отбывшим наказание в учреждениях системы ФСИН.

10. Стигма и дискриминация представляют собой серьезные препятствия для медицинского ухода за больными и осуществления эффективной профилактики этой инфекции, поэтому, борьба с этим явлением является неотъемлемой задачей, как федерального уровня, так и субъектов Российской Федерации, как муниципальных образований и отдельных лечебно-профилактических учреждений, так и каждого медицинского работника.

2. Заслушаны отчеты о выполнении работ по комплексу профилактических мероприятий, направленных на противодействие распространению эпидемии ВИЧ/СПИДа в Российской Федерации в рамках Приоритетного национального проекта.

2.1. «Мероприятия, направленные на информирование и обучение населения. Информационные компании с использованием всех средств массовых коммуникаций, включая федеральные и региональные ТВ, региональные радиостанции, печатные СМИ, наружную рекламу и интернет» (Касаткин М.С. — генеральный директор ФГУП «Медицина для Вас»).

(Голиусов, Покровский, Утюгова, Локшина, Жердева, Потемина, Горшкова, Рузаева, Имеева).

Принять к сведению, что в ходе реализации проекта проведены следующие работы:

- еженедельная телепрограмма о ВИЧ/СПИДе на канале ТНТ — 39 телепередач;
- информационная кампания на региональных телеканалах в 50 городах России — 12 211 показов;
- реклама на транспорте в 57 городах России — 1457 маршрутов и 15 000 стикеров;
- всероссийская бесплатная круглосуточная Горячая линия — принято 16 163 звонка;
- информационные полиграфические материалы для различных групп населения — 344 000 экз.;
- обучение студентов и повышение квалификации специалистов (педагогов) — обучено 2100 студентов и 1500 специалистов.

Выполненные задачи:

• Повышение уровня информированности целевых групп по вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа и повышение уровня оценки собственного риска заражения ВИЧ инфекцией среди целевых групп через проведение информационной кампании на федеральном уровне.

• Обеспечение привлечения региональных средств массовой информации для разъяснительной работы среди целевых групп о мерах личной и общественной профилактики ВИЧ-инфекции путем проведения интенсивной информационной кампании по профилактике ВИЧ/СПИДа в не менее чем 45 регионах России.

• Использование современных технологий и средств массовой информации с целью предоставления информации по профилактике ВИЧ/СПИДа для целевых групп.

• Повышение доверия населения к государственным системам профилактики ВИЧ и создание позитивного образа системы здравоохранения, на примере государственных учреждений профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа в не менее чем 45 регионах РФ.

2.1.1. Принять к сведению отчет о «Мероприятиях, направленных на информирование и обучение населения. Информационные компании с использованием всех средств массовых коммуникаций, включая федеральные и регио-

нальные TV, печатные СМИ, наружную рекламу и интернет».

2.1.2. Отметить, что при составлении технического задания на право заключения государственного контракта на выполнение работ по комплексу профилактических мероприятий, направленных на противодействие ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С в Российской Федерации в рамках Приоритетного национального проекта, в 2007 году необходимо учесть:

1) обязательное участие всех субъектов Российской Федерации в профилактических программах по профилактике ВИЧ-инфекции;

2) необходимость расширения количества вещательных каналов и изменения времени вещания.

3) обязательное привлечение местных телеканалов;

4) разработку информационных материалов на федеральном уровне с возможностью их воспроизводства в регионах на основании макетов;

5) обязательное информирование органов управления здравоохранением и территориальных управлений Роспотребнадзора о проводимых профилактических мероприятиях;

6) осуществление информационно-профилактической работы в рамках единой концептуальной линии проекта;

7) обязательное использование радиовещания;

8) использование лучших образцов профилактических материалов, создающихся на местах для дальнейшего распространения;

9) необходимость разработки и внедрения новых форм профилактической работы.

2.2. «Комплекс мероприятий, направленных на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции среди наиболее уязвимых групп населения». (Бобрик А.В. — заместитель генерального директора «Открытого института здоровья»).

(Покровский, Голиусов, Рахманова, Сивачева, Мельникова, Цветков, Жердева).

Принять к сведению отчет о «Комплексе мероприятий, направленных на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции среди наиболее уязвимых групп населения».

Отметить, что в ходе реализации проекта проведены следующие работы:

1. Достигнут запланированный охват целевых групп:

• 10–20% потребителей инъекционных наркотиков;

• более 5000 осужденных;

• более 2500 коммерческих секс-работников;

• около 1000 ЛЖВ привлечены в группы взаимопомощи и поддержки;

• распространено около 180 000 презервативов;

• обмен около 100 000 шприцев.

2. Обучение запланированного числа людей:

• на 120 семинарах (более 1400 специалистов «Снижения вреда», 500 участников проектов в УИС и 900 участников проектов по КСР);

• в тренинг-центрах (63 специалиста СВ и 60 сотрудников УИС);

• техническая помощь всем проектам.

3. Разработано, напечатано и распространено запланированное количество информационных материалов:

• руководства и методические рекомендации: 8 видов, 83 000 экз;

• буклеты, информационные материалы: 19 видов, 190 000 экз;

Обратить внимание на то, что при составлении технического задания на право заключения государственного контракта на выполнение работ по комплексу мероприятий, направленных на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции среди наиболее уязвимых групп населения в Российской Федерации в рамках Приоритетного национального проекта, в 2007 году необходимо учесть:

1) обеспечение равного информационного доступа субъектов Российской Федерации для возможности участия в профилактических программах, направленных на профилактику ВИЧ/СПИДа в наиболее уязвимых группах населения;

2) включение в реестр работ повышение приверженности АРВТ терапии и оказание паллиативной помощи при СПИДе для наиболее уязвимых групп населения.

2.3. «Мероприятия, направленные на профилактику передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку» (Геппе Н.А. — зав. кафедрой детских болезней ММА им. И.М. Сеченова, профессор).

(Покровский, Рахманова, Быков, Голиусов, Кирилова, Носов, Локшина).

Принять к сведению отчет о «Мероприятиях, направленных на профилактику передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку».

Отметить, что в ходе реализации проекта проведены следующие работы:

• издано «Клинико-организационное руководство по профилактике ВИЧ-инфекции от матери ребенку» (тираж 5000 экз.);

• изданы учебные пособия для врачей (присвоен гриф «Учебно-методического объединения»).

1. Тестирование и консультирование ВИЧ-инфицированных женщин (профилактика вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку).

2. Формирование приверженности к медицинскому наблюдению и приему антиретровирусных препаратов для ВИЧ-инфицированных женщин.

Лекционные материалы для региональных экспертов:

1) наркологические проблемы женщин с ВИЧ-инфекцией;

2) идентификация и профилактика рискованного поведения по инфицированию ВИЧ среди женщин репродуктивного возраста;

3) принципы вскармливания детей, рожденных от ВИЧ-инфицированной женщины.

Материалы для работы на популяционном уровне:

1) основные вопросы профилактики передачи ВИЧ-инфекции (пособие для проведения мероприятий на популяционном уровне);

2) образовательные материалы для организации школ для ВИЧ-инфицированных женщин (методическое пособие);

3) консультирование и тестирование на ВИЧ (брошюра для женщин детородного возраста);

4) профилактика ВИЧ-инфекции (брошюра для женщин);

Учебно-методические материалы:

1) создан учебный модуль «Мероприятия, направленные на профилактику передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку» для подготовки специалистов по специальностям «Лечебное дело» и «Педиатрия» на 18 часов утвержденный учебно-методическим советом ФППОВ;

2) программа элективного курса «Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции»;

3) тестовые задания и ситуационные задачи.

Обучено 2000 специалистов из 1000 медицинских учреждений различного профиля.

Рекомендовать при составлении технического задания на право заключения государственного контракта на выполнение работ, направленных на профилактику передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку в Российской Федерации в рамках Приоритетного национального проекта в 2007 году, в целях более рационального использования средств на образовательные мероприятия по профилактике вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции, необходимо учесть:

1) первоочередную подготовку профессорско-преподавательского состава факультетов постдипломного образования и кафедр акушерства-гинекологии и педиатрии в медицинских ВУЗах;

2) подготовку врачей, медицинских работников среднего звена и т.д. осуществлять уже на базе тех факультетов постдипломного образования, специалисты которых уже прошли подготовку на базе центрального ВУЗа;

3) на уровне окружных центров сформировать обучающие команды и разработать согласованную унифицированную методологию преподавания;

4) рассмотреть возможность включения в бюджет проекта «Командировочные расходы для проходящих обучение».

Считать приоритетными следующие основные направления профилактики вертикальной передачи ВИЧ:

1) информирование и обучение медицинских работников и населения с целью раннего выявления и ранних профилактических мероприятий;

2) профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку на всех этапах;

3) снижение дискриминации и повышение толерантности к людям, живущим с ВИЧ/СПИДом и членам их семей, и вовлечение людей, живущих с ВИЧ/СПИДом в реализацию сохранения и повышения приверженности АРВ-терапии;

4) улучшение взаимодействия центров по профилактике и борьбе со СПИДом и первичного звена здравоохранения;

5) обучение медицинских работников с контролем знаний и навыков.

2.4. «Комплекс мероприятий по снижению дискриминации и повышению толерантности к людям, живущим с ВИЧ/СПИДом и членам их семей, и вовлечению людей, живущих с ВИЧ/СПИДом в реализацию сохранения и повышения приверженности к антиретровирусной терапии ВИЧ/СПИД» (Гуревич К.Г. — заведующий кафедрой ЮНЕСКО Московского медико-стоматологического университета).

(Голиусов, Покровский, Цыбакова, Локшина, Рахманова).

Принять к сведению отчет о комплексе мероприятий по снижению дискриминации и повышению толерантности к людям, живущим с ВИЧ/СПИДом и членам их семей, и вовлечению людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, в реализацию сохранения и повышения приверженности к антиретровирусной терапии ВИЧ/СПИДа.

Отметить, что в ходе реализации проекта проведены следующие работы:

1) разработаны информационные материалы для медицинского персонала (методические разработки по АРВТ, рекомендации для врачей различных специальностей), для педагогов, для населения;

2) проведены семинары в ряде регионов;

3) проведена рекламная кампания;

4) оказана информационная поддержка и консультирование.

Отметить, что при составлении технического задания на право заключения государственного контракта на выполнение работ по снижению дискриминации и повышению толерантности к людям, живущим с ВИЧ/СПИДом и членам их семей и вовлечению людей, живущих с ВИЧ/СПИДом в реализацию сохранения и повышения приверженности к антиретровирусной терапии ВИЧ/СПИДа в Российской Федерации в рамках Приоритетного национального проекта в 2007 году необходимо учесть:

1) вопросы организации паллиативной помощи ВИЧ-инфицированным;

2) создание мультидисциплинарных бригад, состоящих из медицинских и социальных работников, психолога и консультантов из представителей сообщества людей, живущих с ВИЧ/СПИДом.

3) помимо обучения медперсонала предусмотреть обучение родственников и близких ВИЧ-инфицированных навыкам ухода.

3. Заслужаны отчеты о реализации деятельности по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в Российской Федерации в рамках Глобального фонда и займа Всемирного банка.

3.1. О ходе реализации программы «Развитие стратегии лечения населения Российской Федерации, уязвимого к ВИЧ/СПИДу», осуществляемой в рамках IV раунда Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (Голяев Д.А., директор проекта Глобального фонда).

(Голиусов, Рахманова, Лазарева, Кожевников, Цветков, Покровский).

Принять к сведению отчет «Развитие стратегии лечения населения Российской Федерации, уязвимого к ВИЧ/СПИДу», осуществляемой в рамках IV раунда Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Отметить, что в ходе реализации проекта проведены следующие работы:

1) повышение уровня выявляемости людей, живущих с ВИЧ/СПИДом: оказана поддержка 16 проектам снижения вреда, охват представителей уязвимых групп 10,5 тыс. человек; более 300 сотрудников из 90 учреждений системы ФСИН, 1000 специалистов медицинских учреждений прошли обучение по вопросам тестирования и консультирования; разработано и издано 35 000 информационных материалов;

2) расширение доступности АРВ-терапии: закуплены и доставлены АРВ-препараты для 7000 пациентов в 9 регионах; обучено 174 специалиста по ведению АРВ-терапии, подготовлены 10 мультисекторальных команд;

3) расширение паллиативной помощи и психосоциальной поддержки: ФНМЦ по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом разработаны обучающие модули и обучены 52 специалиста из региональных центров; начата реализация 9 региональных программ;

4) укрепление возможностей системы здравоохранения Российской Федерации: созданы 2 референс-центра по вопросам ВИЧ/СПИДа и 7 информационных центра по аспектам работы с уязвимыми группами; закуплено оборудование для оснащения 10 лабораторий.

Считать необходимым:

- расширить уровень выявляемости людей, живущих с ВИЧ/СПИДом;

- укреплять возможности российской системы здравоохранения, создавая благоприятные условия для реализации программ и предоставления услуг по лечению и поддержке уязвимых групп населения;

- расширить возможности проведения мониторинга, контроля и практических исследований по лечению и поддержке.

3.2. О ходе и результатах реализации проекта «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИДа» в рамках займа Международного банка реконструкции и развития по компоненту

СПИД (Макарова Н.Ю. – координатор проекта Международного банка реконструкции и развития «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИДа», фонд «Российское здравоохранение»).

(Покровский, Рахманова, Горшкова, Демьяненко, Кулагин, Сергеев, Цветков, Кирилова).

Принять к сведению отчет о реализации проекта Международного банка реконструкции и развития «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИДа» о поставках оборудования для диагностики и лечения ВИЧ/СПИДа.

Отметить неоправданную задержку поставок оборудования, что негативно сказалось на реализации национального Приоритетного проекта в сфере здравоохранения.

Считать необходимым, обратиться в фонд «Российское здравоохранение» с предложением принять неотложные меры к ускорению процесса поставок оборудования в субъекты РФ.

3.3. Опыт работы по обеспечению АРВ-терапии в учреждениях ФСИН (Потемина Л.П., главный врач Саратовского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук).

Принять к сведению отчет об опыте работы по обеспечению АРВ-терапии в учреждениях ФСИН СИН России по Саратовской области».

Отметить успешный опыт работы и эффективную реализацию:

1) практики по формированию приверженности у ВИЧ-инфицированных осужденных к лечению и проведение АРВ-терапии ГУФСИН по Саратовской области;

2) профилактических работ в учреждениях ГУФСИН;

Считать целесообразным рекомендовать распространение опыта ГУФСИН по Саратовской области для реализации в других субъектах Российской Федерации.

3.4. О ходе реализации программы профилактики ВИЧ-инфекции среди военнослужащих, проект «Воин» (Величкина Ю.В., директор по маркетингу фонда «Центр социального развития и информации»).

(Голиусов, Покровский, Рахманова, Паршин, Зотев).

Принять к сведению отчет о реализации программы профилактики ВИЧ-инфекции среди военнослужащих, проект «Воин».

Одобрить основные направления проекта по профилактике проникновения и распространения ВИЧ-инфекции в Вооруженных Силах России и формирование установок безопасного сексуального поведения с мотивацией к здоровому образу жизни.

Считать целесообразным расширение проекта до 2 тысяч военнослужащих в каждом из 10 регионов проекта ГЛОБУС.

Рекомендовать:

- 1) распространить опыт реализации проекта «Воин» в субъектах Российской Федерации;
- 2) включить материалы, наработанные в ходе реализации данного проекта, в качестве компонента в Национальный приоритетный проект в сфере здравоохранения в разделе «Мероприятия, направленные на информирование и обучение населения средствам и методам профилактики ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С».

4. Заслушаны выступления о перспективах повышения эффективности работ, направленных на противодействие эпидемии ВИЧ-инфекции в Российской Федерации (Покровский, Ладная, Юрин, Буравцова, Нарсия, Афолина, Вартапетова, Короткова).

По результатам заслушанных выступлений рекомендовать:

• субъектам Российской Федерации:

- 1) предусмотреть в бюджете выделение средств на обеспечение транспортных расходов для своевременной доставки антиретровирусных препаратов из резервного фонда Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом;
- 2) поручить главному врачу Архангельского центра по профилактике и борьбе со СПИДом Утюговой В.Н. проработать вопрос о внесении изменений в законодательные акты (131, 122 законы) и представить предложения до 31.12.2006 в отдел организации профилактики ВИЧ/СПИДа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;
- 3) поручить главному врачу Тюменского центра по профилактике и борьбе со СПИДом Попкову А.В. проработать вопрос о включении ВИЧ-инфекции в программу государственной гарантии (и/или обязательного медицинского страхования) и представить предложения до 31.12.2006 г. в отдел организации профилактики

ВИЧ/СПИДа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;

- 4) поручить главному врачу Центра по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом республики Удмуртия Кузьмину Е.Г. представить до 31.12.2006 г. в отдел организации профилактики ВИЧ/СПИДа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека предложения по организации и совершенствованию структуры ЛПУ, работающих в области осуществления национального Приоритетного проекта, направленные на более эффективную его реализацию в плане обеспечения доступности АРВ-терапии.

• Федеральному научно-методическому центру по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом:

- 1) подготовить и направить в Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека предложения по целям достижения универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции на 2008 и 2010 гг.;
- 2) разработать предложения по корректировке отчетной формы по Национальному приоритетному проекту в сфере здравоохранения;
- 3) с целью совершенствования оказания паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией разработать предложения по привлечению специалистов по социальной работе к оказанию медико-социальной помощи больным ВИЧ-инфекцией;
- 4) подготовить комплексные предложения по решению вопроса обеспечения детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей, детским питанием для искусственного вскармливания;
- 5) разработать проект нормативного документа, определяющего типовое штатное расписание и численность работников Центра по профилактике и борьбе со СПИДом, в зависимости от распространенности инфекции среди населения, обслуживаемого Центром.

Руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека
Г. Г. Онищенко

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

• **Москва. 19.01.2007.** Комитет Госдумы по госстроительству поддержал законодательные поправки по исключению из действующего законодательства норм об обязательном наличии у иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывающих в РФ на срок свыше 3-х месяцев, сертификата об отсутствии у них ВИЧ-инфекции. На заседании комитета принято решение рекомендовать Госдуме принять в первом чтении соответствующий законопроект «О внесении изменений в Федеральный закон «О правовом положении иностранных граждан в РФ» и признании утратившими силу некоторых законодательных актов РФ о предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-ин-

фекции)». Документ внесло в Госдуму 15 июня 2006 г. правительство, он подготовлен МИДом РФ в целях упрощения процедуры выдачи виз. В пояснительной записке к законопроекту указано, что предъявление иностранными гражданами и лицами без гражданства сертификата об отсутствии у них ВИЧ-инфекции было обоснованно на раннем этапе распространения эпидемии ВИЧ-инфекции в стране. Однако характер распространения ВИЧ-инфекции указывает на нецелесообразность дальнейшего сохранения указанного требования. Кроме того, требование о представлении такого сертификата является дополнительным аргументом для противников упрощения визовых процедур с Россией.

ПОДРОСТОК И ВИЧ

По статистике ВИЧ-инфекция наиболее быстро распространяется именно среди молодых людей, т.е. среди тех, кому еще нет 25 лет. Каждый четвертый из страдающих ВИЧ моложе 21 года. Незащищенные сексуальные контакты среди подростков приводят к распространению не только ВИЧ, но и множества других инфекций, передаваемых половым путем.

ПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ КАК ФАКТОР РИСКА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ*

Отличительной чертой ВИЧ-эпидемии в России является возраст инфицированных, более 80% из которых – люди моложе 30 лет, тогда как в Западной Европе и Северной Америке моложе 30 лишь 30% инфицированных.

По статистике ВИЧ-инфекция наиболее быстро распространяется именно среди молодых людей, т.е. среди тех, кому еще нет 25 лет. Каждый четвертый из страдающих ВИЧ моложе 21 года. Незащищенные сексуальные контакты среди подростков приводят к распространению не только ВИЧ, но и множества других инфекций,

* Из кн. «Профилактика ВИЧ/СПИДа у несовершеннолетних в образовательной среде», Шипицына Л.М., Гуревич К.Г., Шпилея Л.С., Посохова С.Т., Исаев Д.Н., Гусева Н.А., Башкина К.Д., Солнцева Н.Е., ООО «Фирма «Вариант», Москва, 2006 г.

передаваемых половым путем. Например, хламидиоз и гонорея встречаются среди подростков чаще, чем среди взрослых. Особенно уязвимы подростки из малообеспеченных семей, живущие в бедных регионах. Значит, молодым людям необходима информация, которая помогла бы им защитить себя.

Подростковый период жизни является уникальным. Взрослеющий человек переживает множество физических и эмоциональных изменений. Это время постоянного поиска и экспериментов, которые все чаще включают в себя рискованный секс и употребление наркотиков.

Молодые люди сегодня во многом дезориентированы: родители и учителя твердят, например, что следует воздерживаться от ранних половых контактов, не курить и не пить, а телевидение, фильмы и журналы полны историй о потрясающих людях, которые всю жизнь занимаются сексом, курят, пьют и употребляют наркотики.

Подростковый возраст — один из наиболее сложных периодов развития человека. Несмотря на относительную кратковременность, он во многом определяет всю дальнейшую жизнь индивидуума. Именно в подростковом возрасте в основном происходит формирование характера и других основ личности.

Эти обстоятельства — переход от опекаемого взрослыми детства к самостоятельности, смена привычного школьного обучения на другие виды социальной деятельности, а также бурная гормональная перестройка организма делают подростка особенно уязвимым и податливым к отрицательным влияниям среды. При этом необходимо учитывать свойственное подросткам стремление освободиться от опеки и контроля родителей, учителей и других воспитателей, которое нередко приводит к отрицанию духовных ценностей и стандартов жизни старшего поколения вообще.

С другой стороны, все более очевидными становятся пробелы в воспитательной работе с подростками, особенно в семье.

Подростковому возрасту свойственны специфические особенности реагирования на различные внешние воздействия и нарушения поведения, которые могут быть как проявлением психического заболевания, так и свойством характера вполне здоровых молодых людей. Чаще всего такие нарушения свойственны подросткам с акцентуациями характера (А.Е. Личко, 1985).

АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА КАК ФАКТОР РИСКА НАРУШЕНИЙ ПОВЕДЕНИЯ

Акцентуации характера — это крайние состояния его нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, отчего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей или даже повышенной устойчивости к другим.

В отношении акцентуаций существует две классификации типов. Первая предложена К. Леонгардом, вторая — А.Е. Личко.

Классификация А.Е. Личко отличается, во-первых, специфичностью для подросткового возраста, во-вторых, охватывает как психопатии (т.е. патологические аномалии личности), так и акцентуации (т.е. варианты нормы).

Для понимания причин нарушения поведения подростков крайне важным является знание особенностей разных типов акцентуаций характера. Рассмотрим их подробнее.

Гипертимный тип. Главная черта характера таких подростков — почти всегда очень хорошее, приподнятое настроение. Лишь изредка оно омрачается вспышками раздражения, гнева, агрессии. Первые трудности могут появиться при поступлении в школу: при хороших способностях, живом уме у таких подростков обнаружива-

ются неусидчивость и невозможность сосредоточиться на чем-то.

Причиной гнева у них обычно служит противодействие со стороны окружающих, стремление слишком жестко подавить желания и намерения подростка. Иногда поводом для раздражения становится осознание уж слишком явных собственных промахов и неудач. Такие вспышки учащаются и усиливаются в ситуации строго регламентированного дисциплинарного режима.

Специфические подростковые поведенческие реакции у этих подростков выражены достаточно сильно. В силу реакции эмансипации (от родителей, педагогов) легко возникают конфликты. Как правило, у таких детей обнаруживается склонность к самовольным отлучкам, иногда продолжительным, но настоящие побеги из дома у гипертимов встречаются редко.

Неудержимый интерес ко всему вокруг делает их неразборчивыми в выборе знакомств. Контакт со случайным встречным не представляет для них проблем. Они склонны к групповым формам делинквентного (асоциального) поведения.

Более серьезную опасность представляет алкоголизация. Предпочитают неглубокие, эйфорические стадии опьянения, но легко становятся на путь частых и даже регулярных выпивок. Если представится случай, могут попробовать наркотики, успокаивая себя мыслью, что «алкоголиком или наркоманом от этого не станешь».

Половое чувство пробуждается у них рано и бывает довольно сильным.

Самооценка гипертимных подростков отличается достаточной искренностью.

Циклоидный тип. С наступлением пубертатного периода (возрастной стадии полового созревания) у подростков этого типа возникает первая субдепрессивная фаза, которая часто проявляется апатией и раздражительностью. На замечания и укоры могут отвечать раздражением, даже грубостью и гневом, но в глубине души впадают от этого в еще большее уныние. Серьезные неудачи и негативная реакция на них со стороны окружающих могут углубить их субдепрессивное состояние или вызвать острую аффективную реакцию интропунитивного типа с суицидными попытками.

Подростковые реакции таких детей усиливаются в периоды эмоционального подъема. Увлечения отличаются нестойкостью. Выраженные нарушения поведения (делинквентность, побеги из дома) циклоидам не свойственны.

Лабильный тип. Главная черта представителей этого типа — крайняя изменчивость настроения. Неизбежные неприятности, несчастья лабильные подростки переносят чрезвычайно тяжело, обнаруживая склонность к острым, аффективным реакциям, реактивным депрессиям, тяжелым невротическим срывам.

В группе сверстников они не претендуют на роль вожака, а ищут эмоциональные контакты. Самооценка отличается искренностью.

Астеноневротический тип. Главной чертой подростков подобного типа является повышенная утомляемость, раздражительность и склонность к ипохондрии (угнетенность, подавленность состояния). Утомляемость особенно проявляется при умственных занятиях. Раздражительность более всего сходна с аффективными вспышками при лабильной акцентуации. Раздражение по ничтожному поводу легко изливается на окружающих, порой случайно попавших «под горячую руку», и столь же легко сменяется раскаянием и даже слезами. Представителям данного типа не бывают присущи постепенное накопление раздражительности, как у подростков эпилептоидной акцентуации, поводом для вспышек совсем не обязательно служат противодействие, его сила и продолжительность, как у подростков гипертимной акцентуации; бурного неистовства, как подростки лабильной акцентуации, они никогда не проявляют. Аффективные вспышки связаны у них не с перепадами настроения: раздражительность нарастает с нарастанием утомления.

При этом типе акцентуации не встречается ни делинквентности, ни побегов из дома, ни алкоголизации.

Сенситивный тип. Подростки данного типа пугливы и боязливы, часто страшатся остаться одни, боятся темноты, сторонятся животных, слишком бойких и шумных сверстников, рискованных шалостей. Часто бывают «домашними детьми». Трудности адаптации начинаются в 16–19 лет, в период смены привычного школьного стереотипа на трудовой. Чувство собственной неполноценности у сенситивов делает ярко выраженной реакцию гиперкомпенсации: они ищут самоутверждения не в той области, где могут раскрыться их способности, а там, где чувствуют свою неполноценность. «Ахиллесовой пятой» представителей данного типа является реакция на отношение к ним окружающих.

Самобичевание и самоуничижение могут доводить их до суицидальных мыслей, причем их суицидальное поведение отличается двумя особенностями: вспышками суицидальных желаний без осуществления попыток убить себя и истинными суицидальными действиями без всякой демонстративности.

Ни к алкоголизации, ни к токсикоманическому поведению, ни к делинквентности эти подростки не склонны. Сенситивная акцентуация служит почвой для острых аффективных реакций интропунитивного типа, фобического невроза, реактивных депрессий, особой группой эндореактивных психозов (эндореактивной пубертатной анорексией, подростковой дисморфманией).

Психоастенический тип. Представители данного типа характеризуются робостью, нерешительностью, тревожной мнительностью, склонностью к возникновению obsessions, моторной неловкостью, стремлением к размышлениям вслух и ранними интеллектуальными интересами.

Критическим периодом, когда психоастенический характер проявляется почти во всей полноте, становятся начальные классы школы с их первыми требованиями к чувству ответственности.

Подростковые поведенческие реакции выражены слабо и своеобразно. Вместо реакции эмансипации нередко приходится видеть патологическую привязанность к кому-либо из членов семьи. Тяга к сверстникам проявляется в робких формах — в подростковой группе места им обычно не находится.

Сексуальное развитие, как правило, опережает общее физическое. Нередко наблюдается интенсивный онанизм, который становится источником внутреннего «самоугрызения» и символических «самозапретов».

Шизоидный тип. Наиболее существенными чертами подростков данного типа считаются замкнутость, отгороженность от окружающего мира, неспособность или нежелание устанавливать контакты, заниженность потребности в общении. Подростковый возраст является самым тяжелым для шизоидной психопатии. С наступлением полового созревания все черты характера проступают с особой яркостью. Вероятно, недостаток интуиции и неспособность к сопереживанию обуславливают то, что называют «холодностью» шизоидов. Их поступки могут казаться жестокими, но они связаны не с желанием получить садистическое наслаждение, как у эпилептоидов, а с неумением вчувствоваться в страдания других.

Шизоидные подростки могут долго терпеть мелочную опеку в быту, подчиняться установленному распорядку жизни, но реагировать бурным протестом на малейшую попытку вторгнуться без позволения в мир их интересов, фантазий, увлечений. Вместе с тем реакция эмансипации может легко оборачиваться социальной неконформностью — негодованием по поводу существующих правил и порядков. Подобного рода суждения у них обычно долго и скрыто вынашиваются и неожиданно для окружающих реализуются в публичных выступлениях и решительных действиях.

Делинквентность, алкоголизация, суицидальное поведение при шизоидном типе характера встречаются нечасто, но если присутствуют, то в них явственно выступают шизоидные черты. П.И. Озерский (1932) отмечал, что шизоиды нередко выбирают воровскую профессию, требующую искусных навыков, но предпочитают воровать в одиночку. Шизоидные подростки, не будучи склонны к групповой делинквентности, все же могут совершать правонарушения «во имя группы». В одиночку совершаются ими и сексуальные правонарушения (экзгибиционизм, сексуальная агрессия). Иногда делинквентному поведению и серьезному правонарушению предшествует прием в качестве «допинга» небольшой дозы алкоголя, но насто-

ящее алкогольное опьянение для шизоидов нехарактерно.

Эпилептоидный тип. Главными чертами подростков этого типа являются склонность к дисфории и тесно связанная с этим аффективная взрывчатость, напряженность инстинктивной сферы, иногда достигающая аномалии влечений, а также вязкость, тугоподвижность, тяжеловесность, инертность. Дисфории, длящиеся часами и днями, отличают злобно-тоскливая окраска настроения, накапливающееся раздражение, поиск объекта, на котором можно выместить злобу. Аффективные разряды эпилептоидов кажутся внезапными лишь на первый взгляд. Повод для взрыва может быть случайным, сыграть роль последней капли. Аффекты отличаются не только большой силой, но и продолжительностью — эпилептоиды долго не могут остыть.

В детстве дисфории проявляются капризами, стремлением специально изводить окружающих, хмурой озлобленностью. Рано могут обнаружиться садистические наклонности: такие дети любят мучить животных, исподтишка дразнить и бить младших и слабых, издеваться над беспомощными и неспособными дать отпор.

Любовь у представителей этого типа почти всегда бывает окрашена мрачной ревностью. Невинный флирт объекта влюбленности трактуется ими как тяжкое предательство. Эпилептоидные подростки склонны к сексуальным эксцессам, а их половое влечение сопряжено с садистическими, а иногда с мазохистическими стремлениями. Одной из нечастых, но ярких форм нарушения влечения является патологическая страсть к незавершенным самоудавлениям. Такие действия ошибочно трактуются окружающими как суицидные поступки.

Напряженность и вместе с тем необычность влечений нередко проявляется в особой манере алкоголизации. После первых опьянений может возникнуть потребность «пить до отключения». Предпочитают водку и папиросы с крепким табаком.

Серьезные трудности для анализа представляет склонность к суицидальному поведению таких подростков. Истинные суицидные действия у них крайне редки, чаще наблюдается демонстративное суицидальное поведение, носящее характер явного шантажа. В отличие от подобного суицидального поведения при истероидном типе такие действия чаще всего бывают спровоцированы наказаниями, которые подростками трактуются как несправедливые и окрашиваются чувством мести в отношении обидчика. Другой причиной суицидальных демонстраций бывает ревность к объекту влюбленности.

Реакция эмансипации может протекать очень тяжело. Дело доходит до полного разрыва с родными, в отношении к которым проявляется крайняя озлобленность и мстительность. Реакция группирования тесно сопряжена со стрем-

лением к властвованию, реакция увлечения — чаще всего азартные игры.

Истероидный тип. Главная черта подростков этого типа — беспредельный эгоцентризм, ненасытная жажда постоянного внимания к своей персоне, восхищения, удивления. Кажущаяся эмоциональность оборачивается отсутствием глубоких, искренних чувств при большой экспрессии эмоций, театральности. У таких подростков среди поведенческих проявлений истероидности, которые служат поводом для обращения к психиатру, на первое место следует поставить суицидные демонстрации, поэтому способы суицида выбираются только самые безопасные (порезы вен на предплечье, лекарства из домашней аптечки) или рассчитанные на то, что серьезная попытка будет пресечена окружающими. Причины могут являться неудачная любовь, необходимость выпутаться из опасной ситуации. Делинквентность истероидных подростков обычно носит несерьезный характер.

При истероидных психопатиях под влиянием психических травм могут развиваться реактивные истерические психозы — истерические сумеречные состояния, псевдодеменция.

Таким образом, в подростковом возрасте в силу сложности и противоречивости особенностей характера растущих людей, а также внутренних и внешних условий его формирования могут возникать ситуации, нарушающие нормальный ход развития личности в целом.

ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ПОДРОСТКОВ НА ВОЗДЕЙСТВИЯ СРЕДЫ

Происходящие изменения личности подростков связаны с интенсивным половым созреванием, которое сопровождается возникновением часто неосознанного полового влечения, новых сексуальных переживаний. Перестройка гормональной системы часто становится причиной повышенной эмоциональной нестабильности: резкой смены настроений, переходов от эйфории к депрессии и от депрессии к экзальтации. Однако эмоциональные реакции и поведение подростков не могут быть объяснены лишь гормональными сдвигами. Они во многом зависят и от социальных факторов, и от условий воспитания.

Ключевое положение среди поведенческих проявлений занимают: однотипное реагирование на проблемные ситуации, неуверенность в себе, избегание решения проблем, нестабильность в отношениях, высокий уровень притязаний при отсутствии критики своих возможностей. В поведении подростков можно выделить несколько наиболее типичных способов реагирования на требования жизненных ситуаций.

Реакция протеста (оппозиции) — одна из наиболее частых в подростковом возрасте. Это не-

постоянная и преходящая реакция, характеризующаяся избирательностью и направленностью. Протестные формы поведения возникают у подростков как ответ на обиду, на ущемление самолюбия и как недовольство требованиями или несправедливым отношением к нему близких.

Реакции протеста могут быть *пассивными* и *активными*. К пассивным обычно относят отказ от еды, уходы из дома, мутизм, суицидальные попытки, замаскированную враждебность, а также ряд нарушений соматовегетативных функций, особенно рвоту, энурез и энкопрез. Реакции активного протеста проявляются в форме непослушания, грубости, вызывающего, а иногда агрессивного поведения в ответ на различные психологические трудности (неправильные методы воспитания, устрашение, ущемление самолюбия, эмоциональную депривацию, конфликтные ситуации в детском коллективе и др.). Такие формы реакций наблюдаются только в психотравмирующей ситуации, имеют четкую направленность против определенных лиц, явившихся источником отрицательно окрашенных переживаний, относительно кратковременны и не склонны к фиксации. Чаще наблюдаются у подростков со склонностью к эмоциональной возбудимости. Активные реакции протеста выражаются и в стремлении «делать назло», причинять вред человеку, который обидел подростка, с помощью оговоров, лжи, кражи, вплоть до жестоких поступков и даже убийства животного, принадлежащего этому человеку. В отдельных случаях реакция протеста закрепляется и впоследствии распространяется на взрослых вообще. Тогда подросток может проявить протестную реакцию в любой обстановке, и сила его реакции не будет соответствовать степени раздражения.

Подобными утрированными поступками такие подростки как бы взывают о помощи. Они не умеют выразить это словами, так как словесная форма выражения эмоционального состояния вообще несвойственна подросткам, но призыв о помощи отчетливо звучит в каждом их негативном поступке.

Реакция отказа проявляется в отказе от общения, игр, приема пищи, выполнения домашних обязанностей или школьных уроков и др. Особенно выражена реакция отказа, если ребенок попадает в условия, сильно отличающиеся от домашних, в условия, где с ним чрезмерно строги, несправедливо наказывают его и где он лишен любви и заботы. Подросток переживает «потерю перспективы», испытывает чувство отчаяния, в его поведении отмечаются отсутствие стремления к контактам с окружающими, боязнь всего нового, непривычного, пассивность, отказ от обычных желаний и стремлений («отказ от притязаний»), аспонтанность, нередко бездумный характер ответов. В некоторых случаях все это может создавать впечатление умствен-

ной отсталости. Если ситуация меняется и подросток оказывается в благоприятных для него условиях, его поведение нормализуется.

Реакция имитации — это изменение поведения, связанное с подражанием поведению окружающих, авторитетных в глазах ребенка или подростка. В детском возрасте чаще всего имитируется форма поведения родителей и воспитателей, в подростковом — формы поведения более старших подростков, особенно обладающих так называемыми лидерскими качествами, а также взрослых, имеющих какие-либо качества идеала, созданного воображением подростка. Реакциям имитации принадлежит важная роль в формировании характера и личности в целом. Вместе с тем они могут становиться источником возникновения асоциального поведения (сквернословие, бродяжничество, хулиганские поступки, мелкое воровство), а также многих вредных привычек, таких как курение, употребление алкоголя, наркотиков и т.п. В отличие от взрослых подростки еще не умеют использовать чужой негативный опыт. Они не понимают, что такое преступление, закон, тюрьма и все, что с этим связано, не боятся социальных последствий правонарушений. Склонность к возникновению социально отрицательных реакций имитации особенно велика у подростков с чертами эмоционально-волевой неустойчивости.

Реакции компенсации и гиперкомпенсации — это усиление тех личностных проявлений и возникновение таких форм поведения, которые маскируют ту или иную слабую сторону личности или являются средством психологической защиты личности от переживаний собственной неполноценности, связанных с сознанием какого-либо физического или психического недостатка. При реакциях гиперкомпенсации защитные формы поведения приобретают гипертрофированный, а нередко карикатурный характер, в связи с чем могут стать источником трудностей поведения и социальной дезадаптации.

Проявления реакций компенсации и гиперкомпенсации крайне разнообразны, но изучены мало. Сюда могут относиться компенсаторные фантазии замещающего характера, компенсаторные игры, внешняя показная бравада, нарушение школьной дисциплины, самооговоры из стремления завоевать авторитет у сверстников и т.п. Реакции данной группы чаще всего свойственны подросткам, которым родители уделяют мало внимания и любви, сиротам, детям, растущим в неполных или деформированных семьях, а также подросткам, страдающим комплексом неполноценности из-за физического дефекта, дефекта речи, подросткам-инвалидам и страдающим невротами.

Реакция группирования со сверстниками. Этот вид реакции проявляется в стремлении подростков образовывать более или менее стойкие группы, в которых устанавливаются определенные неформальные отношения, имеются свои лиде-

ры и исполнители, происходит более или менее естественное распределение ролей, в основе которых лежат индивидуальные особенности личности подростков. Склонностью подростков к группированию объясняют факт преобладания групповых правонарушений, совершаемых ими. Повышенная склонность к объединению в группы с асоциальными действиями — характерная черта подростков с так называемой педагогической запущенностью.

Делинквентное (асоциальное) поведение. Этим термином обозначают различные проступки, провинности, нарушение общественных норм поведения, мелкое хулиганство и мелкое воровство. От криминальных действий делинквентное поведение отличается незначительностью правонарушений и часто не влечет за собой мер уголовного наказания. Причинами такого поведения подростков обычно являются недостатки воспитания. Главная причина делинквентного поведения в подростковом возрасте — безнадзорность, отсутствие семейного контроля и внимания родителей. Представители этой группы — дети из неполных или из так называемых деформированных семей.

Реакция эмансипации — это борьба подростка за свою самостоятельность, независимость, самоутверждение. Он хочет освободиться от контроля и опеки взрослых любыми способами. Чем больше подростка подавляют и контролируют, тем больше он хочет избавиться от внимания взрослых. Наперекор им он начинает поступать «по-своему», демонстрирует, что он уже «самостоятельный». Такая реакция естественна для этого возраста, и со временем она проходит. Крайние формы она приобретает при неправильном поведении родителей — если они его чересчур опекают или, наоборот, проявляют деспотизм и выдвигают требование беспрекословного подчинения. Если в младшем возрасте ребенок еще подчиняется такому давлению родителей, то в подростковом возможны побеги из дома и бродяжничество.

Побеги из дома. Есть много причин побегов подростков: с ними плохо обращаются в семье, унижают или бьют; родители-алкоголики; сексуальное насилие со стороны отца или отца. Побеги можно рассматривать как реакцию протеста на недостаточное внимание родителей или на их чрезмерные требования и деспотизм. Сбежав из дома, подростки расценивают свою новую жизнь как «свободу от семьи и школы». Таким образом они избавляются от надоевшей опеки учителей и родителей, от всех обязанностей и принуждений. Нередко побег из дома бывает после того, как подросток совершил проступок и боится наказания. Бывают побеги из-за недостаточного надзора или ради поиска развлечений, приключений и свободы. Убегают из дома и подростки, склонные к фантазерству и мечтательности, начитавшись книг о знаменитых путешественниках и дальних странах.

Реакции увлечения. Большинству подростков свойственны различные увлечения и хобби. Они могут быть устойчивыми, например коллекционирование, занятия спортом, но могут быть и нестойкими, когда подросток увлекается то одним, то другим. У некоторых подростков увлечения связаны со стремлением быть в центре внимания. Они участвуют в художественной самодельности, в школьных спектаклях, публикуют свои стихи в школьной стенгазете и т. п. Некоторые, чтобы выделиться среди сверстников, выбирают изысканные, необычные хобби. В большинстве случаев в этом нет никакой патологии, со временем эти увлечения проходят или сохраняются, но отрицательного воздействия на поведение подростка не оказывают. Патологией являются чрезмерно выраженные увлечения, когда подросток забрасывает школьные занятия и все свободное время отдает им. Бывает, что из-за своего увлечения подросток совершает противоправные действия (мелкое воровство, спекуляция или попрошайничество), нередко общается с асоциальными личностями.

Реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением. Сюда относят различные виды мастурбации у подростков, раннее вступление в половую жизнь, беспорядочные половые связи, преходящие гомосексуальные действия и др. В их возникновении ведущая роль принадлежит повышенному и недостаточно дифференцированному половому влечению, реализовать которое в естественных условиях подросток не может. По этой причине для удовлетворения сексуального влечения им могут использоваться и сексуальные извращения.

Малолетняя проституция. Многие девочки после побега из дома становятся малолетними проститутками. Не имея возможности зарабатывать на жизнь, они часто попадают под влияние асоциальных личностей, которые приобщают их к пьянству и проституции. Бывает, что взрослый отрицательный лидер вовлекает девочек из неблагополучных семей в подростковую группу и «пускает по рукам», продает сутенерам или становится сутенером сам. Такие девочки безропотно соглашаются на это, не требуя ни денег, ни хорошего отношения, поскольку не видят для себя иного выхода, да и не ищут его. Обычно девочки этого возраста сексуального влечения ни к своим сверстникам, ни к взрослым мужчинам не испытывают, так как раннее начало сексуальной жизни у них не связано с пробудившимся сексуальным влечением, как у мальчиков. Для них это работа, обыденное понятие. Многие из них не связывают ее с возможной беременностью, хотя у каждой из них часто бывает по несколько абортов и самопроизвольных выкидышей. Ни отвращения к сексуальным контактам, ни удовольствия от них они не испытывают. Большинство маленьких проституток курит, злоупотребляет алкоголем и наркотиками. У некоторых есть все признаки алкоголизма.

Обычно они не тяготятся своей ролью, не протестуют, когда их унижают и бьют, смиряются со всеми трудностями своей «профессии». Внешняя зрелость и жизненный опыт сочетаются у них с психической инфантильностью и примитивностью интересов.

В последние годы в России появилось много мальчиков, также занимающихся проституцией, так как спрос всегда рождает предложение. Почти все, сказанное о девочках-проститутках, свойственно и им.

Многие крайние нарушения поведения подростков (за исключением тяжелых психических заболеваний) вызваны неправильным поведением родителей. Часто родители не только не критичны к своим методам воспитания детей, но и винят прежде всего самого ребенка или его сверстников, которые «втянули его в плохую компанию».

Большинство вышеописанных поведенческих реакций (гиперкомпенсации, увлечения, эмансипации, группирования со сверстниками, имитации) свойственны подавляющему большинству подростков, но могут и не принимать крайние формы. Патологическим поведение становится тогда, когда реакции выходят за пределы той ситуации и микрогруппы, где они возникли или проявились, и если они сопровождаются невротическими расстройствами и затрудняют или нарушают социальную адаптацию.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ ТРУДНОСТЕЙ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ (КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЕ)

Для формирования новых форм адаптации в подростковом возрасте особенно важное значение имеют психологические механизмы преодоления эмоционального стресса, или *копинг-механизмы*, которые определяют развитие различных вариантов поведения, приводящих к адаптации либо к дезадаптации индивида.

В контексте транзакциональной когнитивной терапии понятие «копинг», или «преодоление стресса», рассматривается как деятельность личности по поддержанию или сохранению баланса между требованиями среды и внутренними ресурсами организма, удовлетворяющими этим требованиям. Целенаправленная поведенческая установка на устранение или уменьшение интенсивности воздействия стрессора на личность является активным копинг-поведением. Н.А. Сирота и В.М. Ялтонский (1994), исследуя копинг-поведение подростков, разработали три теоретические модели такого поведения.

Модель активного адаптивного функционального копинг-поведения. Для этой модели характерно сбалансированное использование соответствующих возрасту копинг-стратегий с преобладанием активного начала, направленного на разрешение проблем и поиск социальной под-

держки, с доминированием мотивации на достижение успеха над мотивацией избегания неудач и с готовностью к активному противостоянию среде.

Модель псевдоадаптивного дисфункционального копинг-поведения. Основные признаки данной модели характеризуются сочетанием в использовании как пассивных, так и активных базисных копинг-стратегий. При этом ведущей становится копинг-стратегия поиска социальной поддержки. Отмечается повышение удельного веса стратегий, не соответствующих возрасту (инфантилизм). Дефицит навыков активного использования стратегии разрешения проблем компенсируется заменой ее на копинг-стратегию избегания неудач либо фармакологическим механизмом реализации данной стратегии.

Модель пассивного дисфункционального копинг-поведения. Характеризуется преобладанием пассивных копинг-стратегий над активными, дефицитом социальных навыков разрешения проблем, интенсивным использованием детских копинг-стратегий, не соответствующих возрасту. В качестве ведущей используется копинг-стратегия с преобладанием мотивации на избегание неудач. Характерны неготовность к активному противостоянию среде, подчиненность ей при негативном отношении к проблемам и оценке их как угрозы. Преобладает псевдокомпенсаторный, защитный характер поведения.

Подростковый период является не только периодом нарушенного равновесия, но и транзитивным (переходным) периодом, в котором формируются направления последующих форм адаптации и развития, периодом активного формирования механизмов преодоления стресса.

Выделяют следующие виды копинг-ресурсов:

- физические (здоровье, выносливость и т.д.);
- психологические (убеждения, самооценка, локус контроля, мораль и т.д.);
- социальные (социальные связи человека и другие виды социальной поддержки).

Подростковый возраст представляет собой период особой концентрации конфликтов, часто приводящих к различным поведенческим отклонениям, таким как делинквентность, агрессивное поведение, проживание в особой субкультуре, наркомания, суициды. В подростковом возрасте особенно сложно определить, является то или иное поведение проявлением психического заболевания или вариантом нормального развития, особенно в случае так называемых кризисов взросления, которые могут со временем полностью компенсироваться.

При обследовании подростков выделяют ряд провоцирующих условий девиаций поведения (психосоциальных стрессоров), которые учитываются при проведении психодиагностической и психотерапевтической работы.

Психосоциальные стрессоры семьи:

- любой длительный конфликт между родителями-супругами;

- конфликт между супругами в сфере воспитания;
- длительный период развода и связанное с ним психологическое напряжение;
- недостаточное использование внешних ресурсов для развития ребенка;
- враждебное или оскорбительное отношение к ребенку;
- неадекватный родительский контроль, неустойчивый стиль воспитания;
- требование от ребенка жесткой дисциплины;
- потеря значимого для ребенка члена семьи;
- физическая или психическая болезнь одного из членов семьи, включая алкоголизм или наркоманию.

Психосоциальные стрессоры, связанные с обстоятельствами жизни:

- смена местожительства;
- длительное пребывание в квартире чужих людей или частая смена разнохарактерного окружения семьи;
- низкий материальный уровень семьи.

Психосоциальные стрессоры, связанные с особенностями ребенка:

- нарушение когнитивных функций;
- невосприимчивость к школьным навыкам;
- неспособность к обучению в обычной школе.

У подростка происходят большие перемены — и в жизни, и в организме, на которые он реагирует выработкой определенной системы запретов и предписаний на основе своих личностных особенностей и жизненного опыта. Если у ребенка на предыдущих этапах развития имели место тягостные состояния фрустрации, они могут отражаться в дисгармонии развития, в различных невротических и поведенческих расстройствах.

В биологической сфере происходят гормональные и физические изменения — быстро, рывком меняются организмы мальчиков и девочек (девочки растут и взрослеют быстрее, года на два опережая ровесников-мальчиков). Меняется секреция андрогенов, эстрогена и прогестерона, что приводит к автономии и половой идентификации, быстро развивается сексуальность. Незрелой психике ребенка становится неуютно в новой оболочке.

Биологические изменения дополняются психологическими. В переходном возрасте меняется характер отношений со сверстниками и родителями; обостряются проблемы зависимости-независимости. Круг друзей, в том числе противоположного пола, расширяется. Мальчики и девочки ходят на свидания, идет подготовка к сексуальным отношениям. Позже возникают пары, которые отделяются от компании. Дружба становится теснее и продолжительнее. Нарастает тенденция к установлению связей в референтной группе вне дома. Подростки все больше времени проводят со сверстниками.

В подростковом возрасте когнитивные возможности расширяются, подросток становится

способным к генерированию и исследованию гипотез и абстрактному мышлению.

Выделяют несколько задач, которые подростку необходимо осуществить в своем развитии:

- физическое созревание должно соответствовать возрасту подростка;
- познание своего внутреннего мира должно быть интересно;
- должно осуществиться партнерство в подростковой группе;
- должна сформироваться половая идентичность, устанавливающая гетеросексуальные отношения;
- многие решения следует принимать независимо от родителей;
- морально-ценностные установки становятся зрелыми;
- жизненная перспектива — ширококомасштабной и продолжительной по времени (выбор специальности, образовательной стратегии и т.п.).

Говоря о подростковом периоде с позиции психологии развития, необходимо четко понимать следующее:

а) не существует какого-либо определенного класса подростков. Можно выделить «идеальный» тип и вариант статистической нормы, но и индивидуальные различия очень велики;

б) процесс развития не совсем упорядочен и имеет нелинейный характер, скорее это движение по спирали, с подъемами и временными спадами;

в) неравномерность развития наблюдается не только у подростков, но и у их родителей.

Дети и подростки со свойственной этому возрасту особой чувствительностью оказываются наиболее незащищенными, уязвимыми, одинокими и психологически беспомощными перед жизненными трудностями. Часто они не готовы к новым жестким требованиям общества, не способны сделать самостоятельный выбор и взять на себя ответственность за свое поведение, за свое будущее и потому оказываются в стрессовых ситуациях. Не обладая жизненными навыками, не умея выбирать эффективные способы снятия напряжения, которые давали бы им возможность сохранить свою индивидуальность и сформировать здоровый и эффективный стиль жизни, они не справляются с многочисленными проблемами. Это приводит к дезадаптивному и саморазрушающему поведению, в том числе к злоупотреблению наркотиками и другими психоактивными веществами и как следствие — к заражению ВИЧ-инфекцией.

В последнее время исследования различных форм преодоления стресса становятся основой разработки программ профилактики различных заболеваний, в том числе зависимости от психоактивных веществ (наркозависимости) и ВИЧ-инфекции. Концепция копинга является одной из центральных в современной теории стресса, а умение успешно преодолевать стресс рассматривается как основной фактор, помогающий че-

ловеку эффективно справляться с негативными воздействиями стрессовых ситуаций.

К копинг-ресурсам, помогающим справиться со стрессогенными ситуациями, относятся:

- *ресурсы личности* (Я-концепция; интервальный локус контроля; ресурсы когнитивной сферы; аффиляция; эмпатия; позиция человека по отношению к жизни, смерти, любви, вере; духовность; ценностная мотивационная структура личности);

- *ресурсы социальной среды* (окружение, в котором живет человек; умение находить, принимать и оказывать социальную поддержку).

Из вышеизложенного можно сделать вывод о том, что в подростковом возрасте очень важно удовлетворение базовых фундаментальных потребностей:

- в любви, признании, самоидентификации и самоуважении (духовных);

- в познании и понимании; эстетических (когнитивных);

- в красоте, в порядке (эстетических);

- потребностей в эмоциональном и моторном самовыражении (экспрессивных).

Не удовлетворив их, подросток не может перейти к потребностям роста и самоактуализации, к развитию своих способностей и задатков, что приводит к саморазрушающему и дисгармоничному развитию личности, неумению преодолеть стресс.

Таким образом, очевидно, что подростковый возраст требует к себе особого внимания. Недооценка особенностей, свойственных подростку, может привести к тому, что в этот сложный период, когда ребенка преследует масса трудностей в связи с новым уровнем осознания себя и окружающего мира и в связи с другими проблемами данного возраста, подросток может остаться с этими трудностями один на один. Последствиями такой ситуации часто становятся асоциальное поведение, алкоголизм и наркомания, ВИЧ/СПИД, аутоагрессия, психопатические черты характера и т.д.

Важно, чтобы родители воспринимали ребенка в этот возрастной период адекватно и не обвиняли его в излишнем эгоизме, так как это может привести подростка к акцентуации переживания собственного одиночества и к отчуждению от семьи: «Если родители не принимают меня таким, какой я есть, пусть остаются одни, без меня».

Очень важно, чтобы в этот период в семье царил доверие и уважение к мнению каждого ее члена. Только в этом случае ребенок не станет искать поддержки вне семьи, не попадет под влияние групп сверстников, которые в свою очередь могут стать причиной приобщения к различным видам отклоняющегося поведения, в том числе к употреблению наркотиков и к связанному с ним риску заражения ВИЧ/СПИДом.

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

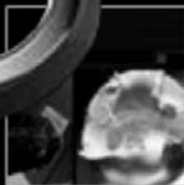
• **США. 24.01.2007.** «Биологические добавки, содержащие селен, замедляют развитие ВИЧ», — докладывает исследовательский центр Университета Майями. Практически у всех ВИЧ-положительных был выявлен дефицит селена, поэтому было выдвинуто такое предположение, что введение в рацион продуктов, обогащенных селеном, улучшит показатели иммунитета. Руководитель исследования, профессор Barry E. Hurwitz говорит о том, что в эксперименте было выявлено, что пища богатая селеном останавливала развитие ВИЧ, в то время как у тех, кто получал плацебо, вирусная нагрузка росла безостановочно. В исследовании принимали участие 262 пациента с ВИЧ, которые принимали по 200 мг селена или плацебо. В первые 9 мес. исследования ученые измеряли показатели вирусной нагрузки и уровень CD4-клеток. За это время было выяснено, что среди 174 пациентов, которые закончили исследование, те, кто получал селен, имели меньшее количество копий вируса в крови и больший уровень клеток иммунитета. Среди принимавших плацебо, уровень вирусной нагрузки продолжал расти, а уровень клеток продолжал падать. Улучшение наблюдалось и у пациентов, которые принимали антиретровирусную терапию и у тех, кто не принимал ее. Результаты данного исследования говорят о возможности людей, которые уже имеют диагноз, но не начали принимать антиретровирусную терапию, предотвратить молниеносное развитие заболевания. При этом, однако, специалисты считают, что прием селена не может быть альтернативным методом лечения, а только дополнительным, вспомогательным мероприятием. Прием одной капсулы селена — достаточно дешевое и эффективное средство, которое не заменяет основного лечения, но может стать хорошим подспорьем в качестве дополнительной терапии при ВИЧ-инфекции.

• **Россия. 24.01.2007.** «В 2007 году планируется охватить лечением 30 тыс. ВИЧ-инфицированных и обследовать на наличие ВИЧ не менее 22 млн. человек», — сообщает Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор). Также в 2007 году в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» Роспотребнадзор продолжит проведение профилактических мероприятий, направленных на противодействие распространению ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С в Российской Федерации. В том числе запланирована информационная кампания с использованием всех средств массовых коммуникаций, включая федеральные и региональные телестудии, региональные радиостанции, наружную рекламу и Интернет. В течение 2007 года будут проводиться мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С, привлечению к антиретровирусной терапии и организации паллиативной помощи среди уязвимых групп населения. В 2006 году обследование на наличие ВИЧ-инфекции прошли более 21 млн. человек, было зарегистрировано 38 738 новых случаев ВИЧ-инфекции.

• **Израиль. 23.01.2007.** Руководство Медицинской службы армии Израиля приняло решение оставлять носителей ВИЧ-инфекции в рядах армии, проверяя и взвешивая каждый отдельный случай. Ранее ВИЧ-положительные освобождались от армейской службы незамедлительно. Сообщается, что главный военный врач ЦАХАЛа бригадный генерал Хези Леви провел ряд консультаций со специалистами и принял решение оставлять ВИЧ-позитивных как на срочной, так и на сверхсрочной службе. В то же время они не будут служить в боевых частях.



КАНАЛ



РУССКИЙ ВЗГЛЯД

Воскресенье, 15:25 мск.



Общество

ЧАС
МИНУТЫ

Певец Юрий Лоза призывает изолировать ВИЧ-инфицированных

21-го января по 3 каналу ТВ прошла программа «Русский взгляд», посвященная ВИЧ/СПИДу, в которой приняли участие: певец и композитор Юрий ЛОЗА, председатель Общественного благотворительного фонда борьбы со СПИДом Игорь ПЧЕЛИН, депутат Мосгордумы Людмила СТЕБЕНКОВА и представитель Русской православной церкви отец Владимир ШМАЛИЙ.

Вели программу редактор Елена ПИСАРЕВА и актер Дмитрий ДЮЖЕВ.

*После эфира на телефон нашей Горячей линии стали поступать звонки, с просьбой предоставить запись этой передачи. Поэтому сегодня мы представляем Вашему вниманию стенограмму этой программы.**

Е. Писарева: В России о страшной болезни заговорили в конце девяностых. То, что говорили, породило мифы и стереотипы.

Д. Дюжев: О том, что же в этой проблеме правда, а что ложь, о том, как живут те, для кого эта болезнь стала реальностью, мы и поговорим сегодня.

«СПИД – проблема наркоманов и гомосексуалистов и произойти это может с кем угодно, но только не со мной. Я вне группы риска. И что бы мне об этой болезни не рассказывали, на работу к себе больного СПИДом я не возьму и за один стол с ним не сяду», – этой позиции придерживается певец и композитор Юрий Лоза.

Здравствуйте, Юрий. Спасибо, что пришли к нам на передачу. Расскажите нам, пожалуйста, почему такое отношение?

Ю. Лоза: Потому что они скорее всего перехватят от нас наши болезни, чем мы от них. У них иммунитет ослаблен, все наши болячки на них откладываются гораздо больше. Причем мы зря боимся изоляции. Вот смотрите, у нас правительство живет в изоляции от народа, они даже по другой стороне ездят. Они не ездят даже по одной стороне с нами. Они живут в обособленных поселках, они никогда не общаются с народом и прекрасно себя чувствуют.

Е. Писарева: Мне кажется, что все-таки могут быть больные СПИДом, которые скажут, что они не захотят жить в изоляции.

Ю. Лоза: Хорошо, в таком случае он должен оповещать окружающих о том, что он болен СПИДом. Он заразен. Поймите, что пока еще действительно врачи не могут гарантировать, что ВИЧ не передается никаким другим путем,

* Приведена с некоторыми сокращениями.



Ведущая Елена Писарева

кроме как через кровь. Не знаем мы эту болезнь, просто не знаем. Мы пока бессильны перед ней.

Дм. Дюжев: Юрий, скажите, а почему Вас так волнует эта тема? Откуда Вы все это знаете?

Ю. Лоза: Меня действительно она волнует. У меня есть сын, скоро, дай Бог, будет внук, и этот внук

должен расти в здоровом обществе. У нас есть эта проблема, с ней надо бороться, так же как с наркоманией, проституцией и со всем остальным. Но бороться надо по-настоящему. И бороться иногда жестче, чем мы сейчас, например, в демократическом обществе можем себе позволить. Мы все сюсюкаемся, а нужны жесткие меры. И лечить надо кардинальными методами, а не полумерами. А у нас страусиная философия — башку в песок и я ничего не вижу.

Е. Писарева: Простите, Юрий, но мне кажется, что мы так думаем, пока нас это не коснулось. Вот если вдруг мы представим, что Ваш сын полюбит девушку, а у нее ВИЧ-инфекция (извините, что я так фантазирую). Вот тогда как быть? Тоже изолировать? Вы ездили бы к нему в гости в изоляцию?

Ю. Лоза: Можно сделать какие-то места, где можно встречаться. Почему не сделать рядом с этим поселком зону встреч?

Е. Писарева: То, что Вы говорите про зону встреч, фактически это тюрьма.

Ю. Лоза: Почему тюрьма-то, объясните мне? Если я чем-то отличаюсь от других, то я не хочу жить среди людей не похожих на меня. Если, не дай Бог, случится что-то со мной или в моей семье, то конечно же я буду настаивать на том, чтобы уйти из общества людей, на меня не похожих. Это естественно.

Д. Дюжев: Вы с семьей предлагаете уходить?

Ю. Лоза: Как угодно, любые формы могут существовать. Просто это надо обсуждать и создавать.

Е. Писарева: Ну а давайте пофантазируем, как это должно выглядеть?

Ю. Лоза: Это должен быть маленький закрытый городок, в котором собрана определенная часть явно болеющих людей.

Е. Писарева: А нет ли у Вас ощущения, что будет какая-то агрессия на этот городок?

Ю. Лоза: Какая агрессия? С какой стати? Там такие же, как мы, только они попали в такую ситуацию. У нас же нет против туберкулезного диспансера никакой агрессии.

Е. Писарева: Мне кажется, что как раз у нас отношение в обществе такое, что агрессия может быть.

Ю. Лоза: Вот Вы в средствах массовой информации и работайте над этим, чтобы было хорошее отношение.

Д. Дюжев: Да, но людям будет очень сложно вдруг покинуть привычное место жительства, родственников...

Ю. Лоза: Но если так случилось, ну заболел человек, скажем, туберкулезом или проказой, он же покидает. Как и любая другая болезнь, ВИЧ заразен. Так надо так и сказать: СПИД — это заразная болезнь. И сразу все становится ясным.

Е. Писарева: То есть Вы считаете, что если человек ведет нормальный образ жизни и он вне группы риска, то он все равно может заразиться?

Ю. Лоза: Да уберите группу риска от меня, чтобы ее не было рядом, и я не заражусь.

Е. Писарева: А как же ВИЧ-инфицированные дети-отказники?

Ю. Лоза: Они тоже в изоляции. И им было бы с кем общаться, если бы они были в таком месте, где бы были такие же дети в песочницах. И родители бы там прекрасно существовали, потому что они бы знали — они идут туда и там же работают.

Д. Дюжев: Думаю, что психологически это будет вдвойне тяжелее: кроме того, что в данном случае ребенок не виноват, что заболел, но еще и общество от него отказывается.



Ведущий Дмитрий Дюжев



Певец и композитор Юрий Лоза

Ю. Лоза: Наоборот, общество выделяет на это средства. Почему отказывается-то? Вы боитесь слова изоляция. Что такое изоляция? Это просто жить не там, где живет основная масса. И не болеть теми болячками, которыми болеет основная масса. ВИЧ-инфицированным нужна стерильность.

Д. Дюжев: Ваша точка зрения ясна. Спасибо.

Е. Писарева: В студии председатель фонда «Шаги» Игорь Пчелин. Скажите Игорь, Вы бы хотели жить отдельно?

И. Пчелин: Это право выбора каждого человека, где жить. Я предпочитаю жить в России, а где конкретно, я выбираю сам.

Д. Дюжев: Скажите пожалуйста, как Вы узнали о своем диагнозе?

И. Пчелин: Мне поставили диагноз в 1997 году. В тот период я практически уже умирал.

Е. Писарева: Какой был первый Ваш шаг после этого? Вы рассказали близким или знакомым?

И. Пчелин: Так получилось, что когда я почувствовал себя плохо, то по всем врачам меня сопровождал отец. Так что, когда мне поставили диагноз, он был первым, кто узнал об этом. И когда нам нужно было подтвердить диагноз, он сказал, что поедет со мной и тоже сдаст тест на ВИЧ, чтобы я не боялся.

Д. Дюжев: Вас предупредили как распространяется заражение?

И. Пчелин: Безусловно. Каждый ВИЧ-положительный человек, вставая на учет подписывает бумагу об ответственности, там много всего прописано, большая такая бумага.

Д. Дюжев: То есть Вы абсолютно никакой опасности для окружающих не представляете? Речь идет о том, что поскольку никакой опасности нет, то переселять человека, к примеру, в Сибирь, в отдельный городок не имеет никакого смысла.

Ю. Лоза: Почему обязательно в Сибирь?

Д. Дюжев: А куда Вы предлагаете?

Ю. Лоза: В Подмоскowie, на Рублевку.

И. Пчелин: Есть всевозможные мифы, можно придумывать все что угодно, и это все рождается из-за незнания и человеческого страха. Но есть статистика, к примеру, по тем же самым детям. И по статистике нет ни одного зарегистрированного случая заражения ВИЧ, если один ребенок поцарапал, или даже укусил другого. Но есть страх, есть мифы.

Д. Дюжев: Скажите, а Вы могли бы как-то предотвратить заражение?

И. Пчелин: К сожалению, мы все всегда думаем, что нас это не коснется. И я не исключение. Я довел болезнь практически до терминальной стадии, потому что мне и в голову не могло прийти, что у меня ВИЧ.

Е. Писарева: Юрий, хочу Вам задать вопрос. Как Вы думаете, как часто человек должен сдавать анализ на ВИЧ? Или он вообще не должен этого делать?

Ю. Лоза: Это зависит от образа жизни. Я не думаю, что батюшка в церкви должен часто сдавать анализ на ВИЧ, потому что он ведет праведную жизнь. Проститутки должны сдавать анализ, может быть раз в три дня.

Е. Писарева: Игорь, вопрос, который я хочу Вам задать, может показаться Вам некорректным, так что, если не хотите, можете не отвечать. Вопрос такой: Вы встретили девушку и поняли, что эта девушка всей Вашей жизни. Как быть в такой ситуации?

И. Пчелин: Данный вопрос на самом деле обсуждается очень часто — сказать или не сказать? И когда говорить?

И каждый человек выбирает для себя определенную модель. Лично я говорю сразу, потому что для меня сложнее потом сказать, когда уже будут чувства. Хотя с точки зрения ВИЧ-отрицательного человека, с другой стороны, когда есть влюбленность, то легче простить, легче принять это. Но я вот решил для себя так, дру-



Председатель фонда «Шаги» Игорь Пчелин

гие может быть сначала завязывают отношения, потом уже говорят. Поэтому сложно однозначно сказать.

Е. Писарева: А можете рассказать какую-нибудь историю, как складываются отношения таких вот людей? Бывали ли такие вот сказки со счастливыми концами?

И. Пчелин: Они есть и их много. Существует даже такой термин дискордантные пары, т.е. пары с разным статусом. Есть пары, где мужчина положительный, а женщина отрицательная и наоборот. Эти пары заводят детей и дети рождаются здоровыми.

Е. Писарева: Это должен быть жесткий контроль врачей, чтобы ребенок родился здоровым? Или они рискуют заранее и так безответственно себя ведут?

И. Пчелин: Безусловно все это должно быть под наблюдением врача. Существует специальная терапия для беременных женщин, с помощью которой риск передачи вируса от матери ребенку можно сократить до двух процентов. Для примера: у нас общий уровень патологий при родах где-то 10–15%, а в нашем случае всего 2%. Но при условии, если женщина будет принимать терапию и строго следовать всем указаниям своего лечащего врача.

Дм. Дюжев: Какое Ваше отношение к этому заболеванию? Это случайность или наказание? Как Вы это для себя приняли?

И. Пчелин: Если брать духовный аспект, то, к примеру, когда мы проводим молебны за здоровье людей, живущих с ВИЧ, то мы говорим, что это не наказание, а испытание. Это крест и его надо нести.

Е. Писарева: А не было обидно, почему именно Вам такой крест?

И. Пчелин: Нет, обиды не было. Это нужно просто прожить и вынести. Как бы тебе дают второй шанс прожить этот отрезок времени, и как ты его проживешь — решать тебе. Но могу сказать по опыту, что люди меняются кардинально. И меняются, в большинстве своем, в лучшую сторону.

Д. Дюжев: А есть ли какой-то сайт, или телефон, куда люди могли бы обратиться за советом?

И. Пчелин: У нас с мая 2006 года работает всероссийская бесплатная Горячая линия 8-800-200-5555, где дежурят ВИЧ-положительные люди, которые уже имеют опыт в разных жизненных ситуациях и могут ответить на разного рода вопросы, касающиеся именно ВИЧ-положи-

тельных, на которые иной раз и психологи не сразу найдут, что ответить. Я сам тоже дежурю на этом телефоне и знаю, на какие нелегкие вопросы приходится отвечать.

Е. Писарева: Спасибо, Игорь. Следующий наш гость — депутат Московской городской думы, председатель комиссии по здравоохранению Людмила Стебенкова.

«Безопасного секса нет», «Здоровая семья — защита от СПИДа», «Только нравственное христианское поведение может защитить нас» — с таких лозунгов начала она свою борьбу со СПИДом.

Д. Дюжев: Здравствуйте, Людмила Васильева. Не создается ли у Вас впечатление, что борьба не эффективна?

Л. Стебенкова: Основной путь передачи — это половой. То есть сегодня в группе риска — все мы.

Е. Писарева: Но сейчас в обществе идут разговоры, что огромное количество зараженных — это путем переливания крови.

Л. Стебенкова: Нет, это было в начале эпидемии, если вы помните, дети в Элисте были заражены. Дело в том, что тогда не знали, что существует так называемый «период окна». То есть брали кровь у доноров, смотрели и она была ВИЧ-отрицательная. А через три месяца она становилась ВИЧ-положительной. В течение трех месяцев идет инкубационный период и тогда не было такого теста, который бы это улавливал. Сейчас есть более дорогие тесты, которые улавливают это даже через две недели и мы ими обязательно пользуемся при переливании крови.

Е. Писарева: Значит Юрий прав, когда говорит, что если человек ведет нормальный образ жизни, то у него нет опасений заразиться.

Л. Стебенкова: В общем, да. Лично я считаю, что СПИД — это кара божья за несправедный образ жизни. Посмотрите с чего все началось, с чего началась эпидемия в Америке? С гомосексуальных бань. Вот вам пожалуйста. И долгое время в Соединенных Штатах тратились миллионы долларов на механические средства защиты (все знают о чем я говорю, просто не люблю это слово). И когда в 2001 году сенаторы услышали потрясающий доклад, в котором звучало, что защита на 70%, что от других инфекций вообще нет никакой защиты, то они были потрясены — как это так, миллионы долларов истрачены на эту пропаганду, а эпидемия все увеличивается и увеличивается. А за пять лет пропаганды моногамных отношений, семейных ценностей, нравственного поведения, произошло снижение с пятнадцати процентов до пяти от числа всего населения. И после этого американцы ввели

чрезвычайный план Буша и выделяют на него колоссальные деньги — 240 млн. долларов в год, и они добились уже определенных успехов.

Д. Дюжев: Людмила Васильевна, Америка от нас далеко, а у нас русский взгляд. Скажите, насколько, на Ваш взгляд, реальна идея Юрия?

Л. Стебенкова: Она абсолютно нереальна, потому что существуют миграционные потоки. Юрий, Вы вообще очень цинично здесь выступали. Вы вообще циник по натуре, я это вижу.

Е. Писарева: Людмила Васильевна, расскажите про Вашу акцию.

Л. Стебенкова: Мы второй год проводим в Москве рекламную программу, связанную с информированием населения о пути передачи ВИЧ-инфекции. Она именно этому и посвящена. Она входит в рамки нашей межведомственной программы «Анти-ВИЧ/СПИД», в рамках которой господин Пчелин и получает антиретровирусную терапию. И она осуществлялась в том, что мы разместили информацию на билбордах, в метро, у нас ролики весь год шли по телевидению, мы раздавали брошюры ребятам в школах и институтах.

Е. Писарева: Игорь, как Вы считаете, такие акции, такие плакаты, они имеют какое-то действие?

И. Пчелин: Вы знаете, вот такая односторонность программ никогда ничего хорошего не приносила. ВИЧ-положительные восприняли это как стигму по отношению к ним. И когда появились эти билборды, то группа радикальных ВИЧ-положительных (как и во всяких движениях, у нас тоже есть и радикалы) забросали эти плакаты краской. Потому что плакаты были направлены только на здоровую часть населения.

Л. Стебенкова: Я вам сейчас объясню почему это произошло. Игорь, вас никто не отгоняет, к вам относятся совершенно нормально, как к нормальным людям. Что произошло с этой радикализацией? У нашей акции было много противников, прежде всего сторонники секс-индустрии, и естественно, что если мы будем говорить «Ребята, нет безопасного секса», то это же уменьшится оборот этих изделий, а кому же это интересно? И поэтому это все понятно. С какой это стати люди, которые вот таким образом заразились, идут и наши плакаты заливают? Мы ведь пишем: «Настоящие чувство и верность — вот защита от СПИДа. Безопасного секса нет». Чем это их оскорбляет, интересно?

И. Пчелин: Людмила Васильевна, там большими буквами было написано: «Безопасного секса не бывает». И все.

Л. Стебенкова: Да, того безопасного секса, на который ваши друзья из западных фондов дают по 200 млн. долларов и гробят наших детей, развращая их. Да, вот этого не бывает. И я вам хочу сказать, что эти ребята-радикалы, они действовали не сами, ими конкретно руководили. Все мы прекрасно знаем кто и за что платит. Те, кто протаскивает в страну метадоновые программы и тащат разврат, вот они и стоят за этими ребятами.

Ю. Лоза: Вы говорите, что безопасного секса нет, а только что человек говорил, что живут пары, где один заражен, а другой — нет.

Л. Стебенкова: И заражаются друг от друга.

Ю. Лоза: Правильно, поэтому их надо изолировать.

И. Пчелин: Я бы хотел сказать о дискордантных парах. Проводилось исследование по разностатусовым парам — молодым людям, которые не использовали средства защиты. В течение двух лет только 50% среди этих пар были заражены.

Л. Стебенкова: Знаете, я специально узнавала у докторов СПИД-центра о таких ситуациях, и мне сказали, что действительно некоторые люди идут на такие жертвы. Рассказали случай, как девушке парень сказал, что он ВИЧ-инфицированный, а она очень сильно его любила, вышла за него замуж, заразилась ВИЧ-инфекцией, потом он ее бросил, потом другой говорил, что он ее так же любит... То есть бывают и такие истории.

Е. Писарева: А счастливых концов не бывает?

Л. Стебенкова: Ну, наверное, господин Пчелин лучше знает. А я вот знаю о такой ситуации.

Е. Писарева: А это в законе сказано, что обязан предупреждать?

Л. Стебенкова: Да, в законе сказано, что обязан предупреждать и несет уголовную ответственность за то, что он заражает, кстати говоря.



Депутат Мосгордумы
Людмила Стебенкова

И. Пчелин: По закону ответственность не наступает, если человек информирует своего партнера о том, что он болен. Но как вы понимаете, доказать предупредил он (она) или нет, очень сложно. Не звать же свидетеля, когда объявляешь о своем статусе. Или расписку брать?

Л. Стебенкова: Я хочу сказать, что у нас в культуре и в традиции православного народа заложены моногамные отношения, любовь, верность, многодетные семьи. И я думаю, что если мы все вместе возьмемся, всем миром, вместе с вашей передачей, то ситуацию конечно переломим.

Д. Дюжев: Русская православная церковь тоже занимается проблемами ВИЧ-инфицированных. И это не только особые молебны и благотворительные акции. Это постоянное участие в судьбах людей, которые находятся на грани отчаяния. Сегодня у нас в гостях священник Владимир Шмалий. Отец Владимир, когда Вы начали заниматься этой проблемой, у вас был страх?

о. Владимир: Нет, у меня уже не было страха. Вы знаете, я впервые услышал о том, что существует СПИД, от одного моего знакомого, который рассказал мне, что он был на какой-то международной конференции, где участников конференции познакомили с больными СПИДом. Я с ужасом спросил: «И тебе не страшно было с ними общаться? Ты ведь мог заразиться». Но я ничего не знал тогда о СПИДе и разделял очень многие мифы и стереотипы, которые существовали и существуют в обществе о том, что действительно можно заразиться при рукопожатии, или при нахождении рядом. И когда мне уже довелось начать заниматься этим в церкви, встречаться с ВИЧ-инфицированными, то у меня уже не было страха. Я просто знал возможные пути заражения.

Д. Дюжев: А как Вы посоветуете все-таки относиться к этой болезни — как к наказанию, как к каре или как к испытанию?

о. Владимир: Вы знаете, христианская традиция такова, что я не имею права судить. Как мы знаем «Не судите...» это одна из важнейших заповедей. И когда мы судим человека, мы в каком-то смысле ворует, крадем суд божий у Бога. А это недопустимо. Это в конечном итоге тайна промысла божьего в отношении этого человека. Что мы можем сказать, и это наш долг, и мой долг как христианина, что грех, который существует в обществе, действительно приводит к таким явлениям, как ВИЧ и СПИД. И занимать такую благостную позицию и говорить, что ничего страшного, мы не можем. Это действительно факт. Именно бездуховность, безнравственность в обществе достигли такого уровня, что поэтому и развивается эпидемия СПИДа. То есть мы всегда говорим: «Ненавидь грех, но люби грешника».

Е. Писарева: Скажите, почему люди тогда так негативно относятся к ВИЧ-инфицированным?

о. Владимир: Потому что само общество перекладывает на ВИЧ-инфицированных свои внутренние проблемы. Предположим (и я сталкивался с такими ситуациями), человек оступился, разовое совершение греха и он болен. И другой человек — самодовольный, совершеннейший блудник, циник, безнравственный человек — и здоров. И вот как относиться к этому заболевшему человеку? Мне, как христианину, конечно гораздо больше симпатичен человек, который оступился. Но в том случае, если он кается, если он осознает свое прегрешение.

Е. Писарева: Отец Владимир, но многие, кто нас слушают, могут сказать, что все-таки ВИЧ-инфицированные создают какую-то опасность для общества, и есть такие предложения, вот как у Юрия, создать для них отдельные поселения.

о. Владимир: Так как я занимаюсь этими людьми уже на протяжении нескольких лет, то знаю, какие страшные психологические тяготы им приходится переносить. Я говорю о тех проблемах, которые переносит каждый ВИЧ-инфицированный — отторжение, страх скорой смерти, боязнь быть узнанным, они боятся сказать даже самым близким — родителям. Для многих ВИЧ-инфицированных это проблема — сообщить о своем диагнозе своим близким. И вот в этой ситуации добавится еще и то, что их разыскивают, чтобы переселить.

Ю. Лоза: Они здесь себя чувствуют изгоями, а там не будут так себя чувствовать.

о. Владимир: Можно я задам Вам вопрос? Вот представьте себе, что в силу каких-то обстоятельств (ну, не дай Бог!) заразились какой-то опасной болезнью. Это может быть не ВИЧ, а что-то другое. И Вы, как глубоко набожный человек, и осознав, что Вы являетесь носителем опасной болезни, постараетесь сделать все возможное, чтобы эта болезнь не распространялась?

Ю. Лоза: Совершенно верно. Но у меня есть возможность, у нас



Священник о. Владимир

три комнаты. Мои домашние живут на кухне и в зале. А у меня есть своя комната. Но я предлагаю создать такие поселения, в которых можно по желанию (мы не говорим о принудительном способе, это не концлагерь), но место такое создать мы можем.

о. Владимир: Но Вы согласитесь принять помощь от общества в той ситуации, когда Вы будете страдать?

Ю. Лоза: Конечно.

о. Владимир: Мне кажется, что если общество отталкивает от себя своих членов, пораженных в правах, имуществе или здоровье, оно не в состоянии дальше функционировать, оно не сможет воспроизводить само себя. В нем нет нравственной устойчивости. Общество может быть великим и продуцировать какой-то успех только в том случае, если в нем есть сильные нравственные скрепы. И я очень боюсь того, что наше общество сегодня эти скрепы утратило.

Е. Писарева: А что это за молебны для ВИЧ-инфицированных?

о. Владимир: Во многих храмах Русской православной церкви раз в месяц, обычно в последнее воскресенье месяца, проводятся такие специальные молебны о здравии для ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом. Это возможность для людей, объединенных одной бедой, собраться вместе и помолиться.

Е. Писарева: Отец Владимир, и в заключение нашей программы могли бы Вы сказать что-то нашим зрителям, что внушило бы оптимизм?

о. Владимир: Прежде всего, оптимизм, на мой взгляд, должно внушать то, что люди даже в самой сложной ситуации, в такой, в какой оказались инфицированные ВИЧ, могут преодолеть тоску, ощущение безнадежности, неспособности жить в обществе, они могут обрести смысл. И прежде всего, люди обретают смысл своего существования во Христе. Я вижу как реально люди возрождаются и выходят из ситуации, казалось бы абсолютно безнадежной.

Д. Дюжев: В заключение хотелось бы сказать, что бороться надо с мифами и предрассудками, а не с больными и инфицированными.

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

• **Новосибирск. 23.01.2007.** Медики Центра профилактики и борьбы со СПИДом пытаются пристроить четверых брошенных ВИЧ-инфицированных детей в новосибирские дома ребенка. Сейчас в детском отделении центра ждут своей участи четыре ВИЧ-инфицированные крохи, или, как их ласково называют местные медики, «ВИЧ-плюсики» — срок их пребывания в Кольцове подходит к концу, и через несколько месяцев дети должны разъехаться по новосибирским домам ребенка. И вот тут-то медики центра столкнулись с неожиданной проблемой: медперсонал детских домов всеми силами отрешивается от «положительных» детей. «Недавно мы столкнулись с непозволительным для медиков дилетантством, — рассказывает заведующая детским отделением Светлана Орловская. — Медперсонал одного из домов, когда узнал, что мы привезем им нашего ребенка, пригрозил массовым увольнением: мол, этот ребенок всех нас СПИДом перезаражает». Напрасно Светлана Петровна пыталась образумить своих коллег по медицинскому цеху: эти дети не СПИД-больные, просто в их крови обнаружены антитела к ВИЧ-инфекции. Медперсонал стоит «насмрть» — ребенка не примем. «А мы не можем держать у себя детей дольше положенного срока, — вздыхает Светлана Петровна. — Как только заканчивается шестимесячное лечение, они должны переезжать в детские учреждения». Чтобы пристроить ребятишек, медики Центра борьбы со СПИДом решили начать выездную просветительскую деятельность — с этой недели они начнут разъезжать по новосибирским домам ребенка, чтобы прочесть местным врачам и сестрам лекции о ВИЧ-инфекции.

• **США. 22.01.2007.** Группа ученых под руководством Пиня Вана из Университета Южной Калифорнии в ходе двухлетнего исследования создала систему транспортировки антител в клетки человека, которая может оказаться эффективной для лечения вируса иммунодефицита человека. Научная работа проводилась при финансировании Фонда Билла и Мелинды Гейтс, который выделил грант на исследова-

ования в размере 13,9 млн. долларов США. Ван с коллегами сосредоточился в своей работе на создании модифицированного вируса, который сможет доставлять антитела в нужные клетки, в то время как существующие препараты от ВИЧ направлены на поддержание иммунной системы. Вирусы были выбраны в связи с тем, что они способны проникать в клетку и переносить в неё свой генетический материал, благодаря чему получают возможность размножаться. ВИЧ также наделен способностью скрываться от антител под почти непроницаемым щитом из сахаров. Для решения проблемы Ван решил искусственно изменить ВИЧ и использовать его как транспортное средство для доставки противодействующей болезни ДНК. Вирус, лишенный способности к воспроизводству, остался ретровирусом с сохраненной способностью инфицирования делящихся и не делящихся клеток. Коллеги Вана по научной работе были сосредоточены на перепрограммировании стволовых клеток крови для получения В-лимфоцитов. Добавляя гены к клеткам, ученые пытались заставить их вырабатывать редкие антитела В12, 4Е10, 2G12 и 2F5, нейтрализующие ВИЧ. Несмотря на то, что система доставки выглядит многообещающе, ученые продолжают работать над созданием контролирующего механизма клеток костного мозга для получения необходимых иммунных клеток. Другая проблема состоит в том, чтобы ретровирус атаковал только нужные стволовые клетки крови и не затрагивал другие типы клеток. Тем не менее, ученым удалось добиться избирательности по отношению к В-клеткам человека, помещенным в организмы мышей.

• **Москва. 17.01.2007.** Опубликовано русскоязычное издание сборника статей «Наркополитика, ВИЧ/СПИД и права человека». Издание подготовлено Международной дебатной образовательной ассоциацией (IDEA) в рамках серии по полемическим вопросам современности. Перевод на русский язык осуществило некоммерческое партнерство «Всероссийская сеть снижения вреда».

СПРАВКА

о ситуации ВИЧ-инфекции на 31 декабря 2006 года

По данным, предоставленным Российским научно-методическим центром по профилактике и борьбе со СПИДом, на 31 декабря 2006 г. всего в России зарегистрировано (с начала учета 01.01.1987 г.) **369 998** ВИЧ-инфицированных.

Ниже приводится таблица количества ВИЧ-инфицированных по регионам.

Регион	Количество ВИЧ-инфицированных					Из них больны СПИДом				Кроме того на 31.12.06*
	всего	детей	рождены от ВИЧ+ матерей	из них умерло		всего	детей	из них умерло		
				всего	детей			всего	детей	
Без определен. места жител.	4417	16	1	160	0	15	0	6	0	22
Республика Башкортостан	6342	34	30	405	1	7	1	7	1	183
Республика Бурятия	2617	123	110	282	4	131	2	56	2	203
Республика Дагестан	750	7	2	82	4	23	4	23	4	4
Кабардино-Балкарская респ.	259	0	0	27	0	4	0	4	0	0
Республика Калмыкия	170	75	3	69	44	105	62	60	38	6
Республика Карелия	375	1	1	0	0	0	0	0	0	1
Республика Коми	824	6	2	48	0	10	0	10	0	32
Республика Марий Эл	514	2	1	47	0	9	0	6	0	29
Республика Мордовия	488	2	0	25	0	1	0	1	0	38
Республика Северная Осетия	500	3	2	13	0	3	0	3	0	23
Республика Татарстан	7591	22	4	98	1	3	1	3	1	59
Республика Тыва	24	2	0	2	0	2	0	2	0	0
Удмуртская республика	2694	25	10	17	0	4	0	4	0	189
Чечня	718	15	9	27	4	7	3	7	3	21
Чувашская Республика	607	3	1	55	0	15	0	10	0	7
Республика Саха (Якутия)	499	1	0	17	0	6	0	6	0	2
Алтайский край	4088	15	5	115	0	48	0	11	0	34
Краснодарский край	5892	34	26	57	1	29	1	27	1	428
Красноярский край	6577	37	15	70	0	1	0	1	0	632
Приморский край	6317	16	7	45	1	4	0	3	0	308
Ставропольский край	494	17	1	70	8	27	9	25	7	11
Хабаровский край	934	3	1	42	0	17	0	15	0	44
Амурская область	182	2	1	3	0	1	0	1	0	2
Архангельская область	216	4	2	17	0	4	0	4	0	6
Астраханская область	263	3	0	23	1	14	1	7	1	13
Белгородская область	469	2	0	41	0	8	0	8	0	50
Брянская область	995	7	7	45	0	11	0	8	0	46
Владимирская область	1622	16	7	83	0	7	0	6	0	123
Волгоградская область	5390	72	13	273	30	86	38	67	26	215
Вологодская область	957	9	1	13	0	2	0	2	0	16
Воронежская область	491	4	3	46	0	21	0	18	0	50
Нижегородская область	4102	32	13	103	1	13	0	13	0	115
Ивановская область	3579	34	22	157	3	14	1	11	1	158
Иркутская область	20 970	210	81	85	2	4	0	4	0	1171
Калининградская область	5340	20	7	1328	6	151	2	147	1	231
Тверская область	5402	56	44	317	1	100	1	52	0	282
Калужская область	1099	10	8	88	0	17	0	14	0	85
Камчатская область	69	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Кемеровская область	8540	67	38	124	0	11	0	11	0	47
Кировская область	252	2	1	17	0	7	0	7	0	6

* Всего детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, находящихся на диспансерном наблюдении до установления диагноза ВИЧ-инфекции

Регион	Количество ВИЧ-инфицированных					Из них больны СПИДом				Кроме того на 31.12.06*
	всего	детей	рождены от ВИЧ+ матерей	из них умерло		всего	детей	из них умерло		
				всего	детей			всего	детей	
Костромская область	1013	7	3	48	0	3	0	3	0	57
Самарская область	27 498	159	86	1033	1	85	0	43	0	854
Курганская область	1799	5	1	10	0	0	0	0	0	92
Курская область	293	2	2	4	0	1	0	1	0	16
Ленинградская область	10 713	66	20	283	1	10	1	10	1	603
Липецкая область	208	1	1	17	0	6	0	6	0	2
Магаданская область	79	3	2	4	0	1	0	0	0	2
Московская область	30 478	199	74	694	3	41	1	27	0	2078
Мурманская область	1769	9	5	58	0	48	0	17	0	53
Новгородская область	838	5	3	60	0	64	1	13	0	17
Новосибирская область	1078	9	5	21	0	5	0	3	0	1
Омская область	478	2	1	31	1	0	0	0	0	4
Оренбургская область	15488	144	97	120	1	6	0	5	0	949
Орловская область	874	3	2	89	0	39	0	20	0	29
Пензенская область	947	2	0	58	0	14	0	14	0	11
Пермская область	6834	36	21	452	1	22	0	22	0	16
Псковская область	310	1	0	22	0	10	0	5	0	0
Ростовская область	3419	111	1	146	44	152	65	127	43	274
Рязанская область	1900	3	3	214	0	47	0	47	0	141
Саратовская область	7683	63	54	15	1	2	0	2	0	354
Сахалинская область	138	1	1	1	0	0	0	0	0	0
Свердловская область	30 233	180	90	1826	15	245	6	244	6	2008
Смоленская область	647	13	9	41	1	10	1	8	1	9
Тамбовская область	500	4	3	53	1	13	1	11	1	38
Томская область	899	4	4	72	0	7	0	5	0	66
Тульская область	4050	35	28	467	2	113	2	77	2	206
Тюменская область	7674	40	18	252	1	13	0	13	0	42
Ульяновская область	7380	76	64	541	6	110	2	56	0	405
Челябинская область	16 203	57	26	40	0	4	0	2	0	1330
Читинская область	1862	7	3	14	1	3	0	2	0	42
Ярославская область	1057	5	3	67	0	23	0	17	0	41
Москва	26 908	147	115	352	1	269	4	122	0	134
Санкт-Петербург	32 181	150	59	406	0	20	2	12	0	622
Республика Ингушетия	527	2	2	45	0	2	0	2	0	8
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	38	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.	68	4	1	5	1	3	1	3	1	1
Республика Хакасия	158	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	181	0	0	0	0	0	0	0	0	15
Ненецкий АО	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ямало-Ненецкий АО	1222	3	0	87	0	12	0	11	0	9
Ханты-Мансийский АО	10 294	41	20	742	1	32	0	32	0	703
Коми-Пермяцкий АО	29	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Итого:	369 998	2611	1307	12 938	196	2380	214	1653	142	16 141

* Всего детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, находящихся на диспансерном наблюдении до установления диагноза ВИЧ-инфекции

• **Уфа. 16.01.2007.** Изобретение уфимских химиков и фармацевтов дает надежду не только носителям ВИЧ-инфекции, но и больным СПИДом. За основу препарата взяли битулин, говоря по-простому, выжимку из березовой коры. Ученые трудились над изобретением три года. По прогнозам, он сможет полностью победить вирус иммунодефицита человека. Препарат уже запатентован. И сейчас завершаются его доклинические испытания в Новосибирском медицинском университете и закрытом институте «Вектор», где хранятся штаммы самых опасных вирусов на Земле. Уже установлено, что изобретение уфимских ученых мужей полностью уничтожает вирусы СПИДа вне организма — в пробирках. Новый медикамент опробовали на лабораторных мышках: зараженные СПИДом грызуны излечились после приема препарата. В этом году будут проводиться клинические испытания препарата на человеке: им попробуют лечить добровольцев — носителей ВИЧ и больных СПИДом. «К концу 2008 года наш препарат уже может появиться в аптеках. Аналога ему в мире пока нет, — рассказывает директор Института нефтехимии и катализа РАН Усеин Джамилев. — До этого лекарств от СПИДа не было — только препараты, которые могли, облегчая состояние больных, продлять им жизнь. До завершения всех испытаний мы избегаем шумихи вокруг своего изобретения, но мы в своем препарате уверены на 99%». Однако в санэпиднадзоре республики к изобретению отнеслись скептически. «Над лекарством от этого вируса десятки лет бьется весь ученый мир, — говорит замначальника отдела эпиднадзора ТУ Роспотребнадзора по РБ Зухра Шагиева. — Делать скоропалительные выводы и громко заявлять, что найдено лекарство от СПИДа, без серьезных клинических испытаний рановато. Вполне возможно, что испытанный на мышках препарат не даст хороших показателей на человеке. Хотя институт «Вектор» — очень серьезная организация и испытания там проходят на высшем уровне. Обычно после опытов на людях нужно выдержать 3–5 лет, чтобы выявить побочные последствия действия препарата. Иногда они бывают страшнее, чем сама болезнь. К тому же ВИЧ развивается в организме человека очень медленно, что еще отодвигает время широкого использования лекарства в лечении ВИЧ и СПИДа».

• **Ботсвана. 15.01.2007.** Беременные женщины с ВИЧ, которые принимали препарат неврирапин во время родов для профилактики передачи вируса ребенку, могут подождать шесть месяцев после родов — и после этого у них исчезнет резистентность (устойчивость) вируса к этому препарату, и в дальнейшем они могут принимать антиретровирусную терапию с неврирапином (Вирамуном). Это повышает шансы матерей, которые проходили подобную профилактику, на успешное лечение в дальнейшем. Неврирапин — самый дешевый препарат для профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку, который может назначаться во время родов. Он часто применяется в бедных регионах, так как он дешевле другого препарата для этой цели — зидовудина (Ретровира). Однако к неврирапину очень быстро образуется резистентность, она может возникнуть даже в результате однократного приема большой дозы во время родов. «Исследование показывает, что неврирапин все равно может применяться для дальнейшего лечения матерей, — считает Макс Эссекс, автор исследования, проведенного среди 218 женщин в Ботсване. — У 69% женщин, принимавших одну дозу неврирапина во время родов, образуется резистентность, а значит, препарат может потерять для них дальнейшую эффективность. А поскольку препарат дешев, он часто назначается в составе терапии первой линии уже для лечения ВИЧ-инфекции в тех же бедных странах. Если же препарат не защитит ребенка от ВИЧ, у малыша тоже может развиться резистентность к препарату. Однако по последним данным, если вирус не контактирует с неврирапином в течение шести месяцев после первой дозы, препарат снова становится эффективным для большинства женщин». В данном исследовании резистентность к неврирапину развилась у 42% женщин, начавших прием терапии с неврирапином сразу после родов, по сравнению с 12% тех женщин,

которые не получали препаратов в течение шести месяцев после родов. «Если вы можете подождать шесть месяцев или больше, прежде чем назначать антиретровирусную терапию с неврирапином, так и надо сделать, — говорит Эссекс. — Если нет, то нужна комбинация, в которую не входит неврирапин, а также родственные ему препараты. Если это сделать руководством для применения, то это может значительно улучшить здоровье женщин, которым нужно лечение ВИЧ-инфекции после родов».

• **Украина. 12.01.2007.** На Украине вступает в действие закон, в соответствии с которым все желающие вступить в брак должны обязательно пройти медицинское обследование. Закон подписан президентом Виктором Ющенко и является формальным утверждением изменений в семейный и гражданский кодексы Украины, внесенных 22 декабря прошедшего года Верховной Радой. Каких именно врачей должны будут проходить брачующиеся, какие анализы нужно будет сдавать и будет ли платным обследование, будет определять правительство. Текст закона предусматривает лишь «создание соответствующих условий для медицинского обследования молодоженов». Результаты такого медицинского обследования будут сообщаться только самим молодоженам, но в случае сокрытия сведений о состоянии здоровья, которые, в свою очередь, могут привести к ущербу для физического или психического здоровья одного из супругов, такой брак может быть признан недействительным. Кроме того, закон допускает проведение «неторжественной» церемонии регистрации брака. В некоторых случаях — таких как беременность невесты, рождение ребенка или существование непосредственной угрозы для жизни жениха или невесты — брак может быть зарегистрирован в день подачи соответствующего заявления или в любой другой день по желанию молодоженов. Многие на Украине высказывают сомнения в эффективности нововведения, учитывая коррумпированность и крайнюю коммерциализацию здравоохранения страны. В настоящее время Украина лидирует среди стран Восточной Европы по темпам увеличения количества инфицированных ВИЧ и СПИДом.

• **Индия. 10.01.2007.** «На одной из рыночных площадей города Мумбаи (бывший Бомбей) американский киноактер Ричард Гир вручил индийским путанам специальные награды в знак признания их активного участия в программах по борьбе с вирусом иммунодефицита», — передает агентство Рейтер. Оно вместе с тем не уточняет, каким именно образом женщины содействовали этим программам. «Вы уникальны! Это невероятный опыт. Это не может произойти ни в США, ни в Европе, ни в Азии», — Р. Гир. Кроме того, глядя на женщин, танцующих под непристойные болливудские песни, Гир настоятельно просил их предохраняться при занятиях сексом в целях борьбы со СПИДом. «Нет презерватива — нет секса», — кричал Гир в микрофон. Как сообщает агентство, около десяти тысяч проституток подхватили лозунг и выкрикивали его хором вместе с кинозвездой. Согласно данным ООН, в Индии зарегистрировано 5,7 млн. ВИЧ-инфицированных, что является самым высоким показателем в мире. По информации Рейтер, в Мумбаи проживают около 600 тыс. представительниц древнейшей профессии, среди которых есть и носители вируса. Многие из этих женщин не работают в публичных домах, что снижает эффективность программ по борьбе со СПИДом.

• **ОАЭ. 11.01.2007.** Новый тест на выявление ВИЧ, который можно провести вне клиники, появился в продаже в аптеках Эмиратов. На сегодняшний день он широко используется в Африке, Китае и Индии. Тест на СПИД «Aware Oral» стоимостью 125 дирхамов (34 USD), который поступил в торговую сеть Эмиратов, показывает результат в течение 20 минут и считается достоверным на 99,8%. Он прост в использовании и не является болезненным. В Арабские Эмираты экспресс-тесты на СПИД поставляются фирмой «Bin Salem Group» в рамках национальной кампании по борьбе со СПИДом.

8 800 200 5555

РАВНЫЙ-РАВНОМУ

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ-ПОЛОЖИТЕЛЬНОМУ

ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ

«ШАГИ»

www.hiv-aids.ru

С газетой «Шаги экспресс»



К здоровому образу жизни