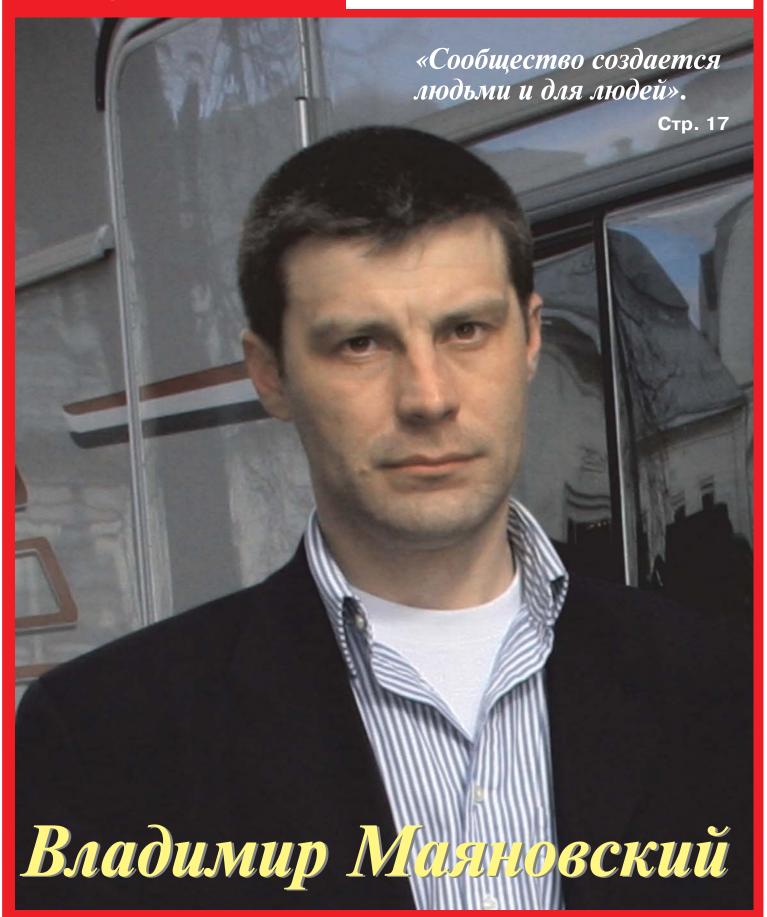
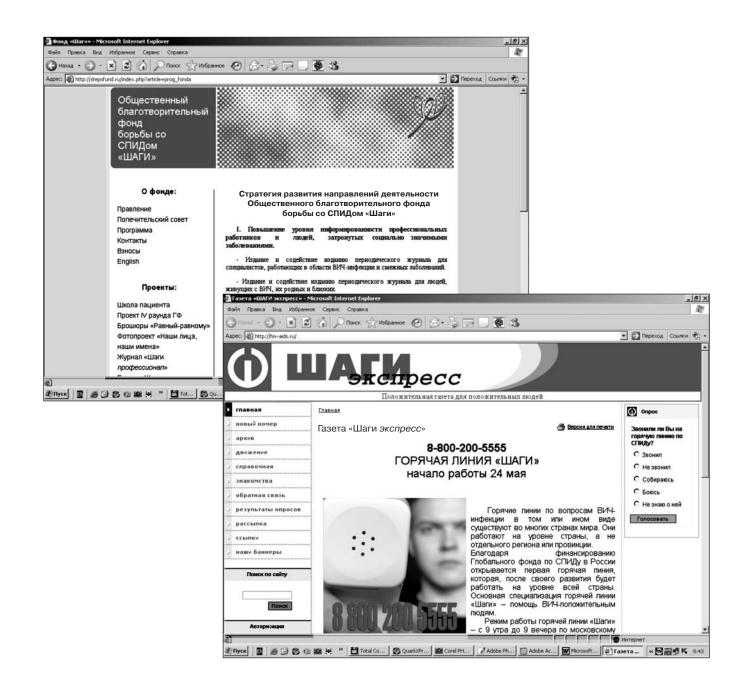
Nº 1/2008

профессионал





Сайты фонда «Шаги» и газеты «Шаги экспресс»

www.stepsfund.ru www.hiv-aids.ru

ШАГ *профессионал*

Журнал для специалистов, работающих в области ВИЧ/СПИДа и ассоциированных заболеваний

СОДЕРЖАНИЕ

| Хроника конца минувшего года | |
|--|-------|
| Как жить с ВИЧ в России? | 2 |
| Александр Выгузов: «Будьте внимательны к себе и своим друзьям» | 10 |
| Вадим Покровский: «Число ВИЧ-инфицированных в нашей стране может приблизиться к миллиону» | 14 |
| может приолизиться к миллиону» ———————————————————————————————————— | 17 |
| Владимир Маяновский: «Сообщество создается людьми и для людей» | 17 |
| Нормативы | |
| Решение «О результатах проверки реализации мероприятий по профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции в рамках реализации приоритетного национального проекта в Краснодарском крае, Санкт-Петербурге, Московской, Свердловской, Челябинской | |
| и Ленинградской областях» (от 30 ноября 2007 года) | 22 |
| Информационное письмо Департамента здравоохранения города Москвы от 07.11.07 | 26 |
| Протокол Совещания по подведению итогов работы по выполнению Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения по вопросам ВИЧ/СПИДа и гепатитов В и С (5—6 декабря 2007 года, Суздаль) | 27 |
| Обзоры | |
| Приверженность высокоактивной антиретровирусной терапии (BAAPT) среди потребителей инъекционных наркотиков: эффективные программы вмешательств (окончание) | |
| Ю.А. Саранков | 36 |
| Обзоры мировых медицинских журналов | 47 |
| Право | |
| Твои права | 65 |
| Нормативно-правовая база социальной защиты детей с ВИЧ-инфекцией и членов их семей | 70 |
| ООН в России | 75 |
| В помощь психологу | |
| Синдром эмоционального сгорания | 90 |
| Вести отовсюду | 9, 96 |

«ШАГИ профессионал» № 1 (11) 2008 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. Гудима, 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, ISSN 1990-4606.

Верстка и компьютерное обеспечение: РОФ «Шаги». Тираж 300 экз. Распространяется бесплатно.

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

Как жить с ВИЧ в России?

Сегодня в России зарегистрировано 400 327 случаев ВИЧ-инфекции. По количеству новых зарегистрированных случаев заболевания Россия остается на одном из первых мест в Центральной и Восточной Европе. Около 80% ВИЧ-инфицированных — молодежь.

Он-лайн-конференция, проведенная в РИА Новости 10 декабря 2007 года, была посвящена тому, как люди с диагнозом ВИЧ чувствуют себя в современном обществе, с какими проблемами в области этики и морали, прав человека и медицины они сталкиваются.*

На вопросы посетителей сайта rian.ru ответили: Бертил ЛИНДБЛАД — региональный директор ЮНЭЙДС (Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу) в Восточной Европе и Центральной Азии, Александр ГОЛИУСОВ — руководитель отдела по ВИЧ/СПИДу Роспотребнадзора, Светлана ИЗАМ-БАЕВА — победительница конкурса красоты для девушек с ВИЧ «Мисс Позитив».

Игорь (Санкт-Петербург): Почему руководство страны закрывает глаза на то, что Россия и Украина вышли на первое место по темпам роста ВИЧ/СПИДа в мире? И почему в России детям, рожденным с ВИЧ-инфекцией, до сих пор не присваивают инвалидность с рождения, как в других странах?

Александр Голиусов: Уважаемый Игорь немножко не владеет информацией. Руководство страны как раз уделяет очень большое внимание, особенно в последние годы, проблеме ВИЧ-инфекции, доказательством чему является Госсовет, который прошел в 2005 году. Кроме того, вопросы ВИЧ-инфекции поднимались нашим Президентом в рамках встречи «Большой восьмерки». В России с 2006 года действует Национальный приоритетный проект, в соответствии с которым любой нуждающийся человек может получить бесплатное дорогостоящее лечение ВИЧ-инфекции. И этот проект будет действовать до 2010 года. То есть он рассчитан на 5 лет, это не разовая акция.

Sergey: На какой стадии разработка антидота, и вообще, не готов ли он, а выпуск придерживают в коммерческих интересах?

Александр Голиусов: Наверное, имеется в виду вакцина, слово «антидот» для ВИЧ-инфекции не совсем правильное. Работа над вакциной ведется как в зарубежных странах, так и в РФ. Более того, в РФ уже есть кандидаты в вакцины, некоторые проходят первые стадии клинических испытаний. Но проблема создания вакцины чрезвычайно сложна. И, скорее всего, даже в ближайшие 5—6 лет вакцина, которая могла бы уже быть пущена в широкое применение, вряд ли будет создана. Слишком сложный процесс, слишком сложный вирус.

Наталья (Санкт-Петербург): Светлана, Вы мужественная девушка. Вы работаете? Где? Работодатели знают о вашем диагнозе? Спасибо.

Светлана Изамбаева: На сегодняшний день я нахожусь в декретном отпуске, работаю на ТНТ в передаче «СПИД. Скорая помощь». Я живу в Казани, провожу женские группы взаимопомощи для женщин, живущих с ВИЧ. Работодатели знают о моем диагнозе. Я занимаюсь этой проблемой.

Петр (Москва): Я — обычный менеджер. Могут ли меня уволить, если вдруг в моей крови обнаружится вирус? Обязан ли я сказать своему шефу?

Александр Голиусов: Уважаемый Петр, в соответствии с Федеральным законом РФ № 38, уволить Вас по причине ВИЧ-инфекции никто не имеет права. И Вы, естественно, никому не обязаны рассказывать о своем диагнозе. Однако существующая практика зачастую показывает, что вопросы стигматизации и дискриминации ВИЧ-инфицированных имеют место. И если работодатель увольняет ВИЧ-инфицированного, то он никогда не будет нарушать закон, чтобы не получить себе неприятности, а будет стараться любыми способами уволить по другим причинам. Поэтому очень трудно сказать, нужно ли ставить в известность своего шефа, это каждый должен решать сам, никаких обязанностей у Вас в этом отношении нет, Вы должны это определять сами. Иногда, может быть, лучше сказать, если знаешь, что получишь поддержку.

Бертил Линдблад: Существует специальное руководство для всех стран, подготовленное ООН — «ВИЧ-инфекция в контексте прав человека». Это, как сказал Александр Тимофеевич, есть и в законе № 38 РФ. Во всех странах, в принципе, есть законы, и они базированы на ру-

^{*} www.rian.ru/online/20071210/91717434.html



Александр Голиусов

ководстве ООН. И там прописаны все вопросы, касающиеся стигмы и дискриминации. Это важно в контексте защиты прав человека, а сегодня, между прочим, Международный день прав человека.

Светлана Изамбаева: Естественно, ВИЧ-инфекция для человека это кризис в жизни. Ему

нужно, чтобы его поддерживали. Очень хорошо, что есть некоммерческие организации, группы взаимопомощи, помогающие преодолеть стигму и дискриминацию, приобрести внутреннюю силу. И если у человека достаточно сил, чтобы после того, как его уволили с работы, говорить об этом открыто, то никто его не сможет дискриминировать и увольнять с работы, естественно. Важно, как ты сам к себе относишься.

Бертил Линдблад: Законы и руководства — это, конечно, не все. Очень важно, чтобы люди, руководство, правительство воплощали бы эти законы в жизнь. Это вопрос знания, образования. Вопрос ВИЧ на рабочих местах — это отдельный очень важный момент.

Ольга Александровна (Москва): Ребенок родился от ВИЧ-положительных родителей. До 3-х лет его наблюдали врачи. Он здоров. Воспитывается бабушкой. А что бы с ним было, если бы он оказался зараженным? И как поступают с такими детьми? Спасибо.

Светлана Изамбаева: Как поступают с такими детьми? А как вы бы поступили с такими детьми?

Александр Голиусов: Если бы ребенок оказался зараженным, то, безусловно, он получал бы лечение в любом случае, даже если бы мать оставила его в роддоме, а таких детей у нас, к сожа-

лению, тоже хватает. Ответ Светланы совершенно показателен, как ответ матери. Действительно, а что с ним делать — на улицу выбрасывать? Конечно, нет. И если родители отказываются от такого ребенка, заботу о нем берет на себя государство. Такие дети есть и в Москве, в Московском центре СПИДа, и в Санкт-Петербурге, и в других городах, к сожалению.

Светлана Изамбаева: Есть такие моменты, что в регионах России отказные дети живут в инфекционных больницах и никому не нужны, к сожалению. Государство их поддерживает, но самое страшное, что нет любви и ласки, так как нет рядом мамы. Очень хорошо, в данном случае, что ребенок воспитывается хотя бы бабушкой.

Михаил (Калуга): Является ли лечение платным? Как нужно поступить, куда обращаться, если результат анализа показал, что у меня ВИЧ?

Александр Голиусов: В РФ лечение ВИЧ-инфекции является бесплатным, как и диагностика. Чтобы получить квалифицированную диагностику и терапию, необходимо обратиться в центр по профилактике и борьбе со СПИДом по месту жительства. Телефон и адрес центра Вы можете узнать по телефону Горячей линии и на сайте Роспотребнадзора и любых других сайтах, связанных с проблематикой ВИЧ.

Сергей (Кострома): Вы не побоялись рожать. А если бы ребенок родился больным?

Светлана Изамбаева: Я не боялась рожать, я была очень рада, что я скоро стану мамой. И, благодаря всем профилактическим мероприятиям, которые я соблюдала во время беременности, я знала, что риск передачи вируса от матери к ребенку менее 1%. И я была уверена в том, что мой ребенок будет здоров. И сейчас, на данный момент, три анализа ПЦР — отрицательные. А если бы она родилась ВИЧ-инфицированной, то я ни в коем случае не отказалась бы от нее, была бы рядом и давала любовь мамы. Я сама живу с ВИЧ-инфекцией, и есть терапия, и я

Голиусов Александр Тимофеевич — руководитель отдела по ВИЧ/СПИДу Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Врач-эпидемиолог, работал в Управлении профилактики инфекционных болезней Минздрава. Занимается проблемой ВИЧ/СПИДа с 1991 года.

Бертил Линдблад — региональный директор ЮНЭЙДС (Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу) в Восточной Европе и Центральной Азии. В ЮНЭЙДС Бертил Линдблад занимался планированием и проведением исторической специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по вопросам ВИЧ/СПИДа в 2001 году. С июня 2004 года возглавил Объединенную программу ООН в России, а два года спустя стал региональным директором по странам Восточной Европы и Центральной Азии. До ЮНЭЙДС работал в ЮНИСЕФ и шведской организации «Save the Children». Швед по национальности, свободно говорит на английском, французском и русском.

Светлана Изамбаева — победительница конкурса красоты для девушек с ВИЧ «Мисс Позитив» (Москва), живет в Казани. Студентка экономического факультета сельхозакадемии Чебоксар Светлана обнаружила, что у нее ВИЧ, после случайного курортного романа. Она нашла в себе силы жить, активно работать в области профилактики ВИЧ/СПИДа, влюбиться, выйти замуж и родить здоровую дочку Еву-Марию. Сегодня Еве-Марии 8 месяцев. Светлана организовала и ведет в Казани группу поддержки женщин с ВИЧ.



Бертил Линдблад

уверена, что, благодаря препаратам, я умру только от старости.

Александр Голиусов: Светлана совершенно права. Самое главное, что она вовремя получила информацию о том, что при современном состоянии здравоохранения в России любая ВИЧ-инфицированная женщина в 99,9 случаев

может родить здорового ребенка, если она соблюдает все предписания врачей. А то, что она сказала, что умрет от старости, это, скорее всего, правда, потому что у нас есть случаи, и не единичные, когда люди имеют ВИЧ-инфекцию больше 15 лет. Все знают о заражении грудных детей в Элисте в 1989 году, 20 лет назад. Так вот, сейчас некоторые из этих детей уже выросли, стали взрослыми, имеют собственных здоровых детей и достаточно успешную карьеру. Поэтому СПИД — это, конечно, тяжелое заболевание, но в современных условиях можно принимать терапию и оставаться и по качеству жизни, и по отношению к ней точно таким же человеком, как и те, кто не имеет ВИЧ-инфекции.

Александра (Екатеринбург): Расскажите, пожалуйста, поподробней, как матери с ВИЧ не заразить плод во время беременности?

Светлана Изамбаева: Вертикальная профилактика ВИЧ-инфекции от матери к ребенку имеет три этапа: первый – женщина с 16-й недели беременности принимает антиретровирусные препараты; второй - во время родов женщине также вливают внутривенно, и она пьет антиретровирусные таблетки. Ребенку в течение первых 72-х часов и первые полтора месяца дают детский сироп АРВ; и третий – женщина ни в коем случае не должна кормить грудью. Почему женщина пьет АРВ-препараты? Чтобы снизить вирусную нагрузку до неопределяемого уровня (количество вируса в крови). Если количество вируса в крови на момент родов неопределяемо, то она рожает самостоятельно. ВОЗ рекомендует делать кесарево сечение, чтобы дополнительно сократить риски. Но и оно не гарантирует на 100%.

Оксана (Красноярск): Добрый день! Проблема СПИДа была всегда и до сих пор ее пытаются решить. Какие методы борьбы Вы считаете наиболее эффективными: информирование, предупреждение, либо запугивание граждан последствиями? Спасибо.

Бертил Линдблад: Я хотел отметить три очень важных момента: профилактика, лечение и ус-

луги. Надо, чтобы люди знали, что это такое -ВИЧ и СПИД, потому что это разные вещи. И как можно защититься от вируса, от инфекции. ВИЧ-инфекция – потенциальная угроза для всех, не важно - кто ты, где живешь, чем занимаешься. Мы все живем в одном мире с ВИЧинфекцией. Распространение информации в рамках разных программ в России очень важно. Александр Тимофеевич обратил внимание на Горячие линии, это очень хороший опыт во всех странах. Горячие линии появились 25 лет тому назад, это было до Интернета. В Америке, во Франции, в Швеции – с начала эпидемии использовались Горячие линии, передачи по радио, по телевидению, плакаты, брошюры. И мы тоже считаем, что это очень важно - доносить правильную информацию в школы, по месту работы, потому что сегодня у нас антиретровирусные препараты помогают, но пока вакцины нет. Поэтому самое главное в профилактике – остановить темпы роста эпидемии.

Александр Голиусов: Я бы хотел добавить. Безусловно, информирование и знание, это краеугольный камень в профилактике ВИЧ-инфекции, но чрезвычайно важно помнить еще и о менталитете, о той нравственной среде, которая сложилась в том или ином народе, в частности, в российском народе. Ведь не достаточно просто знать, надо еще изменить свое отношение. Все знают, что курить вредно, но бросают единицы. Поэтому здесь чрезвычайно важно нравственное отношение, чтобы люди меняли свою психологию, свой менталитет по отношению к тем, кто стал ВИЧ-положительным. И здесь надо просто помнить о том, что ты можешь в любой момент оказаться в этой когорте. И соответственно относиться к этому.

Бертил Линдблад: Иногда сложно донести информацию о рисках. Вообще самое большое количество ВИЧ-инфекции в мире передается половым путем. Поэтому надо более открыто говорить о сексуальной жизни, это не всегда так просто, но это важно, чтобы была информация, и правильная информация. Например, безопасный секс, что это такое? Важный момент, необходимо минимальное количество партнеров, использование презервативов, и так далее. Это один момент. Второй момент – это вопрос здоровья. Александр Тимофеевич рассказал, что мы знаем, что курить это нехорошо. То же касается потребления наркотиков – тоже нехорошо. Это очень важный момент, особенно в регионах (России и СНГ), потому что очень много случаев ВИЧ-инфекции связаны с потреблением наркотиков.

Светлана Изамбаева: И ни в коем случае не запугивание граждан последствиями, потому что у людей много страхов, даже не связанных с ВИЧ-инфекцией: страх смерти, болезни, мно-

гие люди живут в страхе. И запугивание — это еще больший страх, и благодаря этому возникает агрессия. И люди перестают понимать, что ВИЧ-инфекция может коснуться и их. Естественно, люди с ВИЧ-инфекцией, так как они не имели информации, считают, что они не такие как все, и они сами себя стигматизируют, изолируют. В какой-то момент во время консультации одна девушка с ВИЧ сказала: «Нас надо расстрелять». Очень бы хотелось, чтобы люди понимали, что ВИЧ-инфекция — это не приговор. И что с ВИЧ можно полноценно жить, качественно работать и радоваться жизни.

Наталья Олешкина (Владимир): Здравствуйте! Скажите, пожалуйста, а можно ли заболеть СПИДом без заражения? То есть, может ли возникнуть в организме эта болезнь без передачи вируса?

Александр Голиусов: Очень хитрый вопрос. СПИД расшифровывается — синдром приобретенного иммунодефицита. И действительно, иммунодефицит, то есть снижение иммунитета может возникнуть не только за счет ВИЧ-инфекции, но и по другим причинам. Радиоактивное облучение, химические ядовитые препараты также могут быть причиной резкого снижения иммунитета. Но это не относится к теме сегодняшней конференции. Мы говорим о том СПИДе, о том снижении иммунитета, которое вызывает вирус иммунодефицита.

Екатерина (Москва): Сколько вирус живет вне организма?

Александр Голиусов: Вирус иммунодефицита очень нестоек. И вне организма он нежизнеспособен. Поэтому бояться, что можно получить его в транспорте, в бассейне, в туалете — где угодно (бытовым путем) — не стоит. Заразиться можно только при прямом «кровяном» контакте, когда кровь попадает в кровь, или при половых отношениях, или при введении наркотиков общим или нестерильным инструментом.

Артем (Москва): Добрый день! Я много раз слышал выражение «Посол доброй воли». Скажите, кто может им стать? Могу ли я хоть как-то внести свой вклад в борьбу с ВИЧ или помочь уже больным людям?

Бертил Линдблад: Этот термин «Посол доброй воли» появился 25 лет тому назад, когда был зафиксирован первый случай ВИЧ-инфекции в Америке. Проблема в том, как мы говорили, что люди боятся. И вдруг известный человек понимает проблему и участвует в ее решении. Поэтому разные организации вовлекают известных людей: актеров, спортсменов, певцов, и они помогают. С плакатов, по телевидению они говорят о ВИЧ-инфекции, профилактике и так да-

лее. Артем, Вы тоже, конечно, можете как доброволец помогать, это очень важно. Есть много организаций, есть негосударственные группы помощи, добровольные. Молодцы все люди, которые помогают.

Александр Голиусов: А куда обратиться? Если хотите внести свой вклад, пожалуйста, наберите в Интернете «ВИЧ-инфекция», найдите сайты и увидите тысячи активистов, которые работают в неправительственных организациях. Присоединяйтесь.

Элла (Челябинск): Светлана, здравствуйте. Нелегкая судьба. Скажите, как Вы справились с осознанием того, что Вы больны, Вам помогали близкие люди? Были ли люди, которые из-за боязни быть зараженными, отвернулись от Вас? Вы молодец! Что бы Вы посоветовали людям, зараженным ВИЧ, для того, чтобы верить и продолжать бороться?

Светлана Изамбаева: Дорогая Элла! Огромное спасибо, что Вы меня поддерживаете. И Вы не представляете, как это важно для всех людей, живущих с ВИЧ — просто поддержать, просто протянуть руку помощи, просто сказать добрые слова. А всем людям, живущим с ВИЧ, я бы сказала, что нужно любить себя, людей, относиться с любовью и пониманием друг к другу — не только к людям, живущими с ВИЧ, а ко всем. И благодаря этому мы сможем как-то противодействовать эпидемии.

Павел (Челябинск): Здравствуйте! Сколько можно прожить с момента заражения ВИЧ при бесплатном лечении?

Александр Голиусов: Прожить можно неопределенно долго и умереть совсем от другого, если Вы следуете советам врача и принимаете APB-терапию.

Василий Богачев (Москва): Здравствуйте! Скажите, пожалуйста, с чем связано то, что вирус поражает только организм человека и человекообразных обезьян, но не поражает иных млекопитающих?

Александр Голиусов: Это связано с особенностью вируса. И объяснять это очень долго, потому что это зависит и от клеток и рецепторов на этих клетках крови, к которым прикрепляется вирус, и от сродства вируса к ДНК человека и высших приматов. Но аналогичные инфекции



Светлана Изамбаева

есть и у других животных, например у кошачьих тоже есть свой вирус, вызывающий СПИД.

Наталья: Какие основные препятствия Вы видите в организации процесса обеспечения лечением людей, живущих с ВИЧ, сейчас, когда по идее финансовый вопрос как бы решен?

Александр Голиусов: На сегодняшний день основным препятствием в эффективной APB-терапии является информированность и желание самих ВИЧ-инфицированных обратиться в центр СПИДа и получать эту APB-терапию. И еще одно, очень важное препятствие — это то, чтобы те, кто начал терапию, не бросали бы ее. К сожалению, по разным причинам до 10% пациентов прекращают прием APB-терапии.

Ирина (Москва): Уважаемая Светлана, скажите, пожалуйста, как Вы нашли в себе силы не сойти с ума после такого диагноза? Кто Вас поддерживал? Кто помогал морально? Ведь в нашей стране, даже при такой активной информированности о ВИЧ, не все люди образованны, а те, кто образован, не всегда готовы понять, что ВИЧ-инфицированный точно такой же человек, как и все остальные.

Светлана Изамбаева: Самую первую поддержку мне оказали люди, живущие с ВИЧ. Я приехала на тренинг и увидела сотню ВИЧ-положительных людей со всей России с активной жизненной позицией. И я зажглась. Это меня очень сильно поддержало.

Олеся (Москва): Добрый день! Скажите, есть ли сильнодействующая вакцина от СПИДа? Если да, то где ее приобрести, если нет, то что делается в этом направлении? Спасибо.

Александр Голиусов: К сожалению, до настоящего времени эффективной вакцины против ВИЧ-инфекции не создано и в ожидаемой перспективе на это уйдет от 5 до 10 лет. В России такие работы ведутся, создан концерн научных учреждений, которые занимаются разработками вакцины. В него входят научные учреждения Москвы, Санкт-Петербурга и Новосибирска. Отечественные лекарства также создаются и разрабатываются в рамках Федеральной целевой программы и на сегодняшний день четыре фармацевтических предприятия выпускают отечественные препараты. Соответственно проходит и испытание тех препаратов, которые запускаются в производство.

Меркулов Александр (Киев): Светлана! Расскажите, пожалуйста, если можно о Вашей семье. О родных, о муже... Он настоящий мужчина!

Светлана Изамбаева: Мой муж тоже с ВИЧ. Но это для меня не было важно, потому что, в

первую очередь, я вышла замуж по любви. Я очень люблю свою семью, обожаю своего ребенка. Нашей Еве-Марии сейчас 8 месяцев.

Горьков Николай Николаевич (Хотьково, Сергиево-Посадский район): У меня проблема — я инвалид и федеральный льготник, ВИЧ-инфицированный. Почему Сергиево-Посадский департамент здравоохранения отказывает в обеспечении антиретровирусными препаратами, не говоря уже о том, что обеспечение льготных рецептов лекарствами по 122-му закону — катастрофическое?

Александр Голиусов: Уважаемый Николай Иванович, обеспечение APB-препаратами бесплатно и ответственность за назначение и обеспечение препаратами несет Московский областной центр СПИДа. На нашем сайте Вы можете узнать его телефон и адрес. Обратитесь туда, если помощи оказано не будет, немедленно сигнализируйте нам. То, что касается обеспечения льготных рецептов, то APB-препараты поставляются по Национальному приоритетному проекту и отношения к дополнительному льготному обеспечению не имеют.

Римма: Недавно прочитала, что уже второй человек в мире самопроизвольно излечился от СПИДа. Это правда? Исследуют ли их врачи? Что говорят по этому поводу?

Александр Голиусов: К сожалению, самопроизвольного излечения от СПИДа документально не зарегистрировано. Имеют место случаи, когда люди, имея постоянный контакт с инфицированным материалом, не заражаются ВИЧинфекцией. В среднем по миру таких людей от 2 до 5%. Их действительно исследуют, и надежды ученых, связанные с созданием вакцины, в первую очередь, базируются на возможности найти в крови этих людей какие-то факторы, которые препятствуют жизнедеятельности и размножению вируса.

Мария (Москва): Скажите, пожалуйста, нужно ли рассказывать детям и с какого возраста о способах передачи заболевания и методах профилактики его возникновения. Нужно ли проводить это в школе и в какой форме лучше всего?

Светлана Изамбаева: Профилактические мероприятия, естественно, очень важны, потому что, в основном, люди, живущие с ВИЧ, — это молодое поколение. И очень важно доносить с 6—8 класса о том, что такое ВИЧ, что такое СПИД, и о том, что с ВИЧ-инфекцией можно жить (это тема толерантности).

Бертил Линдблад: Очень, очень важно. Да, Мария, надо рассказывать детям в школах. Конечно, это немножко по-разному, это не та же

информация, что дается пятому, шестому классу, мы адаптируем информацию, но главное, что она для всех. И между прочим, все вопросы, что касается толерантности, стигмы и дискриминации.

Руслана: Есть ли у нас законодательные ограничения на профессиональные виды деятельности для ВИЧ-положительных?

Александр Голиусов: Законодательных ограничений на профессиональную деятельность при ВИЧ-инфекции нет. Есть ограничения на возможность быть донором. И, если здоровье ВИЧ-инфицированного, имеется в виду физическое здоровье, позволяет ему быть пригодным к профессии (моряк, летчик и так далее), то он не ограничен в правах заниматься такой профессиональной деятельностью.

Владимир (активист, Санкт-Петербург): К кому обращаться по поводу дискриминации со стороны медперсонала?

Александр Голиусов: При дискриминации со стороны медперсонала в первую очередь надо обращаться к руководителю учреждения, где этот персонал работает, и, в случае неадекватной реакции, надо защищать свои права через прокуратуру и суд, добиваясь наказания виновных и компенсации за нанесенный ущерб. Только так можно заставить людей в белых халатах соблюдать ту ответственность, которую они сами на себя взяли. Любой медицинский работник обязан оказывать медицинскую помощь ВИЧ-инфицированным наравне со всеми остальными пациентами. Как правило, как только Вы заявляете о желании отстаивать свои права, проблемы быстро исчезают. Не бойтесь отстаивать.

Владимир (активист, Санкт-Петербург): Когда я был в Уфе, я был в шоке. Существует только Республиканский СПИД-центр, городского нет. Здание очень маленькое, всего 2 кабинета инфекционистов, по 2 врача в кабинете — ни о какой конфиденциальности не идет и речи. Неквалифицированные специалисты — врач-инфекционист, назначающий лечение, с трудом говорит по-русски, пришел в республиканскую структуру работать из районного фельдшерского пункта. Врач-акушер — гинеколог (72 года) постоянно говорит о скорой смерти, что ребенок будет больным и т.д. После чего женщин практически невозможно отговорить от аборта и вытащить из глубокой депрессии.

Александр Голиусов: К сожалению, не везде медицинское обеспечение осуществляется на должном уровне. Что касается конкретного примера о том, что медицинский работник проводит политику, направленную на сокращение посещений и числа женщин, которые бы рожа-

ли, говорит, в первую очередь, о его собственном страхе, невежестве и незнании. И, мне кажется, что это должно быть одним из предметов для пристального внимания и разбирательства Башкирского республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом.

Владимир (активист, Санкт-Петербург): Существуют коммерческие предложения по лечению ВИЧ/СПИДа довольно сомнительными способами. В Новосибирске главврач пропагандирует альтернативное лечение: термолечение и серебряные клизмы. Вы знаете о подобных предложениях и как реагировать на подобные ситуации?

Александр Голиусов: Уважаемый Владимир, учитывая, что проблема ВИЧ затрагивает миллионы людей и является очень сложной, имеют место различные способы и попытки предложить новые методы лечения. Что касается «серебряных клизм», несмотря на то, что я занимаюсь ВИЧ-инфекцией с 1989 года, в первый раз слышу о таких методах. Термолечение действительно позволяет снизить концентрацию вируса в крови, но безусловно менее эффективно и более тяжело переносится организмом, чем гипертермия. Что касается новых средств и методов, они появляются ежегодно. Рекомендую использовать только те, которые прошли апробацию и разрешены в установленном Минздравом порядке. За все остальные ответственность несет тот, кто их предлагает.

Вячеслав (Москва): Как обстоят дела с профилактикой ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов и какую работу проводят власти по данному вопросу?

Александр Голиусов: Уважаемый Вячеслав, что касается трудовых мигрантов, то в первую очередь опасность представляем мы для них, а не они для нас, так как, по данным мониторинга, мигранты, приезжающие в Россию, находятся здесь в отрыве от свойственной им среды, отрыве от семьи, вступают в половые контакты, либо вовлекаются в употребление наркотиков, и, в основном, заражаются здесь, привозя инфекцию в свои страны. Вопрос чрезвычайно важный, чрезвычайно острый.

Бертил Линдблад: Это очень важный вопрос, поэтому мы планируем собрать Координационный совет по ВИЧ-инфекции стран СНГ, чтоб обсудить вопрос ВИЧ-инфекции в контексте миграции. Ориентировочно это будет в первой декаде февраля 2008 года.

Владимир (активист, Санкт-Петербург): Почему на профилактику выделается так мало средств? Ведь лечение лишь устраняет последствия, но не предотвращает развитие эпидемии?

Александр Голиусов: Скорее всего, потому, что лечение и диагностика дают быстрый и очевидный результат, в то время как профилактика — очень сложный, длительный и тяжелый процесс, процесс изменения поведения, который тяжело прокалькулировать и показать быстрый и очевидный успех. Вы совершенно правы, лицам, принимающим решение о финансировании, тоже нужно менять свой менталитет и начинать реагировать на ситуацию, финансируя безусловно важные, но не такие красочные и успешно-показательные мероприятия, как диагностика и лечение.

Гюльнара (Москва): Добрый день! Все иностранные граждане для получения разрешения на работу в России проходят обязательное медицинское обследование на наличие ВИЧ. И только при отрицательном результате анализа могут подавать заявку на получение права на работу. Не считаете ли Вы это ущемлением прав человека? Как защитить людей, которые оказываются ВИЧ-положительными? Спасибо.

Александр Голиусов: Требования к мигрантам, получающим права на работу, установлены законодательством. И если человек не определяется на работу, а находится на территории РФ в течение трех месяцев, ему не надо никаких ни сертификатов, ни подтверждений, ничего остального. То, что это дискриминационная мера — это действительно так. Но практически все страны мира имеют аналогичное законодательство.

Воронов Юрий: Действительно ли презервативы не являются 100%-ным защитным средством от СПИДа?

Александр Голиусов: Уважаемый Юрий, действительно, они не защищают на 100%. Может быть, они защищают на 98%. Но какая разница. Ремень безопасности в автомобиле также не защищает на 100%, так же, как и подушка безопасности, и шлем мотоциклиста. Но здравомыслящие люди, которые заботятся о своей безопасности, все-таки используют эти приспособления.

Бертил Линдблад: Презерватив — самый лучший предмет для предотвращения заражения. Советуем пользоваться.

Владимир (активист, Санкт-Петербург): В прошлом году был скандал по поводу отмены стандартов лечения. Только люди из сообщества отреагировали на неадекватность приказа. Как сделать, чтобы система закупок стала более прозрачной и к ней можно было бы иметь доступ?

Александр Голиусов: Уважаемый Владимир! При всем уважении к неправительственным организациям, хочу заметить, что основную роль

во внесении изменений в стандарт и выпуске новых стандартов играл и играет Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. Что касается системы закупок и ее прозрачности, то, в соответствии с действующим законодательством, приобретением и поставкой препаратов и диагностикумов по ВИЧ/СПИДу занимается Росздрав, информация о закупках размещается на соответствующих сайтах и контроль ее вполне возможен. Также вполне доступна информация о фирмах, выигравших конкурсы, и ценах, которые были заплачены за те или иные препараты.

Владимир (активист, Санкт-Петербург): Собираются ли агентства ООН запускать программу подобную «3 к 5»? Такое ощущение, что никаких разработок не ведется.

Александр Голиусов: « 3×5 » — это была инициатива, которая обозначала, что к 2005 году должны получать терапию не менее 3×10^{-5} млн человек по всему миру.

Бертил Линдблад: Эта инициатива была принята после первого заседании Генеральной ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу в 2001 году, где была принята декларация о профилактике, лечению и услугах. После совещания были начаты действия «3 к 5» под руководством ВОЗ, чтобы обеспечивать доступ к лечению и АРВ-препаратам как можно быстрее. Сейчас мы говорим об универсальном и всеобщем доступе к профилактике, лечению и услугам. Потому что они все вместе – ключевые компоненты в борьбе с ВИЧ-инфекцией. Сейчас все страны еще более внимательно смотрят на доступ к профилактике, лечению. И практически все страны мира поставили целью обеспечить универсальный доступ к 2010 году.

Мария (Москва): Добрый день! Подскажите, что делать, если я беременна на 5-м месяце и у меня обнаружили ВИЧ? Отразится ли инфекция на ребенке?

Светлана Изамбаева: Дорогая Мария! Вам необходимо начать принимать антиретровирусные препараты. Об этом Вам расскажут специалисты центра СПИДа по Вашему месту жительства. Мы уже отвечали на вопрос, отразится ли это на ребенке. Если Вы будете соблюдать все профилактические мероприятия, то риск практически сведен к нулю.

Юля: Состоите ли Вы в каком-либо сообществе людей, которых постигло такое же горе в жизни?

Светлана Изамбаева: Да, во Всероссийском сообществе людей, живущих с ВИЧ, также в Приволжском сообществе людей с ВИЧ, и так-

же существует Международное сообщество женщин, живущих с ВИЧ. Можете посмотреть на сайтах poz.ru и aids.ru.

Василий: Как часто надо проверяться на СПИД?

Светлана Изамбаева: Все зависит от того, какую жизнь вы ведете. И если у Вас были беспорядочные половые связи, и Вы употребляете наркотики, то необходимо проверяться каждые три месяца.

Роман Темников (Москва): Добрый день! Чем отличается ВИЧ от СПИДа? И какие симптомы? Спасибо.

Светлана Изамбаева: Добрый день, Роман. ВИЧ — это вирус иммунодефицита человека. И заражаются ВИЧ-инфекцией, а не СПИДом. СПИД — это последняя стадия ВИЧ-инфекции. Из стадии СПИДа, если вовремя начать принимать АРВ-препараты и лечение оппортунистических заболеваний, можно вновь перейти в стадию ВИЧ и жить полноценной жизнью.

Железный Петр: Существуют ли какие-нибудь профилактические лекарства от СПИДа?

Бертил Линдблад: Уважаемый Петр! Мы говорили много о ВИЧ, но профилактического лекарства нет. И мы также сказали, что пока вакцины нет. Но нужно сказать, что сейчас самое важное и лучшее профилактическое лекарство — это знание о ВИЧ-инфекции и способах ее передачи.

Сергей (Москва): Если поставлен диагноз — СПИД, каковы должны быть первые шаги больного?

Светлана Изамбаева: Уважаемый Сергей, возможно Вы спрашиваете, если поставлен диагноз ВИЧ-инфекция, потому что ставится сначала диагноз ВИЧ. Первые шаги, если учитывать медицинский фактор, это сдача анализов на иммунный статус и вирусную нагрузку. Это можно сделать в СПИД-центрах по месту жительства. Обследование бесплатное. Если учитывать психологический и социальный аспект, то первые шаги человека, живущего с ВИЧ, — это группа взаимопомощи, консультации психолога, психотерапевта, возможно, юриста, то есть что необходимо человеку на данный момент. Естественно, важно общение с такими же, как ты, и поддержка близких людей.

Владимир (Уренгой): Светлана, Вы молодец, Вы нашли в себе силы реально оценить ситуацию и не опустить руки. Вы живете нормальной полноценной жизнью и помогаете другим людям! Спасибо и низкий поклон Вам за Ваше мужество!

Светлана Изамбаева: Владимир, огромное Вам спасибо!

Ирина (Оренбург): Добрый день. Через какое время происходит заражение ВИЧ?

Светлана Изамбаева: Добрый день, Ирина. Заражение ВИЧ-инфекцией происходит в течение первых 72 часов, и очень важно, если у Вас был половой контакт без презерватива, либо он оказался поврежденным, необходимо обратиться в центр СПИДа и получить экстренную помощь для профилактики. В этом случае можно избежать заражения. Но важно помнить, что это нужно сделать в течение 72 часов. К таким средствам прибегают врачи, которые имеют контакт с людьми с ВИЧ при операциях.

Завершающее слово

Бертил Линдблад: Я очень рад слышать, что у вас так много вопросов. К сожалению, у нас нет времени ответить на все, но тот факт, что так много вопросов, означает, что люди во всех регионах — Сибирь, Петербург, Уфа, Новосибирск хотят знать больше о проблеме. Были серьезные вопросы, касающиеся профилактики, лечения и информирования, – желание уточнить, знать больше, где искать помощь, поддержку, как общаться с организацией и людьми и, конечно, в какие органы здравоохранения РФ обращаться. Как мы сказали, и Светлана, и Александр Тимофеевич, советуем всем искать информацию в Интернете на сайтах: www.poz.ru, www.stopspid.ru, www.unaids.ru, www.infoshare.ru. Спасибо всем за вопросы.

Светлана Изамбаева: Эпидемия ВИЧ/СПИДа приобрела очень серьезный размах. Каждый день в России заражается 100 человек. Из них 80% — молодые люди. И эта проблема вышла за пределы асоциальных слоев населения. Сейчас это девушки, которые выходят замуж девственницами и заражаются ВИЧ. И очень важна информированность населения и о ВИЧ/СПИДе, то есть профилактике, и о том, что человек, живуший с ВИЧ, ничем не отличается от обычного человека, он такой же гражданин, и его надо любить и уважать. И самое важное - помнить о взаимодействии организаций: некоммерческих и государственных, потому что, если мы будем работать вместе, слаженно и сообща, только таким образом мы сможем противостоять этой эпидемии. И огромное вам спасибо за все те вопросы, которые вы задаете.

Бертил Линдблад: Только вместе мы сможем победить эту болезнь.

Александр Голиусов: Спасибо всем большое за очень важный диалог. Такие диалоги нужны и важны.



Александр Выгузов:

«Будьте внимательны к себе и своим друзьям»

Число зарегистрированных ВИЧ-положительных южноуральцев на сегодняшний день перевалило 20-тысячный рубеж. Челябинская область занимает седьмое место среди регионов России по количеству ВИЧ-инфицированных. Каждый месяц на Южном Урале выявляется от 140 до 200 носителей вируса. Однако очевидно, что эта статистика — лишь вершина айсберга.

Насколько реальна угроза заражения для каждого из нас? Как защитить себя? Может ли ВИЧ-инфицированная женщина родить здорового ребенка? Появится ли у человечества вакцина против ВИЧ? На эти и другие вопросы отвечал Александр Петрович ВЫГУЗОВ, главный специалист по ВИЧ-инфекции, начальник отдела профилактики Областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом, в он-лайн-конференции, которая прошла 4 декабря на «Chelyabinsk.ru»*.

Миша: Уважаемый Александр Петрович, кто чаще болеет ВИЧ: мужчины или женщины, есть ли предрасположенность полов к этому заболеванию?

А.В.: Восприимчивость к ВИЧ абсолютная у каждого человека, разницы по полу и по возрасту нет. Заражение ВИЧ зависит от поведения конкретного человека: незащищенные половые контакты, употребление наркотиков.

Лена: Здравствуйте! У меня такой вопрос: о СПИДе говорят и пишут очень много, но ни у меня, ни у моих друзей и близких нет знакомых, зараженных этой инфекцией. Может это просто выдумка врачей и чиновников для отмывания денег?

А.В.: В Челябинской области не осталось ни одной деревни, ни одного пяти- или девяти- этажного дома, где бы не жили ВИЧ-инфицированные люди. Например, на северо-востоке Челябинска есть восьмиподъездная девятиэтажка, в которой живут 49 носителей вируса. Лена, будьте внимательны к себе и своим друзьям. Если захотите узнать информацию более конкретную, то позвоните по телефону 724-4079.

Ирина: Почему, вне зависимости от диагноза (даже если у тебя банальная молочница), в платных клиниках сначала просят сдать анализы на ВИЧ (которые стоят 3—4 тысячи)?

А.В.: Молочница — кандидоз — это инфекция, которая передается половым путем, таким же путем передается и ВИЧ. Анализы на ВИЧ-инфекцию в нашей стране бесплатные. В клинике должны обеспечить это.

Сергей: Нужно ли пользоваться презервативом при оральном контакте с непроверенным партнером? Возможно ли заразиться таким путем? (Слышал, что вирус СПИДа не живет во рту).

А.В.: Секс в любой форме должен быть защищенным. Заразиться можно легко!

Анна: Возможно ли заразиться ВИЧ при «французских» поцелуях и других видах петтинга? Способствуют ли этому язвочки, раны или покусы на коже?

А.В.: Там, где возможно присутствие крови, заражение происходит очень легко.

Олег Иванович: Читал, что есть способ экстренной защиты от ВИЧ. Сейчас хотя бы снег шприцы засыпал, а то у нас недалеко от двора они, как листья осенние лежали — не дай Бог дети возьмут поиграть. Да даже брать не надо — побежал, упал, уже можно на шприц наркоманский наколоться. Можно ли в этом случае что-то экстренно сделать, чтобы не заразиться? Куда бежать? В течение какого времени надо применить?

А.В.: Первое, что можно сделать — убить ВИЧ и другие вирусы на месте входных ворот: обработать любым спиртом, любой щелочью, кислотой (борная, соляная — 1%). Это надо сделать немедленно. Если это была игла наркомана, зараженного ВИЧ, надо обратиться в центр СПИДа и принять решение о лекарственной профилактике продолжительностью один месяц. Сегодня эта профилактика бесплатная. Начинать ее надо в течение первых двух часов после контакта и не позднее 72 часов после контакта и не позднее 72 часов после него. Адреса центра СПИДа: ул. Пекинская, 7 — Областной центр; ул. Черкасская, 2 — Клиника медакадемии (круглосуточно).

^{*} www.chelyabinsk.ru/conference/vyguzov.html

Ольга Вячеславовна: Здравствуйте, Александр Петрович. Несколько раз в год в стране оказывается врачи заражают пациентов ВИЧ. Как такое вообще возможно?! Как защитить себя, своих близких — все равно приходится в больницу ходить.

А.В.: После 1980 года ни одного случая заражения людей при оказании помощи не зарегистрировано, кроме случаев переливания крови. В мире 100%-ную безопасность донорской крови никто не может обеспечить.

Я: В нормальной поликлинике при сдаче крови в кабинете висит объявление: «На сдачу приходить с одноразовыми перчатками». Но это в нормальной — в любой больнице, поликлинике медсестра в одних перчатках обслуживает десятки пациентов. То же и в районной стоматологии — поковырялась стоматолог во рту у одного, обработала перчаточки и в рот к другому. Я не врач, но это, на мой взгляд, просто неправильно. Можно из тех денег, которые выделялись на борьбу с ВИЧ, часть направить на закупку одноразовых перчаток и просто уважать пациентов?

А.В.: Перчатки в процедурном кабинете являются одноразовыми и могут быть использованы для оказания помощи одному пациенту. Будьте внимательны к самим себе и к окружающим.

Виктория Кириллова: Слушала, что в последнее время заболеваемость СПИДом выросла в несколько раз среди социально защищенных слоев населения. Это раньше ВИЧ считался проблемой наркоманов и людей неблагонадежных. С чем связано его повсеместное распространение? И перечислите, пожалуйста, еще раз все способы заражения.

А.В.: Можно с этим утверждением согласиться. В Челябинске наступила стадия генерализованной эпидемии, которая касается сегодня каждого, кто создает семьи, кто планирует и рожает детей и кто продолжает потреблять наркотики.

Егор: Не первый раз встречаю информацию, что ВИЧ и СПИД — это мистификация. Вирус никто не видел, «в руках не держал», диагноз ставят только по наличию антител. А умирают не от СПИДа, а от тяжелых форм гепатита, туберкулеза, гриппа, в конце концов. И звучит такая точка зрения вполне убедительно. Так ли это?

А.В.: На самом деле умирают от гепатита, туберкулеза, гриппа, связанного с тяжелым вирусом иммунодефицита (СПИД), вызванным ВИЧ.

Заинька: Какой метод идентификации ВИЧ-инфекции самый эффективный? Как отследить,

что инфекция перешла в стадию СПИДа? Какие анализы и как часто нужно для этого сдавать?

А.В.: В Челябинской области используются самые современные методы диагностики ВИЧ-инфекции: ИФА-метод и метод иммуноблоттинга, а контроль течения болезни осуществляется исследованием Th-CD4 и количества вируса в миллилитре крови (вирусная нагрузка). Все эти исследования достоверны.

Наталья Фирсанова: Александр Петрович! Говорят, что угроза СПИДа несколько преувеличена. Я слышала, например, что гепатит С опаснее ВИЧ-инфекции. Правда ли это?

А.В.: Есть такое мнение, что одинаково опасно заражение и вирусом гепатита С, и ВИЧ. Переболев гепатитом С, не менее 20% людей выздоравливают и избавляются от всех симптомов. Опасен он тем, что у 80% гепатит С переходит в хроническое течение. Но с гепатитом С человек может жить дольше — 25—30 лет, а с диагнозом ВИЧ люди живут 10 лет. От гепатита избавляет лекарство, которое называется «Интерферон». От ВИЧ лекарства нет.

Вика: Дает ли презерватив полную гарантию защиты от заражения?

А.В.: Очень высокая степень гарантии — не менее 98%, имеются в виду качественные презервативы.

Наталья: Добрый день! Я жила с мужем, имеющим ВИЧ-положительный статус 5 лет. Родила здорового ребенка, много раз проверялась на ВИЧ. Сейчас мы с ним не живем и ВИЧ у меня не обнаружен (последний раз проверялась по истечению 5 месяцев после незащищенного секса). Может ли он появиться еще позже или я могу быть спокойна, что у меня его нет?

А.В.: Если Вы не будете иметь контактов с другими ВИЧ-инфицированными и не будете принимать наркотики, то вероятности заражения не будет.

Елена: Какие симптомы должны заставить насторожиться и пройти тест на ВИЧ-инфекцию?

А.В.: Первое — это любой незащищенный контакт: если он случился, то необходимо пройти тест. Инъекция наркотиков тоже должна заставить человека пройти тест. Анализ сдать надо 2 раза сразу же и через 3 месяца спустя — этого будет достаточно, чтобы точно определить время заражения с точностью до недели. При ВИЧ-инфекции характерные симптомы появляются очень поздно: у кого-то — через 5—6 лет, у кого-то — через 10—12. Из самых ранних симптомов — это увеличение лимфатических узлов заушных,

затылочных, подмышечных. Если у человека увеличены лимфатические узлы сзади на шее и под мышками более месяца, то это симптом заболевания.

Евгения: Где и каким образом можно провериться на ВИЧ?

А.В.: Это можно сделать в районной поликлинике, но лучше придти в центр СПИДа, пройти консультацию. Обследование на ВИЧ везде является бесплатным по закону.

Евгений: При половом контакте без презерватива чем легче заразиться: ВИЧ или сифилисом?

А.В.: У нас много случаев, когда чаще заражаются ВИЧ или чаще заражаются и ВИЧ, и сифилисом, и многими другими инфекциями. Главное — быть защищенным от заражения.

Алексей: Добрый день, скажите пожалуйста, возможно ли заражение ВИЧ, при занятиях боксом, имеется ввиду контакт с потом и кровью партнера при спарингах, а также контакт голыми руками с чужим потом и кровью, оставшимися на снарядах (мешок, груша)? Заранее спасибо.

А.В.: Заражение возможно во всех случаях, когда происходит контакт с кровью. В случаях с боксом это не исключено, заметьте, что все на ринге работают в перчатках — доктора, судьи и т.д. Весь мир понимает, как опасна ВИЧ-инфекция.

Лилия Емельянова: Здравствуйте, Александр Петрович! Как вы считаете, нужно ли просвещать родителей школьников по проблеме ВИЧ? Кто это должен делать? Где? Спасибо.

А.В.: Родители в первую очередь уже должны быть давно просвещены и должны разговаривать со своими детьми о ВИЧ, других инфекциях, о наркотиках. О здоровом образе жизни, который не приведет к заражению, можно говорить с ребенком с рождения. Это вопрос воспитания и родителей, и детей.

Сергей: Велика ли вероятность заражения ВИЧ при одиночном гетеросексуальном контакте, при условии соблюдения личной гигиены после секса, и насколько она снижается при использовании антисептиков типа: мираместин, фурацилин, марганцовка? Какой из перечисленных антисептиков наиболее эффективен?

А.В.: При незащищенном половом контакте вероятность заражения составляет 100%, хотя статистика говорит о том, что один из 100 незащищенных контактов приводит к заражению. Различные антисептические препараты снижают риск заражения, но есть потаенные места в

организме человека, через которые вирус может проникнуть в организм. Самым надежным из всех средств защиты на сегодняшний день остается презерватив. При массовом распространении ВИЧ в Челябинской области необходима двойная защита от заражения: мужчина использует презерватив, а женщина — какой-то микробицидный препарат, защищающий от вируса, например, «Фарматекс».

Мария: Очень много слышу от своих знакомых о так называемых ВИЧ-террористах — людях, которые намеренно втыкают зараженные иголки от шприцев в перила в подъездах, в сидения в транспорте, чтобы таким образом заразить других людей СПИДом или гепатитом В. Насколько такая угроза реальна? Или эти истории — из области фольклора?

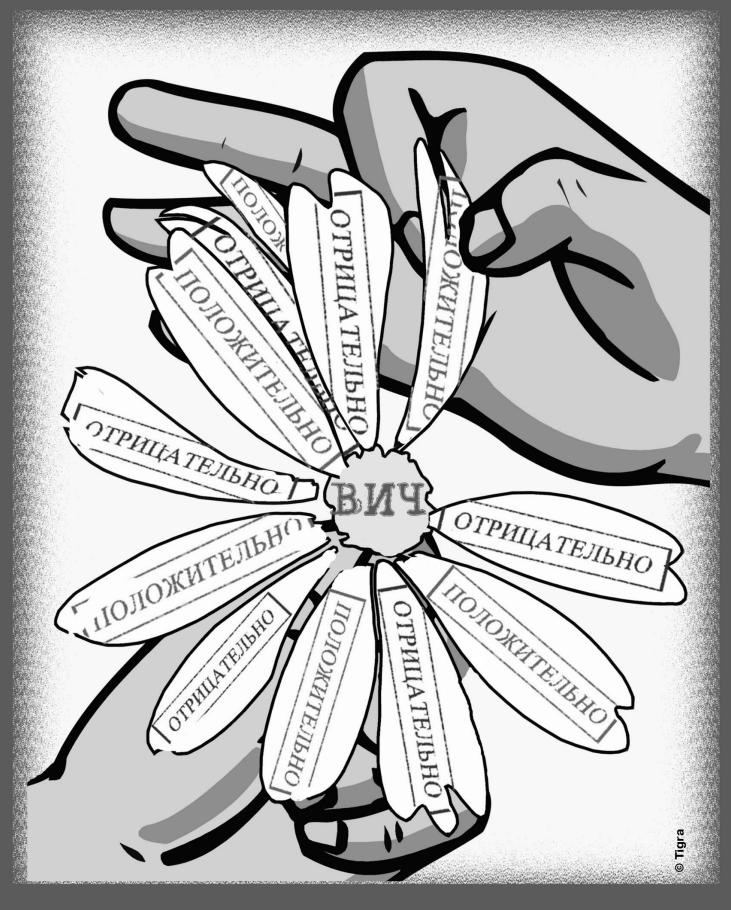
А.В.: Из области фантастики, скорее всего. Это все глупости в головах людей, потому что подобные факты заражения нам неизвестны, по стране таких случаев нет. Но известно много случаев, когда муж не предупреждает жену о болезни или наоборот. Ни один наркоман, зная о том, что он заражен, не предупредит своих «друзей» по совместному потреблению наркотиков. Это и можно назвать ВИЧ-терроризмом.

Александр И.: Скажите пожалуйста, когда будет применяться вакцина от ВИЧ?

А.В.: На сегодняшний день такой вакцины, которая могла бы защитить от ВИЧ, нет, и скорее всего, еще лет 20 ее не будет. Во многих странах ученые работают над этим, но до сих пор результатов нет. Это связано с очень выраженной изменчивостью самого вируса.

Татьяна: Добрый день! Читала как-то в одной брошюре, что здоровая женщина может родить здорового ребенка от ВИЧ-инфицированного партнера, при этом не заразившись от него. Вроде как есть какой то платный метод. Неужели это правда?

А.В.: И беременность, и заражение ВИЧ происходит при незащищенных контактах. Но бывают ситуации, когда женщина беременеет, но не заражается ВИЧ. И если заражения не произойдет, то ребенок будет здоров. У нас много дискордантных пар, когда заражен один партнер в паре. Если они хотят родить ребенка, то мы выбираем наиболее благоприятный момент в цикле женщины, чтобы она могла забеременеть с первого незащищенного контакта. Есть еще метод очищения спермы, когда сперматозоид отделяются от жидкости, вероятность заражения меньше, женщина вынашивает и рожает здорового ребенка. У нас был случай, когда ВИЧ-инфицированный муж предложил забеременеть жене от незараженного донора.



BAUEM PALATE?

СДАЙ АНАЛИЗ!



Вадим Покровский:

«Число ВИЧ-инфицированных в нашей стране может приблизиться к миллиону»

О том, как живут ВИЧ-инфицированные в нашей стране, появятся ли в обозримом будущем лекарства, излечивающие от СПИДа, «Новым Известиям» рассказал директор Российского научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, академик РАМН Вадим ПОКРОВСКИЙ.*

Вадим Валентинович, сколько сегодня в России ВИЧ-инфицированных?

 Официально зарегистрировано 426 тысяч россиян – носителей антител к вирусу иммунодефицита человека. Из них 406 тысяч — взрослые, у которых диагноз ВИЧ-инфекция подтвержден, а 20 тысяч – дети, родившиеся от ВИЧ-инфицированных матерей. Это однодвухгодовалые малыши, и пока нет точных данных о том, заражены они или нет. Есть надежда, что нет: большинство еще в утробе матери и в первые дни жизни получали антиретровирусные препараты. Сейчас всех беременных проверяют на ВИЧ и, если оказывается, что женщина заражена, ей назначают лечение во время беременности. Можно провести терапию и непосредственно при родах, что также снижает риск заражения. До применения этих методов риск передачи вируса от матери ребенку составлял до 50%, а сейчас — менее 10%.

Появились эффективные препараты?

- Да, и с их помощью можно вообще добиться, чтобы все дети рождались здоровыми. В Европе сегодня практически не рождаются ВИЧ-инфицированные малыши. Средства на лечение детей у нас есть, но нам надо решить еще много организационных проблем. Как только мы их решим, риск рождения зараженных детей снизится до 1-2%.

— ВИЧ-инфицированных сегодня лечат только импортными лекарствами? В свое время много писали о российском препарате. Какова его судьба?

— Он был создан в Институте молекулярной биологии, мы его практически бесплатно испытывали, и могу сказать, что он не уступает ни одному из западных аналогов. А, может, даже и

лучше некоторых. Но реальность такова, что каждый больной должен принимать одновременно 3—4 лекарства.

Сегодня мы закупаем порядка 15 импортных препаратов, и стоимость лечения одного человека составляет от 1,5 до 15 тысяч долларов. Если бы производство лекарств было российское, препараты стоили бы дешевле. Пока лечение получают 40 тысяч человек — то есть лишь 15% инфицированных нуждаются сейчас в лекарственной терапии, у остальных иммунитет еще достаточно крепкий. Но рано или поздно придется обеспечить лечением все 400 тысяч, иначе они заболеют СПИДом. И здесь цена препаратов будет иметь колоссальное значение.

Принимать лекарства надо начинать еще до развития СПИДа, когда проявляются первые признаки снижения иммунитета. Если человек обращается к врачам, когда заболевание в запущенной стадии, сделать ничего нельзя. Но проблема в том, что невозможно точно сказать, через какое время после заражения у конкретного человека разовьется СПИД.

- А от чего это зависит?

— Все зависит от индивидуальностей организма. Есть небольшое количество людей, которые 20 лет живут с ВИЧ-инфекцией и еще не нуждаются в лечении. Но таких не более 5%.

Скажу больше: 90% инфицированных и заболевших россиян заразились по цепочке, исходящей, видимо, от одного человека. Генетический анализ показал, что различия в структуре вируса минимальны. Вирус проник на территорию бывшего СССР в начале 90-х, где-то в портовом городе южной Украины. Именно тогда на всем постсоветском пространстве распространилось употребление наркотиков, и ВИЧ попал в очень благоприятные условия.

 Но сейчас другая ситуация: основной путь заражения уже не через иглу, а половой.

^{*} www.newizv.ru/news/2007-11-29/80671

— Да, наступил следующий этап. В свое время ВИЧ заразилось большое количество молодых наркоманов, преимущественно мужчин. И сейчас они заражают женщин. В прошлом году женщины составили 44% среди всех вновь выявленных, хотя еще в 2000 году число носителей ВИЧ среди них не превышало 20%.

- А какой средний возраст зараженных?

 Двадцать—тридцать лет. Но в последнее время мы выявляем инфицированных и в группе старше семидесяти.

Можно ли точно сказать, сколько у нас сегодня заболевших СПИДом?

— Не хотел бы называть цифру — это не показатель для специалистов. Сейчас вообще размывается само понятие «Синдром приобретенного иммунодефицита». Даже если у человека выявляют нарушения иммунитета, которые обычно приравниваются к СПИДу, это совсем не означает, что он умрет. У одного очень известного артиста СПИД был диагностирован еще семь лет назад, но назначенная терапия оказалась успешной, и сегодня он продолжает выступать. А до появления современных антиретровирусных препаратов с диагнозом СПИД больше двух лет никто не жил.

Скажите, а сколько россиян погибло от СПИДа?

— За весь период наблюдений около 20 тыс. человек, пока у нас сравнительно небольшое число смертей. Например, в США от СПИДа погиб уже миллион человек с начала эпидемии. Большинство наших ВИЧ-инфицированных, к счастью, еще не дожили до развития СПИДа, и медицина сегодня в состоянии отодвинуть этот момент как можно дальше.

В каких направлениях сегодня ведутся разработки в области создания лекарств против СПИДа?

— Ученые продолжают работать над созданием вакцины. Но перспективных разработок в этом направлении нет, и говорить о том, что в ближайшие 10—20 лет будет создана «прививка от ВИЧ», увы, не приходится.

- Как-то все очень пессимистично...

Да, пессимистично, и люди должны знать об этом. Единственное эффективное средство от заражения сегодня — обучение населения безопасному образу жизни. На Западе, где эпидемия СПИДа началась раньше, чем у нас, пораженность населения ВИЧ ниже, чем в России, только благодаря своевременно начатым мощ-

ным профилактическим мероприятиям, которые продолжаются и сейчас. В США сегодня заражено ВИЧ 0,5%, в Западной Европе — 0,3%, а в России — уже до 1% взрослого населения. Все силы и средства брошены на лечение, а о профилактике никто не вспоминает.

Возможно ли каким-то образом решить эту проблему?

— Только одним: в правительстве должны быть люди, которые заглядывают в будущее страны на несколько десятилетий вперед. Если ничего не изменится, в будущем нам придется лечить уже не 400 тысяч, а порядка 1 млн человек.

- Почему?

 Потому что 400 тысяч — официально зарегистрированные инфицированные. Реальное же их число – порядка одного миллиона. И если мы не начнем эффективных профилактических мероприятий, через 3—5 лет это число удвоится. Большинство тех, кто сейчас инфицирован, потребуют лечения через 3-5 лет, а остальные лет через 8-10. В прошлом году заразилось больше, чем в предыдущем: около 40 тысяч человек, в этом такая же тенденция: в ноябре уже было 38 тысяч новых случаев. Процесс заражения идет, и его ничем, кроме изменения поведения, не остановить. Людям надо объяснять, как жить нормальной жизнью и не заразиться ВИЧ. Для этого нужен максимальный охват аудитории, обеспечить который может только телевидение.

Пока же власти, видимо, не до того: правительственная комиссия по вопросам СПИДа за год своего существования при министре здравоохранения и соцразвития Михаиле Зурабове собиралась всего один раз. Сейчас ждем, когда новый министр Татьяна Голикова членов комиссии соберет.

— Но частично профилактические мероприятия и те же телепередачи могли бы спонсировать фармацевтические компании.

— Производители препаратов делают вид, что активно занимаются профилактикой, так как в их адрес постоянно звучат обвинения, что они заинтересованы в том, чтобы было как можно больше больных. От профилактики им никакой прибыли, поэтому обучением населения надо заниматься на государственном уровне.

— Возвращаясь к проблемам ВИЧ-инфицированных россиян: как им живется, соблюдаются ли их права?

— Живется им не просто, хотя Федеральный закон «О предупреждении распространения ВИЧ/СПИДа в РФ», принятый еще в 1995 году, считался передовым. Все их права, в том числе и

на бесплатное лечение, закон гарантирует. Однако фактически бесплатное лечение у нас появилось лишь в 2006 году. То есть потребовалось почти 10 лет, чтобы закон начал наконец реально действовать, хотя бы в этой части. Чтобы заработали и другие положения, потребуется еще много лет.

- Сегодня некоторые российские компании при приеме на работу требуют принести справку с результатом анализа на ВИЧ. Законны ли подобные требования работодателей?
- Нет, ни одно российское предприятие не имеет права обследовать людей на ВИЧ-инфекцию при найме на работу. Частные компании могут предъявлять дополнительные требования к кандидатам, но они не должны противоречить действующему законодательству. В статье 17 упомянутого выше закона четко сказано: «Не допускаются увольнения с работы, отказ в приеме на работу... на основании наличия у человека ВИЧ-инфекции». В обязательном порядке на

ВИЧ в России обследуются только доноры и поступающие на работу в государственные центры СПИДа. Все остальное — инициативы, никакого отношения к закону не имеющие. Обследование на ВИЧ у нас добровольное, каждый имеет право от него отказаться. На Западе при такой постановке вопроса компании пришлось бы отвечать за свои действия в суде и выплатить человеку большую компенсацию.

- Пока же наши компании диктуют свои правила: если в такой ситуации оказывается ВИЧ-инфицированный, он предпочитает тихо уйти.
- Или предоставить липовую справку. Их не принимают на работу в основном из-за страха и недостаточной информированности. Что нисколько не оправдывает такие действия. Прецедентов выигрыша судебных исков ВИЧ-инфицированных россиян еще не было. Но я надеюсь, они скоро появятся.

Наталья Тимашова («Новые Известия»)

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

19.01.2008. Екатеринбург. Информационное агентство АПИ. Консультации по новой методике вскоре будут проходить в Екатеринбурге. Медсестры областного центра по борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями готовятся к проведению дотестового консультирования. В эти дни средний медицинский персонал проходит специальное обучение. Как сообщили в Центре, медсестры, которые будут проводить дотестовое консультирование, смогут «разгрузить» врачей-инфекционистов — будет уделяться больше внимания и времени пациентам, пришедшим на первичный прием. Необходимость обучения медсестер вызвана тем, что с каждым годом в этом медучреждении увеличивается количество пациентов, нуждающихся в помощи. Это связано со многими причинами, отмечают медики. Прежде всего, повысилась информированность населения по проблеме ВИЧ-инфекции и СПИДа, постепенно меняется отношение населения к этой проблеме, возросло доверие пациентов к специалистам центра. Кроме того, сейчас в области действуют проекты в рамках областной целевой программы и Глобального фонда по привлечению пациентов, чтобы как можно большему количеству пациентов помочь терапевтическими методами

19.01.2008. Москва. Независимая газета. Адвокат вице-президента ЮКОСа Василия Алексаняна считает, что гособвинитель не имел права разглашать диагноз. Адвокат Алексаняна не исключает возможности обращения с иском в суд из-за разглашения прокурором диагноза ее подзащитного. Накануне 16 января при рассмотрении жалобы бывшего топ-менеджера в Верховном суде РФ прокурор Владимир Хомутовский сообщил, что Алексанян болен СПИДом. На пресс-конференции адвокат Елена Львова заявила, что информация о заболевании ее подзащитного разглашена умышленно для того, «чтобы придать личности Алексаняна негативный характер». Она отметила, что ее клиент «никогда не входил в группы риска и мог быть заражен в про-

цессе многочисленных операций. То, что у него ВИЧ, — это ужасное стечение обстоятельств».

18.01.2008. Украина. MIGnews.com.ua. В Херсонской области для полноценного обеспечения потребностей медицинских заведений в крови необходимо большое количество доноров. Об этом говорится в распоряжении председателя Херсонской областной государственной администрации Бориса Силенкова «О комплектовании в области донорских кадров на 2008 год». В частности, документом предусмотрено, что в области должны быть укомплектованы донорские кадры на 2008 год в количестве 22 140 доноров. Также в распоряжении предложено Херсонской областной организации Общества Красного Креста Украины активно участвовать в работе по сохранению и развитию донорства, привлечению населения к добровольной, бесплатной сдаче крови. Председателям районных государственных администрации поручено обеспечить предоставление донорам гарантий и льгот в соответствии с Законом Украины «О донорстве крови и ее компонентов». При формировании проектов местных бюджетов должны быть предусмотрены средства для реализации областной программы профилактики ВИЧ-инфекции, помощи и лечения людям с ВИЧ на 2004—2008 гг., поощрения доноров и руководителей трудовых коллективов, систематически выполняющих план по донорству, а также для заготовки крови, плазмы методом плазмафореза в пластикатную тару, обеспечение карантинизации плазмы на протяжении 180 суток. Кроме того, управлениям областной государственной администрации по делам прессы и информации и здравоохранения совместно с местными СМИ поручено проводить активную пропаганду бесплатной сдачи крови и ее компонентов, гуманной сущности донорства, его безвредности и социальной значимости. Начальник управления здравоохранения должен обеспечить постоянное функционирование заведений службы крови при проведении Дней донора.



Владимир Маяновский:

«Сообщество создается людьми и для людей»

Друзья называют его «душа компании», коллеги по работе уважают за честность и принципиальность. Ему до всего есть дело. Он успевает все: проконсультировать пациента в кабинете «равный—равному», провести вместе с Алексеем Лысенковым очередной выпуск передачи «СПИД. Скорая помощь», встретиться и провести переговоры с потенциальными донорами, сходить с сыном-студентом на футбол...

В теме ВИЧ/СПИДа Владимир Маяновский с 2001 года. До постановки диагноза был бизнесменом, а еще раньше служил в части морской пехоты Каспийской флотилии. Ныне — руководитель общественной организации «Центр плюс», соведущий телепрограммы «СПИД. Скорая помощь», координатор автопробега «СПИД-СТОП!», а недавно избран председателем Всероссийского объединения людей, живущих с ВИЧ.

Сегодня Владимир Маяновский у нас в гостях.

— Первый вопрос как обычно: с чего все начиналось? Как Вы справились с принятием диагноза?

 В 2000 году у меня начались проблемы со здоровьем. Пришлось лечь в больницу на обследование. Там я и узнал, что у меня ВИЧ-инфекция. На тот момент я мало знал, что это такое и никогда не думал, что меня это может коснуться. В моем понимании, я вел достаточно здоровый образ жизни - наркотики не принимал, был в общем-то примерным семьянином. Откуда и как я получил ВИЧ-инфекцию для меня навсегда останется загадкой, но факт остается фактом — это случилось. Как и у многих других людей, которым сообщают о ВИЧ-инфекции, внутри меня произошел серьезный надлом. На какое-то время я просто прекратил интересоваться жизнью, замкнулся в себе, меня мало что интересовало. Я просто плыл по течению, думая, что жизнь уже подошла к своему финалу.

Потом, в какой-то момент, я словно проснулся и спросил себя: «Что же я делаю?! Почему не борюсь?» Я начал изучать проблему — копался в Интернете, читал все, что попадалось по этой теме, пытался понять, осмыслить. Тогда же мне очень помогли работники Московского СПИД-центра.

Там же, на «Соколинке», я познакомился с ВИЧ-положительными ребятами, в том числе с Игорем Пчелиным, который мне посоветовал сходить на группу взаимопомощи. После первого посещения этой группы моя жизнь сильно изменилась. Я увидел ребят, которые были, если не счастливы, то, во всяком случае, жили полноценной жизнью, занимались какими-то об-

щественными делами. Когда справился с эмоциями, бушевавшими во мне, то ощутил потребность тоже что-то делать в этом направлении, как-то помогать людям.

– И Вы создали свою общественную организацию?

— Не сразу. Вначале просто занимался общественной работой, помогал таким же, как я, принять диагноз, разобраться что к чему. В основном это происходило на группе взаимопомощи. Постепенно начал обрастать новыми знакомыми. Чуть позже, когда уже сложился какой-то коллектив единомышленников, мы с моими друзьями Михаилом и Юрием открыли общественную организацию «Центр плюс», основной целью которой был непосредственно прямой сервис людям, живущим с ВИЧ, в городе Москве. Сделать первые шаги в этом направлении нам очень помог Игорь Пчелин — тогда уже достаточно известный лидер среди ВИЧ-положительных людей.

– А кто-нибудь еще помогал Вам?

— Конечно! Как только мы создали свою организацию, нам оказал поддержку руководитель Московского СПИД-центра Алексей Израилевич Мазус. Он предоставил на территории центра помещение для «равного» консультирования. А там, где идет прием пациентов, нам разрешили установить информационный стенд, где мы размещали обзорные материалы, объявления. Со временем, мы переехали в другое помещение с отдельным входом с улицы.

Вообще, о Московском СПИД-центре отдельный разговор. Когда я только узнал о своем ВИЧ-статусе и впервые пришел в Центр, то встретил очень теплое отношение со стороны медперсонала. Врачи абсолютно адекватно принимали всех пациентов, хотя в то время слова «ВИЧ» и «СПИД» были нарицательными, как клеймо на человеке. Их отношение к пациентам также дало тогда определенный стимул и толчок к жизни.

Сейчас на базе СПИД-центра в сотрудничестве с фондом «Береги себя» (руководитель Михаил Гришин) активно работает проект «Мост». В рамках этого проекта оказывается полный спектр паллиативной помощи людям, живущим с ВИЧ. К примеру, мы получаем препараты для людей с ограниченными возможностями и привозим им на дом, а когда необходимо, то привозим самих пациентов на обследование в центр, а затем обратно домой. Кроме того, мы ежедневно ведем консультации в кабинете «равных» консультантов. У кого была или существует наркозависимость, мы оказываем помощь в прохождении реабилитации. Одним словом, существует целый ряд программ для улучшения качества жизни людей, живущих с ВИЧ, и наверное здесь опыт Москвы можно считать наиболее продвинутым и наиболее удачным.

— Я знаю, что Вы были координатором автопробега «СПИД-СТОП!». Как он проходил?

— Все началось с того, что продюсер передачи «СПИД. Скорая помощь» Юрий Непомнящих предложил мне стать соведущим Алексея Лысенкова. Я согласился, начал ездить по регионам. Это очень помогало мне в моей работе, поскольку личное общение с ВИЧ-положительными ребятами в регионах дало возможность оценить ситуацию, как говорится, на местах и изнутри. А поскольку передача еженедельная, и иной раз приходилось за месяц объезжать несколько регионов, то можно было составить для себя общую картину происходящего в стране.

В своих сюжетах мы старались не только вскрывать недостатки, но говорить и о достиже-

ниях в области медицины и о том, что существует доступ к терапии, то есть нести ту информацию, которой в регионах, увы, катастрофически не хватает. Стало уже традицией рассказывать о судьбах людей, живущих с ВИЧ. Поскольку наши герои говорили с открытыми лицами, то это был важный положительный пример для людей, которые, увидев этих ребят, часто меняли свою точку зрения по отношению к своему заболеванию. После телевизионных выпусков нам многие звонили и говорили о том, что, посмотрев передачу, они пытаются что-то изменить в своей жизни, видя хорошие положительные примеры.

Но мы понимали, что одной программы для освещения такой проблемы недостаточно. И тогда возникла идея автопробега. Нам повезло, что эту идею поддержали Роспотребнадзор, Нацпроект, фонд «Российское здравоохранение», фонд «Шаги», «Российские железные дороги». Одним словом — работа по организации автопробега началась.

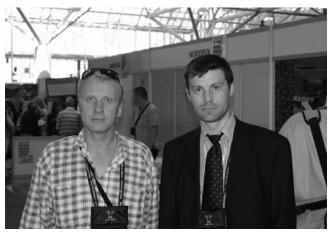
Автопробег «СПИД-СТОП!», проходил от Москвы до Владивостока и обратно, охватывая пятнадцать крупных городов Российской Федерации. В его рамках проводились профилактические мероприятия, которые были направлены на молодежь, на изменение их поведения, для того чтобы они знали, что такое ВИЧ-инфекция, знали пути передачи, знали, как этого можно избежать. Также, что немаловажно для меня, как для ВИЧ-положительного активиста, во время автопробега проходили встречи с сообществами ЛЖВ, с активистами, волонтерами, родными и близкими. Это в дальнейшем даст возможность мобилизировать сообщество и построить объединение ВИЧ-положительных людей. Я понимаю, что для ребят в регионах такие встречи были очень важны. Вы бы видели, как у них загораются глаза, как появляются идеи и огромное желание работать. Наверное, я работаю, в том числе, и ради вот таких минут.

Но вернемся к самому автопробегу.

Ранее в России такой крупной акции не проходило. Для того, чтобы привлечь внимание молодежи, в такой акции необходимы были узна-



На Международной конференции ЕЕСААС-2006



С В. Цуником на Международной конференции в Торонто

ваемые люди, кумиры молодежи, как это делается во всем мире. В этом нам очень помогли многие звезды эстрады такие, как Лера Массква, Влад Топалов, Юлия Чичерина, группа «Конец фильма», певица Света, которые действительно являются авторитетами для молодежи и которые не только давали концерты по всему пути следования автопробега, но и говорили о проблеме СПИДа со сцены.

Ведущим всех мероприятий, круглых столов, концертов и пресс-конференций был Алексей Лысенков, который уже давно занимается проблемой ВИЧ/СПИДа.

Во всех регионах проходили обучающие семинары в средних специальных учебных заведениях, которые проводили ВИЧ-положительные ребята. На молодежь это производило большое впечатление. Нам, как из рога изобилия сыпались предложения о проведении таких семинаров и в других учреждениях. Слава об этих семинарах бежала впереди нас. Их изюминкой был тот факт, что в конце двухчасового семинара наши активисты открывали свой ВИЧ-положительный статус. В связи с этим было много курьезных моментов. Например, один из наших активистов простудился, но продолжал проводить лекции. Так как постоянно пересыхало горло, он поставил перед собой бутылку с водой и стакан. После окончания лекции многие ребята старались сделать хоть один глоток из этого стакана, чтобы показать свою толерантность и соответственно то, что они усвоили материал. Девушки, которые проводили семинары пользовались огромной популярностью. У нас есть большое количество фотографий и писем благодарности не только от руководителей учебных заведений, но и от самих учеников.

- Недавно Вы были избраны председателем Всероссийского объединения людей, живущих с ВИЧ. Расскажите, что это за объединение.
- Всероссийское объединение ЛЖВ призвано объединить ВИЧ-положительных людей, а также, представлять их интересы на междуна-

родном, национальном, региональном и местном уровнях. В рамках объединения мы стараемся содействовать расширению доступа к профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, повышению качества ухода и поддержки, снижению стигмы и дискриминации, защите прав ЛЖВ, более широкому вовлечению ЛЖВ в процесс принятия решений.

Объединение ВИЧ-положительных людей создалось не вчера и не год назад. Процесс становления этого объединения проходил болезненно, начиная с 1999 года. В те годы сообщество еще не было готово к продвижению, и многие активисты такие, как Николай Недзельский, Геннадий Рошупкин, Роман Дудник, Игорь Пчелин, Николай Панченко, Михаил Гришин, Дмитрий Самойлов, Вячеслав Цуник, Михаил Рукавишников и многие другие вложили свои силы, свой труд в создание этого объединения. Благодаря их огромному вкладу, сейчас мы вышли на тот уровень, когда объединение реально существует и работает.

Для всего сообщества ЛЖВ начинается новая эра — институционализация объединения ВИЧ-положительных людей. Сообщество строится людьми и для людей. Преемственность и предыдущий опыт — это очень важно для молодого, делающего первые шаги объединения.

— Какие планы, кроме того, о чем Вы уже сказали, у объединения на ближайшее будущее?

— В первую очередь, это улучшение качества жизни людей, живущих с ВИЧ, обмен информацией и помощь в решении возникающих проблем, а также доступ к лечению. Сейчас, когда благодаря нацпроекту «Здоровье» вложены большие деньги и существует бесплатный доступ ко всем антиретровирусным препаратам во всех регионах Российской Федерации, нас, как сообщество ЛЖВ волнует проблема приверженности к терапии, низкая мотивация пациентов, малые знания о существующей терапии. И как раз здесь мы можем внести свой большой вклад в успешное решение проблем приверженности,



С А. Лысенковым в передаче «СПИД. Скорая помощь»



С И. Пчелиным на автопробеге «СПИД-СТОП!»

принятия статуса, психологической помощи через институт «равных» консультантов. Но это будет очень сложно сделать без тесного взаимодействия с врачами, специалистами СПИД-центров, Минздравом, другими секторами общества. И я очень надеюсь на взаимное плодотворное сотрудничество с этими специалистами, которое может действительно изменить ситуацию, когда мы будем не просто бороться с последствиями эпидемии, которая, к сожалению, уже существует в Российской Федерации, но может действительно попробовать ее и остановить.

– А как Вы собираетесь это осуществлять?

— В ближайшее время внутри объединения будут организовываться общественные комитеты, специализирующиеся на определенных проблемах. Для нас, как для сообщества, важны несколько приоритетов. В первую очередь это вопросы лечения: проблемы с перебоями доставки препаратов, проблемы с приверженностью людей, потому что, как заявил Г.Г. Онищенко на Суздальской конференции, в некоторых регионах до 13% людей отказывается от терапии. И это тревожно для нас, важно, и мы будем пытаться это исправлять.

Далее, один из общественных комитетов будет посвящен вопросам женщин и детей — вопросам рождения, вопросам принудительных абортов, потому что не секрет, что в некоторых регионах имеются случаи, когда врачи рекомендуют делать аборты беременным ВИЧ-положительным женщинам. Также мы планируем заниматься социальной реабилитацией детей-отказников. В этом плане у нас уже есть некоторый опыт работы.

Актуально для нас стоит вопрос по реабилитации ВИЧ-положительных людей, выходящих из мест лишения свободы. Поэтому один из комитетов будет посвящен как вопросам содержания ВИЧ-положительных людей в тюрьмах и предоставления им терапии, так и социализации их при выходе из заключения.

Еще один комитет, который очень важен, — это реабилитация ВИЧ-положительных людей, принимающих психоактивные вещества. Здесь речь идет не только о наркотиках, но также и об алкоголе, потому что на сегодняшний день этот вопрос очень актуален. Если раньше говорили только о наркотических средствах, о потреблении инъекционных наркотиков, то сейчас в мире идет тенденция по алкоголизации ВИЧ-положительного сообщества.

Будет еще ряд других комитетов, которые определятся на ближайшей конференции объединения. Как говорится, будем решать проблемы по мере их поступления.

Все это делается для того, чтобы ВИЧ-положительные люди могли обратиться непосред-

ственно к специалистам на местах, могли проконсультироваться, могли повлиять на проблему через этих специалистов. Такая модель уже давно существует в мире. Для России это новый путь, но я думаю, что он будет эффективен.

Конечно, нельзя хлопнуть в ладоши и комитеты заработают. Их надо создавать и над ними надо работать. Мы будем признательны тем специалистам, неравнодушным к проблемам ВИЧ-положительных людей, которые будут помогать нам в работе этих комитетов.

– Какие планы на этот год?

— Планов очень много. Год для сообщества решающий и насыщенный событиями. Безусловно, нам нельзя забывать о тех проектах, которые сейчас идут. Это в первую очередь всероссийская «равная» Горячая линия 8-800-200-5555. Это уникальная линия. Такой нет нигде в мире. Она работает уже почти два года и за это время помогла очень многим людям.

Кроме того, будет проходить перерегистрация межрегионального объединения во всероссийское. Многие активисты в регионах активно вливаются в объединение, и, благодаря им, мы идем с опережением графика, поставленного перед объединением, — ведь перерегистрация объединения во всероссийское, намечена только к концу 2008 года. Видно, что ребятам в регионах небезразлично то, что делается в стране.

Мы планируем участвовать в различных конференциях, которые будут проходить в этом году не только в России, но и в мире.

Ранее нами было организовано исследование нужд, потребностей и возможностей активистов, самоорганизаций и ВИЧ-положительных людей в регионах. Мы уже заканчиваем собирать анкеты и приступаем к их обработке. Это даст нам представление о том, в чем нуждаются регионы, чем они могут помочь друг другу. Это масштабное исследование, которое поможет не только нам, но и другим организациям, работающим с ВИЧ-положительными людьми и их близким окружением, как в медицинском, так и в социальном контексте.

Мы также надеемся на тесное сотрудничество с государственными и негосударственными организациями, сетями. Россия уже давно вошла в эру эпидемии, сейчас начинается эра терапии, и мы, как сообщество, имеем реальный шанс повлиять на ситуацию, сделать очень многое для ВИЧ-положительных людей.

Наша глобальная задача — это объединение людей, объединение тех инициатив, которые существуют на местах, для того чтобы наша работа была эффективна, для того чтобы люди не умирали.

Вел беседу Евгений Шуманский



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



Решение коллегии Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

Приложение к протоколу заседания коллегии Роспотребнадзора от 30 ноября 2007 года

Коллегия Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

РЕШЕНИЕ

30 ноября 2007 года

О результатах проверки реализации мероприятий по профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции в рамках реализации приоритетного национального проекта в Краснодарском крае, Санкт-Петербурге, Московской, Свердловской, Челябинской и Ленинградской областях

Заслушав и обсудив доклад начальника отдела организации надзора за ВИЧ/СПИДом Управления эпидемиологического надзора, санитарной охраны территории, надзора на транспорте Роспотребнадзора А.Т. Голиусова «О результатах проверки работы по выполнению приоритетного национального проекта в Краснодарском крае, Санкт-Петербурге, Московской, Свердловской, Челябинской и Ленинградской областях», коллегия Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека отметила, что указанные территории, за исключением Краснодарского края, входят в первую десятку субъектов Российской Федерации по пораженности населения ВИЧ-инфекцией и фактически определяют эпидемическую ситуацию по ВИЧ-инфекции в стране, общее число ВИЧ-инфицированных, зарегистрированных на данных территориях составляет более трети всех ВИЧ-инфицированных, выявленных в Российской Федерации.

Из 30 тыс. ВИЧ-инфицированных, подлежащих лечению в стране в рамках национального приоритетного проекта в 2007 году, 25% (7,5 тыс.), составляют жители данных территорий.

Органами исполнительной власти указанных субъектов Российской Федерации созданы постоянно действующие межведомственные органы (комиссии, советы, комитеты) по профилак-

тике и борьбе со СПИДом, возглавляемые вицегубернаторами, на которых регулярно рассматриваются материалы по противодействию распространения ВИЧ-инфекции, реализации приоритетного национального проекта «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ», указанные вопросы заслушиваются на совещаниях у полномочных представителей Президента Российской Федерации по федеральным округам, на селекторных совещаниях с руководителями органов управления и учреждений здравоохранения муниципальных образований.

Усовершенствована нормативная база, за последние два года в проверяемых территориях издано 119 нормативно-распорядительных документов, в том числе: в Свердловской обл. — 44, Челябинской обл. — 28, г. Санкт-Петербурге — 11, Краснодарском крае — 16, Московской обл. — 13, Ленинградской обл. —7.

В среднем совокупный объем финансирования мероприятий по борьбе с ВИЧ/СПИДом увеличился вдвое, а федеральная составляющая — в 3 раза.

Проведена работа по укреплению материально-технической базы центров по профилактике и борьбе со СПИДом, обеспечению диагностическими и антиретровирусными препаратами, лабораторным оборудованием.

Вместе с тем, в работе по реализации мероприятий по профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции в рамках реализации приоритетного национального проекта в Краснодарском крае, Санкт-Петербурге, Московской, Свердловской, Челябинской и Ленинградской областях имеется ряд проблем и типичных недостатков.

Большинство СПИД-центров располагается в приспособленных помещениях, ограниченность площадей которых не позволяет обеспечить прием всех обращающихся за амбулаторной медицинской помощью, создает очереди, что приводит к проблемам с диспансеризацией, обеспечением приверженности лечению и, как следствие, утяжелению течения болезни (Московская и Ленинградская области, Краснодарский край). В Челябинской обл. областной Центр по профилактике и борьбе со СПИДом ликвидирован и превращен в структурное подразделение одного из областных вендиспансеров.

Мониторинг мероприятий по диспансеризации ВИЧ-инфицированных, проведению диагностики и лечения по муниципальным образованиям, зачастую проводится формально, отсутствует эффективный анализ имеющейся информации, и соответственно, не принимаются необходимые организационные решения.

Лабораторные отделения находятся в стесненных условиях по набору помещений и площадям. В центрах по профилактике и борьбе со СПИДом Ленинградской и Московской областей нет серологических лабораторий, проведение анализов осуществляется на базе других ЛПУ. Постоянно возрастающее число анализов не позволяет на имеющемся оборудовании обеспечить объем исследований, требуемый утвержденными стандартами. В первую очередь это касается иммунного статуса и вирусной нагрузки. Парк лабораторного оборудования для проведения скрининговых исследований во всех проверенных территориях сильно изношен и требует обновления.

Отсутствует налаженная диагностика вторичных заболеваний в Ленинградской и Челябинской областях, что существенно ограничивает возможность своевременной постановки диагноза и назначения специфической терапии.

За исключением Московской области, в проверенных территориях не имеется электронной базы данных, позволяющей производить быстрый анализ качества медицинской помощи, осуществлять контроль за полнотой и качеством терапии, вести персонифицированный учет ВИЧ-инфицированных лиц, нуждающихся в лечении и получающих антиретровирусные препараты из всех источников финансирования, включая Приоритетный национальный проект.

Коллегия Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

РЕШИЛА:

- 1. Принять к сведению информацию начальника отдела организации надзора за ВИЧ/СПИДом А.Т. Голиусова «О результатах проверки работы по выполнению приоритетного национального проекта в Краснодарском крае, Санкт-Петербурге, Московской, Свердловской, Челябинской и Ленинградской областях».
- 2. Отметить, что основные показатели, установленные приоритетным национальным проектом на 2007 год по профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции выполняются.
- 3. Признать необходимость принятия дополнительных мер по исправлению выявленных в ходе проверки проблем и типичных ошибок в организации профилактической, диагностической и лечебной работы в области ВИЧ/СПИДа.
- 4. Считать необходимым усилить надзорную и организационную работу, проводимую в целях обеспечения контроля за выполнением приоритетного национального проекта «Здоровье» по разделу «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ».
- 5. Руководителям органов управления здравоохранением Краснодарского края, Санкт-Петербурга, Московской, Свердловской, Челябинской и Ленинградской областей:
- 5.1. Принять меры к обеспечению центров по профилактике и борьбе со СПИДом необходимым набором помещений для оказания всем нуждающимся полного объема медицинской помощи и лабораторного сопровождения, предусмотренных действующими стандартами.
- 5.2. В целях предоставления медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациентам ускорить создание филиалов центров по профилактике и борьбе со СПИДом и расширение сети других лечебно-профилактических учреждений, обеспечить стационарное лечение тяжелым больным с ВИЧ-инфекцией.
- 5.3. Принять меры по обеспечению лечения вторичных СПИД-ассоциированных заболеваний у ВИЧ-инфицированных в соответствии с действующим законодательством за счет средств местных бюджетов, предусмотрев выделение средств на эти расходы в 2008—2010 гг.
- 5.4. Обеспечить адекватное лабораторное сопровождение пациентов, получающих антиретровирусную терапию (биохимическое и гематологическое обследование для контроля безопасности проводимого лечения) в соответствии с действующими стандартами.
- 5.5. Обеспечить возможность забора крови для проведения лабораторных исследований ВИЧ-инфицированным, находящимся на диспансерном наблюдении и получающим антиретровирусную терапию в ЛПУ, максимально

приближенным к пациентам, провести обучение медицинского персонала правилам забора крови для осуществления исследований уровня СD4-лимфоцитов и РНК ВИЧ в крови, обеспечить централизованное снабжение необходимыми расходными материалами и средствами доставки.

- 5.6. В целях контроля за использованием лекарственных средств, получаемых из различных источников для лечения ВИЧ-инфицированных, обеспечить ведение отдельных регистров пациентов, получающих лечение за счет приоритетного национального проекта, Глобального фонда и средств областного бюджета, принять меры по введению в действие электронной базы персонального учета больных ВИЧ-инфекцией.
- 6. Управлению эпидемиологического надзора, санитарной охраны территории, надзора на транспорте (Кривуля С.Д.):
- 6.1. Продолжить осуществление постоянного контроля за реализацией приоритетного национального проекта «Здоровье» по разделу «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ».
- 6.2. Представить на утверждение план-график подготовки материалов для формирования нормативных правовых актов и методических документов по вопросам мониторинга, диагностики, лечения и эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией на 2008 год (Приложение). Срок до 15.12.2007 г.

- 6.3. Подготовить и направить в Росздрав предложения по техническим требованиям к тест-системам, антиретровирусным препаратам и лабораторному оборудованию, которые должны быть поставлены в субъекты Российской Федерации в 2008 году в рамках Приоритетного национального проекта и подпрограммы «ВИЧ-инфекция» в рамках ФЦП. Срок до 25 12.2007 г.
- 6.4. Совместно с Росздравом обеспечить своевременный сбор и анализ заявок субъектов Российской Федерации на поставку тест-систем и антиретровирусных препаратов для диагностики и лечения ВИЧ-инфекции. Срок 1 квартал 2008 г.
- 6.5. Подготовить и направить в адрес руководителей органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, руководителям управлений Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации информационное письмо по наиболее часто встречающимся нарушениям при реализации приоритетного национального проекта по разделу «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ». Срок до 25.12.2007 г.

Руководитель, председатель коллегии Г.Г. Онищенко

Ответственный секретарь коллегии С.В. Белых

Приложение к решению коллегии от 30 ноября 2007 года

План-график подготовки материалов для формирования нормативных правовых актов и методических документов по вопросам мониторинга, диагностики, лечения и эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией на 2008 год

| № п.п | Наименование документа | Приложения к документу | Срок исполнения | Исполнитель |
|----------|--|---|--------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | О совершенствовании деятельности центров по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями (проект приказа) | Положение об окружных центрах по профилактике и борьбе со СПИДом | 2 кв. 2008 г. | Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом, Южный, Сибирский окружные центры по профилактике и борьбе со СПИДом |
| | | Типовое положение о территориальном СПИД- центре (республиканском, краевом, областном, го- родском) | | Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом, центры по профилактике и борьбе со СПИДом Санкт-Петербурга и Архангельской области |
| | | Типовое положение о филиале СПИД-центра | | СПИД-центры Свердловской и Московской областей, республик Удмуртия и Татарстан |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|---|--|---------------|---|
| | Об организации медицинской помощи больным ВИЧ/ СПИДом в условиях стационара для лечения тяжелых больных ВИЧ-инфекцией (проект приказа) | Положение об организации медицинской помощи больным ВИЧ/СПИДом в условиях стационара для лечения тяжелых больных ВИЧ-инфекцией | | Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом, клинич. инфекционная б-ца № 30 им. Боткина Санкт-Петербурга, СПИД-центр Санкт-Петербурга |
| | | Рекомендации «О создании хосписа для больных ВИЧ/СПИДом» | | Центр по профилактике и борьбе со СПИДом Санкт-Петербурга |
| | | Рекомендации по организации помощи по лечению, уходу и поддержке больных ВИЧ-инфекцией на муниципальном уровне | | Центры по профилактике и борьбе со СПИДом Брянской, Саратовской и Архангельской областей, Санкт-Петербурга |
| 2. | Об организации межведомственного взаимодействия по вопросам программ профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, сопутствующих заболеваний (туберкулеза, ИППП, гепатитов, наркомании) (проект приказа) | Центры по профилактике и борьбе со СПИДом и учреждений фтизиатрической службы по вопросам выявления, диагностики и лечения больных ВИЧ-инфекцией и туберкулезом | 3 кв. 2008 г. | Центр противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией, Рязанский областной противотуберкулезный диспансер |
| 3. | Об организации межведом- ственного взаимодействия по программам профилактики и лечения ВИЧ-инфекции меж- ду учреждениями здравоохра- нения и ФСИН (проект приказа) | Положение о взаимодействии учреждений ГУ ФСИН и системы здравоохранения в вопросах оказания медицинской помощи больным ВИЧ/СПИДом и сопутствующими заболеваниями, находящимся в учреждениях пенитенциарной системы | 3 кв. 2008 г. | Минздравсоцразвития России, Роспотребнадзор, ФСИН, ГУ ФСИН по Нижегородской области, центры по профилактике и борьбе со СПИДом Нижегородской и Волгоградской областей |
| 4. | О совершенствовании диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, сопутствующих и СПИД-ассоциированных заболеваний (проект приказа) | Рекомендации по профилактике, диагностике и лечению пневмоцистной пневмонии при ВИЧ-инфекции Рекомендации по диагностике и лечению микозов при ВИЧ-инфекции | 4 кв. 2008 г. | Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом, Санкт-Петербургская ме- |
| | | | | дицинская академия последипломного образования, Институт глубоких микозов (Санкт-Петербург) |
| | | Рекомендации по дифференциальной диагностике и лечению туберкулеза и аспергилеза при ВИЧ-инфекции | | Федеральный научно-методич. центр по профилактике и борьбе со СПИДом, Санкт-Петербургская мед. академия последипломного образования, б-ца № 30 им. Боткина Санкт-Петербурга |
| | | Рекомендации по лечению больных вирусными гепатитами В, С и D | | То же |
| 5. | О совершенствовании системы мониторинга при ВИЧ-инфекции (проект приказа) | Усовершенствованные учетные формы по мониторингу выполнения Приоритетного нацпроекта | 1 кв. 2008 г. | Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом, ФГУЗ «Федеральный центр гигиены и эпидемиологии» |
| | | Рекомендации по внедрению финансового мониторинга программ по профилактике ВИЧ-инфекции, реализуемых в субъектах Российской Федерации | | ЦНИИ ОИЗ, ФГУЗ «Федеральный центр гигиены и эпидемиологии» |



ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

127006, Москва, Оружейный переулок, дом 43 телефон: (495) 251-83-00, факс: (495) 251-44-27 www.komzdrav.ru, e-mail: doc@mosgorzdrav.ru

07. 11. 04 No 31 /253-ungs

Начальникам управлений здравоохранения административных округов города Москвы

> Руководителям лечебно-профилактических учреждений городского подчинения

> > Директорам аптечных предприятий

Руководителям медицинских (фармацевтических) училищ и медицинских колледжей

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

Департамент здравоохранения города Москвы информирует о том, что Открытым институтом здоровья населения в 2007 г. разработаны «Методические рекомендации по материальному оснащению пунктов профилактики ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения».

Указанными Методическими рекомендациями предусмотрено проведение процедуры обмена шприцев и консультирование потребителей наркотиков в стационарных и передвижных пунктах обмена шприцев в рамках оказания первичной медицинской помощи.

В целом «программы снижения вреда», направленные на обучение «безопасному потреблению наркотиков», снижают роль социального прессинга на наркотическую популяцию, способствуют созданию условий для незаконного употребления наркотиков и их легализации.

Сравнительные данные по распространенности ВИЧ-инфекции в различных регионах Российской Федерации показывают, что в тех субъектах Российской Федерации, где высока активность международных организаций (фонд Сороса, «Врачи без границ», НПО «Сеть снижения вреда») по реализации программы обмена шприцев (Иркутская, Екатеринбургская, Самарская области, Красноярский край), показатели пораженности ВИЧ/СПИДом в 3 и более раз выше, чем в субъектах Российской Федерации, где эти программы не внедрялись (Москва, регионы Южного федерального округа).

В настоящее время деятельность пунктов обмена шприцев не имеет юридического обоснования, т.к. данная деятельность не входит в стандарты оказания медицинской помощи, определенные при-казами Министерства здравоохранения РФ от 28 апреля 1998 г. № 140 и Минздравсоцразвития РФ от 9 июля 2007 г. № 474.

На основании вышеизложенного, Департамент здравоохранения поручает принять меры по недопущению пропаганды и реализации «программ снижения вреда», а также организации пунктов обмена шприцев в учреждениях и предприятиях, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, в части выделения помещений и ресурсного, в т.ч. кадрового обеспечения пунктов обмена шприцев.

Lucu

И.о. руководителя Департамента здравоохранения города Москвы

А.П. Сельновский

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



Протокол Совещания по подведению итогов работы по выполнению Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения по вопросам ВИЧ/СПИДа и гепатитов В и С

5-6 декабря 2007 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.

В совещании приняли участие представители центров по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом, управлений Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации, а также представители от Минздравсоцразвития России, Министерства обороны России, Минобрнауки России, Росздрава, ФСИН России, АМН России, ЦНИИОИЗ, НИИ вирусологии АМН, ФГУН НИИЭМ, ФГУЗ по железнодорожному транспорту, ММА им. Сеченова.

СЛУШАЛИ:

1. «Результаты и перспективы реализации государственной политики по противодействию распространения ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С» (Онищенко Г.Г. — руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека)

1.1. Отметить, что в Российской Федерации на 01.11.2007 г. зарегистрировано 403 100 случаев ВИЧ-инфекции, из них — 2636 детей, среди которых 1264 рождены ВИЧ-инфицированными матерями.

За 10 месяцев 2007 года выявлено 32 087 новых случаев инфицирования, в 2005 году выявлено 38 997 заражения, в 2006 году — 39 652.

Число зарегистрированных живых ВИЧ-инфицированных лиц на 100 тыс. населения России («пораженность») продолжало увеличиваться и к 1 декабря 2007 года достигло 270,1 по сравнению с 244,4 зарегистрированными в конце 2006 г.

Из общего числа ВИЧ-инфицированных стадия СПИД диагностирована у 3639 больных, из них у 232 детей.

В число субъектов Российской Федерации с наибольшим количеством зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции на конец октября этого года входят: Санкт-Петербург (абсолютное число случаев ВИЧ-инфекции — 35 315), Свердловская обл. (33 303), Самарская обл. (30 013), Московская обл. (30 619), Москва (29 421), Иркутская обл. (22 619), Челябинская обл. (17 561), Оренбургская обл. (16 620), Ленинградская обл. (12 293), Ханты-Мансийский автономный округ (10 915).

1.2. Отметить, что в Российской Федерации за 20 лет своего существования эпидемия ВИЧ-инфекции прошла через целый ряд этапов своего развития, каждый из которых имел свои отличительные особенности.

Такие особенности развития эпидемия ВИЧинфекции в России имеет и на современном этапе.

В первую очередь необходимо отметить, что эпидемия, несмотря на 20-летний период, все еще остается сконцентрированной в наиболее уязвимых группах населения.

Ведущим путем распространения ВИЧ-инфекции продолжает оставаться инфицирование при парентеральном употреблении наркотиков, которое в среднем составляет 65%.

Хотя в 2005—2006 гг. наблюдалась явная тенденция к увеличению полового пути передачи вируса иммунодефицита человека, в 2007 г. отмечается ощутимое снижение доли новых случаев заражения половым путем и рост заражений ВИЧ при употреблении наркотиков, который по предварительным данным достигает 10—15%, а по отдельным территориям до 1,5—2 раз (Новороссийск).

Вместе с тем, эта тенденция неоднозначна. Стабильно продолжает увеличиваться доля женщин среди всех зарегистрированных случаев, она увеличилась до 44%, что свидетельствует о сохраняющейся высокой активности гетеросексуального пути передачи ВИЧ-инфекции, несмотря на сокращение его доли в общем объеме.

Диагноз ВИЧ-инфекция впервые установлен во время беременности в 2006 г. у 35% ВИЧ-инфицированных беременных женщин (4577 новых случаев ВИЧ-инфекции среди всех 13 049 беременностей у ВИЧ-инфицированных по данным Федерального центра СПИД и формы государственной статистической отчетности № 61).

Другой особенностью эпидемии ВИЧ-инфекции в настоящее время является быстрое увеличение числа лиц, нуждающихся в антиретровирусной терапии, которые находятся на поздних стадиях ВИЧ-инфекции. Пик эпидемии в нашей стране пришелся на 2000—2001 гг., когда число новых случаев заражения достигало более 80 тыс. чел. в год. Сейчас ВИЧ-инфицированные именно той волны, в большинстве своем не обращавшиеся за медицинской помощью и находящиеся на «поздних стадиях» ВИЧ-инфекции, составляют основную массу пациентов, которым требуется высокоактивная антиретровирусная терапия.

Наблюдается значительный рост регистрации вторичных заболеваний у взрослых больных с ВИЧ-инфекцией (более чем в 2 раза увеличилось число больных кандидозной, герпетическими и множественными инфекциями, а злокачественными новообразованиями, в первую очередь саркомой Капоши, в 1,5 раза).

Соответственно увеличилось число нуждающихся в стационарном лечении по причине ВИЧ-инфекции. В 2005 году госпитализировано 25 800 пациентов с ВИЧ-инфекцией, в 2006 году — 28 000 человек. Также выросло практически в 1,5 раза число ВИЧ-инфицированных, получивших инвалидность по основному заболеванию (2,5 тыс. чел. в 2006 г.).

В 2006—2007 гг., несмотря на наличие антиретровирусной терапии, отмечается рост смертности среди ВИЧ-инфицированных. В 2006 г. умерло в 1,4 раза больше пациентов по сравнению с 2005 г., из них вследствие прогрессирования ВИЧ-инфекции — в 1,52 раза больше. Это, в первую очередь, обусловлено увеличением числа летальных исходов вследствие микобактериальной инфекции, в том числе туберкулеза.

В 2006 г. от ВИЧ-ассоциированного туберкулеза умерло 1625 больных (на 41,3% больше, чем в 2005 г.), что составило 60% всех случаев смерти ВИЧ-инфицированных лиц. Туберкулез становится ведущей причиной смертности при ВИЧ-инфекции.

Значительно, до 41,5 тыс. человек (более чем на 5 тыс. человек), увеличилось число ВИЧ-инфицированных, находящихся в учреждениях пенитенциарной системы.

1.3. Отметить, что в целях успешной реализации Приоритетного проекта в сфере здравоохранения была проведена большая организационная работа.

Распоряжением администрации субъектов федерации созданы постоянно действующие

межведомственные органы (комиссии, советы, комитеты) по профилактике и борьбе со СПИДом, возглавляемые вице-губернаторами, которые регулярно, не реже 1 раза в квартал, рассматривают ход выполнения Приоритетного национального проекта и другие вопросы, связанные с противодействием распространению ВИЧ-инфекции.

Вопросы реализации национального проекта «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ» заслушиваются на совещаниях у полномочных представителей Президента Российской Федерации по федеральным округам, на селекторных совещаниях с руководителями органов управления и учреждений здравоохранения муниципальных образований.

В каждой территории осуществляется мониторинг реализации Приоритетного национального проекта, утверждены сетевые графики его выполнения, изданы необходимые распорядительные и регламентирующие документы. В некоторых субъектах созданы штабы при губернаторах по контролю исполнения сетевых плановграфиков по реализации Приоритетного национального проекта «Здоровье».

Чрезвычайно важным является то, что к этой работе в полном масштабе подключился административный аппарат всех уровней, система муниципального здравоохранения, надзорные и правоохранительные органы.

Выделение в рамках Приоритетного национального проекта значительных средств на профилактику, диагностику и лечение ВИЧ-инфекции потребовало перестроить стиль и методы работы по оказанию помощи ВИЧ-инфицированным.

- 1.4. Обратить внимание на ошибки и проблемы, выявленные в 2007 году:
- 1.4.1. Со значительным опозданием проведен конкурс на поставку антиретровирусных препаратов. Фактические поставки антиретровирусных препаратов и тест-систем в субъекты начали осуществляться «Медтехснабом» в конце августа сентябре 2007 года.
- 1.4.2. Имели место ошибки при расчетах необходимого количества антиретровирусных препаратов. Объемы ряда препаратов были завышены в несколько раз. Особенно остро это выявила ситуация, возникшая в связи с необходимостью замены препарата Вирасепт. В своих заявках на 2007 год субъекты Российской Федерации заявили препарат Вирасепт в объеме, превышающем потребность.
- 1.4.3. В связи с форс-мажорными обстоятельствами препарат Вирасепт фирмы «Ля Рош-Лтд» был запрещен к применению в Российской Федерации. Это потребовало дополнительное время для разработки схем замены Вирасепта, повторного сбора заявок и проведения закупок препаратов замены, что задержало поставку в

территории полного объема препаратов, оттянуло сроки назначения терапии, повысило риск отказа пациентов от лечения.

- 1.4.4. При закупке препаратов для схем замены возникли проблемы с препаратом Невирапин. Фирма «Берингер Ингельхайм», единственный производитель и поставщик в России препарата Невирапин отказалась от поставок, что привело к проблемам в обеспечении схем замены.
- 1.4.5. При заполнении субъектами Российской Федерации форм для сбора заявок были допущены ошибки технического характера, которые привели к сбою компьютерной системы Росздрава, и потребовалось дополнительно открывать систему для приема исправленных заявок территорий. Работа с этой информационной системой вызвала много нареканий и взаимных претензий с обеих сторон.
- 1.5. Отметить, что в ходе реализации Приоритетного национального проекта многократно увеличился объем финансовых средств, выделяемых на организацию мероприятий по профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции.

Реализация Приоритетного национального проекта и его финансирование с федерального уровня привели к росту расходов на борьбу с ВИЧ/СПИДом и на уровне субъектов Российской Федерации. Проблема софинансирования мероприятий по диагностике, лечению и профилактике ВИЧ-инфекции реально сдвинулась в 2007 году. Так, по данным проверки ряда территорий, проведенной в 3—4 кварталах 2007 года установлено, что в среднем софинансирование мероприятий в рамках Приоритетного национального проекта значительно выросло по различным территориям, от 40—50% до 3—4 раз.

Совокупный объем финансирования мероприятий, направленных на противодействие эпидемии ВИЧ-инфекции по субъектам Российской Федерации, в среднем практически удвоился, а федеральная составляющая увеличилась в 3 раза.

- 1.6. Отметить, что в 2007 году в рамках Приоритетного национального проекта были поставлены следующие задачи:
- 1.6.1. Провести не менее 22 млн обследований граждан с профилактической целью для выявления ВИЧ-инфекции среди населения.
- 1.6.2. Повысить качество и уровень охвата диспансерным наблюдением ВИЧ-инфицированных до 80%.
- 1.6.3. Обеспечить антиретровирусной терапией не менее 30 тыс. ВИЧ-инфицированных, нуждающихся в лечении.
- 1.6.4. Обеспечить проведение химиопрофилактики вертикальной передачи вируса иммунодефицита человека в соответствии с утвержденными стандартами у не менее 85% ВИЧ-инфицированных беременных женщин.

- 1.6.5. Внедрить в практику стандарты по оказанию медицинской помощи взрослым и детям, больным ВИЧ-инфекцией.
- 1.6.6. Повысить уровень информированности населения по вопросам ВИЧ-инфекции, повысить доверие ВИЧ-инфицированных к системе здравоохранения, увеличить охват групп риска программами по профилактике ВИЧ-инфекции.
- 1.6.7. Внедрить в практику программы по социальной помощи и поддержке при ВИЧ-инфекции, включая программы по паллиативной помощи, повышению приверженности при лечении ВИЧ-инфицированных антиретровирусными препаратами, организацию групп взаимопомощи и поддержки лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией.
- 1.6.8. Обеспечить диагностическими средствами и препаратами для лечения больных ВИЧ-инфекцией в сочетании с гепатитами В и С и больных гепатитами в 32 «пилотных» территориях.
- 1.7. Отметить, что в целях реализации Приоритетного национального проекта выполнены следующие мероприятия:
- 1.7.1. На 10.11.2007 г. по данным ежемесячного мониторинга обследовано с профилактической целью на ВИЧ-инфекцию 21,8 млн граждан Российской Федерации (с учетом среднемесячного количества проведения обследований к концу года запланированное количество в 22 млн должно быть достигнуто).
- 1.7.2. В 2007 г. в России значительно увеличился объем специальных исследований, позволяющих оценить качество и эффективность проводимой антиретровирусной терапии. По сравнению с 2006 г., количество проведенных исследований для определения иммунного статуса выросло на 70%, а количество проведенных исследований для определения вирусной нагрузки в 2,2 раза.
- 1.7.3. По данным субъектов Российской Федерации в 2006 г. подлежало диспансерному наблюдению 304 062 ВИЧ-инфицированных, наблюдением было охвачено 231 331 ВИЧ-инфицированных, что составляло в среднем по России 76,0%. По данным на 10.11.2007 г. процент охвата вырос до 77,7%. Однако, только в трех из семи федеральных округов показатели охвата диспансерным наблюдением, заложенные в Приоритетном национальном проекте, на сегодняшний день выполнены (Южный, Приволжский, Дальне-Восточный). Также необходимо отметить, что в 6 субъектах Российской Федерации, охват диспансерным наблюдением на 1 ноября 2007 г. составляет менее 70%: Москва (59,8%), Ленинградская обл. (66,8%), Чеченская Республика (40,8%), Свердловская обл. (65,9%), Иркутская обл. (61,5%).
- 1.7.4. В учреждениях ФСИН находится 41 500 ВИЧ-инфицированных, из них охвачено диспансерным наблюдением 40 710 чел., что сос-

тавляет 98%. Проведено обследований на вирусную нагрузку 19 283 и по определению иммунного статуса — 24 297, т.е. практически половина ВИЧ-инфицированных имеет по одному обследованию на иммунный статус и вирусную нагрузку.

- 1.7.5. Наиболее заметным положительным сдвигом в диспансеризации является то, что удельный вес ВИЧ-инфицированных детей, взятых на диспансерный учет, практически повсеместно вырос за 2006—2007 гг. до 98—99%.
- 1.7.6. Развивается сеть доверенных врачей ЛПУ муниципального звена. В целях улучшения диспансерного наблюдения за ВИЧ-инфицированными и оказания им медицинской помощи в Московской и Челябинской областях, Санкт-Петербурге организованы выездные бригады, опыт работы которых показал их необходимость и эффективность.
- 1.7.7. Несмотря на то, что процент охвата антиретровирусной терапией за 10 месяцев текущего года (83,2%) уже превысил показатели 2006 года (71,2%), перед нами стоит достаточно серьезная задача обеспечить выполнение Приоритетного национального проекта и взять на лечение в течение оставшихся полутора месяцев почти 4000 больных.

По данным на 10.11.2007 г. в стране 26 071 ВИЧ-инфицированных получают антиретровирусную терапию, тогда как по плану к концу текущего года должно быть охвачено лечением 30 тыс. ВИЧ-инфицированных.

1.7.8. В ряде субъектов Российской Федерации работа по охвату антиретровирусной терапией проводится явно недостаточно, так в Республике Кабардино-Балкария лечением охвачено только 27% от числа нуждающихся в терапии, в Иркутской обл. -53%, в Республике $\bar{\text{И}}$ нгушетия — 54%, Сахалинской обл. — 55%, Чеченской Республике -56%, Ярославской обл. -60%, Ханты-Мансийском А.О. и Читинской обл. -65%, Ленинградской обл. – 68%, Костромской и Амурской областях — менее 75%. Тем субъектам Российской Федерации, где получают антиретровирусные препараты менее 70% ВИЧ-инфицированных от числа нуждающихся в лечении, следует незамедлительно принять дополнительные меры для выполнения задач Приоритетного национального проекта на 2007 год.

Большие положительные сдвиги в организации и охвате лечением произошли в этом году в Свердловской обл., Республике Башкортостан, Оренбургской и Челябинской областях.

- 1.7.9. Стационарная помощь ВИЧ-инфицированным больным оказывается в профильных отделениях по месту жительства, специализированная стационарная помощь оказывается на выделенных койках в специализированных учреждениях областного и городского уровня.
- 1.7.10. Необходимость в стационарном лечении больных ВИЧ-инфекцией в ближайшие годы будет нарастать в связи с утяжелением забо-

левания у ВИЧ-инфицированных с 7–10-летним стажем заболевания.

- 1.7.11. Весьма серьезной остается проблема приверженности антиретровирусной терапии и отказов пациентов от нее. В 2007 г. 2771 ВИЧ-инфицированный прервал курс антиретровирусной терапии по различным причинам, из них наибольшее количество в Приволжском (1021), Сибирском (557) и Центральном (433) федеральных округах.
- 1.7.12. В течение 2007 г. 5108 ВИЧ-инфицированных беременных женщин прошли полный курс химиопрофилактики и 4950 прошли его в 2006 г., что соответствует запланированным показателям. По отдельным территориям процент охвата вертикальной профилактикой увеличился до 95% в Псковской, Владимирской областях, Республике Дагестан, Пермском крае, Санкт-Петербурге.
- 1.7.13. В отдельных территориях Санкт-Петербург химиопрофилактикой охвачены в 2006 г. 96% пар мать/дитя, в 2007 г. 100%.

Отмечается рост трехэтапной профилактики: во время беременности, в родах и ребенку, которая в 2007 г. проведена в 71% и в 2007 году (за 10 мес.) — в 87% случаев. Соответственно снижается число женщин, получающих химиопрофилактику по экстренной схеме: с 24% в 2006 г. до 13% в 2007 г.

1.7.14. Хорошо поставлена профилактическая работа с ВИЧ-инфицированными беременными женщинами в Брянской, Липецкой, Тамбовской, Псковской, Пензенской, Томской, Орловской, Рязанской, Сахалинской, Костромской, Ярославской областях, Красноярском крае, Ханты-Мансийском А.О., Москве. В этих субъектах Российской Федерации охват трехэталной профилактикой составил от 90 до 100%.

В 2007 г. неблагоприятной выглядит ситуация в Иркутской, Амурской, Томской областях, Чеченской Республике. По данным ежемесячного мониторинга полный курс химиопрофилактики в этих субъектах Российской Федерации получили менее 60% ВИЧ-инфицированных беременных.

- 1.7.15. В 2007 году в субъектах федерации осуществлялось более 300 различных профилактических проектов, финансируемых из разных источников, в т.ч.:
- 60 проектов финансируемых за счет средств Приоритетного национального проекта, из них 17 в учреждениях пенитенциарной системы, 40 проектов по организации паллиативной помощи и повышению приверженности при антиретровирусной терапии;
- 117 проектов, реализуемых «Открытым институтом здоровья» в рамках проекта «Глобус», в том числе 60 проектов по профилактике ВИЧ/СПИДа среди наиболее уязвимых социальных групп и 54 проекта по предоставлению лечения, ухода и социальной защиты людям, живущим с ВИЧ/СПИДом;

- 86 проектов, реализуется фондом «Российское здравоохранение» в 15 субъектах Российской Федерации, в том числе 31 проект по профилактике ВИЧ-инфекции среди групп риска и 55 проектов по паллиативной помощи, подготовке мультипрофессиональных программ по повышению приверженности и развитию немедицинского сервиса, организации групп взаимопомощи, 28 программ снижения вреда, реализуется Всероссийской сетью снижения вреда;
- программы по профилактике ВИЧ-инфекции на рабочем месте, осуществляемые в Московской и Мурманской областях Международной организацией труда;
- программы по повышению квалификации педагогов, психологов, студенческого актива в учреждениях среднего профессионального образования, финансируемые за счет ФЦП «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями». Обучено 406 специалистов из 5 регионов (Москва, Московская, Новгородская и Томская области, Краснодарский край);
- восьмая Летняя школа молодых волонтеров, участвующих в программах по пропаганде здорового образа жизни. Участие в работе школы приняли 135 человек из 27 субъектов Российской Федерации;
- 1.7.16. Необходимо отметить активную позицию в реализации профилактических проектов следующих территорий: Калужская, Архангельская, Липецкая, Астраханская, Псковская, Саратовская области, Карачаево-Черкесская Республика, Чеченская Республика, Красноярский край.
- 1.7.17. В 2007 г. были впервые использованы новые технологии профилактической работы. В поддержку мероприятий, осуществляемых в рамках Приоритетного национального проекта «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение ВИЧ» по инициативе ООО «Пресс-Экспресс» организован автопробег «СПИД-СТОП!» В рамках автопробега в 16 субъектах Российской Федерации были организованы круглые столы с участием представителей администрации субъектов, заинтересованных государственных структур и неправительственных организаций. Проводились семинары-тренинги для сотрудников государственных учреждений и обучающие семинары для учащихся средних специальных заведений. Особенно следует отметить работу команды автопробега, а также работу, проведенную управлениями Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации по подготовке этого мероприятия в Липецкой, Иркутской, Тюменской областях, Республике Бурятия, Приморском и Хабаровском краях.

Применение подобной технологии, как формы работы по профилактике ВИЧ-инфекции, привлекательной для молодежи, одобрено администрацией городов-участников акции.

- 1.8. Обратить внимание на то, что несмотря на достигнутые успехи имеется целый ряд типовых проблем и недостатков, которые в 2008—2010 гг. могут поставить под угрозу выполнение Приоритетного национального проекта:
- 1.8.1. Ежегодно возрастающий объем лабораторных исследований не позволит в самом ближайшем будущем на имеющейся лабораторной базе обеспечить диагностику ВИЧ-инфекции (в первую очередь иммунного статуса и вирусной нагрузки) всем нуждающимся.

При закупке дополнительного нового оборудования необходимо обеспечить целый ряд требований (технические, санитарные, пожарные и др.), дополнительные площади для его установки и увеличение штатов.

Для увеличения возможности лабораторной диагностики наиболее целесообразно в настоящий момент обеспечить приобретение оборудования для пробоподготовки образцов, что позволит на уже имеющемся оборудовании и при существующих штатах увеличить в 4—5 раз количество исследований, исключив поправку на «человеческий фактор» в обеспечении качества и достоверности результатов анализа.

1.8.2. Серьезной проблемой является то, что определение вирусной нагрузки и иммунного статуса зачастую возможны только в областных центрах, это резко снижает возможности по обследованию пациентов и ухудшает приверженность, как к диспансерному наблюдению, так и к антиретровирусной терапии.

Что касается оборудования для проведения скрининговых исследований (иммуноферментного анализа), то к настоящему времени его парк во всех проверенных территориях сильно изношен и требует обновления.

- 1.8.3. Практически везде имеют место проблемы с обеспечением обследования ВИЧ-инфицированных согласно стандарту оказания медициской помощи для выявления оппортунистических, микст и СПИД-ассоциированных инфекций. Особую обеспокоенность вызывает отсутствие налаженной диагностики вторичных заболеваний, так как это существенно ограничивает возможность своевременной постановки диагноза и назначения специфической терапии.
- 1.8.4. Анализ материалов, полученных при проверке показал, что как на территориях с высоким охватом диспансерным наблюдением, так и на территориях с невысоким охватом, имеется существенный разброс по данным в разных районах внутри этих территорий (например, в Московской обл. от 98 до 61,5%, по Ленинградской обл. от 98 до 40%).

Это свидетельствует о формальном проведении мониторинга. Эффективного анализа получаемой информации по диспансерному наблюдению не проводится, и соответственно не принимаются необходимые организационные решения.

1.8.5. Имеющаяся база для оказания стационарной помощи не обеспечивает возможность

лечения тяжелых форм ВИЧ-инфекции в соответствии с действующими стандартами лечения. По разным территориям значительно разнится количество коек на 1 пациента, находящегося на диспансерном учете.

При примерно равном количестве ВИЧ-инфицированных в Московской, Свердловской областях и Санкт-Петербурге количество пациентов, получивших лечение в стационаре в 2006 г. в Московской и Свердловской областях в 2 раза меньше, чем в Санкт-Петербурге. Из-за отсутствия дорогостоящих препаратов для лечения вторичных, СПИД-ассоциированных заболеваний, не обеспечивается в полном объеме их адекватное лечение.

- 1.8.6. Очень важной задачей является обеспечение своевременной диагностики ВИЧ-инфекции у новорожденных и необходимость снятия с учета здоровых детей в возможно раннем возрасте, не затягивая установление окончательного диагноза до 18 месяцев, или назначении, в случае необходимости, антиретровирусной терапии с обязательным предварительным анализом по определению резистентности.
- 1.8.7. Продолжается широко использоваться практика вызова пациента в СПИД-центр по самым различным причинам, в том числе тем, которые могут быть решены по месту жительства, в то же время большинство СПИД-центров располагается в приспособленных помещениях, ограниченность плошадей которых не позволяет обеспечить прием всех обращающихся за амбулаторной медицинской помощью, создает очереди и, зачастую является причиной того, что пациенты откладывают свое обращение в СПИД-центр. Также к недостаткам следует отнести негибкий график работы центров при постоянной нехватке персонала для амбулаторного приема, что препятствует привлечению социально адаптированных работающих пациентов. Не многие СПИД-центры изменили свой график работы и перешли на двухсменный прием до 8 вечера, так, чтобы это было удобно работающим пациентам (Москва).
- 1.9. Считать необходимым в целях эффективной реализации Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения обеспечение выполнения в 2008 г. следующих задач:
- 1.9.1. Обеспечение доступной, максимально приближенной к пациенту медицинской помощи всем ВИЧ-инфицированным, включая диагностику и антиретровирусное лечение. Для этой цели необходимо пересмотреть организацию оказания медицинской помощи и перераспределить ее объемы между муниципальным и субъектовым уровнями.
- 1.9.2. Провести не менее 22 млн обследований граждан с профилактической целью для выявления ВИЧ-инфекции среди населения;
- 1.9.3. Обеспечить качество и охват диспансерным наблюдением ВИЧ-инфицированных на 80%.

- 1.9.4. Охватить антиретровирусной терапией не менее 40 тыс. ВИЧ-инфицированных, нужлающихся в лечении.
- 1.9.5. Обеспечить проведение химиопрофилактики вертикальной передачи вируса иммунодефицита человека в соответствии с утвержденными стандартами у не менее, чем 85% ВИЧ-инфицированных беременных женщин.
 - 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. «Реализация мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С, привлечению к АРВ-терапии и организации паллиативной помощи среди наиболее уязвимых групп населения в рамках национального проекта в 2007 г.». Бобрик А.В. заместитель генерального директора «Открытого института здоровья» (Покровский, Бобрик).
- 2.1.1. Принять к сведению отчет «О мероприятиях по профилактике ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С, привлечению к АРВ-терапии и организации паллиативной помощи среди уязвимых групп населения».
- 2.1.2. Отметить, что в ходе реализации проекта проведены следующие работы:

Реализованы проекты по повышению приверженности APB-терапии пациентов из уязвимых групп населения:

- в 20 проектах на базе ЛПУ созданы и работают мультипрофессиональные команды, состоящие из: врача-инфекциониста, медицинской сестры, социального работника и равного консультанта из числа ЛЖВ;
 - проектами охвачено более 1200 ЛЖВ;
- проведено более 9 тыс. медицинских и 4 тыс. социальных консультаций;
- более 20 чел. обучено на практических стажировках.

Реализованы проекты по оказанию паллиативной помощи при ВИЧ/СПИДе среди уязвимых групп населения:

• получили паллиативную помощь в СПИДцентрах, стационарах и на дому 1137 пациентов.

Разработаны и напечатаны общим тиражом 100 тыс. экз. следующие информационные материалы:

- Руководство по профилактике ВИЧ-инфекции в учреждениях уголовно-исполнительной системы.
- Руководство по профилактике ВИЧ-инфекции в гражданском секторе.
- Руководство «Паллиативная помощь людям, живущим с ВИЧ/СПИДом».
- Руководство «Консультирование при тяжелой утрате».

- Руководство «Социальная работа в проектах по оказанию паллиативной помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом в реальных российских условиях».
- Методические рекомендации по утилизации использованного инструментария в пунктах профилактики ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения.
- Методические рекомендации по материальному оснащению пунктов профилактики ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения.
- Методические рекомендации по повышению приверженности к антиретровирусной терапии.
- Комплект материалов по профилактике ВИЧ среди уязвимых групп населения.

Подготовлены к печати брошюры: «Рекомендации по оснащению проектов СВ» и «Рекомендации по утилизации инструментария», «Методические рекомендации по обезвреживанию использованного инструментария и других потенциально инфицированных отходов в пунктах профилактики ВИЧ среди уязвимых групп населения».

Проведена заключительная итоговая конференция, в которой приняли участие 160 чел., в том числе более 130 чел. — сотрудники региональных проектов.

- 2.1.3. Рекомендовать при составлении технического задания на право заключения государственного контракта на выполнение работ, направленных на профилактику ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С среди уязвимых групп населения в рамках Приоритетного национального проекта в 2008 г. учесть следующие предложения:
- Включить в перечень уязвимых групп мигрантов и членов их семей.
- Обеспечить преемственность по сопровождению и поддержке проектов, запущенных в 2007 г.
- Обеспечить расширение деятельности по профилактике ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С, привлечению к АРВ-терапии и организации паллиативной помощи среди уязвимых групп населения за счет включения в программу новых территорий.
- Увеличить число медицинских работников, прошедших подготовку по вопросам организации комплексной профилактики ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения в гражданском и пенитенциарном секторах.
- Разработать информационно-методическую документацию по паллиативной помощи при ВИЧ/СПИДе.
- 2.2. «Реализация мероприятий, направленных на профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку» Рахманова А.Г. Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования (Покровский, Рахманова, Голиусов).

- 2.2.1. Принять к сведению отчет о «Мероприятиях, направленных на профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку».
- 2.2.2. Отметить, что в ходе реализации проекта проведены следующие работы:

Подготовлены и проведены 7 обучающих семинаров — тренингов для 7 федеральных округов (в городах Санкт-Петербург, Краснодар, Челябинск, Владивосток, Иркутск, Оренбург, Липецк) для главных педиатров, главных акушеров-гинекологов, главных инфекционистов органов управления здравоохранением, главных врачей, заместителей главных врачей центров по профилактике и борьбе со СПИДом, заведующих кафедрами педиатрии, акушерства и гинекологии, инфекционных болезней факультетов повышения квалификации, факультетов усовершенствования врачей и факультетов последипломного образования медицинских вузов на тему «Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку», свидетельства государственного образца о повышении квалификации получили 320 специалистов.

- 2.2.3. 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 2008 г. учесть следующие предложения:
- Обеспечить более широкий охват беременных женщин информацией о вертикальном пути передачи ВИЧ и возможностях его предотвращения.
- Подготовку врачей, медицинских работников среднего звена и т.д. осуществлять на базе тех факультетов постдипломного образования, специалисты которых уже прошли подготовку на базе центрального вуза.
- Организовать более активное и широкое привлечение центров по профилактике и борьбе со СПИДом, а также неправительственных организаций к информированию и обучению медицинских работников и населения с целью раннего выявления и раннего начала профилактических мероприятий.
- Обеспечить профилактику передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку на всех этапах беременности, родов и в послеродовой период.
- Сделать основной упор на повышение приверженности ВИЧ-инфицированных беременных женщин к химиопрофилактике и увеличение доли получивших полный курс химиопрофилактики.
- Включить вопросы снижения дискриминации и повышения толерантности к людям, живущим с ВИЧ/СПИДом и членам их семей.
- 2.3. «Реализация мероприятий, направленных на информирование и обучение населения. Информационные кампании с использованием всех средств массовых коммуникаций, включая

федеральные и региональные TV, региональные радиостанции, печатные СМИ, наружную рекламу и интернет» — Касаткин М.С. — генеральный директор ФГУП «Медицина для Вас» (Покровский, Касаткин, Голиусов).

- 2.3.2. Принять к сведению отчет о «Мероприятиях, направленных на информирование и обучение населения. Информационные кампании с использованием всех средств массовых коммуникаций, включая федеральные и региональные TV, печатные СМИ, наружную рекламу и интернет».
- 2.3.1. Отметить, что в ходе реализации проекта проведены следующие работы:
- Разработана концепция информационной кампании 2007 г.
- Размещены видеоролики на региональном ТВ в 88 регионах.
- Организована и действует Всероссийская круглосуточная бесплатная Горячая линия по вопросам ВИЧ/СПИДа.
- Создан сайт Горячей линии http://8-800-100-6543.ru.
- На канале ТНТ выпускается еженедельная получасовая передача «СПИД. Скорая помощь». В текущем году выпущено 38 передач.
- Проведена рекламная кампания по размещению стикеров в вагонах пригородных и междугородных электропоездов в 54 областях РФ в августе 2007 г. (рекламный носитель стикер формата А4), общее количество рекламных мест 17 598, охвачено станций 5215.
- Разработана концепция обучения военнослужащих вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа. Обучено 100 военно-медицинских специалистов и офицеров, отвечающих за воспитательную работу по методике проведения занятий по профилактике ВИЧ/СПИДа/ИППП. Охвачено занятиями 10 тыс. военнослужащих.
- Изданы и распространены информационные и обучающие материалы для военнослужащих общим тиражом 173 тыс. экз. для проведения информационно-образовательной работы среди личного состава, видеоматериалы для лектора, аудиолекция, кашированный стенд по ВИЧ-инфекции и гепатитам – 10 тыс. экз., памятки для военнослужащих по профилактике ВИЧ-инфекции, ИППП и наркомании, брошюра «ВИЧ-инфекция и наркомания», плакат по профилактике ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов среди медперсонала в ЛПУ, брошюра для ВИЧ-инфицированных, календари по профилактике ВИЧ-инфекции на 2008 г., брошюра «Что надо знать о ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитах В и С», «ВИЧ-инфекция и СПИД: вопросы и ответы». Методическое пособие для руководителей занятий в системе просвещения и профилактики ВИЧ-инфекции.
- Проведен всероссийский конкурс «ВИЧ/ СПИД. Знать — значит жить» среди медицинских, научных учреждений и общественных организаций, работающих в сфере профилактики и

лечения ВИЧ-инфекции и СПИД-ассоциированных заболеваний, с целью выявления лучших проектов по ведению просветительской работы в области профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа для различных групп населения и отбора лучших информационных и пропагандистских материалов.

- 2.3.3. Рекомендовать 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 2008 г. учесть следующие предложения:
- Осуществление информационно-профилактической работы в рамках единой концептуальной линии проекта и обеспечения преемственности в проведении профилактической работы через Горячую линию, а также на телевидении и в вооруженных силах.
- Необходимость расширения количества вещательных телевизионных и радиоканалов с обязательным привлечением местных телеканалов.
- Обязательное участие всех субъектов Российской Федерации в профилактических программах по профилактике ВИЧ-инфекции.
- Обязательное информирование органов управления здравоохранением и управлений Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации о проводимых профилактических мероприятиях.
- Возможность отбора и дальнейшего использования лучших образцов профилактических материалов, создающихся на местах для дальнейшего распространения.
- Возможность продолжить поиск и использование нетрадиционных методов профилактической работы по предотвращению распространения ВИЧ-инфекции

3. Заслушаны доклады и выступления по следующим направлениям:

- 3.1. О роли органов Роспотребнадзора в организации и проведении профилактических мероприятий, направленных на противодействие распространению ВИЧ-инфекции (Каира, Голиусов)
- 3.2. О вертикальной профилактике ВИЧ-инфекции, путях повышения ее эффективности и оказании медицинской помощи ВИЧ-инфицированным детям (Вартапетова, Голиусов, Дементьева, Покровский, Селютина, Епоян, Рахманова, Афонина, Кольцова).
- 3.3. Вопросы организации и проведения антиретровирусной терапии и приверженности к ней (Голиусов, Райнеке, Покровский, Юрин, Дементьева, Рукавишников, Кравченко, Нарсия, Рахманова, Беляева, Попова, Кузнецова, Шахгильдян, Кузнецова).

- 3.4. Вопросы профилактики ВИЧ-инфекции, в том числе среди уязвимых групп населения и на рабочих местах (Дементьева, Непомнящих, Левицкая, Голиусов, Рахманова, Покровский, Артамонов, Синелина, Величкина, Баркалова).
- 3.5. Проблемы, связанные с распространением ВИЧ-инфекции нозокомиальным путем и через донорство (Карякин, Бобрик, Голиусов, Покровский, Чжао, Потемина, Ибрагимова, Кузьмин).

4. По результатам заслушанных выступлений рекомендовать

Органам управления здравоохранением субъектов Российской Федерации:

- 1. Обеспечить развитие и укрепление материально-технической базы и кадрового потенциала медицинских учреждений, в которых оказывается помощь больным ВИЧ-инфекцией.
- 2. Принять меры по обследованию ВИЧ-инфицированных согласно стандарту оказания медицинской помощи для выявления оппортунистических, микст и СПИД-ассоциированных инфекций, а также обеспечению их адекватным лечением.
- 3. Более эффективно использовать имеющуюся лабораторную базу по определению вирусной нагрузки и иммунного статуса за счет повышения производительности имеющегося лабораторного оборудования (применение пробоподготовщиков), шире проводить исследования на устойчивость ВИЧ к антиретровирусным препаратам, а также принять меры к обновлению парка оборудования для проведения скрининговых исследований (иммуноферментного анализа).
- 4. Обеспечить внедрение в практику электронной базы данных, позволяющей производить быстрый анализ качества медицинской помощи, учет и движение антиретровирусных препаратов при терапии ВИЧ-инфекции.
- 5. Принять меры по внедрению и развитию программ по социальному сопровождению хронических инфекционных больных, в том числе внедрение и развитие мультипрофильных команд, включающих медицинских специалистов и социальных работников.
- 3. Обеспечить развитие системы оказания медпомощи при ВИЧ-инфекции по вертикали от специализированного медицинского центра

на субъектном уровне до ЛПУ муниципального звена.

- 4. Организовать более эффективное взаимодействие служб, занимающихся вопросами выявления и лечения больных социально значимыми заболеваниями (ВИЧ-инфекция, туберкулез, вирусные гепатиты, ИППП), оказывающими значительное влияние на здоровье нации и демографические процессы в обществе.
- 5. Принять меры по снижению уровня стигматизации людей, живущих с ВИЧ-инфекцией, в первую очередь среди медицинских специалистов.

Федеральному научно-методическому центру по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом:

- 1. Обеспечить организацию и проведение совещаний по вопросам:
- 1.1. Пересмотр или внесение изменений в нормативные правовые акты и методические документы по вопросам мониторинга, диагностики, лечения, эпидемиологического надзора ВИЧ-инфекции (СПИДа) и сопутствующих заболеваний (1 квартал 2008 г.).
- 1.2. Подготовка врачей эпидемиологов управлений Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации и центров по профилактике и борьбе со СПИДом по вопросам эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией и организации противоэпидемических мероприятий (2 квартал 2008 г.).
- 1.3. Подготовка медицинского персонала ЛПУ, обеспечивающего проведение антиретровирусной терапии ВИЧ-инфицированным в учреждениях ФСИН и гражданского здравоохранения.
 - 2. Подготовить проекты приказов:
- 2.1. О совершенствовании деятельности центров по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями (2 квартал 2008 г.).
- 2.2. О совершенствовании диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, сопутствующих и СПИД-ассоциированных заболеваний (4 квартал 2008 г.).
- 2.3. О совершенствовании системы мониторинга при ВИЧ-инфекции (1 квартал 2008 г.).
- 2.4. Об организации межведомственного взаимодействия по вопросам программ профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, сопутствующих заболеваний (туберкулез, ИППП, гепатиты, наркомании) (3 квартал 2008 г.).

Руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

Г.Г. Онищенко

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ВЫСОКОАКТИВНОЙ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ (ВААРТ) СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ: ЭФФЕКТИВНЫЕ ПРОГРАММЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВ*

Обзор

Ю.А. Саранков**

В странах Центральной и Восточной Европы, а также в странах Азии потребители инъекционных наркотиков (ПИН) составляют наиболее пораженную эпидемией ВИЧ/СПИДа социальную группу. Профилактика, диагностика и лечение ВИЧ-инфекции у ПИН представляет собой серьезную проблему для здравоохранения. Согласно исследованиям, показатель смертности от СПИДа среди людей, употребляющих наркотики, выше, чем среди других категорий ВИЧ-инфицированных, не говоря уже о неинфицированных людях (риск смерти среди ВИЧ-инфицированных ПИН в четыре раза выше, чем в группе неинфицированных лиц того же возраста и пола [1]). Доступность лечения антиретровирусными препаратами для людей, живущих с ВИЧ, остается острой проблемой во всем мире. Там, где пациенты получают высокоактивную антиретровирусную терапию (ВААРТ), основная проблема заключается в эффективности лечения, которое напрямую оказывают влияние многие факторы. В данном обзоре предпринята попытка проанализировать наиболее успешные программы вмешательств, направленные в первую очередь на повышение приверженности лечению среди ВИЧ-инфицированных пациентов, употребляющих инъекционные наркотики.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Медицинские специалисты играют ключевую роль не только в назначении и корректировании терапии, но и в повышении приверженности. Информирование пациентов о самом заболевании, о препаратах и их побочных эффектах, о способах преодоления побочных эффектов, о необходимости соблюдения режима, предоставление рекомендаций, как этого добиться, составляют неотъемлемую часть ведения пациентов, живущих с ВИЧ-инфекцией. Прежде чем назначить терапию и объяснить механизм ее действия, лечащий врач должен убедиться в том, что пациент имеет четкое представление не только о методах профилактики заражения (коинфицирование другими штаммами вируса и защита окружающих людей от инфицирования), но и о том, что представляет собой ВИЧинфекция, как она протекает, какие оппортунистические заболевания ее сопровождают. Уровень знаний пациента о самом заболевании оказывает влияние на его мотивацию следовать медицинским предписаниям. Например, в одном из исследований, в котором приняли участие 997 человек, было показано, что лучшее понимание природы заболевания ассоциировано с более высокими показателями приверженности лечению. Уровень знаний у пациентов оценивался с помощью простой анкеты, содержащей всего пять вопросов (оценка: правильно/неправильно). Те пациенты, которые правильно ответили на пять или четыре вопроса, продемонстрировали большую приверженность лечению (количество пропущенных доз) в сравнении с теми, кто дал меньшее число правильных ответов [1].

А. Тилдра и А. Ву, авторы обзорного анализа существующей литературы по данному вопросу, выделили целый ряд важных моментов, которые следует учитывать врачам при принятии решения о начале ВААРТ [2]:

1. Терапию лучше начинать, когда у пациента уже сформирована сильная мотивация и налицо готовность к лечению². Простой вопрос поможет специалисту определить намерения пациента: «Оцените по шкале от 1 до 10 ваши способности придерживаться графика приема лекарств».

^{*} Окончание. Начало см. «Шаги *профессионал*» № 6 (2007), с. 18–30.

^{** «}СПИД Фонд Восток—Запад» (AFEW), 2007 г.

¹ «Лекарственная приверженность определяется как способность человека, живущего с ВИЧ/СПИДом, участвовать в выборе и начале терапии, умении справляться и следовать конкретному лечебному режиму для того, чтобы держать контроль над репликацией вируса (ВИЧ) и улучшать функционирование иммунной системы» (Jani A.A. Adherence to HIV treatment regimens: recommendations for best practices. Available at: http://www.alpha.org/ppp/hiv/Best_Practices.pdf).

² Поскольку не существует точных методов для определения готовности пациентов следовать режиму терапии, исследователи в Калифорнии провели пилотную программу с использованием плацебо. Двадцати пациентам-мужчинам в амбулаторной клинике были назначены плацебо-препараты, которые они должны были принимать на протяжении несколь-

- 2. Пациент должен принимать участие в выборе режима терапии, что позволит адаптировать режим к условиям его жизни. Успех достигается тогда, когда прием лекарственных препаратов осуществляется по индивидуально разработанной схеме и становится частью ежедневных привычек.
- 3. Схема приема препаратов должна быть максимально простой. Лучше больше капсул принимать за один раз, чем «разбивать» процедуру на несколько приемов.
- 4. Необходимо предоставить пациенту как можно более полную информацию о процессе лечения, используя словесные описания, статистику и графики. Обратите особое внимание на следующие вопросы:
- содержимое и количество употребляемых капсул (полезно показать картинку или образец каждой капсулы);
- количество дневных доз и частота их приема (детальная информация о допустимом временном окне для приема каждой дозы);
- условия, связанные с приемом препаратов (например, продукты и характер питания, прием до или после еды и т.д.);
- как и где получить препараты и как их хранить:
- наиболее распространенные побочные эффекты (когда они вероятней всего происходят и что делать, чтобы от них избавиться);
- когда и как выйти на связь с членами команды по уходу;
 - продолжительность терапии;
- высокий риск несоблюдения режима терапии, сопровождающийся формированием лекарственной устойчивости и потерей терапевтических опций.
- 5. Прежде чем разъяснять данные вопросы, полезно спросить пациента, что он знает о препаратах.
- 6. В начале терапии пациент должен посетить врача, чтобы обсудить, как он переносит препараты. Для повышения приверженности терапии рекомендуется использовать телефонные звонки и повторные приемы у врача.
- 7. Поскольку наличие побочных эффектов является основной причиной отказа от продолжения лечения, медицинские специалисты должны подробно проконсультировать пациента по данным вопросам, объясняя преимущест-

ва лечения перед риском прогрессирования заболевания. В случае наличия у пациента симптомов усталости от терапии не стоит поощрять так называемые каникулы в лечении, поскольку польза данного подхода еще не доказана.

8. Пациенты со специфическими потребностями (например, потребители инъекционных наркотиков) требуют особого внимания. Такие стратегии, как направление на наркологическое лечение и реабилитацию, консультирование и поддержка «равными», терапия прямого наблюдения, группы самопомощи, являются наиболее эффективными средствами.

В заключение своей статьи А. Тилдра и А. Ву пишут: «Ограниченные доказательства позволяют сделать вывод, что вмешательства по повышению приверженности антиретровирусной терапии у людей, живущих с ВИЧ, вероятней всего будут успешны тогда, когда они являются комплексными, продолжительными и соответствуют нуждам человека. По нашему мнению, все стратегии должны базироваться на эффективной коммуникации с пациентами, приглашая и побуждая их стать настоящими протагонистами их собственного лечения».

СТРАТЕГИИ ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ВААРТ

Стратегии, сфокусированные на пациенте.

- 1. Проводите диагностику депрессии у всех пациентов перед началом ВААРТ. Если депрессия выявлена, назначьте лечение и стабилизируйте эмоциональное состояние пациента до начала ВААРТ.
- 2. Проводите диагностику наркологических заболеваний и мотивируйте пациента на лечение. Если пациент не готов к наркологическому лечению, но намерен получать ВААРТ, используйте разнообразные стратегии для повышения его возможностей успешно придерживаться режима терапии. Вы можете рассмотреть возможность включения пациента в программу терапии прямого наблюдения [ТПН] (если таковая доступна) или создать ситуацию, при которой препараты будут выдаваться непосредственно в руки пациенту.
- 3. Делайте все возможное, чтобы помочь пациенту стабилизировать жизненную ситуацию и систему социальной поддержки³. Составьте чет-

ких недель (серия от 1 до 5-недельных практик). Пациентам предлагалось консультирование, которое использовалось в качестве клинического инструмента для оценки и метода повышения приверженности терапии. Пациентам не назначалось антиретровирусное лечение до тех пор, пока они не демонстрировали 90%-ной приверженности во время одного практического испытания. Приверженность оценивалась с помощью электронных колпачков. По результатам исследования, из 17 человек, которые завершили программу, 15 начали получать антиретровирусную терапию, а двое решили повременить. 13 человек (87%) достигли 90%-ного уровня приверженности в течение первого месяца лечения. Средний показатель приверженности в первые четыре недели составил 93%. Эти результаты позволяют сделать вывод, что если пациент в состоянии следовать режиму терапии в течение одной недели с использованием плацебо-препаратов, то он скорее всего будет в равной степени привержен и BAAPT (Wagner G., Iguchi M., Schneider S., Scott J., Anderson D. Placebo practice trials: a tool to assess and improve adherence readiness. *HNClin. Trials.*, 2002. Nov-Dec., 3 (6): 475–481).

³ Стабилизация жизненной ситуации и ежедневное следование определенному расписанию (формирование рутинной деятельности) могут оказаться полезными для соблюдения режима приема медикаментов. В одном из исследований было по-

кое представление о его условиях жизни, стабильности текущей ситуации и наличии «значимых других». Сотрудничайте с патронажным или социальным работником для эффективного решения данных проблем.

- 4. Проанализируйте взгляды и представления пациента относительно ВААРТ. Если у пациента сформировались негативные представления о ВААРТ или он не верит в эффективность препаратов, рассмотрите возможность привлечения групп поддержки, «равных» консультантов или т.н. «treatmet-buddy» (людей из ближайшего окружения пациента например, членов его семьи, друзей и т.д., которым пациент полностью доверяет и которые безусловно заинтересованы в предоставлении ему ВААРТ).
- 5. Проанализируйте настрой и готовность пациента начать ВААРТ, предоставьте ему информацию и время для решения возникающих проблем. Помните, что ситуация, когда необходимо срочно назначить ВААРТ, встречается редко. Целесообразнее начинать лечение тогда, когда пациент готов к нему.
- 6. Сделайте так, чтобы пациент принимал участие в выборе и формировании индивидуально подобранного режима терапии. Пусть он поможет вам выбрать режим, который можно легко адаптировать к его стилю жизни.
- 7. Предоставляя образовательные материалы пациентам, помните об их навыках чтения и родном языке. Объясняя схемы приема препаратов, максимально используйте иллюстративный материал, особенно фотографии. Не забывайте спросить пациента о его родном языке и навыках чтения до предоставления информационных материалов.
- 8. В целом ряде исследований была показана эффективность структурированных, индивидуально подобранных или групповых образовательных занятий по антиретровирусным препаратам, механизме их действия, важности соблюдения режима терапии и стратегий по повышению приверженности лечению. Такие занятия могут проводиться медицинской сестрой, аптекарем или другим членом команды по ведению пациента либо индивидуально, либо в группе.
- 9. С помощью пациента определите человека (члена семьи, друга или сексуального партнера), который будет помогать пациенту принимать препараты и соблюдать режим терапии. Это станет своего рода социальной поддержкой, которая необходима для повышения приверженности лечению.
- 10. Стремясь повысить приверженность, уделяйте внимание личностным факторам. Никогда не используйте персональные характеристики, которые пациенты не могут изменить (та-

кие, как национальность или факт наличия маленьких детей в семье), в качестве причины отказа от назначения ВААРТ. Наоборот, используйте эти факторы как стимул для предоставления даже более интенсивной поддержки.

Стратегии, сфокусированные на режиме лечения.

- 1. Упростите режим терапии настолько, насколько это возможно, сохраняя при этом необходимый терапевтический потенциал. Сформируйте такой режим лечения, при котором необходимо принимать меньше капсул и меньше доз и который сводит до минимума ограничения, связанные с продуктами питания.
- 2. Подберите режим BAAPT на индивидуальной основе; привлеките пациента к выбору режима, который наиболее подходит его или ее стилю жизни. Не придерживайтесь философии «один режим подходит всем».
- 3. Выбирайте режим с наименьшим количеством побочных эффектов. Там, где есть возможность, не назначайте препараты, известные своими чрезвычайно неприятными побочными эффектами.
- 4. Активно устраняйте побочные эффекты. Сообщите пациенту о том, какие побочные эффекты могут появиться и как с ними можно справляться.
- 5. Не важно, насколько простым или сложным является режим терапии, убедитесь в том, что пациенты четко понимают, как надо принимать препараты. Непонятность графика приема лекарств является главной причиной субоптимального уровня приверженности. В этой связи предоставление графика приема препаратов в виде фотографий может быть очень полезным. Кроме того, оказывайте помощь пациенту в своевременном пополнении «органайзера лекарств» (ящичка, содержащего набор лекарств, рассчитанных на 7 дней).
- 6. Будьте восприимчивы к просьбе пациента изменить режим терапии из-за наличия побочных эффектов.

Стратегии, сфокусированные на медицинское окружение и специалиста, предоставляющего помощь.

1. Разработайте список мероприятий по повышению приверженности, которые могут быть предложены каждому пациенту, включая оценку готовности пациента к ВААРТ, разъяснение важности соблюдения режима и знание последствий его нарушения, индивидуально составленные инструкции по приему препаратов с их фотографиями, план структурированной оценки приверженности и методы преодоления выявленных проблем, связанных с соблюдением режима.

казано, что пять привычных мероприятий: завтрак, просмотр любимых передач по телевизору, посещение собраний, ночевка дома и более редкие встречи с друзьями — четко ассоциированы с повышенной приверженностью антиретровирусному лечению. Рекомендации пациенту по структурированию режима дня могут стать хорошей стратегией для повышения приверженности лечению. (Wagner G.J., Ryan G.W. Relationship between routinization of daily behaviors and medication adherence in HIV-positive drug users. Abstract, AIDS Patient Care STDS, Jul. 18 (7): 385—393, 2004).

- 2. Дайте пациенту время и возможность сформировать теплые и дружественные отношения с вами, даже если он еще не получает BAAPT или не чувствует себя готовым к лечению.
- 3. Рассмотрите возможность направления в программы терапии прямого наблюдения (ТПН) тех пациентов, у которых имеются особые проблемы с соблюдением режима, например активных потребителей наркотиков или бездомных людей, которые выразили намерение начать ВААРТ.
- 4. Постарайтесь, насколько возможно, быть дружелюбным. Обеспечьте такие условия, при которых пациенты легко могли бы позвонить и

получить ответы на возникшие вопросы, а в случае появления проблем незамедлительно попасть на прием без наличия предварительной договоренности или записи.

5. Если есть возможность, пользуйтесь услугами междисциплинарной команды по уходу, с тем чтобы медсестры, специалисты патронажной службы, аптекари и консультанты из числа равных были доступны для координирования мероприятий по повышению приверженности. Наличие такой команды также повышает вероятность, что пациенты смогут найти кого-то, с кем им станет удобно общаться, у кого они смогут получать необходимую информацию по лекарствам.

Предлагаемые стратегии по повышению приверженности

Американская ассоциация общественного здравоохранения

- оценить факторы, которые могут оказывать влияние на приверженность и выступать в качестве барьеров;
- сформировать и поддерживать терапевтический альянс с пациентом;
- проводить мониторинг за соблюдением режима различными методами;
- осуществлять различные целенаправленные вмешательства по преодолению препятствий к приверженности.

Стратегии, предложенные Чесни*

- четко объяснить режим;
- подстроить его под стиль жизни пациента;
- обучать пациента тому, как соблюдать режим;
- составить график приема препаратов;
- обозначить место для приема лекарств;
- заранее планировать возможные изменения в режиме;
- составить специальный график для выходных и праздников;
- облегчить доступ к медицинской помощи в клинике;
- привлечь пациента к активному участию в лечении;
- направлять пациента в социальные службы;
- отслеживать и фиксировать приверженность по времени.

Стратегии, предложенные Тернер**

- упростить и разъяснить режим;
- предоставить средства для напоминания;
- обсудить побочные эффекты;
- предоставить социальную поддержку;
- лечить сопутствующие психиатрические и наркологические расстройства.

Американская ассоциация психологов

- четко объяснить режим;
- подстроить его под стиль жизни пациента;
- помогать общению с сотрудниками больницы;
- определить и устранить личные барьеры, препятствующие приверженности;
- направлять пациентов с особыми потребностями (например, наркотическая зависимость) на лечение;
- повышать самоэффективность;
- хвалить пациента за новые навыки;
- развивать в пациенте навыки преодоления проблем, препятствующих включению режима терапии в жизненный цикл;
- создавать социальную среду, способствующую повышению приверженности;
- заручиться поддержкой со стороны социальных контактов пациента;
- сохранять поддержку со стороны больничного персонала.

Источник: Simoni O., Frick P.A., Pantalone D.W., Wturner B.J. Antiretroviral Adherence Interventions: A Review of Current Literature and Ongoing Studies. Topics in HIV Medicine, volume 11, Issue 6: 185–198, November/December 2003.

^{*} Chesney M.A. Compliance: how you can help. Available at http://www.hivnewsline.com/issues/Vol3Issue3/comply.htmL

^{**} Turner B.J. Adherence to antiretroviral therapy by human immunodeficiency virus-infected patients. *J. Infect. Dis.*, 2002: 185 (Suppl. 2): 143–151.

- 6. Запланируйте интенсивные и частые визиты пациентов на прием в первый месяц лечения. Сделайте акцент на выявлении и решении проблем, связанных с соблюдением режима и переносимостью лекарств. Эти визиты могут быть также использованы для ранней оценки уровня приверженности и закрепления правильного выполнения графика приема препаратов.
- 7. Предоставьте пациентам возможность использовать приборы, напоминающие о времени приема препаратов (биперы, часы с сигналом, «органайзеры лекарств»), если они предполагают, что это им поможет. Не забывайте инструктировать пациентов о правилах пользования данными приборами.
- 8. Продолжайте оценивать приверженность во время каждого визита пациента. С каждым пациентом обсуждайте вопросы приверженности. Помните, что после длительного приема антиретровирусных препаратов может появиться «усталость от лечения». В этой связи на всем протяжении курса АРВ-терапии следует особое внимание уделять вопросам приверженности.

Источник: Stone V.E. Strategies for Optimizing Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy: Lessons from Research and Clinical Practice. *Clinical Infectious Diseases*, volume 33: 865–872, 2001.

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ПОДДЕРЖКА «PABHЫЙ—PABHOMУ» (PEER COUNSELING AND SUPPORT)

Все больше появляется данных об исследованиях, доказывающих эффективность вмешательств по повышению приверженности ВААРТ, основанных на подходе «равный—равному»⁴.

В Нью-Хейвен (США) было проведено шестимесячное исследование, в котором приняли участие 14 ВИЧ-инфицированных активных потребителей наркотиков, получающих медицинский уход. Каждого из участников просили посещать пациентов раз в неделю, чтобы предоставить поддержку и консультирование. Консультанты получали небольшое денежное вознаграждение, если им удавалось добиться позитивной реакции со стороны пациента (своевременное посещение клинических назначений, визиты в те службы, куда их направлял врач, своевременный прием препаратов и еженедельные встречи с консультантом). На девятой неделе исследования средний показатель приверженности терапии, еженедельно оцениваемый консультантом путем подсчета количества капсул, составил 90% [3].

РОЛЬ ПРОГРАММ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА (ОБМЕН ШПРИЦЕВ И ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ) В ПОВЫШЕНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

Комплексные программы снижения вреда среди потребителей инъекционных наркотиков нашли широкое подтверждение своей эффективности в снижении рискованных видов поведения (сексуальных и инъекционных), способствуя тем самым профилактике заражения инфекциями, передающимися через кровь (ВИЧ, вирусные гепатиты). Как неоднократно указывалось, доступность медицинских служб и возможности получения антиретровирусного лечения для потребителей наркотиков ограничены. Помимо специфических СПИД-сервисных служб ведение и уход за ВИЧ-инфицированными ПИН могли бы осуществляться в программах лечения наркотической зависимости и реабилитации, однако, как показывает международный опыт, в такие программы хотя бы раз в жизни попадают лишь 15-20% активных потребителей наркотиков.

Программы снижения вреда, организующие свою деятельность «там, где находятся клиенты», имеют гораздо больший доступ к целевой группе и, следовательно, могут использоваться не только для проведения первичных профилактических мероприятий, но и для предоставления медицинской и социально-психологической помощи людям, живущим с ВИЧ. К сожалению, многие люди в наших регионах не хотят посещать СПИД-центры из-за боязни раскрытия статуса и стигмы, которая может быть с этим ассоциирована. В этой связи назначение антиретровирусного лечения на базе программ снижения вреда является привлекательной и вполне выполнимой альтернативой.

Сотрудники Йельского университета в США провели пилотное исследование по предоставлению антиретровирусной терапии активным потребителям героина в местах обмена шприцев. Команда специалистов еженедельно посещала пункты обмена для оценки побочных эффектов терапии и мотивирования пациентов на соблюдение режима. Режим терапии был подобран таким образом, чтобы соответствовать времени употребления героина. В начале исследования показатель вирусной нагрузки и количество СD4-лимфоцитов у 13 участников в среднем составляли 162,369 копий/мл и 265 кл./мл соответственно. К 6-му месяцу пропорция тех, чей показатель РНК ВИЧ-1 в крови был ниже определяемого уровня, составила 85%; 77% достигли неоп-

⁴ Несколько исследований были представлены на XV Международной конференции по СПИДу в Бангкоке, Таиланд (см., например, McCaffrey M. Peer counseling in the primary care setting. Abstract. XV International AIDS Conference. Bangkok, Thailand, 11–16 July 2004; Mtwisha L., Orrell C., Lewis M., Matoti K., Wood R., Bekker L.G. A peer administered treatment readiness program enhances community based antiretroviral treatment adherence. Abstract. XV International AIDS Conference. Bangkok, Thailand, 11–16 July 2004; Makuka I., Sinkala M., Wamalume C., et al. Use of peer educators in an ARV treatment program in Lusaka, Zambia. Abstract. XV International AIDS Conference. Bangkok, Thailand, 11–16 July 2004).

ределяемого уровня к 9-му месяцу исследования: к 12-му месяцу у 54% участников программы отмечался стабильно неопределяемый уровень вирусной нагрузки, а чистый рост показателя СD4лимфоцитов составил 150 кл./мл. Дополнительным и непреднамеренным результатом программы стало то, что после достижения неопределяемого уровня вирусной нагрузки 9 участников (69%) решили обратиться за наркологическим лечением [4]. Во многих странах заместительная терапия (метадон, бупренорфин) является терапией выбора при ведении опиоиднозависимых пациентов. Как метод снижения вреда, программы заместительной терапии (ПЗТ), помогая отказаться от инъекционного употребления наркотиков, снижают риск заражения вирусными гепатитами и ВИЧ [5-7]. Прием заместительных препаратов под медицинским наблюдением позволяет улучшить состояние здоровья потребителей наркотиков, а отсутствие тяги к употреблению незаконных наркотиков стабилизирует социальную жизнь. Интервью с участниками программ показали, что метадон стабилизирует эмоциональное состояние, поскольку препарат подавляет чувство тревоги и приглушает неприятные эмоции/чувства [8]. Когда жизнь наркозависимого человека становится упорядоченной, вполне естественно ожидать, что доступность и использование медицинских услуг возрастают. Согласно нескольким исследованиям, ВИЧ-инфицированные ПИН, находящиеся в программах заместительной терапии, значительно чаще получают лечение антиретровирусными препаратами и более привержены терапии, чем те, кто в таких программах не участвует. В одном из исследований приняли участие 42 ВИЧ-позитивных ПИН, которые впервые начали участвовать в программе заместительной терапии метадоном. До начала метадоновой терапии у 63% пациентов приверженность ВААРТ была менее 80%, что ассоциировалось с низким уровнем образования, депрессией и плохими показателями тестов, оценивающих способности по решению проблем и когнитивную гибкость. На 4-й неделе стабилизационной фазы лечения метадоном приверженность антиретровирусной терапии существенно повысилась [9].

Как и программы обмена шприцев, ПЗТ являются удобным местом для проведения медицин-

ских вмешательств, поскольку потребители наркотиков должны регулярно их посещать⁵. Постоянный контакт с клиентом дает возможность назначать ВААРТ с использованием терапии прямого наблюдения (ТПН). В исследовании в Дублине приняли участие 39 пациентов заместительной терапии метадоном. Спустя 48 недель 51% пациентов, уже имевших ранее опыт лечения антиретровирусными препаратами, и 65% пациентов-новичков смогли достигнуть максимального уровня подавления вирусной нагрузки. Как отмечают авторы, «ТПН должна считаться опцией для предоставления ВААРТ потребителям инъекционных наркотиков, особенно в сочетании с заместительной терапией метадоном» [10]. Подобные данные были также получены во Франции, где более распространены программы заместительной терапии бупренорфином. Моатти обнаружил, что ВИЧ-инфицированные потребители наркотиков, получающие бупренорфин, в большей степени привержены антиретровирусному режиму терапии [11]. Было опрошено 164 пациента, из которых 34,8% за предыдущую неделю приняли менее 80% прописанных доз. Клиенты амбулаторной программы заместительного лечения бупренорфином смогли достигнуть более высоких показателей приверженности ВА-АРТ (78,1%), чем бывшие ПИН (6,5%).

Другим вариантом для назначения и/или продолжения заместительной терапии могут стать клиники по лечению ВИЧ/СПИДа. Это особенно важно для пациентов, которые активно употребляют наркотики. Прекращение употребления наркотиков (это, как правило, является обязательной нормой лечебных учреждений) может вызвать синдром отмены с последующим влечением к наркотику и его поиску. В такой ситуации проведение заместительной терапии непосредственно на месте представляется наиболее адекватной мерой с медицинской точки зрения⁶.

МОТИВАЦИОННОЕ ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЕ (MOTIVATIONAL INTERVIEWING)

Мотивационное интервьюирование как метод психологического консультирования традиционно используется в работе с наркозависимыми кли-

⁵ Существуют доказательства того, что услуги, предлагаемые в программах наркологического лечения «непосредственно на месте» (например, заместительная терапия метадоном), значительно эффективнее, чем при направлении пациентов, употребляющих наркотики, в другие медицинские заведения. В одном из исследований было показано, что 92% пациентов метадоновой программы постоянно получали медицинскую помощь, осуществляемую в программе, тогда как из тех, кто был направлен в другие службы, лишь 35% пациентов имели доступ к медицинской помощи (Umbricht-Schneiter A., Ginn D.H., Pabst K.M., et al. Providing medical care to methadone clinic patients: referral versus on-site care. *Am J Public Health*, 84: 207—210,1994).
⁶ Исследование, проведенное в больнице Св. Павла по лечению ВИЧ/СПИДа в Ванкувере среди 1056 ВИЧ-инфицированных пациентов с анамнезом употребление наркотиков, было направлено на выявление факторов, способствующих уходу из клиники, несмотря на медицинский совет. В целом показатель прекращения лечения составил 24,9%, что в первую очередь было связано с употреблением наркотиков. Вероятность ухода из больницы снижалась для тех пациентов, которые получали заместительную терапию метадоном прямо в клинике, были старше по возрасту и имели социальную поддержку (Chan A.C., Palepu A., Gun D.P., Sun H., Schechter M.T., O'Shaughnessy M.V., Anis A.H. HIV-positive injection drug users who leave the hospital against medical advice: the mitigating role of methadone and social support. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, 2004, Jan. 1, 35 (1): 56—59).

ентами с целью повышения мотивации на изменение рискованных типов поведения. В литературе появляется все больше данных, свидетельствующих об эффективности этого подхода не только для профилактики заражения ВИЧ-инфекцией, но и для повышения приверженности пациентов антиретровирусному лечению.⁷

М.С. Адамин с соавт. провели пилотное исследование, в котором приняли участие 20 ВИЧ-инфицированных пациентов [12]. Во время краткосрочных сессий (15—30 мин) пациентам была предоставлена возможность выбрать темы для обсуждения, предполагающие определение проблемы и поиск путей ее решения. Большинство пациентов смогли выработать стратегии, которые способствуют улучшению состояния здоровья.

Опрос показал, что почти все участники программы (95–100%) считают сессии нужными и полезными. В другом исследовании медицинские сестры-консультанты, используя техники мотивационного интервьюирования, проводили три сессии по повышению приверженности АРВ-лечению для пациентов экспериментальной группы. Проведенная спустя два месяца оценка показала, что среднее количество баллов на шкале пропущенных доз было меньше среди участников экспериментальной группы, чем среди пациентов, с которыми мотивационное интервьюирование не проводилось [13].

ГРУППЫ ПО ПОВЫШЕНИЮ ПРИВЕРЖЕННОСТИ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

Традиционно группы самопомощи или самоподдержки для ВИЧ-инфицированных людей формируются и проводятся с целью решения целого ряда вопросов и проблем, связанных как с особенностями самого заболевания, так и с социальными факторами, его сопровождающими (см. «Группы самопомощи»). В отличие от психотерапевтических групп, проводимых под руководством специалистов (врачей, психологов), динамика таких групп базируется на принципе «равный—равному», когда в состав группы включаются представители одного сообщества, имеющие общие характеристики⁸ и выступаю-

шие в качестве лидеров или фасилитаторов. Темы для обсуждения в таких группах могут включать: текущие проблемы, взаимоотношения с близкими людьми, жизнь с ВИЧ, антиретровирусные препараты и опыт их приема, контакты с медицинским персоналом и др. В группах, сформированных для потребителей наркотиков, могут затрагиваться и более специфические темы, касающиеся проблем наркотической зависимости (например, способы менее опасного употребления наркотиков, жизнь с вирусными гепатитами, уход за венами). Группы самоподдержки выступают в качестве посредника между ее участниками и медицинскими специалистами. С точки зрения ПИН – участников группы самоподдержки в Бразилии, ключевыми факторами, способствующими соблюдению режима, являются коммуникация и взаимоотношения с медицинскими специалистами, а также эмоциональная поддержка и практическая помощь, оказываемая самой группой. Главные барьеры для приверженности – стигма и страх быть отверженным, как результат раскрытия статуса перед родственниками, друзьями и партнерами, низкая самооценка, связанная с инфицированием ВИЧ и симптомами заболевания, сложность терапевтического режима, побочные эффекты, сопутствующее употребление алкоголя и/или наркотиков [14].

ГРУППЫ САМОПОМОЩИ

«Группа самопомощи комплектуется из людей, имеющих одинаковые проблемы или оказавшихся в похожей жизненной ситуации, обратившихся самостоятельно или через родственников или друзей. Обмен опытом позволяет участникам группы оказывать взаимную поддержку уникального качества и объединить практическую информацию и способы преодоления кризисов. Группы проводятся самими участниками.

Некоторые группы расширяют свою деятельность: например, предоставляют услуги людям, столкнувшимся с той же проблемой или оказавшимся в той же жизненной ситуации; проводят кампанию, направленную на изменение отношения к проблеме. Иногда по просьбе

⁷ Мотивационное интервьюирование — клиенториентированный подход, способствующий увеличению внутренней мотивации к изменениям посредством рассмотрения и разрешения амбивалентности. Мотивационное интервьюирование построено на пяти основных принципах: 1) выражение эмпатии (через рефлективное слушание); 2) отслеживание несоответствий между нынешними и желаемыми типами поведения; 3) отказ от споров; 4) отказ от прямой конфронтации с сопротивлением со стороны клиента; 5) поддержка самоэффективности или представления клиента о том, что у него всегда есть возможность измениться (Miller W.R., & Rollnik S. Motivational interviewing: Preparing people for change, New York: Guilford Press, 2002 (2d ed.).

⁸ Группы самопомощи (самоподдержки) для потребителей наркотиков являются одним из наиболее эффективных методов работы, направленных на снижение рискованных типов поведения и формирование установки на сохранение здоровья. Например, было доказано, что частота рискованных инъекционных практик (совместное использование инъекционного инструментария) среди ПИН, которые посещают группы самопомощи, в два раза ниже, чем среди ПИН, не принимающих участия в групповых встречах (Sibthorpe B., Fleming D., Gould J. Self-help groups: a key to HIV risk reduction for high-risk injection drug users? *J. AcquirImmune Defic. Synd.*, 1994, Jun. 7 (6): 592—598).

группы в том или ином качестве также могут принимать участие профессионалы»⁹.

Группы самопомощи, организованные в рамках деятельности по борьбе со СПИДом, отличаются друг от друга. Некоторые из них (как правило, небольшие группы) имеют достаточно стабильный состав участников. В других количество участников измеряется сотнями. Очень важно, чтобы перед созданием группы участники уже имели некоторое представление о ее будущем развитии.

Кто-то из участников будет часто посещать группы самопомощи, станет активным потребителем их услуг. Кто-то, возможно, предпочтет менее активную и менее заметную роль. Группа всегда будет отличаться по гендерной и национальной принадлежности, социальному происхождению, профессии и т.д., а также по продолжительности жизни с ВИЧ/СПИДом. Потребности людей, которым недавно поставили диагноз, будут отличаться от тех, которые живут с ВИЧ многие годы. Данные различия могут оказаться как источником сотрудничества, так и источником определенного непонимания. Ключевой элемент любой группы самопомощи встречи ее членов. Группы являются тем безопасным местом, где люди могут рассказать друг другу свои истории, обсудить проблемы, вместе попытаться найти возможности их решения. Формальные заседания и группы поддержки могут привести к формированию неформальных сетей поддержки. Если вы думаете о какомлибо мероприятии, не ждите, что кто-то его организует, – действуйте сами. Задача группы самопомощи – подтолкнуть к этому. Одной из целей любой группы самопомощи должно стать стремление уменьшить изоляцию людей, живущих с ВИЧ/СПИДом.

Некоторые группы могут быть «временными», так как организованы для решения конкретных, текущих потребностей. Когда проблемы исчерпаны, такая группа начинает постепенно «сворачивать» свою деятельность, но поддержка продолжает оказываться через сеть сформировавшихся контактов.

Если группа начинает предоставлять дополнительные услуги для своих членов, становится труднее определить понятие «самопомощь». Большинство групп стараются предоставить участникам информацию относительно ВИЧ и СПИДа, новости по лечению, клиническим испытаниям и т.д. Они часто разрабатывают и издают бюллетени, приглашают на заседания гостей, предлагают практическую поддержку по вопросам социального обеспечения, оказывают небольшую финансовую помощь, а также предлагают целый ряд дополнительных услуг, таких как массаж, уход за ребенком, транспортировка и др. Данные услуги, бесспорно, приносят пользу участникам и оправдывают существование

группы для потенциальных доноров. Но они несколько «смазывают» имидж самопомощи. Большие проекты, подобные дропин-центрам, выводят группу далеко за пределы традиционного понимания самопомощи и потому требуют серьезных финансовых и организационных затрат. Это может привести к направлению, известному как «предоставление услуг», что способно демотивировать людей, которые пришли в группу, организованную именно с целью их мотивации. Так или иначе, предоставление услуг вполне законный путь для развития групп самопомощи. Для того чтобы сервис не стал оказывать негативного влияния, необходимо, чтобы члены группы принимали участие во всех аспектах: ремонтные работы, оформление помещения, приготовление еды и т.д. Во время представления группе нового участника ему необходимо объяснить этику самопомощи. В первую очередь, обратите внимание на то, что, хотя группа и предлагает определенные услуги, основа ее философии – в самостоятельности: человек не должен рассчитывать, что с ним будут постоянно «нянчиться». Для этого существуют другие учреждения.

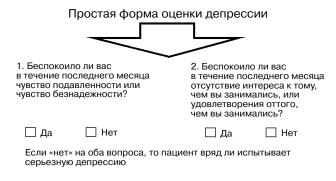
Источник: A Manual for self-help groups of people who are living with HIV. Network of Self-Help HIV & AIDS Groups. Edited by Stephanie Elsy, 1998 Edition.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕПРЕССИИ

Депрессия является наиболее распространенным расстройством среди ВИЧ-инфицированных пациентов. По некоторым данным, до 50% пациентов, живущих с ВИЧ, в какой-то момент жизни испытывают симптомы депрессии той или иной степени тяжести. Множество исследований демонстрируют прямую связь между наличием депрессии у пациентов и плохими исходами лечения ВИЧ-инфекции. Согласно научным данным, депрессия ассоциирована с трехкратным увеличением риска смерти, независимо от возраста, снижением количества CD4-клеток и плохой приверженностью антиретровирусной терапии [15, 16]. Причинную связь между депрессией и прогрессированием инфекционного процесса предположительно можно объяснить: 1) прямым влиянием стресса на иммунную систему (иммуносупрессия), 2) отсроченным началом приема ВААРТ и 3) субоптимальным соблюдением режима терапии (низкая приверженность) [17]. В связи с этим очень важно перед назначением антиретровирусной терапии провести диагностику и лечение депрессии. Для быстрого выявления симптомов депрессии на приеме у врача (не психиатра) можно использовать простой тест (рисунок).

В случае выявления депрессии, пациента необходимо направить в специализированные службы: психиатрия, наркология, психотерапия — для

⁹ What is the self help group? http://www.selfhelp.org.uk/whatis.htm



Тест для быстрого выявления симптомов депрессии. Источник: American Psychiatric Association. DSM IV: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. 1994.

назначения адекватного лечения (в этой связи см., например, статью, описывающую лекарственную терапию депрессии у ВИЧ-инфицированных пациентов и фармакологическое взаимодействие антиретровирусных и психотропных препаратов: Halman M. Management of depression and related neuropyschiatric symptoms associated with HIV/AIDS and antiretroviral therapy. *The Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology*, July/August 2001, Volume 12, Number C¹⁰).

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЕ КОМАНДЫ ПО УХОДУ И ПОДДЕРЖКЕ

Ведение пациентов с наркотической зависимостью и сопутствующей ВИЧ-инфекцией требует активного участия специалистов разного профиля, представляющих как сферу здравоохранения, так и другие социальные институты (социальная служба, агентства по трудоустройству и т.д.). Это является достаточно уникальной ситуацией для медицины. Как уже было указано, целый ряд факторов немедицинского характера может выступать в качестве барьеров для приверженности ВААРТ (стигма, употребление наркотиков, отсутствие социальной поддержки и помощи со стороны «значимых других», депрессия). Поэтому представляется важным перед назначением антиретровирусной терапии сформировать группу из разных специалистов, ответственных за ведение пациента. Такая группа в западной литературе называется «командой по уходу и поддержке» (см. табл. «Скоординированный подход команды специалистов к ведению ПИН, живущих с ВИЧ/СПИДом»).

Пример. Медицинский центр «Dimock» (Dimock Community Health Center, http://www.dimock.org), расположенный в Роксбери (США) предлагает

ряд медицинских услуг. В 1997 году в Центре была разработана комплексная программа, направленная на повышение приверженности ВААРТ, которая стала частью программы по уходу за людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом (приняли участие около 200 человек). Данная программа обслуживает представителей сообщества, принадлежащих к разным культурам. Команда специалистов включает: врача-инфекциониста, специализирующегося на лечении ВИЧ/СПИДа (лидер группы), врача общей практики, медицинскую сестру, осуществляющую патронаж, психиатра-консультанта, аутрич-работника из числа равных (адвокат по приверженности), диетолога и других консультантов (по трудоустройству, координатора по направлению в другие службы, переводчика). В программе по повышению приверженности приняли участие 43 пациента, большинство из которых принадлежат к национальным меньшинствам. У более чем 60% пациентов диагностирована коинфекция ВГС, а более 75% пациентов имеют в анамнезе употребление наркотиков/психические расстройства. Мультидисциплинарная команда занимается разработкой обучающих материалов и руководств для пациентов, которые затем постоянно обновляются и переводятся на три языка. Вначале все пациенты приходят на консультацию к врачу-терапевту, где в течение 2-3 встреч обсуждают вопросы, связанные с ВААРТ. После посещения врача-терапевта пациенты встречаются с патронажной медсестрой, в задачу которой входят подкрепление полученной информации и дальнейшее обучение соблюдению режима. Всем пациентам предлагаются услуги аутрич-работников, которые прошли специализированный тренинг по лечению и вопросам приверженности, супервизию за которыми осуществляет психиатр-консультант. В случае согласия аутрич-работник начинает регулярно посещать пациента. Патронажными услугами пользуются более 70% пациентов. Программа по обучению и поддержке включает в себя использование руководства, оценку лечебного режима и уровня приверженности, предоставление общей информации по ВИЧ-инфекции, энергичное направление в программы лечения психических расстройств и наркомании, назначение диет и организация психосоциальной помощи. Результаты программы демонстрируют эффективность многопрофильного подхода: более 75% пациентов, получающих ВААРТ, принимают участие в одном из компонентов программы; у 63% пациентов вирусная нагрузка была на неопределяемом уровне; у более 90% пациентов, которые смогли достичь неопределяемого уровня вирусной нагрузки, этот показатель сохранялся больше одного года; у 65% пациентов приверженность составила 100% в течение трех дней, а 56% пациентов пропускали одну дозу в неделю; пропущенные дозы были связаны с более низким знанием о ВИЧ-инфекции. По наблюдению ав-

¹⁰ Для лечения депрессии используется целый ряд эффективных подходов: когнитивно-поведенческая терапия, трициклические антидепрессанты, ингибиторы обратного захвата серотонина и такие альтернативные препараты, как декстроамфетамин и тестостерон.

Скоординированный подход команды специалистов к ведению ПИН, живущих с ВИЧ/СПИДом

| Проблема | Член команды | Стратегии и цели |
|--|--|---|
| Недоверие к медицинским структурам | • Специалист по лечению ВИЧ • Помощник из группы «равных» | Отношение должно быть участливым, добрым, должна чувствоваться заинтересованность в оказании помощи Определить ближайшие и долгосрочные цели Сформулировать четкие правила и ожидания относительно поведения клиентов Координировать работу команды Решать медицинские вопросы, требующие незамедлительного внимания Проводить антиретровирусное лечение, где это возможно |
| Активное употребление наркотиков | КонсультантПсихиатрГрупповая терапия | Разработать план действий (детоксикация, реабилитация, профилактика рецидивов) Проводить поддерживающую терапию метадоном, LAAM и др. Участвовать в группах «Анонимные алкоголики/наркоманы» Минимизировать влияние пусковых (триггерных) факторов |
| Бедность, нестабильное жилье, отсутствие страховки | • Социальный работник • Аутрич-работник | Создать план по медицинскому уходу с учетом приоритета проблем Направить пациента в соответствующие службы Отслеживать дальнейшую судьбу пациента |
| Психические расстройства | • Психиатр • Консультант | Диагностировать нелеченные ранее расстройства Назначать фармакотерапию Проводить познавательно-поведенческую терапию для лечения расстройств личности |

Источник: Lucas G. Management of HIV infection in injection-drug users. In: Phair J.P., King E., eds. *HIV/AIDS Annual Update*, 2002. Milford, Mass: iMedOptions, LLC. 2001; 137—139. (Цит. по: Г. Лукас. Ведение потребителей инъекционных наркотиков, живущих с ВИЧ/СПИДом/Предоставление лечения и помощи ВИЧ-положительным потребителям инъекционных наркотиков. М., «СПИД Фонд Восток—Запад», 2003).

торов исследования, проводивших оценку программы, аутрич-работа является эффективной и ценной составляющей мультидисциплинарного

Источник: Hirschhorn L.R., Goldin S., Meehan T., et al. HAART to HEART: A multi-disicpLinary adherence support and evaluation program. Dimock Community Health Center, JSI Research and Training, Neponsett Health Center. October 2001, http://haarttoheart.jsi.com.

Приверженность антиретровирусной терапии среди людей, употребляющих наркотики, может быть эффективно повышена путем проведения программы профилактических вмешательств. Использование стратегий, направленных на повышение уровня знаний, стабилизацию эмоционального состояния, нормализацию социальной жизни и изменение поведения у потребителей инъекционных наркотиков, позволяет добиться тех же результатов лечения, что и среди пациентов других категорий. Поскольку в случае хронических заболеваний приверженность лечению со временем может снижаться (феномен, известный как «усталость от лечения»), программы воздействия должны постоянно модифицироваться и проводиться на стационарной основе. Преемственность ухода и поддержки (continuum of care), координация медицинских и социальных услуг и нестигматизирующее отношение - ключ к успешному лечению ВИЧ-инфекции у потребителей инъекционных наркотиков.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Weiss L., French T., Finkelstein R., Waters M., Mukhetjee R., Agins B. HIV-related knowledge and adherence to HAART. AIDS Care, 2003, 0ct; 15 (5): 673–679.
- Tuldra A., Wu A.W. Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy. J. AcquirImmune Defic. Syndr., 2002. Dec 15; 31 Suppl. 3: S154—S157. Review.
- 3. Broadhead R.S., Heckathorn D.D., Altice F.L., van Hulst Y., Carbone M., Friedland G.H., O'Connor P.G., Selwyn P.A. Increasing drug users' adherence to HIV treatment: results of a peer-driven intervention feasibility study. *Soc. Sci Med.*, 2002, Jul.; 55 (2): 235–246.
- 4. Altice F.L., Springer S., Buitrago M., Hunt D.P., Friedland G.H. Pilot study to enhance HIV care using needle exchange-based health services for out-of-treatment injecting drug users. Abstract. *J. Urban. Health.*, 2003, Sep.; 80 (3): 416–427.
- Ball J.C., Lange W.R., Myers C.P., Friedman S.R. (1998) Reducing the risk of AIDS through methadone maintenance treatment. *Journal of Health and Social Behavior*, 29, 214–226.
- Moss A.R., Vranizan K., Gorter R., Bacchetti P., Watters J., Osmond D. (1994) HIV seroconversion in intravenous drug users in San Francisco 1985–1990. AIDS, 8, 223–231.
- Serpelloni G., Carrieri M.P., Rezza G., Morganti S., Gomma M., Binkin N. (1994) Methadone treatment as a determinant of HIV risk reduction among injecting drug users: A nested case control study. AIDS Care, 16, 215–220.
- Witteveen E., van Ameijeden E.J. Drug users and HIV-combi-nation therapy (HAART): factors which impede or facilitate adherence. Subst Use Misuse. 2002; 37(14): 1905–1925.
- Avants S.K., Margolin A., Warburton L.A., Hawkins K.A., Shi J. Predictors of nonadherence to HIV-related medication regimens during methadone stabilization. Abstract. *Am. J. Addict.*, 2001, Winter; 10 (1): 69–78.

- Clarke S., Keenan E., Ryan M., Barry M., Mulcahy F. Directly observed antiretroviral therapy for injection drug users with HIV infection. Abstract. *AIDS Read.*, 2002, Jul.; 12 (7): 305–307, 312–316.
- Moatti J.P., Carrieri M.P., Spire B., Gastaut J.A., Cassuto J.P., Moreau J. Adherence to HAART in French HIVinfected injecting drug users: the contribution of buprenorphine drug maintenance treatment. AIDS, 2000; 14: 151–155.
- Adamian M.S., Golin C.E., Shain L.S., DeVellis B. Brief motivational interviewing to improve adherence to antiretroviral therapy: development and qualitative pilot assessment of an intervention. *AIDS Patient Care STDS*, 2004, Apr.; 18 (4): 229–238.
- 13. Dilorio C., Resnicow K., McDonnell M., Soet J., McCarty F., Yeager K. Using motivational interviewing to promote adherence to antiretroviral medications: a pilot study. *J. Assoc. Nurses AIDS Care*, 2003, Mar.-Apr.; 14 (2): 52–62.
- Malta M., Cameiro-da-Cunha C., Kerrigan D., Strathdee S.A., Monteiro M., Bastos F.I. Case management of human immunodeficiency virus-infected injection drug users: a case study in Rio de Janeiro, Brazil. Clin Infect Dis., 2003, Dec. 15; 37. Suppl. 5: S386—S391.
- Ickovics J.R., Hamburger M.E., Vlahov D., et al. Mortality, CD4 cell count decline, and depressive symptoms among HIV-seropositive women: longitudinal analysis from the HIV epidemiology research study. *JAMA*, 2001; 285: 1466–1474.
- 16. Evans D.L., Ten Have T.R., Douglas S.D., et al. Association of depression with viral load, CD8 T lymphocytes, and natural killer cells in women with HIV infection. *Am. J. Psychiatry*, 2002; 159: 1752–1759.
- 17. Reiter G.S., Bangsberg, Race E.M.R., Sharma R., Wong M.T. Optimizing HIV Therapy for Patients With Comorbidities, http://www.medscape.com.

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

16.01.2008. США. www.medportal.ru. Сотрудники Техасского университета нашли способ адаптировать лабораторных мышей для исследований вируса иммунодефицита человека, а также путей профилактики и лечения этой инфекции. В отличие от обычных грызунов, созданные учеными животные восприимчивы к ВИЧ и даже могут заражаться им половым путем. Лабораторные мыши считаются самой удобной моделью для биомедицинских исследований. Их главными достоинствами являются невысокая стоимость и относительно небольшая продолжительность жизни. Однако для исследований ВИЧ-инфекции грызуны не подходят, поскольку их невозможно заразить этим вирусом. В настоящее время большинство экспериментальных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ испытываются на макаках, что значительно увеличивает продолжительность и стоимость лабораторных исследований. Попытки адаптировать мышиные модели к исследованиям ВИЧ предпринимались и ранее. Например, ученые пытались пересаживать лишенным иммунитета животным фрагменты вилочковой железы человека. Заразить усовершенствованных грызунов ВИЧ можно было только путем прямых инъекций, таким образом, они никак не подходили для воспроизведения полового пути передачи ВИЧ. Чтобы решить эту проблему, ученые из Техасского университета пересадили мышам ткани вилочковой железы, печени, а также клетки крови человека. По их данным, человеческие клетки, являющиеся мишенью для ВИЧ, равномерно распространились по организму животных, в том числе и по органам мочеполовой системы. Самки мышей заражались ВИЧ от инфицированных самцов, а миграция вируса по организму животных в целом соответствовала путям его распространения в организме инфицированных людей. Использование антиретровирусных препаратов перед контактом с вирусом значительно снижало риск заражения. Таким образом, полагают ученые, гуманизированные мышиные модели могут стать новым ценным материалом для изучения ВИЧ и возможных путей профилактики и лечения этой инфекции, заключают исследователи. Отчет об эксперименте опубликован в журнале «PLoS Medicine».

16.01.2008. Москва. СИТИ-FM. На лечение москвичей с ВИЧ власти города планируют затратить в ближайшие два года более двух миллиардов рублей. Об этом говорится в городской целевой программе развития здравоохранения. «Заболеваемость ВИЧ-инфекцией в прошлом году по сравнению с 2006 почти не снизилась», — сказал Андрей Сельцовский, руководитель городского департамента здравоохранения. Поэтому, по его словам, необходимо и в дальней шем продолжать профилактику этого заболевания. По информации департамента здравоохранения, в городе ежегодно проводится более 2 млн тестов на ВИЧ, антивирусную терапию в Москве получают почти 3000 взрослых и 100 детей с ВИЧ.

16.01.2008. Таджикистан. ИА REGNUM. В таджикском республиканском СПИД-центре 14 января состоялась церемония передачи автомобилей ВАЗ-2107, которые будут переданы семи региональным центрам. Как сообщили в центре, автомашины были закуплены Минздравом на средства, выделенные Глобальным фондом в рамках программы по улучшению материально-технической базы и усилению эпидконтроля.

ОБЗОРЫ МИРОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ЖУРНАЛОВ

MedMir.com — World Medical Journal Reviews in Russian — первый проект американской некоммерческой организации «International Medical Information Technologies, Inc.», IMIT (www.imithome.org). Сайт предназначен для профессионалов здравоохранения и размещает обзоры статей, посвященных клиническим исследованиям, которые публикуются в крупнейших мировых медицинских журналах. При выборе материала предпочтение отдается статьям, имеющим значение для практического здравоохранения.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ЭПИДЕМИЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И РЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА: ВЕРОЯТНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ТРЕБУЮТ ЭКСТРЕННЫХ МЕР

03.10.2007

Мультилекарственная резистентность (МЛР) возбудителя туберкулеза (ТБ), его резистентность к нескольким противотуберкулезным препаратам первой линии, как минимум к изониазиду и рифампицину, является большой проблемой современной фтизиатрии. Как известно, вследствие поражения иммунной системы, ВИЧинфицированные больные являются группой риска заражения M. Tuberculosis и, в частности, ее МЛР-штаммами. Американские ученые из Центров по контролю за болезнями (Centers for Disease Control, CDC) провели беспрецедентный анализ опубликованных исследований и данных медицинской статистики для того, чтобы оценить взаимодействие эпидемий ТБ и ВИЧинфекции.

Методы исследования. Исследователи провели поиск в PubMed, в ходе которого были найдены отчеты об исследованиях, посвященных взаимосвязи ВИЧ-инфекции и МЛР-ТБ, факторам риска МЛР-ТБ и медико-эпидемиологические отчеты о вспышках МЛР-ТБ. Они использовали также опубликованные и неопубликованные данные международных и национальных программ по борьбе с ВИЧ-инфекцией и ТБ. Для того, чтобы определить взаимодействие двух инфекций, исследователи сконцентрировали свое внимание на когортах, характеризующихся высокой распространенностью МЛР-ТБ среди больных ТБ (≥2%) и когортах с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции (≥1% среди взрослых в возрасте от 15 до 49 лет).

Результаты исследования. В первую очередь исследователи искали доказательства взаимодействия ВИЧ инфекции и МЛР-ТБ. Они изучили данные нескольких вспышек, имевших место в 1990-х гг. в закрытых учреждениях развитых стран: в инфекционных госпиталях Флориды, Нью-Йорка (3 госпиталя), Италии (2 госпиталя), Мадрида, Буэнос-Айреса и в тюрьме Нью-Йорка. Всего в ходе этих вспышек МЛР-ТБ был

диагностирован у 492 человек. Доля ВИЧ-инфицированных среди больных МЛР-ТБ составила от 91 до 100%, смертность была исключительно высокой (>70%), а среднее время от появления симптомов ТБ до смерти – всего 4-6 недель. Все эти вспышки имели место до появления высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) и быстрых тестов на лекарственную резистентность. Больные ВИЧ-инфекцией и ТБ содержались вместе и диагноз МЛР-ТБ был поставлен в большинстве случаев поздно. Кроме данных, полученных в ходе указанных вспышек, исследователи не нашли достаточно прямых доказательств того, что ВИЧ-инфекция является фактором риска развития лекарственной резистентности возбудителя ТБ. Результаты 9 исследований, проведенных в странах Африки и Европы в последние 10 лет, не показали такой связи. С другой стороны, 3 исследования, проведенные в США и Африке, показали некоторую ассоциацию ВИЧ и МЛР. Два из этих исследований (Эфиопия и Мозамбик) зарегистрировали повышение вероятности МЛР-ТБ у ВИЧинфицированных больных, не леченных ранее от ТБ. Исследование, проведенное в США, продемонстрировало, что больные со СПИДом имеют повышенный риск экзогенной реинфекции МЛР штаммами M. Tuberculosis. Ограничением достоверности этих данных можно считать то, что эти 3 исследования были проведены в когортах с либо высокой распространенностью ВИЧ-инфекции и очень низкой распространенностью МЛР, либо с высокой распространенностью МЛР-ТБ и низкой распространенностью ВИЧ-инфекции.

Изучение резистентности к рифампицину (5 исследований) показало, что ВИЧ-инфекция является одним из факторов риска ее развития. ВИЧ-инфекция была также одной из причин мальабсорбции противотуберкулезных препаратов в ЖКТ (4 небольших исследования).

Следующей задачей исследователей было определение взаимосвязи эпидемий ВИЧ-инфекции и МЛР-ТБ в зависимости от географического региона мира. Были выделены такие регионы как Африка, Восточно-Средиземноморский регион, Западно-Тихоокеанский регион и Юго-Восточная Азия, Европейский регион (включая бывшие советские республики) и Америка (Север-

ная и Южная). Исследователи использовали данные Глобального проекта (http://www.medmir.com/content/view/1398/0/), ВОЗ, Американского гуманитарного агентства (USAID) и центров медицинской статистики стран.

В республиках бывшего Советского Союза и в Восточной Европе в 1990-х гг. отмечался рост заболеваемости ТБ в целом и резкий рост числа случаев МЛР-ТБ. В отличии от стран Африки этот рост был не за счет ВИЧ-инфицированных, а по таким причинам, как проблемы системы здравоохранения, плохое снабжение противотуберкулезными препаратами, снижение государственных профилактических мер. Несмотря на то, что данные статистики по данному региону не являются полными, ВОЗ считает, что на его долю приходится 15% мировых случаев МЛР-ТБ при только 5% ТБ в целом. Россия стоит на третьем месте в мире по распространенности МЛР-ТБ. По данным ВОЗ, в России имеют место около 35 000 случаев МЛР-ТБ в год, а на Украине — около 8000 случаев.

ВИЧ-инфекция первоначально была распространена в России и других бывших советских республиках исключительно среди групп высокого риска, однако в настоящее время регион является ареной одной из наиболее быстро растущих ВИЧ-эпидемий. На Украине отмечается наиболее высокая распространенность ВИЧ-инфекции среди больных ТБ — 8,3%, а в Киеве — 10,1%. В России также отмечается рост ВИЧ-инфекции среди ТБ-больных — с 0% в 1997 г. до 3,9% в 2005 г., а среди больных МЛР-ТБ — с 0% в 1998 г. до 5,6% в 2005 г.

Высокой является в странах бывшего Советского Союза и распространенность штаммов ТБ, резистентных к препаратам как первой, так и второй линии (extensively drug resistance, XDR). Так в Латвии, по данным национального бюро статистики (2006 г.), XDR-ТБ составляет 4% среди больных с МЛР-ТБ, а в Самаре и Архангельской области — 4,3 и 1,3% соответственно.

Следующей задачей исследователей было определить, как взаимодействие двух инфекций влияет на течение и прогноз болезни. Известно, что прогноз для ВИЧ-инфицированного больного с МЛР-ТБ неблагоприятный. Дополнительно к данным о высокой летальности больных во время вспышек в закрытых учреждениях были получены данные о высокой летальности больных, участвующих в национальных программах по лечению ТБ или ВИЧ-инфекции. Исследования, проведенные в Латвии и Нью-Йорке показали, что ВИЧ-инфицированные больные значительно чаще умирают от МЛР-ТБ, даже если им проводится адекватное лечение. В Нью-Йорке за время лечения умерли 62% ВИЧ-инфицированных больных с МЛР-ТБ против 26% не-ВИЧ-инфицированных. В исследовании, проведенном в Латвии, в целом успех терапии МЛР-ТБ отмечался у 70–80% больных, в то время как плохой исход имел место у 44% ВИЧ-инфицированных больных с МЛР-ТБ и у 27% ВИЧ-инфицированных больных с обычным ТБ. Данные нескольких больших когортных исследований говорят о том, что чувствительность к фторхинолонам и их использование были условиями успешного лечения МЛР-ТБ.

Лечение ВИЧ-инфицированных больных с МЛР-ТБ, особенно тех, кто получает также ВА-АРТ, является исключительно сложной клинической задачей. Согласно рекомендациям ВОЗ от 2006 г., больной МЛР-ТБ должен получать минимум 4 эффективных препарата, к которым прибавляются 3—5 антиретровирусных средства. Режим лечения при этом может быть индивидуализированным (на основе тестирования возбудителя ТБ на чувствительность) или стандартным. Так как больные нуждаются в парентеральном введении препаратов, первые 6 месяцев лечения зачастую требуют госпитализации. Основной терапевтической проблемой является перекрестная токсичность противотуберкулезных и антиретровирусных препаратов. Она чаще всего проявляется в виде периферической нейропатии (stavudine, didanosine и ethambutol), гепатотоксичности (nevirapine, efavirenz и pyrazinamide), сыпи (abacavir, amprenavir, nevirapine, efavirenz, fosamprenavir и pyrazinamide) и глазных эффектов (didanosine и ethambutol).

Кроме того, что известно взаимодействие между рифамицинами и антиретровирусными препаратами, таблетированные антиретровирусные препараты могут нарушать абсорбцию в ЖКТ противотуберкулезных лекарств, включая фторхинолоны.

При выборе хирургического лечения МЛР-ТБ у ВИЧ-инфицированных больных проблемой становятся послеоперационное ведение и общие меры профилактики передачи ВИЧ. Исследователи отмечают: трансмиссия МЛР-ТБ среди ВИЧ-инфицированных больных происходит чрезвычайно быстрыми темпами, что было доказано многочисленными наблюдениями и исследованиями. Особенно быстро заражение происходит в закрытых учреждениях (госпитали, тюрьмы) по причинам скученности и низкого уровня санитарно-эпидемиологического контроля.

Взаимодействие двух инфекций делает исключительно сложной работу национальных программ по борьбе как с ВИЧ-инфекцией, так и с ТБ и МЛР-ТБ.

«Во многих странах бывшего Советского Союза и некоторых странах Азии МЛР-ТБ и методы борьбы с ним хорошо известны, в то время как эпидемия ВИЧ-инфекции является относительно новой проблемой. В этих регионах быстрорастущая эпидемия ВИЧ-инфекции может иметь катастрофическое влияние на деятельность программ по контролю за ТБ посредством резкого роста заболеваемости ТБ и МЛР-ТБ, который явится ее неизбежным результатом», — пишут ученые.

Выводы. Исследователи подчеркивают, что взаимодействие МЛР-ТБ и ВИЧ-инфекции находит выражение в плохо контролируемых вспышках заболевания в закрытых учреждениях, значительных трудностях в работе национальных программ и сложностях клинического ведения больных. Эти проблемы могут быть решены при помощи повышения эффективности санитарно-эпидемиологического контроля, быстрой постановки диагноза, эффективного лечения и усиления программ по борьбе с МЛР-ТБ и ВИЧ-инфекцией. Ученые говорят о необходимости таких мер как мониторинг резистентности ТБ, создание достаточных лабораторных мощностей для проведения тестирования возбудителя ТБ на чувствительность к противотуберкулезным препаратам, предоставление органам здравоохранения всего необходимого для индивидуализированного и эффективного лечения больных с сочетанной инфекцией, проведение клинических исследований на темы ВИЧ-инфекции и МЛР-ТБ, и расширение сотрудничества программ лечения ВИЧ и ТБ.

Источник. Charles D. Wells et al. HIV Infection and Multidrug-Resistant Tuberculosis — The Perfect Storm. *The Journal of Infectious Diseases*, 2007; **196**, S86—S107.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ СРЕДИ ДЕТЕЙ, ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИЧ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ, ПРОДОЛЖАЮТ СНИЖАТЬСЯ

03.10.2007

Во многих странах мира отмечается существенное увеличение числа ВИЧ-инфицированных беременных женщин. Однако число ВИЧинфицированных новорожденных в последние годы стабилизировалось в связи с внедрением профилактики перинатального ВИЧ-инфицирования (вертикальной трансмиссии). Более того, в связи с проведением высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) улучшился долгосрочный прогноз у ВИЧ-инфицированных детей. В то же время, в Европе и Северной Америке получены данные о том, что улучшение ситуации не сопровождается снижением заболеваемости и смертности ВИЧ-инфицированных взрослых в связи с высокой распространенностью среди них туберкулеза и гепатита С. Ученые из Великобритании и Ирландии проанализировали показатели заболеваемости и смертности, демографические характеристики, ответ на ВААРТ среди перинатально ВИЧ-инфицированных детей и возможности использования полученных результатов для улучшения медицинского обслуживания этой категории больных.

Методы исследования. Для проспективного когортного анализа использовали данные На-

ционального исследования ВИЧ во время беременности и в детстве (National Study of HIV in Pregnancy and Childhood, NSHPC) и Совместного педиатрического исследования ВИЧ (Collaborative HIV Paediatric Study, CHIPS). С 1996 г. по июнь 2006 г. зарегистрировано 1441 перинатально ВИЧ-инфицированных младенцев. Вирусологический ответ оценивали по уровню вирусной нагрузки (РНК ВИЧ-1 копий/мл), а иммунологический ответ — на основании процента CD4-клеток через 12 ± 3 мес. использования BAAPT. Результаты сравнивали за 4 календарных периода: 1996 г. и ранее (до начала повсеместного внедрения BAAPT), 1997—1999 гг., 2000—2002 гг., 2003—2006 гг.

Результаты исследования. К моменту последнего обследования медиана возраста детей составила 7,2 лет для родившихся в Великобритании и Ирландии (n=772) и 9,8 лет для родившихся за границей (n=664); 26% (n=291) имели В-стадию заболевания (по классификации CDC), еще 26% (n=298) — С-стадию, 48% — неопределяемую стадию, 7% (n=81) детей умерли. Половина детей были девочки, 73% — чернокожие африканцы; 13% (n=182) наблюдались проспективно с момента рождения, 33% (n=476) асимптоматичных и 53% (n=758) симптоматичных перинатально ВИЧ-инфицированных детей идентифицировано после рождения.

Число перинатально ВИЧ-инфицированных детей повышалось с каждым годом: с 212 за 1994—1996 гг. до 366 за 2003—2006 гг. Удельный вес детей, родившихся за границей, также увеличивался — с 24 до 64% соответственно. Процент детей, достигших 10-14 лет, возрастал ежегодно: с 11% в 1996 г. до 22% в 2000 г. и 35% в 2005 г. Число детей ≥ 15 лет увеличилось с 0 до 5 и 9% соответственно.

Среди 1133 детей, наблюдавшихся в рамках СНІРS, 24% никогда не получали какой-либо антиретровирусной терапии (АРТ) и 72% лечились ВААРТ. Процент детей, получавших ВААРТ, увеличился с 36% (1997—1999 гг.) до 61% (2000—2002 гг.) и 63% (2003—2006 гг.).

У детей, которым впервые была начата ВААРТ, в 67% случаев вирусная нагрузка снизилась до \leq 400 копий/мл и в 33% — до \leq 50 копий/мл. Удельный вес детей, имевших РНК ВИЧ-1 \leq 50 копий/мл, повышался в течение периодов наблюдения и в 2003—2006 гг. достиг 60%. Увеличение CD4-клеток более чем на 10% через 12 мес. ВААРТ отмечено у 62% детей. Этот показатель ассоциировался с более ранним возрастом старта ВААРТ (отношение шансов OR = 0,85 на каждый год жизни; p < 0,001) и с более низким исходным уровнем CD4 (OR = 0,56 на каждые 5% увеличения CD4; p < 0,001).

Показатель госпитализации уменьшился с течением времени с 4,3 на 100 человеко-лет в течение 1996 г. до 1,0 и 0,7 на 100 человеко-лет в 2000-2002 гг. и 2003-2006 гг. соответственно (p < 0,001). Общий показатель смертности сни-

зился с 8.2 на 100 человеко-лет (до 1997 г.) до 0.9 и 0,6 на 100 человеко-лет к 2000-2002 гг. и 2003-2006 гг.; сочетанный показатель прогрессирования до СПИДа и смертности — с 13,3 до 3,1 и 2,5на 100 человеко-лет соответственно. Однако среди младенцев в возрасте до 1 года эти показатели, несмотря на некоторое улучшение, не имели достоверных отличий. После 2003 г. умерли 18 детей, в том числе 7 в младенческом периоде (все родились в Великобритании и Ирландии). Причинами смерти младенцев были цитомегаловирусная инфекция (2), пневмоцистная (2) и бактериальная (1) пневмония, септицемия (1); 11 детей, умерших в возрасте более 1 года, родились за границей. Причинами смерти были: пневмоцистная пневмония (1), сепсис (1), неходжкинская лимфома (1), осложненная ветряная оспа (2), хроническая болезнь легких (1), желтая лихорадка (1), субдуральное (1) и желудочно-кишечное (1) кровотечение, нейроцистицеркоз (1). Среди 553 случаев СПИД-ассоциированных заболеваний лишь 20 были связаны с внелегочным туберкулезом. Из 147 детей, обследованных на гепатит С, только 6 имели положительный результат.

Выводы. В настоящее время показатели заболеваемости и смертности среди перинатально ВИЧ-инфицированных детей продолжают снижаться. С каждым годом увеличивается удельный вес перинатально ВИЧ-инфицированных детей старшего возраста. Если ранее вероятность супрессии вирусной нагрузки была выше у более старших детей, то в наши дни этого не наблюдается. Повышение CD4 >10% на фоне ВААРТ достигается легче у детей младшего возраста, что связано с более высокой активностью тимуса. В отличие от взрослых, среди перинатально ВИЧ-инфицированных детей уменьшаются показатели смертности и прогрессирования до СПИДа, а также частота внелегочного туберкулеза и гепатита С. Однако среди детей в возрасте до года, несмотря на ~40% снижение смертности после 1997 г., риск прогрессирования до СПИДа достоверно не снизился.

На сегодняшний день около 25% детей никогда не получали какой-либо АРТ, а 1/3 перинатально ВИЧ-инфицированных детей лечилась препаратами всех трех основных классов. Среди наблюдаемых детей встречаются как дети с хорошим ответом на ВААРТ, так и с высокорезистентным вирусом. Это делает достаточно сложным наблюдение и ведение данной категории больных, поскольку требуется индивидуальный подход к каждому перинатально ВИЧинфицированному ребенку. Увеличение продолжительности жизни среди перинатально ВИЧ-инфицированных пациентов, с одной стороны, диктует необходимость взаимодействия между педиатрами и врачами, обслуживающими взрослое население, с другой - является поводом разработки препаратов для долгосрочной поддерживающей ВААРТ с минимальной токсичностью.

Источник. Ali Judd et al. Morbidity, Mortality, and Response to Treatment by Children in the United Kingdom and Ireland with Perinatally Acquired HIV Infection during 1996—2006: Planning for Teenage and Adult Care. *Clinical Infectious Diseases*, 2007, **45**, 918—924.

ЛЕЧЕНИЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ СНИЖАЕТ ЧАСТОТУ ГЕПАТОТОКСИЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОТ АНТИРЕТРОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ

11.10.2007

По причине сходных путей заражения вирус гепатита С (ВГС) часто встречается у ВИЧ-инфицированных больных. При этом антиретровирусная терапия (АРТ) является высоко гепатотоксичной. Поэтому при двойной инфекции ВГС/ВИЧ клиницист оказывается перед непростым выбором: лечить обе болезни одновременно, рискуя гепатотоксичными реакциями, или пролечить ВГС, а потом начинать АРТ. Какая тактика лучше? Такой вопрос поставила перед собой группа испанских ученых, опубликовавших результаты своего исследования в номере «Journal of Infectious Diseases» за 1 сентября 2007 г.

Методы исследования. Авторы ретроспективно идентифицировали пациентов с ВИЧ/ВГС в двух больших городах Испании, которые, начиная с 1992 г., получили полный курс интерфероновой терапии по поводу ВГС. В исследование включили тех, кто впоследствии принимал и АРТ.

Исключались больные с вирусом гепатита B, с болезнью Вильсона и другими сопутствующими тяжелыми поражениями печени. Злоупотребление алкоголем отмечалось особо. Включались пациенты, прошедшие любую схему лечения ВГС: обычный интерферон (3–10 млн. МЕ 3 раза в неделю π/κ) \pm рибавирин 800-1200 мг или пегилированный интерферон ($2\alpha-180$ мкг/неделю, $2\beta-1,5$ мкг/кг/неделю) + рибавирин 800-1200 мг в сутки.

Всем пациентам производили эластометрию печени (измерение скорости распространения ультразвуковой волны в тканях печени; чем больше фиброз, тем больше скорость распространения ультразвука). Основной конечной точкой была частота эпизодов токсических осложнений на печень у больных с продленным вирологическим ответом или без него. Таким эпизодом считали повышение трансаминаз более чем в 5 раз выше верхней границы нормы, или в 3,5 раза выше исходного уровня, если таковой уже был повышен, либо отмену АРТ по причине повышения трансаминаз вкупе с другими симптомами.

Результаты исследования. Всего в исследование вошли 132 больных с ВГС и ВИЧ (66% мужчины, средний возраст - 38 лет, средний подсчет CD4 -613 ± 289). Алкоголем злоупотребляли 11%. У большинства больных были несколько повышены трансаминазы на момент начала АРТ, у 69% отмечались признаки фиброза печени при биопсии. После полного курса лечения ВГС доля больных с фиброзом (по данным эластометрии) стала меньше (40% больных), причем особенно среди больных с продленным вирологическим ответом этот эффект был особенно заметен (14%). Эластометрию делали в среднем через 27 месяцев после окончания лечения ВГС (межквартильный интервал [МКИ] 17-41 месяцев). Продленный вирологический ответ на лечение ВГС был получен у 43 (33%) пациентов.

Средняя длительность APT составила 19,3 \pm 10,9 месяцев в когорте в целом; в группе продленного вирологического ответа -21.6 ± 10.5 месяцев, без такового $-18,2\pm10,9$ месяцев. Медиана числа определений трансаминаз на одного пациента -7,7 (МКИ 4,2-11,1). Гепатотоксические эпизоды при АРТ наблюдались у 37 (28%) пациентов. Среди них у 10 (27%) отмечались реакции с клинической симптоматикой с повышением трансаминаз до 3-4 степени тяжести. В целом зарегистрировано 49 эпизодов гепатотоксичности, более 1 эпизода – у 7 пациентов. Общая частота гепатотоксичности составила 9,7 эпизода на 100 пациенто-лет (95% доверительный интервал [ДИ] 7,2-12,4). Длительность применения АРТ была 12,7 ± 7,8 месяцев у пациентов с гепатотоксическими реакциями и 21.9 ± 10.9 месяцев у остальных (p < 0.001).

В группе продленного вирологического ответа частота любых гепатотоксических реакций была значительно ниже и составила 9,3% (3,1% в год; 95% ДИ 0,1-6,1%) против 37,5% у пациентов без продленного вирологического ответа (12,9% в год; 95% ДИ 8,9-17,1%; p<0,001). Доля пациентов с выраженным до 3-4 степени повышением трансаминаз была также выше среди больных без продленного вирологического ответа: 27,3 против 6,9% (p=0,007).

Выраженность фиброза печени по данным эластометрии достоверно ассоциировалась с эпизодами гепатотоксических реакций. Такие реакции встречались у пациентов с выраженным и невыраженным фиброзом печени в 54% (14,4% в год; 95% ДИ 10,3—18,3%) и 23% (7,6% в год; 95% ДИ 3,6—11,6%) случаев соответственно.

Биопсия печени до начала лечения интерфероном была выполнена 42 пациентам, у 29 (69%) был диагностирован выраженный фиброз (подсчет по шкале Metavir F3—F4). Вероятность печеночных осложнений на фоне APT среди пациентов с выраженным фиброзом печени оказалась в два раза выше, чем у пациентов без фиброза (13,8 против 7,7%), разница, однако, не достигла статистической значимости (p = 0,2).

С развитием гепатотоксических реакций ассоциировалось назначение производных дидеоксинуклеозидов диданозина (didanosine) и ставудина (stavudine) (40 против 21% у не принимавших эти препараты; p=0,02) или невирапина (nevirapine) (30 против 13%, p=0,02). Напротив, пациенты без эпизодов гепатотоксичности чаще лечились ингибиторами протеаз (ИП) (38 против 8%, p=0,001) или эфавиренцем (efavirenz) (31 против 11%, p=0,01). Схема с тремя нуклеозидами (Trizivir) использовалась одинаково часто у людей с реакциями печени и без таковых.

Логистическая регрессия показала только два фактора, ассоциировавшиеся с поражением печени: 1) отсутствие продленного вирологического ответа на лечение ВГС, отношение шансов (ОШ) -6,13; 95% ДИ 1,83-37,45; p=0,003 и 2) прием производных дидеоксинуклеозидов: ОШ -3,59; 95% ДИ 1,23-10,42; p=0,02. Напротив, применение схем с ИП или с эфавиренцем ассоциировалось с понижением риска подъема трансаминаз: соответственно ОШ -0,07 (95% ДИ 0,02-0,30; p<0,01) и ОШ -0,13 (95% ДИ 0,04-0,44; p=0,001). Частота эпизодов гепатотоксичности у пациентов с ВГС 3-го генотипа составила 14%, при 1-м генотипе -16% (p=0,8).

Выводы. У больных с двойной ВГС/ВИЧ-инфекцией при достижении продленного вирологического ответа в результате лечения ВГС риск гепатотоксических осложнений АРТ оказался существенно ниже. Кроме того, исследователи определили, что у таких пациентов лучше использовать схемы АРТ, основанные на ингибиторах протеаз с исключением производных дидеоксинуклеозидов.

Как отмечает в сопутствующей редакционной статье доктор Curtis L. Cooper из университета в г. Оттава (Канада), исследование имеет ряд недостатков: биопсия печени выполнена меньшинству пациентов, а эластометрия далеко еще не общепризнанна как надежный метод диагностики фиброза печени. Он признает, что результаты этого исследования могут повлиять на клиническую практику, однако пока рекомендует придерживаться прагматичного подхода и при симптомах СПИДа у больных с ВГС/ВИЧ немедленно начинать АРТ. Следует своевременно выявлять ВГС среди ВИЧ-инфицированных больных и проводить соответствующую противовирусную терапию, пока СD4-клетки еще на хорошем уровне, считает ученый.

Источник. Pablo Labarga et al. Hepatotoxicity of Antiretroviral Drugs Is Reduced after Successful Treatment of Chronic Hepatitis C in HIV-Infected Patients. *The Journal of Infectious Diseases*, 2007, 196, 670–676. CurtisL.Cooper. De-Livering HIV/Hepatitis C Virus-Coinfected Patients from Antiretroviral Hepatotoxicity. *The Journal of Infectious Diseases*, 2007, 196, 650–658.

ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЕМ УХУДШАЕТ ПРОГНОЗ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

17.10.2007

Потребление алкоголя и алкоголизм широко распространены среди ВИЧ-инфицированных больных. В экспериментах на обезьянах было показано неблагоприятное влияние алкоголя на течение ВИЧ-инфекции, в частности, была зафиксирована усиленная репликация ВИЧ в лимфоцитах. В клинических исследованиях были получены противоречивые данные о влиянии алкоголя на прогрессирование ВИЧ-инфекции. Американские ученые предприняли большое проспективное исследование с целью определить влияние потребления алкоголя на течение ВИЧ-инфекции и такие ее маркеры, как уровень РНК ВИЧ в крови больного (вирусная нагрузка, ВН) и уровень СD4-лимфоцитов.

Методы исследования. Ученые работали с больными, которые уже участвовали в одном из двух исследований — «HIV Alcohol Longitudinal Cohort (ALC)» и «HIV Longitudinal Interrelationships of Viruses and Ethanol (LIVE)». Оба исследования были когортными, проспективными и направленными на изучение влияния потребления/злоупотребления алкоголя на течение ВИЧ-инфекции. Набор больных в эти исследования проходил с 1997 г. по 2003 г.; в исследование ALC были включены 349 больных, а в исследование LIVE — 400. В данный анализ включались все больные с лабораторно подтвержденной ВИЧ-инфекцией и доказанным злоупотреблением алкоголем или алкогольной зависимостью.

Основными измеряемыми величинами были уровень CD4-клеток и уровень ВН, а также процент CD4-клеток. Основным изучаемым фактором было потребление алкоголя, которое в зависимости от количества выпиваемого в неделю оценивалось как тяжелое, средней тяжести, либо полный отказ от алкоголя. Тяжелым злоупотреблением алкоголем считалось потребление >14 порций в неделю или ≥5 порций за раз для лиц моложе 66 лет и >7 раз в неделю и ≥4 порций за раз для лиц ≥66 лет. Злоупотреблением средней тяжести считалось потребление меньшего количества алкоголя. Стандартная порция равна 13,7 г чистого алкоголя, содержащегося в 360 мл пива, 150 мл вина или 45 мл крепкого напитка (водка, ром, коньяк и т.п.).

Результаты исследования. Всего в анализ вошли 595 больных, 25% из которых были женского пола, 34% белой расы, 27% бездомными, 54% имели анамнез внутривенного наркопотребления. Средний возраст когорты составил 41 год; 30% больных были отнесены к страдающим тяжелым злоупотреблением алкоголем, 10% — злоупотреблением средней тяжести, 59% были в состоянии полного отказа от потребления алкоголя. Четверть больных (128 из 595) потребляли алкоголь и наркотики (героин или кокаин) и

15% — только наркотики. Средняя ВН на момент включения в исследование составила 1400 копий/мл, средний подсчет CD4 — 372 клеток/мкл; 355 из 595 (60%) больных получали антиретровирусную терапию (APT). За каждым больным наблюдали несколько лет (до 7); среднее число обследований составило 9 (максимальное — 15).

Исследователи провели несколько регрессивных анализов, включивших отдельно больных на получающих и не получающих АРТ, и страдающих средней тяжести, тяжелым злоупотреблением или находящихся в состоянии полного отказа от потребления алкоголя (всего 6 групп). Ученые определили, что среди больных, не получающих АРТ, у страдающих тяжелым злоупотреблением алкоголя средний уровень CD4-клеток был на 48,6 кл/мкл ниже, чем у полностью отказавшихся от употребления алкоголя (p = 0.03). При этом не было выявлено влияния тяжелого злоупотребления алкоголем на ВН. Анализ проводился с поправками на исходный подсчет CD4, а также на все остальные клинико-демографические характеристики - пол, возраст, расу, группу риска по ВИЧ-инфекции, социальный статус, приверженность лечению, длительность наблюдения, участие в ALC или LIVE и другие факторы.

Среди больных, получающих АРТ, не было отмечено какой-либо статистически значимой разницы по маркерам ВИЧ-инфекции между больными с тяжелым злоупотреблением алкоголем и больными с полным отказом от потребления алкоголя.

Не было обнаружено никакого влияния злоупотребления алкоголем средней тяжести ни на подсчет CD4-лимфоцитов, ни на ВН в группе больных, не получающих APT, равно как и среди больных на APT.

Так как считается, что патогенетически алкоголизм может влиять на течение ВИЧ-инфекции через депрессию, были проведены дополнительные анализы данных, на этот раз с поправкой на этот фактор. Были получены результаты, сходные с предыдущими, а именно - среди неполучающих APT подсчет CD4-клеток был на 58,4 кл/мкл ниже у больных с тяжелым злоупотреблением, чем v больных, отказавшихся от потребления алкоголя (p = 0.02). То есть влияние алкоголя на иммунный статус больного происходит напрямую, без опосредования через депрессию. Среди больных, получающих АРТ, уровень ВН был несколько (статистически недостоверно) выше среди больных с тяжелым злоупотреблением по сравнению с больными, отказавшимися от потребления алкоголя (p = 0.09). У получающих АРТ не было отмечено какойлибо статистически значимой взаимозависимости между уровнем потребления алкоголя и процентом СD4-клеток.

Выводы. Исследователям удалось показать статистически достоверное отрицательное вли-

яние тяжелого злоупотребления алкоголем на иммунный статус больных ВИЧ-инфекцией, не получающих АРТ. Для больных с АРТ такая закономерность не выявилась. Умеренное влияние тяжелого злоупотребления алкоголем может иметь серьезные последствия в странах с высокой распространенностью злоупотребления алкоголем и алкоголизма, считают исследователи.

Источник. Jeffrey H. Samet et al. Alcohol Consumption and HIV Disease Progression. *J. Acquir Immune Defic. Syndr.*, 2007, published ahead of print July 19.

ВЛИЯНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА ПРОГРЕССИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ЭРУ ВААРТ

24.10.2007

Представление о влиянии беременности на течение ВИЧ-инфекции до эры высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) было неоднозначным: результаты одних исследований свидетельствовали о более высоком риске прогрессирования ВИЧ-инфекции у беременных, другие исследования не демонстрировали подобный эффект. Появление ВААРТ улучшило показатели заболеваемости и смертности от ВИЧ/СПИДа в популяции в целом. Однако исследований влияния беременности на прогрессирование заболевания при применении ВААРТ до настоящего времени не проводилось.

Методы исследования. В данное исследование были включены женщины, получавшие антиретровирусную терапию в период с 1 января 1997 г. по 31 декабря 2004 г. в ВИЧ-центре в штате Теннеси (США), у которых имелись данные о начальном уровне CD4 и уровне вирусной нагрузки.

Под ВААРТ понимался режим приема: 1) 2 нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы (НИОТ) с ингибитором протеазы (ИП)/ненуклеозидным ингибитором обратной транскриптазы (ННИОТ)/еще одним НИОТ; 2) 1 НИОТ, 1ИП и 1 ННИОТ; 3) 2 ИП с 1 НИОТ/1 ННИОТ; 3) любой режим с энфувиртидом. Прогрессированием ВИЧ-инфекции считались развитие СПИД-индикаторного заболевания или смерть от ВИЧ-инфекции/СПИДа.

Результаты исследования. В анализ включены данные 759 женщин: 139 (18%) имели ≥1 беременности в период наблюдения, а 620 служили группой сравнения. Всего зафиксировано 174 случая беременности, при этом 30 женщин имели 2 беременности и 5 женщин — 3 беременности; 139 случаев первичных беременностей вылились в 124 случая рождения живого ребенка, 9 спонтанных абортов, 3 аборта по показаниям, 2 случая мертворождения и 1 эктопическую беременность. ВААРТ получали 540 участниц исследо-

вания (71%), 75 женщин (10%) находились на других схемах антиретровирусной терапии. Все беременные женщины получали антиретровирусное лечение и чаще, чем небеременные, получали ВААРТ. Беременные женщины чаще достигали стойкой вирусной супрессии (СВС).

В группе беременных женщин по сравнению с небеременными средний возраст был ниже (25 в сравнении с 36 лет). Был ниже и средний уровень РНК ВИЧ-1 в крови (3,9 против 4,2 копий/мл) при более высоком начальном среднем уровне CD4 (450 против 352 клеток/мл) и более длительной СВС (31% беременных и 22% небеременных). Среди беременных также был более высокий уровень посещаемости (7,2 визита/год против 5) и меньше случаев внутривенного потребления наркотиков как фактора риска передачи ВИЧ (12% против 19%).

В период наблюдения в группах беременных и небеременных женщин умерли от ВИЧ/СПИДа соответственно 1 и 11%, прогрессировали до СПИД-индикаторного заболевания 5 и 7%, умерли и имели СПИД-индикаторное заболевание 2 и 7%. СПИД-индикаторными заболеваниями у беременных были: кандидозный эзофагит, цитомегаловирусный ретинит, диссеминированный криптококкоз, лимфома, вастинг-синдром, пневмония, вызванная *Pneumocystis jiroveci* и вторичная бактериальная пневмония.

Однофакторный анализ показал, что снижение риска развития СПИД-индикаторного заболевания и/или смерти связано с беременностью (отношение рисков [OP] - 0.23), начальным уровнем CD4 > 200 клеток/мкл (OP – 0,22), CBC (OP -0,54), а его повышение -cуровнем вирусной нагрузки >10 000 копий/мл (OP - 2,89), более старшим возрастом (OP -1,04 на каждый год). После поправки на исходный уровень СD4-клеток связь беременности и пониженного риска прогрессирования ВИЧинфекции сохранялась: OP - 0.4 (95% доверительный интервал [ДИ] 0.21-0.76; p = 0.005). Эта связь сохранялась и при поправках на наименьший уровень CD4⁺ в прошлом и на длительность ВААРТ или другого антиретровирусного лечения.

Был проведен попарный анализ двух групп беременных (n=81) и небеременных женщин (n=81), соответствовавших друг другу по возрасту, начальному уровню CD4, наличию BAAPT и дате включения в исследование. В данном анализе беременность оставалась мощным предиктором низкого риска прогрессирования ВИЧ-инфекции, причем эта связь распространялась на период времени до беременности (OP -0.1; 95% ДИ 0.01-0.89; p=0.04) и после беременности (OP -0.44; 95% ДИ 0.19-1.00; p=0.05).

При делении когорты на подгруппы в зависимости от исходного уровня CD4, наибольшая разница по риску прогрессирования заболевания между беременными и небеременными наблюдалась в группах с уровнем CD4 201—350 кле-

ток/мл (p = 0.01). Анализ по Каплан—Майеру выявил подобную тенденцию и в группе с уровнем CD4 351—500 клеток/мл.

Исследователи отмечают также, что женщины с наличием ≥ 1 беременности в период наблюдения имели более низкий риск прогрессии ВИЧ по сравнению с женщинами с 1 беременностью: в анализе с поправками на CD4, вирусную нагрузку, CBC и возраст OP оказался равен 0,16 (95% ДИ 0,02–1,38; p = 0,1).

Выводы. Беременность на фоне применения ВААРТ в данном исследовании сопровождалась более низким риском прогрессии ВИЧ, что вероятно связано с лучшим иммунным статусом беременных. Патогенетические механизмы данного феномена неизвестны. Влияние беременности как независимого фактора уменьшения риска прогрессии ВИЧ на фоне проводимой ВААРТ не может быть оценено в рандомизированных клинических исследованиях, поэтому необходимо проведение дальнейших ретроспективных когортных исследований. Установленная связь уменьшения риска прогрессии и наличия >1 беременности также требует дальнейшего изучения.

Источник. Jennifer H. Tai et al. Pregnancy and HIV disease progression during the era of highly active antiretroviral therapy. *The Journal of Infectious Diseases*, 2007, **196**, 1044—1052.

ТЕЛБИВУДИН МОЖЕТ ОКАЗАТЬСЯ АКТИВНЕЕ АДЕФОВИРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В

24.10.2007

Новый тимидиновый нуклеозидный аналог телбивудин (telbivudine) показал хорошие результаты в третьей фазе клинических испытаний его эффективности и безопасности для лечения вирусного гепатита В. Его активность в подавлении вируса гепатита В даже превышала таковую для адефовира (adefovir dipivoxil, нуклеотидный аналог), хотя прямого сравнения этих двух препаратов не проводилось. Международный коллектив исследователей во главе с учеными из Гонконга сравнил эффективность телбивудина и адефовира в открытом рандомизированном испытании. Их результаты опубликованы на сайте «Annals of Internal Medicine» 1 октября 2007 г.

Методы исследования. Пациентов рандомизировали в равном отношении в три группы: группа А — телбивудин 600 мг (3 таб.) раз в сутки на протяжении 52 недель, группа В — адефовир 10 мг (adefovir dipivoxil, 1 таб.) — раз в сутки, тот же срок и группа С — 24 недели адефовира, затем 28 недель телбивудина в тех же дозах. Исследование проходило с 21 октября 2004 г. по 16 августа 2006 г. в 16 отделениях в Северной Аме-

рике, Австралии, Европе и Юго-Восточной Азии. Включались пациенты 18—70 лет, с HBsAg, HBeAg, АлТ выше нормы в 1,3—10 раз, уровнем ДНК ВГВ минимум 6 log₁₀ копий/мл. Исключались беременные и кормящие женщины, больные с коинфекцией вирусом гепатита С (ВГС), D, ВИЧ, лечившиеся от ВГВ в прошлом, получавшие иммуномодуляторы в течение последних 12 мес, больные с выраженными биохимическими нарушениями.

Основной конечной точкой служило снижение концентрации ДНК ВГВ к 24 неделе лечения. Среди вторичных конечных точек: снижение уровня ДНК ВГВ к 52 неделе, средний уровень резидуальной ДНК ВГВ, доля больных с уровнем ДНК ВГВ ниже порога определимости (300 копий/мл) или ниже 3, 4 или 5 \log_{10} , нормализация АлТ, элиминация и сероконверсия по HBsAg и HBeAg, а также неудачи лечения (уровень ДНК ВГВ выше 3 log₁₀ к 24 неделе и вирусный прорыв — рост вирусной нагрузки больше 1 log₁₀ между двумя последовательными измерениями на фоне лечения, или положительная ДНК ВГВ к 52 неделе). Исследование финансировалось компаниями «Idenix Pharmaceuticals» и «Novartis Pharmaceuticals».

Результаты исследования. Всего телбивудин получили 45 больных (группа А), а адефовир – 44 (группа В). Еще 46 больных принимали 24 недели адефовир и 28 недель телбивудин (группа С). Группы были хорошо сбалансированы по исходным клинико-демографическим характеристикам; большая часть пациентов (>90%) — азиатского происхождения, средний возраст в группах А, В и С составил соответственно 34, 30 и 33 года, мужчины -78, 91 и 59% групп. Уже со 2-й недели лечения снижение уровня ДНК ВГВ в группе А было выражено сильнее. К 24 неделе снижение ДНК ВГВ в группе A составляло $6,30 \log_{10}$, а в группах В и С $-4,97 \log_{10}$, разница $1,33 \log_{10}$ (95% доверительный интервал [ДИ] 1,99-0,66, p < 0.001). Доля пациентов с неопределимо низкой ДНК ВГВ была соответственно 39% в группе А против 12% в группах В и С, отношение шансов (ОШ) 4,46; 95% ДИ 1,86-9,72, p=0,001. Уровень ДНК ВГВ к 24-й неделе ниже 5 log₁₀ отмечен у 42% группы телбивудина против суммарных 50% групп В и С, ОШ 0,07, 95% ДИ 0,02-0,29, p < 0,001. Та же картина была и для доли пациентов с уровнем ДНК ВГВ ниже 3 \log_{10} соответственно 50 против 78%, p = 0.003. Частота нормализации АлТ в группах не различалась и отмечалась соответственно у 58 и 61% больных, p = 0.83.

К 52-й неделе в группе С, где после 24 недель адефовира пациенты перешли на телбивудин, ДНК ВГВ быстро упала (на 1,4 log₁₀), уже к 8-й неделе не отличаясь от группы А. Соответственно происходила и сероконверсия по НВеАд, не достигая, впрочем, статистически значимой разницы между группами. К 52-й неделе средний остаточный уровень ДНК ВГВ в группах А и

С составил соответственно 3,01 и 3,02 \log_{10} против 4,00 \log_{10} в группе В; разница -0.99 \log_{10} (95% ДИ -1.67 -0.32 \log_{10}) и -0.98 \log_{10} (95% ДИ -1.64 -0.32 \log_{10}), p = 0.004. В группах А и С доля пациентов с необнаружимо низким уровнем ДНК ВГВ была выше, чем в группе В, хотя статистической значимости разница не достигла: соответственно 60 и 54% против 40%, p = 0.07 и 0,20.

Частота вирологической неудачи (уровень ДНК ВГВ >5 \log_{10} к 52-й неделе) составила в группе В 29%, в группе А -2% (ОШ 0,06, 95% ДИ 0.01-0.48, p = 0.008), а в группе C - 11% $(O \coprod 0.30, 95\% \ ДИ 0.10-0.96, p = 0.042)$. Потеря НВеАд происходила в группах А и С чаще, чем в группе В к 52-й неделе (30 и 26%) против 21% (разница статистически не значима). Также выглядела и сероконверсия по НВеАд. Элиминация HBsAg и сероконверсия по HBsAg не наблюдались. К 52-й неделе нормализация АлТ наблюдалась у 79% группы А и 85% группы С, по сравнению с 85% в группе В (p = 0.45 и 0.98). Вирусный прорыв произошел у 4-х больных на адефовире против 3-х на телбивудине, в группе С его не наблюдалось. Мутация резистентности М2040І была определена у 3-х пациентов на телбивудине; мутаций резистентности к адефовиру отмечено не было. Частота неблагоприятных событий между группами не различалась, чаще всего имели место симптомы со стороны верхних дыхательных путей, головная боль, боль в спине, диарея.

Выводы. Телбивудин показал лучшие результаты, обеспечивая большее подавление вируса гепатита В. Авторы подчеркивают, что более активная вирусная супрессия в начале лечения повышает общую эффективность и уменьшает развитие резистентности у вируса гепатита В.

Источник. Henry L.Y. Treatment of Hepatitis B Antigen-Positive Chronic Hepatitis with Telbivudine or Adefovir: A Randomized Trial. *Ann. Intern. Med.*, 2007, **147** — Published ahead of print October 1, 2007.

В США ИНВАЗИВНЫЙ МЕТИЦИЛЛИНРЕЗИСТЕНТНЫЙ СТАФИЛОКОКК ВЫШЕЛ ЗА ПРЕДЕЛЫ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

31.10.2007

Внебольничный метициллинрезистентный Staphylococcus aureus (Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus, MRSA) проделал в США большой путь от первой изоляции в 1981 г. от внутривенного наркомана до одного из основных возбудителей инфекций мягких тканей в наши дни. Исследователи из американского федерального агентства «Центры по контролю и профилактике заболеваний» поставили целью

определить: насколько этот возбудитель повинен в инвазивных инфекциях.

Методы исследования. Авторы исследования воспользовались данными системы активного бактериологического надзора ABC (Active Bacterial Core surveillance system). В девяти центрах этой системы в нескольких регионах США, где проживает около 16,5 млн. человек, с июля 2004 г. по декабрь 2005 г. проводился активный надзор за инвазивной инфекцией MRSA. Инвазивной считали инфекцию с изоляцией MRSA из стерильных в норме жидкостей или внутренних органов. Все случаи классифицировали на госпитальные, или связанные с медицинскими факторами риска (например, сосудистые катетеры, гастральный зонд, пребывание в стационаре на протяжении последнего года), и сугубо внегоспитальные. Госпитальные случаи, в свою очередь, делили на случаи с внутри- и с внегоспитальным началом болезни.

Результаты исследования. Всего было идентифицировано 8987 случаев инвазивной MRSAинфекции. Преобладали госпитальные случаи: с внегоспитальным началом -5250 (58,4%), с внутригоспитальным -2389 (26,6%); 1234 случая (13,7%) были сугубо внегоспитального происхождения, 114 (3,1%) случаев классифицировать не удалось. Заболеваемость инвазивным MRSA колебалась от 20 до 50 на 100 тыс. населения. Значительно выше заболеваемость была у афроамериканцев. С учетом расы, возраста и пола заболеваемость инвазивной MRSA-инфекцией в целом в 2005 г. составила 31,8 на 100 тыс. населения; частота госпитальной MRSA, начавшейся вне госпиталя, составила 17,6 на 100 тыс. населения, превышая таковую с внутригоспитальным началом (8,9) или сугубо внегоспитальную инфекцию (4,6). Выше показатель был для лиц ≥65 лет (127,7), у афроамериканцев (66,5), у мужчин (37,5). Самая низкая заболеваемость была у детей в возрасте 5-17 лет (1,4). Летальность составила 6,3 на 100 тыс., была выше среди лиц в возрасте ≥65 лет - 35,3, у афроамериканцев -10,0, и у мужчин -7,4. Выше летальность была среди больных с медицинскими факторами риска, но с внегоспитальным началом инфекции, чем с внутригоспитальным началом инфекции: 3,2 против 0,5.

За 2005 г. зафиксированы 5287 случаев инвазивной MRSA. По данным экстраполяции, заболеваемость в США в целом составила в 2005 г. 94 360 случаев. Всего зафиксировано 988 смертей, в масштабе всей Америки — это 18 650 смертей вследствие инвазивной инфекции MRSA. Из всех больных с медицинскими факторами риска в группе с внегоспитальным началом инфекции 1993 из 2389 (83,4%) имели более одного фактора риска. Чаще всего факторами риска среди больных с вне- и внутригоспитальным началом инфекции были соответственно: госпитализация (76,6 и 57,7%), хирургические операции (37,0 и 37,6%), пребывание в центрах по уходу

(38,5 и 21,9%), колонизация или инфекция MRSA (30,3–17,4%).

Клинически инвазивная MRSA-инфекция проявлялась как бактериемия (75,2%), пневмония (13,3%), флегмона (9,7%), остеомиелит (7,5%), эндокардит (6,3%), септический шок (4,3%). Почти все пациенты (92,4%) лечились в стационаре; умерли в больнице 1598 больных (17,8%). У 1162 (12,9%) инвазивная инфекция рецидивировала, особенно часто (19,3%) – при эндокардите. Исходы известны для 8849 больных (98%). Самая высокая летальность была при септическом шоке (55,6%) и пневмонии (32,4%), ниже была летальность при флегмоне (6,1%), при бактериемии (10,2%), эндокардите (19,3%). Адекватную антибактериальную терапию получили 4720 (82,4%) больных. В качестве антибиотикотерапии чаще всего эмпирически назначали ванкомицин (75%), полусинтетические пенициллины (28%), фторхинолоны (26%). Монотерапия имела место у 31,3% больных, два антибиотика получали 37,9%, больше двух -30,9%, независимо от группы по факторам риска.

Результаты электрофореза в геле в пульсирующем поле были доступны для 864 из 1201 (71,9%) изолятов из восьми регионов программы, это 11,3% всех случаев. Чаще всего изолировался штамм MRSA USA300: 100 из 150 изолятов (66,6%) для сугубо внегоспитальных случаев, у 108 из 485 (22,2%) случаев с медицинскими факторами риска с внегоспитальным началом и у 34 из 216 (15,7%) среди таковых с внутрибольничным началом. 35 из 150 (23,0%) среди сугубо внегоспитальных случаев оказались USA100. Другие штаммы встречались редко.

Выводы. Авторы исследования приходят к выводу, что инвазивная инфекция метициллинрезистентным Staph aureus не является больше проблемой исключительно медицинских учреждений, хотя чаще всего так или иначе связана с медициной. В своей публикации доктор Elizabeth A. Bancroft из департамента общественного здравоохранения Лос-Анджелеса подчеркивает, что требуются совместные усилия клиницистов и специалистов по обузданию эпидемии MRSA и недопушению циркуляции возбудителя из госпитальной во внегоспитальную среду и обратно. Она подчеркивает необходимость правильного использования антибиотиков, а также борьбы с MRSA и его мониторирования в медицинских заведениях. В Калифорнии, отмечает доктор Bancroft, все рестораны проходят санитарно-эпидемиологическую инспекцию ежегодно, тогда как центры по уходу – раз в 2 года, госпитали – раз в 3 года, а врачебные офисы – никогда.

Источник. Monina Klevens et al. Invasive Methicillin-Resistant Staphylococcusaureus Infections in the United States. *JAMA*, Oct. 17, 2007, **298**, 1763–1771.

ИНГИБИТОР ИНТЕГРАЗЫ РАЛТЕГРАВИР ЭФФЕКТИВЕН В КАЧЕСТВЕ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

31.10.2007

Общеизвестная проблема развития резистентности при применении существующих схем комбинированной антиретровирусной терапии (кАРТ) потенцирует поиск новых препаратов. Одним из таких препаратов является ингибитор интегразы ралтегравир (raltegravir), препятствующий работе интегразы — энзима, делающего возможным интеграцию генома ретровируса в геном инфицированной клетки и последующую репликацию вируса. Данная работа – результат 48 недель исследования ралтегравира (в комбинации с тенофовиром [tenofovir] и ламивудином [lamivudine]) в сравнении с ненуклеозидным ингибитором обратной транскриптазы (ННИ-OT) эфавиренцем [efavirenz] в той же комбинации у пациентов без анамнеза кАРТ.

Методы исследования. В настоящее исследование был включен 201 пациент старше 18 лет с уровнем вирусной нагрузки (ВН) ≥5000 копий/мл и CD4 ≥100 клеток/мл; из них 30 пациентов, перешедших из I фазы клинических испытаний (I когорта), и 171 вновь рекрутированных (II когорта). Начали терапию и были включены в анализ 198 человек.

Эфавиренц был выбран в качестве контроля, так как является основой мощного антиретровирусного режима кАРТ, одного из рекомендованных в настоящий момент для ранее нелеченных больных.

Из исследования были исключены пациенты, получавшие антиретровирусную терапию в прошлом или имевшие резистентность к применяемым препаратам. Пациенты были рандомизированы на 5 групп и получали либо ралтегравир в дозах 100 (n = 41), 200 (n = 40), 400 мг (n = 41) или в дозе 600 мг 2 раза в день (n=40), либо эфавиренц в дозе 600 мг в день (n = 39). Все больные получали также тенофовир в дозе 300 мг/день и ламивудин в дозе 300 мг/день. Рандомизация была стратифицирована по уровню ВН. Все группы были сопоставимы по исходным клинико-демографическим показателям. Для оценки приверженности лечению использовали личные дневники пациентов с последующей верификашией.

Результаты исследования. К 48 неделе исследования терапию продолжали получать 185 человек. Исходный уровень ВН >50 000 копий/мл зафиксирован у 55% всех пациентов, >100 000 — у 34%; средний исходный уровень ВН был $4,6-4,8 \log_{10}$ копий/мл. Средний подсчет CD4лимфоцитов при включении составил 271-338 клеток/мкл. Уровень приверженности лечению минимум 90% отмечали 98% больных. Данные

по эффективности терапии были сравнимы у пациенты I и II когорт (перешедших из I фазы клинических испытаний и вновь рекрутированных), поэтому когорты были объединены для дальнейшего анализа.

Ралтегравир во всех дозах (в комбинации с тенофовиром и ламивудином) приводил к быстрой и стойкой вирусной супрессии (ВН <400 копий/мл). Всего уровня ВН <400 копий/мл на сроке 48 недель достигли 85-98% всех участников исследования. Пациенты, получавшие ралтегравир, раньше достигали вирусной супрессии: 90% пациентов 1, 2, 3 и 4-й групп достигли ее к 4-й неделе, а в группе эфавиренца такая доля больных с вирусной супрессией была зафиксирована к 8-10 неделе. Схожие тенденции выявлены и при оценке доли пациентов, достигших уровня ВН <50 копий/мл. Впоследствии данные различия сглаживались: к 24 неделе доля пациентов с BH <50 копий/мл была близкой во всех группах: 1 группа — 87%, 2-9 — 85%, 3-9 — 93%, 4-95%, 5-92%, так же как и доля больных с ВН <400 копий/мл: 95, 85, 98, 95 и 95% соответственно. Такая же картина наблюдалась и на сроке 48 недель.

Среднее увеличение уровня СD4-клеток на 2-й неделе составило 70-104 клеток/мкл и продолжало нарастать до 32 недели. Средний прирост на 24 и 48 неделе был сравнимым по группам. Снижение уровня BH было сопоставимым в группах ралтегравира и эфавиренца и зависело от исходной BH. Так, среди больных с исходной BH $\leq 100~000~$ копий/мл уровня BH $\leq 400~$ копий/мл достигли 100,~89,~100,~88 и 96% больных соответствующих групп, а среди больных с исходной BH $\geq 100~000~$ копий/мл -~92,~75,~92,~94~и 71% соответственно.

Вирологическая неудача (ВН >400 копий/мл) наблюдалась у 3% пациентов из групп, получавших ралтегравир, и у такой же доли участников на схеме с эфавиренцем. Количество серьезных нежелательных эффектов при терапии существенно не различалось между группами ралтегравира и эфавиренца: 5 и 6% соответственно. Данные случаи не были связаны с проводимой терапией и не привели к прекращению лечения. Побочные эффекты препаратов наблюдались у 46.2. 50,0, 46,3, 47,5% больных, получавших ралтегравир в соответствующих дозах, и у 71,1%, получавших эфавиренц. Наиболее частыми побочными эффектам были: тошнота, головокружение, головные боли, кошмарные сновидения, диарея и бессонница. Нейропсихологические симптомы реже наблюдались у получавших ралтегравир.

Нежелательными лабораторными эффектами в группах ралтегравира были: снижение абсолютного числа нейтрофилов (n=1), увеличение уровня AcAT (n=3), AлAT (n=1), щелочной фосфатазы (n=1), амилазы (n=3) и липазы (n=1). В схемах с эфавиренцем — увеличение уровня ЛПНП (n=1), триглицеридов (n=2), AcAT (n=1) и АлАТ (n=2).

На сроках 24 и 48 недель наблюдалось повышение уровня холестерина, ЛПНП и триглицеридов у получавших эфавиренц, а у пациентов, получавших ралтегравир, липидный профиль был практически неизменен.

Выводы. На сроке 48 недель эффективность ралтегравира в различных дозировках в комбинации с тенофовиром и ламивудином была сравнимой с эффективностью эфавиренца. При этом достижение целевых уровней вирусной нагрузки в схемах с ралтегравиром наблюдалось на более ранних сроках. Безопасность ралтегравира была несколько выше за счет меньшего влияния на липидный профиль.

Источник. Martin Markowitz et al. Rapid and Durable Antiretroviral Effect of the HIV-1 Integrase Inhibitor Raltegravir as Part of Combination Therapy in Treatment-Naive Patients with HIV-1 Infection. Results of a 48-week Controlled Study. *JAIDS*, 2007, **0**, 1–9.

СТАНДАРТНАЯ ВЫСОКОАКТИВНАЯ АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ПОКАЗАЛА ОТЛИЧНУЮ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ В КЕНИИ

31.10.2007

По данным Организации Объединенных Наций к концу 2004 г. около 2,2 млн. детей были ВИЧ-инфицированными; 80% из них – жители Центральной и Южной Африки. Только в Кении в 2003 г. число ВИЧ-инфицированных детей достигло 100 000, и ежегодно эта цифра продолжает возрастать на 25 000. Однако лишь 3-4% ВИЧ-инфицированных африканских детей, нуждающихся в лечении, действительно его получают. Это ведет к тому, что 60% ВИЧ-инфицированных детей-африканцев умирают в течение первых двух лет жизни, а 75% не доживают до 5 лет. Несмотря на доказанную эффективность высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) у детей, проживающих в индустриально развитых странах, ее влияние на клинические исходы у ВИЧ-инфицированных детей изучено плохо. В связи с этим медики из Кении совместно с американскими коллегами провели ретроспективный анализ клинических, иммунологических и вирусологических воздействий ВААРТ у ВИЧ-инфицированных детей Кении.

Методы исследования. В исследование включили 29 ранее не лечившихся ВИЧ-инфицированных детей из Клиники семейной медицины госпиталя в Момбасе (04.2003—10.2004). Критерии включения: ВИЧ-1-серопозитивный статус ребенка >18 мес.; 3—4 клиническая стадия заболевания по классификации ВОЗ или тяжелая иммуносупрессия. Всем больным назначали

тройную терапию препаратами-дженериками: невирапин по $120 \text{ мг/м}^2 2$ раза в день; зидовудин $180 \text{ мг/м}^2 2$ раза в день и ламивудин 4 мг/кг 2 раза в день. Исходно и далее каждые 3 мес. проводили антропометрическое исследование и определяли число CD4-клеток. Вирусную нагрузку оценивали исходно и через 9 мес. Длительность наблюдения составила 15 мес.

Результаты исследования. Средний возраст детей (14 девочек и 15 мальчиков) был $8,5\pm3,4$ лет (колебания от 2 до 16 лет); Z-критерий веса для соответствующего возраста $-1,61\pm1,39;$ число CD4-клеток $-182,3\pm145,5\times10^6/\pi$. 37,9% (n=11) детей имели 2 категорию (умеренную иммунную супрессию) по классификации CDC; 62,1% (n=18) -3 (тяжелую) категорию. Вирусная нагрузка составила $5,11\pm0,72\log_{10}$ копий/мл.

За время лечения отмечено увеличение веса детей: Z-критерий повысился до $-1,19\pm1,11$ через 6 мес. и до $-1,12 \pm 1,09$ через 12 мес. (p = 0,04). ВААРТ привела к выраженному ступенчатому увеличению числа СD4-клеток, которое через 3 мес. возросло на $187 \pm 199 \times 10^6$ /л; через 6 мес. на $203 \pm 144 \times 10^6$ /л; через 9 мес. на $308 \pm 210 \times 10^6$ /л; через 12 мес. на $334 \pm 365 \times 10^6$ /л и через 15 мес. на $363 \pm 369 \times 10^6$ /л по сравнению с исходным (p < 0.0001). При этом наиболее выраженное увеличение СD4 имело место в первые 6 мес. лечения. Параллельно шло снижение вирусной нагрузки, которая через 9 мес. лечения уменьшилась на $3.3 \pm 0.38 \log_{10}$ копий/мл. В результате у 16 (55,2%) детей уровень РНК ВИЧ-1 оказался <50 копий/мл, однако у 11 (37,9%) он оставался между 50 и 30 000 копий/мл, а у 2 (6,8%) >30 000 копий/мл.

За время лечения не выявлено негативных проявлений, которые привели бы к прекращению ВААРТ или изменению лечения. Лишь у одного пациента развился туберкулез, потребовавший специфической терапии без отмены ВААРТ. За время наблюдения ни один ребенок не был госпитализирован, не было ни одного летального исхода.

Выводы. Стандартная ВААРТ препаратами первого ряда показала отличную клиническую, иммунологическую и вирусологическую эффективность у ВИЧ-инфицированных детей Кении. За 15 мес. лечения произошло существенное возрастание числа СD4-клеток, наиболее значимое в первые 6 мес. ВААРТ, несмотря на то, что большинство детей (62%) исходно имело тяжелую иммуносупрессию (3 стадия по классификации CDC). При этом не было ни одного случая оппортунистической инфекции или смерти. Лишь у одного больного выявлен туберкулез, лечение которого не требовало отмены ВААРТ. Клиническое улучшение сопровождалось увеличением веса детей, что могло быть связано с дополнительной нутритивной поддержкой, которую получали пациенты Клиники семейной медицины. Блестящие исходы стандартной ВААРТ частично объяснялись старшим возрастом (>5 лет) большинства детей, принимавших участие в исследовании, что означало более низкие темпы прогрессирования у них ВИЧ-инфекции.

Однако клиническое и иммунологическое улучшение, отмеченное у всех ВИЧ-инфицированных детей, не сочеталось с выраженным вирусологическим улучшением. Лишь у 55% детей РНК ВИЧ-1 не определялась через 9 мес. лечения, что могло быть связано с относительно низкой дозой невирапина (120 мг/м² 2 раза в день) — минимальной рекомендованной ВОЗ в то время, когда проводилось исследование. В свете последних исследований современные рекомендации отдают предпочтение более высоким дозам препарата.

Исследователи заключают, что обучение персонала, соответствующее лабораторное и медицинское обеспечение дают возможность проводить эффективное лечение ВИЧ-инфицированных детей в экономически отсталых и развивающихся странах.

Источник. Rinn Song et al. Efficacy of Highly Active Antiretroviral Therapy in HIV-1—Infected Children in Kenya. *Pediatrics*, 2007, **120**, e856—e861.

ДИНАМИКА МАРКЕРОВ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В ПРИ КОИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСАМИ ГЕПАТИТА В И ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА

07.11.2007

Коинфекция вирусами гепатита В (ВГВ) и ВИЧ широко распространена по причине общих путей передачи и схожести групп риска. Предшествующие исследования в основном рассматривали влияние статуса по ВГВ на течение ВИЧ-инфекции в статическом плане, используя, например, наличие австралийского антигена в крови больного как одного из факторов при многофакторном анализе. Однако профиль серологических маркеров (СМ) инфекции ВГВ меняется с течением времени. Эволюцию маркеров ВГВ у ВИЧ-инфицированных в эпоху антиретровирусной терапии (АРТ) изучили китайские и тайваньские ученые. Результаты их исследования опубликованы в «Clinical Infectious Diseases» за 1 ноября 2007 г.

Методы исследования. Набор в это проспективное продольное исследование проходил с 01.01.1997 г. по 31.12.2002 г. В исследование включались не получавшие АРТ больные. Исключались ранее вакцинированные против ВГВ пациенты (всеобщая вакцинация от ВГВ начата на Тайване в 1984 г.) Все участники исследования подвергались скринингу на такие СМ гепатитов В и С как поверхностный антиген ВГВ HbsAg, антитела к HbsAg (анти-Нвс), антитела к вирусу гепатита С (ВГС) (анти-ВГС). Оп-

ределялась также концентрация ДНК ВГВ и РНК ВГС. Все маркеры гепатитов В и С повторно определяли у всех больных с интервалом не менее года. Медицинская документация была проанализирована с целью выявления корреляций между динамикой изменения СМ и клинической картиной заболевания.

Результаты исследования. В исследование вошли 633 пациента (583 мужчины и 50 женщин). Минимум один маркер инфекции ВГВ обнаружен при включении у 568 (89,7%) пациентов: у 119 (18,8%) это был HBsAg, у 270 (42,7%) — антиНВs, у 179 (28,3%) был обнаружен антиНВс. ДНК ВГВ была обнаружена у 80 (67,2%) пациентов с HBsAg, у 2 (0,7%) пациентов с антиНВѕ, у 13 (7,3%) больных только с только антиНВс антителами и у 3 (4,6%) пациентов без СМ ВГВ. У больных с изолированным антиНВс глубже была иммуносупрессия; у НВsАg положительных ДНК ВГВ чаще превышала уровень обнаружимости. По остальным характеристикам различий между группами не было. Медиана наблюдения составила 4,96 лет (pasmax 1,07-7,97).

Прирост CD4-клеток среди пациентов с маркерами HBsAg и с изолированным антиHBc оказался ниже: к 24 месяцам — 140 и 117 клеток/мкл по сравнению со 180 у лиц без маркеров инфекции BГВ (p = 0.03 и 0.04 соответственно). Вирусная нагрузка ВИЧ снижалась ниже порога обнаружения соответственно 69,8 и 75,6% против 89,1% (p = 0.06 и 0.03). Среди положительных по HBsAg по сравнению с больными без СМ инфекции ВГВ чаще наблюдались вирологическая неудача АРТ (42,9 против 22,7%, p = 0.04) и смерть (22,7 против 7,7%; p = 0.01).

За время наблюдения профиль по маркерам ВГВ изменился у 161 (25,4%) больных. Из 119 пациентов, положительных по HBsAg, его сохранили 104 (87,4%). АнтиНВѕ появился у 6 пациентов (5,0%). У 9 пациентов (7,6%) исчез HBsAg, сохранился только антиНВс. Частота элиминации HBsAg и появления антиHBs cocтавила 2,57 случая на 100 человеко-лет (95% доверительный интервал [ДИ] 1,44-4,23) и 0,97 на 100 человеко-лет (95% ДИ 0,36-2,12) соответственно. Из 270 больных, исходно имевших антитела антиНВs, у 252 (93,3%) они сохранились и к концу наблюдения. У 18 пациентов (6,7%) антиНВѕ исчез, в том числе у 15 (5,6%) остался изолированный антиНВс, и у 3 больных (1,1%) исчезли все маркеры ВГВ. Из 179 пациентов с изолированным антиНВс у 81 пациентов (45,3%) он остался, у 73 (40,3%) появился еще и антиHBs, у 18 (10,0%) пропали все маркеры, а у 7 (3,9%) появился HBsAg. Частота нового появления HBsAg составила 0,77 случая на 100 человеко-лет (95% ДИ 0,31-1,58). У 30 (46,2%) из 65 пациентов без исходных маркеров инфекции ВГВ в течение наблюдения появились признаки присутствия ВГВ: у 4 (6,2%) появился НВsAg, у 13 (20%) — антиНВs и еще у 13 (20%) — только антиНВс. Частота новой инфекции ВГВ в этой подгруппе составила 9,69 на 100 человеко-лет (95% ДИ 6,28-13,30).

Среди пациентов, утративших за время прослеживания анти HBs, наблюдался меньший прирост CD4-клеток по сравнению с теми, у кого анти HBs сохранился: 40 против 93 клеток к 12 месяцам (p < 0.001), 73 против 200 к 24 месяцам (p < 0.001) и 73 против 187 к концу исследования (p < 0.001). Реже они достигали и неопредилимого уровня ВИЧ (44,4 против 77,0% к 12 месяцам; p = 0.002, и 44,4% против 73,8% к концу исследования; p = 0.007); выше у них была и летальность (27,8 против 5,2%; p = 0.004). K 24 месяцам от начала АРТ, единственным фактором, независимо ассоциировавшимся с сохранением антиНВs, был прирост CD4⁺ минимум на 100 клеток (пересчитанное отношение шансов [OIII] 5,02; 95% ДИ 1,31–19,24; p = 0,02).

Среди пациентов, положительных только по антиНВс, у которых появился антиНВs, медиана прироста CD4-клеток была значительно выше по сравнению с теми, у кого остался только антиНВс: 223 против 83 клеток на 1 мкл к 24 месяцам (p = 0,002) и 216 против 92 к концу исследования (p = 0,004). Выше у них была и вероятность достижения неопределимо низкого уровня РНК ВИЧ к концу исследования: 82,2 против 68,8% (p = 0,04). К 24 месяцам наблюдения независимо ассоциировалось с появлением анти-НВѕ только повышение CD4-клеток минимум на 100 (ОШ - 4,65; 95% ДИ 1,96-14,02; p = 0,001).

Выживаемость у пациентов с HBsAg была ниже, чем в остальных группах, ниже была и выживаемость у больных с изолированным антиНВс по сравнению с антиНВs (p=0,02). Хуже была выживаемость у пациентов с персистирующим HBsAg по сравнению с больными с персистирующим антиНВs (p<0,001), с больными с антиНВс (p=0,07) и с теми, у кого антиНВs появился позже (p=0,12).

Выводы. Авторы исследования показали, что в клинической практике часто встречаются изменения серологических маркеров ВГВ у больных с коинфекцией ВГВ/ВИЧ на фоне АРТ, а также вновь приобретенные инфекции ВГВ. По этим причинам необходимо мониторировать СМ ВГВ. Лучший иммунный и вирологический ответ на АРТ ассоциировался с выработкой антиНВs, отмечают исследователи. Авторы исследования подчеркивают необходимость вакцинации от ВГВ всех пациентов, не имеющих маркеров этой инфекции.

Источник. Wang-Huei Sheng et al. Evolution of Hepatitis B Serological Markers in HIV-Infected Patients Receiving Highly Active Antiretroviral Therapy. *Clinical Infectious Diseases*, 2007, **45**, 1221–1229.

ПЕРЕРЫВЫ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИВОДЯТ К ПОВЫШЕНИЮ РИСКА РАЗВИТИЯ СПИД-АССОЦИИРОВАННЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

13.11.2007

Непрерывная антиретровирусная терапия (АРТ) показала свое преимущество перед курсами APT, направляемыми по подсчету CD4-клеток, в плане эффективности терапии и контроля инфекции. Исследование SMART («Перерывы антиретровирусной терапии неэффективны – окончательные результаты исследования SMART»), в ходе которого АРТ прерывалась при уровне CD4 ≥350 кл/мкл, было закончено преждевременно по причине того, что среди больных на прерывистой АРТ почти в 2 раза была выше смертность больных; более чем в 6 раз была выше заболеваемость тяжелыми оппортунистическими инфекциями; а также была существенно выше частота возникновения заболеваний сердечнососудистой системы, почек и печени. Авторы SMART провели вторичный анализ собранных данных для того, чтобы определить различия в онкологической заболеваемости больных, принимавших антиретровирусные препараты непрерывно или с перерывами.

Методы исследования. Исследование SMART было начато в 2002 г. В него были включены 5472 ВИЧ-инфицированных больных из 318 центров 33 стран. Они были рандомизированы либо в группу непрерывной АРТ – группа вирусной супрессии (ВС), либо в группу плановых перерывов в АРТ – группа экономии препаратов (ЭП). В группе ЭП больные прерывали АРТ в тот момент, когда их уровень СD4+-лимфоцитов достигал 350 клеток. При уровне подсчета CD4⁺ равном 250 клеток/мкл APT возобновлялась. В 2006 г. на основании результатов промежуточного анализа данных было принято решение прекратить исследование. В данном анализе исследователи поставили целью определить количество онкопатологий из расчета на 1000 человеко-лет в целом, связанными и не связанными со СПИДом онкологическими заболеваниями и отдельными видами рака. СПИД-ассоциированными онкологическими заболеваниями (САОЗ) считались лимфома Ходжкина и неходжкинская лимфома, саркома Капоши и инвазивный рак шейки матки. Остальные онкологические заболевания считались не-САОЗ.

Результаты исследования. В группу ВС были рандомизированы 2752 больных, а в группу ЭП — 2720 больных. За 4 года в группах накопилось соответственно 3702 человеко-лет и 3666 человеко-лет наблюдения. Исходные клинико-демографические характеристики групп, включая распространенность онкопатологии, не имели

статистически достоверных различий: доля курящих в группах ЭП и ВС составила 41,3 и 39,6%, доля больных с любыми злокачественными новообразованиями в анамнезе – 5,2 и 4,5%, доля больных со СПИД-ассоциированной онкопатологией в анамнезе -2,6 и 2,5% соответственно. Всего онкологические заболевания были зафиксированы у 70 участников исследования. САОЗ отмечались у 13 больных (3 умерли), а не-САОЗ – у 58 (16 умерли). За время наблюдения заболеваемость САОЗ составила в группе ЭП 3,0 на 1000 человеко-лет, а в группе BC - 0.5 на 1000 человеко-лет (отношение рисков [OP] - 5.5; 95% доверительный интервал [ДИ] 1.2-25.0; p = 0.03), заболеваемость не-CAO3 – 8.8 и 7.1 (OP - 1.3: 95% ДИ 0.7-2.1: p = 0.4). смертность от CAO3 -0.5 и 0.3 на 1000 человеко-лет (слишком мало данных для статистического анализа), а смертность от не-CAO3 - 3,0 и 1,4 (OP – 1,8; 95% ДИ 0,6-5,1; p = 0,31) соответственно. Таким образом, заболеваемость САОЗ была значительно выше в группе ЭП, а заболеваемость не-САОЗ была сравнимой в обеих группах. Частота случаев смерти от онкопатологии была почти в 2 раза выше в группе ЭП, чем в группе ВС, однако разница не достигла статистической значимости. Из 13 САОЗ 8 были саркомой Капоши, 3 – неходжскинской лимфомой и 2 – лимфомой Ходжкина. Больные группы ЭП имели значительно более высокий риск заболеть саркомой Капоши с ОР равным 7.0 (95% ДИ 0.9-57.1; p=0.07). Различия между группами по частоте развития лимфом не достигли статистической значимости, в том числе, по причине малого числа случаев. Наиболее частыми не-САОЗ были раки кожи, легких и простаты. При сравнении их частоты в группе ЭП и ВС были получены следующие ОР: 1,0 (95% ДИ 0,4-2,7; p = 0,98), 3,0 (95% ДИ 0,6-15,0; p = 0,18)и 1,0 (95% ДИ 0,2-5,0; p = 0.99) соответственно. Наиболее сильным предиктором развития САОЗ было наличие CAO3 в анамнезе (OP - 170,2). Кроме принадлежности к той или другой группе терапии только один фактор влиял (снижал) на риск развития САОЗ – время с момента инициации APT (OP -0.8; 95% ДИ 0.6-1.0; p = 0.03) на каждый дополнительный год АРТ. Предикторами САОЗ не были такие факторы, как возраст, пол, расовая принадлежность, исходный уровень CD4-клеток и наименьший уровень CD4клеток в прошлом, исходный (до лечения) уровень вирусной нагрузки или коинфекция вирусами гепатита С и В.

Многие из перечисленных факторов были, напротив, предикторами не-CAO3: возраст (OP - 2,2 на 10 лет), курение (OP - 2,5), наличие не-CAO3 в анамнезе (OP - 2,5). Исследователи считают, что уровень CD4-клеток и вирусной нагрузки могут быть причинами различий в заболеваемости онкопатологией между двумя группами. Для CAO3 поправка на данные показатели (текущие) при сравнении групп \ni П и BC снизи-

ла OP с 5,5 до 2,8 (95% ДИ 0,6–13,9; p = 0,21) и привела к потере статистической достоверности различия в заболеваемости CAO3 между группами. Для не-CAO3 такие поправки привели к менее выраженному снижению OP; при этом показатель достоверности не изменился.

Выводы. Авторы исследования считают, что им удалось получить еще одно доказательство нежелательности прерывистой APT: в группе ЭП было выявлено значительное повышение риска развития CAO3. В целом в когорте уровень заболеваемости онкопатологией был довольно высок. При этом отмечалось преобладание не-CAO3, на риск назвития которых не влияла принадлежность к той или иной группе терапии, а влияли стандартные канцерогенные факторы.

Источник. Silverberg M.J., et al. Risk of cancers during interrupted antiretroviral therapy in the SMART study. *AIDS*, Sep. 12, 2007, **21**, 1957–1963.

ПРИЧИНЫ СМЕРТИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ПРЕТЕРПЕЛИ СУЩЕСТВЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ

21.11.2007

Известно, что высокоактивная антиретровирусная терапия резко увеличила продолжительность жизни ВИЧ-инфицированных больных и внесла изменения в основные причины их смерти. Как обстоит дело с выживаемостью ВИЧ-инфицированных больных в эру ВААРТ и какие заболевания сопровождают их последние месяцы и годы, попытались выяснить американские ученые, исследовав медицинские свидетельства о смерти большой когорты больных. Предыдущие исследования выживаемости и причин смерти ВИЧ-инфицированных больных проводились на значительно меньших по численности когортах больных.

Методы исследования. Исследователи проанализировали данные проекта «Adult/Adolescent Spectrum of HIV Disease», ASD («Спектр заболеваний у ВИЧ-инфицированных взрослых и подростков»). Проект ASD проходил с 1991 г. по 2004 г. при сотрудничестве американского федерального агентства «Центры по контролю и профилактике заболеваний» и органов здравоохранения нескольких штатов. В проекте приняли участие более 100 медицинских заведений и ВИЧ-центров в 10 городах США. Целью ASD было мониторирование заболеваний, связанных с ВИЧ-инфекцией, у больных в возрасте ≥13 лет.

В данном исследовании ученые определяли относительную смертность от различных заболеваний, уровень годовой смертности и распространенность высокоактивной антиретровирусной терапии (BAAPT) среди членов когорты.

Перечисленные показатели были определены для трех временных периодов: 1992—1995 гг. — пред-ВААРТ-период, 1995—2000 гг. — период ранней ВААРТ и 2000—2003 гг. — период современной ВААРТ. Исследователи проанализировали все заболевания, входящие в посмертный диагноз, а не только причину смерти.

Результаты исследования. С 1992 г. по 2003 г. имели место 13 895 случаев смерти, для 9225 (66,4%) из которых в распоряжении исследователей имелась медицинская документация. Из 9225 случаев смерти 5407 (58,6%) произошли в пред-ВААРТ-период, 2722 (29,5%) — в период ранней ВААРТ и 1096 (11,6%) — в период современной ВААРТ. Клинико-демографические характеристики умерших больных были следующими: 16% — женщины, 47% — мужчины, имеющие секс с мужчинами, 39% — афроамериканцы, 93% были в возрасте 25—54 лет на момент смерти, у 73% наименьший уровень CD4-клеток в анамнезе был <100 кл/мкл.

Смертность в целом в ASD снизилась с 487,5 на 1000 человеко-лет в 1995 г. до 100,6 на 1000 человеко-лет в 2002 г. Из 36 256 участников ASD в среднем 75,7% получали ВААРТ. В течение периода современной ВААРТ отмечалось постепенное возрастание процента больных, получающих ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы, и снижение доли ингибиторов протеазы как компонента ВААРТ.

Анализ динамики относительной смертности показал, что произошло существенное увеличение доли следующих заболеваний в посмертном диагнозе больных: болезни печени, исключая вирусный гепатит (всего 596 больных [стандартизированная относительная смертность 6.5%], в пред-ВААРТ-период — 4.9%, в период ранней ВААРТ – 8,0%, в период современной ВААРТ – 10,8%, отношение рисков [ОР] при сравнении 2-го и 1-го периодов – 1,69; ОР при сравнении 3-го и 2-го периодов – 1,23); вирусный гепатит (281 [3,1%], 1,2, 3,4, 10,8%, ОР 2,87 и 3,7); гипертоническая болезнь (79 [0,8%], 0,4, 1,3, 1,5%, ОР 3,16 и 1,13); алкоголизм (78 [0,9%], 0,5, 1,2, 1,9%, ОР 2,54 и 1,1); ишемическая болезнь сердца (80 [0,9%], 0,7, 0,9, 1,9%, ОР 1,47 и 1.66). Возросла, но менее значительно, доля в посмертном диагнозе таких состояний как септицемия (ОР 1,28 и 0,94), заболевания почек (ОР 1,23 и 1,17), желудочно-кишечное кровотечение (ОР 1,34 и 1,09), сахарный диабет (ОР 1,13 и 2,62). И напротив, существенное снижение доли в посмертном диагнозе произошло для следующих заболеваний: пневмоцистоз, нетуберкулезная микобактериальная инфекция и цитомегаловирусная инфекция, саркома Капоши, анемия и хориоретинит. Смертность от других онкологических заболеваний не изменилась с течением времени.

Выводы. В большой когорте ВИЧ-инфицированных больных, за которыми велось наблюдение с 1992 г. по 2003 г., имело место значитель-

ное снижение общей смертности больных и значительное изменение распределения причин смерти, характеризующееся снижением доли оппортунистических инфекций и ростом доли неинфекционных заболеваний, констатируют исследователи. Самое резкое снижение смертности отмечалось в период ранней ВААРТ. Однако несмотря не все успехи ВААРТ, инфекционные заболевания, включая септицемию, по прежнему составляют большую долю посмертных диагнозов. Данный феномен исследователи объясняют молодым средним возрастом когорты. В дополнение к улучшению иммунного статуса больных с внедрением ВААРТ на изменения в посмертном диагнозе влияли и изменяюшиеся стандарты в обследовании ВИЧ-инфицированных. Так, обязательный скрининг на гепатит С был введен в США только в 1998 г. Исследователи отмечают также, что хотя их анализ не ставил целью оценить побочные эффекты ВААРТ, последние, вероятно, оказали влияние на рост доли в посмертных диагнозах таких заболеваний, как сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, заболевания почек и невирусные заболевания печени.

Источник. Hooshyar, Dinaa et al. Trends in perimortal conditions and mortality rates among HIV-infected patients: HIV deaths decline 75%; Hepatitis deaths Up 4-Fold. *AIDS*, October 2007, **21**, 2093–2100.

ИНТЕРФЕРОН В ТЕРАПИИ ИНДУЦИРОВАННОГО ЛЕКАРСТВАМИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЕЧЕНИ У ВИЧ/ВГС КОИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

28.11.2007

Индуцированное лекарствами повреждение печени (ИЛПП) является серьезной проблемой в терапии пациентов, инфицированных ВИЧ и вирусом гепатита С (ВГС). Само по себе являясь угрожающим жизни состоянием, ИЛПП вынуждает отказываться от проведения высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ). Механизмы, лежащие в основе этого состояния, и методы борьбы с ним изучены достаточно плохо. Американские ученые из университетов Гарварда, Тафтса и Бостонского университета провели небольшое пилотное исследование роли интерферона в ведении ВИЧ/ВГС коинфицированных больных. Результаты их исследования опубликованы в одном из последних номеров журнала «Clinical Infectious Diseases».

Материалы исследования. В исследование были включены 12 ВИЧ/ВГС-коинфицированных пациентов с симптоматической лекарственно-индуцированной гепатотоксической реакцией и вынужденным прекращением ВААРТ. Для терапии ИЛПП в этой группе назначался

режим, содержащий интерферон (пегилированный α -2b 1,5 Ед/кг/неделю или α -2a 180 Ед/неделю) и рибавирин (в дозе 400 мг 2 раза в день). Все больные получали профилактику оппортунистических инфекций, соответствующую уровню CD4-клеток.

У всех пациентов была зафиксирована 3–4 степень повышения аминотрансфераз, т.е. аминотрансферазы были повышены в 5–10 раз среди больных, исходно имевших нормальный уровень, и в 3–5 раз у пациентов с исходно повышенным уровнем. Все больные проходили стандартное клиническое и лабораторное обследования. Всем пациентам без клинических признаков цирроза была сделана биопсия печени с оценкой по Кноделлю. Биохимическая оценка функций печени проводилась еженедельно до достижения уровня трансаминаз <3 раз выше нормальных значений, при котором возобновлялась АРТ.

Результаты исследования. Из 12 включенных пациентов 5 были мужчины. У 7 пациентов из 12 был анамнез ИЛПП после назначения различных режимов ВААРТ. Средний начальный уровень CD4 составил 124 кл/мкл, средний процент СD4 был 11%, средний начальный уровень РНК ВИЧ – 115,369 копий/мл. Признаков хронической ВГВ инфекции у обследованных пациентов выявлено не было. У всех пациентов была выявлена симптоматическая лекарственно-индуцированная гепатотоксическая реакция с различной симптоматикой: боли в правом подреберье, тошнота, недомогание, снижение аппетита. У 2 пациентов отмечена гепатомегалия и у 2 – клинические признаки цирроза. У 6 отмечено небольшое повышение уровня билирубина (в среднем -2,0 мг/дл); у 7 — уровня щелочной фосфатазы (в среднем -184,7 Ед/л). У всех пациентов протромбиновое время исходно было нормальным. У 11 пациентов уровень РНК ВГС был >800 000 копий/мл. У 9 пациентов выявлен 1-й генотип ВГС, у 2 - 3-й и у 1 - 4-й. Других этиологий поражений печени у обследованных лабораторно выявлено не было.

Гистологически у 11 пациентов выявлены признаки выраженного некротического воспаления (средний балл – 10.3) и фиброза (средний балл – 2,9). Признаков лекарственно-индуцированного гепатита не выявлено. У 1 пациента биопсия печени не проводилась ввиду наличия клинических признаков цирроза. Только у 4 пациентов была достигнута вирусная супрессия ВГС в процессе лечения интерфероном и рибавирином, у 1 — получен стойкий вирологический ответ. При этом у всех пациентов отмечено значительное снижение уровня трансаминаз, уменьшение гепатомегалии и дискомфорта в правом подреберье; 2 пациента продолжали получать ВААРТ на момент начала терапии интерфероном и рибавирином (И + P), а у 10 пациентов ВААРТ была возобновлена в течение 12 (4-20) недель с начала терапии H + P.

У всех пациентов ВААРТ после курса И + Р была успешной, было отмечено снижение уровня ВИЧ ниже лабораторно определяемого, увеличение количества СD4-лимфоцитов (в среднем на 251 клеток/мл) и процента CD4-клеток (в среднем — на 9,4%) в течение периода наблюдения, который составил в среднем 26,5 месяцев (3—57 месяцев). У 4 пациентов АРТ была начата по той же схеме, что и до развития ИЛПП без «всплесков» уровня трансаминаз при дальнейшем наблюдении. У части пациентов, достигших вирологической супрессии ВГС, отмечено повышение уровня РНК ВИЧ.

Побочные эффекты были стандартными для терапии И + Р. У одного больного наблюдалась клиническая депрессия. В отсутствии ВААРТ у двоих пациентов развился орофарингеальный кандидоз и кандидозный эзофагит, успешно купированный приемом флюконазола.

Выводы. У исследуемой группы ВИЧ/ВГС-коинфицированных пациентов с ИЛПП, отмечалась выраженная положительная динамика трансаминаз при терапии интерфероном и рибавирином, что позволило возобновить ВААРТ. Данная тактика ведения больных с ВИЧ/ВГС коинфекцией требует дальнейшего анализа и изучения в крупных клинических исследованиях.

Источник. Barbara H. McGovern, et al. Managing Symptomatic Drug-Induced Liver Injury in HIV-Hepatitis C-Coinfected Patients: A Role for Interferon. *CID*, 2007, **45**, 1386–1392.

КОИНФИЦИРОВАНИЕ ВИЧ И ВИРУСОМ ГЕПАТИТА С ПРИВОДИТ К ПРОГРЕССИРОВАНИЮ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ

28.11.2007

Терапия пациентов с коинфекцией ВИЧ и вируса гепатита С (ВИЧ/ВГС) является сложной клинической задачей. Необходимость добавления интерферона (пегелированных и не пегелированных форм) и рибавирина в схемах с высокоактивной антиретровирусной терапией (ВААРТ) у таких пациентов остается дискутабельной. Известно, что частота прогрессирования в фиброз печени в группах моно-ВГС-инфицированных пациентов в различных исследованиях составляет от 8 до 12%. Вопросы определения предикторов развития фиброза и влияния на риск его развития проводимой противовирусной терапии у ВИЧ/ВГС-коинфицированных пациентов стали темой исследования, которое провели ученые нескольких крупнейших университетов США.

Методы исследования. В исследование были включены 184 пациента с коинфекцией ВИЧ/ВГС с данными не менее 2-х биопсий печени (10 впоследствии были исключены в связи с нали-

чием фиброза при первичной биопсии). Лабораторное обследование включало в себя полный клинический анализ крови (с тромбоцитами), оценку уровня АлАТ, АсАТ, СD4, вирусной нагрузки ВИЧ, ВГС, генотипирование ВГС. Биопсия проводилась дважды, с интервалом не менее 2-х лет (в среднем 2,9 года). Изучение биоптатов проводилось одним патологом, ослепленным в отношении давности и последовательности биоптатов. Для оценки степени фиброза была использована шкала индекса активности (Ishak scale): Fibrosis [F]0 – нет признаков фиброза, F6 – признаки цирроза. Индексом прогрессии фиброза (ИПФ) считалось изменение балла по шкале Ishak за 1 год. Значимая прогрессия фиброза определялась как нарастание ≥2 баллов по Ishak между первой и второй биопсиями.

Результаты исследования. Из 174 пациентов большинство были афроамериканцы, средний возраст — 44 года. Употребление внутривенных наркотиков в анамнезе отмечено у 78% больных, злоупотребление алкоголем — у 38%. До начала исследования большинство (62,1%) получали антиретровирусную терапию (АРТ), средняя длительность которой составила 3,6 лет; 17% пациентов никогда не получали АРТ. У 60% уровень РНК ВИЧ был ниже лабораторно определяемого.

Средний исходный уровень CD4 составил 379 клеток/мкл, при этом у 17% больных уровень СD4 был ниже 200 клеток/мкл. Средний уровень АлАТ и АсАТ был 44 и 46 Е/л соответственно. Большинство (95%) пациентов имели 1-й генотип ВГС, 2-й и 3-й — по 2%. При первичной биопсии 77% (136 пациентов) не имели фибротических изменений печени или имели минимальную активность (F0, F1). У 17 больных отмечали F2-уровень фиброза и у 21 — мостовидный фиброз (F3 и F4). Средний уровень индекса воспалительной активности составил 3. Стеатоз обнаружен у 38,5% всех пациентов. При этом активный стеатогепатит выявлен у <1% больных. Не диагностированных заболеваний печени по биопсии обнаружено не было. Средний срок между биопсиями составил 2,9 лет. ИПФ значительно варьировал у разных больных — 0 до 1.24 балла по шкале Ishak. с медианой 0 баллов/год. Значимая прогрессия фиброза отмечалась у 41 пациента (24%), из которых у 15 (8,6%) разница составила ≥3 баллов. У большинства (84 пациента [48%]) не отмечено прогрессирования фиброза, а у 37 пациентов (22%) выявлено незначительное прогрессирование (увеличение на 1 балл по Ishak между 1-й и 2-й биопсиями).

Из 136 человек (78%) с отсутствием или минимальными фибротическими изменениями при первичной биопсии у 93 (68%) имело место сохранение картины биопсии в динамике, а у 43 (32%) — «прогрессоров» — при второй биопсии обнаружены изменения уровня F2 и выше. При этом у 19 (14%) определялись признаки мосто-

видного фиброза (F3, F4) или цирроза (F5, F6). У «прогрессоров» средний ИПФ составил 0,83 баллов/год против 0 баллов/год у «не-прогрессоров».

В группах «прогрессоров» и «не-прогрессоров» значимой разницы в отношении ВИЧ-инфекции отмечено не было: средняя длительность АРТ — 3,2 и 3,6 лет соответственно, АРТ в период между биопсиями получали 51 и 65% больных. Длительность АРТ в период между биопсиями, минимальный средний уровень CD4 в группах также были сравнимыми.

Терапию ВГС (интерферон + рибавирин) получали 37 пациентов (21,3%), при этом средний уровень АлАТ и АсАТ у них был выше, чем в группе нелеченных пациентов (АлАТ 63 против 40 Ед/л, АсАТ 64 против 40 Ед/л). У 13 из 37 леченных больных (35,1%) отмечали значимое прогрессирование фиброза против 28 из 137 (20,4%) в группе нелеченных (p = 0,06). Пролеченные больные чаще имели выраженный фиброз (p = 0.01) и более высокие уровни АлАТ и AcAT (p = 0.001). Ни один из 13 пролеченных «прогрессоров» не достиг стойкого вирологического ответа, в то время как в группе «непрогрессоров» 3 из 24 больных достигли его. В группе пролеченных пациентов при первичной биопсии чаще выявляли уровень фиброза F2 и выше (40,5% против 17%).

Средний уровень AcAT и соотношение пациентов с повышением AcAT ≥2,5 раз были выше в группе «прогрессоров». Та же закономерность выявлена в отношении индекса воспалительной активности >5 при первичной биопсии (26,8 против 12,9%). Стеатоз не определял прог-

рессии фиброза (41 и 38% по группам). Многофакторный анализ с поправками на возраст, пол, расу, уровень РНК ВГС, АРТ, терапию ВГС и др. показал, что только уровень АсАТ между биопсиями был связан с прогрессией фиброза (отношение шансов -3,4; 95% доверительный интервал -1,4-7,9).

Исследователи сделали попытку определить, какими предсказательными свойствами обладают такие показатели, как исходная картина биопсии или лабораторные данные. Они обнаружили, что положительная предсказательная ценность как балла по Ishak > 1(F1), так и повышения AcAT и индекса отношения AcAT к уровню тромбоцитов была небольшой (24—38%), но отрицательная предсказательная ценность перечисленных показателей была довольно высокой — 77% для балла по Ishak и 81% для лабораторных показателей.

Выводы. Частота прогрессирования в фиброз в исследуемой группе ВИЧ/ВГС коинфицированных пациентов выше, чем при моно-ВГС-инфекции — около четверти участников исследования, включая больных с минимальными исходными изменениями, имели значительное прогрессирование гистологических изменений печени. Уровень АсАТ в сыворотке крови является сильным предиктором прогрессирования фиброза и может использоваться при выработке клинических решений о лечении больного, считают авторы исследования.

Источник. Mark Sa Sulkowski et al. Rapid fibrosis progression among HIV/hepatitis C virus-co-infected adults. *AIDS*, 2007, **21**, 2209–2216.

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

16.01.2008. Индия. Иформационное агентство «Новости Израиля». В консервативной Индии, где многие жители невежественны, людям с ВИЧ отказывают в лечении в больницах, их выселяют домовладельцы и бросают родственники. Глядя в смеющиеся глаза 12-летней Комал, никто бы не догадался о том, что пережила она и другие ученики школы, гле проходит обучение эта индийская девочка. Комад может умереть через несколько лет или даже месяцев, но пока девочка жива, она счастлива, что может реализовать свою мечту - вновь ходить в школу, после того как ее отчислили из другого учебного заведения за то, что у нее ВИЧ. Девочка рассказала о жестоком обращении, которое ей пришлось перенести в школе для обычных детей. Ее постоянно обливали водой и рвали ее книги, а однажды учитель заявил, чтобы она больше не появлялась в школе. Сейчас Комал учится в сельской школе, находящейся в деревушке, которая расположена к северу от города Мумбая. Это учебное заведение создано силами добровольцев, отстаивающих права людей с ВИЧ. Все ученики – ВИЧ-положительные. Некоторых их этих осиротевших детей отчислили из школ из-за ВИЧ-статуса или их бросили родственники.

16.01.2008. Беларусь. БелаПАН. В течение 2007 года в Беларуси выявлено 990 новых случаев ВИЧ. По информации Республиканского центра гигиены, эпидемиологии и об-

щественного здоровья, на 1 января 2008 года в стране ВИЧ зарегистрирован у 8737 человек. На первом месте по числу зарегистрированных случаев по-прежнему находится Гомельская область – 4665, на втором месте Минск – 1226, на третьем - Минская область - 1066. Подавляющее число людей с ВИЧ – это молодые люди от 15 до 29 лет. Общее количество случаев ВИЧ в этой возрастной группе составляет 6251 (71,5%). Вместе с тем, на протяжении 1996–2007 годов уменьшилось количество ВИЧ-инфицированных в возрастной группе 15-19 лет. Основным путем передачи инфекции остается парентеральный, который реализуется при инъекционном введении наркотических веществ. Однако в последние годы участились случаи передачи вируса в результате сексуальных контактов. В 2007 году 66,8% человек (661 случай) ВИЧ передался половым путем. От матерей с ВИЧ с 1987 года по 1 января 2008 года родилось 1090 детей, из них 145 – в 2007 году; 121 ребенку подтвержден диагноз «ВИЧ-инфекция», из них 8 детей умерли. Всего в Беларуси зарегистрировано 133 случая ВИЧ-инфекции среди детей от 0 до 14 лет. Общее число случаев СПИДа на начало этого года составляет 920, из них в 2007 году впервые установлен диагноз 317 пациентам. В стадии СПИДа с 1987 года в Беларуси умерло 516 человек. Напомним: в 2006 году в Беларуси было выявлено 733, в 2005 году – 751, в 2004 году – 778 человек с ВИЧ.

ТВОИ ПРАВА

Межрегиональная общественная организация «Позитивный диалог», г. Санкт-Петербург) активно занимается защитой прав людей, живущих с ВИЧ, и распространением информации о правах и способах их защиты. Недавно организацией были издали буклеты: «Твои права. Руководство по основным правам людей, живущих с ВИЧ» и «Защита прав. Руководство по защите прав людей, живущих с ВИЧ».

Знание прав и умение ими пользоваться необходимо каждому современному человеку. Как граждане своей страны, мы все пользуемся защитой законов. Их знание поможет вам защитить свои права и избежать проблем.

Равенство перед законом

Международные и российские законы запрещают ограничение прав людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), на основании наличия у них ВИЧ. Право на равную защиту закона запрещает формальную или фактическую дискриминацию во всех областях, в которых государственные органы осуществляют регулирование или защиту.

ВИЧ-инфицированные граждане России обладают на ее территории всеми правами и свободами и несут обязанности в соответствии с Конституцией Российской Федерации, законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации. Права и свободы граждан Российской Федерации могут быть ограничены в связи с наличием у них ВИЧ-инфекции только федеральным законом. (Статья 5. Федеральный закон от 30 марта 1995 г. № 38-Ф3 «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».

Информированное добровольное согласие гражданина

Эта тема будет полезна всем, так как многие граждане подвергаются в нашей стране незаконному тестированию на ВИЧ.

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина. В случаях, когда состояние здоровья гражданина не позволяет ему выразить свою волю, вопрос решает консилиум, а при невозможности его собрать — непосредственно лечащий врач. Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших 15 лет, и граждан,

признанных в установленном порядке недееспособными, дают их законные представители.

Гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения за исключением некоторых случаев. В первую очередь оказание медицинской помощи без согласия граждан или их законных представителей допускается в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих. Это может быть, например, холера или дифтерия. На ВИЧ/СПИД данные нормы не распространяются, нельзя к человеку с ВИЧ применять принудительных мер госпитализации или изоляции.

Для некоторых категорий граждан установлено обязательное тестирование на ВИЧ. Обязательность, предусмотренная Федеральным законом «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧинфекции)», предполагает определенные негативные последствия для тех, кто не хочет проходить освидетельствование. Она действует только в пяти ситуациях:

Ситуация 1. Если человек хочет быть донором крови, плазмы крови, спермы и других биологических жидкостей, тканей и органов, он обязан пройти освидетельствование при каждом взятии донорского материала. В случае отказа от анализа такой человек не может быть донором.

Ситуация 2. Обязаны пройти медицинское освидетельствование работники некоторых профессий при поступлении на работу и при периодических медицинских осмотрах. Перечень таких профессий утвержден постановлением Правительства РФ № 877 от 4 сентября 1995 года. В него входят: врачи, медицинский персонал учреждений здравоохранения, занимающихся лечением ВИЧ-инфицированных, а также с обследованием населения на ВИЧ и исследованием крови; научные работники, специалисты, работа которых связана с материалами, содержащими ВИЧ. Представители перечисленных в

Постановлении профессий, отказавшиеся от освидетельствования на ВИЧ, подлежат дисциплинарной ответственности, то есть могут быть уволены по инициативе администрации.

На практике имеют место требования пройти освидетельствование на ВИЧ при поступлении на работу в гостиницы, рестораны, столовые, детские сады и школы, институты и т.д. Требования эти незаконны, поскольку утверждать список профессий, для которых требуется обязательное тестирование на ВИЧ, может только Правительство России.

Если с Вас требуют пройти тест на ВИЧ, в ситуациях, когда Вы не должны этого делать, Вы можете поинтересоваться у руководителя организации или начальника отдела кадров, знает ли он, что законом запрещено устанавливать какие бы то ни было дополнительные основания обязательного освидетельствования на ВИЧ. Если официальное лицо не откажется от своих требований, тогда Вам следует готовиться к судебному процессу. Нужны письменные доказательства или свидетельские показания о том, что рабочее место, на которое Вы претендуете, вакантно. Это могут быть данные службы занятости, объявленные в газете или на стенде. Далее надо найти способ подтвердить требования администрации пройти тест на ВИЧ (например, список необходимых для поступления на работу документов); надо собрать все документы, кроме документа о прохождении освидетельствования на ВИЧ, подать их вместе с заявлением о приеме на работу и требовать письменного отказа. На тот случай, если добиться письменного отказа не удастся, разговор с представителем администрации следует вести хотя бы при одном свидетеле. Иски о трудовых спорах не облагаются государственной пошлиной. Срок подачи искового заявления в суд – не более трех месяцев с момента отказа в приеме на работу. Выиграть такое дело можно, и суд обяжет принять гражданина на работу. Точно так же можно отказаться пройти освидетельствование на ВИЧ при периодических медицинских осмотрах.

Ситуация 3 касается обязательного освидетельствования на ВИЧ иностранных граждан и лиц без гражданства, желающих въехать в Российскую Федерацию на срок свыше трех месяцев. Они обязаны предъявить для получения визы сертификат установленного образца об отсутствии у них ВИЧ. Без такого сертификата виза дана не будет. Российские граждане, возвращающиеся из-за границы, тест на ВИЧ сдавать не должны. Согласно Федеральному закону «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» разрешение на временное проживание, вид на жительство в РФ иностранному гражданину не выдается, а ранее выданное разрешение или вид на жительство аннулируются в случае, если данный иностранный гражданин «не имеет сертификата об отсутствии у него заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» (статьи 7, 9). Законом о ВИЧ установлено, что «в случае выявления ВИЧ-инфекции у иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории РФ они подлежат депортации из Российской Федерации в порядке, установленном законодательством Российской Федерации» (статья 11).

Ситуация 4 относится к лицам, находящимся в местах лишения свободы. На них, как и на всех граждан, распространяется необходимость тестирования при сдаче донорского материала и при работе по перечисленным в пункте 2 настоящей статьи профессиям. Отказ от прохождения обязательного освидетельствования рассматривается как нарушение требований режима отбывания наказаний и влечет за собой соответствующие меры взыскания.

Дополнительным основанием для обследования на ВИЧ являются клинические показания, перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения. Однако даже наличие клинических показаний не дает права обследовать пациента без его согласия. Врач обязан предложить пациенту обследование, объяснив его значение и возможные последствия. Важно, чтобы решение пройти обследование на ВИЧ человек принял осознанно и добровольно и был внутренне готов к получению положительного результата.

Ситуация 5. Закон о ВИЧ не предполагает обязательного тестирования на ВИЧ при поступлении (призыве) на военную службу. Однако такая обязанность установлена Положением о военно-врачебной экспертизе, утвержденным Постановлением Правительства РФ от 25 февраля 2003 г. № 123. Данное требование не противоречит закону, так как согласно Федеральному закону «О воинской обязанности и военной службе» порядок организации и проведения медицинского освидетельствования граждан, подлежащих призыву на военную службу, определяется Положением о военно-врачебной экспертизе, утверждаемым Правительством Российской Федерации (статья 30). То же касается и порядка освидетельствования при поступлении на военную службу по контракту (статья 33). Никаких других случаев обязательного освидетельствования на ВИЧ-инфекцию быть не может. Соответственно, не должно быть и какого бы то ни было ограничения прав тех, кто отказывается подвергнуться такому освидетельствованию.

Врачебная тайна

При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на сохранение врачебной тайны. Если ваш диагноз разгла-

сили лица, которые узнали о нем при исполнении служебных обязанностей, они могут быть привлечены к ответственности по статье 61 Основ законодательства РФ «Об охране здоровья граждан». К сведениям, составляющим врачебную тайну, относятся информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении. Под «иными сведениями» понимается, в частности, информация о семейной и интимной жизни, о здоровье родственников. Человек, достигший 15 лет, вправе сам решать, кому и в каких целях могут быть доверены сведения, составляющие врачебную тайну. За несовершеннолетних в возрасте до 15 лет решение по этому вопросу принимают законные представители (родители, опекуны).

Круг лиц, обязанных хранить врачебную тайну, определен законом. Если человек рассказал о своем диагнозе другу или сослуживцу, а тот передал эти сведения третьим лицам, то такой поступок не повлечет за собой ответственности за разглашение врачебной тайны, он может вызвать только моральное осуждение. Обязанность не разглашать сведения, составляющие врачебную тайну, распространяется прежде всего на медицинских работников (врачей, медицинских сестер, санитарок, сиделок, регистраторов, студентов, проходящих практику в лечебных учреждениях) и фармацевтических работников. Не относятся к этому кругу лиц педагог, воспитатель, психолог, юрист (если он не является защитником, допущенным в установленном законом порядке к участию в уголовном деле).

Незаконной будет являться демонстрация телевизионных репортажей из поликлиник и больниц, если в кадр попадает хотя бы один пациент, не выразивший своего согласия на съемку. Ответственность за разглашение врачебной тайны должен нести врач, допустивший съемку без согласия пациента. Не будет нарушением врачебной тайны публикация в специальной литературе информации о течении болезни и способах лечения пациента без указания его имени. Врач может опубликовать фотографию пациента при условии, если по ней нельзя идентифицировать конкретного человека. Представление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

- 1. В целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю.
- 2. При угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений (имеются в виду заразные болезни, распространение которых носит массовый характер; ВИЧ-инфекция к ним не относится).
- 3. По запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением рассле-

дования или судебным разбирательством. При обращении в медицинское учреждение за информацией о гражданине указанные органы обязаны предоставить письменный запрос, только на основании которого может производиться выдача сведений, составляющих врачебную тайну.

- 4. В случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей или законных представителей. В случае выявления ВИЧ-инфекции у ребенка до 18 лет его родители обязательно информируются об этом (п. 2 ст. 13 Закона о предупреждении распространения в России... ВИЧ-инфекции).
- 5. При наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.
- 6. В целях проведения военно-врачебной экспертизы в порядке, установленном положением о военно-врачебной экспертизе, утверждаемым Правительством Российской Федерации.

При оформлении листка временной нетрудоспособности (больничного листа) врач должен спросить согласие пациента на внесение сведений о диагнозе заболевания. Если пациент не согласен, указывается только причина нетрудоспособности, например: «заболевание» или «травма» (статья 49 Основ законодательства об охране здоровья граждан). Лечебные учреждения при оформлении медицинских документов должны использовать специальную печать или штамп без указания профиля. Например, вместо «Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями» именовать «Центр по профилактике и борьбе с инфекционными заболеваниями». В отношении людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, довольно часто разглашают диагноз. Многие пострадавшие считают, что тайна уже перестала быть тайной и им кажется бессмысленным предпринимать какието действия в свою защиту, поэтому не отстаивают свои права.

Если известно, кто разгласил сведения, составляющие врачебную тайну, и это доказуемо, то нужно сделать следующее:

- подать жалобу руководителю организации, сотрудник которой разгласил сведения, составляющие врачебную тайну;
- либо в порядке гражданского судопроизводства предъявить иск о возмещении морального вреда к той организации, сотрудник которой разгласил сведения, составляющие врачебную тайну;
- либо подать заявление в отделение милиции или прокурору с требованием возбудить

уголовное дело по факту разглашения сведений, составляющих врачебную тайну.

Неоказание помощи больному

Скорая и неотложная медицинская помощь в полном объеме при внезапных острых состояниях и заболеваниях, угрожающих жизни больного или здоровью окружающих, несчастных случаях, отравлениях, травмах, родах и неотложных состояниях в период беременности должна оказываться бесплатно во всех лечебнопрофилактических учреждениях города всем гражданам РФ, лицам без гражданства и иностранным гражданам независимо от наличия регистрации или полиса. С момента, когда устранена угроза жизни больного или здоровью окружающих и возможна его транспортировка, дальнейшее оказание медицинской помощи осуществляется бесплатно гражданам РФ, имеющим медицинский полис (и на практике – регистрацию в РФ, хотя это и незаконно), а также гражданам, официально признанным беженцами. Для остальных — на платной основе. Общий же перечень бесплатных медицинских услуг для жителей РФ, имеющих регистрацию и медицинский полис, есть в каждой поликлинике. Существует уголовная ответственность за неоказание помощи больному и оставление в опасности.

Статья 124 УК РФ. Неоказание помощи больному

- 1. Неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью больного, наказывается штрафом в размере до сорока тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех месяцев, либо исправительными работами на срок до одного года, либо арестом на срок от двух до четырех месяцев.
- 2. То же деяние, если оно повлекло по неосторожности смерть больного либо причинение тяжкого вреда его здоровью, наказывается лишением свободы на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

Статья 125 УК РФ. Оставление в опасности

Заведомое оставление без помощи лица, находящегося в опасном для жизни или здоровья состоянии и лишенного возможности принять меры к самосохранению по малолетству, старости, болезни или вследствие своей беспомощности, в случаях, если виновный имел возможность оказать помощь этому лицу и был обязан заботиться о нем либо сам поставил его в опасное для жизни или здоровья состояние, наказывается штрафом в размере до восьмидесяти тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев, либо обязательными работами на срок от ста двадцати до ста восьмидесяти часов, либо исправительными работами на срок до одного года, либо арестом на срок до трех месяцев, либо лишением свободы на срок до одного года.

Доступ к бесплатному лечению

В статье 25 Декларации прав человека сказано, что «каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи...» А это значит, что доступ к противовирусной терапии должны иметь все люди с ВИЧ (в соответствии с состоянием здоровья).

Статья 4 «Закона о предупреждение распространения...», сказано, что государство гарантирует «предоставление медицинской помощи ВИЧ-инфицированным гражданам Российской Федерации в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи». Право на лечение, декларируемое в международных документах является также узаконенным правом в России, но добиться его очень сложно из-за ограниченных средств, которые затрачивают в нашей стране на лечение ВИЧ+. В этом случае Вам поможет только ваша активная позиция в отстаивании своих прав.

Заражение ВИЧ-инфекцией или венерической болезнью

Статья 122 УК РФ. Заражение ВИЧ-инфекцией

- 1. Заведомое поставление другого лица в опасность заражения ВИЧ-инфекцией наказывается ограничением свободы на срок до трех лет, либо арестом на срок от трех до шести месяцев, либо лишением свободы на срок до одного года.
- 2. Заражение другого лица ВИЧ-инфекцией лицом, знавшим о наличии у него этой болезни, наказывается лишением свободы на срок до пяти лет.
- 3. Деяние, предусмотренное частью второй настоящей статьи, совершенное в отношении двух или более лиц либо в отношении заведомо несовершеннолетнего, наказывается лишением свободы на срок до восьми пет.
- 4. Заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей наказывается лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет.

Примечание. Лицо, совершившее деяния, предусмотренные частями первой или второй настоящей статьи, освобождается от уголовной ответственности в случае, если другое лицо, поставленное в опасность заражения либо зараженное ВИЧ-инфекцией, было своевременно предупреждено о наличии у первого этой болезни и добровольно согласилось совершить действия, создавшие опасность заражения.

Заведомое поставление другого лица в опасность заражения ВИЧ-инфекцией имеет место, если совершены действия, которые создали возможность передачи данной инфекции другому лицу, но этого не произошло вследствие случайности или мер, предпринятых лицом, которое могло стать потерпевшим. Способы поставления в опасность заражения ВИЧ-инфекцией разнообразны. Наиболее распространенным является поставление в опасность заражения ВИЧ-инфекцией половым путем, как при гомо-, так и при гетеросексуальных контактах. Во время полового акта (вагинального, орального или анального), совершенного без мер предосторожности, ВИЧ-инфекция через кровь, семенную жидкость или влагалищные выделения проникает в слизистую оболочку, откуда вирус попадает в кровь другого человека. Любой половой контакт с ВИЧ-инфицированным подвергает другого человека реальной опасности заражения. Такой рекомендацией руководствуются суды России.

Сам факт полового сношения лица, достигшего 16 лет и знавшего о наличии у него заболевания, со здоровым человеком считается оконченным преступлением, описанным в ч. 1 ст. 122 УК. Однако для решения вопроса об уголовной ответственности имеет значение, был ли потерпевший осведомлен о заболевании партнера или нет. Сокрытие лицом, больным ВИЧ-инфекцией, венерическим заболеванием, источника заражения, а также лиц, имевших с указанным лицом контакты, создающие опасность заражения этими заболеваниями, влечет наложение административного штрафа (ст. 6.1. КоАП).

Семья

Каждая женщина имеет право принимать решение о сохранении своей беременности. Никто не может ВИЧ-положительной маме запретить рожать.

Нельзя ВИЧ-положительных родителей лишить родительских прав. Семейный кодекс Российской Федерации предусматривает возможность ограничения родительских прав, если оставление ребенка с родителями опасно для ребенка по обстоятельствам, от родителей не зависящим (психическое расстройство или иное хроническое заболевание). В случае, если родители ВИЧ-положительны, то нельзя поставить ребенка в опасность заражения ВИЧ-инфекции посредством обычного общения с родителями.

ВИЧ не предается на расстоянии и само наличие ВИЧ-инфекции не может рассматриваться, как стечение тяжелых обстоятельств, ведущих к ограничению родительских прав.

Усыновление ребенка невозможно лицами, которые по состоянию здоровья не могут осуществлять родительские права (Статья 127 Семейного Кодекса РФ). Перечень заболеваний, при наличии которых лицо не может усыновить ребенка, принять его под опеку (попечительство), взять в приемную семью, утвержден Постановлением Правительства РФ от 01.05.1996 года № 542. В этом списке упоминаются «инфекционные заболевания до снятия с диспансерного учета». Таким образом, наличие ВИЧ-инфекции является препятствием к усыновлению ребенка, если человек состоит на учете в СПИД-центре.

Если одно из лиц, вступающих в брак, скрыло от другого лица наличие ВИЧ-инфекции, последний вправе обратиться в суд с требованием о признании брака недействительным (статья 15 Семейного кодекса РФ).

Льготы и социальные права

Не допускается увольнение с работы, отказ в приеме на работу, отказ в приеме в образовательные учреждения и учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также ограничение иных прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных на основании наличия у них ВИЧ-инфекции, равно как и ограничение жилищных и иных прав и законных интересов членов семей ВИЧ-инфицированных, если иное не предусмотрено настоящим Федеральным законом (ст. 17 Закона «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».

Родители имеют право совместно пребывать в стационаре медицинского учреждения с детьми в возрасте до 15 лет, с выплатой за это время пособия по государственному социальному страхованию. Также за одним из родителей несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет сохраняется непрерывный трудовой стаж в случае увольнения по уходу за ним и при условии поступления на работу до достижения несовершеннолетним указанного возраста. ВИЧ-инфицированным несовершеннолетним в возрасте до 18 лет назначаются социальная пенсия, пособие и предоставляются меры социальной поддержки, установленные для детей-инвалидов, а лицам, осуществляющим уход за такими детьми выплачивается пособие по уходу за ребенкоминвалидом. Родителям ВИЧ-инфицированных детей также устанавливаются четыре дополнительных оплачиваемых выходных дня в месяц.

Родители ВИЧ-инфицированных детей имеют право на дополнительную жилую площадь, если они нуждаются в улучшении жилищных условий и если ВИЧ-инфицированный — несо-

вершеннолетний в возрасте до 18 лет проживает с ними. Одним из оснований признания семьи нуждающейся в улучшении жилищных условий является отсутствие у ВИЧ-инфицированного ребенка отдельной комнаты (ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и Постановление Правительства от 21 декабря 2004 г. № 817 «Об утверждение перечня заболеваний, дающих инвалидам, страдающим ими, право на дополнительную жилую площадь»).

Образование

ВИЧ-инфицированный ребенок должен быть принят в любое учебное заведение на общих основаниях. Если по состоянию здоровья ему трудно посещать школу, то органы управления образованием и образовательные учрежде-

ния обеспечивают с согласия родителей обучение ребенка по полной общеобразовательной или индивидуальной программе на дому. Правительство РФ должно определить порядок воспитания и обучения детей-инвалидов на дому, в негосударственных образовательных учреждениях, а также размеры компенсации затрат родителей на эти цели.

Мы разобрали только основные права и обязанности, с которыми чаще всего сталкиваются люди с ВИЧ. Каждый ВИЧ-положительный имеет право на отношение к себе как к полноценному гражданину, вносящему свой вклад в жизнь общества; на признание своих индивидуальных потребностей; на уважение своего права принимать решения и ряд других прав.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ ДЕТЕЙ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И ЧЛЕНОВ ИХ СЕМЕЙ*

ВОСПИТАНИЕ ТОЛЕРАНТНОГО ОТНОШЕНИЯ К ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ В ОБЩЕСТВЕ

Учитывая эпидемическую ситуацию в стране и в мире, важным аспектом профилактической работы с подростками и молодежью является формирование толерантного отношения к ВИЧ-инфицированным людям, что предполагает рассмотрение этических и правовых аспектов ВИЧ-инфекции.

Группа ВИЧ-позитивных учащихся всегда неоднородна. В зависимости от причин заражения, сопутствующих проблем и времени инфицирования такие учащиеся имеют индивидуальные особенности. В то же время существуют общие для всех категорий ВИЧ-инфицированных проблемы, влияющие на их социально-психологический статус. Такой проблемой является отрицательное отношение общества к ВИЧ-инфицированным.

По данным статистики, 46% опрошенных считают, что больных с ВИЧ следует изолировать от общества; 55% перевели бы своего ребенка в другое образовательное учреждение, если бы узнали, что там есть ребенок с ВИЧ/СПИДом; 10% испытывают к ВИЧ-инфицированным ненависть, а 20% — отвращение (опрос, проведенный фондами «Фокус-медиа» и «СПИД Фонд Восток—Запад»).

Между тем в домашних условиях, в детском саду и школе ВИЧ-инфицированные дети угрозы для других детей не представляют. До сих пор не было зарегистрировано ни одного случая бытовой передачи ВИЧ-инфекции, поэтому наличие ВИЧ-инфекции не должно служить причиной изоляции ВИЧ-инфицированного ребенка от детского коллектива.

Право ВИЧ-инфицированных детей на обучение и воспитание реализуется с помощью действующего законодательства, согласно которому ВИЧ-инфицированный ребенок должен быть принят в любое учебное заведение на общих основаниях. Если по состоянию здоровья ему трудно посещать школу, органы управления образованием и образовательные учреждения должны с согласия родителей обеспечить обучение такого ребенка по полной общеобразовательной или индивидуальной программе на дому.

Согласно существующим законам для исключения случаев дискриминации ребенка в общеобразовательном учреждении информация о ВИЧ-статусе человека конфиденциальна и является врачебной тайной. Передать такую информацию врачи могут только самому ВИЧ-инфицированному, его законным представителям, учреждениям охраны здоровья и органам прокуратуры, следствия и суда.

До сих пор остается отрытым вопрос о необходимости сообщать о диагнозе ребенка работникам детских учреждений. Проблема действительно неоднозначна, поскольку ВИЧ-инфицированные дети нуждаются в специальном медицинском уходе, но, самое главное, они, как и все

^{* «}Профилактика ВИЧ/СПИДа у несовершеннолетних в образовательной среде». ООО «Фирма «Вариант», М., 2006.

мы, нуждаются в активной, полноценной жизни, наполненной разносторонним и непредвзятым общением. Конечно, проблему стигматизации и дискриминации ВИЧ-инфицированных детей и подростков невозможно полностью решить только законодательным путем.

Необходимость хранения «постыдной тайны» и постоянный страх ее разоблачения крайне отрицательно сказывается на психологическом здоровье ВИЧ-инфицированных детей и членов их семей. Вместе с тем отрицательное отношение общества к ВИЧ-инфицированным людям является одной из ведущих причин сокрытия диагноза ребенка даже от самого несовершеннолетнего. Родители оберегают ребенка от той боли, которой сопровождается знание такой тайны, и боятся того, что ребенок не сможет хранить ее в секрете.

В то же время, несмотря на то что возможность заражения ребенком с ВИЧ-инфекцией детей, контактирующих с ним в быту, ничтожно мала, необходимо обучать ВИЧ-инфицированных детей мерам предосторожности во время пребывания в общественных местах, что бывает затруднительно в условиях ограничения информации. В связи с этим представляется необходимым изменение общественной позиции по отношению к таким детям, чему должно способствовать непрерывное и целенаправленное просвещение общества в области ВИЧ/СПИДа.

Таким образом, ряд психологических трудностей и социальных проблем ВИЧ-инфицированного учащегося связаны с проблемами дискриминации и стигматизации. Значит, сопровождение ВИЧ-позитивных учащихся должно в качестве обязательного компонента включать работу по преодолению предвзятого отношения к больным людям у других учащихся образовательного учреждения, их родителей, педагогов и специалистов разного профиля.

Меня зовут П. Катаясь летом на мотоцикле, я попал в аварию. В больнице мне сделали операцию. Во время переливания крови я заразился ВЙЧ, но тогда об этом я не знал. Когда я проходил призывную комиссию в военкомате, у меня был обнаружен ВИЧ. Медсестра, знавшая о моей беде, рассказала эту «новость» своим знакомым. А так как город у нас маленький, все вокруг быстро узнали о моей болезни. Все друзья перестали со мной общаться. При встрече не подают мне руки, стараются отойти в сторону. Моя любимая девушка бросила меня, хотя половой жизнью мы с ней не жили. Знакомые ребята сказали, что таких, как я, надо отправлять на отдельный остров. Учителя и одноклассники сторонятся меня. Директор предложил перейти в другую школу. Так как моя мама работала в детском саду воспитателем, ее уволили, опасаясь инфекции. Я пытаюсь устроиться подработать, но, как только узнают о моем диагнозе, мне отказывают в трудоустройстве. Уменя начались проблемы со здоровьем, но в местной поликлинике говорят, что больных СПИДом должны лечить в специальном центре за деньги, а их у меня нет. Я на грани отчаяния. Помогите. Ведь я остался таким же человеком, каким был прежде.

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

Основным руководящим документом, декларирующим права больных ВИЧ-инфекцией, является Федеральный закон от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ (с изменениями от 18 июля 1996 г., 7 января 1997 г.) «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».

В преамбуле закона отмечено, что ВИЧ-инфекция представляет угрозу для личной, общественной и государственной безопасности, а также существованию человечества, подчеркивается необходимость защиты прав и законных интересов населения и проведения своевременных эффективных профилактических мер.

В соответствии с данным законом государством гарантируются:

- доступность медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции, в том числе и анонимного, с предварительным и последующим консультированием и обеспечением такого медицинского освидетельствования как для освидетельствуемого, так и для лица, проводящего его;
- бесплатное предоставление всех видов квалифицированной и специализированной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным гражданам Российской Федерации, бесплатное получение ими медикаментов при лечении в амбулаторных и стационарных условиях, а также их бесплатный проезд к месту лечения и обратно в пределах Российской Федерации;
- регулярное информирование населения о доступных мерах предупреждения ВИЧ-инфекции;
- эпидемиологический надзор за распространением ВИЧ-инфекции;
- производство средств профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, а также контроль за безопасностью медицинских препаратов, биологических жидкостей и тканей, используемых в диагностических, лечебных и научных целях.

ВИЧ-инфицированные граждане Российской Федерации обладают на ее территории всеми правами и свободами и несут обязанности в соответствии с Конституцией Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации.

Не допускается увольнение с работы, отказ в приеме на работу, отказ в приеме в образовательные учреждения и учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также ограничение иных прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных на основании наличия у них ВИЧ-инфекции, равно как и ограничение жилищных и иных прав и законных интересов членов семей ВИЧ-инфицированных, если иное не предусмотрено настоящим Федеральным законом.

ВИЧ-инфицированный ребенок должен быть принят в любое учебное заведение на общих основаниях. Если по состоянию здоровья ему трудно посещать школу, то органы управления образованием и образовательные учреждения обеспечивают с согласия родителей обучение ребенка по полной общеобразовательной или индивидуальной программе на дому. Правительство РФ должно определить порядок воспитания и обучения таких детей на дому, в негосударственных образовательных учреждениях, а также размеры компенсации затрат родителей на эти цели.

Согласно Федеральному закону от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ и Федеральному закону от 7 января 1997 г. № 8-ФЗ родители или законные представители ВИЧ-инфицированных детей имеют право:

- на сохранение непрерывного трудового стажа за одним из родителей в случае ухода за ВИЧ-инфицированным несовершеннолетним в возрасте до 18 лет;
- на бесплатный проезд одного из родителей при сопровождении ВИЧ-инфицированного ребенка в возрасте до 18 лет на лечение;
- на совместное пребывание с детьми в возрасте до 15 лет в стационаре;
- на внеочередное получение жилых помещений при проживании в семье ВИЧ-инфицированного ребенка в возрасте до 18 лет, причем одним из оснований признания семьи нуждающейся в улучшении жилищных условий является отсутствие у ВИЧ-инфицированного ребенка отдельной комнаты;
- на предоставление ВИЧ-инфицированному несовершеннолетнему в возрасте до 18 лет социальной пенсии, пособия и льгот, установленных для детей-инвалидов.

Работающим родителям для ухода за ВИЧинфицированными детьми до достижения детьми возраста 18 лет предоставляется четыре дополнительных оплачиваемых выходных дня в месяц.

Обязательное медицинское освидетельствование на ВИЧ проводится беременным женщинам как потенциальным донорам крови и биологических тканей (плацента).

Искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям проводится только с согласия женщины (приказ Минздрава России № 302 от 28 декабря 1993 г.). Наличие ВИЧ-инфекции у беременной женщины является основанием для прерывания беременности по медицинским показаниям при сроке беременности свыше 12 недель.

Медицинское освидетельствование на ВИЧинфекцию проводится добровольно, за исключением случаев, предусмотренных Федеральным законом от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ, когда такое освидетельствование является обязательным.

Медицинское освидетельствование несовершеннолетних в возрасте до 14 лет и лиц, признанных в установленном порядке недесспособными, может проводиться по просьбе или с согласия их законных представителей, которые имеют право присутствовать при медицинском освидетельствовании. Медицинское освидетельствование проводится с предварительным и последующим консультированием по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции.

Федеральный закон от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ предусматривает уголовную ответственность за распространение ВИЧ-инфекции.

Кроме того, статья 122 Уголовного кодекса РФ («Заражение ВИЧ-инфекцией») в ноябре 2003 г. была дополнена примечанием, на основании которого человек, поставивший партнера в опасность заражения либо заразивший его ВИЧ-инфекцией, освобождается от уголовной ответственности, если «другое лицо, поставленное в опасность заражения либо зараженное ВИЧ-инфекцией, было своевременно предупреждено о наличии у первого этой болезни и добровольно согласилось совершить действия, создавшие опасность заражения». Такое дополнение освобождает людей, признанных ВИЧположительными, от угрозы наказания, которая довлела даже над супружескими парами, если один из них имеет такой статус, а другой считается здоровым.

«Особую тревогу вызывают семьи риска по ВИЧ-инфекции, СПИДу. Их с каждым годом все больше, но растет не только само количество семей, где один или несколько членов ВИЧ-инфицированные. <...> Идет процесс не только мощной потери репродуктивного здоровья, но и резкого снижения защитных функций семьи» (Н. С. Ремнева, 2004).

Необходимо отметить и тот факт, что в настоящее время в большинстве регионов Российской Федерации около 75% вновь зарегистрированных ВИЧ-инфицированных являются потребителями внутривенных наркотиков (Г.Г. Онищенко, 2004), более 90% состоящих на учете больных наркоманией употребляют опиаты. Проведенные в различных городах страны исследования показали высокий уровень распространенности ВИЧ-инфекции и инфекций, передаваемых половым путем, среди лиц, оказывающих платные сексуальные услуги. От 30 до 60% таких лиц являются потребителями инъекционных наркотиков.

В отношении легализации наркопотребления существуют различные мнения. Но, как отмечено старшим межрегиональным советником по правовым вопросам Управления по наркоти-

кам и наркопреступности ООН Б. Леруа, «легализация, которая, как полагают ее сторонники, должна привести к снижению числа потребителей наркотиков и облегчению их проблем, на самом деле приведет к резкому, если не сказать лавинообразному, росту числа лиц, страдающих наркоманиями». Считается также, что сексуальный путь передачи ВИЧ-инфекции среди наркозависимых замаскирован высоким уровнем риска, связанным с инъекционным употреблением наркотиков (А. В. Шаболтас и др., 2004).

Глобальный характер распространения ВИЧ/ СПИДа — серьезнейший вызов XXI веку, так как развивающаяся пандемия представляет реальную угрозу социально-экономическому развитию всех стран мира. В июне 2001 г. на эту тему была проведена Специальная сессия Генеральной Ассамблеи ООН.

Опыт, накопленный в борьбе с эпидемией ВИЧ-инфекции в нашей стране и за рубежом, позволил сформулировать главные принципы национальной политики России в отношении профилактики ВИЧ-инфекции:

- достижение максимально низкого уровня распространения ВИЧ-инфекции среди населения, продление жизни ВИЧ-инфицированных до средней продолжительности жизни;
- ориентирование стратегии борьбы с эпидемией в первую очередь на профилактику распространения ВИЧ среди всех слоев населения;
- разработка и производство эффективных средств диагностики, лечения и специфической профилактики ВИЧ-инфекции;
- минимизация социальных, экономических и политических последствий эпидемии ВИЧ/СПИДа в Российской Федерации.

Таким образом, у больных ВИЧ-инфекцией есть широкий перечень прав, регламентируемых существующим законодательством. Однако борьба со стигматизацией и дискриминацией больных должна обеспечиваться не только гражданским обществом, но и самими больными посредством изменения своего рискованного поведения.

Проблема дискриминации обостряется в случае, если ВИЧ-инфицированный учащийся является наркозависимым, так как и то, и другое заболевание вызывают негативное отношение общества.

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ СОПРОВОЖДЕНИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

Система социально-психологического сопровождения несовершеннолетних ВИЧ-инфицированных в образовательных учреждениях организуется на основе действующего законодательства Российской Федерации.

Основные документы, регулирующие ее функционирование:

- Конституция РФ;
- Конвенция о правах ребенка;
- «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. № 5487-1;
- Закон Российской Федерации о наркотических средствах и психотропных веществах от 10 декабря 1997 г.;
- Федеральный закон от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»;
- Приказ Министерства образования Российской Федерации от 22 октября 1999 г. № 636 «Об утверждении Положения о службе практической психологии в системе Министерства образования Российской Федерации»;
- Постановление Правительства Российской Федерации от 31 июля 1998 г. № 867 «Об утверждении типового положения об образовательном учреждении для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи».

Согласно Конституции РФ, Конвенции о правах ребенка, Закону «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» (ст. 17), а также остальным перечисленным документам, законодательством не предусмотрены ограничения посещения образовательных учреждений ВИЧ-инфицированными детьми и подростками, злоупотребляющими ПАВ. Кроме того, статья 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан указывает на то, что информация о факте обращения за медицинской помощью, о диагнозе заболевания, равно как и любая другая медицинская информация, а также сведения о личной жизни лица и его семьи являются врачебной (медицинской) тайной.

Помимо медицинских служб, субъектами врачебной тайны являются и сотрудники немедицинских служб, которым при выполнении профессиональных функций стали известны сведения о состоянии здоровья обследуемых.

В этой же статье четко обозначены случаи, когда сведения, представляющие врачебную (медицинскую) тайну, могут быть переданы третьим лицам без согласия лица, к которому эти сведения относятся, либо без согласия его законного представителя, если таковой у лица имеется.

Предоставление третьим лицам таких сведений допускается:

1) в целях обследования или лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;

- 2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- 3) по запросу органов дознания и следствия, прокуратуры и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
- 4) в случае помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей или законных представителей;
- 5) при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.

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

16.01.2008. Mосква. www.severinfo.ru. На лечение и профилактику больных СПИДом и зараженных ВИЧ-инфекцией в ближайшие два года столичные власти планируют направить более 2 млрд рублей. Это предусмотрено городской целевой среднесрочной программой развития столичного здравоохранения на 2008-2010 годы, рассмотренной на заседании правительства Москвы. Согласно программе, на данный момент в Москве зарегистрировано 39 539 больных ВИЧ-инфекцией, из которых 27 627 москвичи. В ходе выполнения городской целевой программы «Анти-ВИЧ/ СПИД» на 2003-2006 годы по показателю заболеваемости Москва среди регионов РФ переместилась с 11 позиции на 22. В настоящее время показатель заболеваемости составляет 0,26% и соответствует среднероссийскому. Новая программа предусматривает дальнейшее развитие системы информирования населения города о доступных мерах профилактики ВИЧ-инфекции. На совершенствование этой системы в 2008 году намечено затратить 78 млн рублей, а в 2009 году – 88 млн. рублей. Программой также предусмотрено использование средств диагностики и лечения ВИЧ-инфекции в соответствии с современными стандартами. По данным программы, Москва имеет самый большой опыт среди регионов России по своевременной диагностике ВИЧ-инфекции и лечению больных. В настоящее время в Москве ежегодно антиретровирусную терапию получают 2747 взрослых и 95 детей, больных ВИЧ-инфекцией. По программе на диагностику заболевания в 2008 году планируется затратить 462 млн. рублей, а в 2009 — 513 млн рублей. Важнейшим разделом работы по профилактике ВИЧинфекции в столице продолжает оставаться совершенствование программ профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку во время беременности и родов. Риск заражения ВИЧ у женщин, получивших своевременную специализированную помощь, снизился до 2-3%. И впервые в городскую целевую программу включен раздел, предусматривающий расширение программ профилактики заражения ВИЧ на контингент беременных женщин, временно проживающих на территории города. Программой также предусмотрено проведение мероприятий по оказанию социальнопсихологической помощи ВИЧ-инфицированным и членам их семей. Городская целевая комплексная программа «Анти-ВИЧ/СПИД» на 2008—2009 годы является продолжением предыдущей, сообщает пресс-служба столичного правительства. Общие расходы по финансированию мероприятий программы в этом году составят 1 млрд 762,5 млн рублей, в 2009 году — 2 млрд 23,5 млн рублей.

16.01.2008. Омск. АСИ. В Омске стартовал проект правовой помощи ВИЧ-позитивным. Проект правового просвещения ВИЧ-инфицированных и медицинских работников «Жизнь среди людей» рассчитан на 10 месяцев. Реализовывать его будет Центр «Сибирская альтернатива» на средства, выделенные в качестве гранта в соответствии с распоряжением Президента РФ от 30 июня 2007 года. Реализация проекта позволит отработать механизмы оказания адресной помощи: предполагается провести 30 просветительских семинаров для ВИЧ-позитивных и медицинских работников (в том числе с выездом в сельские районы Омской области). У участников проекта будет возможность воспользоваться бесплатными консультациями юриста. В

результате не менее 780 человек получат правовую информацию в области охраны здоровья. Записаться на консультацию можно по телефону Горячей линии по ВИЧ/СПИДу: 30-22-42. По данным Омского центра по профилактике и борьбе со СПИДом, на 1 декабря 2007 года официально зарегистрировано 713 случаев ВИЧ-инфекции в регионе. Из общего числа ВИЧ-инфицированных 33% составляют жители сельских районов.

14.01.2008. Москва. www.medportal.ru. За последний месяц число россиян, у которых была диагностирована ВИЧ-инфекция, увеличилось на 3,5 тыс. человек. Всего с момента начала регистрации (с 1987 г.) по 31 декабря 2007 г. в России зарегистрировано 408 535 ВИЧ-инфицированных, в том числе 2719 детей, сообщил главный государственный санитарный врач РФ Г. Онищенко. По данным Роспотребнадзора, с момента регистрации эпидемии стадия СПИД диагностирована у 3652 россиян, в том числе у 235 детей. Наибольшее количество случаев ВИЧ-инфекции зарегистрировано в Санкт-Петербурге, Свердловской и Московской областях. В минувшем году на наличие ВИЧ-инфекции были обследованы почти 24 млн россиян, 30,5 тыс. получают антиретровирусную терапию, в том числе 1253 ребенка, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями. В 2007 г. на учет были поставлены более 50 тыс. ВИЧ-инфицированных, сообщил глава Роспотребнадзора. На сегодняшний день в России на диспансерном наблюдении находится более 251,5 тыс. ВИЧ-позитивных граждан, т.е. 78% зарегистрированных носителей вируса. По словам Г. Онищенко, высокий процент пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении, свидетельствует о вере ВИЧ-инфицированного сообщества в то, что о них позаботятся и будут лечить. Между тем, по оценкам экспертов Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (UNAIDS), число носителей ВИЧ в России может достигать миллиона человек. Такого же мнения придерживается руководитель Федерального центра по профилактике и борьбе со СПИДом академик В. Покровский, полагающий, что основную массу ВИЧ-инфицированных в России составляют никогда не обследовавшиеся и не знающие о своей болезни люди.

15.01.2008. Украина. Газета по-киевски. В Министерстве здравоохранения Украины состоялась встреча министра здравоохранения Украины В. Князевича с чрезвычайным и полномочным послом США в Украине У. Тейлором. Об этом сообщает пресс-служба Минздрава. В ходе встречи определены и обсуждены направления дальнейшего сотрудничества в области здравоохранения, в частности, по борьбе со СПИДом. Министр коротко ознакомил Тейлора с приоритетами работы Минздрава и направлениями реформирования медицины в Украине, отметив, что министерство будет реализовывать курс системных изменений в соответствии с разработанной программой, в правильном русле, чтобы люди смогли реально почувствовать заботу государства о состоянии и безопасности их здоровья и обеспечении высококачественной и доступной медицинской помощью. Чрезвычайный и полномочный посол США, в частности, предложил помощь Агентства международного развития США в проведении реформ системы здравоохранения и решении актуальных вопросов.





«Мы все живем рядом со СПИДом. Он затрагивает всех нас. Мы все должны принять на себя ответственность за противодействие ему».

Генеральный секретарь ООН Пан Ги Мун



«Поддержка лидерства и усиление противодействия СПИДу — задача не только для политиков. Это задача для религиозных лидеров, общественных деятелей, молодежных лидеров, руководителей компаний и профсоюзных деятелей. В этот процесс должны быть вовлечены люди, живущие с ВИЧ, их семьи и друзья. Это касается тебя и меня — всех нас — чтобы мы стали лидерами в борьбе со стигмой и дискриминацией и выступали за привлечение больших ресурсов для борьбы со СПИДом».

Исполнительный директор ЮНЭЙДС Питер Пиот



ООН В РОССИИ*

В 2006 году правительства на специальной встрече на высшем уровне Генеральной Ассамблеи ООН подтвердили свою приверженность делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, придя к соглашению как можно быстрее продвигаться к достижению цели обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке ВИЧ-инфицированных. Российская Федерация была первой страной, которая провела национальное совещание по разработке конкретных мер, которые позволили бы достичь этой цели к 2010 году. В России также проходило совещание по этой теме для стран СНГ.

Тем не менее, эпидемия ВИЧ в России продолжает расти. Как сообщил руководитель Федерального научного методического Центра по профилактике и борьбе со СПИДом Вадим Покровский, на первое ноября 2007 года в России было зарегистрировано 403 тыс. ВИЧ-инфицированных и 20 тыс. умерших от эпидемии, причем 44% больных составляют женщины. За первые 9 месяцев 2007 года было зарегистрировано 22 806 новых случаев. Однако российские и международные эксперты полагают, что действительное число людей, живущих с ВИЧ, может быть гораздо больше: по оценкам ЮНЭЙДС/ ВОЗ на конец 2005 года оно составляло 940 тыс. (по разным оценкам - от 560 тыс. до 1,6 млн). Большинство ВИЧ-позитивных людей молоды: около 80% людей, живущих с ВИЧ, в возрасте от 15 до 30 лет. Большинство случаев новых заражений связано с внутривенным использованием наркотиков, однако выросло и число новых заражений, вызванных незащищенными сексуальными контактами. Эпидемия СПИДа в Российской Федерации будет расти, если не принять эффективных профилактических мер, особенно среди пользователей внутривенных наркотиков и их сексуальных партнеров, секс-работников и их клиентов, а также мужчин, практикующих секс с мужчинами.

В Российской Федерации агентства ООН работают с федеральными и региональными госструктурами, сотрудничают с гражданским обшеством, неправительственными организациями, сообществом людей, живущих с ВИЧ, средствами массовой информации, частным бизнесом и религиозными организациями. Это сотрудничество заключается, прежде всего, в совместных усилиях по разработке политики, совершенствованию программ и предоставляемых услуг, мониторинга и оценки, а также вовлечению в работу гражданского общества. В ноябре в соответствии с Протоколом о намерениях между Министерством здравоохранения и социального развития РФ и Объединенной программой ООН по ВИЧ/СПИДу в РФ по сотрудничеству в рамках инициативы «Координация в

* Бюллетень «ООН в России» № 5, 2007

действии» состоялся круглый стол, на котором был представлен разработанный пакет нормативных документов. Это стало важным шагом на пути к достижению универсального доступа к профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа в стране. Кроме того, совместно с Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека была проведена трехдневная конференция «Вопросы мониторинга и оценки ситуации по ВИЧ/СПИДу и мер противодействия распространению ВИЧ-инфекции в РФ».

Сейчас, когда Россия готовится к проведению в мае 2008 года Второй конференции по СПИДу по Восточной Европе и Средней Азии, ЮНЭЙДС вместе со всеми агентствами прилагает усилия для того, чтобы поддерживать российских и региональных партнеров в реализации инициативы «Станьте лидером в борьбе с ВИЧ/СПИДом» и в продвижении к обеспечению универсального доступа к профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа.

ЮНЭЙДС

Другой Руперт Эверетт в другой России

Знаменитый актер театра и кино Руперт Эверетт, игравший в фильмах «Свадьба моего лучшего друга», «Тихий Дон», «Другая страна», стал специальным представителем ЮНЭЙДС (Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу) 1 декабря 2006 года во Всемирный день борьбы со СПИДом. До этого он несколько лет активно участвовал в деятельности по противодействию СПИДу, проводя просветительскую работу в сотрудничестве с различными неправительственными организациями.

«Для меня это большая честь — работать вместе с ЮНЭЙДС, смело принимать вызовы, которые бросает нам эпидемия СПИДа, и искать решения, — говорит Руперт Эверетт. — Я потерял любимых людей из-за эпидемии и своими глазами видел гибельные и разрушительные последствия, которые приносят СПИД и связанная с ним дискриминация. В качестве специального представителя ЮНЭЙДС я приложу все усилия для решения этой проблемы».





Верный своему слову актер побывал в сентябре 2007 года в России именно в качестве специального представителя ЮНЭЙДС. Целью визита в Санкт-Петербург и Москву было узнать больше о ситуации с ВИЧ/СПИДом и коинфекцией туберкулеза в России, о мерах, принимаемых против эпидемии, и проблемах в этой области.

Руперт Эверетт собирался познакомиться с работой органов здравоохранения и некоммерческих организаций по профилактике ВИЧ/СПИДа и оказанию помощи людям, принимающим инъекционные наркотики, и ВИЧ-инфицированным — взрослым и детям, оставшимся без попечения родителей.

В Санкт-Петербурге специальный представитель ЮНЭЙДС посетил Республиканскую клиническую больницу — Центр детского СПИДа. Маленькие обитатели отделения ВИЧ-инфицированных детей, от которых отказались родители, устроили для голливудской звезды настоящий концерт, показывая музыкальные номера и демонстрируя свое актерское мастерство. В больнице работают высокопрофессиональные врачи, самоотверженные и преданные детям сотрудники. Они не только оказывают детям необходимую медицинскую помощь, но и делают все, чтобы дети смогли в будущем жить полноценной жизнью.

Представители Санкт-Петербургского общественного фонда медико-социальных программ «Гуманитарное действие» показали, как они ведут профилактику ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков, как помогают ВИЧ-инфицированным, реализуя совме-

стный проект с городской инфекционной больницей № 30 им. С.П. Боткина. Здесь состоялся открытый оживленный диалог между врачами, сотрудниками «Гуманитарного действия» и гостями о распространении эпидемии и основных группах риска. Внимательно слушая, Руперт Эверетт порою задавал весьма непростые вопросы. Его интересовали основные пути распространения вируса, ситуация с эпидемией среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, отношение к гей-сообществу.

В Москве Руперт Эверетт посетил Центр противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией, ознакомился с ситуацией в этой области и побывал в детском отделении.

Руперт Эверетт отдал должное высокому профессионализму и личной приверженности борьбе с ВИЧ/СПИДом всех тех, с кем он познакомился во время поездки в Россию. В отличие от предыдущих приездов в Россию, когда актер снимался в «Тихом Доне» у Сергея Бондарчука, на этот раз ему открылась другая сторона жизни, другие проблемы.

«Я чрезвычайно признателен всем в Москве и Санкт-Петербурге, кто нашел время, чтобы встретиться со мной и поделиться своим опытом, — сказал Руперт Эверетт в конце поездки. — Это были очень насыщенные три дня, ошеломляющие и вдохновляющие. Я увидел, что ВИЧ и туберкулез связаны в обществе с отрицательным отношением, стигмой и предрассудками. Все это серьезно мешает эффективно противодействовать распространению ВИЧ-эпидемии и туберкулеза».

«Такие известные люди, как Руперт Эверетт, могут воодушевлять и мотивировать других для объединения усилий в борьбе со СПИДом. Я уверен, что основываясь на своем опыте уже проделанной большой работы по просвещению и преодолению связанной с ВИЧ стигмы, Эверетт выскажется ясно и четко и будет услышан», — отметил исполнительный директор ЮНЭЙДС Питер Пиот.

UNFPA

Врач и будущая мать: необходимы диалог и доверие

«Мне сказали, что я должна сделать аборт, что не должна рожать ребенка при моем диагнозе. Мой гинеколог сказал: сто процентов того, что ребенок родится больным, и поэтому рожать не стоит. Мне пришлось сделать аборт. К тому же, когда с ним разговаривала моя мама, он заявил, что мне незачем рожать, поскольку с ВИЧ-инфекцией я не проживу больше 5—7 лет».

«Мой гинеколог в поликлинике по месту жительства говорил, что нас лечат и наблюдают только в СПИД-центре, а здесь — здоровые люди».

«Приходила на обследование, терапевт сказала: ВИЧ-инфицированные к нам не ходят, иди в свою больницу (с агрессией сказала)».

«Когда мне пришло время рожать, отвезли в больницу, где меня не хотели принимать. Главный врач сказал, что я не могу рожать со всеми, поскольку могу заразить других, и что другие женщины будут против того, чтобы я рожала вместе с ними. В итоге меня поместили в отдельную, платную, палату и попросили пользоваться своей посудой, не есть вместе со всеми. После рождения ребенка я вышла из роддома с огромными психологическими проблемами, и мне пришлось обращаться за помощью к психологу».

Приведенные выше высказывания принадлежат женщинам-респондентам, опрошенным в ходе исследования «Репродуктивные права женщин, живущих с ВИЧ» («Сообщество людей, живущих с ВИЧ»; ЮНФПА; ЮНЕСКО; 2006 год). Эти бесхитростные рассказы раскрывают ту глубину растерянности, страха и беззащитности, в которую погружаются ВИЧ-положительные женщины, приходя в медицинские учреждения, чтобы получить консультацию о своем репродуктивном здоровье. Эти простые слова будущих матерей наглядно показывают, насколько актуален сегодня вопрос: как женщинам, живущим с ВИЧ, реализовать свои репродуктивные права? Согласно официальной статистике (данные Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, 01.11.2007 г.), в Российской Федерации более 400 тыс. зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции. В последние годы среди ВИЧположительных людей увеличивается доля женщин: в 2001 году она составляла 24%, а в 2006 — уже 44%. Женщинами, живущими с ВИЧ, рождены 33 844 детей, у 2093 из них диагноз был подтвержден.

Наукой сегодня доказано, что при соблюдении всех профилактических мер вероятность передачи ВИЧ от матери ребенку не превышает 2%. В России этот показатель равен в среднем 11,8%. Это говорит о том, что многим женщинам, живущим с ВИЧ, к сожалению, недоступны услуги по охране репродуктивного и сексуального здоровья. Преодолеть этот барьер можно, только если привлечь существующую в стране службу охраны здоровья матери и ребенка к профилактике. Необходимо информировать женшин о том, как предотвратить инфицирование ВИЧ. Нужно консультировать женщин, живущих с ВИЧ, по вопросам репродуктивного и сексуального здоровья. И следует активно вовлекать самих женщин, живущих с ВИЧ, в профилактическую работу.

Одним из основных инструментов профилактики ВИЧ-инфекции на сегодняшний день считается консультирование — конфиденциальный диалог, предоставляющий пациенту/клиенту возможность принять осознанное (информированное) и ответственное решение о дальнейших действиях в связи с ВИЧ-инфекцией. Успех консультирования обеспечивают не только знания медицинского специалиста в области ВИЧ-инфекции, но и его владение психологическими навыками общения. К сожалению, имеющаяся сегодня программа подготовки медицинских кадров не предусматривает обучения врачей и среднего медицинского персонала таким навыкам.

Откликаясь на эти проблемы, Департамент медико-социальных проблем семьи, материнства и детства Минздравсоцразвития Российской Федерации и ЮНФПА выступили с инициативой разработки стратегии интеграции профилактики ВИЧ-инфекции в систему охраны здоровья матери и ребенка. Основные направления этой стратегии были определены созданной Национальной экспертной группой и апробированы в трех пилотных регионах: Иркутской области, Краснодарском крае и Санкт-Петербурге.





Одним из важных компонентов стратегии стала учебная программа, разработанная на базе отечественного и международного опыта. Она включает в себя трехдневное обучение акушеров-гинекологов и среднего медицинского персонала навыкам консультирования по вопросам ВИЧ/СПИДа. Для того, чтобы развивать инициативу и снизить финансовые затраты, в каждом из трех регионов была сформирована группа тренеров. Они прошли двухуровневое обучение: и в области консультирования и в сфере подготовки и проведения тренингов по этой тематике.

В команду тренеров вошли как сотрудники кафедр медицинских вузов, так и психологи НГО, занимающихся профилактикой ВИЧ/СПИДа. Это позволило ввести в программу обучения ряд психологических приемов, которые помогают не только исчерпывающе ознакомиться с медицинской информацией о ВИЧ/СПИДе, но и развеять страхи и стереотипы относительно ВИЧ-инфекции и уязвимых групп, повысить толерантность медицинских специалистов, выработать у них навыки психологического консультирования.

Более 320 врачей и медицинских сестер освоили учебную программу в рамках пилотного проекта. В результате 18 тренингов в каждом из охваченных проектом медицинских учреждений обучено 60—80% сотрудников. Столь широкий охват позволит сформировать единый осознанный и закрепленный обучением подход к консультированию со стороны медицинских специалистов, уменьшить неприязнь и отторжение по отношению к людям, живущим с ВИЧ, и в целом создать в медицинских учреждениях дружелюбную атмосферу.

Нелишне отметить, что в каждом из пилотных регионов программа обучения акушеров-гинекологов в процессе апробации адаптировалась к потребностям местного населения, эпидемиологической ситуации, особенностям уязвимых групп.

Вот некоторые отзывы специалистов, прошедших обучение:

«После тренинга появилось осознание того, что нельзя прятаться от этой проблемы, а нужно работать. Исчезли страх, боязнь перед людьми с ВИЧ. Появились участие, сопереживание. Стало понятно, что любой может оказаться на месте ВИЧ-позитивного».

«ВИЧ-позитивные — не изгои, а люди, требующие уважения и понимания. Иногда нужно ставить себя на место пациента». «Каждый обращающийся должен получать консультирование по вопросам профилактики ВИЧ».

«В начале казалось, что консультирование — это очень сложно, и я вряд ли смогу его проводить. После тренинга появилась уверенность в себе. Тренинг поможет в работе не только с ВИЧ-положительными людьми, но и со всеми пациентами».

«Возросла ответственность: я должна осуществлять профилактику ВИЧ. Обогатились навыки общения с пациентами. Появилось желание работать с группами риска».

Принимая во внимание такие отзывы, в каждом из пилотных регионов пришли к выводу о необходимости непрерывного обучения специалистов профилактике ВИЧ. Сейчас руководители Иркутского государственного института усовершенствования врачей, Кубанского государственного медицинского университета и Санкт-Петербургской Медицинской академии постдипломного образования рассматривают возможность включения подобного тренингового цикла, либо его основных компонентов, в сертификационные курсы акушеров-гинекологов и программу обучения интернов и ординаторов.

В сентябре на итоговом годовом совещании результаты апробированной программы обучения были высоко оценены Департаментом медико-социальных проблем семьи, материнства и детства. Более того, приобретенный опыт учитывается при разработке законодательных инициатив. Это дает шанс распространить его по всей стране и включить консультирование в программу государственных гарантий и функциональные обязанности врачей.

Создание системы обучения медицинских специалистов службы охраны здоровья матери и ребенка в конечном итоге позволит улучшить качество и повысить экономическую эффективность услуг по профилактике инфицирования ВИЧ, лечению людей, живущих с ВИЧ, и уходу за ними. Таким образом, появилась возможность улучшить материнское здоровье, снизить младенческую смертность и предотвратить передачу ВИЧ без увеличения набора предоставляемых услуг, расширения штата и изменения инфраструктуры, а только за счет вложения определенных дополнительных средств в обучение и повышение квалификации сотрудников.



Дети со знаком «плюс»

К середине 2007 года в Российской Федерации у ВИЧ-положительных родителей родилось более 35 тыс. детей. Благодаря мерам профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку большинство этих детей не будет инфицировано. Однако независимо от ВИЧ-статуса некоторые из них остаются без родительского попечения и проводят первые месяцы жизни, а иногда и годы, в больнице, часто почти в полной изоляции, что приводит к задержке физического, интеллектуального и эмоционального развития. Дома ребенка и детские дома не всегда соглашаются принимать детей, от которых отказались ВИЧ-положительные родители. Но и ВИЧположительные дети, проживающие в семье, тоже зачастую лишены возможности развиваться в раннем возрасте, оттого что детские сады отказывают им в приеме. Когда ВИЧ-положительные дети достигают школьного возраста, возникают трудности при их поступлении на учебу.

Именно подобные факты — сколь постыдные, столь же и нередкие — вызвали к жизни масштабную кампанию «Мне дорог каждый ребенок!». Ее в конце 2006 года развернули Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) и фонд «Фокус-Медиа» совместно с Министерством здравоохранения и социального развития России, Министерством образования и науки и Роспотребнадзором. Кампания нацелена на то, чтобы о ВИЧ-инфекции больше узнали родители, работники образования, да и население в целом и чтобы они доброжелательнее относились к детям, живущим с ВИЧ.

15 августа 2007 года инициатива «Мне дорог каждый ребенок!» обрела «второе дыхание». В этот день «Московский дом книги», ЮНИСЕФ и народный артист России, посол доброй воли ЮНИСЕФ Олег Газманов представили совместную информационно-просветительскую кампанию для детей и их родителей. О ее начале объявили заместитель генерального директора «Московского дома книги» Наталья Юмашева и представитель ЮНИСЕФ в Российской Федерации и Беларуси Карел де Рой. А первую совместную акцию представил народный артист России Олег Газманов, ставший лицом кампании.

Начиная с 15 августа и до конца сентября, видеоролик и плакат кампании смогли увидеть 70 тыс. человек, ежедневно посещающие 38 магазинов этой крупнейшей в России книжной сети. Сотрудники «Московского дома книги» совместно с ЮНИСЕФ предлагали всем посетителям буклет и открытку информационной кампании. Из них можно было узнать больше о том, почему дети, живущие с ВИЧ, вправе посещать детские дошкольные учреждения, обучаться в общеобразовательной школе вместе с остальными детьми: ведь ВИЧ не передается, когда мы

общаемся или учимся вместе. Все материалы кампании нацелены на то, чтобы убедить людей воспринимать детей с ВИЧ, как полноценных членов общества.

Одновременно с этой кампанией сотрудники ЮНИСЕФ поддерживают подготовку образовательных учреждений к обучению ВИЧ-положительных детей. Они убеждены, что начинать эту подготовку лучше всего с формирования у руководства и персонала доброжелательного отношения к этим детям. Ростки доброты уже дают первые всходы в Челябинской и Оренбургской областях. В сентябре 2007 года в Оренбургской области организовали первый в России летний лагерь для ВИЧ-положительных детей.

«Страшно подумать, что из-за нас, взрослых, страдают дети. Детям нужна наша помощь. Надеюсь, что мое участие в кампании поможет хотя бы немного изменить отношение общества к детям и родителям, столкнувшимся с проблемой ВИЧ», — такие слова произнес Олег Газманов на пресс-конференции, посвященной проблемам социальной адаптации детей ВИЧ-положительных родителей, проходившей в Центральном Доме журналиста в Москве.

«Для детей с ослабленным иммунитетом, зачастую лишенных возможности посещать детский сад, чрезвычайно важно иметь возможность выезжать летом на природу, получать полноценное питание и участвовать в развивающих занятиях, играх», — говорит координатор программ ЮНИСЕФ в области ВИЧ/СПИДа в России Тигран Епоян.

Всего в лагере, устроенном при поддержке Детского фонда ООН, министерств здравоохранения и социального развития Оренбургской области, собралось 27 детей и 22 взрослых — родителей или опекунов. Летний отдых детей был организован на базе уникального лечебно-профилактического учреждения — Соль-Илецкой больницы восстановительного лечения. Эта здравница, расположенная рядом с целебным соляным озером Развал, каждый год принимает две тысячи детей.

«Я не хожу в детский сад и редко вижу других ребят. А тут мы все вместе играли, даже с клоунами, и рисовали!» — говорит четырехлетний Ваня, который вместе с мамой провел 20 дней в





летнем оздоровительном лагере для ВИЧ-положительных детей. Мама Вани, Лена, добавляет, что их семья — пятеро человек — живут в крохотной однокомнатной квартире, и лагерь дал ей возможность наконец-то побыть наедине с ребенком.

Рекреационные программы, которые распространяются на целые семьи, затронутые проблемой ВИЧ/СПИДа, появились на Западе еще 15 лет назад. Но в России эту методику впервые опробовали в 2007 году оренбуржцы. Родителям и опекунам такие программы дают необходимую передышку. А детям – возможность почувствовать себя такими же, как все, общаясь со сверстниками с тем же заболеванием. Занятые в программах специалисты поощряют рост социальной активности детей и умение строить отношения со сверстниками, помогают детям выйти из изоляции. Это укрепляет в детях чувство уверенности в себе, дает возможность для самовыражения и открытого, искреннего общения с другими детьми.

ЮНЕСКО

Помочь детям узнать солнечные стороны жизни

«Эпидемия ВИЧ достигла катастрофических масштабов. Позиция ЮНЕСКО заключается в том, что дальнейшее распространение ВИЧ-инфекции можно предотвратить», — с такими словами директор бюро ЮНЕСКО в Москве Дендев Бадарч обратился к участникам совместного проекта «Искусство против распространения ВИЧ среди детей», который проводили бюро ЮНЕСКО и неправительственная организация «Стелла Арт Фандэйшн».

Однако, по мнению Д. Бадарча, серьезным препятствием на пути профилактики распространения инфекции остаются стигма и дискриминация: «Обеспечение защиты, уважения и соблюдения прав человека является одним из важнейших способов борьбы с дискриминацией ВИЧ-инфицированных. Как показывает опыт, жертвами подобной дискриминации чаще всего являются молодежь и дети».

Представитель ЮНЕСКО приветствовал троих известных российских художников — Алену Кир-

цову, Евгению Емец и Стаса Полнарева — и поблагодарил их за проведение художественных мастер-классов в Региональной клинической инфекционной больнице города Усть-Ижора Ленинградской области и в Детском доме № 5 Екатеринбурга для детей, живущих с ВИЧ.

Алена Кирцова проводила мастер-класс для маленьких пациентов Усть-Ижорской больницы, специализирующейся на лечении детей, живущих с ВИЧ. В чем она видит главную цель своей работы? На этот вопрос художница отвечает так: «Не только помочь детям познать солнечные стороны мира, но и дать нам, людям взрослого мира, возможность увидеть этих детей как талантливых маленьких людей, которые нуждаются в особо бережном и непредвзятом отношении».

«Наша основная задача — дать детям то, что у них было бы без ВИЧ», — так главный врач Региональной клинической инфекционной больницы Евгений Воронин сформулировал идею проведения мастер-класса в документальном фильме, рассказывающем об этом проекте.

Главную проблему детей, живущих с ВИЧ, которую необходимо решить, директор Детского дома № 5 Екатеринбурга Ирина Полипшина видит в том, что «общество и мир для них закрыты».

Именно в этом детском доме, где живут ВИЧ-положительные дети, провели свои мастерклассы Стас Полнарев и Евгения Емец.

По их собственному признанию, такой опыт общения с детьми был очень важен как для ребят, так и для них самих.

«Суть акции в том, чтобы раскрепостить детей, позволить им выплеснуть творческую энергию», — комментирует свой мастер-класс Евгения Емец.

Заместитель главного врача Детского дома № 5 Екатеринбурга Николай Гусев согласен с Евгенией: «Детям нужно все это: рисование, фотография. Это дает им импульс для развития».

Профилактике ВИЧ/СПИДа изобразительными средствами посвящен и первый международный конкурс социального плаката «SOSзнание». Его организовали Институт культурной политики и Британская высшая школа дизайна при финансовой поддержке Бюро ЮНЕСКО в Москве в рамках проекта «Современное искусство и вопросы ВИЧ и СПИДа».

Участие в конкурсе приняли около ста молодых дизайнеров из Беларуси, Бразилии, Венгрии, Ирана, Китая, Мексики, России, Сербии и Турции. Решением авторитетного жюри победителем конкурса признан плакат российского художника Михаила Струкова «Обычные люди».

Выставка плакатов-победителей конкурса прошла в галерее Международного университета в Москве в рамках студенческой акции «Остановите СПИД. Сдержите обещание».

Бюро ЮНЕСКО планирует расширить географию подобных проектов и провести такие мастер-классы и конкурсы в других странах: Армении, Азербайджане, Беларуси и Молдове.

Предупрежден - значит защищен

Трехлетний проект «Программа просвещения на рабочих местах по вопросам ВИЧ/СПИ-Да» начался в России в сентябре 2004 года. Проект финансируется Министерством труда США и осуществляется Международной организацией труда в сотрудничестве с социальными партнерами: Министерством здравоохранения и социального развития РФ, Координационным советом объединений работодателей России, Федерацией независимых профсоюзов России, Всероссийской конфедерацией труда, Конфедерацией труда России.

Цель проекта — просвещение и обучение работников пилотных предприятий в Мурманской и Московской области методам профилактики ВИЧ/СПИДа, изменение моделей поведения, создающих риск распространения ВИЧ/СПИ-Да. Еще одно важное направление проекта — борьба с дискриминацией на рабочих местах людей с положительным ВИЧ-статусом.

Рабочие места — идеальная «площадка» для обучения безопасному поведению и способам профилактики эпидемии, ведь трудовые коллективы однородны по социокультурным и демографическим характеристикам, а предприятия — это хорошо структурированная и организованная среда, где налажен социальный диалог и есть материальная, законодательная и нормативная база. Помимо Мурманского торгового порта, в проекте приняли участие Кольская горно-металлургическая компания, Мурманский рыбокомбинат и молодежная радиостанция «Power Hit Radio».

Важнейшим этапом в борьбе с ВИЧ/СПИДом в России стала Декларация национального согласия сторон социального партнерства по вопросам ВИЧ/СПИДа в сфере труда, подписанная 19 декабря 2005 г. сторонами российской Трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений. В декларации говорится о необходимости профилактики ВИЧ/ СПИДа на рабочих местах через просвещение и практическую поддержку изменения поведения, борьбы против дискриминации работников, живущих с ВИЧ/СПИДом, предоставление помощи ВИЧ-инфицированным работникам, в том числе ухода, консультирования, добровольного тестирования, а также лечения сопутствующих инфекций и доступа к антиретровирусному лечению.

Нередко бывает так, что по своей беспечности или незнанию взрослые работающие люди оказываются безоружными перед угрозой ВИЧ/СПИДа. О новаторском опыте Международной организации труда (МОТ) и Мурманской области в организации просвещения по вопросам ВИЧ/СПИДа на предприятиях рассказывают: Владимир Костров, исполнительный секретарь

Межведомственной комиссии по противодействию распространению наркотиков при Правительстве Мурманской области; Виктор Зубов, заместитель генерального директора Мурманского морского торгового порта; Юрий Саваков, заместитель председателя Мурманского областного совета профсоюзов и Станислав Зенов, региональный координатор проекта МОТ.

Владимир Костров: «Проект МОТ — не первая инициатива по борьбе с ВИЧ/СПИДом в Мурманской области, но я бы даже не стал сравнивать его с нашими традиционными программами по ВИЧ. Во-первых, в проекте речь идет о профилактике эпидемии на рабочих местах, а это новый для нас подход. Во-вторых, программа просвещения МОТ создана на основе новейших разработок. Сначала эксперты организовали опрос на нескольких пилотных предприятиях – так выяснился истинный уровень знаний работников о ВИЧ/СПИДе. Проанализировав собранные данные, мы разработали на их основе стратегию действий для каждой отрасли и предприятия. Очень важно и то, что в проекте МОТ сами работники вместе с экспертами определяли содержание информационных материалов, советовали, на что сделать упор во время встреч и бесед с персоналом. Так появилась целая серия буклетов, плакатов, методических брошюр под общим названием «Узнай об этом на работе». Теперь ими может воспользоваться любое предприятие, желающее организовать обучение для своих работников».

Виктор Зубов: «Руководство порта не считает ВИЧ своей самой актуальной проблемой. Просто мы не хотим, чтобы ВИЧ/СПИД однажды сам постучался к нам в двери. На предприятии работают ценные кадры, жизнью и здоровьем которых мы дорожим, подрастает новая многообещающая смена. Вот почему мы делаем ставку на информированность наших сотрудников. Кроме того, наша принципиальная позиция заключается в том, что мы не обязываем работников порта сдавать тесты на ВИЧ. Не требуем справок об отсутствии ВИЧ-инфекции и при приеме на работу. Мы хотим, чтобы ВИЧ-инфицированным было у нас комфортно, ведь они прежде всего – обычные люди, оказавшиеся в нелегкой ситуации».

Юрий Саваков: «Мы полностью отказались от принудительного тестирования работников и стимулируем добровольное. Не секрет, что сегодня ВИЧ-позитивные работники зачастую испытывают различные формы дискриминации — и со стороны руководства предприятий, и со стороны коллег. Официально таких жалоб к нам



Юрий Саваков

не поступало, однако мне лично известны случаи, когда инфицированные работники были просто вынуждены уволиться «по собственному желанию», а то и вообще поменять место жительства. Хотя таких случаев единицы, но они есть. Профсоюзы убеждены: если не принять никаких мер, фобия сохранится и примет еще более агрессивные формы.

Вот почему хочу особо подчеркнуть важность такого компонента проекта МОТ, как борьба с дискриминацией и стигматизацией на работе. Задача сложная, ведь в основе этих уродливых явлений – глубоко укоренившиеся в нас страхи и ложные представления. Встречи и дискуссии на предприятиях шли подчас тяжело, но как же отрадно было видеть, как меняется позиция людей! Вот только один отзыв работницы: «У нас как-то не принято на людях говорить о таких вещах, как, например, презервативы и как ими пользоваться. Я даже со своими детьми стеснялась эти темы обсуждать. А уж на собрании тем более все сначала молчали и стеснялись. Тут нужно сказать: «Спасибо!» тренерам за то, что сумели найти правильные слова. Я теперь знаю, как говорить об этом с сыном. Хочется его предупредить, помочь, ведь столько опасностей вокруг».

Станислав Зенов: «Признаюсь, я опасался, что наши работодатели скептически отнесутся к идее проекта. К счастью, опасения не подтвердились — ведущие предприятия области, их руководители и профсоюзные активисты с готовностью откликнулись на инициативу МОТ.

Сегодня в области действует Региональный консультативный совет и группа экспертов, на пилотных предприятиях работают координаторы и комиссии по ВИЧ/СПИДу. Хочу особо сказать о том, что на каждом предприятии мы выбрали из числа сотрудников и обучили «доверенных лиц» или коллег-наставников. Именно на них возложена основная задача просвещения по принципу «равный—равному». В этом — залог успеха нашего проекта, ведь он осуществляется силами самих работников.

Насколько эффективны были наши усилия, покажет итоговый социологический опрос на пилотных предприятиях. И все же, думаю, глав-



В кабинете тестирования

ное уже сделано мы разработали и успешно проверили на практике методы обучения, подготовили материалы, которыми теперь может воспользоваться каждый работник и каждое предприятие. Сегодня, когда эпидемия угрожает всем нам, нужно помнить: предупрежден - значит защищен».

UNDP

Опыт Челябинска: власть и гражданское общество против СПИДа

Как россияне относятся к соотечественникам, живущим с ВИЧ? В основном — негативно, о чем говорят данные социологических исследований. Чрезвычайно сложно бороться с такими настроениями в обществе, ломать стереотипы, говорить трудную правду и быть готовым отстаивать ее каждый день. Эта задача ложится на плечи многих общественных организаций, работающих в области ВИЧ/СПИДа.

Челябинская область входит в десятку российских регионов, наиболее сильно затронутых ВИЧ-инфекцией. С 1996 года распространению ВИЧ/СПИДа в области противодействует благотворительный фонд «Береги себя». Под руководством бессменного лидера Михаила Гришина фонд сумел собрать сплоченную команду профессионалов и добровольцев, осуществить ряд программ ради улучшения общественного здоровья, получить престижную премию Европейского союза и США «За развитие гражданского общества».

Как признает сам Михаил, особую значимость для него имеют проекты и инициативы, направленные на решение социальных и психологических проблем ВИЧ-положительных людей, их родственников и близких. Помочь им призван социально-информационный центр «Адвокаteen». Здесь люди, живущие с ВИЧ, могут приватно посоветоваться с психологом и юристом, воспользоваться Интернетом и специализированной библиотекой для получения нужной информации, прийти на встречу «группы поддержки».

С недавних пор в Центре начал вести прием депутат Законодательного собрания Челябинской области Вадим Воробей. Это стало возможным благодаря совместному проекту фонда «Береги себя» и Программы развития ООН в России, которая поддержала инициативу по защите прав ВИЧ-позитивных людей при участии представителей законодательной власти.

«В этот проект я был вовлечен неожиданно, — вспоминает Вадим Воробей, — когда стал интересоваться: что же происходит с ВИЧ-инфекцией, какова ситуация, встретился с людьми, затронутыми эпидемией, осознал, в каком тяжелом психосоциальном положении находится столько молодых людей. Тогда я понял, что эту проблему нам всем надо решать сообща. И сказал себе, что приложу все усилия и буду оказывать посильную помощь в решении проблем, связанных с ВИЧ-инфекцией, конкретным людям и региону в целом».

В октябре Михаил Гришин и Вадим Воробей побывали в Москве на спецсеминаре для депутатов по ВИЧ/СПИДу. Встретились они и с представителями Межфракционной депутатской груп-



Вадим Воробей

пы по ВИЧ/СПИДу Государственной Думы РФ. Челябинцы привлекли особое внимание участников семинара опытом успешного партнерства с общественной организацией и нечастой среди депутатов приверженностью работе с людьми, живущими с ВИЧ. Недавно сотрудники фонда провели социологическое исследование о ВИЧ среди областных депутатов. Оно выявило пробелы в знаниях депутатов о ВИЧ/СПИДе и показало разноголосицу мнений о людях, живущих с ВИЧ. Результаты исследования станут основой для дальнейшей работы фонда с представителями законодательной власти области.

В ближайшей перспективе — выпуск сюжета на местном телевидении, посвященного толерантности и правам людей, живущих с ВИЧ. В ноябре запланировано заседание Комитета по социальной политике: Вадим Воробей и Михаил Гришин доложат о том, как в области обстоят дела с ВИЧ-инфекцией.

Партнерство помогло кардинально улучшить взаимодействие фонда с представителями местного здравоохранения; Михаил Гришин вошел в состав Координационного совета по ВИЧ/СПИДу, утвержденного постановлением губернатора Челябинской области. Челябинская практика показывает: одолеть дискриминацию и стигму, страх и невежество в обществе можно только объединив силы и возможности общественных организаций и государственных органов. Именно такое объединение является стратегическим направлением в защите прав людей, живущих с ВИЧ.

ПРООН

Возлюби ближнего своего...

Во времена эпидемий и массовых бедствий Русская Православная Церковь делала очень многое для помощи пострадавшим — не осталась она в стороне и от проблемы ВИЧ/СПИДа. В 2004 году, после длительного обсуждения в церковных кругах, была принята Концепция участия Русской Православной Церкви в борьбе с распространением ВИЧ/СПИДа и работе с

людьми, живущими с ВИЧ. Так деятельность православных церковно-благотворительных организаций и отдельных священников, работающих с ВИЧ-позитивными людьми, получила официальную поддержку церкви. И, хотя таких специалистов в церкви пока немного, их количество постепенно растет.

Основным путем распространения ВИЧ в России пока остается игла наркомана, и помощь в лечении зависимости, принятии диагноза ВИЧ и жизни с ним, которую православные организации оказывают потребителям инъекционных наркотиков, неоценима для борьбы с эпилемией.

Руководитель Фонда во имя преподобного Серафима Вырицкого (Санкт-Петербург) Владимир Черлин – кандидат биологических наук. После многих лет научной работы, в начале девяностых, как и многие другие, Черлин оказался невостребованным ученым. И, как и многие, пытался найти ответы на свои вопросы в церкви вначале в качестве помощника на подворье Оптиной Пустыни. Протоиерей Александр Степанов, с которым Черлин тогда познакомился, предложил ему присоединиться к работе с бывшими заключенными в реабилитационном центре. Этот центр в 1995 году создало православное Братство святой великомученицы Анастасии Узорешительницы в деревне Пошитни Псковской области. Через несколько лет работы Владимир убедил отца Александра в необходимости сосредоточиться на самой острой проблеме пациентов центра - химической зависимости – и возглавил возникший таким образом центр для реабилитации выздоравливающих наркозависимых. Для поддержки этой работы был создан фонд, и с тех пор через центр прошли сотни людей.

Со временем фонд расширил деятельность и определил свою стратегию: сначала амбулаторная помощь, затем стационарная работа в центре для наиболее настроенных на такой тип реабилитации участников консультаций и наконец постреабилитационный период. Именно на последнем этапе начинались основные сложности: очень тяжело удержать человека от наркотиков, когда он попадает из центра обратно в



Владимир Черлин и протоиерей Александр Степанов

свою, порой не очень располагающую к трезвости среду. Еще тяжелее, когда человек этот ВИЧ-положителен и должен принимать антиретровирусную терапию.

Перемены к лучшему наметились в 2007 году, когда при помощи проекта ПРООН удалось открыть «социальную гостиницу» - центр ресоциализации для выпускников православных реабилитационных программ. Центр призван восполнить существующий в реабилитационном процессе пробел. Сейчас в помещениях, где все еще идет ремонт, уже живут шесть человек. Десятки пациентов приняли участие в работе групп взаимопомощи – для потребителей наркотиков, созависимых, людей, живущих с ВИЧ/ СПИДом, - и получили индивидуальные консультации специалистов. Этот проект стал одним из примеров того, как приносит свои плоды новый взгляд на партнерство в такой сложной области, как реабилитация ВИЧ-положительных наркозависимых. Помещение было безвозмездно выделено РПЦ, ремонт делали сами пациенты на средства, предоставленные ПРООН. А для обеспечения устойчивости проекта фонд ведет переговоры с городским СПИД-центром о выделении работающим в гостинице психологам постоянных ставок.

Осуществление такого масштабного проекта стало возможным благодаря подвижничеству конкретного человека, последовательно реализующего свои замыслы и сумевшего создать вокруг себя команду единомышленников. И задумок у Владимира Черлина еще много: в реабилитации особенно остро нуждаются женщины, амбулаторную помощь и работу групп нужно упорядочить — лучше всего, выделив для этого отдельное помещение. Фонд существует на благотворительные пожертвования, и денег не всегда хватает, но команда фонда уверена, что и эти планы воплотятся в жизнь.

<u>BO3</u>

Ислам против СПИДа

Сосредоточенные лица умудренных жизненным опытом мужчин, внимательно слушающих речь молодой девушки — сцена, которую не каждый день можно увидеть в Чеченской республике. Осознание общей проблемы побудило имамов, кадиев, других представителей религиозного сообщества республики откликнуться на совместную инициативу Всемирной организации здравоохранения и Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом и принять участие в информационно-образовательных семинарах по профилактике ВИЧ/СПИДа, организованных в рамках проекта «Ислам против СПИДа».

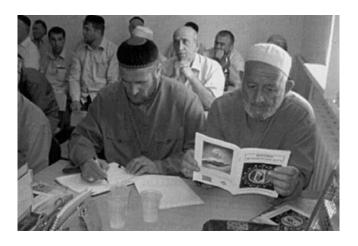
«Уникальность проекта в том, — рассказывает заведующая профилактическим отделом Рес-

публиканского центра Залина Абдулкадырова. что мы постарались придать дополнительный импульс деятельности религиозного сообщества в сфере воспитания молодежи и пропаганды здорового образа жизни именно в контексте возрастающей угрозы распространения ВИЧ. Исторически так сложилось, что духовенство в нашей республике обладает непререкаемым авторитетом. Население может по-разному относиться к чиновникам или политикам, но к мнению духовного лица прислушается всегда. Если духовенство открыто говорит о проблеме СПИ-Да, значит такая проблема действительно существует и она актуальна. Мы надеемся, что наши совместные усилия помогут изменить стереотипное отношение большинства жителей республики к ВИЧ-инфекции и побудить их с большей ответственностью относиться к своему здоповью»

Проект начался в июне 2007 года при финансовой поддержке правительства Норвегии и распространился на 17 административных районов Чеченской республики. Партнерами выступили Духовное управление мусульман и Департамент по связям с общественными и религиозными организациями аппарата Президента и правительства республики. Они способствовали тому, чтобы как можно больше представителей духовенства, социальных и медицинских работников смогли принять участие в учебных семинарах.

Программу занятий разработали специалисты грозненского СПИД-центра, адаптируя весь информационный материал с учетом специфики аудитории и особенностей местного менталитета. Простыми и понятными словами, исключительно на чеченском языке, сотрудники СПИД-центра осветили вопросы, связанные с социально-экономическими, морально-этическими, правовыми и медицинскими аспектами болезни.

Заместитель главы администрации Курчалоевского района Багруди Алмурзаев был приятно удивлен, узнав, что семинар будет проводиться на родном языке. «Знание своего языка и умение довести до людей смысл такой специфической темы — это большой плюс в нашем начина-



нии», — сказал он, пожелав организаторам дальнейших успехов в реализации проекта.

Всего обучение в семинарах прошли 497 человек: 205 имамов из различных религиозных учреждений республики и 292 человека из местных администраций, районных отделов внутренних дел, лечебно-профилактических учреждений и средств массовой информации. Среди них было распространено более 4 тыс. информационных буклетов и брошюр, включая специальный буклет на чеченском языке.

При поддержке Всемирной организации здравоохранения 19 июля 2007 года в Грозном прошла конференция «Ислам против СПИДа», которую широко освещали республиканские средства массовой информации.

Муфтий Чеченской республики Султан Мирзаев так отозвался о сложившейся ситуации: «ВИЧ и СПИД — чрезвычайно актуальная для республики проблема. В ее решении должны принять участие все общественные и государственные институты. Эта болезнь может уничтожить нас, оставить без будущего. Сейчас мы отстраиваем республику, возводим здания, но не хотим замечать очевидного: фундамент нашей жизни в лице подрастающего поколения подтачивают наркомания и ВИЧ. Обязанность каждого из нас — не допустить дальнейшего распространения этого недуга и сохранить таким образом наше будущее».

Проект «Ислам против СПИДА» стал еще одной составляющей обширной программной деятельности ВОЗ, нацеленной на профилактику ВИЧ/СПИДа на Северном Кавказе. Благодаря усилиям ВОЗ и финансовой поддержке правительства Норвегии в 2007 году были открыты два дополнительных ВИЧ-кабинета в районных центральных больницах в городах Наур и Гудермес. Это позволило немного разгрузить основную лабораторию на базе грозненского СПИДцентра. В течение года ВОЗ поставила 210 тестсистем, необходимых для диагностики ВИЧ и 6 тыс. презервативов для распространения через Республиканский СПИД-центр.

Специалисты ВОЗ и СПИД-центра совместно разработали множество буклетов, плакатов и других печатных материалов, нацеленных на повышение уровня информированности населения региона по проблеме ВИЧ. Тиражом 75 тыс. экз. были изданы 13 буклетов, содержащих информацию о методах профилактики ВИЧ и пропагандирующих здоровый образ жизни.



УНП ООН

ВИЧ на прицеле у милиции Воронежа

Управление по наркотикам и преступности Организации Объединенных Наций (УНП ООН) создано с целью укрепления международного сотрудничества в области противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту, а также в борьбе с преступностью.

Региональное представительство УНП ООН в России и Белоруссии открыто в Москве в июле 1999 года. Представительство оказывает техническое содействие государственным органам и неправительственным организациям в сфере профилактики злоупотребления психоактивными веществами, сокращения предложения и спроса на наркотики, борьбы с транснациональной организованной преступностью и отмыванием денег, а также профилактики эпидемии ВИЧ/СПИДа.

С декабря 2006 года Управление по наркотикам и преступности (УНП) ООН впервые внедряет в российском городе Воронеже систему направления на лечение наркозависимых, задержанных или арестованных органами охраны правопорядка за какие-либо правонарушения, известную под аббревиатурой СННЛ. Цель этой работы – сократить число преступлений, совершаемых наркозависимыми, и дать возможность тем из них, у кого высок риск заражения ВИЧ или кто уже заражен, пройти профилактические, диагностические, лечебные и реабилитационные процедуры. Непосредственно внедрением системы занимается местная неправительственная организация Центр «АнтиСПИД» на базе Левобережного райотдела милиции Воронежа. Усилия инициаторов поддерживают губернатор области, руководство органов госнаркоконтроля и внутренних дел и областная Общественная палата.

Сегодня СННЛ уже успешно применяется в целом ряде стран, включая Австралию, Великобританию, Канаду и США. Однако в России Воронеж пока остается единственным городом, где этот подход апробируется на российской почве.

«Система направления наркозависимых на лечение предполагает использование специально подготовленных социальных работников, — рассказывает Джефф Монахан, региональный советник УНП ООН по профилактике ВИЧ среди потребителей наркотиков. — Они устанавливают первичный контакт с наркозависимыми, содержащимися в местах предварительного заключения, и консультируют их по вопросам, связанным с риском заражения ВИЧ».

В 2006 году УНП ООН подготовило шесть таких социальных работников — сотрудников Центра «АнтиСПИД». Кроме того, проведено обучение и сотрудников РОВД.

Специалисты Центра «АнтиСПИД» не подчиняются органам внутренних дел, однако тес-



Сотрудники органов УНП ООН и Центра «АнтиСПИД»

но взаимодействуют с ними. По просьбе сотрудников РОВД они устанавливают контакт с арестованными, которые подозреваются в употреблении психоактивных веществ, и после необходимых собеседований направляют нуждающихся в медицинские учреждения, где им быстро оказывают необходимую помощь.

«Сотрудник РОВД не может заставить арестованного или задержанного правонарушителя общаться с социальными работниками, — отмечает начальник отдела ГУВД майор С. Казаров. — Он может лишь посоветовать побеседовать с ними, однако решение тот принимает самостоятельно, исключительно на добровольной основе». Это подтверждают данные о результатах работы с декабря 2006 года по март 2007 года: из 49 арестованных, которым было рекомендовано встретиться с социальным работником, трое отказались от такого предложения.

Когда эксперимент только готовился, сотрудники УНП ООН разработали процедуру, позволяющую с самого начала отсеивать задержанных, чье участие в программе лечения нецелесообразно, а заодно оценивать эффективность самой системы. Она заключается в том, что до начала и после окончания лечения в рамках СННЛ задержанных расспрашивают об особенностях употребления ими наркотиков и об эпизодах их преступной деятельности. Эти беседы позволяют получить информацию о рискованном поведении клиентов программы с точки зрения распространения ВИЧ и других инфекций, передающихся через кровь, например, об использовании нестерильных шприцев для употребления наркотиков, незащищенном сексе.

Что показывают первые результаты? Большинство правонарушителей, согласившихся пойти на контакт с социальными работниками, были направлены на добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ, всего 43 человека. В программу консультирования потребителей инъекционных наркотиков включены 29 человек. К дерматологу направлены 29 человек, к психологу и наркологу — по 27 человек. Не остались без пациентов и другие медицинские специалисты.

Еще не обнародованы окончательные итоги работы за первые 6 месяцев 2007 года, но пилот-

ный проект в Воронеже продолжает набирать силу.

«Предложенная УНП ООН инициатива — это интересный и эффективный инструмент склонения наркозависимых к лечению. Ведь в ситуации, когда задержанный находится под влиянием мощного мотивационного фактора — угрозы уголовного преследования за правонарушение, совершенное под воздействием наркотиков, решение об обращении в медицинские учреждения принимается значительно легче, чем в рутинной домашней обстановке, — говорит директор Центра «АнтиСПИД» Ольга Блинова. — И мы признательны начальнику Левобережного РОВД подполковнику милиции И. Борисенко за поддержку этой инициативы».

В сентябре 2007 года по просьбе руководства городского Управления внутренних дел в эксперимент включился еще один райотдел милиции. Таким образом, можно уже утверждать, что сотрудники органов внутренних дел Воронежа активно идут навстречу социальным работникам, предоставляя им доступ к арестованным и задержанным и обеспечивая надлежащие условия работы.

Экспериментальное внедрение системы направления накрозависимых правонарушителей на лечение стало возможным благодаря реализации проекта ЮНЭЙДС по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в Российской Федерации «Координация в действии: применение трех ключевых принципов».

ВПП ООН

Хлеб насущный для тех, кто нуждается больше всего

«Я был в Малави, где встретился с группой людей, живущих с ВИЧ. Я спросил их, в чем они больше всего нуждаются. И их ответ был единодушным: больше всего мы нуждаемся в еде. Не в уходе, не в лекарствах, не в спасении от стигмы, а в еде», — это слова исполнительного директора ЮНЭЙДС Питера Пиота.

Всемирная продовольственная программа ООН (ВПП ООН) предоставляет питание ВИЧинфицированным и их семьям в 41 стране мира. С недавних пор продовольственная помощь оказывается людям, живущим с ВИЧ, на Северном Кавказе. Так, с конца 2006 года такая помощь предоставляется тем, кто зарегистрирован в Республиканском центре по профилактике и борьбе со СПИДом в Грозном. Это и дополнительный стимул для того, чтобы эти люди посещали Центр, где они могут получить психологические консультации. За это время число инфицированных, посещающих Центр, увеличилось с 30 до 65 человек, а ВПП ООН предоставила этим людям и их семьям более 25 тонн продуктов питания.

«Ситуация с ВИЧ/СПИДом в Чеченской республике — угрожающая. Здесь зарегистрировано 804 случая в 75 населенных пунктах, — с тревогой говорит Хеди Айдамирова, главный врач Республиканского центра профилактики ВИЧ/СПИДа в Грозном. — Продовольственная помощь жизненно необходима ВИЧ-инфицированным и их семьям. С тех пор, как ВПП ООН начала им помогать, все больше и больше людей приходят на психологические консультации: в среднем прибавляется по пять человек в месяц».

Кто они, эти люди? Одна из них – пятидесятилетняя женщина, с которой мы встретились в Республиканском центре в Грозном. Свое имя она назвать не захотела. «Мой муж умер два года назад, – рассказывает она. – Детей у нас не было. Всю жизнь посвятила племяннику мужа. Сейчас ему двадцать. Красивый, умный парень. Год назад он попал в реанимацию после автомобильной аварии. Срочно требовалось переливание крови. Все родственники пришли дать кровь, но лучше всего подошла моя, которую ему и перелили. Скоро он поправился, а через пару месяцев у него обнаружили ВИЧ-инфекцию. Проверили меня, и я тоже оказалась ВИЧпозитивной. Теперь проклинаю себя за то, что не проверила заранее свою кровь и погубила своего любимого племянника. Прихожу каждый день в этот Центр, получаю психологические консультации и молюсь за племянника и всех молодых людей, живущих с ВИЧ-инфекцией».

Другая женщина – Хеди Д. Сейчас ей 29 лет. Когда два года назад ее беременную оставил муж и она узнала, что заражена ВИЧ-инфекцией, это стало для нее страшным ударом. «У моего бывшего мужа тоже обнаружили ВИЧ-инфекцию, – вспоминает Хеди. – Он вернулся в семью. Общее горе объединило нас. Мы записались в Центр и начали посещать психологические консультации. До того, как стали получать продукты от ВПП ООН, мы жили и питались очень плохо. Я бы никогда не справилась без этой помощи: работы у меня нет, а еще нужно ухаживать за ребенком. Когда родилась моя дочь, я очень боялась, что и ей поставят такой же диагноз, но врачи Центра сделали все возможное, чтобы ей удалось избежать инфекции. Сейчас она здорова, и в апреле прошлого года ее уже сняли с учета. Я тоже чувствую себя получше, организм стал покрепче благодаря продуктам ВПП ООН: теперь ем три раза в день. Я раньше жить не хотела и планов никаких не строила, а сейчас у меня просто жажда жизни».

В минувшем году ВПП ООН вместе с НПО «Веста» и Центром профилактики ВИЧ/СПИДа в Грозном провела информационную кампанию по профилактике распространения ВИЧ-инфекции в школах Грозного. Мадина Исаева, двенадцатилетняя ученица школы № 39, стала победительницей конкурса на лучший плакат. Тысячи экземпляров плаката, нарисованного

Мадиной, были отпечатаны и развешены в 410 школах Чечни, охваченных программой школьного питания, на пунктах распределения продовольствия и в медицинских учреждениях Чеченской республики.

<u>Всемирный банк</u>

Всемирный банк поддерживает борьбу с ВИЧ/СПИДом в России

Всемирный банк признает, что необходимо относить меры по борьбе с ВИЧ/СПИДом к приоритетам глобальной программы развития. Всемирный банк готов оказывать постоянную долгосрочную поддержку странам в реализации их национальных программ борьбы с ВИЧ/СПИДом.

Сейчас уже видны конкретные результаты совместно финансируемого Правительством РФ и Всемирным банком проекта «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИДа» стоимостью 286 млн долларов США. Он обеспечивает создание базовых механизмов для достижения основной цели проекта - «защиты здоровья населения и экономики России от неконтролируемой эпидемии ВИЧ/СПИДа и туберкулеза». Проект осуществляется под руководством Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Министерства юстиции при поддержке фонда «Российское здравоохранение» и во взаимодействии с международными организациями-партнерами. Среди них – ВОЗ, ЮНЭЙДС, Глобальный фонд борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и Управление ООН по контролю оборота наркотиков и предупреждению преступности.

В рамках компонента проекта «Контроль ВИЧ/СПИДа» подписаны соглашения об участии в проекте с 82 субъектами РФ. При поддержке проекта под руководством Рабочей группы Минздравсоцразвития РФ и во взаимодействии с федеральными институтами, занимающимися проблемами СПИДа, ЮНЭЙДС и ВОЗ подготовили руководства и протоколы по профилактике и лечению ВИЧ, которые будут утверждаться на федеральном уровне. В лечебно-профилактических учреждениях России были созданы возможности для проведения экспресстестов на ВИЧ, иммуноферментного твердофазного анализа, ПЦР-диагностики ВИЧ-инфекции, определение уровней СD4, CD8 и вирусной нагрузки. Укрепление лабораторной базы помогло повысить качество диагностики, ведения больных и диспансерного наблюдения. Эти инвестиции оказались критически необходимыми для расширения масштабов антиретровирусного лечения в рамках национальной программы борьбы с ВИЧ/СПИДом. К концу 2006 года антиретровирусное лечение получали 19–20 тыс. ВИЧ-инфицированных россиян, т.е. около 25%

нуждающихся в таком лечении. В 2007 году Правительство РФ планировало обеспечить возможность для антиретровирусного лечения 50 тыс. ВИЧ-положительных граждан России, т.е. 62% нуждающихся.

Особого внимания заслуживают первые результаты программы борьбы с туберкулезом в РФ, которая осуществляется при поддержке проектов, финансируемых Всемирным банком и Глобальным фондом, и технического содействия со стороны ВОЗ. К 2006 году удалось достигнуть следующего:

- стабилизации или 5%-ного снижения заболеваемости туберкулезом;
- 85%-ного охвата туберкулезных больных лечением по стандартным схемам;
- 5%-ного повышения показателя эффективности лечения среди впервые выявленных положительных по мазку (БК+) больных туберкулезом легких;
- 5%-ного снижения смертности от туберкулеза по сравнению с 2005 годом.

Наряду с этой работой в рамках проекта «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИДа», Всемирный банк вместе с другими международными организациями оказывал помощь российским партнерам в форме исследований и сбора информации. Это, прежде всего, касалось оценки ситуации с правами интеллектуальной собственности на антиретровирусные препараты в Российской Федерации (2005 г.). Совместное исследование по этому вопросу было проведено Фондом Клинтона

(Инициатива по ВИЧ/СПИДу), Всемирным банком, ЮНЭЙДС и ВОЗ по запросу Минздравсоцразвития РФ. В сотрудничестве с Открытым институтом здоровья банк также провел оценку позитивного опыта в рамках связанных с ВИЧ/СПИДом программ снижения вреда среди гражданского населения и заключенных в Российской Федерации (2006 г.).

Была оказана помощь в повышении потенциала для мониторинга финансовых потоков в области контроля ВИЧ/СПИДа. С 2005 года Всемирный банк во взаимодействии с ЮНЭЙДС, лондонским «Империал Колледжем», ПРООН и другими партнерами предоставляет России поддержку в области внедрения системы мониторинга ресурсных потоков, направляемых на борьбу с ВИЧ/СПИДом с использованием национальных счетов здравоохранения. В 2007—2008 годах Всемирный банк участвовал в работе по совершенствованию и институционализации системы оценки расходов на борьбу с ВИЧ/СПИДом, а также ее использованию для оценки будущих потребностей в ресурсах.

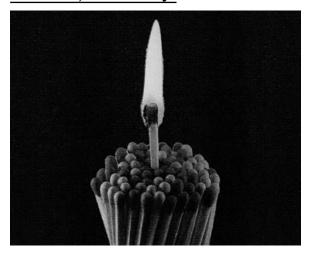
В заключение следует отметить, что за период с 2004 года удалось существенно улучшить ситуацию в области борьбы с ВИЧ/СПИДом в Российской Федерации. Однако, чтобы остановить и повернуть вспять двойную эпидемию туберкулеза и ВИЧ/СПИДа в России, предстоит еще многое сделать, в частности, для предотвращения распространения ВИЧ-инфекции среди уязвимых категорий населения, например, потребителей инъекционных наркотиков.

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

15.01.2008. Москва. Interfax. Как сообщил Алексей Александров, глава столичного комитета межрегиональных связей и национальной политики, до 14,5% иностранных работников, приезжающих в Москву, больны инфекционными заболеваниями. «Это такие заболевания, как ВИЧ, гепатиты, сифилис и туберкулез. При этом из-за несовершенства законодательства они лечатся в государственных медицинских учреждениях столицы за деньги наших налогоплательщиков», — сказал А. Александров. Он отметил, что, по закону, иностранцы с ВИЧ должны быть выдворены из страны. «Но из 300 трудовых мигрантов, у которых в прошлом году в Москве выявили ВИЧ, не выдворили за пределы России ни одного», — посетовал А. Александров.

15.01.2008. США. СайберСекьюрити.Ру. При помощи новой техники генного анализа специалисты из гарвардской медицинской школы идентифицировали 273 протеина, которые жизненно необходимы для того, чтобы ВИЧ мог выжить в клетках человеческого организма. По мнению ученых, если эти протеины при помощи будущих медикаментов удастся хотя бы временно заблокировать, то ВИЧ будет повержен. По данным публикации в научном издании «Science», ученые использовали новую научную технику, основанную на интерференции структур РНК. Благодаря этой методике удалось идентифицировать сразу 273 протеина, при том, что раньше было известно лишь 36 жизненно необходимых для ВИЧ протеинов. В Гарварде говорят,

что вирус использует протеины для вторжения в клетки организма с последующим нарушением их нормальной работы. Один из авторов исследования доктор Стивен Элледж, говорит, что ранее похожий метод был использован для идентификации белковых структур, необходимых для жизнедеятельности раковых клеток. Доктор Элледж рассказал, что команда его коллег из Гарварда использовала библиотеку десятков тысяч разных фрагментов РНК, каждый из которых вживлялся в клетку с последующим выделением из нее протеина, либо отторжением фрагмента. Далее все эти тысячи клеток, каждая из которых выделяла протеин, помещались в отдельное хранилище и инфицировались вирусом. Затем специалисты составили список клеток, в которых вирус не мог нормально функционировать, т.к. ему для работы не хватало того или иного протеина. Доктор Элледж говорит, что сам по себе вирус несложен - он содержит всего 15 различных протеинов, поэтому для работы ему необходимо заимствовать другие соединения в организме человека. Именно поэтому сейчас нет излечения от ВИЧ, так как все существующие противовирусные препараты воздействуют на известные 15 протеинов, не затрагивая оставшиеся. Вместе с тем, просто взять и заблокировать все 273 обнаруженных протеина нельзя, так как от них зависит жизнь не только вируса, но и человека. Поэтому доктор Элледж признает, что впереди еще предстоит работа по созданию действенных методов лечения, на основе полученных результатов.



Синдром эмоционального сгорания*

«Сгорел на работе» — до недавнего времени эти слова воспринимались не более, чем яркая метафора. Множество исследований, проведенных за последние десятилетия, доказали реальность существования этого явления. В литературе оно получило название «синдром эмоционального сгорания».

Термин «эмоциональное сгорание» был введен американским психологом Фреденбергом в 1974 году для определения психологического состояния, обусловленного эмоциональным, умственным и физическим истощением. Это явление чаще всего наблюдается среди профессионалов, работающих в сфере оказания социальной помощи и имеющих постоянные тесные контакты с клиентами. Другими словами, среди профессионалов системы «человек—человек». К таковым относятся врачи, преподаватели, священнослужители, продавцы, менеджеры, юристы, социальные работники, психиатры, психотерапевты, психологи.

В особую подгруппу можно отнести врачей и консультантов, оказывающих помощь:

- людям, находящимся на терминальных стадиях болезней, таких как СПИД, онкологические заболевания;
- социально неблагополучным группам населения (беспризорникам, людям без определенного места жительства, малоимущим, социально незашишенным):
- людям, которые пережили насилие, стали жертвами террористических актов.

Представители этих профессий в процессе своей деятельности чаще сталкиваются с негативными эмоциональными переживаниями своих клиентов и поэтому чаще испытывают состояние повышенного эмоционального напряжения.

В настоящем материале мы постоянно будем использовать два понятия: «консультант» и «клиент». «Консультант» — говоря о специалисте, предоставляющем информацию (им может быть врач, работающий с пациентами, а также психолог или социальный работник); «клиент» —

* «СПИД Фонд Восток-Запад», 2006 г.

говоря о людях, обращающихся за данной помощью к консультанту.

СИНДРОМ СГОРАНИЯ. В ЧЕМ ЕГО ОПАСНОСТЬ?

Синдром эмоционального сгорания (СЭС) обусловлен нарушениями и сложностями, возникающими в организме человека в процессе его профессиональной деятельности. Это ответ организма на ситуацию, вызывающую постоянный, продолжительный стресс.

СЭС характеризуется как состояние психического утомления и разочарования и чаще всего возникает у людей так называемых помогающих (хелперских) профессий. Данное состояние сопровождается эмоциональным истощением, деперсонализацией, снижением работоспособности.

Симптомы, сопровождающие синдром эмоционального сгорания, условно можно разделить на три группы: связанные с физическим состоянием человека, связанные с его социальными отношениями, внутриличностные переживания человека.

Симптомы, связанные с физическим состоянием, свидетельствуют о том, что в организме человека происходят некие процессы, способные вызвать ухудшение состояния здоровья. К таким симптомам относятся:

- повышенная утомляемость, апатия;
- физическое недомогание, частые простуды, тошнота, головная боль;
- боли в сердце, повышенное или пониженное давление;
- боли в области живота, нарушение аппетита и режима питания;
 - приступы удушья, астматические симптомы;
 - увеличение потливости;

- покалывания за грудиной, мышечные боли;
- нарушения сна, бессонница.

Симптомы, связанные с социальными отношениями, проявляются при контактах человека с окружающими: коллегами, клиентами, друзьями и родственниками. К ним относятся:

- появление тревоги в тех ситуациях, где раньше она не возникала;
- раздражительность и агрессивность в общении с окружающими;
- нежелание работать, перекладывание ответственности;
- отсутствие контакта с клиентами и/или нежелание улучшать качество работы;
- формализм в работе, стереотипность поведения, сопротивление переменам, активное неприятие любого творческого начала;
- циничное отношение к клиентам, к идеям общего дела, к своей работе;
 - отвращение к пище или переедание;
- злоупотребление химическими веществами, изменяющими сознание (алкоголь, курение, таблетки и др.);
- вовлечение в азартные игры (казино, игровые автоматы).

Внутриличностные симптомы касаются процессов, происходящих внутри человека и обусловленных изменением его отношения к себе, своим поступкам, мыслям и чувствам. К ним относятся:

- повышенное чувство жалости к себе;
- ощущение собственной невостребованности;
 - чувство вины;
 - тревога, страх, ощущение загнанности;
 - заниженная самооценка;
- ощущение собственной угнетенности и бессмысленности всего происходящего, пессимизм;
- разрушительное самокопание, проигрывание в голове ситуаций, связанных с сильными негативными эмоциями;
 - психическое истощение;
 - сомнение в эффективности работы.

У каждого человека синдром сгорания протекает с разной степенью выраженности симптомов.

Изначальное предположение, что наиболее уязвимыми к синдрому эмоционального сгорания являются люди, много лет проработавшие в помогающих профессиях, оказывается верным не всегда, — как выяснилось, с течением времени многие из них адаптируются к профессии и вырабатывают собственные способы профилактики синдрома сгорания. Гораздо больше случаев СЭС происходит среди молодых специалистов.

ТЕСТИРОВАНИЕ

Предлагаем вам пройти короткий тест для выявления синдрома сгорания и определения степени его выраженности. Пожалуйста, внима-

тельно прочитайте каждое утверждение и на бланке для ответов обозначьте, как часто вы испытываете те или иные переживания. Позиция 0 — никогда; позиция 6 — ежедневно.

- 1. Я чувствую себя эмоционально опустошенным (-ой).
- 2. К концу рабочего дня я чувствую себя как выжатый лимон.
- 3. Я чувствую себя уставшим(-ей), когда встаю утром и должен (должна) идти на работу.
- 4. Я хорошо понимаю, что чувствуют мои клиенты, и использую это для более успешного лечения.
- 5. Я общаюсь с моими клиентами только формально, без лишних эмоций и стремлюсь свести время общения с ними до минимума.
- 6. Я чувствую себя энергичным(-ой) и эмоционально приподнятым(-ой).
- 7. Я умею находить правильное решение в конфликтных ситуациях с клиентами и их родственниками.
 - 8. Я чувствую угнетенность и апатию.
- 9. Я могу позитивно влиять на самочувствие и настроение клиентов.
- 10. В последнее время я стал(-а) более черствым(-ой), бесчувственным(-ой) по отношению к клиентам.
- 11. Как правило, окружающие меня люди слишком многого требуют от меня. Они скорее утомляют меня, чем радуют.
- 12. У меня много планов на будущее, я верю в их осуществление.
- 13. Я испытываю все больше жизненных разочарований.
- 14. Я чувствую равнодушие и потерю интереса ко многому, что радовало меня раньше.
- 15. Бывает, что мне действительно безразлично происходящее с некоторыми моими клиентами.
- 16. Мне хочется уединиться и отдохнуть от всего и всех.
- 17. Я легко могу создать атмосферу доброжелательности и оптимизма в отношениях с моими коллегами и в отношениях с моими клиентами.
- 18. Я легко общаюсь с клиентами и их родственниками, независимо от их социального статуса и характера.
 - 19. Я многое успеваю сделать за день.
- 20. Я чувствую себя на пределе возможностей.
- 21. Я многого еще смогу достичь в своей жизни.
- 22. Клиенты, как правило, неблагодарные люди.

(См. табл. 1).

Данный тест определяет синдром эмоционального сгорания по трем основным показателям: эмоциональное истощение, деперсонализация и редукция личностных достижений. Каждому показателю соответствует номер утверждения, а сумма баллов свидетельствует о степени его выраженности.

Таблипа 1

| № п/п | Никогда | Очень редко | Редко | Иногда | Часто | Очень часто | Ежедневно |
|-------|---------|-------------|-------|--------|-------|-------------|-----------|
| 1. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Для подсчета значений показателей сложите цифры согласно вашим ответам в табл. 2. Максимальная сумма баллов дана для проверки числового результата.

Низкий уровень свидетельствует об отсутствии выраженности данного показателя синдрома сгорания, средний — о том, что он находится в стадии формирования, высокий уровень — о том, что он уже сформирован.

Ниже перечислены признаки синдрома сгорания с пояснениями и описанием их проявлений в жизни и деятельности человека.

Эмоциональное истощение. Развитию синдрома эмоционального сгорания предшествует период повышенной активности, когда человек полностью поглощен работой, в ущерб своим потребностям в других сферах жизни. Это приводит к развитию первого признака синдрома сгорания – эмоционального истошения. Эмоциональное истощение выражается в появлении эмоциональной опустошенности и ощущении усталости, вызванной работой. Ощущение усталости не проходит после ночного сна. После периода отдыха (выходные, отпуск) оно становится меньше, но по возвращении в привычную рабочую ситуацию возобновляется с прежней силой. Эмоциональные перегрузки и невозможность восполнения энергии приводят к попытке самосохранения через отстраненность и отчуждение.

Заниматься своей работой с прежней энергией человек уже не в состоянии. Работа выполняется в основном формально.

Эмоциональное истощение является основным признаком профессионального сгорания.

Таблица 2. Показатели синдрома сгорания

| Показатели синдрома сгорания | Номер утверждения | Максималь- ная сумма баллов |
|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Эмоциональное истощение | 1, 2, 3, 6*, 8, 13, 14, 16, 20 | 54 |
| Деперсонализация | 5, 10, 11, 15,22 | 30 |
| Редукция личностных достижений | 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 | 48 |

^{*} Отмечен «обратный» вопрос, который рассчитывается в обратном порядке и, таким образом, ответ «ежедневно» соответствует нулевому значению.

Таблица 3. Степень выраженности показателей эмоционального сгорания

| Показатели синдрома сгорания | Низкий уровень | Средний уровень | Высокий уровень |
|---------------------------------|-------------------|--------------------|--------------------|
| Эмоциональное истощение | 0-15 | 16–24 | ≥25 |
| Деперсонализация | 0-5 | 6-10 | ≥11 |
| Редукция личностных достижений | ≥37 | 36–31 | ≤30 |

Деперсонализация. В социальной сфере деперсонализация предполагает бесчувственное, негуманное и циничное отношение к клиенту, обращающемуся с целью получить лечение, консультации, образовательные и другие услуги. Клиент воспринимается как некий обезличенный объект. У консультанта может появиться иллюзия, что все проблемы и беды клиента даны ему во благо. Негативное отношение сказывается в ожидании худшего, нежелании общаться, игнорировании клиента. В кругу своих коллег «сгорающий» специалист рассказывает о нем с неприязнью и пренебрежением. На первых порах он отчасти еще может сдерживать свои чувства, но постепенно ему становится все труднее это делать, и в конце концов они начинают буквально выплескиваться наружу. Жертвой негативного отношения становится ни в чем не повинный человек, который обратился к профессионалу за помощью и надеялся в первую очередь на гуманное отношение.

Редукция личностных достижений. Редукция или принижение личностных достижений сопровождается снижением самооценки консультанта. Основными проявлениями этого симптома являются:

- тенденция к негативному оцениванию себя, своих профессиональных достижений и успехов;
- негативизм по отношению к служебным обязанностям, снижение профессиональной мотивации, перекладывание ответственности на других.

Консультант теряет видение перспектив своей профессиональной деятельности, получает меньше удовлетворения от работы, утрачивает веру в собственные профессиональные возможности, и в результате у него возникает чувство некомпетентности и обреченности на неуспех.

В данном случае уже можно говорить о полном сгорании специалиста. Человек еще сохраняет некий апломб и внешнюю респектабельность, но, если приглядеться, станут очевидны его «пустой взгляд» и «холодное сердце», будто весь мир стал ему безразличен.

Как ни парадоксально, но синдром сгорания является защитным механизмом нашего организма, поскольку заставляет нас дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы. В то же время данное утверждение оказывается справедливым лишь в случае, когда речь идет о самом начале формирования данного состояния. На более поздних стадиях «сгорание» отрицательно сказывается на исполнении профессиональных обязанностей и отношениях с окружающими.

«Сгорающий» может не осознавать причин происходящих в нем процессов. Для защиты себя он перестает воспринимать собственные чувства, связанные с работой. Формализм, жесткие интонации и холодные взгляды, к которым мы уже почти привыкли в поликлиниках,

школах, других административных организациях, в большинстве случаев являются проявлениями синдрома эмоционального сгорания.

ПРИЧИНЫ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СГОРАНИЯ

Можно выделить две основные группы причин, играющих ключевую роль в формировании и развитии синдрома профессионального сгорания: причины внутреннего и внешнего характера.

Причины внутреннего характера связаны с индивидуальными особенностями человека: возраст, завышенные ожидания, самокритичность, самоотверженность, готовность к тяжелой работе, потребность доказать свою состоятельность.

Причины внешнего характера связаны с особенностями профессиональной деятельности: «трудный» контингент, эмоционально напряженная деятельность, тяжелые условия труда, повышенная требовательность руководства, неблагополучная психологическая атмосфера в коллективе.

Индивидуальные особенности скорее являются предрасполагающим фактором, а особенности профессии — определяющим. Это утверждение легко проверить, если снизить влияние причин внешнего характера: при всех прочих равных условиях синдром профессионального сгорания не разовьется.

Существует дополнительный ряд причин внешнего характера, который также может привести к развитию синдрома сгорания специалиста или его усилению. Болезни, смерть близких людей, развод, свадьба, стихийные бедствия и т.д. — все эти факторы также могут усилить стресс специалиста и привести к синдрому сгорания.

В настоящее время риск развития синдрома эмоционального сгорания признан возможным для людей различных сфер деятельности. Это объясняется тем, что в течение рабочего дня практически у любого человека происходит ряд непродолжительных контактов с незнакомыми/малознакомыми людьми, а также присутствуют другие факторы, усиливающие риск развития СЭС.

Данным материалом мы вряд ли сможем изменить не устраивающие вас условия: график работы, начальство, структуру организации, в которой вы работаете, и т.д. Но мы можем предложить вам некоторые методы сохранения себя, приспособления к тем условиям, которые вам даны. В психологии, когда говорят о решении проблемы, первым шагом называют принятие ситуации. Этот момент очень важен! Человеку нужно почувствовать почву под ногами, чтобы было от чего оттолкнуться на пути к переменам.

МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ И РАБОТЫ С СЭС

Раздел психологии, посвященный синдрому эмоционального сгорания, возник сравнительно недавно. Несмотря на это, СЭС — достаточно изученное явление, и уже разработано множество техник, позволяющих работать с ним и достигать положительных результатов. Проведя короткий опрос и используя опыт тренингов по СЭС, мы собрали несколько особенно интересных методик, которые можно использовать в качестве основы для дальнейшего личностного роста и профилактики синдрома сгорания.

РАБОТА С ПОТРЕБНОСТЯМИ

Не секрет, что синдром эмоционального сгорания часто возникает на почве неудовлетворенности работой, собой как профессионалом, зарплатой или коллективом. По крайней мере это наиболее частые причины, по которым люди уходят из любимой сферы деятельности или меняют место работы.

На вопрос «что такое счастье?», каждый человек, безусловно, ответит по-своему. Для одних счастье — любимый человек, для других — любимое дело, любимая работа, для третьих - спокойствие, для четвертых — возможность творчества, для пятых – дети. Данный вопрос, в силу некоего романтического ореола и личностных особенностей каждого человека, практически не подвергался серьезному научному исследованию. В нашей ситуации отправной точкой можно считать потребности человека. Но список потребностей современного человека столь многообразен, что вряд ли кто-то сможет представить его в полном виде. Одна из наиболее удачных попыток - классификация потребностей по Абрахаму Маслоу. Он разбил все потребности на группы и определил их иерархию следующим образом:

Первый уровень — физиологические потребности. Это низший, но самый значимый для человека уровень потребностей. Если данные потребности актуализированы, но не удовлетворяются, то и все остальные потребности не имеют значения, поскольку нарушаются жизненно важные функции организма человека. Сюда относятся такие потребности, как воздух, пища, вода, отдых и секс (продолжение рода).

Второй уровень — потребность в безопасности. Это потребность в защите от лишений, физических угроз и психологических опасностей. Технический прогресс отчасти иллюстрирует стремление человека к улучшению условий жизни, к комфорту и безопасности. Если данные потребности актуализированы, но не удовлетворяются, нарушается регуляция психики человека.

Третий уровень — социальные потребности. К ним относятся потребности в общении и при-

надлежности к группе, в теплых взаимоотношениях с людьми, во взаимной помощи и поддержке, в любви и дружбе.

Четвертый уровень — личностные потребности. Они носят двойственный характер и чрезвычайно сложны. Во-первых, человек нуждается в самоуважении, которое часто является следствием совершенного овладения неким видом деятельности. Так формируется потребность в уверенности в своих силах и возможностях, в наличии способностей и знаний, в свободе и независимости от других людей, в успехе и возможности достижений в работе. Во-вторых, человек нуждается в уважении со стороны других людей, в высокой оценке ими его деятельности, в признании другими его репутации, авторитета, статуса, заслуг.

Пятый уровень — потребность в самореализации. По выражению Маслоу, это «потребность стать тем, кем данный человек способен стать», что выражается в его стремлении к саморазвитию и реализации творческого потенциала.

Потребности являются движущей силой в жизни каждого человека. Они непосредственно связаны с мотивами и целями человеческого существования.

К нам приходят клиенты — каждый со своими проблемами — и мы, в силу долга и служебных обязанностей, помогаем их разрешать, используя имеющиеся знания и навыки. Но при этом не следует забывать о наличии собственных потребностей. Если они игнорируются, это снижает нашу работоспособность. Пример: консультация вряд ли будет эффективной, если консультант вынужден осуществлять прием пациентов, поведение которых может представлять угрозу для его жизни, без каких-либо гарантий собственной безопасности.

Таким образом, человек способен эффективно удовлетворять потребности других только при условии удовлетворения своих собственных потребностей (хотя бы частичном).

Работа — это один из инструментов реализации наших потребностей. На работе мы реализуем как минимум две из них: потребность в самореализации и потребность в материальном обеспечении. Деньги, как еще один важный инструмент, предоставляют нам возможность достичь реализации других потребностей (как базовых, так и высших).



Важно понимать, что игнорирование или невозможность удовлетворения жизненно важных потребностей вызывает апатию, депрессию и чувство недовольства жизнью в целом. Потребности, которые человек не реализует на работе или где-то еще, являются причиной стресса.

Осознание собственных потребностей и рассмотрение путей их реализации позволяет нам:

- понять, что нас не удовлетворяет в работе;
- осмысленно двигаться к намеченным целям;
- сделать обоснованный выбор между более и менее значимыми потребностями;
- найти возможности для удовлетворения потребностей, не реализуемых на работе.

В процессе удовлетворения одних потребностей всегда возникают новые потребности. Это бесконечный процесс. Человеку свойственно думать, что обладание чем-либо (чаще всего материальными ценностями) обязательно приведет к счастью — это одна из самых больших наших иллюзий. Следующим этапом после формальной реализации желания (приобретения блага) является этап желания улучшения его качества — начинается новый поход за счастьем.

Работа — это только часть жизни. На работе удовлетворяется только часть наших потребностей. Все остальные — вне работы. Удовлетворенные потребности являются источником дополнительной энергии для остальных сфер жизни.

Работа для самостоятельного выполнения.

- 1. Используя пирамиду Маслоу, составьте список потребностей, которые вы реализуете и не реализуете на работе.
- 2. Разделите список нереализуемых потребностей по принципу: зависят от ваших усилий, не зависят от ваших усилий.
- 3. В списке потребностей, реализация которых зависит от вас, запишите следующий шаг в направлении удовлетворения каждой потребности.
- 4. В списке потребностей, которые вы не можете реализовать на работе, напишите, где, по вашему мнению, это было бы возможно.
- 5. Составьте список своих ресурсов потребностей, реализация которых вне работы дает вам много сил и жизненной энергии.

РАБОТА С УБЕЖДЕНИЯМИ И ИЛЛЮЗИЯМИ

Сгорание — это в первую очередь разочарование. Разочарование наступает, когда мы сталкиваемся с реальностью, и она отличается от наших убеждений и иллюзий. Присутствие иллюзий неизбежно. Нам всем читали в детстве книжки о работящих, добрых и красивых героях. Родители передавали нам вековую народную мудрость в очень емких и ясных посланиях: сказках, мифах, пословицах. Если у человека совсем нет иллюзий, его можно назвать циником. А цинизм — это один из признаков СЭС.

Усвоение любой новой информации в нашем сознании происходит в виде убеждений. Убеждение – это короткое послание, которое в период своего существования облегчает жизнь, помогает понять действительность и осознать в ней себя. Убеждение определяет наше отношение к себе и к явлениям окружающей среды. При помощи убеждений мы оцениваем все новое и соотносим это со своим видением мира. Особенностью убеждений является совмещение реальности с идеалом, причем с идеалом труднодостижимым. У каждого убеждения есть свой возраст. Когда дистанция между реальностью и «идеальностью» убеждения становится очевидной, оно для нас перестает работать позитивно и начинает приносить вред. Недосягаемость идеального образа, который присутствует в убеждении, вызывает негативные эмоции, выражающиеся в так называемых четырех «ядовитых чувствах»: страх, вина, стыд, обида. Если вы находите у себя эти чувства, знайте, вам свойственны иррациональные убеждения, которые способны завести в тупик.

Как определить иррациональное убеждение?

- В нем есть такие слова, как: Никто, Все, Всегда, Никогда, Должен, Не должен.
 - Непременно рядом «ядовитые чувства».
- Утверждение содержит некий идеальный образ, трудно осуществимый в реальности.

Вот несколько наиболее распространенных вариантов иррационального убеждения:

- Поскольку я работаю с людьми, у меня не должно быть собственных психологических проблем.
- Мои пациенты должны меня любить и быть мне благодарны за труд.
- Если пациенты разочарованы в нашей совместной работе, значит, я что-то делаю не так.
- Мои пациенты должны быть такими же ответственными, мотивированными и работящими, как я.
 - Я никогда не должен ошибаться.
 - Все болезни излечимы.
 - Врач не должен болеть.
 - Интересы клиента выше личных.
 - У хорошего врача пациенты не умирают.
 - Я больше нигле не смогу работать.
 - Я должен знать ответы на все вопросы.

Давайте рассмотрим несколько убеждений и проанализируем их плюсы и минусы, чтобы понять, как они могут влиять на работу специалиста. И переформулируем убеждение так, чтобы усилить его позитивные стороны и убрать негативные.

В качестве примера рассмотрим следующие:

• Я должен знать ответы на все вопросы.

Положительной стороной данного убеждения является стимул к обучению и росту профессионализма. Консультант или врач, имеющий подобное убеждение, может бояться сложных вопросов и неожиданных ситуаций, способных вызвать у него неуверенность в своих

возможностях и, как следствие, неудовлетворенность собой как профессионалом. Полностью отказаться от убеждения невозможно. Вместе с тем ответственность, которая сопровождает его, является для врача почти неподъемным грузом. Человек не может знать все! Более того, благодаря клиентам он узнает новое. Он имеет право не знать ответа сейчас, он может подготовить его к следующей консультации. Переформулировать убеждение с учетом его позитивной стороны можно следующим образом: благодаря своим клиентам я всегда нахожусь в процессе обучения; моя работа подталкивает меня к саморазвитию.

В таком виде убеждение предоставляет больше свободы, сохраняет позитивные свойства, исключает вероятность появления «ядовитых чувств».

• У хорошего врача пациенты не умирают.

Тема смерти всегда сопряжена с сильными чувствами. Смерть пациента или клиента тяжело переживается врачами и консультантами. Особенно тяжело, если специалист винит в этом себя. Убеждение, что у «хорошего врача» такого не происходит, будет способствовать сгоранию специалиста. Терзаемый виной и страхом, он окажется в ситуации эмоционального истощения и отстранения. Спасительным контрубеждением может служить послание: «Не все зависит от меня как от врача; большую часть ответственности за свою жизнь несет сам человек. Я свою часть сделал. Но я не Бог».

Работа для самостоятельного выполнения. Для того чтобы избежать негативного влияния убеждений на вашу жизнь, предлагаем переформулировать их в позитивное русло. Для этого:

- 1) определите и запишите свои убеждения;
- 2) найдите и опишите их плюсы и минусы;
- 3) придумайте контрубеждения или переформулируйте имеющиеся, основываясь на их позитивных сторонах.

Окончание следует

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

15.01.2008. Свердловская обл. АСИ. Учредительное собрание Общественного движения «Урал-позитив» прошло в Екатеринбурге. Его участники приняли устав организации, избрали руководящий орган — совет в составе пяти человек и приняли меморандум. Как сообщили в Свердловском региональном Общественном фонде «Новое время», движение создано с целью объединить ВИЧ-позитивных и совместными усилиями добиваться улучшения качества медицинского обслуживания и бороться с дискриминацией. Пока оно объединяет более 90 человек из Екатеринбурга, Кировграда и др. Движение намерено сотрудничать с правительством Свердловской области, аппаратом Уполномоченного по правам человека в области и НКО.

24.12.2007. Казахстан. ІТРСти. В Казахстане отмечается снижение уровня заболеваемости туберкулезом. Об этом на пресс-конференции сообщил главный государственный санитарный врач РК Анатолий Белоног. «Большая работа проделана по профилактике и лечению туберкулеза, есть результаты. В частности, отмечается снижение уровня заболеваемости туберкулезом и снижение уровня смертности от него», - сказал А. Белоног. Он также подчеркнул, что в текущем году в стране «не были зарегистрированы особо опасные инфекции, не зарегистрированы крупные вспышки инфекционных заболеваний. Каждый год выявляются крупные вспышки, связанные с подъемом острокишечных инфекций или гепатита. Практически таких крупных вспышек у нас не было. По гепатитам мы выставили жесточайшие барьеры для того, чтобы данная инфекция не заносилась в школы. В этом году школ, в которых регистрировалось более 5 случаев, было единицы». Вместе с тем, по словам главного санитарного врача страны, в республике отмечено увеличение заболеваемости СПИДом. При этом он уточнил, что распространение происходит, в основном, из-за роста количества инъекционных наркоманов. «Для сравнения: за последние 5 лет в стране заболеваемость наркоманией возросла в 13 раз. И если мы будем говорить о том, что до 75% заболеваемости СПИДом идет за счет инъекционного пути передачи, будет верно», - заключил он.

12.01.2008. Узбекистан. CA-News. Минздрав и МВД Узбекистана издали совместное распоряжение, согласно которому антиретровирусную терапию будут получать и заключенные. По официальной статистике Министерства здравоохранения Узбекистана и Республиканского центра СПИД, количество людей с ВИЧ в Узбекистана не превышает тысячи человек. Независимые же от государственных органов эксперты считают, что реальное число ВИЧ-положительных в стране приближается к 20 тысячам. И те, и другие полагают, что до 40% из них находятся в следственных изоляторах или местах лишения свободы. Как сообщает корреспондент CA-News, летом прошлого года Чрезвычайная противоэпидемическая комиссия разработала Стратегическую программу противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Узбекистане на 2007-2011 годы, в числе прочих предусматривающую профилактику распространения вируса в пенитенциарных заведениях. Несмотря на то, что программа была разработана еще полгода назад, в силу вступила она только в эти дня. Согласно программе, терапия будет проводиться на основе препарата Тризивир. Приблизительная стоимость годичного курса для одного человека на основе этого, одного из наиболее дешевых, препаратов составляет более 12 тыс. долларов. Документ предусматривает также, что 30% расходов по выполнению программы в учреждениях пенитенциарной системы возьмет на себя Минздрав, 20% – МВД, остальные средства предполагается получить от различных фондов и спонсоров.

15.01.2008. Алтай. АСИ-Алтай. Монография «Профилактика ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков, лечение и социальное сопровождение больных с ВИЧ/СПИДом» выпущена в рамках реализации нацпроекта «Здоровье». Авторами монографии являются зам. губернатора Алтайского края Н. Черепанов, начальник Управления администрации Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности В. Елыкомов, главный врач ГУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями» Л. Султанов.



С газетой «Шаги экспресс»

