

ШАГИ

№ 5/2008

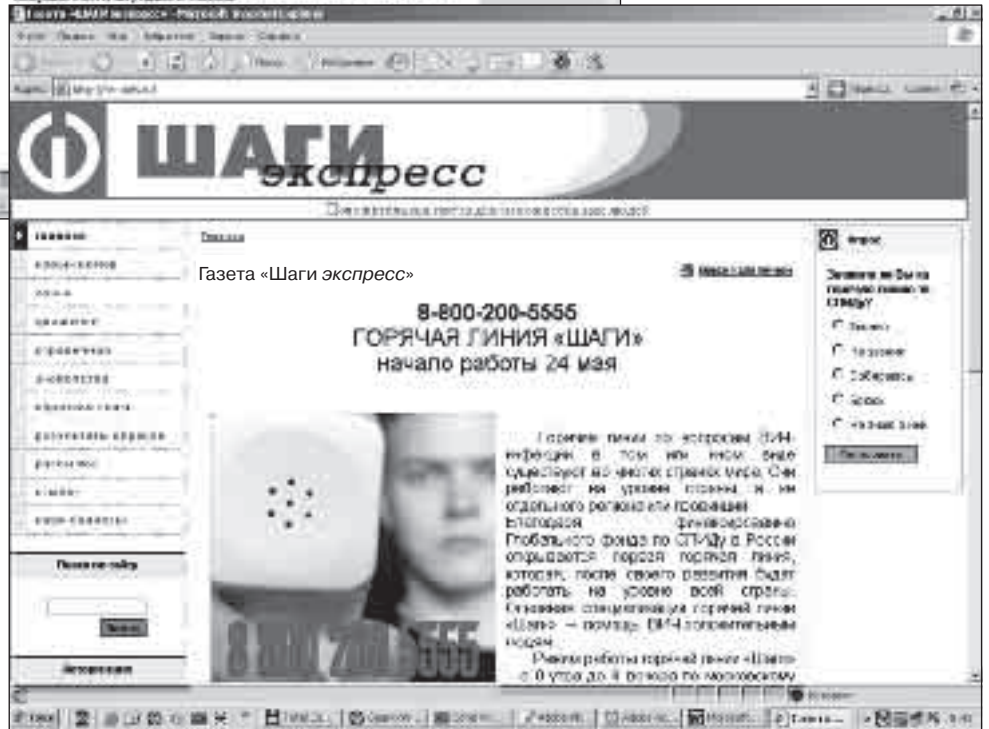
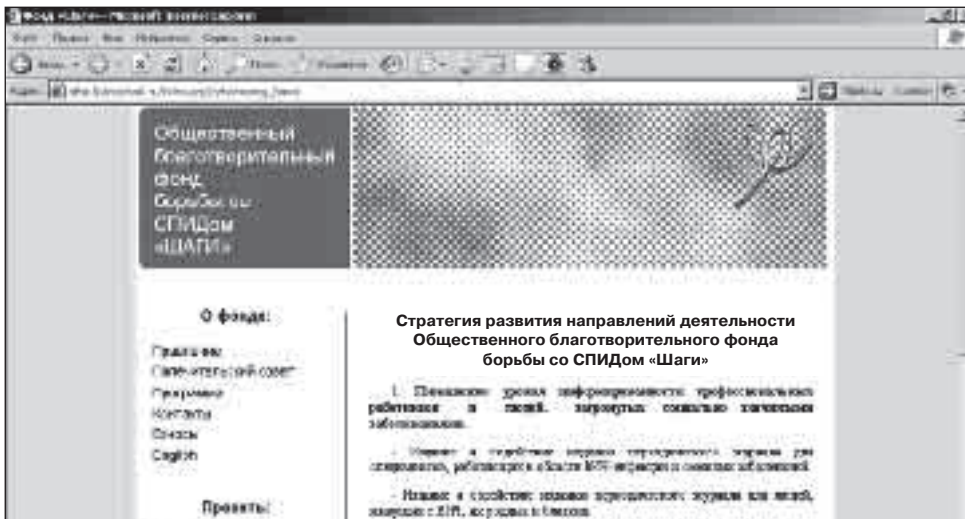
профессионал

*«С этого года автопробег
«СПИД-СТОП!»
стал международным»*

Стр. 4



Юрий Непомнящих



Сайты фонда «Шаги» и газеты «Шаги экспресс»

www.stepsfund.ru

www.hiv-aids.ru

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--|----------------|
| <i>Автопробег-2008</i> | 2 |
| Юрий Непомнящих: «С этого года автопробег «СПИД-СТОП!» стал международным» | 4 |
| 1 декабря – Всемирный день борьбы со СПИДом | |
| Пресс-конференция руководителя Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, главного государственного санитарного врача Российской Федерации Геннадия Григорьевича Онищенко (24 ноября 2008 года) | 20 |
| Художники против СПИДа | 22 |
| <i>Обзоры мировых медицинских журналов</i> | 24 |
| Обретите веру в жизнь | |
| Ресурсный центр по паллиативному уходу за ЛЖВС О.Ю. Егорова | 40 |
| Личная гигиена А.В. Флинт | 42 |
| Итоговый документ конференции «Взаимодействие религиозных общин России в области ВИЧ/СПИДа» | 45 |
| Семья и материнство М. Телепов, Н. Телепова, Л. Макарова, М. Слански | 47 |
| Исследования | |
| Мнение ВИЧ-положительных матерей об опыте получения медицинской и социальной помощи (Отчет о качественном исследовании Аналитического центра Юрия Левады) | 60 |
| Знакомство с клиническими исследованиями | 78 |
| По материалам прессы | |
| Вакцина против ВИЧ: работа над ошибками | 89 |
| Документы | |
| Протокол селекторного совещания у руководителя Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Г.Г. Онищенко (17 ноября 2008 года) | 94 |
| <i>Вести отовсюду</i> | 58, 77, 88, 96 |

«ШАГИ профессионал» № 5 (15) 2008 г.

Издается Общественным благотворительным фондом борьбы со СПИДом «Шаги» при финансовой поддержке фонда «Российское здравоохранение» в рамках Программы IV раунда Глобального фонда. Мнения, изложенные на страницах журнала, могут не всегда совпадать с позицией фонда «Российское здравоохранение».

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.

Автопробег-2008



С успехом стартовавший в прошлом году Всероссийский автопробег «СПИД-СТОП!» с этого года стал международным. Стартовав из Нового Уренгоя, пройдя по 13 российским городам, а также территории Украины, Молдовы и Беларуси, он завершился в Минске.

Прошлогодний автопробег показал свою высокую эффективность, и в этом году Украина, Молдова и Беларусь приняли решение присоединиться к акции. С заявками на ее проведение к организаторам обратились руководители 13 регионов России. Причина успеха акции – в удачном сочетании различных форматов и консолидации усилий разных социальных, общественных и профессиональных групп, что позволило привлечь к участию в мероприятиях «СПИД-СТОП!» более полумиллиона молодых людей в России.

Организаторами и инициаторами мероприятия выступили Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Управление эпиднадзора (Министерство здравоохранения и социального развития РФ), компания «Пресэксперт» и фонд «Российское здравоохранение», работающий по программе Глобального фонда «Развитие стратегии лечения населения РФ, уязвимо к ВИЧ/СПИДу». Генеральный спонсор автопробега – фонд «Российское здравоохранение».

Организаторы акции ставили своей целью убедить население России регулярно проходить тестирование на ВИЧ, воспитать толерантность к людям, живущим с ВИЧ, повысить уровень знаний о данной проблеме, предоставить информацию и новые методики региональным властям. А также информировать население об антиретровирусной терапии, о возможности получить квалифицированную медицинскую и психологическую помощь в региональных СПИД-центрах и оказать психологическую и социальную поддержку людям, живущим с ВИЧ.

За месяц в ходе международного автопробега были организованы концерты, просветительские мероприятия, на улицах городов и в региональных СМИ была размещена социальная реклама. В дни проведения акции в городах России и СНГ было организовано бесплатное тестирование на ВИЧ всех желающих, а также встречи с людьми, живущими с ВИЧ.







Юрий Непомнящих:

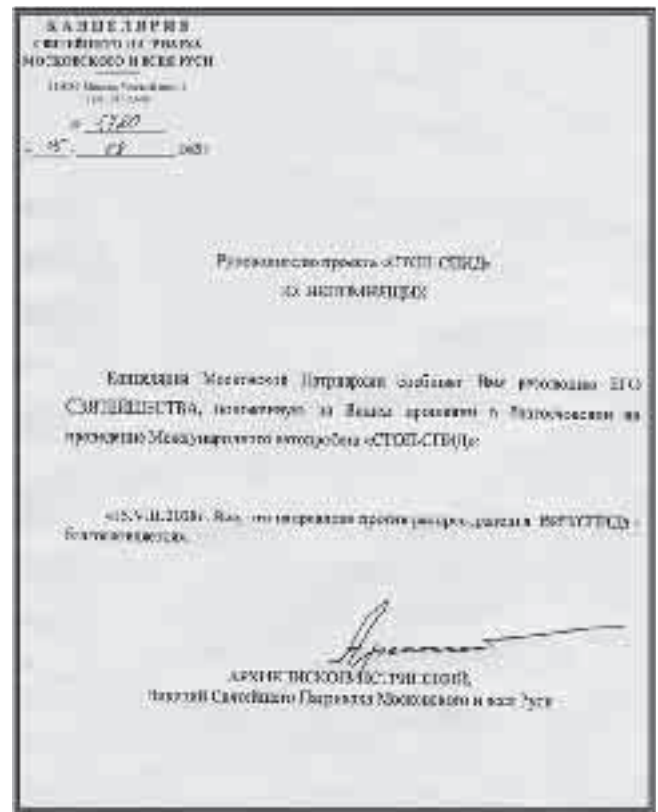
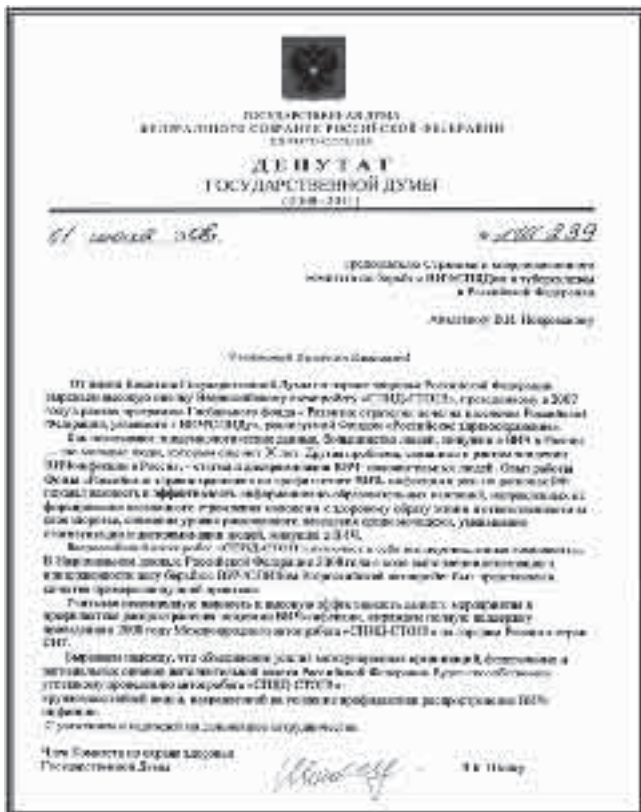
«С этого года автопробег «СПИД-СТОП!» стал международным»

Каждый день в Российской Федерации более 100 человек заражается ВИЧ-инфекцией. Во всем мире от СПИДа уже погибло более 20 миллионов. Планета находится на пороге новой мировой войны, имя которой — эпидемия...

Международный автопробег «СПИД-СТОП!» был организован творческим коллективом телекомпании «Пресэксперт» при содействии и поддержке Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека РФ, Минздравсоцразвития РФ, Министерства образования и науки РФ, депутатов Государственной Думы Российской Федерации, международных организаций ООН. Автопробег, направленный на борьбу со СПИДом, благословил Патриарх Всея Руси Алексей II.

Генеральным спонсором акции стал фонд «Российское здравоохранение».

История этой уникальной акции началась в 2007 году, когда группа журналистов, музыкантов, врачей, активистов, представителей общественных организаций, людей, живущих с ВИЧ, преодолела маршрут в 15 000 км от Владивостока до Москвы с важной целью — внести свой вклад в дело борьбы с распространением ВИЧ-инфекции. Тогда в пятнадцати крупнейших российских городах прошли профилактические мероприятия: лекции для студентов средних и высших учебных заведений, круглые столы с участием представителей власти и общественности, пресс-конференции для журналистов, семинары для врачей и специалистов первичной профилактики, агитационные концерты звезд российской эстрады. Все эти люди объединили свои усилия, чтобы сказать: «СПИД-СТОП!»



По итогам 2007 года Всероссийский автопробег «СПИД-СТОП!» Владивосток–Москва был включен в Национальный доклад Российской Федерации на Генеральной ассамблее ООН как пример наилучшей практики в деле борьбы со СПИДом. Международной общественности была представлена специальная фотовыставка, посвященная российскому автопробегу.

В 2008 году к акции «СПИД-СТОП!» приняли решение присоединиться страны СНГ – Молдова, Украина, Беларусь, и автопробег приобрел статус международного. С 5 сентября по 5 октября 2008 г. колонна из семи караванов, на борту которых находилось более 70 человек, прошла путь от Нового Уренгоя до Сочи, от Северного Ледовитого океана до Черного моря, побывав в 11 городах России, а также в Киеве, Донецке, Кишиневе и Минске.

Цель автопробега «СПИД-СТОП!» – привлечь внимание как можно большего числа людей к проблеме ВИЧ/СПИДа, сформировать у молодежи установку на здоровый образ жизни, внимательное отношение к своему здоровью, толерантность к ВИЧ-положительным людям, живущим рядом.

Сегодня существует современная лекарственная терапия, способная продлить жизнь миллионам ВИЧ-инфицированных. Но нужно помнить и о том, что гораздо легче и дешевле предотвратить это опасное заболевание, нежели лечить его последствия. Поэтому главный девиз автопробега «СПИД-СТОП!» – протестируйся на ВИЧ, узнай свой статус! Это обращение к миллионам молодых людей, от которых зависит будущее страны.

Города-участники Международного автопробега «СПИД-СТОП!»: Новый Уренгой, Сургут, Нижневартовск, Нягань, Ханты-Мансийск, Тобольск, Орск, Волгоград, Ростов, Туапсе, Сочи, Донецк, Кишинев, Киев, Минск.

27 августа 2008 года колонна автопробега выехала из Москвы. В этот день на площади Евро-

пы состоялась торжественная церемония передачи флагов стран-участниц акции. Представители России, Украины, Молдовы, Беларуси прибыли в Москву, чтобы принять участие в церемонии, а затем отправиться в путь вместе с остальными участниками акции.

Какие же мероприятия проводились в городах следования автопробега? Прежде всего это проведение круглых столов по проблеме «Взаимодействие гражданского общества и органов власти в обеспечении универсального доступа к лечению ВИЧ-инфекции», с участием представителей администрации, заинтересованных министерств и ведомств, организаций и общественности, вовлеченных в проблему профилактики распространения ВИЧ/СПИДа среди населения Российской Федерации.

Цель каждого круглого стола – открытая дискуссия, в ходе которой участники могли обсудить вопросы обеспечения универсального доступа к лечению ВИЧ-инфекции и возможностях межведомственного сотрудничества в каждом конкретном регионе, поделиться практическим опытом ведения программ по профилактике ВИЧ. Задача – выявить существующие пробелы в области профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа, выработать конкретные шаги по решению существующих проблем и запланировать необходимые меры по улучшению ситуации по ВИЧ/СПИДу в регионе.

Опыт проведения круглых столов в 2007–2008 годах в 30 регионах РФ и странах СНГ свидетельствует о высокой эффективности подобных мероприятий с принятием ряда важных политических и экономических решений, способствующих кардинальному улучшению СПИД-сервиса в регионе.

Кроме того, в каждом городе проводились лекции для учащихся и тренинги для специалистов по первичной профилактике согласно программе, одобренной Министерством образования РФ. В 15 городах автопробега такие мероприятия прошли в средних и высших учебных заведениях. Надо отметить, что проведение тре-



нингов по первичной профилактике, а также тренингов по приверженности для врачей-инфекционистов — важное направление работы участников автопробега «СПИД-СТОП!». К работе привлекались тренеры, прошедшие специальную подготовку и обучение. Программа тренинга — однодневные семинары, рассчитанные на аудиторию до 20 человек. Основная задача таких образовательных мероприятий — донести информацию по первичной профилактике ВИЧ-инфекции до молодых людей, многие из которых даже не задумываются о том, что вирус может затронуть каждого из них. Интерактивная форма подачи информации сделала такие уроки интересными для учащихся. Откровенная беседа позволяла донести до слушателей личный опыт людей, реально столкнувшихся с этой проблемой. Основными вопросами бесед были: как защитить себя от ВИЧ; ВИЧ может коснуться любого человека; толерантное отношение к людям, живущим с ВИЧ.

Было проведено более 1000 лекций (охвачено более 30 тыс. учащихся), и в результате — более 400 положительных отзывов от учебных заведений. Согласно мониторингу и оценке, уровень знаний учащихся о ВИЧ после прослушанных лекции повысился в среднем на 75%.

Впервые в рамках международного автопробега проводилось социологическое исследование «ВИЧ-безопасность-2008», в котором оценивалась эффективность профилактических мероприятий «СПИД-СТОП!»: лекций для учащихся, семинаров для специалистов, проводилось анкетирование молодежи, посетившей агитационные концерты автопробега. Всего собрано более 25 тыс. анкет и опросных листов.

Самым ярким и зрелищным событием в рамках акции «СПИД-СТОП!» стали концерты с участием российских звезд эстрады, а также музыкальных коллективов Молдовы, Беларуси, Украины.

Помимо музыкальной составляющей концерты несли в себе информационно-просветительскую



Тренер-эксперт Игорь Пчелин

тельную нагрузку. Артисты со сцены обращались к молодежи с призывом пройти тестирование на ВИЧ, заботиться о своем здоровье. Ведущий концерта Алексей Лысенков рассказывал об основных путях передачи ВИЧ-инфекции. Такой способ донесения жизненно важной информации является одним из самых эффективных, поскольку эта информация поступает от артистов, которых знает и любит молодежь, к советам которых она прислушивается.

Накануне концерта происходила раздача пригласительных флаеров, на которых указывается дата и место концерта, а также информация о том, где можно пройти тестирование на ВИЧ и получить памятный подарок. Во время концерта раздавались просветительские брошюры о ВИЧ/СПИДе. Отличительная особенность — вовлечение широких слоев населения, включая те группы молодежи, которые, как правило, остаются в стороне от обычных профилактических мероприятий.

Посещаемость концертов в городах автопробега составила от 5 до 30 тыс. человек. В концертах «СПИД-СТОП!» приняли участие Максим



Лекция в средней школе



Спецвыпуск газеты «Шаги экспресс» — врачам и пациентам



В Кишиневе команда «СПИД-СТОП!» приняла участие в съемках ток-шоу



Ю. Непомнящих и А. Лысенков приняли участие в прямом эфире радио «Маяк»

Покровский и группа «Ногу свело», Юлия Чичерина, Влад Топалов, Евгений Феклисов и группа «Конец фильма», группа «День радио», певица Оксамыта (Киев), дуэт «Александра и Константин» (Минск), «Гындаумыщий», «Альтерносфера» (Кишинев).

На лекциях для молодежи, на концертах, в прессе – везде активисты, участники акции «СПИД-СТОП!» призывали молодежь проверить свой статус. Организаторами акции были подготовлены тысячи сувениров для всех, кто придет в дни автопробега в региональные СПИД-центры, чтобы пройти тестирование и получить консультацию специалистов. Несколько тысяч буклетов, брошюр, по профилактике

ВИЧ-инфекции, а также спецвыпуск газеты «Шаги экспресс» были розданы молодежи в рамках акции «СПИД-СТОП!».

И подводя итоги международного автопробега «СПИД-СТОП!» можно сказать, что более 30 тыс. учащихся прослушали лекции по первичной профилактике, обучено более 500 специалистов, в средствах массовой информации появилось несколько тысяч публикаций по проблеме ВИЧ-инфекции, агитационные концерты «СПИД-СТОП!» посетило около 500 тыс. человек, в несколько раз возросло количество людей, протестировавшихся на ВИЧ в региональных СПИД-центрах.



Команда активистов

25.08.08. В Новом Уренгое дан старт международному автопробегу «СПИД-СТОП!». Первым мероприятием автопробега стал круглый стол «Взаимодействие гражданского общества и органов власти в обеспечении универсального доступа к лечению ВИЧ-инфекции» с участием представителей администрации, заинтересованных министерств и ведомств, организаций и общественности, вовлеченных в проблему профилактики распространения ВИЧ/СПИДа.

Целью круглого стола была открытая дискуссия, в ходе которой участники обсудили вопросы обеспечения универсального доступа к лечению ВИЧ-инфекции и возможности межведомственного сотрудничества в Тюменской области, поделились практическим опытом ведения программ по профилактике ВИЧ.

Участниками круглого стола стали представители Уральского окружного СПИД-центра, фонда «Российское здравоохранение», ВО ЛЖВ, Департамента молодежной политики ЯНАО, представители администрации города Новый Уренгой и Городской думы, общественных организаций, СМИ, медики и т.д.

На заседании круглого стола прозвучала информация об эпидемиологической ситуации по ВИЧ/СПИДу в УрФО и ЯНАО, об исполнении программы «Развитие стратегии лечения населения РФ, уязвимого к ВИЧ/СПИДу» в рамках IV раунда Глобального фонда, проанализирован опыт международного сотрудничества в обеспечении универсального доступа к лечению ВИЧ-инфекции. Новоуренгойские специалисты поделились своими наработками по профилактике и лечению ВИЧ-инфицированных. Был отмечен положительный опыт работы городской больницы в этом направлении: здесь функционируют консультационно-диагностический кабинет и СПИД-лаборатория, оснащенные по последнему слову техники и укомплектованные высококвалифицированными специалистами.

Участники круглого стола включились в открытую дискуссию, в ходе которой поделились

практическим опытом ведения программ по профилактике ВИЧ. Была отмечена необходимость объединения всех сторон, заинтересованных в борьбе с эпидемией века – органов власти, медиков, ЛЖВ, общественности, педагогов.

После круглого стола состоялась пресс-конференция для местных средств массовой информации. Руководитель автопробега Юрий Непомнящих и представитель фонда «Российское здравоохранение» А. Панкратов отметили, что самое первое и значимое мероприятие акции – круглый стол – прошло плодотворно. «Наша главная цель – изменить отношение к проблеме ВИЧ-инфекции со стороны людей, принимающих решения», – отметили они.

Сама колонна машин, а это семь немецких автомобилей повышенной проходимости, так называемые дома на колесах, разрисованные символической автопробега, должны были прибыть в «газовую столицу» 3 сентября.

В течение трех дней в учебных заведениях города проводились тематические лекции. В числе волонтеров – победители различных всероссийских конкурсов, а также представители ЛЖВ. Они ставили задачу довести до молодежи информацию о ВИЧ/СПИДе, способах защиты от инфекции, а также о необходимости регулярной сдачи тестов на ВИЧ. «Эта процедура должна стать естественной, необходимой, модной», – говорили участники автопробега.

5 сентября на городской площади состоялся концерт с участием групп «Ногу свело», «Конец фильма», Юлии Чичериной, Влада Топалова и др. Зрителям раздавались полезные памятки, а также разнообразная сувенирная продукция. Кроме того, в течение трех дней шло непосредственное общение участников автопробега с ВИЧ-положительными людьми.

26.08.08. В Югре начались мероприятия, предваряющие прибытие в округ международного автопробега «СПИД-СТОП!». Круглый стол «Взаимодействие гражданского общества и органов власти в сфере профилактики и борьбы



Приглашение на концерт-акцию



Колонна автопробега на пути в Новый Уренгой

со СПИДом и инфекционными заболеваниями» прошел 26 августа в Сургуте.

Такие же круглые столы с участием представителей администраций прошли и в других городах Югры – Нижневартовске (27 августа) и Ханты-Мансийске (28 августа).

Колонна автопробега прибыла в Югру в начале сентября.

Справка. Ханты-Мансийский Автономный округ – Югра – один из 22 регионов, где реализуется программа «Развитие стратегии лечения населения РФ, уязвимого к ВИЧ/СПИДу» в рамках IV раунда Глобального фонда. Ханты-Мансийский автономный округ является основным нефтегазоносным районом России и одним из крупнейших нефтедобывающих регионов мира и лидирует по целому ряду основных экономических показателей. В связи с высоким уровнем жизни населения, несмотря на удаленность от центральных регионов России, округ стал и довольно большим рынком сбыта наркотиков, что послужило основной причиной стремительного распространения ВИЧ-инфекции в конце 90-х годов. В 2007 г. в Югре зарегистрировано 993 новых случая ВИЧ-инфекции, заболеваемость относительно 2006 г. снизилась на 0,8%, но продолжала превышать средний по стране показатель в 2,1 раза. Вследствие замедления темпов прироста кумулятивной заболеваемости в 2007 г. Югра по уровню распространенности ВИЧ-инфекции (на 100 тыс. населения) переместился с 6-го на 10 ранговое место среди субъектов Российской Федерации. Среди субъектов Уральского федерального округа Ханты-Мансийский округ (Югра) продолжал занимать второе место после Свердловской области.

30.08.08. «Темпы прироста ВИЧ-инфекции в Тюменской области за семь месяцев 2008 года составили 8%, в Уральском федеральном округе этот показатель равен 24%, в России – 9%, – сообщил главный врач СПИД-центра Александр Попков на заседании круглого стола «Взаимодействие гражданского общества и органов власти в обеспечении универсального доступа к лечению ВИЧ-инфекции», организованный в ходе международного автопробега «СПИД-СТОП!». – В последние годы снижается регистрация случаев ВИЧ-инфекции в областном центре, но растут цифры в муниципальных районах. По итогам первого полугодия 53% инфицированных – женщины, 48% – мужчины».

Также Александр Попков уточнил, что основными путями передачи ВИЧ остаются употребление наркотиков и беспорядочные половые связи. «Наиболее подвержена эпидемии группа людей от 19 до 24 лет – 30%, от 24 до 29 лет – 28%. С прошлого года областной СПИД-центр активно сотрудничает с фондом «Российское здравоохранение», реализующим программу Глобального фонда «Развитие стратегии лечения населения РФ, уязвимого к ВИЧ/СПИДу». В

рамках сотрудничества уже поставлены АРВ-препараты, расходные материалы для лабораторного оборудования, поддержаны проекты по созданию мультипрофессиональных команд, паллиативной помощи, работе с потребителями инъекционных наркотиков, созданию немедицинского сервиса; 38 пациентов, находящихся в местах лишения свободы на территории Тюменской области, получают АРВ-терапию по линии Глобального фонда. В сентябре 2008 года вводится в эксплуатацию второе поликлиническое отделение центра, где будут работать представители организаций и ВИЧ-инфицированные добровольцы, выступающие в роли равных консультантов. В борьбе с эпидемией XXI века необходимо консолидировать усилия не только федеральной, областной и муниципальных, но и международных программ, работающих на территории Российской Федерации», – сообщил Александр Попков.

01.09.08. О необходимости консолидации усилий всех ветвей власти и институтов гражданского общества в деле борьбы с эпидемией СПИДа говорили участники круглого стола в Уфе (Республика Башкортостан), который прошел в рамках международного автопробега «СПИД-СТОП!».

Как отметил заместитель премьер-министра Правительства Республики Башкортостан, министр труда и социальной защиты населения РБ Фидус Ямалтдинов, приостановить распространение эпидемии ВИЧ/СПИДа только силами медицинских работников «не представляется возможным». Для этого необходимо объединить усилия всех заинтересованных министерств и ведомств, общественных организаций.

«Единственное, что может остановить прогрессирующую эпидемию вируса иммунодефицита – это активная профилактическая работа среди молодежи», – так начали свое выступление организаторы международного автопробега «СПИД-СТОП!» продюсер Ю. Непомнящих и представитель фонда «Российское здравоохранение» А. Панкратов.

В Уфе мероприятия проходили с 1 по 19 сентября. В эти дни в рамках автопробега для старшеклассников и студентов, а также медицинских работников были организованы тренинги по проблеме ВИЧ-инфекции, семинары по первичной профилактике для специалистов, лекции в образовательных учреждениях и встречи с людьми, живущими с ВИЧ, пресс-конференции.

Из дневника участницы:

«1 сентября. Ура! Международный автопробег «СПИД-СТОП!» официально открыт! Сегодня в Сургуте прошел обучающий семинар для 18 лекторов из 4 стран: России, Украины, Молдавии и Белоруссии, которые будут проводить занятия по профилактике ВИЧ в учебных заведениях городов, вошедших в маршрут ав-

топробега. Поскольку все ребята уже имеют большой опыт проведения профилактических мероприятий, основное внимание на семинаре было уделено основным элементам занятий, которые они будут вести, а имеющие опыт участия в автопробегах лекторы поделились советами из личного опыта. Также сегодня был произведен технический осмотр автомобилей. Все недостатки устранены. Ребята к работе готовы. СТАРТ!»

Справка. По данным министерства здравоохранения Башкортостана, в Башкирии с начала 2008 г. выявлено 378 ВИЧ-инфицированных — 192 мужчин и 186 женщин. Заболеваемость по республике выросла в 1,1 раза, по сравнению с 2007 г. Всего в Башкирии, по данным на 1 мая 2008 года, на медицинском учете состояло 6378 ВИЧ-инфицированных, в том числе 4240 мужчин и 2138 женщин. Охвачено диспансерным наблюдением 5506 человек. От ВИЧ-инфицированных матерей с начала года родилось 79 детей, умерло — 98 человек. По-прежнему в зоне риска молодые люди от 15 до 30 лет. И как отмечают медики, эпидемия приобрела новый характер. Если раньше вирус иммунодефицита преобладал у людей, употребляющих наркотики, то сейчас болезнь все чаще передается половым путем, при этом страдают и дети.

04.09.08. В Российском агентстве международной информации «РИА Новости» состоялась пресс-конференция на тему: «Международный автопробег, посвященный борьбе со СПИДом «СПИД-СТОП!».

В пресс-конференции приняли участие: депутат Государственной Думы, первый заместитель председателя комитета Государственной Думы по безопасности Михаил Гришанков, заместитель начальника отдела Роспотребнадзора РФ Л.А. Дементьева, руководитель проекта «Международный автопробег СПИД-СТОП!» Ю. Непомнящих, представитель фонда «Российское здравоохранение» А. Панкратов, руководитель проекта «СПИД. Скорая помощь» А. Лысенков, председатель фонда «Шаги» И. Пчелин, певец и лидер группы «Конец фильма» Е. Феклистов.



«Один ВИЧ-инфицированный пациент, если верить западной статистике, наносит удар экономике страны в 1 млн долларов, — сказал руководитель проекта Юрий Непомнящих. — Это циничная цифра, но она есть. Эта цифра вполне относится сейчас и к России». Между тем, подчеркнул Ю. Непомнящих, «чтобы выполнить весь комплекс профилактических мероприятий среди молодежи, надо потратить всего 12 рублей на человека —

цифры несопоставимые. Каждый день в России выявляется 100–120 ВИЧ-положительных людей. И если не принимать сейчас меры, эта цифра не будет уменьшаться. В стране приняты беспрецедентные меры поддержки больных, в любом отдаленном уголке страны ВИЧ-инфицированные имеют право на бесплатное лечение, — продолжал Ю. Непомнящих. — В рамках национального проекта «Здоровье» идут поставки необходимых препаратов. В 2009–2010 годах из федерального бюджета на профилактику и борьбу с эпидемией выделено более 23 млрд рублей, удвоятся расходы на профилактику».

Ю. Непомнящих также высказал мнение, что решение проблемы распространения СПИДа лежит не столько в медицинской, сколько в социальной сфере. «У молодежи нет правила регулярно проходить тестирование, они не обладают информацией о современной антиретровирусной терапии. Необходимо, чтобы в каждую школу, в каждое училище страны пришли профессионалы, которые знают как вести профилактику, и тогда это заработает по-настоящему», — отметил он.



В свою очередь заместитель начальника отдела Роспотребнадзора Л. Дементьева отметила, что по-прежнему крайне остро стоит проблема с информированностью населения об инфекции. «Исследование, проведенное в мае 2008 года показало, насколько мало знают в России о СПИДе. По данным нашего исследования 40% опрошенных считают, что ВИЧ передается с укусом комара. Также, по данным наших исследований, в последнее время на 7% снизилась толерантность населения к ВИЧ-инфицированным. За 7 месяцев нынешнего года в России зарегистрировано 30 тыс. новых случаев ВИЧ-инфекции. Это несмотря на то, что в стране работают 418 профилактических программ по борьбе со СПИДом». По ее словам, из общего числа профилактических программ половина приходится на работу в группах риска, половина — на самих ВИЧ-инфицированных. «Мы убеждаем людей в необходимости лечения, рассказываем об антиретровирусной терапии», — сказала Л. Дементьева.

«Наши поездки по регионам говорят о том, что отчитаться мы можем очень красиво — лучше всех в мире. Но конкретное содержание, конкретная помощь не всегда стоят за этими отчетами, — сказал депутат Госдумы М. Гришанков. — Вот «СПИД-



«Шаги профессионал» № 5, 2008

СТОП!» — это действительно эффективная программа, и слава богу, что у нас сейчас есть деньги на реализацию таких программ. Но не надо забывать, что большая часть финансирования таких программ — это не бюджетные деньги, это — деньги общественных зарубежных организаций и фондов. Завтра международная помощь будет прекращена, и мы окажемся в дыре по финансированию, поэтому эти расходы надо закладывать в бюджет уже сегодня на 2009–2010 годы, выделять дополнительное финансирование в регионы, так как львиную часть работы проводят именно неправительственные организации на местах».



«Та работа, которую мы делали в статусе добровольцев на пробеге в прошлом году в тестовом режиме, теперь стала одним из самых главных мероприятий в рамках акции «СПИД-СТОП!», — сказал председатель фонда «Шаги» И. Пчелин. — Речь идет об уникальном опыте лекций, которые проводят

ВИЧ-положительные лекторы в учебных заведениях в городах. Лекции имеют очень большой эффект. Лектор — молодой человек или девушка, обычно не старше тех 30–40 человек, перед которыми он/она выступает. Он открывает слушателям свой статус, и разговор происходит совершенно искренний, очень близкий, доверительный контакт. Молодые люди могут сказать то, что они никогда не осмелятся сказать или спросить у родителей или учителей. У организаторов акции есть более 400 благодарственных писем из школ, училищ, других учебных заведений, просто от молодых людей из городов, где проводились такие лекции. Также важная тема акции — лекции среди медработников и представителей служб, работающих с ЛЖВ, о приверженности терапии, о важности работы среди инфицированных. Много работы ведется по борьбе с дискриминацией ВИЧ-положительных. Работает «Горячая линия», ВИЧ-положительные ребята во всех регионах страны готовы выслушать и помочь решить проблемы людей, столкнувшихся с ВИЧ».



«Мы видим три основные задачи СМИ, журналистов по профилактике, — сказал телеведущий А. Лысенков. — Первая — информирование молодежи о путях распространения, путях передачи ВИЧ. Тут до анекдотических ситуаций доходит. До сих пор многие считают, что СПИД передается комарами. Как-

то раз в одном из городов мы отправили коман-

ду опрашивать прохожих — «Передается ли СПИД с комарами?» и 80% ответили, что да, передается, а 20% ответили, что нет, потому что комар кусает всего один раз в жизни. На самом деле ситуация не такая смешная. О том, как можно заразиться ВИЧ, у нас никто не знает. Если вы, умные журналисты, знаете, то это не значит, что все кругом обладают этим знанием. Об этом нужно говорить и говорить постоянно. Вопрос только в форме подачи, ее, конечно, нужно найти. Сделать тему интересной для зрителей и читателей. И вот это уже — гражданский долг журналиста.

Вторая задача — воспитание и пропаганда здорового образа жизни. В 90-е годы была ужасная мода на наркотики, теперь ситуация меняется: модны фитнес-клубы, спорт, даже трансляции Олимпиады влияют на ситуацию — и это очень важно.

Третья задача — борьба со стигмой и дискриминацией по отношению к ВИЧ-инфицированным. Страшная проблема мракобесия, но не говорить о ней нельзя — и это тоже наша прямая задача».

Отвечая на вопросы журналистов, Ю. Непомнящих рассказал, что в этом году с заявками на проведение международного автопробега к ее организаторам обратились 13 городов из 8 регионов России, а также Украина, Молдова, Беларусь. В этом году в проекте принимают участие Москва, Новый Уренгой, Сургут, Нижневартовск, Ханты-Мансийск, Тобольск, Тюмень, Ишим, Уфа, Орск, Волгоград, Ростов, Туапсе, Сочи, Донецк, Кишинев, Киев, Минск. «Орск — город, который больше всего пострадал от ВИЧ-инфекции, — сказал Ю. Непомнящих, — он находится на границе с Казахстаном, в нем работает металлургический комбинат, есть деньги, много приезжих рабочих и большой наркотрафик через границу. Только по официальной статистике там сейчас 4% от всего населения ВИЧ-положительны (и это только официальная статистика). Мы специально в этом году особенно активно будем работать в этом городе — наша цель дойти до всех учебных заведений, охватить как можно больше детей. Каждая такая лекция имеет прямой, незамедлительный эффект. Вопрос о приверженности также очень важен. Есть регионы, где до 60% от инфицированных отказываются от ВИЧ-терапии. А что это значит? Например, в одном из городов нам рассказали такой случай — там недавно умерло двое младенцев только из-за того, что их родители не были достаточно настойчивы в приеме АРТ. И это несмотря на то, что их постоянно опекали и сотрудники СПИД-центра и активисты местного общества ЛЖВ. Недостаточная приверженность ведет к смерти, и это должны понимать все.

У нас в рамках акции этого года прошло уже 8 круглых столов с руководством 8 регионов — и это очень эффективная работа. Вот всего два

примера – по итогам пробега прошлого года губернатор Тюменской области принял решение в 17 раз увеличить финансирование профилактических программ по борьбе с ВИЧ. Губернатор Иркутской области принял решение, чтобы в бюджет каждого из муниципальных образований была заложена отдельная статья по профилактике СПИДа, и такая инициатива происходит повсеместно в городах пробега», – закончил свою речь Ю. Непомнящих.

План проведения мероприятий автопробега предусматривает проведение круглых столов с политической элитой регионов, просветительские мероприятия (семинары, тренинги в учебных заведениях), тренинги для врачей-инфекционистов, бесплатное тестирование на ВИЧ всех желающих в дни проведения акции в городах, встречи с людьми, живущими с ВИЧ.

Колонна автомашин уже прибыла в Новый-Уренгой, где проводились тренинги, семинары, лекции, встречи с ЛЖВ; 5 сентября на центральной площади Нового Уренгоя запланирован первый концерт-акция «СПИД-СТОП!».

После двух дней с начала автопробега «СПИД-СТОП!» по телефону удалось связаться с представителями двух команд, которые на тот момент находились в городах Сургут и Новый Уренгой, и получить краткий обзор о проделанной работе.

Первая команда сообщила из Сургута, что за два дня каждый из семи лекторов провел по три лекции в объеме полутора часов каждая (всего 21 лекция, 31,5 часа). Лекции проходили среди учащихся 10–11 классов и в средних образовательных учреждениях (СУЗах). Был проведен тренинг для тренеров. Одна из лекций прошла в училище с православным уклоном. По результатам работы стоит отметить только положительные отзывы с просьбами повторного проведения тренингов и лекций, с большим объемом по часам и информации. Также поступил запрос о необходимости подготовки 4-х лекторов для работы на постоянной основе в городе.

Вторая команда сообщила из Нового Уренгоя. Эту команду сопровождали все четыре местных телеканала, которые снимали все мероприятия и особенно лекции, проходившие в выпускных классах школы и СУЗах. Все мероприятия своевременно транслировались в СМИ и только «ленивый» не знал о проведении мероприятий автопробега «СПИД-СТОП!» в этом городе. За два дня 10 лекторами было проведено по 3 лекции в объеме 1–1,5 часов каждая (всего 30 лекций и около 37,5 часов в среднем). В результате проделанной работы в городе Новый Уренгой получены как положительные отзывы, так и просьбы для проведения лекций с охватом младших классов. Все тренинги и лекции были востребованы.

Из дневника участницы:

«3–4 сентября. В образовательных учреждениях Сургута прошли первые лекции из программы автопробега. Работу вели 7 лекторов 1-го экипажа, остальные экипажи и лекторы трудились в Новом Уренгое. В основном в Сургуте ребята работали в выпускных и старших классах среднеобразовательных, а также вечерних школ и профессиональных училищах. За два рабочих дня в Сургуте первой командой было проведено 42 полуторачасовых семинара, которые прослушали 1680 подростков. Эмоции на высочайшем уровне.

Екатерина Т.: «После каждой лекции появляется ощущение, что наша работа – работа лектора по первичной профилактике ВИЧ/СПИДа – необходима для подростков. Уже на первых лекциях было видно, что данная проблема им небезразлична, и я – тот человек, у которого они могут получить информацию, которую пока не решились бы спросить, например, у родителей. Ни одна лекция не проходит без обсуждения каких-либо реальных ситуаций. Это здорово, что я могу поделиться опытом с ними и дать достоверную информацию».

Так что «первый блин» не был комом! На каждый проведенный семинар, получен отзыв учебного заведения и на некоторые – отзывы аудитории. Все отзывы положительные с наилучшими пожеланиями».

На то время первая команда прибыла в город Нижневартовск, а вторая – продолжала работу в городе Новый Уренгой.

08.09.08. В Нижневартовске в рамках международного автопробега «СПИД-СТОП!» проходит бесплатное тестирование населения на ВИЧ. Колонна автопробега прибыла сюда 5 сентября, работа лекторов и тренеров проводилась до 9 сентября, когда на центральной площади города состоялся концерт-акция «СПИД-СТОП!». В рамках акции в Нижневартовском СПИД-центре каждому желающему предлага-



Тренер-доброволец

лось дотестовое консультирование и возможность пройти бесплатное обследование на ВИЧ, узнать свой статус и получить памятные подарки. По данным центра за первую неделю акции добровольно обследовалось 162 человека. До проведения акции «СПИД-СТОП!» в среднем обследовалось 34 человека. Рост обращаемости добровольного обследования на ВИЧ составил 78%. «Такой организации профилактической работы на территории России нет больше нигде, — отметила главный врач СПИД-центра Татьяна Лощева. — Высокий положительный результат достигнут благодаря высококвалифицированной работе специалистов Нижневартковского СПИД-центра, лаборатории, оснащенной по последнему слову техники, а также авторским профилактическим программам. В штате центра работают семь психологов и два социальных педагога».

Справка. По данным центра в Нижневартковске за период с 1996 г. зарегистрировано 1177 случаев ВИЧ-инфекции. По степени распространенности инфекции среди населения город занимает 17 место среди 22 административных территорий Ханты-Мансийского АО — показатель кумулятивной заболеваемости на 100 тыс. населения — 480,4, что в 1,6 раза ниже, чем в среднем по ХМАО.

10.09.08. Ростов-на-Дону стал одной из остановок Международного автопробега «СПИД-СТОП!». «Эта акция проходит по причине быстрого роста числа лиц в России, живущих с ВИЧ-инфекцией (ежегодно регистрируется 38—39 тыс. новых случаев), и приоритета профилактики в решении проблемы ее распространения», — заявила 10 августа на круглом столе «Взаимодействие гражданского общества и органов власти в обеспечении универсального доступа к лечению и профилактике ВИЧ-инфекции» главный врач СПИД-центра Ростовской области, доктор медицинских наук Е. Бекетова. — По данным центра, нет ни одного учебного учреждения в Ростовской области, где бы не было

ВИЧ-инфицированных студентов, как нет ни одного предприятия из 200 тыс. работающих на Дону, где бы ни работал человек с ВИЧ-инфекцией. Это уже затрагивает трудовые и мобилизационные ресурсы страны, если принять тот факт, что страна находится в демографическом кризисе», — считает Е. Бекетова.

По приросту заболеваемости (10%) Россия сегодня занимает первое место среди стран Центральной и Восточной Европы и Центральной Азии. А в Ростовской области количество вновь выявленных ВИЧ-инфицированных в 2007 г. (432) превысило показатель 2006 г. (299) на 44%.

Всего в Ростовской области на 1 сентября с.г. зарегистрировано 4224 ВИЧ-инфицированных (среди которых 145 детей), с начала года с ВИЧ-инфекцией выявлено 283 человека.

Эпидемия ВИЧ/СПИДа все больше поражает женщин. В 2007 г. их количество превысило половину от всех инфицированных в Ростовской области. Как заметила Е. Бекетова, «ежегодно увеличивается и количество ВИЧ-инфицированных женщин, которые рожают детей, и это означает, что выбрана правильная тактика подготовки таких женщин к материнству».

Круглый стол в Ростове стал одним из самых представительных по числу участвующих в нем представителей власти. В числе участников — вице-губернатор Ростовской области А. Бедрик, министр здравоохранения Ростовской области Т. Быковская, начальник Управления федеральной миграционной службы России по Ростовской области В. Солодовников, начальник ГУВД Ростовской области, генерал-лейтенант милиции А. Белозеров, руководитель Управления федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ростовской области М. Соловьев, министр физической культуры и спорта Ростовской области С. Горбунов, министр общего и профессионального образования области И. Гуськов, министр труда и социального развития области Е. Скидан, министр культуры области С. Васильева, начальник Управления информации и монито-



Главный врач СПИД-центра Татьяна Лощева (в центре)



Выступает главный врач областного СПИД-центра Е. Бекетова (в центре)



Вице-губернатор Ростовской области А. Бедрик и министр здравоохранения Ростовской области Т. Быковская

ринга администрации области М. Поюрова, президент Союза работодателей Ростовской области С. Рызенко, президент Торгово-промышленной палаты Ростовской области Н. Присяжнюк, начальник медицинского отдела Главного управления по Ростовской области Федеральной службы исполнения наказаний Л. Жабин.

12.09.08. Участники автопробега «СПИД-СТОП!» прибыли в Тобольск (Тюменская область). В этот же день прошла пресс-конференция участников с представителями городских и региональных СМИ. Стоит отметить, что Тобольск в качестве одного из городов-участников был выбран не случайно. По словам главного врача Тюменского областного СПИД-центра Александра Попкова, город занимает второе место в области по количеству ВИЧ-инфицированных. «Конечно, нам было бы удобнее работать в Тюмени, как и в прошлом году. Но сегодня в Тобольске не очень хорошая ситуация по ВИЧ-инфекции, а город является экономически важной зоной. В целом, если говорить о Тюменской области, сегодня инфицировано 0,7% населения региона. В то же время радуется, что темп прироста количества инфицированных в Тюменской области ниже, чем в целом по УрФО и России», — рассказал Александр Попков. Он добавил, что Тюменская область заинтересована в участии в подобных мероприятиях, тем более, если они помогают повысить информированность населения.

Во время пребывания в Тюменской области участники автопробега провели занятия с врачами и встретились с ВИЧ-инфицированными горожанами. В школах, средних учебных заведениях, вузах для старшеклассников и студентов они прочитали лекции и провели тренинги. В медицинских учреждениях прошло бесплатное тестирование на ВИЧ всех желающих. Сдавшие анализ получили футболки с эмблемой акции «СПИД-СТОП!» и другие сувениры от организаторов.

Накануне в микрорайонах Сумкино, Иртышский, Менделеево в Тобольске, а также у торговых центров «Плаза», «Наша марка», «Ильинский», в Александровском саду появились плакаты с логотипами автопробега. Участники автопробега знакомили жителей Тобольска с мерами по профилактике ВИЧ-инфекции и раздавали просветительскую литературу.

В субботу 13 сентября, в 18:00 на площади у ДК «Синтез» начался грандиозный концерт с участием звезд российской эстрады — Юлии Чичериной, Влада Топалова, Максима Покровского. Непременный атрибут акции — раздача просветительских материалов, направленных на улучшение информированности населения по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции, особенно среди молодежи российских регионов. В перерывах между выступлениями артистов ведущий концерта Алексей Лысенков рассказывал молодежи о том, как защитить себя от ВИЧ. «В каждом из городов такие концерты позволяют собрать многотысячную аудиторию. Пользуясь популярностью артистов, я как ведущий разговариваю с аудиторией и рассказываю элементарные вещи. Это значительно повышает информированность населения, особенно молодежи», — рассказал Алексей Лысенков.

15.09.08. В администрации г. Орска (Оренбургская область) состоялось заседание круглого стола, посвященное международному автопробегу «СПИД-СТОП!». Руководитель автопробега Ю. Непомнящих подчеркнул, что Орск не случайно попал в список городов, охваченных автопробегом. На сегодняшний день в Орске официально зарегистрированы 7327 ВИЧ-инфицированных, что составляет около 3% всего населения. Этот показатель в 8 раз превышает среднеобластной и в 10 раз — среднероссийский. Помимо этого, Оренбургская область находится в десятке лидеров по числу ВИЧ-инфицированных.

Обсуждая проблемы распространения ВИЧ-инфекции в городе, главный врач СПИД-центра Е. Купчик привел в пример столицу, где всех студентов перед зачислением в вуз просят пройти тестирование на ВИЧ, а в некоторых странах Азии это является обязательным перед вступлением в брак. Кроме того, Купчик предложил увеличить финансирование и выделить деньги на доплаты медперсоналу, занимающемуся работой с ВИЧ-положительными людьми. Присутствовавший на заседании глава города Ю. Берг пообещал вынести эти вопросы на заседание горсовета.

На круглом столе прозвучали и другие предложения. В частности, собравшиеся были практически единодушны в том, что профилактику ВИЧ-инфекции в городе нужно начинать еще с детского сада, продолжать в школах и вузах. Между тем руководитель автопробега Ю. Непомнящих отметил, что, судя по опросам общественного мнения, в Орске нет дискриминации

ВИЧ-инфицированных. Орчане довольно терпимо относятся к таким людям.

Из путевых заметок Вячеслава Цуника, участника автопробега: «Сейчас работаем в Орске, самом пораженном городе России. Не ожидал, но результаты пробега в этом году впечатляют даже меня. Представьте, только в одном городе наша команда из восьми тренеров за два дня проводит не менее 42-х полуторачасовых тренировок для молодежи, в основном в низкопороговых учебных заведениях, охватывая более 1500 человек участников. Анкетирование на входе показывает очень низкий уровень осведомленности. На выходе — более 80% знают пути передачи вируса, поступки, опасные в плане возможности инфицирования, и понимают, что, в основном, все зависит от самого человека и он сам может себя защитить от ВИЧ, правильно моделируя свое поведение. Так же у молодежи появляется понимание, как себя вести, если близкий человек по каким-либо причинам инфицировался. В плане профилактики и толерантного отношения к ЛЖВ, это очень сильное мероприятие в рамках России. Наша команда из восьми человек (семь россиян и один из Беларуси), занимаемся образовательными мероприятиями, идем на три дня пути впереди основной колонны, поэтому наш экипаж называют «спецназ пробега». Завтра выезжаем в Волгоград, за полутора суток надо пройти 1700 км».

20.09.08. Международный автопробег «СПИД-СТОП!» прибыл в Волгоград. В этот день участники акции посетили восемь средних специальных учебных заведений города, где прочли лекции о формировании толерантного отношения к ВИЧ-инфицированным и способах профилактики заболевания.

Такие же встречи с волонтерами автопробега прошли и в восьми волгоградских школах. Одновременно в Волгоградском институте молодежной политики и социальной работы, а также в областном СПИД-центре прошли семинары для специалистов.

На площади Павших борцов состоялся гала-концерт с участием звезд российской эстрады: Юлии Чичериной, Влада Топалова и группы «Конец фильма».

Справка. В начале сентября глава администрации Волгоградской области Н. Максютя подписал постановление о подготовке и проведении в регионе Международного автопробега «СПИД-СТОП!». Был утвержден состав организационного комитета. Его возглавил первый вице-губернатор Ю. Сизов. В эту структуру также вошли представители администрации региона из комитетов по здравоохранению, образованию, областного СПИД-центра. В настоящее время в Волгоградской области зарегистрировано 6069 ВИЧ-инфицированных, из них 5721 — взрос-

лые, 263 — подростки, 85 — дети. Большая часть выявленных ВИЧ-инфицированных — молодые люди в возрасте от 15 до 30 лет.

29.09.08. В Донецке (Украина) в парке культуры и отдыха имени Щербакова в рамках международного автопробега «СПИД-СТОП!», посвященного борьбе со СПИДом, состоялся концерт с участием звезд российской эстрады — Юлии Чичериной, Влада Топалова, Евгения Феклистова, группы «Конец фильма» и группы «День радио». Вел концерт Алексей Лысенков. Отечественные звезды, не полагаясь на медиков и политиков, решили взять здоровье нации в свои руки. «Отпетые рокеры» теперь не только против наркотиков, но и объявили войну СПИДу.

«Музыка не знает границ. Мы хотим с помощью этой силы победить, остановить вирус, который ставит барьеры между людьми, — говорит Евгений Феклистов, солист группы «Конец фильма».

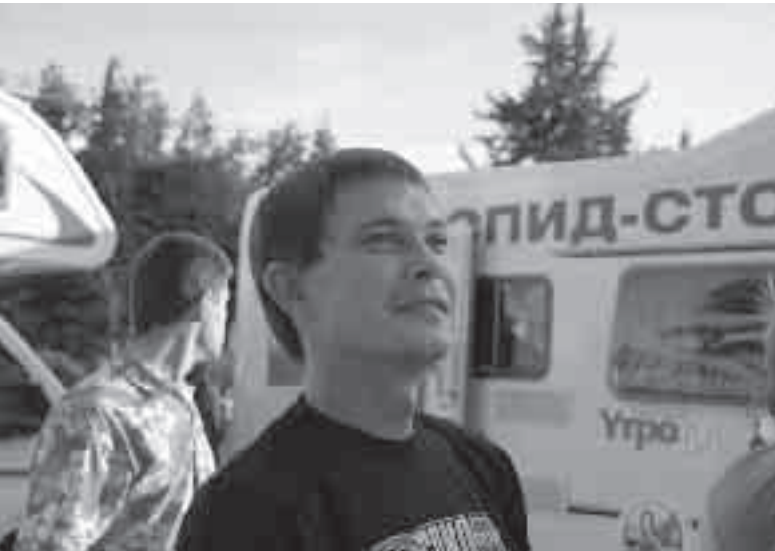
Справка. В Украине ежедневно от СПИДа умирают 6 человек, а 120 ставят на учет как ВИЧ-инфицированных. По данным областного СПИД-центра, сейчас в Донецком регионе оперативно выявлено 42 326 ВИЧ-инфицированных, официально зарегистрировано среди местного населения 28 773 ВИЧ-инфицированных (показатель на 100 тыс. — 625,27). Но эту цифру можно смело умножить на 3, а то и на 5, считают специалисты. Причем 65% заболевших — возрастная категория до 39 лет. «Украинская столица ВИЧ/СПИДа» находится в Мариуполе.

02.10.08. Столица Молдовы стала одним из 17 городов-участников международного автопробега «СПИД-СТОП!». В рамках акции в Кишиневе прошли тренинги для врачей, семинары



Поет Юлия Чичерина

Автопробег-2008





по первичной профилактике ВИЧ/СПИДа, пресс-конференции, лекции в 8 учебных заведениях. «Проблема распространения ВИЧ-инфекции носит глобальный характер, в Молдове насчитывается более 4500 носителей вируса. Почти 82% среди заболевших и зараженных — лица от 20 до 39 лет. Министерство здравоохранения ведет постоянный мониторинг ситуации», — сказал заместитель министра здравоохранения Республики Молдова Б. Головин.

«Необходимо более активно включать молодежь в борьбу с ВИЧ/СПИДом, — отметил директор национального научно-практического центра превентивной медицины Олег Бенеш. — Первичная профилактика — самый действенный способ борьбы с этим заболеванием. Сейчас регистрируем небольшое, но постоянно увеличивающееся число заболевших в республике. Инфекция распространяется уже не только в группе риска, заразиться может каждый».

04.10.08. Обратить внимание киевлян на проблему распространения ВИЧ/СПИДа пытались участники акции «Международный автопробег «СПИД-СТОП!». Во время специально организованной пресс-конференции в мэрии шла речь об актуальности проблемы ВИЧ/СПИДа для Украины в целом и для ее столицы, в том числе. Как отметил начальник Главного управления по делам семьи и молодежи С. Березенко, в Киеве при поддержке городской власти



Ведущий концертов автопробега Алексей Лысенков

развивается сеть доступных адресных социальных услуг детям, молодежи, семьям, которых коснулись проблемы ВИЧ/СПИДа. Эти услуги предоставляются специалистами государственных учреждений, ВИЧ-сервисных общественных организаций. По словам С. Березенко, в последнее время количество ВИЧ-инфицированных детей, молодежи в возрасте до 35 лет непрерывно увеличивается. «Комплекс соци-



Основные зрители концертов — молодежь

альных проблем, с которыми сталкиваются дети, молодые люди, которые живут с ВИЧ/СПИДом и члены их семей, определяет и комплексный подход к их решению», — отметил Сергей Березенко. В частности, специалистами социальной работы по общим городским программам, которые реализовываются Киевским городским центром социальных служб для семьи, детей и молодежи и Всеукраинской благотворительной организацией «Всеукраинская сеть людей, живущих с ВИЧ/СПИДом», была предоставлена адресная социальная поддержка и помощь 4713 киевлянам, живущим с ВИЧ/СПИДом и членам их семей (социальное сопровождение, психологическая помощь семьям ЛЖВС, педагоги и т.д.).

С. Березенко также отметил, что Киевским городским головой приняты принципиальные решения о создании и обеспечении работы государственных коммунальных учреждений «Центр для ВИЧ-инфицированных детей и молодежи», которая существенно поможет расширить инфраструктуру доступных бесплатных социальных услуг. В 2007 году были проведены соответствующие ремонтные работы и приобретено оборудование, необходимое для обеспечения жизнедеятельности учреждений. В мае 2008 года были официально открыты городские коммунальные учреждения «Киевский городской левобережный центр для ВИЧ-инфицированных детей и молодежи» и «Киевский городской правобережный центр для ВИЧ-инфицированных детей и молодежи».

05.10.08. Автопробег прибыл в Минск. Во время белорусской части автопробега в Минске состоялся круглый стол «Взаимодействие гражданского общества и органов власти в сфере профилактики и борьбы со СПИДом», а также тренинг для врачей-инфекционистов по вопросам приверженности к лечению людей, живущих с ВИЧ. Также в учреждениях образования страны прошли лекции на тему профилактики ВИЧ/СПИДа.

В день прибытия участников автопробега в столицу Беларуси, состоялся концерт с участием звезд российской и белорусской эстрады. В нем приняли участие Юлия Чичерина, Влад Топапов, группа «Конец фильма», а также белорусские исполнители — группа «J:Морс» и дуэт «Александра и Константин».

В мероприятиях автопробега «СПИД-СТОП!» принимает участие и Белорусское сообщество людей, живущих с ВИЧ. Ранее Восточноевропейское и Центральноазиатское объединение организаций ЛЖВ, в состав которого входит и Белорусское сообщество ЛЖВ, обратилось с заявлением к президентам Молдовы, Украины и Беларуси. В нем, в частности, содержалась просьба способствовать проведению автопробега «СПИД-СТОП!»: «Мы уверены в том, что поддержка акции на высочайшем уровне внесет неоценимый вклад в преодоление эпидемии ВИЧ/СПИДа в России, Молдове, Украине и Беларуси». Также было обращено внимание на тот факт, что данная акция «была оценена как лучшая модель в странах Восточной Европы по проведению кампаний профилактики и борьбы со стигмой и дискриминацией и оценена международными экспертами в качестве лучшего опыта в выше-названном направлении».

В Беларуси реакция последовала незамедлительно — по согласованию с администрацией президента был создан оргкомитет автопробега, прошло его заседание, розданы поручения.

Справка. В Беларуси, по информации отдела профилактики ВИЧ/СПИДа Республиканского центра гигиены, за 8 мес. 2008 г. выявлено 545 ВИЧ-инфицированных (за 8 мес. 2007 г. — 648). На 1 сентября зарегистрировано 9282 случая ВИЧ (на 100 тыс. населения — 95,8). За январь—август текущего года в Минске зарегистрирован 81 случай ВИЧ-инфекции (4,5 случая на 100 тыс. населения); из них — 43 женщины (53,1%) и 38 мужчин (46,9%). Доминирующим явился гетеросексуальный путь передачи ВИЧ-инфекции — 67,9% (55 человек). В результате инъекционного употребления наркотических веществ инфицировано 30,9% (25 человек).



1 декабря – Всемирный день борьбы со СПИДом

**Пресс-конференция руководителя Федеральной службы по надзору
в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека,
главного государственного санитарного врача Российской Федерации**

Геннадия Григорьевича Онищенко

«1 декабря 2008 года – Всемирный день борьбы со СПИДом»

24 ноября 2008 года, Москва

Пресс-релиз

Всемирная кампания борьбы против распространения эпидемии ВИЧ-инфекции в 2007 и 2008 годах проходит под девизом – «Проявить инициативу, остановить СПИД, выполнить обещания!»

На 2008 год тема Всемирного дня борьбы со СПИДом определена так: «Быть в первых рядах, предоставить возможности, справиться с делом», как продолжение темы прошлого года – «Лидерство».

Тема лидерства дает возможность подчеркнуть важность политических инициатив, необходимых для выполнения обязательств по осуществлению мер противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа, в частности, обещания обеспечить всеобщий доступ к профилактике, лечению, уходу и поддержке ВИЧ-инфицированных к 2010 году.

Одним из важнейших направлений государственной политики Российской Федерации является сохранение здоровья населения и снижение уровня смертности. В этой связи особое значение приобретает противодействие глобальному распространению эпидемии ВИЧ/СПИДа, ежегодно уносящей до трех миллионов жизней.

Последние три года вопросы противодействия распространению эпидемии ВИЧ-инфекции в России решаются в рамках Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения по направлению «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ».

В 2008 году работа с населением по профилактике ВИЧ-инфекции проводилась по трем основным направлениям:

- мероприятия, направленные на информирование и обучение населения средствам и ме-

тодам профилактики ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С с использованием всех средств массовых коммуникаций;

- мероприятия, направленные на профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку;

- мероприятия, направленные на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции среди наиболее уязвимых групп населения.

В целях повышения уровня информированности населения по вопросам ВИЧ-инфекции была проведена широкомасштабная информационная кампания с привлечением региональных каналов телевидения во всех субъектах Российской Федерации. Создана серия из трех видеороликов, которые были размещены на региональных телеканалах в июне–августе. С 1 июня проводится рекламная кампания по размещению стикеров формата А4 в вагонах пригородных и междугородних электропоездов в 54-х областях Российской Федерации с охватом 5213 станций. Работает круглосуточная государственная всероссийская бесплатная горячая линия по вопросам ВИЧ/СПИДа, проконсультировано более 40 тыс. человек. Созданы и размещены на канале REN TV-6 телепередача в формате сериала «СПИД. СКОРАЯ ПОМОЩЬ» и др.

В рамках национального проекта продолжается эффективное взаимодействие с Министерством обороны Российской Федерации. Обучено и подготовлено для работы в качестве тренеров по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции 189 военно-медицинских специалистов и офицеров, 3177 военнослужащих, в том числе курсантов военных училищ и воспитанников суворовских и нахимовских училищ. Работа проводилась в частях Северо-Кавказского, Приволжско-Уральского, Московского, Ленинградского военных округов.

В 2008 г. акцент в работе, направленной на профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку, сделан на определение уровня общей готовности медучреждения к работе по профилактике передачи ВИЧ-инфекции. В этом проекте участвовали родильные дома, женские консультации, детские поликлиники в 20 субъектах страны. Высокую оценку экспертов заслуженно получили перинатальный центр Сургута и родильный дом № 4 Калининграда.

В целях выполнения обязательств по улучшению доступа к лечению, социальной поддержке и уходу при ВИЧ-инфекции, особое внимание уделялось развитию программ по паллиативной помощи и приверженности к лечению антиретровирусной терапией. Всего по этому направлению в настоящее время реализуется 133 программы, в том числе 50 в рамках Приоритетного национального проекта. Результатом работы стало снижение числа отказов в приеме терапии. Так, если в 2006–2007 гг. прерывали терапию 8–10% начавших лечение, то среди участников проектов процент прервавших лечение снизился до 5%.

По результатам работы в рамках Приоритетного национального проекта с целью выявления ВИЧ-инфекции в 2006 г. обследовано – 21 656 763 человек, в 2007 г. – 23 821 362, за 10 мес. 2008 г. – 20 344 749 человек.

Находились на диспансерном наблюдении в 2006 г. – 231 331 чел. (76% состоящих на учете в СПИД-центрах), в 2007 г. – 251 515 чел. (78,5%), в течение 10 мес. 2008 г. наблюдалось в СПИД-центрах 255 436 ВИЧ-инфицированных (81,3%).

Получали антиретровирусную терапию в 2006 г. – 14 433 ВИЧ-инфицированных, в 2007 г. – 30 526, на 1 ноября 2008 г. – 54 948 чел., в т.ч. за счет Приоритетного национального проекта – 37 203 человек.

Процент охвата всеми видами химиопрофилактики ВИЧ-инфицированных беременных женщин в 2006 г. составлял 58%, в 2007 г. – 90%, по итогам 10 мес. 2008 г. – 93,5%.

Получили полный курс химиопрофилактики (во время беременности, родов и ребенку) в 2006 г. 70,9% ВИЧ-инфицированных беременных, в 2007 г. – 72,5%, за 10 мес. 2008 г. – 80%.

Получали курс антиретровирусной терапии в 2008 г. 1923 детей, из 1984 нуждающихся в лечении (96%).

Вместе с тем, несмотря на предпринимаемые усилия, в стране пока еще не удалось переломить ход развития эпидемии ВИЧ-инфекции. Количество зарегистрированных ВИЧ-инфицированных лиц продолжает увеличиваться. За 10 мес. 2008 г. вновь выявлено 33 732 случая ВИЧ-инфекции. К настоящему времени общее число ВИЧ-инфицированных в Российской Федерации превысило 448 тыс., показатель распространенности на 100 тыс. населения составляет почти 0,3% населения страны.

Наиболее сложная ситуация сложилась в Москве, Санкт-Петербурге, Свердловской, Самарской, Московской, Иркутской, Челябинской, Оренбургской, Ленинградской, Кемеровской областях, Ханты-Мансийском АО. Число инфицированных ВИЧ в этих регионах составляет 61,2% от общего числа зарегистрированных по стране.

Ведущим путем передачи ВИЧ-инфекции продолжает оставаться инфицирование при парентеральном употреблении наркотиков (в среднем 65%). Эпидемия сосредоточена в наиболее молодой, дееспособной и максимально активной (в том числе, и в демографическом отношении) части населения. Свыше 80% ВИЧ-инфицированных составляют лица от 15 до 30 лет. Вместе с тем, начиная с середины 2007 г., среди вновь выявляемых случаев ВИЧ-инфекции начала значительно увеличиваться доля лиц в возрасте старше 30 лет. Отмечается стойкая тенденция роста случаев ВИЧ среди женщин, также – повышение регистрации ВИЧ-инфекции среди беременных женщин и как следствие, ежедневно в стране появляется на свет около 20 младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями.

В преддверии Всемирного дня борьбы со СПИДом – 1 декабря 2008 года в субъектах Российской Федерации проводятся мероприятия по разъяснению целей, задач и подведению итогов Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения по направлению «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ», информационно-просветительские мероприятия, благотворительные концерты и спектакли с целью профилактики ВИЧ-инфекции среди молодежи и оказания поддержки людям, живущим с ВИЧ.

В рамках Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в 2008 г. проведен всероссийский конкурс работ по профилактике ВИЧ-инфекции «ВИЧ/СПИД. Знать – значит жить!» по 10 номинациям, 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.

По решению жюри конкурса:

- в номинации «**Лучший пропагандистский проект года по противодействию распространения ВИЧ/СПИДа в России**» специальный приз за инновационность проекта присужден работе Вологодского областного СПИД-центра и специальный приз за широкий охват целевой аудитории присужден работе фонда «Центр социального развития и информации» (Москва).

- в номинации «**Лучшая полиграфическая работа года по профилактике ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С среди молодежи**» I место – работе СПИД-центра Екатеринбурга; II место –

работе Архангельского областного СПИД-центра; III место – работе Санкт-Петербургской общественной организации «Врачи детям».

- в номинации «**Лучшая полиграфическая работа года по профилактике ВИЧ-инфекции для родителей**» I место – работе Кировского областного СПИД-центра; II место – работе фонда социального развития и охраны здоровья «Фокус-медиа» (Москва); III место – работе Липецкого областного СПИД-центра.

- в номинации «**Лучшая полиграфическая работа года по профилактике вертикальной передачи ВИЧ-инфекции**» I место – работе Кировского областного СПИД-центра; II место – работе Республиканского СПИД-центра Республики Бурятия (Улан-Удэ); III место – работе Ульяновского областного СПИД-центра.

- в номинации «**Лучшая полиграфическая работа года по профилактике ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С среди военнослужащих**» I место – работе фонда «Центр социального развития и информации» (Москва); II место – работе Республиканского СПИД-центра Республики Бурятия (Улан-Удэ); II место – работе Воронежского областного СПИД-центра.

- в номинации «**Лучшая полиграфическая работа года по профилактике ВИЧ-инфекции, среди людей, живущих с ВИЧ**» II место – работе Благотворительной организации женщин «Будущее без СПИДа» (Ярославль); III место – работе Липецкого областного СПИД-центра.

- в номинации «**Лучшая полиграфическая работа года по профилактике ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики**» жюри приняло решение рекомендовать к дальнейшей разработке работу Вологодского областного СПИД-центра, посвященную вопросам профилактики ВИЧ-инфекции среди мигрантов.

- в номинации «**Лучшая полиграфическая работа года по профилактике ВИЧ-инфекции, среди специфических целевых групп** (лиц с нетрадиционной сексуальной ориентацией, секс-работников)» I место – работе Ульяновского областного СПИД-центра; II место – работе фонда «Центр социального развития и информации» (Москва); III место – работе Общественной организации «Сибирская инициатива» (Барнаул).

- в номинации «**Лучшая полиграфическая работа года по профилактике ВИЧ-инфекции среди лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы**» I место – работе Первоуральской общественной организации «Развитие»; II место – работе Общественной организации «Сибирская инициатива» (Барнаул).

- в номинации «**Лучший макет по профилактике ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С в области наружной рекламы**» решено не присуждать призовых мест.

Лучшие материалы-победители конкурса изданы и направляются в настоящее время во все субъекты Российской Федерации.

* * *

Художники против СПИДа

11 ноября в Москве в Центральном Доме художника (Крымский вал, 10) открылась международная выставка «Художники против СПИДа». Впервые в России по инициативе Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) осуществляется проект, объединяющий 23 известных художников из России, Украины, США, Испании и Греции в борьбе против эпидемии ВИЧ/СПИДа. Среди них Рустам Хамдамов, Георгий Франгулян, Андрей Макаревич, Андрей Бильжо, Сергей Цигаль и многие другие.

На благотворительную выставку-продажу участники проекта предоставили 35 живописных и графических работ. Все доходы от их продажи будут направлены на помощь детям с ВИЧ, живущим в Ломоносовском психоневрологическом доме ребенка в Ленинградской области.

Художники считают своим долгом не только громко и открыто говорить о проблеме ВИЧ/СПИДа, что поможет преодолеть общественные предрассудки по отношению к ВИЧ, но и оказывать поддержку отказным детям в детских домах.

На протяжении последних лет растет доля женщин среди людей, живущих с ВИЧ. Увеличивается и число детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных женщин. Специальная терапия позволяет свести к минимуму риск инфицирования новорожденного. В последние годы подавляющее большинство ВИЧ-инфицированных беременных женщин в России получают такую терапию. Тем не менее, в стране сегодня около 3000 детей, которым вирус передан от матери. Среди них большое количество отказных детей, живущих в детских учреждениях и лишенных семейного тепла и уюта.



Сергей Цигаль на открытии выставки



Картина Сергея Цигалья «Коты»



Рустам Хамдамов. Графика. «Четыре экземпляра»



Хуан Доминго. «Внутри»



На открытии выставки

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.

АНИДУЛАФУНГИН – ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ПРИ КАНДИДОЗЕ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК, РЕФРАКТЕРНОМ К АЗОЛАМ

03.09.2008

Благодаря успехам высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) кандидоз ротоглотки и пищевода встречается реже. Однако в случаях неудачи с флюконазолом подобрать препарат для лечения этого заболевания нелегко. Тем более что к «азолам» (флюконазол, итраконазол, вориконазол) быстро формируется перекрестная устойчивость, амфотерицин токсичен, а флуцитозин дорого стоит. Группа американских ученых во главе с доктором J.A. Vazquez из университета штата Мичиган (США) исследовала в рамках второй фазы клинических испытаний производное эхинокандина анидулафунгин (anidulafungin). Журнал «Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes» (JAIDS) от 1 июля 2008 года сообщает их результаты.

Методы исследования. В исследование включались больные старше 12 лет с рефрактерным к производным азола кандидозом ротоглотки и/или пищевода, то есть пациенты, успевшие на протяжении не менее 14 дней последнего месяца получить флюконазол (flucanazole) в дозе минимум 200 мг в сутки или вориконазол (voriconazole). Среди критериев исключения были: повышение билирубина в 2 раза или АлТ – в 4 раза выше нормы, а также применение других системных или местных противогрибковых препаратов.

Участникам исследования назначали анидулафунгин, в первые сутки 100 мг в/в, в последующем – по 50 мг в сутки, максимум 21 день, или 14 дней при достижении клинического выздоровления. При хорошей эффективности и переносимости препарата в случае рецидива в течение 90 дней от последнего осмотра после окончания исследования назначали повторный курс анидулафунгина. Пока шло лечение, осмотр больных проводили ежедневно, затем – через 10–14 дней после окончания курса. До начала лечения, после его окончания и на протяжении наблюдения отбирали пробы для микробиологического исследования.

Основная конечная точка исследования – клинический успех при орофарингеальном кандидозе и эндоскопический успех при кандидозе пищевода. Среди вторичных конечных точек: микробиологический ответ в конце лечения, микробиологический и клинический ответ на протяжении наблюдения. В основной анализ, проводившийся по намеченному лечению, принимались все, у кого кандидоз был подтвержден в посевах.

Результаты исследования. Всего в четырех клинических центрах в исследование были включены 19 человек. До конца прослежены все, кроме одного, вышедшего из исследования вследствие тяжелых побочных явлений. Средний возраст участников составил 41,3 года (от 31 до 53), мужчины – 12 (63%) человек, средний вес – 61,3 кг (от 49 до 93 кг). ВИЧ-инфекцией страдали 17 (89%) пациентов, двое – коллаgenoзами. Медиана подсчета CD4 у больных с ВИЧ-инфекцией составила 9 в клеток/мкл (размах от 1 до 787), у 13 (76%) участников подсчет CD4 не превышал 50. Кандидоз ротоглотки выявлен у 18 (95%) пациентов. У 12 (63%) больных отмечено поражение пищевода и у 11 (58%) – поражение и ротоглотки, и пищевода.

Среди больных с орофарингеальным кандидозом у 10/18 (56%) было поражение III степени (сливные, распространенные налеты), у 7/18 (39%) – II ст. (не менее 5 островков налетов) и у одного (6%) – I ст. (до 5 островков). Участники не впервые переносили кандидоз ротоглотки и/или пищевода, у всех кандидоз был рефрактерным к азолам. Медиана числа предшествующих эпизодов кандидоза для 16 больных с достоверным анамнезом составила 5,5 (от 2 до 24), минимум три эпизода кандидоза слизистых перенесли 11 человек. Флюконазол в прошлом получали все 19 больных, 8 (42%) получали итраконазол, 3 (16%) – амфотерицин В, 2 (10%) – липосомальный амфотерицин В, 2 (10%) – каспофунгин и 1 (5%) – кетоконазол. Кандиды, резистентные к вориконазолу, высевались в прошлом у 38%, а у 12% участников была устойчивость и к каспофунгину. У 18 (95%) больных были изолированы *Candida albicans*; у 15 – кандиды одного вида, у троих – двух видов. У одного пациента изолирована *C. glabrata*, у четырех – *C.*

glabrata и *C. albicans*, у одного — *C. glabrata* и *C. tropicalis*. Среди четырех участников, у которых изолировано более одного вида *Candida*, у троих был кандидоз пищевода (у всех троих *C. albicans* и *C. glabrata*). *C. albicans*, *C. glabrata* и *C. tropicalis* вместе обнаружены у одного больного с поражением ротоглотки. Чувствительность была изучена для 17 изолятов, взятых до начала лечения. Во всех отмечалась повышенная минимальная ингибирующая концентрация (МИК) для флюконазола: медиана МИК₉₀ = 128 мкг/мл (от 0,25 до 128); 64 мкг/мл или с промежуточной 88% штаммов относились к устойчивым (МИК (дозозависимой) чувствительностью (МИК 16–32 мкг/мл). Для анидулафунгина МИК составила 0,03–0,5 мкг/л.

Средняя длительность лечения анидулафунгином была 19 дней, медиана — 21 день. Четверо больных получили повторные курсы анидулафунгина с медианой длительности — 25 дней. Клинический успех был достигнут у 18/19 (95%) больных, в том числе у 17/18 больных с кандидозом ротоглотки (94%). У 11 отмечено выздоровление, у 6-ти — улучшение. Среди больных с кандидозом пищевода клинический успех получен у 11/12 (92%): у 9-ти — выздоровление, у двоих — улучшение. Клиническая неудача постигла только одного больного, 39-летнего мужчину на десятом году ВИЧ-инфекции с повторным тяжелым поражением ротоглотки и пищевода. К 21 дню симптомы со стороны ротоглотки исчезли, однако в пищеводе никакого улучшения не наступило. До этого он без эффекта получал итраконазол и амфотерицин В внутрь, в последующем пришлось назначить парентеральный амфотерицин В вместе с гранулоцитарно-макрофагальным колониестимулирующим фактором. Интересно, что подсчет CD4 у этого больного превышал 500 клеток/мкл.

При дальнейшем наблюдении клинический эффект сохранялся у 8/18 (44%) больных с орофарингеальным кандидозом и у 6/12 (50%) с кандидозом пищевода. Разницы для чувствительных или устойчивых штаммов не было. Микробиологический успех отмечен у 37% к концу лечения и у 32% при дальнейшем наблюдении. Для *Candida albicans* эрадикация достигнута у 7/18 (39%) к концу лечения и у 6/18 (32%) в дальнейшем. Из пяти изолятов *C. glabrata* к концу лечению возбудитель ликвидирован у двух пациентов, у одного — к концу прослеживания.

Инфузии анидулафунгина переносились хорошо. Больные, благодаря облегчению приема пищи, прибавили в среднем по 2 кг (3%) веса. Самые частые неблагоприятные события — тошнота и рвота отмечены у 4/19 (21%) участников; у двоих (11%) — гипокалиемия, у одного к 15 дню лечения появилась макуло-папулезная сыпь. Лабораторных признаков токсичности препарата обнаружено не было.

Выводы. Судя по результатам этого исследования, анидулафунгин является эффективным и

безопасным препаратом для больных с рефрактерным к азолам кандидозу ротоглотки и/или пищевода. Авторы признают, что исследование невелико, потребуются новые сравнительные испытания, чтобы прояснить, какой противогрибковый препарат является оптимальным для этой сложной группы больных.

Источник. J.A. Vazquez, et al. A Phase 2, Open-Label Study of the Safety and Efficacy of Intravenous Anidulafungin as a Treatment for Azole-Refractory Mucosal Candidiasis. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, July 1, 2008, **48**, 304–309.

ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ – УДЕЛ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ВЫРАЖЕННЫМ ИММУНОДЕФИЦИТОМ

10.09.2008

Острая почечная недостаточность (ОПН) в настоящее время остается одним из наиболее тяжелых осложнений у ВИЧ-инфицированных пациентов. ОПН характеризуется быстрым и, как правило, обратимым снижением клубочковой фильтрации (КФ), причинами которого могут быть преренальные, ренальные и постренальные факторы. До внедрения высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) у ВИЧ-инфицированных больных с ОПН наиболее часто выявлялись острый тубулярный некроз, гемолитико-уремический синдром, ВИЧ-ассоциированная нефропатия и лекарственно-индуцированная микротубулярная обструкция. Эпидемиологические исследования при ВИЧ-инфекции в эру ВААРТ дают противоречивые данные. Существует мнение, что ВААРТ не оказывает влияния на частоту ОПН у ВИЧ-инфицированных больных. Есть результаты, показывающие снижение заболеваемости ОПН среди амбулаторных пациентов. В других работах установлено увеличение частоты ОПН у госпитализированных ВИЧ-инфицированных больных.

Ученые из Королевского колледжа в Лондоне провели ретроспективный анализ заболеваемости ОПН у ВИЧ-инфицированных амбулаторных больных за 8-летний период эры ВААРТ (01.1998–12.2005 гг.).

Методы исследования. В исследование включили всех ВИЧ-инфицированных пациентов в возрасте ≥ 18 лет, у которых в течение периода исследования выявлялось снижение относительной КФ (оКФ) < 60 мл/мин. В случае уменьшения оКФ < 60 мл/мин в течение > 3 мес. регистрировали хроническую почечную недостаточность (ХПН). Эпизодом ОПН у больных с ХПН считали, если имело место снижение оКФ $< 40\%$ от исходной в течение < 3 мес. При отсутствии ХПН для диагностики ОПН использовали уровень креатинина (увеличение > 120 мкмоль/л

или $>1,36$ мг/дл или $>50\%$ от исходного в течение <3 мес.) или оКФ (снижение <60 мл/мин или $>40\%$ от исходной в течение <3 мес). Регистрировали демографические, клинические и лабораторные данные ВИЧ-инфицированных больных, включая число CD4-клеток, вирусную нагрузку ([ВН], число копий РНК ВИЧ-1 в 1 мл), результаты обследования на гепатиты В (HBV) и С (HCV), режимы ВААРТ, использование нефротоксичных лекарственных средств (ЛС), наличие артериальной гипертензии, сахарного диабета, снижение почечной перфузии (вследствие дегидратации, гипотензии и/или использование инотропных препаратов), данные микробиологических и гистологических исследований. Все эпизоды ОПН классифицировали на 2 группы: с ранним либо поздним началом — в зависимости от сроков проявления (в течение <3 мес. или ≥ 3 мес. от начала медицинской помощи по поводу ВИЧ-инфекции, включая ВААРТ и химиопрофилактику оппортунистических инфекций).

Результаты исследований. В течение 8-летнего периода наблюдения 2274 ВИЧ-инфицированных пациентов получили лечение в клинике Королевского колледжа. Средний возраст был 34,6 лет, 38% — женщины, 58% — чернокожие, у 6% имелся такой фактор риска ВИЧ-инфекции, как использование инъекционных ЛС (внутривенное наркопотребление [ВВНП]); 1467 (67%) больных получили ВААРТ; у 1413 (69%) ≥ 1 раза выявлялась ВН ≥ 400 копий/мл. Большинство (77%) больных начали получать медицинскую помощь по поводу ВИЧ-инфекции в течение периода исследования. Из 728 пациентов с наименьшим числом CD4-клеток <250 клеток/мм³ 658 (90%) начали ВААРТ в среднем через 42 дня.

Всего за время наблюдения отмечено 144 эпизода ОПН у 130 (5,7%) больных, в том числе 15 эпизодов у 10 больных с ХПН. Частота раннего начала ОПН составила 19,3 случаев на 100 пациенто-лет (95% доверительный интервал [ДИ]: 15,4–24,1), позднего начала ОПН 1,1 на 100 пациенто-лет (95% ДИ: 0,83–1,49). Таким образом, раннее начало ОПН регистрировалось в 17,4 раза чаще, чем позднее (95% ДИ: 12,0–25,2; $p < 0,001$). Пациенты с ОПН отличались достоверно более частым ВВНП (13 против 5% у лиц без ОПН; $p < 0,001$), наличием HCV-инфекции (20 против 9%; $p < 0,001$), синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД), т.е. С-стадии заболевания (60 против 20%; $p < 0,001$) и более низким снижением числа CD4 (62 кл/мм³ против 219 кл/мм³; $p < 0,001$). К моменту диагноза ОПН пациенты с ранним началом имели значительно ниже число CD4 (50 кл/мм³ против 162 кл/мм³; $p < 0,001$), они реже достигали вирусной супрессии (3 против 45%; $p < 0,001$), чем больные с поздним началом ОПН.

Длительность и тяжесть ОПН не различалась в группах больных с ранним и поздним началом: минимальная оКФ составила 30 и 32 мл/мин;

пик креатинина — 2,4 и 2,7 мг/дл; длительность ОПН — 8 и 6 дней; необходимость диализа — у 21 и 12%; летальный исход <90 дней от дебюта ОПН — у 22 и 26% соответственно. Этиология ОПН носила мультифакториальный характер в обеих группах. СПИД-ассоциированные инфекции, в том числе *Mycobacteria*, *Toxoplasma gondii*, *Pneumocystis jirovecii* и *Cryptococcus neoformans*, встречались достоверно чаще в группе с ранним началом ОПН (55 против 14%; $p < 0,001$). Частота неоппортунистических инфекций (36 и 48%), злокачественных новообразований (19 и 14%), патологии печени (8 и 15%) не имели различий, также как удельный вес больных со сниженной ренальной перфузией (67 и 73%) и использованием нефротоксичных ЛС (73% в обеих группах), в том числе антимикробной/противоопухолевой химиотерапии (42 и 32%), нестероидных противовоспалительных средств (11 и 19%). Однако токсичность ВААРТ не выявлена ни у одного больного с ранним началом ОПН и зарегистрирована у 14% больных с поздним началом ОПН. Причинами неоппортунистических инфекционных заболеваний (пневмония, эндокардит, целлюлит, остеомиелит, сепсис) в обеих группах чаще всего были *Streptococcus pneumoniae* и *Staphylococcus aureus*. Заболевания печени (печеночная недостаточность, алкогольная болезнь печени, обострение вирусного гепатита, рак печени, лекарственно-индуцированное поражение печени и трансплантация печени) почти у половины больных ассоциировались с коинфекцией HBV (47%) и/или HCV (41%). Наиболее частыми злокачественными опухолями были не-ходжкинская лимфома (67%) и саркома Капоши (17%).

Многофакторный логистический регрессионный анализ показал, что раннее начало ОПН ассоциировалось с более низким минимальным числом CD4, т.е. $<100 \times 10^9$ кл/мм³ (отношение шансов OR = 6,75; 95% ДИ: 2,5–18,3; $p < 0,001$) и наличием СПИДа (OR = 6,72; 95% ДИ: 3,39–13,3; $p < 0,001$), а позднее начало ОПН имело взаимосвязи с ВВНП (OR = 4,77; 95% ДИ: 1,29–17,7; $p = 0,02$), коинфекцией HCV (OR = 3,36; 95% ДИ: 1,31–8,63; $p = 0,01$) и также с более низким минимальным числом CD4, т.е. $<100 \times 10^9$ кл/мм³ (OR = 5,28; 95% ДИ: 2,53–13,4; $p < 0,001$).

Выводы. ОПН — частое осложнение при ВИЧ-инфекции, имеющее взаимосвязь с выраженным иммунодефицитом. Снижение числа CD4 $<100 \times 10^9$ кл/мм³ многократно увеличивало риск развития ОПН как в ранние (<3 мес.), так и в поздние (≥ 3 мес.) сроки от начала медицинского обслуживания. С-стадия заболевания (СПИД) также была благоприятным фоном реализации ОПН в различные сроки. Наиболее подвержены развитию ОПН лица, не получавшие медицинскую помощь по поводу ВИЧ-инфекции. Риск развития ОПН у ВИЧ-инфицированных пациентов через ≥ 3 мес. от начала лече-

ния, включая ВААРТ и химиопрофилактику оппортунистических инфекций, был в >10 раз ниже, чем у больных, получавших медицинское обслуживание <3 мес. Развитию ОПН в поздние сроки от начала медицинской помощи способствовали ВВНП и коинфицирование вирусом гепатита С.

Источник. J. Roe et al. HIV Care and the Incidence of Acute Renal Failure. *CID*, 2008, **47**; 242–249.

ДОЛГОЖДАННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПЫТАНИЙ РАЛТЕГРАВИРА: АЛЬТЕРНАТИВА ЕСТЬ ДАЖЕ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВИЧ К ЛЕЧЕНИЮ

17.09.2008

Резистентность ВИЧ к антиретровирусным препаратам (АРВП) является основной причиной случаев неэффективности современной высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ). Причиной развития резистентности ВИЧ могут являться как неоптимальная приверженность лечению, так и нарушения всасывания или метаболизма препаратов. Возможно также заражение вирусом, который уже резистентен к тому или иному препарату. Одной из проблем является низкий генетический барьер резистентности ВИЧ, когда достаточно одной мутации для развития резистентности к целому классу АРВП. Именно быстро развивающаяся резистентность ВИЧ является стимулом поиска новых АРВП и новых классов АРВП. Одним из таких классов являются ингибиторы интегразы (ИИ), фермента, играющего большую роль в процессе включения ДНК вируса в геном клетки хозяина. Интеграза полностью отсутствует в клетке человека. «New England Journal of Medicine» публикует давно ожидаемые результаты двух испытаний второй фазы ралтегравира (raltegravir), первого одобренного препарата нового класса ИИ. Целью исследований была оценка эффективности и безопасности применения ралтегравира в сочетании с оптимизированным фоновым режимом ВААРТ у больных с несостоятельностью ВААРТ на фоне тяжелой резистентности ВИЧ.

Методы исследования. Двойные слепые многоцентровые рандомизированные исследования Blocking Integrase in Treatment Experienced Patients with a Novel Compound Against HIV, Merck, BENCHMRK 1 и BENCHMRK 2 имеют идентичный дизайн. Одно из них проходит в центрах Европы, Азии, Австралии и Перу, второе – в Северной и Южной Америке. Запланированная длительность исследования – 156 недель. Данная статья является отчетом о результатах первых 48 недель исследования. При этом первичный анализ был произведен после 16 недель приема препарата.

В исследование включались ВИЧ-инфицированные больные в возрасте 16 лет и старше, имеющие вирусную нагрузку (ВН) > 1000 копий/мл на фоне полноценной ВААРТ. Основным критерием включения была лабораторно подтвержденная резистентность хотя бы к одному препарату из каждого из трех основных классов АРВП (НИОТ, ННИОТ и ИП). Исключались больные с почечной недостаточностью, острым или декомпенсированным хроническими гепатитами В и С, неконтролируемыми наркоманией или алкоголизмом. Исключались беременные и кормящие женщины, а также онкологические больные, требующие химиотерапии.

На основании результатов генетического и фенотипического тестирования ВИЧ на резистентность к АРВП каждому больному подбирали индивидуальный оптимизированный фоновый режим ВААРТ. Затем участников исследования рандомизировали в отношении 2 : 1 на либо ралтеграбир по 400 мг 2 раза в день, либо плацебо. Рандомизация была стратифицирована по использованию энфувиртида в фоновом режиме и по числу ИП, к которым был резистентен ВИЧ.

Неудачей терапии считались: ВН >400 копий/мл, либо снижение ВН на < 1 log₁₀ копий/мл, либо феномен вирусной отдачи, когда ВН повышалась до уровня >400 копий/мл после предварительного снижения ниже этого уровня. Больные с неудачей терапии могли либо оставаться в слепом исследовании, либо перейти в открытую часть исследования и начать принимать ралтеграбир, либо выйти из исследования.

Результаты исследования. В оба исследования были рандомизированы 703 пациента, а начали лечение 699 больных, из которых 462 принимали ралтеграбир, а 237 – плацебо. До 16-й недели из исследования вышли 17 человек, из них 13 – по причинам, связанным с лечением (7 – из группы ралтегравира и 6 – из группы плацебо). Исходные характеристики обеих групп были сходными. Большинство больных были белыми мужчинами; 12% больных были женского пола и около 32% – людьми не белой расы. Средний возраст когорт составлял от 43 до 47 лет, медиана числа CD4 – от 102 до 140, медиана ВН – около 4,8 log₁₀ копий/мл. В среднем до вступления в исследование больные получали ВААРТ от 8 до 13 лет. До участия в исследовании 46% больных получали энфувиртид, а 7,3% – дарунавир. Около 16% имели гепатит В или С, а 20% – рак или предраковое состояние в анамнезе. Фоновым режимом ВААРТ был обычный набор АРВП, назначенный в соответствии с национальными рекомендациями и данными о резистентности ВИЧ. В составе фонового режима разрешалось использовать энфувиртид и дарунавир, которые на момент начала исследования были экспериментальными препаратами.

Эффективность ралтегравира была идентичной в обоих исследованиях, поэтому был проведен единый анализ данных.

К 16-й неделе исследования ВН снизилась до уровня < 400 копий/мл у 178 из 227 (78,4%) больных группы ралтегравира против 48 из 117 (41%) группы плацебо в исследовании BENCHMRK 1 и соответственно 177 из 226 (78,3%) против 51 из 118 (43,2%) в исследовании BENCHMRK 2. Единый анализ результатов, полученных к 16-й неделе, показал, что ВН < 400 копий/мл достигли 355 из 458 (77,5%), получавших ралтегравиры против 99 из 236 (41,9%), получавших плацебо ($P < 0,001$ для всех сравнений). ВН < 50 копий/мл к 1-й неделе достигли 61,8% группы ралтегравира против 34,7% группы плацебо.

К 48-й неделе исследования ВН < 400 копий/мл отмечалась у 332 из 459 (72,3%), получавших ралтегравиры против 88 из 237 (37,1%), получавших плацебо, а ВН < 50 копий/мл — у 285 из 459, получавших ралтегравиры против 78 из 237, получавших плацебо ($P < 0,001$ для всех сравнений).

Средний прирост числа CD4-клеток составил к 48-й неделе 109 (95% ДИ 98–121) против 45 (95% ДИ 32–57): $P < 0,001$ для каждого и обоих исследований вместе.

Диагноз СПИД-индикаторного заболевания был поставлен в течение 48 недель наблюдения у 17 из 462 (3,7%) больных группы ралтегравира и у 11 из 237 (4,6%) больных группы плацебо. Побочные эффекты отмечались в течение исследования достаточно часто, но не различались значительно между группами по частоте и интенсивности. Существеннымстораживающим моментом было значительно большее число новых и рецидивировавших онкологических заболеваний в группе ралтегравира: 16 больных (3,5%) против 4 (1,7%). При этом средний период времени от начала исследования до постановки диагноза составил 68 дней в группе ралтегравира и 285 дней в группе плацебо. За исключением двоих, у большинства заболевших онкологическими заболеваниями получавших ралтегравиры больных отмечался положительный вирусологический ответ на антиретровирусное лечение.

Исследователи провели также анализ данных нескольких подгрупп, на которые они разделили участников исследования на основании исходных клинико-демографических данных и фонового режима ВААРТ. Они обнаружили, что вирусологический ответ на терапию ралтегравирами значительно превосходил ответ на лечение группы плацебо, что не зависело от исходных ВН и числа CD4-клеток, выраженности резистентности ВИЧ к другим АРП, использования или не использования энфувиртида и дарунавира или обоих препаратов, или от демографических признаков. Положительный вирусологический ответ на терапию отмечался в 71, 61 и 51% случаев у больных, получающих в составе ВААРТ соответственно два, один или ни одного активного препарата (активным препаратом в данном случае является препарат, к которому чувствите-

лен ВИЧ). К 48-й неделе у 105 из 462 (23%) больных, получавших ралтегравиры, отмечалась вирусологическая неудача терапии. У 94-х из них было проведено генетическое тестирование ВИЧ. Мутации, ассоциированные с резистентностью к ИИ, обнаружили у 64 (68%) пациентов. У 48 из 64 (75%) больных отмечалось две и более мутации.

Выводы. Ралтегравиры в комбинации с режимом ВААРТ показали высокую эффективность даже у больных с высоким исходным уровнем ВН, низким числом CD4-клеток и тяжелой резистентностью ВИЧ, констатируют исследователи. Исследования BENCHMRK 1 и 2 продолжаются, и их результаты будут публиковаться по мере анализа. Специалисты по лечению ВИЧ-инфекции будут с особым вниманием ожидать дальнейших результатов анализа безопасности ралтегравира, особенно в отношении его влияния на риск развития онкологических заболеваний. В сопутствующем редакционном комментарии указывается на то, что ралтегравиры являются мощным оружием у больных с наличием резистентного ВИЧ. Более того, исследования BENCHMRK 1 и 2 открывают своего рода новую эру в лечении ВИЧ-инфекции, когда предполагается, что включающая в свой состав новейшие препараты антиретровирусная терапия может подавить даже самый резистентный ВИЧ. Автор комментария подчеркивает, что ралтегравиры должны использоваться в крайних случаях, когда несостоятельными оказались все остальные доступные АРП. Такой подход особенно важен по той причине, что для развития фенотипической резистентности к ралтегравиру может быть достаточно одной генетической мутации ВИЧ.

Источники. R. T. Steigbigel, M.D., D.A. Cooper, M.D., D.Sc., P.N. Kumar, M.D., et al. Raltegravir with Optimized Background Therapy for Resistant HIV-1 Infection. *N. Engl. J. Med.*, 2008; **359**, 339–354.

ТУБЕРКУЛЕЗ С ШИРОКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ИЗЛЕЧИМ: ОПЫТ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ РОССИИ

24.09.2008

Известно, что Россия занимает одно из ведущих мест в мире по распространенности туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ). В последние годы здесь регистрируются и больные туберкулезом с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ), т.е. с устойчивостью микобактерии туберкулеза (МБТ) не только к препаратам первой линии, но и к резервным препаратам второй линии. В статье, опубликованной в журнале «Lancet», международный коллектив авторов из России и

США во главе с S. Keshavjee из Гарвардского университета обобщает практический опыт лечения такого ТБ в Томской области. Следует отметить, что МЛУ-ТБ возрос в этом регионе с 6,5% в 1998 г. до 13,7% в 2002 г. среди впервые выявленных и с 26,7 до 43,6% среди леченных больных.

Методы исследования. В ретроспективное когортное исследование вошли больные с резистентным туберкулезом, лечившиеся как в гражданских лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ), так и в системе пенитенциарной медицины Томской области с 10 сентября 2000 г. по 1 ноября 2004 г. Туберкулез диагностировали по клинико-рентгенологическим и бактериологическим критериям. Всем проводили исследование МБТ на чувствительность, причем сначала в лаборатории штата Массачусетс (США), а затем и в местных лабораториях.

Все препараты больные принимали под непосредственным контролем (Directly Observed Therapy, DOT). Каждому больному назначали, как минимум, пять препаратов, по возможности тех, к которым МБТ сохраняла чувствительность. Это было возможно далеко не всегда, поэтому в индивидуальные схемы включали и препараты, к которым чувствительности не было. При этом учитывалось предшествующее лечение, так чтобы антибиотики не повторялись. При устойчивости к фторхинолонам давали офло- или левофлоксацин (ofloxacin, levofloxacin), при устойчивости к канамицину (kanamycin), назначали капреомицин (capreomycin). Как правило, интенсивная фаза лечения, с инъекционными препаратами, проводилась в стационаре, а в дальнейшем больные переводились на амбулаторное лечение. И заключенным, и стационарным, и амбулаторным больным в гражданских ЛПУ давали дополнительное питание. Все лечение проходило на добровольной основе. В гражданской медицине больных принудительно не госпитализировали. При показаниях присваивалась группа инвалидности с ежемесячной пенсией. Лечение было длительным: минимум 18 месяцев с момента конверсии мокроты (два подряд отрицательных посева). Всех больных на добровольной основе обследовали на ВИЧ. При возникновении осложнений назначали соответствующее лечение, стараясь не отменять противотуберкулезные препараты. В случае неуспеха терапии, больных в исправительно-трудовых учреждениях помещали в специальные отделения в целях профилактики передачи инфекции. В гражданской медицине таким больным обеспечивали паллиативную помощь.

Основной конечной точкой была частота благоприятных (окончание лечения и излечение) и неблагоприятных исходов. Исходы определялись по стандартам ВОЗ. Неблагоприятные исходы включали: 1) прерванное лечение (перерыв на два месяца подряд и больше); 2) неэффективное лечение (минимум два положитель-

ных посева мокроты из пяти на протяжении последних 12 мес. лечения или три положительных посева, отобранных в последнюю фазу лечения, либо отмена препаратов по клиническим показаниям в связи с непереносимостью); 3) смерть. Благоприятными исходами считались: 1) излечение (не менее пяти отрицательных результатов посевов мокроты, проведенных с промежутком не менее 30 дней в течение последних 12 мес. лечения); 2) заверщенное лечение: курс антибиотиков закончен, однако нет полного соответствия определению «излечение».

Результаты исследования. В исследование были включены 636 участников. Резистентный ТБ лабораторно подтвержден у 608. У 28 такой туберкулез предполагался по результатам лечения в прошлом или диагностировался до переезда в Томск, и они были исключены из анализа. ШЛУ-ТБ обнаружен у 29 (4,8%) и МЛУ-ТБ — у 579 (95,2%) больных. Доля больных с ШЛУ-ТБ сохранялась на одном уровне все годы исследования ($p = 0,31$). Большинство (83%) больных были мужчины молодого возраста: средний возраст $33,9 \pm 11,1$ года в группе ШЛУ-ТБ, $35,9 \pm 11,3$ года ($p = 0,33$) у остальных. По 69% больных в обеих группах начинали лечение в гражданских лечебных учреждениях, 31% — в тюремных. Бездомным в группе ШЛУ-ТБ был один больной (3%), в группе МЛУ-ТБ — 23 (4%) ($p = 1$). В группе ШЛУ-ТБ больные успели получить больше курсов лечения: медиана 3,0 (межквартильный интервал [МКИ] 2,0–4,0) против 2,0 курса (МКИ 1,0–3,0) у остальных ($p = 0,0005$).

Среди больных ШЛУ-ТБ впервые диагностированного ТБ не было, в группе МЛУ-ТБ такой ТБ отмечался у 3-х человек (0,5%). В местах лишения свободы побывали в прошлом или находились в период лечения 21 (72%) больной в группе ШЛУ-ТБ и 320 (56%) больных с МЛУ-ТБ ($p = 0,07$). Больных с ВИЧ-инфекцией было немного: в группе ШЛУ-ТБ — ни одного ВИЧ-инфицированного, в группе МЛУ-ТБ — 5 (0,9%). Наркоманов было соответственно 7 (24%) и 106 (18%) больных ($p = 0,46$). Подвергались оперативному лечению по поводу туберкулеза 6 (21%) и 5 (10%) ($p = 0,07$) больных. В целом больные в группе ШЛУ-ТБ были тяжелее: дыхательная недостаточность отмечалась у 17 (59%) против 299 (52%) в группе МЛУ-ТБ ($p = 0,007$); фиброзно-кавернозный туберкулез — соответственно у 10 (34%) против 92 (16%) ($p = 0,009$), инвалидами были 20 (69%) против 239 (41%) больных ($p = 0,003$), истощение наблюдалось у 18 (62%) против 240 (41%) больных ($p = 0,03$). Подавляющее большинство МБТ в группе ШЛУ-ТБ были устойчивы ко всем препаратам первой линии и этионамиду (ethionamide). Результаты лечения в группе ШЛУ-ТБ оказались хуже: благоприятный исход имел место у 14 (48%) против 386 (67%) при МЛУ-ТБ ($p = 0,04$), в том числе излечены были соответственно 13 (45%) и 366 (63%) больных, завершено лечение

было у 1 (3%) и 20 (3%) больных. Чаше в группе ШЛУ-ТБ отмечалась и несостоятельность лечения: у 9 (31%) против 49 (8%) больных ($p = 0,0008$). Зато другие неблагоприятные исходы по частоте статистически не различались: соответственно умерли 2 (7%) против 29 (5%) больных ($p = 0,65$), прервали лечение – 4 (14%) против 115 (20%) больных ($p = 0,42$). Не различалось между группами и время до конверсии мокроты. Его медиана составила 2 месяца, хотя неэффективность лечения в группе ШЛУ-ТБ констатировалась раньше ($p = 0,02$). Приверженность лечению между группами не различалась.

Основу лечения в обеих группах составляли препараты второй линии. Несмотря на частую резистентность в группе ШЛУ-ТБ к капреомицину (13 [46%]) и к офлоксацину (27 [96%]), оба препарата принимали 90% больных с ШЛУ-ТБ. Обе группы получали примерно одинаковое лечение, включая фторхинолон, инъекционный препарат, а при необходимости и хирургическое вмешательство.

С отрицательным исходом в многофакторном анализе ассоциировались ШЛУ-ТБ (отношение шансов [ОШ] – 0,41; 95% доверительный интервал [ДИ] 0,19–0,91), низкая приверженность лечению (ОШ – 0,35; 95% ДИ 0,23–0,53), фиброзно-кавернозные очаги в легких (ОШ – 0,61; 95% ДИ 0,38–0,99), дыхательная недостаточность (ОШ – 0,48; 95% ДИ 0,33–0,69) и алкоголизм (ОШ – 0,51; 95% ДИ 0,35–0,75).

Частота неблагоприятных событий в группах не различалась, за исключением артралгии (9 случаев [31%] в группе ШЛУ-ТБ против 289 [50%]) у остальных, в основном из-за того, что больные с ШЛУ-ТБ почти не получали пиразинамида. Чаше всего встречались тошнота и рвота, понос, гепатит, гипокалиемия. Частота смены препаратов вследствие неблагоприятных событий в группах была сопоставимой.

Выводы. Авторы исследования показали, что при активном комплексном лечении с соблюдением дозировок и длительности назначения препаратов, туберкулез с широкой устойчивостью к лекарственным препаратам может быть излечен. Они особо подчеркивают, что ни время до конверсии мокроты, ни частота неблагоприятных событий у больных с ШЛУ-ТБ и других больных туберкулезом в этом исследовании не различались. Возникновение ШЛУ-ТБ по данным этого исследования в основном связано с предшествующим неполноценным лечением препаратами второй линии, подчеркивают авторы. В сопутствующей редакционной статье доктора Н. Сох из института медицинских исследований им. Бернета в Мельбурне (Австралия) и С. McDermid из организации «Врачи без границ» в Кейптауне (ЮАР) высоко оценивают результаты авторов, показавших, что даже имеющимися препаратами при грамотном их применении можно добиться успеха в лечении ШЛУ-ТБ. Такая активная комплексная страте-

гия может дать шанс и больным с ШЛУ-ТБ в условиях широко распространенного ВИЧ/СПИДа, подчеркивают авторы редакционного комментария.

Источники. S. Keshavjee et al. Treatment of extensively drug-resistant tuberculosis in Tomsk, Russia: a retrospective cohort study. *Lancet*, DOI: 10.1016/S0140-6736(08)61204-0.

НИЗКИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ДОЗЫ ГОРМОНА РОСТА СОКРАЩАЮТ ОБЪЕМ ЖИРОВОЙ ВИСЦЕРАЛЬНОЙ ТКАНИ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ ОЖИРЕНИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

01.10.2008

Абдоминальное ожирение (АО), дислипидемия и инсулинорезистентность, часто развивающиеся вследствие антиретровирусной терапии (АРТ), являются факторами риска кардиоваскулярных заболеваний у ВИЧ-инфицированных больных. Примерно 1/3 ВИЧ-инфицированных больных с АО имеют сниженную секрецию и относительный дефицит гормона роста (ГР), который наиболее часто встречается у лиц мужского пола. Установлено, что использование ГР в супрафизиологических дозах (2–4 мг в день) в течение 12 недель уменьшало висцеральную жировую ткань (ЖТ) у ВИЧ-инфицированных больных с АО, однако ассоциировалось с негативными проявлениями терапии в виде периферических отеков, артралгий, гипергликемии.

Американские ученые провели рандомизированное двойное слепое плацебо контролируемое исследование с целью оценить эффективность и безопасность использования низких физиологических доз ГР у ВИЧ-инфицированных пациентов с АО и относительным дефицитом ГР.

Методы исследования. В группу исследования включили 56 больных по следующим критериям: 1) возраст 18–60 лет; 2) ранее диагностированная ВИЧ-инфекция; 3) стабильный режим АРТ не менее 12 нед.; 4) отношение окружность талии (ОТ)/окружность бедер (ОБ) $\geq 0,9$ для мужчин и $\geq 0,85$ для женщин; 5) увеличение абдоминального объема, уменьшение жировой ткани на конечностях и лице в связи с АРТ; 6) относительный дефицит ГР, диагностированный с помощью стимуляционного теста с релизинг-гормоном ГР плюс аргинин, когда пик секреции ГР был $< 7,5$ нг/мл. Критерии исключения: 1) использование ГР и других анаболических агентов в течение 3-х мес. до исследования; 2) сахарный диабет; 3) гемоглобин < 90 г/л; креатинин $> 1,4$ мг/дл; PSA > 4 нг/мл; 4) положительный бета-человеческий хорионический гонадотропин (β -hCG); 5) синдром карпального канала; 6) злокачественные опухоли; 7) болезни гипопиза и лучевая терапия в анамнезе.

Исходно, через 6, 12 и 18 мес. оценивали антропометрические показатели, глюкозотолерантный тест, глюкозу, инсулин, инсулиноподобный фактор роста-1 (ИФР-1), адипонектин, гликозилированный гемоглобин (HbA1c), общий холестерин (ХС), ХС липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), триглицериды, число CD4 клеток и уровень вирусной нагрузки (ВН); проводили КТ-сканирование брюшной полости, двуэнергетическую рентгенологическую абсорбциометрию, УЗИ сонных артерий с оценкой толщины интима-медиа; в моче исследовали β -hCG.

В группу вмешательства (ГР-группу) включили 27 больных, которые в течение 18 мес. получали подкожные инъекции рекомбинантного человеческого ГР (Серостим), начиная с 2 мкг/кг в день, максимально 6 мкг/кг в день, титруя дозу по уровню ИФР-1, который должен был быть в пределах высоких нормальных значений. В группу плацебо включили 29 ВИЧ-инфицированных больных. Первичной конечной точкой исследования было изменение состава тела (доли висцеральной ЖТ и подкожной ЖТ) по данным КТ и двуэнергетической рентгенологической абсорбциометрии. Вторичные конечные точки – изменение уровня глюкозы, ИФР-1, систолического и диастолического артериального давления, липидного профиля.

Результаты исследования. Обе группы были сопоставимы по исходным клинико-биологическим показателям. Средний возраст больных был 46,7 лет в ГР-группе и 47,4 лет в группе плацебо; мужчины составляли 96 и 90%; белокожие – 85 и 76%; средний вес – 89,1 и 87,5 кг; индекс массы тела (ИМТ) – 29,1 и 28,3; отношение ОТ/ОБ – 1,02 и 1,01; CD4 – 554 и 657 кл/мкл соответственно; ВН – 2,8 \log_{10} РНК копий/мл в обеих группах. Ингибиторами протеаз лечились 52% больных, нуклеозидными ингибиторами обратной транскриптазы – 52%; 93% ГР-группы и 100% группы плацебо получали нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы; 37 и 21% – тестостерон; 37 и 28% – антигипертензивную терапию.

В течение 18 мес. исследования средняя доза ГР была 3,7 мкг/кг в день (95% доверительный интервал [ДИ]: 3,3–4,1) или 0,33 мг/день (95% ДИ: 0,29–0,38).

В ГР-группе выявили существенное уменьшение висцеральной ЖТ по сравнению с группой плацебо. Лечебный эффект ГР составил -19 см^2 (95% ДИ: $-38 -0,5 \text{ см}^2$; $p = 0,049$), что соответствовало уменьшению висцеральной ЖТ на $-8,5\%$ (против $-1,6\%$ в группе плацебо). Подкожная ЖТ тела уменьшилась в среднем на $-0,8 \text{ кг}$ (95% ДИ: $-1,5 -0,04$; $p = 0,04$), а отношение подкожная ЖТ туловища/подкожная ЖТ конечностей – на $-0,4$ (95% ДИ: $-0,6 -0,2$; $p < 0,001$). Одновременно у пациентов ГР-группы по сравнению с группой плацебо достоверно увеличилась мышечная масса (лечебный эффект $+1,3 \text{ кг}$;

95% ДИ: $+0,2 +2,3$; $p = 0,02$) и уровень ИФР-1 (129 нг/мл; 95% ДИ: 95–164 нг/мл; $p < 0,001$).

Изменения висцеральной ЖТ коррелировали с исходным объемом висцеральной ЖТ ($r = -0,30$; $p = 0,03$) и концентрацией ИФР-1 ($r = -0,31$; $p = 0,03$). Содержание трехглицеридов в ГР-группе уменьшилось (-7 мг/дл ; $p = 0,002$), а общий ХС и ХС ЛПВП не изменились по сравнению с группой плацебо. Параллельно в ГР-группе отмечено снижение диастолического артериального давления (-7 мм рт. ст. ; 95% ДИ: $-11 +2$; $p = 0,006$), а толщина интима-медиа сонных артерий не имела различий между группами ($-0,004 \text{ мм}$; 95% ДИ: $-0,035 +0,026$; $p = 0,78$). Однако показатели глюкозотолерантного теста в ГР-группе повысились по сравнению с группой плацебо (разница -22 мг/дл ; 95% ДИ: 6–37; $p = 0,009$). Уровни глюкозы натощак, инсулина, HbA1c и адипонектина не изменились. Показатели глюкозотолерантного теста имели достоверную взаимосвязь с толщиной интима-медиа через 18 мес. лечения ($r = 0,38$; $p = 0,009$), чего исходно не отмечалось.

Не выявлено влияния лечения ГР на ВН и число CD4. Частота негативных проявлений не имела достоверных различий между группами. Всего в ГР-группе у 23% участников зарегистрированы негативные проявления, имевшие возможную взаимосвязь с ГР (против 28% в группе плацебо).

Выводы. Использование низких физиологических доз ГР существенно сокращало объем висцеральной ЖТ и подкожной ЖТ на туловище у ВИЧ-инфицированных больных с АО и относительным дефицитом ГР. Параллельно отмечено увеличение мышечной массы, снижение уровня ТГ и ДАД. Установлено, что изменения ВЖТ были взаимосвязаны с уровнем ИФР-1. Одновременно с уменьшением АО сохранялась ПЖТ на туловище и конечностях, что имеет важное значение для ВИЧ-инфицированных пациентов с липоатрофией. Лечение хорошо переносилось пациентами. Показана безопасность использования низких физиологических доз ГР. Однако использование ГР сопровождалось ухудшением показателей глюкозотолерантного теста у ВИЧ-инфицированных пациентов с АО и относительным дефицитом ГР.

Перспективным в этом отношении может быть использование рилизинг-гормона ГР (соматолиберина), который, как показали современные исследования, обладает сходными с ГР метаболическими эффектами, но не ухудшает показатели углеводного обмена. Однако препараты соматолиберина пока недоступны для клинического использования.

Источник. J. Lo et al. Low-Dose Physiological Growth Hormone in Patients With HIV and Abdominal Fat Accumulation. A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 2008; **300** (5), 509–519.

АТАЗАНАВИР НЕ УСТУПАЕТ ЛОПИНАВИРУ В КАЧЕСТВЕ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ НАЧАЛЬНОГО РЕЖИМА ВААРТ

08.10.2008

В современных режимах высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) в качестве ингибитора протеазы (ИП) используются так называемые усиленные ИП, т.е. сочетание какого-то из них с небольшой дозой ритонавира. Считается, что такое сочетание усиливает эффективность режима и предотвращает развитие устойчивости ВИЧ к ИП. Одним из таких новых сочетаний является атазанавир + ритонавир (atazanavir/ritonavir, A/R). Этот усиленный ИП принимают 1 раз в день, что значительно повышает его привлекательность для больных. В клинических испытаниях с участием длительно лечившихся ВИЧ-инфицированных больных A/R показал высокую эффективность и доказал, что не уступает «золотому стандарту» усиленного ИП – лопинавир + ритонавир (lopinavir/ritonavir, L/R). Журнал «Lancet» публикует результаты испытания третьей фазы, в котором сравнивается эффективность A/R и L/R у больных, впервые начинающих ВААРТ и не получавших ранее никаких антиретровирусных препаратов.

Методы исследования. Открытое рандомизированное многоцентровое спонсированное компанией-производителем «Bristol-Myers Squibb» исследование проходит в 134 центрах 29 стран Европы, Латинской Америки, Африки и Азии и рассчитано на 96 недель, из которых 48 уже прошли и проанализированы. В исследование включались больные в возрасте ≥ 18 лет, не получавшие ранее АРТ и имеющие вирусную нагрузку (ВН) ≥ 5000 копий/мл. Целью исследования было доказать, что A/R не уступает L/R при лечении данной категории больных. Участники были рандомизированы в отношении 1 : 1 либо на A/R в дозах 300 + 100 мг 1 раз в день, либо на L/R в дозе 400 + 100 мг 2 раза в день. Все больные получали также комбинированный препарат tenofovir/emtricitabine (Truvada) 300/200 мг 1 раз в день. Первичной конечной точкой считалась доля больных с ВН < 50 копий/мл к 48-й неделе наблюдения.

Результаты исследования. Из 883 участников исследования 440 были рандомизированы на A/R, а 443 – на L/R. Группы были хорошо сбалансированы по исходным клинико-демографическим признакам. Средний возраст больных составил 35 лет, средняя вирусная нагрузка – $4,98 \log_{10}$ копий/мл, а средний уровень CD4-клеток – 205 клеток/мкл.

К 48-й неделе терапии ВН < 50 копий/мл отмечалась у 78% больных группы A/R и у 76% больных группы L/R. Ответ на лечение был сходным и в подгруппах больных с исходной ВН > 100 000 копий/мл или < 100 000 копий/мл. Та-

ким образом, было доказано, что режим ВААРТ на основе A/R не менее эффективен, чем режим на основе L/R.

Иммунный ответ на лечение также был сравнимым в обеих группах: средний прирост CD4-клеток составил 203 кл/мкл в группе A/R и 219 кл/мкл в группе L/R (абсолютная разница – 16,4; 95% ДИ – 35,9–3,1). Было замечено, однако, что среди больных с самыми низкими исходными цифрами CD4 в группе L/R отмечался менее выраженный ответ на ВААРТ ($p = 0,0085$), чем в группе A/R ($p = 0,51$). Это может быть связано с большим процентом прервавших лечение по причине побочных явлений в группе L/R.

За время наблюдения умерли 6 больных в группе A/R и 6 больных в группе L/R. Ни одна из смертей не была расценена как связанная с ВААРТ.

Из побочных явлений на первое место вышли желудочно-кишечные расстройства и гипербилирубинемия, сопровождаемая желтухой. Желудочно-кишечные расстройства значительно чаще регистрировались в группе L/R, чем в группе A/R: диарея 2–4 степени выраженности отмечена у 50 (11%) против 10 (2%), тошнота – у 33 (8%) против 17 (4%). Напротив, выраженная гипербилирубинемия и желтуха чаще отмечались среди принимавших A/R. Так, повышение общего билирубина в 3–4 раза выше нормы наблюдалось у 34% больных группы A/R против < 1% (1 человек) больных группы L/R. Желтуха отмечалась у 16 (4%) больных группы A/R и не встречалась в группе L/R. При этом небольшое число больных прервали лечение по причине побочных явлений: 10 – в группе A/R (3 по причине желтухи) и 14 – в группе L/R. Нарушения обмена холестерина и жиров чаще отмечались в группе L/R. Липидснижающая терапия была назначена 8% больных группы L/R против 2% группы A/R. У двоих больных группы A/R развились мутации резистентности ВИЧ к ИП. В группе L/R таких мутаций зафиксировано не было.

Выводы. Исследователям удалось доказать то, что комбинация A/R не уступает L/R при лечении больных, не получавших ранее антиретровирусной терапии. При этом атазанавир вызывал меньше желудочно-кишечных нарушений и меньше нарушений липидного обмена. Повышение общего билирубина отмечалось на фоне атазанавира исключительно часто, но только в 3-х случаях привело к выводу больных из исследования. Исследователи делают вывод, что режим ВААРТ, имеющий в своем составе усиленный ритонавиром атазанавир, может быть использован в качестве начального режима терапии ВИЧ-инфекции у нелеченных ранее больных.

Источник. J.-M. Molina et al. Once-daily atazanavir/ritonavir versus twice-daily lopinavir/ritonavir, each in combination with tenofovir and emtricitabine, for management of antiretroviral-

naive HIV-1-infected patients: 48 week efficacy and safety results of the CASTLE study. *Lancet*, 2008; 372, 646–655.

УСПЕХИ В ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА С ШИРОКОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ К ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТАМ

08.10.2008

Резистентный к лечению туберкулез стал серьезной проблемой как в развивающихся странах, так и в странах постсоветского пространства. Если микобактерии туберкулеза (МБТ) устойчивы к изониазиду (isoniazid) и рифампину (rifampin), говорят о туберкулезе с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ). С 2006 г. зарегистрирована новая форма туберкулеза с резистентностью еще и к фторхинолонам и другим препаратам второго ряда — это уже туберкулез с широкой (extended) лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ). Считается, что перспективы на выздоровление, да и на выживание, у больных с ШЛУ-ТБ плохие. Лечение больных с ШЛУ-ТБ посвящено исследование коллектива ученых из Перу и США во главе с доктором С.Д. Mitnick из Гарвардского университета, результаты которого опубликованы в «New England Journal of Medicine» за 7 августа 2008 г.

Методы исследования. Это ретроспективное когортное исследование проходило в Перу, где действует программа бесплатного лечения больных туберкулезом. Включались амбулаторные больные с резистентным туберкулезом, обратившиеся в клиники г. Лима с 1 февраля 1999 г. по 31 июля 2002 г. Чувствительность МБТ исследовалась в США в лаборатории штата Массачусетс. Первичное обследование проводилось до начала лечения или в пределах первых 31 суток. МЛУ-ТБ определялась как устойчивость к изониазиду и рифампину при сохранении чувствительности к фторхинолону или инъекционному препарату, ШЛУ-ТБ — как устойчивость, как минимум, к изониазиду, рифампицину, фторхинолоновому препарату и одному из инъекционных средств второй линии. Больные, у которых не было резистентности к изониазиду и рифампицину, из анализа исключались.

Конечные точки исследования: отрицательный посев, излечение или смерть.

Наблюдение продолжалось до 12 сентября 2007 г. Больным назначали индивидуальную комбинацию из пяти препаратов с обязательным включением фторхинолона и инъекционного препарата: сначала — эмпирически, по решению врача, затем, после получения результатов посевов на чувствительность, схема менялась. Могли назначаться и препараты, не относящиеся непосредственно к противотуберкулезным средствам: кларитромицин (clarithromycin),

амоксциллин/клавуланат (amoxicillin—clavulanate), клофазимин (clofazimine) и рифабутин (rifabutin). Оральные препараты давали 18 мес., инъекционные — минимум 8 мес. с момента отрицательного посева. Если вдруг оказывалось, что эффективных препаратов против данного штамма нет, то либо продлевалось применение инъекционного препарата, либо назначались другие противотуберкулезные препараты через рот, либо то и другое вместе. Больных с локализованной формой болезни направляли на операцию. После операции антибиотикотерапию все равно продолжали, даже дольше 18 месяцев. Ежедневный прием препаратов контролировался медработниками. Раз в месяц больные сдавали мокроту для микроскопии и посева, но уже в местных лабораториях. Если через четыре месяца в мокроте продолжали определяться микобактерии, лечение усиливали добавлением или заменой двух препаратов. В случае рецидива заболевания после курса лечения проводились эпидемиологические мероприятия по месту жительства для сокращения передачи инфекции, а больному снова начинали индивидуальный курс противотуберкулезных препаратов.

Результаты исследования. Всего на индивидуализированном лечении находились 810 человек. Чувствительность микобактерий определена у 651: ШЛУ-ТБ обнаружен у 48 (7,4%), у остальных 603 (92,7%) — МЛУ-ТБ. Пока определялась чувствительность, семеро пациентов умерли. ВИЧ-инфекции не обнаружено ни у одного из них, ШЛУ-ТБ — у одного больного, МЛУ-ТБ — у шестерых. Средний возраст в группе ШЛУ-ТБ составил $32,0 \pm 9,9$ лет, в группе МЛУ-ТБ — $31,5 \pm 12,4$ ($p = 0,76$); соответственно женщин оказалось 17/48 (35,4%) и 241/603 (40,0%) ($p = 0,54$). Двусторонние полости распада в легких обнаружены у 26/45 (57,8%) и 315/573 (55,0%) больных ($p = 0,72$). ВИЧ-инфекция отмечена у 9 (1,5%) пациентов в группе МЛУ-ТБ, в группе ШЛУ-ТБ ВИЧ-инфекции не было ($p = 1,00$). Все участники исследования, за исключением двоих (по одному в каждой группе), уже лечились в прошлом противотуберкулезными препаратами. При этом больные с ШЛУ-ТБ получили в прошлом больше комбинаций противотуберкулезных препаратов, чем больные с МЛУ-ТБ: $4,2 \pm 1,9$ против $3,2 \pm 1,6$ ($p < 0,001$). Среди больных с ШЛУ-ТБ устойчивость наблюдалась в среднем к $8,4 \pm 1,1$ препаратам из 12 возможных против $5,3 \pm 1,5$ для МЛУ-ТБ ($p < 0,001$). Больные с ШЛУ-ТБ получили в среднем $5,3 \pm 1,3$ препарата, в том числе все — циклосерин, минимум один антибиотик в уколах и один фторхинолоновый препарат; 46 больным с ШЛУ-ТБ (97,9%) было назначено два или больше из четырех препаратов без прямой противотуберкулезной активности (кларитромицин, амоксициллин/клавуланат, клофазимин, рифабутин). На стационарном лечении, в том числе и для оперативного вмешательства, побывали 11 больных ШЛУ-

ТБ (медиана суммарного времени в стационаре – 14 дней; межквартильный интервал [МКИ] 5–54). Операции выполнены 7 пациентам в группе ШЛУ-ТБ (14,6%) и 87 (14,4%) в группе МЛУ-ТБ.

Высев МБТ из мокроты к моменту операции наблюдался у троих в группе ШЛУ-ТБ, у двоих из них мокрота так и не санировалась, и исходы у этих больных были плохими. Выполнено 99,6% (медиана) запланированных ежемесячных посевов (МКИ 90,9–100). К 4-му месяцу положительные посевы мокроты оставались у 16 (33,3%) пациентов. При этом усиление схемы лечения возможно было только у 3-х (18,8%) больных (фторхинолоном нового поколения, заменой инъекционного препарата, добавлением других антибиотиков). Медиана времени до достижения отрицательного посева мокроты составила 90 дней в группе ШЛУ-ТБ и 61 день в группе МЛУ-ТБ (отношение риска [ОР] – 0,63; 95% ДИ 0,45–0,89).

Закончили лечение и были излечены 29 (60,4%) пациентов с ШЛУ-ТБ, против 400 (66,3%) с МЛУ-ТБ ($p = 0,36$). Умерли 11 человек (22,9%) в группе ШЛУ-ТБ и 123 (20,4%) в группе МЛУ-ТБ. Относительный риск смерти для больных с ШЛУ-ТБ составил 1,09 (95% ДИ 0,59–2,02, $p = 0,79$). Уже по окончании курса лечения положительные высевы из мокроты сохранялись у 2-х (6,9%) пациентов с ШЛУ-ТБ и у 15 (3,8%) с МЛУ-ТБ ($p = 0,40$).

Выводы. Авторам удалось показать, что при комплексном продолжительном лечении, включающем комбинации препаратов первого ряда с фторхинолонами, инъекционными препаратами и другими антибиотиками, хирургическое вмешательство и меры социального характера (дополнительное питание, психологическая и финансовая поддержка), возможно излечение порядка двух третей больных с ШЛУ-ТБ. В сопутствующей редакционной статье доктор М.С. Raviglione (ВОЗ, программа «Стоп-ТБ», Женева) высоко оценивает достижение авторов исследования, отмечая однако, что главное теперь – внедрить положительный опыт Перу в практику других стран.

Источник. C.D. Mitnick et al. Comprehensive Treatment of Extensively Drug-Resistant Tuberculosis. *N. Engl. J. Med.*, 2008; **359**, 563–574.

США В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ НЕ УДАЕТСЯ ЗНАЧИТЕЛЬНО СНИЗИТЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

01.10.2008

Точная оценка заболеваемости ВИЧ-инфекцией затруднена тем, что заболевание зачастую проявляется поздно, через несколько месяцев и даже лет с момента заражения. Задачу оценки заболеваемости и ее дифференцирования от

распространенности облегчило создание иммуноферментного анализа ВЕД-ВИЧ-1, который на основе количественной оценки уровня анти-ВИЧ-иммуноглобулина-G позволяет определить срок заражения – <156 дней до забора крови или >156 дней. Этот анализ включен в систему наблюдения за заболеваемостью ВИЧ во многих странах мира, в том числе в США. Несмотря на это, в течение последних нескольких лет в США отсутствовали точные данные о ежегодной заболеваемости ВИЧ-инфекцией. Исследователи из Центров по контролю и профилактике заболеваний (CDC) провели серьезное эпидемиологическое исследование с целью определить число новых случаев ВИЧ-инфекции, имевших место в США в 2006 году.

Методы исследования. Начиная с 1982 г. в США была введена обязательная регистрация случаев СПИДа, а с 1994 г. в 25 из 50 штатов началась регистрация ВИЧ-инфекции. В 2004 г. CDC определили список регионов (22 штата), в которых по сегодняшний день продолжается тщательное отслеживание новых случаев ВИЧ-инфекции с использованием ВЕД-ВИЧ-1 и проводится регистрация каждого нового случая. При регистрации в базу данных заносятся полные паспортные и клинично-демографические данные пациента. Регионы, охваченные данной программой, отвечают за ~73% случаев ВИЧ-инфекции в США. После обработки соответствующих данных за 2006 г. исследователи экстраполировали полученные результаты на все США. Наряду с заболеваемостью в 2006 г., исследователи попытались оценить динамику заболеваемости ВИЧ-инфекцией, используя все данные, собранные начиная с 1977 г.

Результаты исследования. За период времени с января 2006 г. по июнь 2007 г. в 22-х штатах, участвующих в указанной программе наблюдения за заболеваемостью ВИЧ-инфекцией, были впервые диагностированы 33 802 чел. в возрасте ≥13 лет (после поправки на естественную задержку регистрации – 39 400 чел.); 6864 лиц, которые не имели СПИДа через 6 мес. после первичного диагноза ВИЧ-инфекции, были протестированы методом ВЕД-ВИЧ-1. Из них 2133 (31%) были классифицированы как недавно инфицированные, а 4731 (4731) – как давно инфицированные. Из 12 067 больных, которые были протестированы не в первый раз, у 7604 (63%) предыдущий тест был отрицательным.

Исследователи рассчитали, что 56 300 (95% доверительный интервал [ДИ] 48 200–64 500) подростков и взрослых были впервые инфицированы ВИЧ в США в 2006 г. Заболеваемость составила 22,8 на 100 тыс. населения (95% ДИ 19,5–26,1). Демографические характеристики вновь заболевших были следующими: 73% – мужчины, 45% – представители черной расы, 35% – представители белой расы, 17% – выходцы из Латинской Америки. Более половины (53%) новых случаев пришлось на мужчин, име-

ющих секс с мужчинами. Среди чернокожих заболеваемость была в 7 раз выше, чем среди белых.

В целом в США до конца 2006 г. были зарегистрированы 1,23 млн случаев ВИЧ-инфекции (включая случаи СПИДа). Ретроспективный анализ показал, что заболеваемость резко росла начиная с 1977 г. и достигла максимума в 1984–1985 гг., когда она достигала до 130 000 новых случаев в год. Затем она начала быстро снижаться и в начале 90-х составила около 49 000 новых случаев в год. Следующим периодом повышения заболеваемости стал конец 90-х гг., когда заболеваемость поднялась до 58 000 случаев в год. Начиная с 1999 г., заболеваемость ВИЧ-инфекцией в США несколько снизилась и затем стабилизировалась. На протяжении всего времени мужчины, имеющие секс с мужчинами остаются самой многочисленной группой в плане путей заражения. В последние годы заболеваемость представителей черной расы остается значительно выше по сравнению с заболеваемостью представителей белой расы.

Выводы. Исследование, проведенное в стране с самой ранней и одной из самых тяжелых эпидемий ВИЧ-инфекции, является важной вехой в изучении ее эпидемиологии. В США доступны и внедрены в практику множественные меры профилактики ВИЧ-инфекции и, тем не менее, значительного снижения заболеваемости в последние годы добиться не удалось. Результаты исследования помогут определить те группы и слои населения и те регионы, на которые должны быть в первую очередь направлены существующие профилактические меры. Кроме того, считают исследователи, необходимо идти вперед и продолжить разработку новых мер профилактики ВИЧ, таких как антиретровирусная химиопрофилактика или вакцина.

Источник. Н. Irene Hall et al. Estimation of HIV Incidence in the United States. *JAMA*, Aug. 6, 2008; **300** (5), 520–529.

ОТВЕТ НА ЛЕЧЕНИЕ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ВНУТРИВЕННЫХ НАРКОПОТРЕБИТЕЛЕЙ НЕМНОГИМ УСТУПАЕТ ОТВЕТУ ОСТАЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ БОЛЬНЫХ

15.10.2008

Внутривенные наркопотребители (ВНП) являются одной из основных групп риска ВИЧ-инфекции. При этом по сравнению с другой многочисленной группой риска – мужчинами, имеющими секс с мужчинами, ВИЧ-инфицированные ВНП находятся в менее выгодном положении по причине их зачастую асоциального образа жизни и низкой приверженности к высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ). Более того, при тяжелой наркомании ВААРТ может быть не назначена вообще; среди ВНП

наблюдается самая большая доля смертей нелеченных больных от СПИДа. В ряде исследований было доказано, что принадлежность к ВНП является независимым и сильным предиктором низкой эффективности и несостоятельности ВААРТ. Канадские исследователи провели первое в своем роде исследование, целью которого было сравнить эффективность ВААРТ у ВНП и у лиц, не употребляющих наркотики.

Методы исследования. Исследование HAART Observational Medical Evaluation and Research (HOMER) является популяционным исследованием, в которое с 1996 г. включаются все ВИЧ-инфицированные больные в возрасте 18 лет и старше, проживающие в канадской провинции British Columbia. Исследование HOMER отличается исключительной полнотой данных о каждом участнике. В данное исследование включались больные, которые получали ВААРТ с августа 1996 г. по июнь 2006 г. Первичной конечной точкой было время от инициации ВААРТ до смерти. В многофакторном анализе использовались поправки на возраст, пол, СПИД в анамнезе, дату начала ВААРТ, наличие ингибиторов протеазы в составе ВААРТ, опыт лечащего врача, исходный подсчет CD4-клеток, исходную вирусную нагрузку (ВН) и 95%-ную приверженность (+ или –).

Результаты исследования. В исследование были включены 3116 больных, из которых 915 (29,6%) были ВНП, а 2201 – не злоупотребляли наркотиками. Среднее время наблюдения составило 5,3 лет для ВНП и 4,3 года для остальных. Средний возраст больных когорты был около 40 лет. В группе ВНП и группе не злоупотреблявших наркотиками было соответственно 29 и 14% женщин, 14 и 15,5% имели СПИД в анамнезе, исходный уровень CD4-клеток > 200 клеток/мкл – у 15 и 17%, а исходная ВН составила 4,87 и 4,86 log₁₀. Таким образом, группы не различались по исходным признакам. Приверженность 95% и более отмечалась в течение первого года ВААРТ у 40,7% ВНП и 60,5% не злоупотреблявших наркотиками.

За время наблюдения умерли 622 (20%) больных, из которых 232 были ВНП, а 390 – нет. Из 535 смертей, не вызванных несчастным случаем, 373 (70%) были связаны с ВИЧ-инфекцией, 26 (4,2%) имели сердечнососудистые причины, 21 (3,4%) – печеночные, 17 (2,7%) – онкологические и 98 (15,8%) – «другие». Как и ожидалось, по причине несчастных случаев умерли значительно больше ВНП, чем не злоупотреблявших наркотики – 49 (21,1%) против 38 (9,7%).

Многофакторный анализ показал, что в целом в течение до 84 месяцев ВААРТ общая смертность от всех причин не имела статистически значимых различий между ВНП и не-ВНП (26,5 против 21,1%; $p = 0,47$).

Выводы. Авторы исследования считают, что полученные результаты помогут преодолеть распространенный стереотип, согласно которо-

му ВИЧ-инфицированным ВВП ВААРТ приносит гораздо меньше пользы, чем другим категориям больных. Согласно данным исследования, оцененная на популяционном уровне эффективность ВААРТ не имеет значительного различия у ВВП и лиц, не злоупотребляющих наркотиками. Таким образом, ВААРТ должна назначаться ВВП по тем же показаниям, в том же объеме и составе, что и другим больным.

Источник. E. Wood et al. Highly Active Antiretroviral Therapy and Survival in HIV-Infected Injection Drug Users. *JAMA*, 2008; **300** (5), 550–554.

ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ И ТУБЕРКУЛЕЗ ЛУЧШЕ ЛЕЧИТЬ ОДНОВРЕМЕННО? ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ SAPIT

22.10.2008

Эпидемии ВИЧ-инфекции и туберкулеза (ТБ) идут рука об руку в регионах с высокой распространенностью ВИЧ, где до 80% больных ТБ являются ВИЧ-инфицированными. ВИЧ-инфекция часто впервые выявляется именно при первичном обследовании больных ТБ, который часто оказывается причиной смерти больных СПИДом. Согласно текущим клиническим руководствам после постановки диагноза сочетанной ТБ/ВИЧ-инфекции рекомендуется сначала полностью пролечить туберкулез или, по крайней мере, завершить начальную двухмесячную фазу интенсивного лечения, а уже потом назначать антиретровирусную терапию (АРТ). Считается, что такая тактика позволяет предотвратить влияние синдрома иммунологической реконституции на течение ТБ, а также помогает избежать токсических реакций, связанных с взаимодействием противотуберкулезных и антиретровирусных препаратов. С целью определить оптимальные сроки начала АРТ у больных с ТБ/ВИЧ-инфекцией S.S. Abdool Karim et al. предприняли исследование SAPIT (Starting Antiretroviral therapy in three Points In Tuberculosis therapy). Исследование проходит в Южной Африке, где в 2007 г. около 250 000 из 353 879 (70%) больных с впервые диагностированным ТБ были ВИЧ-инфицированными.

Методы исследования. Открытое рандомизированное исследование SAPIT проводится силами Центра по программе исследования СПИДа в Южной Африке (Centre for the AIDS Program of Research in South Africa [CAPRISA]) университета KwaZulu-Natal. С 28 июня 2005 г. по 11 июля 2008 г. в исследование были включены ВИЧ-положительные больные с легочным ТБ, подтвержденным микроскопией мазка мокроты и подсчетом CD4 < 500 кл/мкл.

Больных рандомизировали в три группы:

1) группа раннего интегрированного лечения – АРТ начиналась как можно раньше (в лю-

бом случае в течение первых 2-х месяцев от начала лечения ТБ);

2) группа позднего интегрированного лечения – АРТ начиналась через 2 месяца интенсивной фазы лечения ТБ;

3) группа последовательного лечения – АРТ начиналась по окончании лечения ТБ, т.е. через 6–8 месяцев.

Всем больным назначалась одинаковая комбинация антиретровирусных препаратов: диданозин (didanosine), ламивудин (lamivudine) и эфавиренц (efavirenz). Такая комбинация может применяться 1 раз в сутки, что позволяет интегрировать ее в систему лечения ТБ под непосредственным наблюдением (DOT). Основной конечной точкой исследования была летальность и/или клинический статус на 18 мес. от начала лечения ТБ.

Результаты исследования. В исследование были включены 645 больных, из них 431 – в группы интегрированного лечения и 214 – в группу последовательного лечения. Среднее время до инициации АРТ после начала противотуберкулезного лечения составило 67 дней в группах интегрированного лечения против 261 дня в группе последовательного лечения.

Между группами интегрированного лечения и последовательного лечения не было значимых различий по исходным клинико-демографическим показателям, включая стадию ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ, подсчет CD4, распространенность туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ).

Промежуточный анализ, выполненный в сентябре 2008 г., когда срок наблюдения составил 60% от запланированного, показал, что в группе последовательного лечения умерло 26 человек (летальность 11,6 на 100 человеко-лет), а в обеих группах интегрированного лечения – 24 (летальность 5,1 на 100 человеко-лет). Таким образом, летальность в группах интегрированного лечения оказалась в 2,3 раза или на 55% ниже, чем в группе последовательного лечения ($p = 0,0049$). Эта разница в летальности оставалась статистически значимой как среди больных с подсчетом CD4 < 200 кл/мкл, так и среди больных с подсчетом CD4 от 200 до 500 кл/мкл. На основании данных промежуточного анализа наблюдательный комитет по безопасности исследования принял решение прекратить лечение по протоколу последовательной терапии, а всем больным этой группы рекомендовать немедленно начать АРТ. Исследование продолжается в группах раннего и позднего интегрированного лечения, а цель его сузилась до прояснения вопроса о том, начинать ли АРТ одновременно с лечением туберкулеза или через 2 месяца от его начала. Окончание исследования запланировано на 2010 год.

Выводы. В пресс-релизе, выпущенном CAPRISA, отмечается, что если результаты исследования будут расценены как достаточное клини-

ческое доказательство и будут внедрены в практику, только в Южной Африке ежегодно АРТ будут начинать дополнительные 100 000–150 000 больных ТБ, что позволит предотвратить около 10 000 смертей.

Результаты исследования, безусловно, применимы к больным сочетанной ВИЧ/ТБ инфекцией, живущих во всех других регионах мира.

Источник. Centre for the AIDS Programme of Research in South Africa. Important New Research Findings on Treatment of TB-HIV Co-Infection. Press release. September 19, 2008.

НОВЫЙ АНТИРЕТРОВИРУСНЫЙ ПРЕПАРАТ МАРАВИРОК ВЫСОКО ЭФФЕКТИВЕН У R5-ТРОПНЫХ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

29.10.2008

Высокая вероятность развития резистентности ВИЧ и токсические побочные эффекты заставляют ученых продолжать поиски новых антиретровирусных препаратов, несмотря на то, что классическая высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ), состоящая из нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы и либо ингибитора протеазы, либо ненуклеозидного ингибитора обратной транскриптазы, обычно достаточно эффективна, особенно у нелеченных ранее больных. Одним из таких новых препаратов является маравирик (maraviroc, Selcentri/Selzentry; Pfizer), антагонист хемокинового рецептора CCR5 (рецептор CCR5 клетки-мишени необходим для связывания ВИЧ с клеткой и для его проникновения внутрь клетки). Рецептор CCR5 был выбран терапевтической мишенью, так как стало известно, что люди, лишенные его генетически, проявляют естественную устойчивость к ВИЧ. Причем вирусы иммунодефицита человека в свою очередь различаются на R5-тропные и нетропные. В лабораторных экспериментах маравирик был исключительно эффективен против R5-тропного ВИЧ, включая штаммы с высокой резистентностью к основным АРВ-препаратам. Компания-производитель маравирока Pfizer спонсировала два больших исследования третьей фазы с участием инфицированных R5-тропным ВИЧ больных с длительным анамнезом ВААРТ и высокой вирусной нагрузкой (ВН).

Методы исследования. Рандомизированные многоцентровые двойные слепые исследования MOTIVATE 1 и MOTIVATE 2 (Maraviroc versus Optimized Therapy in Viremic Antiretroviral Treatment-Experienced Patients) имели идентичный дизайн, но MOTIVATE 1 проходило в США и Канаде, а MOTIVATE 2 – в Австралии, Европе и США. В исследование включались только больные с лабораторно подтвержденным (методами молекулярной диагностики) R5-тропиз-

мом ВИЧ, которые имели ВН > 5000 копий/мл и получали в прошлом все три группы АРВ-препаратов (или их ВИЧ был резистентным к указанным группам препаратов). Каждому больному сначала подбирали фоновый оптимизированный режим ВААРТ, основанный на данных о резистентности ВИЧ, а затем больных рандомизировали либо на 300 мг маравирока 1 раз в день, либо на 300 мг маравирока 2 раза в день, либо на плацебо. Длительность наблюдения составила 48 недель.

Результаты исследования. Из 3244 больных, подвергшихся первоначальному скринингу, у 61% был обнаружен только R5-тропный ВИЧ. Из них 1075 были рандомизированы, а 1049 – получили хотя бы одну дозу препаратов и вошли в окончательный анализ (426 получали маравирик 2 раза в день, 414 – маравирик 1 раз в день и 209 – плацебо).

Эффективность испытываемого препарата была сходна в обоих исследованиях, поэтому авторы провели общий анализ. Согласно его данным, среднее снижение ВН к 48-й неделе терапии составило у принимавших плацебо, маравирик 1 раз в день и маравирик 2 раза в день соответственно 0,79, 1,68 и 1,84 log копий/мл. Уровня ВН < 50 копий/мл достигли 17% больных группы плацебо, 43% больных, получавших маравирик 1 раз в день, и 46% больных, получавших маравирик 2 раза в день. Время до несостоятельности терапии было значительно дольше у получавших препарат по сравнению с получавшими плацебо ($p < 0,001$). Иммунологический ответ был более выраженным на маравироке, чем на плацебо: прирост CD4-клеток за 48 недель составил в группах сравнения соответственно 61 кл/мкл, 116 кл/мкл и 121 кл/мкл.

За время наблюдения исследователи не заметили особых различий между группами в отношении безопасности режимов ВААРТ. Выход из исследования по причине побочных явлений был нечастым (около 3% во всех трех группах сравнения). Все зарегистрированные во время исследования 12 случаев рака отмечались у больных, принимавших плацебо.

Анализ подгрупп исследования показал, что маравирик был эффективен при лечении больных с исходным уровнем CD4-клеток < 50 кл/мкл и/или ВН > 100 000 копий/мл. У таких больных отмечался также дозозависимый эффект – среди получавших маравирик 2 раза в день большая доля больных достигла к 24 неделе неопределимых уровней ВН, чем среди получавших препарат 1 раз в день.

Поскольку существуют данные о гепатотоксичности маравирока, была проанализирована небольшая подгруппа больных с вирусными гепатитами В и С. Анализ не показал ухудшения их печеночных функций при приеме препарата. Все больные, у которых отмечалась несостоятельность терапии, были дополнительно протестированы на тропизм ВИЧ и мутации резис-

тентности ВИЧ. Таких больных было 228; 133 из них принимали маравирик. 76 из 133 (57%), принимавших маравирик без положительного эффекта, имели ВИЧ-тропный не к R5-, а к X4-рецептору, либо ВИЧ с двойным тропизмом.

Выводы. Исследователи констатируют, что маравирик показал себя эффективным препаратом для лечения больных, инфицированных R5-тропным ВИЧ, которые исчерпали остальные возможности ВААРТ. Препарат был достаточно безопасным в течение 48 недель исследования, однако необходимо продолжить наблюдение за принимающими его больными для того, чтобы получить данные о его долгосрочном влиянии. Маравирик должен назначаться только больным, инфицированным R5-тропным ВИЧ, т.е. тестирование на R5-тропизм является обязательным этапом ведения больного в ситуации, когда рассматривается вопрос о выборе маравирока как основного препарата. В данном исследовании маравирик назначался в комплексе с другими мощными АРВ-препаратами, а не вместо какого-то из компонентов ВААРТ. При этом участникам исследования не назначались такие новейшие препараты как tipranavir, darunavir, etravirine и raltegravir, по той причине, что неизвестно их взаимодействие с испытуемым препаратом.

Источники. R.M. Gulick et al. Maraviroc for Previously Treated Patients with R5 HIV-1 Infection. *N. Engl. J. Med.*, October 2, 2008, 359, 1429–1441.

ОРАЛЬНЫЙ СКРИНИНГОВЫЙ ТЕСТ НА ВИЧ ДАЕТ МНОГО ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

22.10.2008

С 2006 г. в США действуют рекомендации, согласно которым всем пациентам, обращающимся за помощью в лечебные учреждения, предлагается сдать анализ на ВИЧ. На скрининговом этапе такого обследования используют быстрые тесты на ВИЧ и при их положительном или сомнительном результате переходят к подтверждающим тестам. В качестве быстрого теста врачи могут использовать как тест на наличие антител в крови, так и оральный тест OraQuick, для которого в качестве анализируемого материала используют слюну. Рекомендации по тестированию на ВИЧ распространяются и на приемные отделения госпиталей, которые, согласно традиции и специфической организации американских стационаров, несут обязанность оказания экстренной помощи населению. R.P. Walensky с соавт. провели исследование с целью оценить эффективность использования тестов OraQuick в исключительно загруженном приемном покое одного из госпиталей Гарвардской медицинской школы.

Методы исследования. Исследование прошло с 7 февраля по 1 октября 2007 г. в Brigham and Women's Hospital в Бостоне, в приемное отделение которого обращаются за экстренной помощью около 56 000 больных в год. В исследование включались все нетяжелые взрослые (18–75 лет) больные, за исключением беременных и больных, о которых точно известно, что они ВИЧ-инфицированы. Все больные тестировались в палатах с использованием OraQuick (OraQuick ADVANCE Rapid HIV-1/2 Antibody Test). Результаты теста прочитывались в течение 20–40 мин после забора материала и проведения теста. Все больные, у которых анализ был положительным, подвергались подтверждающему тестированию либо с помощью иммуноферментного анализа, либо с помощью анализа методом Вестерн-блот. У них также определялись вирусная нагрузка ВИЧ и уровень CD4-клеток.

Результаты исследования. Из 2356 больных, которым предлагалось участие в исследовании, согласились на него только 1397 (59,3%). Из них у 854 было проведено скрининговое тестирование с помощью OraQuick. Читаемыми результаты теста были у 849 человек, в том числе у 810 — отрицательными, а у 39 (4,6%; 95% доверительный интервал [ДИ] 3,2–6,0%) — положительными. Больные с положительными результатами скринингового теста были несколько старше остальных (средний возраст 46 против 37 лет). Других различий в основных клинико-демографических характеристиках найдено не было.

Из 39 человек с положительными результатами скринингового теста 31 согласился продолжить обследование с помощью подтверждающих методик. Из этой группы больных только пятеро оказались ВИЧ-инфицированными, а распространенность ВИЧ в когорте больных, обратившихся за экстренной помощью, составила 5 из 841 или 0,6% (95% ДИ 0,1–1,1%). Таким образом, специфичность теста OraQuick составила 96,9% (95% ДИ 95,7–98,1%). Исследователи рассчитали, что лица с положительными результатами теста имеют в 8–32 раза большую вероятность быть ВИЧ-инфицированными, чем лица с отрицательными результатами OraQuick.

Анализ методом Вестерн-блот был отрицательным у 13 (50%) из 26 больных, а иммуноферментный анализ был отрицательным у всех 26 больных. Из 26 больных с отрицательным результатом OraQuick у одного была зафиксирована вирусная нагрузка 86 копий/мкл в одном анализе и неопределимая — в следующем. У всех остальных больных РНК ВИЧ не определялась. Их уровни CD4-клеток были нормальными.

Выводы. Авторы исследования считают, что программу скрининга на ВИЧ в отделении неотложной помощи следует считать успешной, так как были выявлены ВИЧ-инфицированные больные, которые в противном случае не узнали бы о своей болезни в течение неопределенного

периода времени. С другой стороны, OraQuick дал высокую долю ложноположительных результатов. По этой причине врачи, которые проводят скрининговые тесты, и сами тестируемые больные должны правильно относиться к их результатам, что в свою очередь требует того, чтобы и врачи и больные имели всю необходимую информацию о предварительном характере скрининговых тестов, и особенно – OraQuick.

Источник. R.P. Walensky et al. Revising Expectations from Rapid HIV Tests in the Emergency Department. *Ann. Intern. Med.*, 2008; **149**, 153–160.

ПОЛУЧЕНО ЕЩЕ ОДНО ДОКАЗАТЕЛЬСТВО НЕЖЕЛАТЕЛЬНОСТИ ПЕРЕРЫВОВ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

05.11.2008

Хорошо известное исследование SMART было посвящено изучению тактики прерывистой ВААРТ, при которой прием препаратов прекращался, а затем возобновлялся снова в зависимости от уровней CD4-клеток. Исследование было досрочно остановлено в 2006 г. по причине того, что у больных на такой терапии значительно быстрее прогрессировала ВИЧ-инфекция, а также заметно выше была онкозаболеваемость. После остановки исследования было продолжено наблюдение как за больными, которые длительное время находились на прерывистой (эпизодической) ВААРТ, так и за группой сравнения. Тот факт, что наблюдение было продолжено, позволил описать результаты т.н. модификации исследования, которые были опубликованы в одном из последних номеров журнала «Annals of Internal Medicine». Основным смыслом этой модификации состоял в том, что непрерывная ВААРТ была рекомендована всем его участникам.

Методы исследования. В исследовании SMART, которое проходило с 2002 г. по 2006 г., приняли участие 5472 ВИЧ-инфицированных больных с исходным уровнем CD4 > 350 кл/мкл из 318 центров 33-х стран мира. Они были рандомизированы либо на непрерывную ВААРТ ($n = 2752$), либо на эпизодическую ВААРТ ($n = 2722$). В группе эпизодической ВААРТ терапия прекращалась в тот момент, когда их уровень CD4⁺-лимфоцитов достигал 350 кл/мкл. При CD4⁺ ≈ 250 кл/мкл ВААРТ возобновлялась.

Наблюдение продолжалось в течение 18 месяцев после модификации исследования. Основными конечными точками данного анализа считались смерть и оппортунистические инфекции (ОП).

Результаты исследования. Исходные клинико-демографические характеристики обеих

групп были сходными. На момент остановки исследования в 2006 г. только 35,6% больных группы эпизодической ВААРТ получали терапию против 94% больных группы непрерывной ВААРТ. Через 6 и 18 месяцев после модификации исследования эти цифры составили соответственно 74,2 и 83,4%.

На момент модификации исследования значительно бóльшая часть больных группы непрерывной терапии имели ВН < 400 копий/мл – 34,5 против 82,1%. Когда больные группы эпизодической терапии перешли на непрерывную ВААРТ, различия в ВН между группами уменьшились, но не исчезли совсем: через 6 и 18 мес. после модификации процент больных с ВН < 400 копий/мл составил соответственно 62 и 83,9%; 73 и 83,6%. Та же закономерность оказалась справедливой и в отношении иммунного ответа на лечение, т.е. получавшие эпизодическую ВААРТ так и не догнали тех, кто получал непрерывное лечение: средний уровень CD4-клеток на момент модификации, через 6 и 18 мес. составил в группах соответственно 468 и 682 кл/мкл; 503 и 679 кл/мкл; 541 и 693 кл/мкл.

В отличие от группы непрерывной терапии, в которой частота достижения конечной точки (впервые диагностированных ОП и смерти) оставалась на одном уровне до и после модификации исследования (1,4 на 100 человеко-лет), в группе эпизодической ВААРТ частота указанных событий снизилась за 18 месяцев после модификации на 38% – с 3,4 до 2,1 на 100 человеко-лет. Отношение рисков (ОР) по первичной конечной точке при сравнении групп после модификации исследования составило 1,4. При этом для оппортунистических инфекций ОР после модификации составило 1,7 (до модификации – 3,3) в пользу непрерывной ВААРТ, для сердечно-сосудистых болезней – 1,1 (до модификации – 1,6), для болезней почек – 0,2 (до модификации – 4,5) и для болезней печени – 7,2 (95% ДИ 0,9–58,2, данные неоднородные; до модификации – 1,4).

Выводы. Исследователи делают вывод о том, что через 18 месяцев после модификации исследования SMART больные, которые получали эпизодическую терапию, стали ближе по уровням ВН, CD4-клеток и частоте оппортунистических инфекций к группе сравнения, но так и не догнали ее по этим важнейшим показателям прогрессирования ВИЧ-инфекции и эффективности ВААРТ. Таким образом, получено еще одно доказательство нежелательности и вредности перерывов антиретровирусной терапии.

Источник. The SMART Study Group. Risk for Opportunistic Disease and Death after Reinitiating Continuous Antiretroviral Therapy in Patients with HIV Previously Receiving Episodic Therapy. *Ann. Intern. Med.*, 2008; **149**, 289–299.

Ресурсный центр по паллиативному уходу за ЛЖВС*



Проблема оказания комплексной медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и людям, страдающим другими тяжелыми заболеваниями, с каждым годом становится все более актуальной. Однако в образовательные программы подготовки медицинских сестер и врачей в недостаточной степени включены вопросы паллиативной помощи и ухода за больными с хроническими заболеваниями, а вопросы ухода за больными при ВИЧ/СПИДе практически отсутствуют. Не разработан государственный стандарт по паллиативной помощи.

19 сентября 2007 года Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации издан приказ «О мерах по организации оказания паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией». Положение приказа предусматривает «взаимодействие медицинских учреждений, центров социальной защиты населения и общественных организаций при оказании медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией в субъекте Российской Федерации. Больные ВИЧ-инфекцией, страдающие интенсивным болевым и другими симптомами, приводящими к временным нарушениям физического или психического состояния и необходимости индивидуального ухода, госпитализируются в палаты паллиативной помощи не только в отделения инфекционных, туберкулезных, наркологических больниц, но и многопрофильные больницы».

Свято-Димитриевское сестричество (Москва) в течение нескольких лет занимается паллиативным уходом. За это время накоплен большой практический опыт. Кроме того, разработана программа обучения паллиативному уходу. По этой программе проводятся обучающие семинары во многих регионах России.

Для того чтобы расширить практическую и информационно-образовательную деятельность по паллиативной помощи, было решено создать специальный Ресурсный центр по паллиативному уходу за людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС).

9 января 2008 было подписано соглашение о некоммерческом сотрудничестве в совместной деятельности между МПРО «Сестричество во имя благоверного царевича Димитрия», ЦКБ свт. Алексея митрополита Московского Московской патриархии РПЦ и ГОУ Свято-Димитриевское училище сестер милосердия Департамента здравоохранения Москвы. Цель соглашения – создание

* Информационный бюллетень КС РПЦ, сентябрь 2008.

и оснащение палаты паллиативного ухода для отработки навыков ухода за больными с хроническими прогрессирующими заболеваниями, а также помещений для проведения практико-ориентированных семинаров и учебной аудитории для обучения медицинских сестер, сестер по уходу, студентов и добровольцев навыкам паллиативного ухода.

Поскольку базой для создания Ресурсного центра стала ЦКБ свт. Алексия, хотелось бы рассказать о самой больнице и ее истории.

Здания больницы были построены в 1903 году полностью на средства купцов-меценатов Александры Ксенофоновны и Ивана Лонгиновича Медведниковых. Называлась она тогда Медведниковская богадельня и лечебница для тяжелых и неизлечимых больных. Для своего времени она была оборудована наилучшим образом.

Это был комплекс, включающий в себя лечебные корпуса, жилой корпус для сотрудников, приют для детей, хозяйственные постройки, часовню и два храма. 17 декабря 1903 года на торжественном открытии больницы присутствовали генерал-губернатор Москвы Великий князь Сергей Александрович и Великая княгиня Елизавета Федоровна. Чин освящения нового богоугодного заведения совершил священномученик митрополит Московский Владимир. Благотворителей Ивана и Александру поминают в больничных храмах и сегодня за каждой Литургией.

В 1920-е годы были закрыты храмы на территории церковной больницы, а сама Медведниковская больница была переименована в 5-ю клиническую больницу. Службы в храмах возобновились в 1992 году, когда больница была передана Церкви.

В 1992 году 5-я клиническая больница была преобразована в Центральную клиническую больницу святителя Алексия Московской патриархии Русской православной церкви. В настоящее время это многопрофильная современная больница. Стационар рассчитан на 220 мест, в нем есть хирургическое, неврологическое, терапевтическое отделения и отделение реанимации. В больнице святителя Алексия не на словах, а на деле возрождают традиции отечественной медицины: сочетание высокого профессионализма и православного милосердия.

Для помощи в развитии этому уникальному социальному церковному проекту был создан Попечительский совет больницы. В 2005 г. совет возглавил Святейший Патриарх Московский и всея Руси Алексей II, считающий создание современной церковной больницы «самым важным социальным проектом Русской православной церкви».

«Это единственная и первая церковная больница. Поэтому она должна отвечать самым высоким критериям. Хотелось бы, чтобы она была образцом и для государственных, и для частных больниц», — сказал Патриарх.

В ЦКБ свт. Алексия работают высококвалифицированные врачи. Многие из них служат в этой больнице уже не один десяток лет, приходят и новые специалисты.

Больница свт. Алексия является авторитетным научным центром: здесь базируются три кафедры Российского государственного медицинского университета, а отделение нейрореабилитации и восстановительного лечения после инсультов — одно из лучших в Москве. В больнице есть консультативно-диагностический центр, в котором можно обследоваться и получить консультацию у врачей высших категорий различных специальностей.

Больница святителя Алексия является базой Свято-Димитриевского православного училища сестер милосердия, студенты училища ухаживают за пациентами клиники.

Больница не специализируется на инфекционных заболеваниях, но в ней получают лечение и ВИЧ-инфицированные пациенты, и пациенты с гепатитами В и С. Отработка навыков паллиативного ухода ориентирована и на этих пациентов.

Ресурсный центр Свято-Димитриевского сестричества имеет два основных направления деятельности: оказание практической сестринской помощи и обучение паллиативному уходу. Эти направления тесно связаны между собой, в них задействованы одни и те же команды специалистов.

Деятельность по обучению предусматривает проведение обучающих семинаров на базе Центра, а также разработку и совершенствование учебных программ, издание учебно-методических пособий, повышение квалификации работающих сестер милосердия.

Обучающие семинары проводятся по тем же программам, что и выездные семинары в регионах, но с расширенными практическими занятиями — непосредственно у постели больных.

В Ресурсном центре проходят обучение сестры милосердия, младшие медсестры, добровольцы из московских сестричеств и приезжающие на практику для обмена опытом сестры из других регионов. Предполагается проведение специального курса обучения для медицинских сестер специализированных государственных лечебных учреждений Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом Департамента здравоохранения г. Москвы и инфекционных больниц.

Сестринская помощь в Ресурсном центре оказывается в палате паллиативной помощи. За год в этой палате смогут получить лечение и уход около 60 пациентов.

Основные задачи работы палаты паллиативной помощи:

- оказание паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией, имеющим выраженные функциональные нарушения, приводящие к ограни-

чению способности к самообслуживанию и необходимости сестринского ухода;

- проведение симптоматической, этиотропной и патогенетической терапии;
- проведение комплексного восстановительного лечения (включая фармакотерапию, физиотерапию, лечебную физкультуру, массаж).

Работа палаты паллиативной помощи направлена не только на оказание помощи пациентам с хроническими прогрессирующими состояниями, к которым относится и ВИЧ-инфекция, осложненная соматической патологией, но и на отработку алгоритма и практических навыков оказания этой помощи.

После прохождения лечения в палате паллиативной помощи сестринское сопровождение не прерывается. Комплексная паллиативная помощь выписанным из больницы ВИЧ-инфици-

рованным и их семьям продолжается на дому силами патронажной службы Свято-Димитриевского сестричества.

Работа Ресурсного центра уже вызвала большой интерес в разных регионах России. Так, пять ведущих сестриществ Санкт-Петербурга выразили готовность создать палаты паллиативной помощи в больницах своего города и работать в них с тяжелыми больными. Для подготовки к этой работе сестры милосердия пройдут обучение на базе Ресурсного центра Свято-Димитриевского сестричества.

Егорова Ольга Юрьевна,

*Главная сестра патронажной службы Свято-Димитриевского сестричества,
контактный тел/факс: (495) 236-44-78;
e-mail: patr@yandex.ru*

* * *

ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА

Все больные нуждаются в купании.

В зависимости от диагноза и тяжести состояния, купание может происходить или непосредственно в кровати больного, или в комнате, где находится кровать, или в ванной комнате.

Место и степень участия пациента в купании определяется его общим состоянием.

Мытье головы в кровати. Для мытья головы необходимы следующие принадлежности: тазик для воды, подставка для таза, кувшин с теплой водой, мыло или шампунь, клеенка, полотенце, расческа, косынка.

Лежачего больного кладут на спину, под спину подкладывают подушку так, чтобы верхний край ее доходил до уровня плеч. Голова больного должна быть запрокинута. В изголовье кровати стелется клеенка и под голову ставится тазик на подставке. Можно вместо таза использовать удобную современную надувную ванну для мытья головы (рис. 1).

Можно также использовать самый маленький детский надувной бассейн. Волосы из кувшина смачиваются теплой водой (34–37 градусов), наносится шампунь и распределяется по голове, намыливаются волосы. Затем волосы хорошо промываются теплой водой из кувшина, пока не будут удалены все остатки пены. После ополаскивания волосы вытираются насухо полотенцем и расчесываются. На голову надевают косынку или голову покрывают сухим полотенцем. Осторожно вынимают тазик с водой и подставку, убирают клеенку, удобно укладывают больного на подушку. Частота мытья зависит от пожеланий больного и степени загрязнения волос. Обычно голову моют 1–2 раза в неделю.

Мытье головы в положении сидя. Больной сидит в кресле или на стуле спиной к раковине или столу, на котором установлен водосборник (таз,

ведро и т.п.). Между раковиной и шеей больного располагается продолговатый лоток, имеющий вырез, плотно облегающий шею (рис. 2).

При мытье головы вода свободно стекает по лотку в раковину или иной водосборник. Сделать самому такой лоток можно из куска тонкой фанеры, соответствующей длины и ширины (ширина определяется шириной плеч). С одной стороны лотка делается вырез для шеи. По краям длинной стороны лотка набиваются две рейки высотой 2–3 см. Их назначение — препятствовать стоку воды с боковых поверхностей лотка. Затем лоток обклеивается медицинской клеенкой.

Купание в комнате. Трудности с купанием могут возникнуть при неспособности пациента:

- дойти до ванной комнаты;
- открыть водопроводный кран;
- взять в руки принадлежности для мытья в результате утраты хватательной функции;



Рис. 1. Можно вместо таза использовать удобную современную надувную ванну для мытья головы.



Рис. 2. Между раковиной и шеей больного располагается продолговатый лоток, имеющий вырез, плотно облегающий шею.

- дотянуться до различных участков тела и крана;
- сохранять равновесие;
- входить и выходить из ванны.

Если Ваш больной не полностью обездвижен, если он может сидеть, но по состоянию своего здоровья не может посещать ванную комнату, то мытье можно проводить на стуле или санитарном кресле в комнате.

Для этого необходимо закрыть окна, чтобы не было сквозняков, температура воздуха в комнате должна быть 21–22 градуса. На пол постелить клеенку, на нее поставить стул или санитарное кресло, на стул постелить клеенку, на нее — полотенце или пеленку. В качестве водосборника можно также использовать небольшой детский надувной бассейн. В этом случае стул, на котором сидит больной, ставится внутрь бассейна. Больному нужно помочь пересесть с кровати в кресло или на стул, раздеть его.

Перед больным поставить на табурет таз с теплой водой, ноги больного опустить в таз с водой. Для мытья можно использовать мочалку, рукавицу, шитую из махрового полотенца, или кусочки ткани. На коленях больного можно расстелить намыленную мочную ткань, о которую больной, наклонившись, сможет тереть кожу. На спинку сиденья повесить полотенце, чтобы при мытье тереться об него спиной. Так же можно использовать полотенце для высушивания кожи после мытья. При ополаскивании удобно использовать кусочки чистой ткани, чтобы не загрязнять ополаскивающую воду.

Купание начинают с мытья головы. Для этого больной наклоняет голову вперед, затем волосы нужно смочить теплой водой (34–37°), нанести шампунь и распределить его по голове, намылить волосы, несколько раз расчесав голову руками. Затем хорошо промыть волосы теплой водой, ополоснуть волосы, одной рукой

расправляя волосы, другой — осторожно поливая водой из кувшина. Затем волосы тщательно прополоскать, пока не будут удалены все остатки пены. После ополаскивания волосы вытирают насухо полотенцем и причесывают больного. На голову надевают косынку или голову покрывают сухим полотенцем.

Затем моют шею, руку ниже и выше локтя, плечо, подмышку, окунуть кисть больного в воду. Затем вымыть грудную клетку, живот, спину, ягодицы. Ноги больного хорошо намылить, особенно межпальцевые пространства и ногтевые ложа, ноги сполоснуть чистой теплой водой, приподняв их над тазом, вынуть таз, ноги вытереть насухо полотенцем, особенно между пальцев, смазать подошвы и пятки детским кремом или кремом для ног, можно одеть носки. После мытья больного одеть в чистое белье и уложить в постель.

Купание в ванной комнате. Если Ваш больной может передвигаться самостоятельно или с помощью трости, костылей, на инвалидном кресле, мытье можно проводить в ванной комнате. Помогая больному принимать ванну или мыться под душем, нужно помнить о том, что ванная комната может оказаться опасным местом, поэтому ее необходимо соответствующим образом подготовить.

Температура в помещении должна быть около 24 градусов. Для того чтобы предупредить образование водяного пара в ванной комнате, наполняя ванну водой, нужно вначале налить в нее холодную воду, а затем добавить горячую до температуры 35–37 градусов.

Для предупреждения скольжения и падения на пол в ванной комнате и в самой ванне необходимо положить резиновые гофрированные коврики. На стене и бортике ванны могут быть установлены поручни (рис. 3, 4).

Для раздевания, вытирания и одевания ослабленных больных в ванной комнате необходимо предусмотреть стул. Важно также заранее приготовить ванные принадлежности, полотенце, чистое белье и халат.

Если больной в состоянии перешагнуть через борт ванны, он опирается на помощника или использует поручни для устойчивости. Очень удобен вертикальный поручень, установленный рядом с ванной (рис. 5). Значительно облегчает перешагивание использование специальных ступенек для ванны (рис. 6).

Далее он либо опускается в ванну, либо сидит на ванной скамейке, используя при необходимости поручни.

Если больной не может перешагнуть через борт ванной, можно использовать специальную широкую скамейку, один край которой находится в ванной, а второй — снаружи, около ванной (рис. 7).

Больной садится на край скамейки, располагающийся около ванной, затем перебрасывает ноги в ванную и передвигает тело к краю ска-

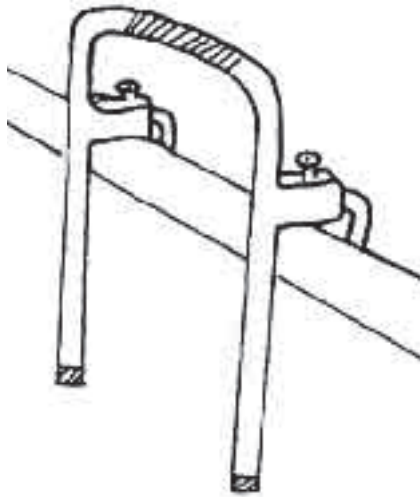


Рис. 3, 4. На стене и бортике ванны могут быть установлены поручни.

Рис. 5. Очень удобен вертикальный поручень, установленный рядом с ванной.

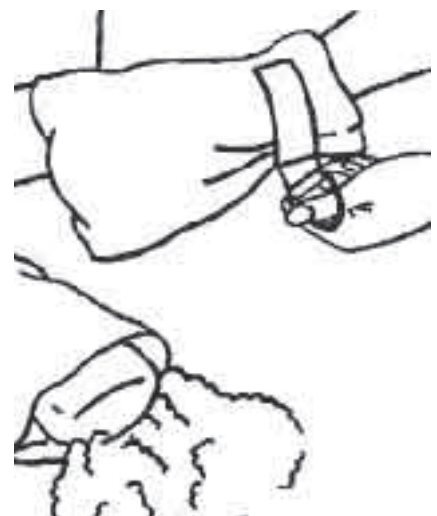
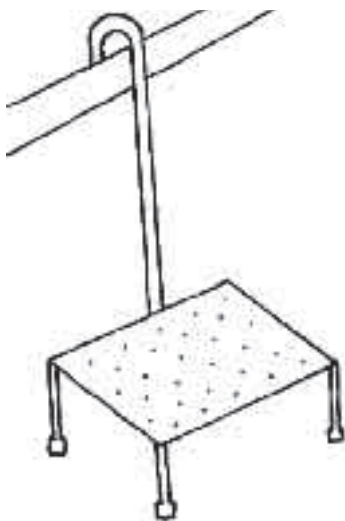


Рис. 6. Значительно облегчает перешагивание и использование специальных ступенек для ванны.

Рис. 7. Если больной не может перешагнуть через борт ванны, можно использовать специальную широкую скамейку, один край которой находится в ванной, а второй — снаружи, около ванны.

Рис. 8. Удобную варежку для мытья можно сшить из махровой ткани. Такая надетая на руку варежка упрощает процедуру самостоятельного намыливания и сжимания мочалки.



Рис. 9–12. Для мытья подногтевых пространств можно использовать щетку на присосках, которая фиксируется в удобном для пациента месте. Для удержания бритвы при невозможности сжать ее ручку пальцами, можно использовать специальное крепежное устройство, фиксирующееся на кисти больного. Такое же крепежное устройство можно использовать для зубной щетки и гребенки.

мейки, расположенному над ванной. Далее он моется сам или с посторонней помощью.

Чтобы мыло не выскальзывало из рук, можно просверлить в центре куска мыла отверстие, продеть в него веревку, завязать петлю и пове-

сить на шею. Мыло все время будет находиться на груди больного. Можно также использовать контейнер с жидким мылом.

Поскольку кожа пожилых людей и больных, долгое время находящихся на постельном режи-

ме, легко ранима, не рекомендуется использовать мочалки из грубых тканей. Удобную варежку для мытья можно сшить из махровой ткани. Такая надетая на руку варежка упрощает процедуру самостоятельного намыливания у больных, которые испытывают затруднения при сжатии мочалки (деформации или тугоподвижности суставов кисти) (рис. 8).

Для самостоятельного намыливания спины можно использовать поролоновую губку, надев ее на длинную изогнутую ручку. Ее же можно использовать для намыливания ног.

Для мытья подногтевых пространств можно использовать щетку на присосках, которая фиксируется в удобном для пациента месте (рис. 9).

Для стрижки ногтей на ногах можно использовать ножницы с длинными, изогнутыми на концах браншами.

Для удержания бритвы при невозможности сжать ее ручку пальцами, можно использовать специальное крепежное устройство, фиксирующееся на кисти больного (рис. 10).

Такое же крепежное устройство можно использовать для зубной щетки и гребенки (рис. 11, 12).

Флинт А.В.,

*Руководитель информационно-образовательного центра «Соучастие»,
начальник отдела развития сестринского дела Центра профессиональной
подготовки кадров и последипломного образования Департамента
здравоохранения г. Москвы
docflint@mtu-net.ru*

* * *

ИТОГОВЫЙ ДОКУМЕНТ КОНФЕРЕНЦИИ «ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ РЕЛИГИОЗНЫХ ОБЩИН РОССИИ В ОБЛАСТИ ВИЧ/СПИДА»

Мы, участники межрелигиозной конференции «Взаимодействие религиозных общин России в области ВИЧ/СПИДа» обсудили широкий круг вопросов, связанных с проблематикой взаимодействия религиозных общин, государственных и общественных организаций в борьбе с распространением ВИЧ/СПИДа, а также оказанием помощи людям, живущим с ВИЧ.

По результатам состоявшейся дискуссии мы пришли к следующим выводам:

1. Ситуация с распространением ВИЧ/СПИДа в России является сегодня весьма опасной, требующей постоянного внимания, серьезных и согласованных действий со стороны государства, религиозных организаций и всех ответственных сил общества.

2. Государственными органами Российской Федерации предпринимаются значительные меры, направленные на разрешение проблемы ВИЧ/СПИДа, обеспечение лечения, реабилитации и социальной адаптации людей, живущих с ВИЧ. Многие делаются органами здравоохранения и в сфере профилактики заболевания.

3. Следует вместе с тем отметить, что усилия, предпринимаемые государством и обществом, недостаточны, в первую очередь потому, что они не учитывают всех проблем, связанных с распространением ВИЧ-инфекции в России и организацией эффективной помощи людям, живущим с ВИЧ.

4. Главная причина распространения ВИЧ в России, как и повсюду в мире, коренится в ду-

ховно-нравственном состоянии общества. В наибольшей степени факторами, влияющими на распространение ВИЧ, являются утрата ценностных ориентиров, размывание традиционных моральных устоев, бездуховность, отсутствие нравственного воспитания новых поколений, социальное отчуждение, пропаганда порока в средствах массовой информации.

5. Борьба с распространением ВИЧ-инфекции не будет действенной, если она будет вестись лишь посредством санитарных и медико-профилактических мер. Недостаточно эффективны, а подчас и вредны, упрощенческие схемы сексуального просвещения, в особенности, когда они рассматриваются как исключительное средство образования молодежи в вопросах профилактики ВИЧ-инфекции.

6. Важнейшим элементом борьбы с распространением ВИЧ-инфекции должны стать целенаправленные усилия по укреплению духовных и нравственных норм в обществе, реализуемые посредством просвещения и воспитания.

7. Особое внимание в связи с этим следует уделить воспитанию детей в духе уважения семейных ценностей и традиций, ответственного отношения между полами, неприемлемости рискованного поведения, в том числе употребления наркотиков, в свете идеалов гражданственности, общественного служения, супружеской любви и верности, милосердия и сострадания.

8. Религиозные общины России, которые на протяжении многих веков служат своему народу и являются сегодня важной частью гражданско-

го общества, могут и должны вносить свой уникальный вклад в эту работу.

9. Необходимым условием эффективной борьбы с распространением ВИЧ/СПИДа должно стать социальное партнерство религиозных организаций, государства и общества.

10. Необходимо развивать сотрудничество религиозных организаций друг с другом, а также с государством и обществом в сфере нравственного воспитания и образования детей и молодежи; усиливать образовательную и просветительскую работу по профилактике ВИЧ-инфекции среди детей и подростков; создавать совместные с общественными и государственными организациями образовательные и обучающие программы по профилактике ВИЧ-инфекции. При этом следует учитывать национальные и культурные традиции.

11. Средства массовой информации и коммуникации, в первую очередь телевидение и интернет, должны стать важным инструментом борьбы с распространением ВИЧ-инфекции. При этом информационные кампании по профилактике ВИЧ-инфекции и рискованного поведения не смогут быть эффективными, оставаясь вне этических норм.

12. Религиозные общины считают возможным сотрудничество с государственными и негосударственными организациями в программах, которые не противоречат фундаментальным духовно-нравственным и семейным ценностям.

13. Религиозные общины России отмечают необходимость комплексного подхода в оказании помощи людям, живущим с ВИЧ, который включает в себя не только медицинскую, психологическую, социальную, но и духовную поддержку.

14. Важными направлениями деятельности религиозных общин в области предотвращения распространения ВИЧ-инфекции и заботы о людях, живущих с ВИЧ, должны стать:

- молитва о людях, живущих с ВИЧ, и их семьях, оказание им духовной и иной необходимой помощи;

- духовно-нравственное воспитание детей и молодежи путем создания профилактических программ, основывающихся на традиционных нравственных ценностях;

- поддержка проектов на местах по созданию консультационных служб и телефонов доверия по проблемам ВИЧ/СПИДа;

- содействие социальной реабилитации и защите прав людей, живущих с ВИЧ;

- правовая консультация ВИЧ-позитивных и их близких; психологическая помощь людям, живущим с ВИЧ (в медицинских учреждениях — больницах, клиниках, роддомах; в местах заключения и так далее), а также их близким;

- уход за детьми-сиротами, рожденными от ВИЧ-инфицированных матерей, и их полная интеграция в обществе;

- патронаж и уход за ВИЧ-позитивными, в том числе в терминальной стадии;

- работа в заведениях пенитенциарной системы, в том числе с ВИЧ-инфицированными лицами, находящимися в местах лишения свободы;

- создание теле- и радиопрограмм, социальной рекламы, направленных на распространение идеалов здорового образа жизни, ответственного поведения, преодоление стигмы и дискриминации;

- проведение образовательных курсов по проблемам ВИЧ для священнослужителей и мирян религиозных общин по работе с людьми, живущими с ВИЧ;

- содействие развитию и укреплению волонтерского движения в области помощи людям, живущим с ВИЧ;

- создание программ по реабилитации наркозависимых и ВИЧ-инфицированных;

- создание программ по предотвращению торговли людьми как одного из путей распространения ВИЧ-инфекции.

15. Участники конференции отмечают необходимость взаимодействия российских религиозных общин с объединениями людей, живущих с ВИЧ, при разработке и осуществлении своих программ в области ВИЧ/СПИДа.

16. Участники конференции обращаются к государству и обществу с призывом к активному взаимодействию с религиозными организациями в деле противостояния распространению ВИЧ-инфекции.

17. Участники конференции согласились с необходимостью создания совместной комиссии по координации усилий религиозных организаций в деле противодействия распространению ВИЧ-инфекции и помощи людям, живущим с ВИЧ.

18. Участники конференции считают необходимым обратиться к Межрелигиозному совету России со следующими предложениями:

А. Рассмотреть возможность обращения к государственным органам Российской Федерации, руководству СНГ, Общественной Палате Российской Федерации по вопросу выделения грантов религиозным организациям на осуществление ими социально значимой работы в области предотвращения распространения ВИЧ-инфекции и заботы о людях, живущих с ВИЧ.

Б. Рассмотреть возможность обращения к руководству религиозных общин России с предложением о подписании совместной декларации об общем видении в сфере противодействия распространению ВИЧ-инфекции, помощи людям, живущим с ВИЧ, и поддержки духовно-нравственных основ общества.

19 ноября 2008 г.

Семья и материнство

Данное руководство составлено авторами в форме вопросов-ответов по проблеме, которая все более захлестывает наше общество и все человечество. Авторы верят, что руководство окажет помощь, по крайней мере, двум категориям людей: тем, кто столкнувшись с проблемой ВИЧ/СПИДа, с благодарностью готов принять помощь и заботу, а также тем, чье сердце открыто для такой помощи и заботы.*

Что если о ВИЧ-статусе одного из вас стало известно до свадьбы?

В повседневном общении с окружающими людьми ВИЧ-положительный человек имеет полное право молчать о своем статусе. Что же касается отношений муж—жена, жених—невеста, такое молчание недопустимо. Более того, такое молчание преследуется по закону**.

Если жених или невеста ВИЧ-положительные, другая половина должна обладать всей полнотой информации для сознательного принятия решения.

- Использование презервативов не снимает полностью риск заражения, но снижает его. Оцените себя в ситуации риска заражения.

- Несмотря на достижения в медицине, риск рождения ВИЧ-положительного ребенка существует. Это происходит только в случае, если мать заражена ВИЧ. От отца ребенок не может заразиться. Оцените свою ответственность, в том числе и материальную.

- Ребенок рискует остаться сиротой, не достигнув совершеннолетия (в среднем продолжительность жизни ВИЧ-положительного человека 10–15 лет (без применения антиретровирусной терапии). Кто будет заботиться о нем после смерти родителей?

- Кто понесет на себе все тяготы ухода за вами при достижении вами терминальной стадии СПИДа (особенно в случае, если один из партнеров уже умер от СПИДа)?

* М. Телепов, Н. Телепова, Л. Макарова, М. Слански «Жизнь продолжается» (главы из книги). АНПО «АСЕТ», Самара, 2008.

** Согласно статье 122 УК РФ, заражение другого лица ВИЧ-инфекцией лицом, знавшим о наличии у него этой болезни, наказывается лишением свободы на срок до 5 лет. Однако в примечании к статье указывается, что человек, подвергший партнера опасности заражения либо заразивший его ВИЧ-инфекцией, освобождается от уголовной ответственности, если другое лицо было своевременно предупреждено о наличии у первого этой болезни и добровольно согласилось совершать действия, создавшие опасность заражения. Человек, получивший положительный результат теста на ВИЧ, считается знающим о своем статусе. Если он скрывает свой статус и практикует секс без презерватива, он может понести уголовную ответственность.



По последним данным, проводимым по дискордантным* парам, в течение первых трех лет заражение второго супруга происходило в 25% случаев, в течение последующих трех лет еще 25% незараженных супругов получали ВИЧ; подобная динамика наблюдалась и далее, в результате через 10 лет в большинстве случаев ВИЧ-положительными стали оба супруга.

Кстати, в некоторых странах применяется такая практика: прежде, чем сочетать дискордантную пару, здоровому супругу предлагается некоторое время поработать в госпитале для больных СПИДом. При этом преследуется двоякая цель: человек получает возможность приобрести навыки ухода за тяжелобольным человеком и еще раз взвесить и обдумать перспективу.

Совет. Во время предбрачного консультирования следует настойчиво рекомендовать жениху и невесте пройти тестирование на ВИЧ. Большинство ВИЧ-положительных людей не знает о своей инфекции. В некоторых городах России ВИЧ-инфекция уже у каждого двадцатого человека в возрасте 20 лет. Важно помнить, что добрачное тестирование может спасти жизнь.

Притча. Когда-то давно в одном городе жил великий мудрец. Слава о его мудрости разнеслась далеко вокруг его родного города, люди издали приходили к нему за советом. В этом же городе жил другой мудрец, который завидовал его славе. Для того чтобы посрамить первого мудреца, он как-то пришел на луг, поймал бабочку, посадил ее между сомкнутых ладоней и подумал: «Пойду-ка я и спрошу у него: какая бабочка у меня в руках — живая или мертвая? Если он скажет «мертвая», я открою ладони и бабочка улетит. Если он скажет «живая», я сомкну ладони и бабочка умрет». Завистник поймал бабочку, пришел в город и спросил у первого мудреца: «Скажи, о мудрейший, какая бабочка у меня в руках — живая или мертвая?» Мудрец внимательно посмотрел на пришедшего и, сделав паузу, сказал: «Все в твоих руках».

Как провести консультирование дискордантной пары до вступления в брак?

В вопросах консультирования дискордантной пары одним из важных аспектов является их осведомленность в вопросах ВИЧ/СПИДа. В противном случае необразованность может повлечь за собой безответственное отношение к семье и проблемы в будущем браке. Чтобы убедиться в ответственности принятого парой решения необходимо выявить уровень знания обеих сторон в вопросах ВИЧ/СПИДа и предоставить необходимую правдивую информацию. Полностью проинформировав и убедившись в

* Дискордантной называется пара, где один из супругов ВИЧ-положительный.

понимании, ответственность в принятии решения в вопросе брака ложится на дискордантную пару.

Во время добрачного консультирования можно использовать следующую анкету, с помощью которой наставник может совместно с парой обсуждать данные вопросы:

1. Что вы знаете о ВИЧ/СПИДе? Обсудите следующую информацию:

- основную медицинскую информацию о ВИЧ/СПИДе, путях передачи;
- информацию о риске заражения партнера и методах предохранения;
- информацию о способах безопасного зачатия, методе естественного планирования семьи;
- информацию о риске заражения будущего ребенка.

2. По какой причине вы собираетесь вступить в брак?

3. Что позволяет вам быть убежденными в том, что ваш брак будет удачным?

4. Что вы ждете от своих супружеских отношений?

5. Если у вас будет прогрессировать заболевание, сколько сочувствия и внимания со стороны супруги/супруга вы хотели бы видеть? Что вы понимаете под фразой «заботиться и сочувствовать»?

6. Чего вы ожидаете от сексуальных отношений в браке?

7. Какие меры предосторожности от заражения вы собираетесь предпринимать?

8. Каким образом вы будете планировать семью?

9. Вы готовы к тому, что ваш здоровый партнер может заразиться ВИЧ во время интимных отношений?

10. Вы готовы к тому, что ваш супруг может через несколько лет серьезно заболеть и уйти в вечность?

11. Чего вы ожидаете в собственном родителстве?

12. Когда бы вы хотели родить первого ребенка и сколько детей хотели бы иметь?

13. Что вы будете делать, если не сможете иметь собственных детей?

14. Вы знакомы с методом естественного планирования семьи?

15. Вы знакомы с методами безопасного зачатия ребенка в дискордантной семье?

16. Кто будет нести на себе основную нагрузку по воспитанию ваших детей ближайшие 5 лет? Через 10–15 лет?

17. Вы задумались над тем, что ваш будущий ребенок (дети) может через несколько лет оказаться частичным и полным сиротой в случае, если вы уйдете в вечность?

18. Чего вы ожидаете от духовной стороны вашего супружества?

19. Кто возьмет на себя духовное лидерство в семье? Что вы понимаете под этим?

20. Чего вы ожидаете от отношений с родителями?

21. Сколько времени вы намерены проводить с родителями?

22. Ваши родители знают о том, что один из вас болен неизлечимой болезнью? Если вы не хотите об этом сообщить им (по закону вы не обязаны), какова может быть их реакция в случае, если заразится ваш здоровый партнер или будущий ребенок?

23. Кто из родственников будет оказывать влияние на вашу семью (мой папа и мама, его/ее папа и мама, братья и сестры, тети и дяди, бабушки и дедушки...)? Как?

24. Что вы понимаете под словом «быт»? Где вы будете жить?

25. Каковы ваши ожидания в отношении финансовой стороны вашей жизни?

26. Какие сложности вы предвидите через 5 лет? Через 10? Как вы будете и преодолевать?

Совет. Вместо одноразового консультирования лучше проводить целый цикл консультаций, чтобы данные темы было возможно обсудить достаточно глубоко и чтобы у пары была возможность на данные темы поразмышлять наедине. Иногда полезно провести отдельное консультирование со здоровым партнером, чтобы он не боялся открыто высказать консультанту свои опасения и страхи, которые может побояться выразить перед своим ВИЧ-положительным партнером. В случае неуверенности пары в готовности создать семью, стоит перенести свадьбу и определить испытательный срок, во время которого они смогут хорошо взвесить свое решение и испытать свои чувства. В данном испытательном сроке полезно затормозить их отношения, чтобы их влюбленность не ослепляла разум.

Возможна ли интимная жизнь, если супруг(а) ВИЧ-положительный(ная)?

ВИЧ — не повод для супругов отказаться от интимной жизни. «...И будут двое одна плоть» — это указание свыше для мужа и жены, данное в Библии, которое нигде в Писании не оговорено наличием у одного из них или у обоих какого-либо заболевания. Но при этом важно овладеть способами эффективного предохранения: во-первых, ради безопасности здорового супруга, во-вторых, ради безопасности ВИЧ-инфицированного супруга (потому что любая дополнительная возможная инфекция для носителя ВИЧ намного опаснее, чем для здорового партнера), в-третьих, во избежание беременности, которая может быть нежелательной.

Советы тем, кто состоит в браке с ВИЧ-положительным человеком. Риск заражения другого партнера очень большой в первую стадию после заражения, когда человеку еще не известно о

своим статусе (в «период окна»). Риск также возрастает, когда здоровье ВИЧ-положительного партнера ухудшается. Тем не менее, многие здоровые партнеры могут остаться незараженными после нескольких месяцев и даже лет сексуальных отношений с ВИЧ-положительным партнером. Если вы заражены ВИЧ, то должны соблюдать все меры предосторожности. Если вы не заражены, то следующие советы могут быть очень полезны вам:

- Презерватив хорошего качества — основной путь снижения риска заражения ВИЧ. Специальная смазка на водной основе (ни в коем случае не крем и не вазелин, которые разрушают латекс) повышает безопасность. Презерватив необходимо использовать и в случае, если оба супруга ВИЧ-положительны, т.к. существует множество разновидностей вируса, что может привести к повторному заражению и ухудшению состояния здоровья. Хотя презерватив дает возможность снижения риска, важно помнить, что «100%-ного безопасного секса» как такового не существует.

- Возможно, вы решите реже заниматься сексом. Но все должно быть в разумной мере. Полное прекращение сексуальных отношений может создать огромное напряжение в отношениях. После длительного воздержания возбуждение может быть очень сильным, и в таких случаях не так просто соблюсти меры предосторожности. Не занимайтесь сексом во время менструации (если женщина ВИЧ-положительная), потому что ее кровь может содержать вирус. Находите другие способы выражения любви и привязанности через чувственные, возбуждающие и интимные прикосновения. Непроницаемые интимные отношения также являются достаточно надежной защитой от ВИЧ-инфекции. Они подразумевают множество способов получения сексуального удовлетворения с помощью поцелуев и ласк.

- Глубокие поцелуи, во время которых слюна с кровью может попасть от одного партнера к другому может быть рискованным для супругов, где один или оба ВИЧ-инфицированы. Сдержанные поцелуи не несут в себе риска заражения. Неразумно заниматься оральным сексом, при котором также существует риск заражения.

При наличии ВИЧ-инфекции у одного из супругов полноценные интимные отношения возможны. Супругам следует научиться оставаться одной плотью и в непростых условиях, чтобы в этом испытании оставаться близкими и нести на себе образ единства и гармонии.

Совет. Нарисуйте на листке бумаги бурную реку. Себя в лодке. А теперь на этой же реке в лодке нарисуйте своего ВИЧ-положительного супруга. Где вы нарисовали его? В одной лодке или в разных? Супружество предполагает, что вы двое, несмотря ни на какие бури и штормы, остаетесь в одной лодке.

Цитата. «Брак — это чудо на земле. В мире, где все и вся идет вразброд, брак — место, где два человека становятся единым, место, где рознь кончается, где начинается существование единой жизни. В этом — самое большое чудо человеческих отношений: двое вдруг делаются одной личностью, два лица вдруг, потому что они друг друга полюбили и приняли до конца, совершенно, оказываются чем-то большим, чем двоица, чем просто два человека, — оказываются единством».

*Антоний (Блум),
митрополит Сурожский*

Презервативы: насколько они надежны?

Что такое презерватив? Презерватив — это латексная предохранительная оболочка для мужского полового члена, применяемая во время полового акта для изоляции спермы. Изначально он изготавливался и применялся как средство предохранения от беременности, позже начал служить и для предотвращения заражения венерическими заболеваниями.

Насколько защищает презерватив? Риск беременности в результате одного единственного случая сексуального контакта без предохранения составляет 2–4%, риск заразиться ВИЧ от больного партнера в результате вагинального сексуального контакта без предохранения составляет 0,5%, или 1 случай из 200, при отсутствии других болезней, передающихся половым путем.

Если предположить, что риск заражения ВИЧ от инфицированного партнера в результате одного полового акта без предохранения составляет примерно 1 из 200, и презерватив предоставляет еще дополнительную защиту от инфицирования на 95%, т.е. снижает риск заражения в 20 раз. При таких предположениях риск заражения составит 1 из 4000 на каждый случай полового акта с предохранением. Если предположить, что пара занимается сексом три раза в неделю, или 150 раз в год, тогда риск одного из партнеров заразиться ВИЧ в течение одного года, несмотря на использование презерватива, составляет 3,7%, или почти 20% за пять лет (с количеством половых контактов риск растет). Если предположить, что презерватив надежен только на 90% вместо 95%, тогда риск заражения в течение 5 лет увеличится до 40%, или до 7,4% в течение одного года.

Риск заражения в результате одного сексуального контакта. Мы не знаем, каков риск заражения ВИЧ в результате одного единственного сексуального контакта с ВИЧ-положительным партнером. Определенно, это зависит от многих факторов. Например, от того, имеет ли один из партнеров также гонорею или сифилис, что повышает риск, а вот обрезание снижает риск.

ВИЧ-положительный человек наиболее заразен в течение первых 12–15 недель после заражения (в «период окна»), а также спустя несколько лет, когда его физическое состояние начинает ухудшаться в результате развития болезни (когда у него высокая вирусная нагрузка). Некоторые люди в силу своей наследственности могут быть более восприимчивыми к вирусу. Если обобщить, то можно сказать, что риск заражения в результате единственного случая ненадежности презерватива или единственного случая сексуального контакта без предохранения очень невелик, но все же есть люди, которые заразились именно так.

От чего презервативы не защищают? Презервативы могут снизить риск заражения другими венерическими заболеваниями, но не исключают его полностью. Риск заболеть гонореей при использовании презерватива снижается на 40–60%, от хламидиоза и от вируса папилломы (болезнь, провоцирующая рак шейки матки) они практически не защищают.

Занятие. К сожалению, стереотипы часто управляют мышлением и мировоззрением людей. Стереотипы могут навязываться СМИ, семейными традициями, окружающими людьми. Эти стереотипы вкупе с распространенными мифами мешают людям анализировать ситуации и принимать правильные решения.

Обдумайте сами или обсудите в группе поддержки реальность и уместность некоторых общеизвестных мифов:

- «Мужчины не плачут».
 - «Должна быть в женщине какая-то загадка...»
 - «Безработным становится только тот, кто не хочет работать».
 - «Презервативы — 100%-ное надежное средство от ВИЧ».
 - «Все занимаются сексом до брака» и т.д.
- Какое из этих утверждений вы слышите особенно часто?

С каким из них вы согласны? Почему?

С каким особенно не согласны? Почему?

Как планировать беременность в дискордантных парах?

Что можно сделать, чтобы ВИЧ-отрицательная женщина безопасно забеременела от ВИЧ-положительного мужа?

• *Снижение вероятности инфицирования при естественном зачатии.* Есть случаи, когда женщины беременели от ВИЧ-положительных мужей и не инфицировались. Супружеская пара может попытаться уменьшить риск заражения, занимаясь незащищенным сексом только тогда, когда шансы забеременеть высоки и возможность инфицирования низка. Это бывает во время овуляции у женщины, если в этот момент ви-

русная нагрузка мужа низка (не определяется). Снизить вирусную нагрузку можно лечением циклофероном в течение нескольких месяцев или принимая эффективную схему АРВ-терапии. Заранее обоим супругам необходимо провериться на наличие инфекций, передающихся половым путем. Но нужно знать, что использование этого метода — это лотерея: «повезет — не повезет». (Для знакомства с естественным методом планирования беременности проконсультируйтесь с врачом-гинекологом и также изучите литературу. Данный метод имеет много других нюансов, о которых полезно узнать).

• **Очищение спермы + искусственное осеменение.** Этот метод является самым безопасным способом зачатия ребенка для дискордантной пары, где мужчина ВИЧ-положителен. При использовании этого метода не было зарегистрировано ни одного случая заражения женщины. Очистка спермы производится в лаборатории, где в центрифуге отделяется сперма от семенной жидкости. Очищенный образец тестируется на ВИЧ, и если он негативный, то производится искусственное осеменение. Искусственное осеменение — это введение сперматозоидов в полость матки в благоприятный день цикла — в начале овуляции (по данным УЗИ и измерениям температуры). Эта процедура не бесплатна, и для некоторых пар может оказаться финансово недоступной. Зачатие происходит в 30% случаях, обычно медицинские центры готовы провести 2–4 попытки за одну оплату.

Что можно сделать, чтобы ВИЧ-положительная женщина безопасно забеременела от ВИЧ-отрицательного мужа?

• Обследоваться у гинеколога, чтобы убедиться, что организм женщины гинекологически здоров и наступлению беременности ничто не мешает.

• Определить день овуляции. Для этого используется регулярное измерение температуры по методу естественного метода планирования зачатия. При стабильном цикле это обычно один и тот же день цикла. Для этого нужно в течение 3–5 месяцев измерять каждый день температуру в прямой кишке. Делается это утром, не вставая и не садясь в постели. Термометр вводится в задний проход. Результаты измерений нужно записывать. Во время созревания яйцеклетки на фоне высокого уровня эстрогенов базальная температура низкая. Накануне овуляции она падает до своего минимума и потом снова повышается, достигая максимума. В этот час и проходит овуляция — то есть выход зрелой яйцеклетки из яичника и зачатие более вероятно. Разница между «низкой» и «высокой» температурой составляет всего лишь 0,5–0,8 градусов. Поэтому необходимо использовать цифровой термометр. День овуляции может помочь установить гинекологу, если в его кабинете есть пре-парат УЗИ.

• Будущему отцу обследоваться у уролога-андролога, сдать сперму на анализ. При наличии заболеваний, передающихся половым путем, стоит их вылечить. Спермограмма поможет показать активность сперматозоидов и многие другие показатели, по которым врач может определить, есть ли препятствия к оплодотворению со стороны мужчины.

• Произвести самостоятельное осеменение: женщина может ввести себе сперму мужа с помощью спринцовки или одноразового стерильного шприца в день овуляции или в последующие 3–4 дня. Большинство клиник могут помочь в этой процедуре, но не бесплатно.

Могут ли люди с диагнозом ВИЧ-инфекция усыновить ребенка? По существующему законодательству ВИЧ-инфекция не позволяет человеку стать усыновителем. Анализ на ВИЧ обязателен при всех формах усыновления.

Совет. Вышеуказанная информация о разных формах безопасного зачатия является чисто медицинской. Этические аспекты и приемлемость применения данных методов остаются на рассмотрении каждой супружеской пары. Поэтому эти вопросы необходимо обсудить обоим супругам, чтобы достичь обоюдного согласия.

Чем опасен сифилис?

ВИЧ — только одна из многих инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). При этом многие из ИППП значительно увеличивают риск передачи ВИЧ, а некоторые особенно опасны для ВИЧ-положительных людей. Далее дается краткая информация о некоторых ИППП.

Описание и симптомы. Сифилис начинается с образования одной безболезненной язвы (шанкра), которая образуется в месте проникновения инфекции. Однако шанкр может быть на незаметном месте, например внутри влагалища. При контакте с шанкром сифилис легко передается другому партнеру. Даже без лечения шанкр исчезает сам примерно через 3–6 недель. Часто первая фаза сифилиса сопровождается увеличением лимфоузлов. Без лечения сыпь остается до 4–6 недель и проходит сама. Вторичная фаза сифилиса может сопровождаться сыпью, которая часто появляется на ладонях и подошве ног. Другие симптомы могут включать лихорадку, усталость, боль в горле, выпадение волос, потерю веса, увеличение лимфоузлов, головные и мышечные боли.

Пути передачи:

• наиболее часто сифилис передается при контакте с шанкром и выделяемой им жидкостью;

• половой контакт и оральный секс;

• от матери к ребенку, что может привести к гибели плода и врожденным дефектам у ребен-

ка, поэтому женщинам рекомендуется тестирование на сифилис в начале, а также в течение беременности и специальное лечение для предотвращения влияния инфекции на плод;

- в очень редких случаях возможна передача при поцелуях (при наличии язв во рту).

Какова связь сифилиса с ВИЧ-инфекцией?

Для людей с ВИЧ сифилис особенно опасен, т.к. инфекции влияют друг на друга. Сифилис приводит к росту вирусной нагрузки ВИЧ и снижению иммунного статуса. Также для людей с ВИЧ гораздо выше риск нейросифилиса — поражения нервной системы, поэтому сифилис иногда относят к ВИЧ-1-сопутствующим инфекциям. Кроме того, сифилис хуже поддается лечению у ВИЧ-положительных людей.

Присутствие сифилиса у любого из партнеров увеличивает риск передачи ВИЧ от двух до пяти раз. Также если у человека уже есть сифилис, возможен риск повторной передачи инфекции, что может ухудшить течение заболевания. Если человек является сексуально активным, ему рекомендуют сдавать анализ на сифилис каждые 6 месяцев, особенно это важно для людей с ВИЧ.

Диагностика. Сифилис выявляется специальным анализом крови через 3–4 недели, исследование язв и спинномозговой жидкости.

Лечение. Сифилис можно вылечить полностью антибиотиками, если был поставлен правильный диагноз. Диагностика и лечение сифилиса более сложны для людей с ВИЧ. Однако без лечения возбудитель сифилиса — спирохета — будет оставаться в организме, что может привести к уродствам, поражению мозга и смерти.

Цитата. «Кто советует юноше хорошо жить, а старцу хорошо завершить жизнь, тот неразумный, потому что умение хорошо жить и хорошо умереть — это одна и та же наука».

Эпикур

Чем опасен половой герпес?

Описание и симптомы. Два вируса вызывают герпесные высыпания — герпес-1, который обычно вызывает «простуду на губах», и герпес-2, который обычно связан только с генитальным герпесом. Во время беременности герпес связан с риском выкидыша, а активизация инфекции во время беременности может быть опасна для плода. Чаще всего герпес передается, когда у партнера есть герпесные язвочки. Герпес вызывает сыпь со специфическими пузырьками, обычно очень болезненную, которые могут появиться на половых органах, внутри влагалища,

на шейке матки, в анусе, на ягодицах, на губах или в других местах. Проявления герпеса могут сопровождаться болью и зудом на пораженном участке, жжением во время мочеиспускания, увеличением лимфоузлов в паху, повышением температуры, головной болью и общим недомоганием.

Пути передачи:

- передается при половых контактах, в том числе при прикосновениях;
- при оральном сексе герпес может передаваться с ротовой полости на гениталии;
- герпес обычно передается при контакте слизистой с язвочками, но риск также есть непосредственно перед их появлением, иногда герпес передается даже при отсутствии внешних проявлений.

Какова связь с ВИЧ-инфекцией? Проявления герпеса учащаются при снижении работы иммунной системы. Поэтому у людей с ВИЧ при низком иммунном статусе герпес проявляется наиболее сильно, болезненно, хуже поддается лечению и может принимать серьезные формы. Наличие полового герпеса повышает риск передачи ВИЧ при незащищенном сексе в 4–6 раз.

Диагностика. Герпесные высыпания можно перепутать с другими инфекциями и заболеваниями, поэтому необходимо, чтобы их осмотрел врач.

Лечение. Как и многие другие вирусы, герпес остается пожизненно в организме и является неизлечимой инфекцией. Хотя нет способа вылечить герпес, есть лечение для его симптомов. Препараты ацикловир и валацикловир назначаются для борьбы с симптомами и предотвращения новых проявлений.

Профилактика. При появлении герпесных высыпаний необходимо следовать строгой гигиене, тщательно мыть руки после прикосновения к язвочке, особенно избегать прикосновений к глазам. Презервативы значительно уменьшают риск передачи герпеса, но не исключают его полностью. Партнерам рекомендуется воздерживаться от сексуальной активности при появлении язвочек до их полного исчезновения. Также небольшие дозы противогерпесных препаратов, назначенные врачом, могут уменьшить риск передачи герпеса.

Притча. «Один человек спросил у священника: — Дарует ли Бог прощение грешникам?»

Священник спросил в ответ:

— Скажи мне, если вдруг ты порежешь руку или сломаешь ногу, выбрасываешь ли ты свои искалеченные члены за ненадобностью?

— Ну, уж нет! — возмутился человек, — я буду лечить руку или ногу, пока не выздоровею.

— Если ты так заботаешься о своем теле, неужели же Бог не будет милосердным к Своему собственному образу?»

Чем опасны гонорея и хламидиоз?

Гонорея также является очень распространенной ИППП. Ее вызывает бактерия, которая может привести к бесплодию, артриту и проблемам с сердцем. У женщин гонорея может стать причиной воспаления малого таза. Во время беременности гонорея может привести к выкидышу и гибели плода. Эта болезнь может проходить бессимптомно.

Симптомы у женщин включают:

- частое, иногда болезненное мочеиспускание;
- менструальные нарушения, боли внизу живота;
- боль во время секса;
- желтые или желто-зеленые вагинальные выделения;
- опухание или затвердение вульвы;
- артрит.

Симптомы у мужчин включают выделения из пениса и боли во время мочеиспускания.

Симптомы могут появиться через 1–14 дней после передачи инфекции. У 80% женщин и 10% мужчин гонорея проходит полностью бессимптомно.

Передается при половом контакте и оральном сексе. Как и многие другие ИППП, гонорея в несколько раз увеличивает риск передачи ВИЧ при незащищенном сексе. Выявляется анализом мазка из влагалища, уретры, прямой кишки или горла. Гонорея легко вылечивается антибиотиками. Часто при гонорее также присутствует хламидиоз, и нужно лечить сразу обе инфекции. Презервативы очень эффективны для профилактики гонорей.

Хламидиоз — одна из наиболее распространенных ИППП и одна из наиболее скрытых, т.к. обычно проходит бессимптомно. Хламидия — это микроскопический паразит, который может со временем привести к бесплодию как у мужчин, так и у женщин. У женщин хламидии инфицируют шейку матки и могут распространяться в матку, фаллопиевы трубы и яичники. Это может привести к воспалению малого таза, бесплодию и внематочной беременности. Воспаление малого таза развивается у 40% женщин с хламидиозом. Для ВИЧ-положительных женщин воспалительные заболевания особенно опасны и хуже поддаются лечению, поэтому хламидиоз особенно проблематичен для женщин. В редких случаях хламидиоз приводит к инфекциям глаза, уретриту и артриту.

Симптомы хламидиоза:

- выделения из пениса или влагалища;
- боли при мочеиспускании;
- чрезмерные менструальные кровотечения;
- боли во время вагинального полового акта у женщин;
- кровотечения между менструациями или после полового акта;
- боли в животе, тошнота или лихорадка;

- воспаление шейки матки или кишечника;
- опухание и боли яичек.

Однако у 75% женщин с хламидиозом нет никаких симптомов. Симптомы могут продолжаться от 7 до 20 дней. У мужчин хламидиоз обычно вызывает симптомы инфекции мочеиспускательного канала. У 25% мужчин не бывает никаких симптомов.

Пути передачи:

- половой контакт;
- от матери к ребенку;
- в очень редких случаях хламидиоз может передаваться с руки на глаза, если на руке была сперма или вагинальные выделения.

Хламидиоз увеличивает риск передачи ВИЧ при незащищенном сексе. Он выявляется анализом мазка слизистой или мочи. Хламидиоз можно вылечить полностью курсом антибиотиков. Презервативы очень эффективны для профилактики хламидиоза.

Цитата. «Если вы воспринимаете людей такими, каковы они есть, со всеми присущими им недостатками, вы никогда не сделаете их лучше. Если же вы обращаетесь с ними как с идеальными личностями, вы поднимаете их на ту высоту, на которой вы хотели бы их видеть».

Гете

Чем опасны цитомегаловирус и вирус папилломы человека?

Цитомегаловирус (ЦМВ) — это вирус, передаваемый через жидкости организма. ЦМВ очень часто передается половым путем. Он обычно никак не проявляется в организме и опасен только во время беременности, так как может передаваться плоду, а также при иммунодефиците. ЦМВ-инфекция в подавляющем большинстве случаев проходит полностью бессимптомно. Однако повторная передача вируса, как это часто бывает, может вызвать активацию вируса и болезненные симптомы. Проявления ЦМВ-инфекции, в том числе при очень низком иммунном статусе, могут включать:

- увеличение лимфоузлов, хроническую усталость, слабость, повышение температуры (ЦМВ — одна из причин мононуклеоза);
- проблемы с пищеварительной системой: тошноту, рвоту, хроническую диарею;
- ухудшение зрения.

Пути передачи:

- наиболее часто он передается при половом контакте и оральном сексе;
- переливание крови;
- от матери к ребенку.

ЦМВ содержится в слюне, сперме, крови, цервикальных и вагинальных выделениях, моче

и грудном молоке. Он может передаваться при поцелуях и тесных бытовых контактах. На стадии СПИДа эта инфекция может привести к очень серьезным заболеваниям. Как и ВИЧ, это неизлечимая инфекция. ЦМВ диагностируется специальным анализом крови. Этот анализ рекомендуется всем людям с ВИЧ, а также женщинам, которые беременны или планируют беременность. Презервативы защищают от ЦМВ при половом акте, однако возможны риски и в других ситуациях.

Вирус папилломы человека (ВПЧ) очень легко передается половым путем. Существует более 60 видов ВПЧ. Некоторые из них приводят к образованию генитальных бородавок – кондилом, другие проходят полностью бессимптомно. Некоторые ВПЧ, которые не вызывают симптомов, связаны с повышенным риском рака шейки матки и рака ануса. Генитальные бородавки могут образоваться на гениталиях, в анусе, редко в горле. Обычно они безболезненны, иногда зудят, часто они похожи на цветную капусту в миниатюре. Без лечения генитальные бородавки могут доставлять дискомфорт. Они быстрее развиваются во время беременности, при передаче других инфекций, при снижении иммунного статуса.

ВПЧ легко передаются при половом контакте. В редких случаях ВПЧ передается от матери к ребенку во время родов. У людей, живущих с ВИЧ, последствия ВПЧ могут быть более сильно выражены в связи с ослаблением иммунной системы. В частности, у них чаще встречаются генитальные бородавки, а для ВИЧ-положительных женщин риск рака шейки матки гораздо выше. ВПЧ диагностируется при исследовании образца ткани. Для профилактики онкологических заболеваний, связанных с ВПЧ, делается цитологический анализ мазков слизистой шейки матки, а также кольпоскопия.

ВПЧ – это неизлечимая инфекция. Однако ранняя диагностика и лечение позволяют предотвратить рак шейки матки. Генитальные бородавки могут появляться снова, но их можно удалять хирургическим путем – обычной хирургией, лазерной хирургией или криохирургией. Также существуют специальные наружные средства для уменьшения генитальных бородавок. Презервативы уменьшают риск передачи ВПЧ, однако не исключают его. Недавно появилась вакцина для профилактики штаммов ВПЧ, связанных с раком и генитальными бородавками.

Цитата. «Можно наслаждаться картиной, не воруя ее из музея; любоваться розой, не срывая ее с куста; восторгаться младенцем, не похищая его у матери; слушать пение соловья, не сажая его в клетку. Но точно так же можно любоваться и наслаждаться другим человеком, не утверждая над ним своего господства».

А. Маслоу

Обречен ли ребенок, если мать заражена?

Решение родить ребенка является неотъемлемым правом каждой женщины. Сейчас специалисты учатся помогать ВИЧ-положительным женщинам, снижая риск для будущих детей. Хотя исключить совсем риск передачи ВИЧ ребенку нельзя, его можно свести к минимуму.

Передача вируса от матери к ее новорожденному ребенку называется вертикальным путем передачи. Без специальных мер профилактики антиретровирусной (АРВ)-терапии во время беременности и родов ВИЧ передается 20% новорожденных детей. В России беременным ВИЧ-положительным женщинам предлагают принимать АРВ-терапию не ранее 14-й недели беременности и еще 3 месяца после родов. Новорожденному ребенку также назначают терапию в первые 3 месяца после родов, чтобы снизить риск заражения. Существующая профилактика позволяет уменьшить риск передачи ВИЧ ребенку до 2–8%.

Важно принять во внимание следующие аспекты:

- Чем выше уровень вируса в крови или во влагалищных секретах матери и чем ниже ее иммунный статус, тем выше риск передачи вируса ребенку.

- Полноценное питание матери, прием витаминов, особенно достаточное количество витамина А, снижает опасность инфицирования ребенка. Хорошим естественным источником витамина А является морковь с растительным маслом.

- Риск заражения ребенка во время родов тем меньше, чем короче промежуток времени между полным раскрытием шейки матки и появлением ребенка на свет. При преждевременном отхождении околоплодных вод, более чем за 4 часа до родов, риск заражения увеличивается почти в 2 раза.

- При кесаревом сечении, если оно произведено до разрыва околоплодных оболочек и на фоне применения антиретровирусной терапии, риск инфицирования ребенка снижается. Однако у кесарева сечения есть и недостатки: риск большой кровопотери, заражения послеоперационной раны и др. осложнений.

- Важно провести своевременное лечение инфекций родовых путей, чтобы снизить риск заражения ребенка.

- Матерям, зараженным ВИЧ, не рекомендуется кормить детей грудью, поскольку в грудном молоке концентрация вируса значительна, что может привести к заражению ВИЧ здорового младенца.

- Дети рождаются с антителами матери, поэтому тест на антитела большинства детей, рожденных от ВИЧ-положительных матерей, какое-то время будет положительным. Но это не означает, что у ребенка действительно есть ви-

рус в крови. Если заражения не произошло, антитела постепенно исчезнут, и тест станет отрицательным. Антитела исчезают у детей в разное время, обычно это происходит в период от 12 до 24 месяцев. Ребенку необходимо пройти повторный анализ на ВИЧ в полтора года, чтобы установить верный диагноз.

- Риск рождения ВИЧ-положительного ребенка остается. Будьте готовы серьезно относиться к медицинскому наблюдению вашего малыша и к необходимому лечению. При правильно проводимой антиретровирусной терапии (АРТ) прогноз жизни для ВИЧ-позитивных детей очень благоприятен.

- Рекомендации, связанные с питанием, режимом дня, физкультурой, гигиеной беременных, описанные в многочисленной литературе, должны использоваться и ВИЧ-положительной женщиной.

Совет. Никто не имеет права оказывать давление на ВИЧ-положительную беременную женщину с целью заставить ее прервать беременность. С другой стороны, к этому вопросу нужно подходить со всей ответственностью, учитывая следующие факторы:

- здоровье женщины может ухудшиться в результате беременности и родов;
- существует вероятность рождения ребенка с ВИЧ-инфекцией.

Какая забота нужна после родов ВИЧ-положительной матери и ее ребенку?

Послеродовой уход за ВИЧ-положительными женщинами имеет некоторые особенности:

- Для прекращения лактации (образования и выделения молока) можно использовать метод перетяжки молочных желез или медикаментозного прекращения лактации (по рекомендации врача).

- Необходимо соблюдать меры предосторожности при уходе за младенцем, не допуская его контактов с инфицированными жидкостями матери: кровью, молоком, выделениями из влагалища.

- После выписки из роддома женщине необходимо в ближайшее время посетить гинеколога, т.к. ВИЧ-положительные женщины более подвержены послеродовым инфекционным осложнениям.

- В этот период некоторые женщины испытывают особую потребность в психологической/духовной помощи, которую можно найти у своих близких, друзей, в специальных организациях или в церкви. Хорошей поддержкой может стать группа взаимопомощи.

Наблюдение и уход за ребенком после рождения. Малыш, рожденный от ВИЧ-положительной мамы, требует особо внимательного отношения. Его здоровье во многом будет зависеть

от того, насколько ответственно родители подходят к медицинским осмотрам и выполнению необходимых процедур.

Дети, рожденные от ВИЧ-положительной мамы, обязательно должны проходить:

- наблюдение в поликлинике по месту жительства;
- наблюдение педиатром СПИД-центра;
- осмотры специалистами;
- стандартные лабораторные исследования;
- обследования на внутриутробные инфекции;
- вакцинацию;
- профилактику пневмоцистной пневмонии.

Применение АРВ-препаратов у новорожденного.

Ребенку необходимо начать давать препараты с 8-го часа после рождения. Может применяться сироп ретровира (АЗТ) или невирапина (вирамуна). Если у матери АРВ-терапия в период беременности или родов не проводилась и профилактика в период новорожденности не была начата в течение первых трех суток после рождения, начинать ее бессмысленно.

Как узнать, есть ли у новорожденного ребенка ВИЧ-инфекция? Все дети, рожденные от ВИЧ-положительных матерей, являются положительными по результатам тестов на антитела к ВИЧ, потому что в их крови присутствуют материнские антитела, на которые реагирует тест крови. Материнские антитела со временем разрушаются. Если ребенок не инфицирован ВИЧ, то к 18 месяцам жизни можно по повторным результатам тестов поставить отрицательный диагноз. Если передача ВИЧ все же произошла, то в 18 месяцев результаты останутся положительными. Это говорит о том, что у ребенка вырабатываются собственные антитела на ВИЧ. До момента установления окончательного диагноза ребенок будет иметь диагноз «перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции», который считается (статистически) положительным. Узнать о том, передан ли ВИЧ ребенку, можно и гораздо раньше по результатам тестов на наличие самого вируса (ПЦР — полимеразная цепная реакция). Но этот тест не все могут себе позволить по причине его дороговизны.

Цитага. «Господи, удостой меня быть орудием мира Твоего,

Чтобы я любил, где ненавидят; прощал, где обитают;

Мирил, где враждуют; дарил веру, где сомневаются;

Давал надежду, где отчаиваются; давал радость, где плачут,

Свет приносил — во тьму. Господи, удостой утешать, а не ждать утешения,

Понимать, а не ждать понимания; любить, а не ждать любви.

Ибо, кто дает, тот получает, кто забывает себя, тот обретает,

Кто прощает, тому простится; кто умирает, тот проснется к жизни вечной».

*Молитва Святого
Франциска Ассизского.*

Какие нужды у детей, живущих с ВИЧ?

Проблемы, с которыми сталкиваются дети, живущие с ВИЧ/СПИДом:

- Их часто игнорируют, клеймят позором; они становятся «чужаками».
- Они могут тяжело болеть, получая при этом физические и эмоциональные травмы.
- Они многое теряют – родителей (если родители умирают от СПИДа), дом, безопасность, будущее.
- При раскрытии диагноза они могут столкнуться с дискриминацией со стороны врачей, воспитателей в детском саду, в школе, во дворе, где играют.

Типичные физические проблемы ВИЧ-положительных детей:

- Плохо прибавляют в весе.
- Плохо развиваются.
- Задержка роста.
- Недоедание/неправильное питание (особенно если семья испытывает финансовые проблемы).
- Упадок сил.

Каждому ребенку необходима комплексная забота:

- *Физическая забота* – питание, одежда, место проживания, медицинское лечение и уход.
- *Социальная забота* – обучение (образование), дружба, семья, любящее отношение, безопасность.
- *Эмоциональная забота* – сочувствие, любовь, утешение, понимание, дружба.
- *Духовная забота* – оказание духовной поддержки, помощь в духовном росте.

Забота нужна не только ВИЧ-положительному ребенку, но также и другим детям, растущим в той же семье: братьям и сестрам. Необходимо поддержка и тем, кто заботится о ребенке, – одиноким матерям, опекунам, старшим братьям и сестрам, бабушкам, а также сотрудникам детских домов.

Можно ли усыновить ВИЧ-положительного ребенка? Дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, у которых положительный ВИЧ-статус, могут быть взяты на воспитание в установленном порядке. Формы попечения над ребенком: усыновление, опекуновство, приемная семья и патронатное воспитание отличаются по степени ответственности новых ро-

дителей и активности контроля со стороны государства после того, как ребенок переехал жить в новую семью. Для получения всей необходимой информации и оформления документов нужно обращаться в орган опеки и попечительства по месту своего проживания.

Занятие. Сыграйте с ребенком в игру «Бездомный котенок». В одном доме жил Котенок. Он был хорошенький, ласковый. Но его хозяева (пусть ребенок сам, а вы – вместе с ним, придумайте, кто они и сколько их) вели себя с ним ужасно (пусть ребенок покажет, как именно; предложите сыграть роль Котенка, а потом поменяйтесь ролями). И вот однажды Котенок оказался без крыши над головой (придумайте и разыграйте, почему это произошло, можно придумать и показать приключения бездомного Котенка, но не настаивайте; для малыша важно не вжиться в роль отвергнутого, а полнее ощутить радость обретения заботливых близких). Но потом ему повстречался... (пусть ребенок сам придумает персонаж, который приютил Котенка). И с тех пор жизнь Котенка совершенно изменилась! (Не поленитесь и покажите во всех подробностях, как о нем заботился хороший персонаж. Взрослым такая игра кажется скучной, но для одинокого отверженного ребенка именно в этих сентиментальных подробностях заключается подчас самый главный, сокровенный смысл).

Занятие. Обсудите следующие вопросы:

- В чем нуждаются дети, зараженные ВИЧ-инфекцией?
- В чем нуждаются дети, когда их матери живут с ВИЧ/СПИДом, а сами дети не заразились?
- В чем нуждаются дети, осиротевшие из-за СПИДа, или отказные дети в детских домах?

Как говорить с ребенком о его болезни?

Когда открыть ребенку тайну о его диагнозе? Проведенные исследования показали, что нет разницы в том, как психологически приспосабливаются дети, которым полностью или частично открыли правду о диагнозе. Гораздо хуже идет процесс психологической адаптации у детей, которых обманывают в отношении природы их болезни. Ребенку надо все объяснять честно, на понятном ему языке, в соответствии с его возрастом и развитием.

Причины, по которым родители/опекуны не хотят рассказывать детям правду об их ВИЧ-положительном диагнозе:

- Страх, что во время разговора потеряется контроль над эмоциями: своими и со стороны ребенка.

- Страх того, что ребенок откроет эту тайну другим, в результате чего его может ожидать дискриминация или отвержение со стороны его окружения.

- Нежелание испытывать чувство вины, когда, услышав правду о своем ВИЧ-положительном статусе, ребенок может задать вопрос: «А как я заразился?»

Как открыть ребенку правду о болезни? Только родитель/опекун имеет право открыть тайну о диагнозе своему ребенку, на нем лежит ответственность за это. В процессе принятия решения об открытии правды родителю/опекуну желательно получить консультацию и поддержку у специалиста (врача, психолога).

Как отвечать ребенку на сложные вопросы, связанные с его болезнью? Отвечать надо максимально честно, в том объеме, который необходим ребенку на данном этапе, и на понятном ему языке. Как правило, даже если родители скрывают тайну о диагнозе до подросткового возраста, большинство подростков уже имеют подозрения о своей болезни. Начните с ответов на вопросы, которые ребенок задает сам. Такие, например, как:

- *«Почему я должен принимать эти лекарства, если я хорошо себя чувствую?»*

- Чтобы ты и дальше хорошо себя чувствовал, тебе надо принимать эти лекарства.

- У Творца есть замечательный замысел относительно твоей жизни. Лекарства позволят тебе его реализовать.

- Большинству людей для получения сил и активного существования достаточно принимать пищу, содержащую все необходимые элементы. Твой организм, вследствие болезни, устроен несколько иначе, поэтому тебе необходимы дополнительные элементы, которых в обычной пище нет.

- *«Что подумают мои друзья, если узнают, что я принимаю лекарства?»*

- Они подумают, что это — дополнительные вещества, которые необходимы для нормально-го функционирования твоего организма в условиях данной болезни.

- Что ты подумал бы, если увидел, что кто-то из твоих друзей время от времени принимает лекарство?

- Абсолютно здоровых людей в природе не существует.

- *«Не заподозрят ли они, что у меня СПИД?»*

- Заподозрить нечто подобное можно по поведению любого человека, у которого на губах время от времени появляется герпес.

- Ты должен будешь рано или поздно для себя решить: жить со страхом разоблачения или перестать комплексовать по поводу своей болез-

ни. Это будет «проверка на вшивость» для твоих друзей.

- Давай вместе с тобой изучать все последние данные по твоей инфекции, чтобы и ты, и твои друзья (кому эта информация интересна) владели ею максимально.

Занятие. Сделайте карточки, где заданы «маски»: безучастности, прохладной вежливости, высокомерной неприступности, агрессивности, угодливости, чудаковатой веселости, деланной доброжелательности.

Переверните карточки «рубашкой» вверх. Берите по одной и в зависимости от «маски», вами вытянутой, произнесете следующие фразы: «здравствуйте», «проходите, пожалуйста», «давай поговорим»... Проиграйте все «маски», проговорите максимальное количество волнующих моментов. Эта игра помогает обрести себя в «маскараде».

Можно ли лечить ВИЧ-инфекцию у детей?

Хотя в целом принципы лечения детей и взрослых, живущих с ВИЧ, довольно схожи, существует ряд важных различий. Например, иммунная система и процесс усвоения лекарственных препаратов отличаются у младенцев, детей ясельного, младшего и старшего возрастов, у подростков и взрослых. Поэтому очень важны советы и рекомендации специалистов.

Когда рекомендуется начинать антиретровирусное лечение ребенка?

- При клиническом подтверждении симптомов или заболеваний, связанных с ВИЧ.

- Когда есть доказательства подавления иммунитета CD4-клеток вирусом.

- Рекомендуется начать лечение до 12-месячного возраста (если подтвержден ВИЧ) независимо от иммунного, клинического или вирусологического статуса.

Начиная лечение ребенка, важно учитывать следующее:

- Насколько готовы родители и ребенок к непрерывности лечения до конца жизни?

- Если не достигнуто адекватное подавление вируса, вирусные мутации могут привести к образованию устойчивости вирусов к лекарствам.

- По исследованиям, вирусная нагрузка (ВН) у детей снижается медленнее, чем у взрослых; трудно достичь неопределяемой ВН, которая является показателем успешного лечения.

Относительно маленьких детей вопрос АРТ сводится, в основном, к дисциплинированности родителей/опекунов. Когда же ребенок достигает подросткового возраста, ему свойственно бунтовать. Подростки иногда сопротивляются

лечению. Соппротивление мешает лечению, потому что лечение включает в себя не только аспект лекарств, но и эмоциональное, психологическое и духовное состояние пациента. Поэтому во время лечения необходимо все время наблюдать не только за физиологическим состоянием ребенка. Психологическое состояние можно оценивать, например, по следующим критериям:

- Какие у него успехи в школе — как у него идут дела? Какие у него отношения с родными, друзьями?
- Какое у него отношение к каждодневному приему лекарств?
- Задаёт ли ребенок вопросы о необходимости лекарств и регулярных медосмотров?

Перед началом лечения необходимо выяснить:

- Есть ли у ребенка родитель или опекун, понимающий, что такое АРТ, и настроенный следить за тем, чтобы ребенок вовремя принимал лекарственные препараты?
- Верит ли родитель/опекун в то, что эти препараты помогут ребенку? Если родитель сам сомневается в этом, ему будет тяжело убеждать и поддерживать ребенка в приеме лекарств.
- Будут ли родители регулярно (в соответствии со временем приема лекарств) кормить ребенка, чтобы своевременно принимать с едой лекарства АРТ.
- Кто и когда будет давать лекарства ребенку; какие лекарства и в каких дозах будут давать ребенку; как будут хранить лекарства, отмерять их и давать ребенку.

Обсуждение всех этапов приготовления лекарств с человеком, который будет ухаживать за

больным ребенком. Многие жидкие лекарственные средства и флаконы с таблетками выглядят одинаково. Можно пометить их разноцветными ярлычками.

Занятие. Прочитайте с ребенком (подросткового возраста) сказку «Курочка Ряба» и поразмышляйте:

- *О чем эта сказка?*
 - о подарке судьбы (золотое яйцо) и о том, что делают с ним неподготовленные люди;
 - о стереотипах человеческого поведения (если яйцо, то по нему надо бить независимо от качества скорлупы);
 - о случайностях, которые происходят закономерно (мышка бежала, хвостиком махнула);
 - о любви к ближнему (не плачь, дед! не плачь, бабка!).
- *Чему нас сказка учит?*
 - содержать свой дом в чистоте, чтобы мыши не завелись...
 - гибкости при решении новых или трудных ситуаций (если бы дед и баба были более гибкими, они бы не стали колотить золотое яйцо...; кстати, а что бы они сделали?);
 - не дарить ближнему то, что он не готов получить...
 - *Почему дед и бабка плачут, когда яичко разбилось? Они же сами этого хотели, когда били по нему? Почему они непоследовательны?*
 - они хотели разбить яйцо сами, без посторонней помощи;
 - они увидели внутри не то, что ожидали;
 - они на самом деле не хотели разбивать яйцо.
 - Подведите обсуждение к тому, что все явления в нашей жизни неоднозначны.

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

24.11.2008. США. Как сообщает «Reuters», Центр по контролю заболеваемости и профилактики США провел исследование о причинах смерти среди медицинских работников. Результаты показали, что медработники чаще умирают от вирусных гепатитов и ВИЧ/СПИДа, чем люди, работающие в других областях. Тем не менее, похоже это никак не связано с профессиональными рисками — по какой-то причине медработники могут чаще подвергаться риску ВИЧ в своей личной жизни, несмотря на свои медицинские знания. «Есть доказательства, что в течение последних 20–25 лет медицинские работники, гораздо чаще умирали от подобных инфекций, чем работники других областей», — говорит доктор Сара Люкхаупт из Национального института безопасности и здоровья на рабочем месте. — Мы не можем точно сказать, какой процент здесь составляет профессиональный риск, так что важно проанализировать все виды риска». Однако на основании ранее полученных данных можно предположить, что в подавляющем большинстве случаев эти инфекции передавались вне работы. Люкхаупт и ее коллеги проанализировали данные статистики с 1984 по 2004 год. Они обнаружили 248 550 случаев смерти в результате ВИЧ, гепатита В и С, а также рака печени и цирроза, которые могут быть последствиями вирусного гепатита. Среди медработников обоего пола смерть в результа-

те гепатита С встречалась немного чаще, чем среди людей других профессий. Это позволяет предположить, что причина в риске передачи гепатита С во время уколов и порезов на рабочем месте. Однако смертность в результате ВИЧ и гепатита В чаще встречалась среди мужчин-медработников, но для женщин вероятность была не выше населения в целом. Самый большой риск смерти в результате ВИЧ и гепатита В встречался у медбратьев. А вот медсестры, напротив, на 31% реже умирали в результате ВИЧ-инфекции, чем женщины, работающие в других областях. Главное ограничение исследования в том, что ученые не располагают информацией, как именно передавалась инфекция в том или ином случае. Однако тот факт, что существует такая разница между мужчинами и женщинами, говорит о том, что повышенный риск не связан с профессиональной деятельностью. Вероятно, работа в области здравоохранения связана с какими-то рисками в личной жизни. «Дальнейшие исследования должны разъяснить нам, почему несмотря на высокий уровень знаний о передаче инфекций, мужчины-медработники все равно практикуют рискованные виды поведения, — пишут авторы исследования. — Необходимы также специальные меры по профилактике этих инфекций среди медицинских работников, которые должны учитывать половые различия».

Есть проблемы?



ЕСТЬ!

МНЕНИЕ ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ МАТЕРЕЙ ОБ ОПЫТЕ ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

Отчет о качественном исследовании*

*Аналитический центр Юрия Левады,
Москва, август 2008 г.*

ЦЕЛИ, ЗАДАЧИ И ИНСТРУМЕНТАРИЙ ПРОЕКТА

История вопроса. С начала эпидемии ВИЧ в Российской Федерации к концу 2007 г. у ВИЧ-положительных женщин родилось более 41 тыс. детей. Благодаря предпринимаемым мерам по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку большинство этих детей не будет инфицировано. Во время беременности, родов и после рождения ребенка ВИЧ-положительные женщины часто сталкиваются с недоброжелательным, подчас дискриминационным отношением, что вызвано не только их ВИЧ-положительным, но и социальным статусом: некоторые из них потребляли или продолжают потреблять наркотические вещества, страдают алкогольной зависимостью, не имеют постоянного партнера, готового признать отцовство, являются нелегальными мигрантами или приезжими из отдаленных регионов. Однако в последние годы социальный контингент ВИЧ-положительных женщин значительно изменился. Многие из них социально адаптированы и инфицировались половым путем. Предвзятое отношение к ВИЧ-положительным женщинам и их партнерам негативно сказывается на качестве оказываемых им медицинских и социальных услуг, особенно для социально неблагополучных женщин, которые, не получив должной помощи и поддержки, вынуждены оставить своего новорожденного ребенка.

Общей задачей проведенного исследования была разработка для ЮНИСЕФ рекомендаций с целью совершенствования нормативной базы, разработки обучающих программ и информационно-методических материалов для работников здравоохранения, социальных служб, а также для родителей ВИЧ-положительных детей.

С этой целью было проведено качественное исследование, выясняющее мнение ВИЧ-положительных матерей об их опыте получения медицинских услуг по всему комплексу акушерских и педиатрических проблем, психологической поддержки, а также социальной помощи, в первую очередь в том, что касается социальной

адаптации их самих и их детей. Изучался позитивный и негативный опыт взаимодействия ВИЧ-положительных матерей с соответствующими службами и местным сообществом. В качестве отдельной задачи исследовалось мнение матерей о проекте книги о ВИЧ-инфекции у детей, степени их заинтересованности в этом издании, о его содержании, подаче материала и типографском формате.

Целевые группы. Исходя из определения целевых групп, предложенных техническим заданием, опрашивались две группы ВИЧ-положительных матерей: 1-я группа – матери новорожденных (родившие в течение 6 месяцев на момент проведения исследования [возраст ребенка 1–6 мес.]); 2-я группа – матери старших детей (родившие от 3 до 7 лет назад [возраст ребенка 3–7 лет]).

Выделение этих двух целевых групп в качестве объектов исследования позволило получить сведения и оценки как недавнего опыта рождения ребенка и полученного объема и качества медицинской и психологической помощи (1-я группа), так и опыта социальной адаптации ВИЧ-положительных матерей в значительно более широком контексте и длительной перспективе (2-я группа). Хотя дизайн выборки (об этом ниже) в целом следовал этой типологии, на практике в ходе полевых работ нередко происходило одновременное изучение мнений этих двух целевых групп женщин в рамках одной групповой дискуссии.

Инструментарий исследования. В качестве методики качественного исследования была выбрана комбинация групповых дискуссий и глубинных интервью. Это позволило нам получить более объемную картину существующего положения вещей, увидеть ее в разных ракурсах, публичном и частном, используя сильные стороны каждой из методик.

Так, метод групповых дискуссий, как и предполагалось, позволил выявить широкий спектр мнений и коллективных представлений, получить коллективную оценку эффективности тех или иных шагов и мероприятий.

Цель использования метода глубинного интервью – не претендуя на широту охвата затрагиваемых тем, проследить историю (case-study)

* www.unicef.org/russia/ru/Opinion_of_HIV_parents_Report.doc

ВИЧ-положительной женщины, ее уникальный опыт и индивидуальные обстоятельства. В подавляющем большинстве глубинные интервью были индивидуальными, но были и единичные случаи парного интервью (с родителями ВИЧ-положительного ребенка).

Следует отметить, что в первом случае имела место именно «открытая групповая дискуссия», а не фокус-группа, так как в методическом плане отсутствовал ряд формальных ограничений, применяемых на фокус-группах. Так, число участников, как правило, превышало восемь человек, не было жесткого деления на целевые группы, в отдельных случаях не соблюдалась гендерная однородность (допускалось присутствие отца), на групповых дискуссиях наряду с матерями в ряде случаев присутствовали опекуны (в основном, бабушки) ВИЧ-положительных детей, проводились интервью с отцом и опекунами (бабушками) ребенка.

Несмотря на то что фокусом исследования были ВИЧ-положительные дети, на группах присутствовали и ВИЧ-положительные матери детей с отрицательным ВИЧ-статусом. В данном случае такое смешение не следует рассматривать как нарушение: хотя с формальной точки зрения эти дети не являются объектами опеки институтов здравоохранения и соцзащиты, проблематика исследования затрагивает и их интересы.

Дизайн исследования предполагал проведение в каждом из обследуемых регионов по две групповые дискуссии и два интервью (по одной/одному с каждой из целевых групп). В целом этот формат соблюдался, хотя имели место и допустимые отклонения от него (см. таблицу). Общее число опрошенных: около 100 чел.

География исследования и его организация. В соответствии с техническим заданием, полевые работы исследования были проведены в июле–августе 2008 г. в пяти городах, выбранных заказчиком: Челябинске, Магнитогорске, Оренбурге, Орске и Твери.

Проведение групповых дискуссий и глубинных интервью осуществлялось силами качественных исследователей «Левада-Центра», имеющих соответствующую профессиональную подготовку и опыт проведения социальных исследований, в том числе и в сфере, относящейся к проблемам людей, живущих с ВИЧ. Анализ полученных данных производился на основании письменных расшифровок (транскриптов) проведенных дискуссий и интервью, а также личных наблюдений исследователя. Дословные высказывания участников даны в тексте курсивом.

Большую помощь исследователям – всю работу, связанную с набором (рекрутированием) участников групповых дискуссий и интервью – оказали организации – партнеры ЮНИСЕФ в регионах: СПИД-центры и общественные организации, включая Сообщество людей, живущих с ВИЧ.

Региональная специфика. Полученные в результате исследования данные не позволяют провести сравнительную оценку ситуации по регионам. Причиной этого является и сам тип исследования (качественного, по нерепрезентативной выборке) и методика рекрутирования участников, которая в каждом регионе была различной, ввиду того, что рекрутированием занимались различные по своему типу организации.

Общим наблюдением по выборке является то, что в городах Оренбурге и Орске рекрутировался социально более адаптированный кон-

| Город, дата | Выборка | |
|-----------------------|--|--|
| | дети младше 1,5 лет | дети старше 1,5 лет |
| Челябинск, 14 июля | 1 групповая дискуссия с матерями 1 интервью с матерью | 1 групповая дискуссия с матерями и опекунами 1 интервью с матерью |
| Магнитогорск, 15 июля | 1 групповая дискуссия с матерями 1 интервью с матерью | 1 групповая дискуссия с матерями и опекунами 1 интервью с родителями ребенка |
| Орск, 30 июля | 1 интервью с матерью | 1 групповая дискуссия с матерями и опекунами 1 интервью с бабушкой (опекуном) ребенка 1 интервью с матерью |
| Оренбург, 31 июля | 1 групповая дискуссия с матерями 1 интервью с матерью | 1 групповая дискуссия с матерями 2 интервью с матерями |
| Тверь, 15 августа | 1 групповая дискуссия с матерями | 1 групповая дискуссия с родителями и опекунами 1 интервью с отцом ребенка 1 интервью с бабушкой (опекуном) |
| Итого: | 4 групповые дискуссии 4 интервью | 5 групповых дискуссий 7 интервью |

тингент, что дало в конечном итоге более благополучную картину, тогда как в городах Челябинске и Магнитогорске выборку можно характеризовать как более «случайную». Здесь мы имели возможность встретиться с ВИЧ-положительными людьми, принадлежащими к различным социальным средам, в том числе и к социально неблагополучным.

В целом наиболее позитивным аспектом жизни ВИЧ-положительных людей следует признать решение задач специфической терапии, в частности, назначения и получения АРВ-препаратов, искусственных смесей для кормления ребенка, что было достаточно общим для всех регионов. Общими также являются проблемы дискриминационного отношения со стороны медперсонала больниц, поликлиник, а также психологические и социальные проблемы ВИЧ-положительных людей. Эти общие вопросы и были в фокусе нашего исследования.

В качестве региональной специфики можно указать наличие специализированного детского сада в Челябинске (в котором происходила одна из групповых дискуссий) и отдельное от остального контингента наблюдение и лечение ВИЧ-положительных беременных женщин и их детей в Твери.

ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

Проведенное исследование мнений ВИЧ-положительных матерей позволило получить устойчивые непротиворечивые результаты. Несмотря на некоторые различия, отмеченные нами в различных регионах, ВИЧ-положительные родители и их дети сталкиваются с одним и тем же комплексом медицинских, психологических и социальных проблем.

Следует отметить положительную динамику, о которой говорили опрошенные с большим стажем жизни с диагнозом ВИЧ. Она связана с успехами медицины и организацией специфического лечения, с большей осведомленностью медиков, наблюдающих ВИЧ-инфицированных, о способах передачи ВИЧ-инфекции, с их более гуманным и доброжелательным отношением к этому контингенту.

Эту положительную динамику можно отнести не только к успехам медицины и здравоохранения, но, к сожалению, и к распространению эпидемии, которое вынуждает медицину и окружающих постепенно считаться с этой группой людей. Одновременно нельзя не видеть, что увеличение числа ВИЧ-инфицированных ставит перед институтами государства и общества те проблемы, которые они не в состоянии решить на универсалистских началах. Слабость институтов, их неготовность к реформированию сталкиваются со слабым ресурсным обеспечением основного контингента ВИЧ-положительных людей, их, в целом, неготовностью к самоорга-

низации и к отстаиванию своих прав. Таким образом, довольно успешное решение медицинского аспекта жизни ВИЧ-инфицированных людей, и детей в том числе, выводит на первый план социальные проблемы их жизни.

Медицинская помощь. Исследование мнений ВИЧ-положительных матерей позволяет сделать вывод о том, что в этой области положение дел наиболее благополучно. В первую очередь это касается решения задач специфической терапии, в частности, назначения и получения АРВ-препаратов. Во всех обследованных регионах не зафиксировано отказов в назначении ВИЧ-положительным женщинам АРВ-препаратов в качестве профилактики во время беременности и в дальнейшем, задержек и перебоев в их обеспечении. Опасения людей иногда связаны с предположениями, что эти необходимые для их жизни препараты станут недоступными, но реальные факты такого рода нигде не упоминались.

Опыт ВИЧ-положительных матерей содержит многочисленные свидетельства дискриминационного отношения к ним медперсонала женских консультаций и роддомов: при принуждении к аборту, а также в течение всего периода беременности и родов. Женщины, имеющие опыт повторных родов, положительно оценивают изменения, произошедшие за последние пять-семь лет. Хотя дискриминация не исчезла, отношения между ВИЧ-положительными женщинами и врачами-акушерами приобрели более корректный характер, а проявления дискриминации стали менее вопиющими. Роды ВИЧ-положительных проходят, как правило, в специализированных роддомах или инфекционных отделениях обычных роддомов. Во всех случаях опрошенные женщины отмечали, что им предписывали отказ от грудного вскармливания, обеспечивали искусственными смесями для кормления ребенка.

Во всех обследованных регионах ВИЧ-положительным женщинам не предлагали плановое кесарево сечение как более безопасный способ родоразрешения для ребенка. Существует общее мнение, разделяемое и медперсоналом, и ВИЧ-инфицированными женщинами, что естественным путем рожать ребенка безопаснее. Помимо плохой осведомленности акушеров в вопросе проведения кесарева сечения ВИЧ-положительным женщинам, не исключено, что имеет место и нежелание врачей делать операцию и обеспечивать послеоперационный уход этому контингенту рожениц. Представляется целесообразным дать врачам-акушерам и ВИЧ-положительным женщинам четкое и определенное разъяснение по этому вопросу.

Наблюдение в СПИД-центрах (или аналогичных специализированных медучреждениях) не вызывает нареканий. Квалификация и отношение медперсонала этих центров оцениваются в целом очень положительно. Несмотря на многие неудобства, связанные с наблюдением в этих

учреждениях (в первую очередь, из-за длинных очередей), переход в учреждения общей медицины (поликлиники, больницы) для ВИЧ-положительных женщин нежелателен. В этих учреждениях они, по их утверждениям, сталкиваются с отсутствием профессионализма, предвзятым отношением к себе медперсонала, который плохо осведомлен о способах передачи ВИЧ-инфекции, разделяет обывательские фобии и представляет собой основной канал, по которому конфиденциальная информация поступает к ближайшему окружению ВИЧ-положительных женщин.

Особую проблему в этой связи составляют обращения женщин и детей за медицинской помощью, не связанной с ВИЧ: к врачам-специалистам, особенно к стоматологам. Все опрошенные заявляли, что из-за боязни дискриминации и разглашения врачебной тайны стараются не прибегать к помощи медицины, лечатся народными средствами или сами назначают себе курс терапии, обращаясь к врачам только в случаях крайней необходимости. Обращение к врачам в этой ситуации ставит перед женщинами этическую проблему: сообщать или нет врачу о своем ВИЧ-положительном статусе. Таким образом, институты общей медицины не выполняют своих функций в отношении этого контингента пациентов, а ВИЧ-положительные женщины и их дети не получают медицинской помощи в полном объеме.

Социальная помощь. Обследованный контингент принадлежит в большинстве своем к социально уязвимой части общества. Общие для населения проблемы (такие как жилищная) накладываются на проблемы, характерные для этой социальной группы (невысокое образование, низкая квалификация), и специфические, связанные с ВИЧ-положительным статусом.

Как правило, на работе не знают о ВИЧ-положительном статусе. По мнению женщин, работодатель уволит их под каким-нибудь предлогом, если станет известен их диагноз, при том, что формальная сторона закона будет соблюдена. Респонденты описывали случаи, когда они сталкивались с дискриминационным отношением к ВИЧ-положительным людям на работе как со стороны начальства, так и со стороны коллектива.

ВИЧ-положительные родители стараются как можно реже обращаться в социальные службы, делая это только по мере необходимости, и, как следствие, не получают социальной помощи в полном объеме. Общими нареканиями являются плохая ориентация работников этих служб в вопросах льгот, которые положены ВИЧ-положительным детям, бюрократизм, нередко и пренебрежительное, дискриминационное отношение. Исследование зафиксировало также плохое знание своих прав ВИЧ-положительными матерями и их большую потребность в получении этой информации.

Как правило, наиболее достоверную правовую информацию, включая информацию о льготах, ВИЧ-положительные родители получают от сотрудников СПИД-центра, но ее явно недостаточно. Часто между ними и социальным работником СПИД-центра складываются неформальные доверительные отношения, которые помогают решать многие проблемы ВИЧ-положительных детей. Однако такие отношения, построенные на партикулярных основах, не могут распространяться на все увеличивающееся число ВИЧ-инфицированных матерей, нуждающихся в социальной помощи. Неспособность институтов соцзащиты адекватно решать эти задачи на универсалистских принципах становится все более очевидной. Рекомендации по реформированию этих институтов выходят за рамки данного исследования. В качестве практической рекомендации можно предложить предоставлять ВИЧ-положительным матерям полную и доступную правовую информацию, которая позволила бы им чувствовать себя более уверенно в общении с работниками социальных служб.

Особой серьезной проблемой является определение ВИЧ-положительных детей в детский сад и школу, поскольку родители боятся утечки информации о ВИЧ-положительном статусе ребенка, опасаются его дискриминации со стороны работников этих учреждений, родителей других детей и его сверстников. В этой связи представляется важным отметить опыт специализированного детского сада для ВИЧ-положительных детей, существующего в одном из обследованных регионов. Несмотря на позитивную оценку этого учреждения родителями, практика создания подобных учреждений представляется нам тупиковой с социальной точки зрения, поскольку она закрепляет изоляцию ВИЧ-положительных детей с самого раннего возраста. Таким образом, при достаточно эффективном решении краткосрочных проблем ВИЧ-положительных детей и их родителей в долгосрочной перспективе мы имеем дело скорее с потерями, чем с приобретениями. Значительно более перспективным путем решения проблемы стала бы помощь в устройстве ребенка в детский сад общего типа или, если того требуют обстоятельства жизни ВИЧ-положительной матери или здоровье ребенка, в круглосуточное, санаторного типа дошкольное учреждение. Иначе говоря, «специализация», если таковая целесообразна, не должна иметь в качестве своего основного отличительного признака ВИЧ-положительный статус ребенка.

Психологическая поддержка. Проведенное исследование позволяет сделать вывод о том, что ВИЧ-положительные женщины не получают профессиональной психологической помощи, хотя формально она доступна, и многих из них лечащий врач направлял к психологу.

Большинство опрошенных считают, что реальную психологическую помощь и поддержку они получили от родных (хотя немало женщин в течение многих лет скрывают свой диагноз даже от родителей). Но очевидно, что поддержка семьи не может компенсировать недостаток профессиональной помощи, тем более, что во многих случаях ВИЧ-положительные женщины — выходцы из социально неблагополучной среды, в которой ресурсы помощи, психологической в том числе, ограничены.

Профессиональная же психологическая помощь, по свидетельству опрошенных, носит, как правило, отстраненный, формальный характер. Описывались случаи неквалифицированной психологической помощи, когда психолог выполнял не свойственные его профессии функции, давая сомнительные медицинские советы или выступая в роли обвинителя.

В то же время необходимость квалифицированной психологической помощи ВИЧ-положительным женщинам, их детям и, зачастую, всей семье, не вызывает сомнений. Беседы с ВИЧ-положительными женщинами показывают, что хотя острый период шока ими преодолен, психологические проблемы остаются. Возникают новые — прежде всего те, что связаны с воспитанием ребенка, с его адаптацией в детском коллективе, в обществе в целом, с преодолением чувства своей вины по отношению к ребенку. По мере того, как ребенок растет, возникают новые страхи, связанные с каждым следующим этапом жизни. Родителей беспокоит и то, как примет их детей общество, и то, как сложатся их собственные отношения с повзрослевшими детьми.

Трудность и драматизм ситуации заключается, в частности, и в том, что женщины не видят вокруг себя примеров разрешения этих проблем. Представляется, что именно коллективный опыт переживания ситуаций, связанных с воспитанием ВИЧ-положительного ребенка, мог стать для них серьезной моральной и психологической поддержкой.

В то же время включенность ВИЧ-положительных матерей в функционирование сообществ людей, живущих с ВИЧ, очень невысока. Хотя отношение к этим сообществам позитивно, но очень немногие пользовались возможностью посещать подобные группы. В этом проявляется инертность ВИЧ-положительных женщин, но также, вероятно, и нежелание расширять круг лиц, которым известен их диагноз.

В итоге можно констатировать, что большинство ВИЧ-положительных женщин не получают необходимой им квалифицированной психологической помощи — ни от психологов-профессионалов, ни от равных консультантов — и пытаются справиться со своими проблемами самостоятельно или при поддержке немногих самых близких родственников.

Книга о ВИЧ для родителей. Предложенный для обсуждения проект книги был встречен положительно, как отвечающий запросам ВИЧ-положительных родителей.

Исследование показало, что ВИЧ-положительные родители испытывают большую потребность в информации по очень широкому кругу вопросов — медицинского, правового и психологического характера. Потребность в такой информации особенно велика, принимая во внимание слабую социальную сплоченность этой группы людей, их боязнь открыто предъявить себя обществу.

Ощущаемый дефицит информации во многих случаях касается не столько медицинских аспектов ВИЧ, сколько самого широкого круга вопросов, связанных с жизнью ВИЧ-положительных людей. Дело в том, что «обычные» жизненные задачи являются для ВИЧ-положительных матерей необычными, стрессовыми, связаны с ожиданием конфликтов с социальными институтами и ближайшим окружением, с боязнью дискриминации ребенка. Будущая книга должна, помимо прочего, дать ВИЧ-положительным матерям язык и аргументацию в их коммуникации с обществом, с его институтами, медициной в том числе и, что не менее важно для них — в общении с собственными детьми.

ВИЧ-положительным нужна информация не только «для них», но и «о них» в самых широких средствах массовой информации. Очевидно, что в этом случае мы имеем дело не с их потребностью узнать что-то новое *для себя*, но с потребностью заявить *о себе* как о группе, которая не представляет опасности для общества и является его частью.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Получение медицинской помощи, связанной с беременностью, родовспоможением, профилактикой передачи ВИЧ-инфекции ребенку и наблюдением у педиатра. Большинство обследованных женщин узнали о своем ВИЧ-положительном статусе во время беременности, меньшему числу женщин известно было о статусе до беременности. Как правило, женщины получали по почте приглашение в СПИД-центр, где им сообщался диагноз. Сообщение вызывало шок, и в этот ранний период женщины, как правило, не обращали внимания на детали, связанные с сообщением о результатах анализов. Однако впоследствии, давая оценку тому, как происходило информирование, отмечалось, что письмо из СПИД-центра приходило без конверта. Это вызывало опасение, что их диагноз мог стать известным не только им, но также членам их семьи или соседям.

«Мне сообщили так: в почтовом ящике я нашла бумажку, в которой говорилось, что мне необходимо явиться в какой-то 16-й кабинет «СПИД...», что-то такое. Все черным по белому написано. Я же беременна, меня просто в жар бросило, как будто кипятком облили. Я к ним пришла и начала ругаться, что так можно и выкидыш получить. Они мне начали объяснять: «Вас так много, чтобы каждому...». Я считаю, что они обязаны были сообщить лично мне или позвонить».

(Группа, матери и опекуны детей > 1,5)

По словам некоторых опрошенных, участковый врач сообщал родственникам о диагнозе женщины в ее отсутствие. В других случаях о диагнозе сообщалось всей семье («приехали на дом и сказали»). Все это воспринималось крайне негативно и вызывало недоверие к медработникам, прежде всего, в отношении конфиденциальности. В целом, существует стойкое недоверие к ее соблюдению врачами (еще более — младшим и средним медперсоналом), особенно в тех случаях, когда формальные принципы медицины пересекаются с неформальными обстоятельствами личного знакомства («медсестра — подруга соседки», «знакомый врач брата»). В условиях небольшого города эти пересечения особенно часты.

«Медсестра сказала золовке, что ВИЧ. У всех шок был. С родственниками не общаюсь. Сейчас бы нашла эту медсестру, а тогда было такое... состояние».

(Интервью, мать ребенка > 1,5)

«У моего брата связи оказались в скорой помощи, вот, и сообщили ему, что я со статусом. Я не стала это поднимать, все это бесполезно. Раскрылась наша тайна медицины».

(Группа, матери детей < 1,5)

«Медсестра сказала без моего ведома бабушке, что у нее метастазы пошли».

(Группа, матери и опекуны детей > 1,5)

«Врач сказала соседке, мол, есть здесь у вас такие... Стали в доме соображать: «Эта с мужем, эта без мужа, у той мать умерла, гуляет, наверно...». Медсестры и санитарки еще хуже, чем врачи, кричат во весь голос: «Зоя-я-я, куда мы ее положим, ВИЧ-инфицированную»

(Группа, матери детей > 1,5)

«У меня друзья и теща узнали от врачей... Друг пришел и спросил: «Правда?» — «Ну, правда»... Больше именно от врачей идет, чем от родственников. Сарафанное радио. У нас каждый район — это маленькая деревня. Один услышал, а через месяц знают все».

(Группа, матери детей (отец) < 1,5)

Большинство женщин во время беременности наблюдались как в женской консультации, так и в СПИД-центре, меньшинство наблюдались только в СПИД-центре, объясняя этот выбор разницей в отношении к себе со стороны персонала. Опрошенные матери высказывали недовольство в связи с дискриминационным отношением в учреждениях здравоохранения (но это не относится к СПИД-центру).

«Врач начала спрашивать, где я могла заразиться. Я ей ответила, что не знаю, возможно, через иглу, а может, когда татуировку делала. Она сразу решила, что я была систематической наркоманкой, а моим возражениям не поверила. Я развернулась и ушла. Наплевательское отношение».

(Группа, матери детей < 1,5)

«У меня после родов было кровотечение, и я пошла по прописке в Трестовскую больницу. Они меня посмотрели, выписали направление на чистку. Я когда по направлению пришла и сказала, что у меня ВИЧ, меня тут же отказались принимать. Говорят: «Езжайте в свое отделение, специализированное»... Меня начали чистить, до конца не дочистили... Там гинеколог была, так она кричит, говорит мне: «Что, любишь ноги раздвигать? Тогда терпи эту боль».

(Группа, матери детей < 1,5)

Большинство отмечало резкое изменение отношения к себе со стороны персонала в консультации и роддоме после того, как стало известно о наличии ВИЧ-инфекции у женщины. Само это слово — «отношение» — повторяется в их речи очень часто. Это связано, с одной стороны, с тем, что врачи сами нередко разделяют многие бытовые представления и фобии, связанные с передачей ВИЧ-инфекции, с другой — с тем, что женщина в их глазах сразу становится виновной в своем диагнозе и, следуя этой логике, теряет права личности.

«В больнице, там отношение такое... скотское».

(Группа, матери детей < 1,5)

«Врач (в женской консультации) спрашивает: «Где ты его подцепила? На панели, что ли, работаешь?» Скотское отношение. Здесь (в СПИД-центре) по-другому».

(Группа, матери детей > 1,5)

«Единственная проблема с моим положительным статусом, это отношение врачей».

(Интервью, мать ребенка > 1,5)

«Я до того натерпелась, до того лаяться научилась, что только увижу белый халат — сразу трясучка».

(Группа, матери и опекуны детей > 1,5)

Часто, по словам женщин, их убеждали прервать беременность в женской консультации. Некоторых из них направляли на «абортную комиссию».

«Говорили, что нет никаких шансов здорового ребенка родить».

(Группа, матери детей <1,5)

«В двадцать пять лет меня заставили сделать аборт, а в тридцать — нет, может, если б я тогда родила, когда обнаружили, то ребенок был бы здоровый... Давили-давили на меня, создали комиссию... Делали стимуляцию. Рожает в палате, принесли туда таз с хлоркой и туда твоего ребенка кладут. Это у них для «спидозных» называется... А в этот уже раз нормально было, хотя, может, я уже ко всему привыкла и для меня уже все нормально...».

(Группа, родители и опекуны детей > 1,5)

«Я узнала, что ВИЧ, когда забеременела. Врач говорит: «Зачем тебе рожать? Не знаешь, сколько проживешь». А тебе, думаю, какое дело? Рожу второго и третьего — я хочу этого ребенка».

(Группа матери детей > 1,5)

«Врачи настаивали на аборте, говорили, что ребенок у тебя — потенциальный наркоман... Уговаривали на аборт или преждевременные роды. Абортная комиссия не спрашивает мнение... Почему за меня решают? Даешь им подписку, что отказываешься от аборта, тогда только отстали».

(Группа, матери и опекуны детей > 1,5)

Как правило, женщину с диагнозом «ВИЧ-инфекция» направляли рожать в наблюдательное отделение роддома, которое в обиходе медперсонала нередко называется «грязным». Респонденты отмечали, что в таком отделении тяжелые условия и дискриминационное отношение:

«В роддоме отношение свинское: голый матрац, обитый клеенкой, ни простыней, ни подушек, ни одеяла, зимой зуб на зуб не попадал, тогда принесли одеяло. Забыли подготовить к родам... Чуть ли не бронезилет на себя надели... Б-23. Так обидно — человек рождает, ничего не дают из-за того, что у тебя написано Б-23, все, ты, значит, уже не человек, а какой-то бомж... Все инструменты, пеленки в хлорке обрабатывали сами, подоконники мыли, чуть ли не окна. В палату никто не заходил».

(Группа, матери детей <1,5)

«В оперблоке... о статусе их, конечно, проинформировали... был негатив, хамское отношение, пришлось тоже повысить голос: «Что как собака-то здесь? Давайте хамить не будем, а то я тоже сейчас хамить начну»... Нас с еще одной девчонкой в боксе заперли на ключ, мы там и сидели, как собаки».

(Группа, матери детей < 1,5)

«Из роддома ночью убежала домой. Разговаривали грубо, с матом».

(Интервью, мать ребенка > 1,5)

«У меня вообще роды принимали в скафандрах, я не знаю, кто принимал, я не видела, кто. Я говорю, такое отношение, это далеко в прошлом, я вспоминать даже об этом не хочу. Поэтому я на второго даже и не решилась. Потому что и из роддома выгоняли, выходила-уходила со слезами. «Иди вон, рожай в поле».

(Интервью, мать ребенка > 1,5)

Большинство женщин отмечали оскорбительность вопросов, задаваемых им при выписке из роддома, относительно того, будут ли они «забирать ребенка». Вероятно, что статистика оставления ребенка в роддоме в этих случаях показывает высокие цифры, однако это не оправдывает дискриминационный характер подобных вопросов.

«В роддоме раз пять меня спросили, будешь ли забирать. Я им сказала: «Отстаньте уже от меня».

(Группа, матери и опекуны детей > 1,5)

В роддомах, по словам женщин, широко распространена практика вымогательства денег «на благотворительность». Это никак не связано с дискриминацией ВИЧ-положительных женщин, скорее, наоборот, в какой-то мере уравнивает их в правах с остальными. В то же время этот, как правило, более уязвимый в социальном плане контингент воспринимает эти вымогательства медперсонала как дополнительный пресс.

Дискриминация ВИЧ-положительных женщин не повсеместна. Опрошенные отмечали, что в СПИД-центрах (или в альтернативном специализированном учреждении, как это имеет место в Твери, где дети и беременные женщины наблюдаются отдельно от остального контингента ВИЧ-инфицированных) к ним относились значительно более внимательно, чем в других учреждениях. Здесь, по их убеждению, работает гораздо более информированный и квалифицированный персонал, складываются доверительные, «человеческие» отношения.

«В СПИД-центре с пониманием... Единственное, тут... очереди, плохо. И, в основном, все из-за этого ругаются. А так в СПИД-центре все хорошо».

(Группа, матери детей < 1,5)

«Мне здесь нравится, из-за отношения. Улыбаются всегда, советуют, когда жалуешься».

(Группа, матери детей > 1,5)

«Здесь лучше, так как врачи хорошие и не надо ничего объяснять уже».

(Интервью, мать ребенка > 1,5)

«Те врачи, которые с этим сталкиваются, те все понимают, как только врач с этим не сталкивается, сразу паника... Как 20 лет назад внушили, что это страшно и что это нас не коснется...».
(Группа, родители и опекуны детей > 1,5)

Следует сказать, что опрошенные отмечали положительную динамику в отношении медицинских работников к ВИЧ-инфицированным женщинам в течение последних пяти-семи лет. Особенно часто об этом говорили женщины, родившие второго ребенка. Это можно объяснить как большей информированностью врачей и, как следствие, некоторой общей гуманизацией медицины, так и большей социальной адаптированностью самих женщин, решившихся на рождение второго ребенка. Не последнюю роль в этом процессе играет и распространение самого заболевания.

«Я пришла в КВД, где все анализы сдавала, а врач мне правды не говорит, называет другое заболевание. Начинаю спрашивать про анализы, а она мне говорит: «Что тебе про анализы-то знать, ты все равно скоро сдохнешь». Она со мной, как с собакой, прямо так и сказала – «сдохнешь». Я спрашиваю: «Как так, я ж вижу, что у меня гепатит С написано», она отвечает: «Что у тебя миллион, что ли, есть, чтобы вылечиться? Нет у тебя. Проживешь пару месяцев, и все». У меня истерика началась... Так что был у меня в жизни такой момент, когда мне врач сказала, что я скоро сдохну. Вот тогда мне было действительно плохо, а сейчас люди к этому уже нормально относятся и не разговаривают так... Удивилась, прямо прогресс, а то – аборт, и точка. Думала, что напрокажешься, как на прокаженную».
(Группа, матери детей < 1,5)

«Меня пять лет назад заставили аборт сделать. Надавили на психику, сказали, что ребенок больше трех лет не проживет, что сама я умру при родах. Срок был порядочный, пришлось две недели восемь недель доходить и сделать стимуляцию. Вся в слезах была, мы хотели этого ребенка... Сейчас с пониманием относятся».
(Группа, матери детей < 1,5)

«Ко мне врачи очень хорошо в роддоме отнеслись. Сама просила, чтоб осторожно. Чтоб не зарезался ребенок, у меня диагноз, а те: «Ты не беспокойся». Не то, что раньше».
(Группа, матери детей < 1,5)

«Сейчас относятся к этому проще, нормальнее. Если раньше, когда первого рожала, боялась из палаты выходить в столовую, то тут выходила, гуляла...»
(Интервью, мать ребенка < 1,5)

«Уже у нас в Оренбургском крае это так распространено, что никто уж не пугается. Никто не оттолкнул».
(Группа, матери и опекуны детей > 1,5)

С большинством из опрошенных проводили беседы о беременности и ВИЧ, о методах профилактики передачи ВИЧ ребенку. Большинство респондентов получало АРВ-профилактику во время беременности, и проблем с предоставлением лекарств не отмечало, хотя в отдельных случаях высказывались опасения, что могут возникнуть перебои с лекарствами, жалобы на дефицит лекарств в капсульной форме. Наиболее сильно эти опасения звучали в Твери, где взрослые и дети получают лечение в разных учреждениях, отношения между которыми не лишены напряженности, и, соответственно, ВИЧ-инфицированные получают информацию из двух источников.

«Назначают не то, что нужно, а исходя из наличия... Закупили Калетру в больших количествах и всем назначили, но не сказали, что если закончится, то после нее ничего уже нет, придется за свои покупать, а упаковка пятьдесят тысяч стоит... В СПИД-центре сказали: «У вас есть своя больница, раз отобрали наших детей, то пусть они и лечат их».
(Группа, родители и опекуны детей > 1,5)

Все респонденты отказывались от грудного вскармливания при своевременном установлении диагноза (хотя упоминались случаи, когда результаты анализа вовремя не доходили до роддома и женщина в течение нескольких недель кормила ребенка грудью). Однако кесарево сечение, как более безопасный с точки зрения возможности заражения ВИЧ способ разрешения родов для ребенка, делали единицам. Аргументация в пользу естественных родов часто выглядела следующим образом: «сама родишь, ты на себя посмотри». В других случаях принятие решения о кесаревом сечении врачи перекладывали на женщину («с кесаревым будешь рожать или сама?»), при этом никакой информации о пользе или рисках операции для ребенка женщине не сообщалось. В нашем исследовании принимали участие женщины, в основном рожавшие естественным путем.

Согласно наблюдениям, существует малая информированность в вопросе необходимости кесарева сечения ВИЧ-положительным матерям и общая убежденность, разделяемая и медперсоналом, и ВИЧ-инфицированными женщинами, что естественным путем рожать ребенка безопаснее. Помимо плохой осведомленности акушеров в вопросе проведения кесарева сечения ВИЧ-положительным женщинам, не исключено, что имеет место и нежелание врачей делать операцию и предоставлять послеоперационный уход этому контингенту рожениц. По

общему мнению женщин, их выписывали из роддома гораздо раньше, чем здоровых женщин.

«Когда в роддом пришла, уже сказали, что сама буду рожать. Я им сказала, что мне говорили, что должны кесарево делать и что так большие вероятности родить здорового ребенка, а они махнули рукой, и все».

(Группа, матери и опекуны детей > 1,5)

«Я так просила, чтобы мне кесарево сделали, рожать боялась. Отказали, сама родила. Да нам вообще нельзя кесарево делать, вон девочке одной здоровой сделали, у нее и гематома какая-то, и жидкость в матке, и швы не заживают. А нас, представляешь? У нас и так после родов иммунная система ослабляется, не сможешь с ребенком рядом находиться».

(Матери детей <1,5)

«Плацентарное кесарево не делают у нас, так какой же смысл? Ребенок все равно соприкасается с кровью матери».

(Интервью, мать ребенка <1,5)

По словам женщин, в женских консультациях им предоставляли информацию о послеродовой контрацепции, но при этом многие говорили о том, что им приходилось делать аборт после родов.

По свидетельству опрошенных женщин, после рождения ребенка им предоставлялась необходимая медицинская помощь: патронаж медсестры, наблюдение педиатра в детской поликлинике. Одновременно почти все они отмечали пренебрежительное отношение со стороны педиатров к их детям, что выражалось, по их мнению, в отказах проводить назначенные процедуры, в сокращении времени осмотров и, как следствие, в установлении ошибочных диагнозов.

«Моему ребенку невролог назначила массаж. Они отказались делать».

(Группа, матери детей < 1,5)

«Неоднократно сталкивалась с ошибками врачей. Моей дочке в пульмонологии поставили диагноз «туберкулез», отправили нас в Оренбург, и она там в контакте с туб. больными была. Представляете? И так она у меня слабенькая, отстаёт в развитии... Так обследовали».

(Группа, матери и опекуны детей > 1,5)

ВИЧ-положительные женщины особенно чувствительны к проявлениям страхов медработников в отношении их детей. Описывался случай, когда женщина не успела сообщить педиатру о статусе своего ребенка, та палочкой осмотрела его горло, а когда мать сказала ей о положительном статусе, «сразу побежала в ванную руки мыть». Очевидно, что гигиеническая норма и некогда обязательный ритуал мыть руки до

и после осмотра больного редко соблюдается врачами, и таким образом стандартная процедура превращается в дискриминационную практику.

ВИЧ-положительным женщинам приходится сталкиваться с дискриминационным отношением медработников и в том случае, когда их ребенок имеет отрицательный статус. Ситуация здесь, разумеется, гораздо более благополучная, однако ВИЧ-положительный статус матери иногда тенью ложится на отношение медработников к ее ВИЧ-отрицательному ребенку, опять же в том, что касается принимаемых ими «особых» мер предосторожности.

«Приходит сестра на массаж, надевает перчатки, хоть сама говорит, что неудобно, и ребенок здоровый, «но вы же, — говорит, — стоите на учете». Потом уже нормально стала себя вести».
(Группа, матери детей < 1,5)

Особой проблемой является лечение женщины и ее ребенка, не связанное с их ВИЧ-положительным статусом. Все опрошенные заявляли, что стараются не прибегать к помощи медицины, лечатся народными средствами или сами назначают себе курс терапии, обращаясь к врачам только в случаях крайней необходимости. Особую трудность представляет для таких женщин обращение к врачам-стоматологам. Часто звучали жалобы на плохое состояние зубов у них и их детей. Описывались случаи, когда врачи отказывались лечить им зубы и посылали в некое абстрактное «специализированное учреждение». В то же время в СПИД-центрах отсутствуют, по словам женщин, «узкие специалисты». На групповых дискуссиях часто звучали пожелания видеть эти центры оснащенными кабинетами УЗИ, ЛОР, стоматологии и пр. Предпочтение, которое отдается СПИД-центрам при обращении за медицинской помощью, не связанной с ВИЧ, объясняется опасениями женщин, что, обратись они в районную поликлинику, их диагноз станет известным их ближайшему окружению: соседям, родственникам, работодателям. Возможность получать медицинскую помощь по месту жительства, недалеко от дома, не рассматривается ими в данном случае как преимущество.

С этой проблемой тесно связана и этическая сторона взаимоотношения ВИЧ-положительных женщин с врачами. С одной стороны, они чувствуют себя обязанными сообщать врачам о своем статусе, с другой — стараются по возможности не сообщать свой истинный диагноз («и сказать страшно, и не сказать страшно»). Наиболее популярен вариант с «гепатитом». По словам одной из женщин:

«Я говорю: «У меня гепатит В, прокипятите свои инструменты». К гепатиту у них более лояльное отношение. Я себя страхую таким обра-

зом, чувствую, что сделала как надо, и себе хорошо: перчатки сразу надевают белые, знаю, у меня уж точно будет чистый инструмент.... А ты вообще приведи в порядок свой инструмент — откуда ты знаешь, кто к тебе придет — и не бойся!»
(Группа, матери детей < 1,5)

ВИЧ-положительные женщины чувствуют себя особенно уязвимыми в тех случаях, когда требуется срочная медицинская помощь — при ДТП, подозрении на аппендицит, в других подобных ситуациях. Сообщать или не сообщать? Сообщать кому, где, когда? Нередко в таких ситуациях помогает патернализм врачей СПИД-центров, их неформальные отношения с пациентами.

«Например, подозрение на аппендицит, надо вызвать скорую, что делать? Сразу звоню врачу на сотовый: «Аппендицит, забирать хотят». — «Откажитесь, езжайте своим транспортом, а непосредственно перед операцией скажете. В скорой никому ничего не говори».

(Интервью, мать ребенка > 1,5)

В целом проведенное исследование позволяет сделать следующий вывод относительно получения ВИЧ-положительными женщинами медицинской помощи. Не выявлено серьезных проблем и трудностей, связанных со специфическим лечением: препараты АРВ-терапии назначаются будущим матерям в качестве профилактики, потом они назначаются детям. Препараты предоставляются бесплатно, вовремя и без перебоев. Лечение и наблюдение в СПИД-центрах или аналогичных им учреждениях также оцениваются положительно в том, что касается квалификации и отношения медперсонала к своим пациентам (если оставить в стороне жалобы на длинные очереди).

Серьезные проблемы возникают тогда, когда ВИЧ-положительные женщины и их дети сталкиваются с институтами общей медицины, испытывают потребность в неспецифическом лечении: в районных поликлиниках, женских консультациях, больницах. Здесь они подвергаются если не открытой дискриминации, то испытанию, связанному с пренебрежительным отношением медперсонала, с его плохой осведомленностью о путях передачи ВИЧ-инфекции и бытательскими страхами. В результате люди, живущие с ВИЧ, не получают медицинской помощи в полном объеме. Но это уже выходит за рамки чисто медицинской проблематики и подводит нас к той области, где проблемы медицины пересекаются с социальными проблемами.

Социальная помощь. Обследованный контингент принадлежит в большинстве своем к социально уязвимой части общества. Респонденты часто отмечали, что в прошлом они вели «плохой образ жизни», на это нередко накладывает-

ся отсутствие образования, профессии, достаточной квалификации. Очень часто это матери-одиночки, воспитывающие ребенка без помощи его отца. В ситуации социальной уязвимости оказались также социально более благополучные женщины, инфицированные ВИЧ. Опрошенные респонденты имеют как общие для населения проблемы (например, жилищная), так и специфические, связанные с их ВИЧ-положительным статусом.

«У меня отец не знает. Может, если узнает, все у меня заберет и другим детям отдаст. Я не хочу, чтоб все, что мы с мужем нажили, кому-то перешло. Потом ему и ребенку должно остаться... Врач в больнице — единственная нормальная врач — сказала: «Сделай так, чтобы на работе никто не знал».

(Группа, матери детей < 1,5)

Как правило, на работе не знают о ВИЧ-положительном статусе. По мнению женщин, работодатель уволит их под каким-нибудь предлогом, если станет известен их диагноз, при том, что формальная сторона закона будет соблюдена. Респонденты описывали случаи, когда они сталкивались с дискриминационным отношением к ВИЧ-положительным людям на работе как со стороны начальства, так и со стороны коллектива:

«У меня подружку уволили. Она была беременна. Так получилось, что диспансерную карту ее увидели, все прочитали за нее. Все, ее уволили».

(Группа, матери и опекуны детей < 1,5)

«На работе заподозрили — «у нее СПИД». У всех кружки, ложки были заматаны целлофаном. Не знала, как дальше работать. Ходили к начальству, что не будут со мной работать. Знакомый сделал фальшивую справку — одна девочка сдала свою кровь. Однажды набросились все, кинула я им эту справку...»

(Группа, матери детей < 1,5)

ВИЧ-положительные женщины стараются не устраиваться на работу туда, где требуется медицинская справка, иногда достают по знакомству «хорошую справку». Очевидно, что покупка такой справки является достаточно рядовым событием. Сами ВИЧ-положительные считают, что им не следует «работать с кровью» — в медицине и в сфере общественного питания. Однако здесь не существует единого мнения. Среди опрошенных женщин многие имели специальность «повар-кондитер». Они, в частности, высказывали мнение, что «с салатами работать нельзя, а с горячими блюдами при тепловой обработке можно». Мы не будем комментировать эти высказывания. Гораздо более полезной, на наш взгляд, была бы возможность переквалификации для ВИЧ-положительных женщин,

чтобы при устройстве на работу им не приходилось прибегать к обману.

Для окружающих и работодателей, в том числе, ВИЧ-положительные используют различные эвфемизмы для сокрытия своего статуса: наиболее популярны «гепатиты», «болезни крови», «рак крови», «лимфоаденопатия» («каждый грамотный врач поймет, что это такое»), «воспаление легких».

По словам респондентов, они стараются как можно реже обращаться в социальные службы, делая это только по мере необходимости. Общим нареканием является плохое знание работниками этих служб льгот, которые положены ВИЧ-положительным детям. По словам одной из матерей, ей гораздо проще было узнать о льготах и оформить пособие на своего первого здорового ребенка как матери-одиночке, чем на второго, ВИЧ-инфицированного, но рожденного в браке.

«Не знаешь, что положено. Разузнать, добиться — нереально. Непробиваемая стена. Была бы лекция, информация о льготах человеку, который попал в такую ситуацию, вначале растерялся... прячется эта информация, как ягодки под листиками...»

(Группа, матери и опекуны детей > 1,5)

«Меня интересует такой вопрос. Первый год она у меня числилась как инвалид, а потом комиссия инвалидность сняла и дала другую справку. Соцзащитники дали дополнительную справку, что ребенок — инвалид до 2024 года. Я вот теперь не могу понять: ребенок инвалид или нет. Я везде все то же самое получаю, но справка уже не желтая, не розовая, а обыкновенная — голубая. Считается, что ребенок не инвалид, а на той справке пишется, что ребенок инвалид до 2024 года.»

(Группа, матери и опекуны детей > 1,5)

«В бумажке много всего написано: ты можешь это, это... Ребенок заболел, я весь город обошла, меня везде послали, сказали, «да, есть такое в законе, но...»

(Группа, родители и опекуны детей > 1,5)

Как правило, наиболее достоверную правовую информацию, включая информацию о льготах, ВИЧ-положительные люди получают от сотрудников СПИД-центра, но она явно недостаточна. В институтах социальной службы (собес, соцзащита), как правило, процветают бюрократизм, волокита, равнодушие к людям. По отношению к ВИЧ-положительным людям к этому нередко добавляется брезгливость, оскорбительность разговора, обывательские страхи, связанные с плохой осведомленностью о способах передачи инфекции.

Недоумение ВИЧ-положительных женщин вызывал вопрос о том, спрашивали ли их согласия на сообщение социальным работникам ин-

формации об их статусе. Ни разу не был упомянут случай, когда такое согласие испрашивалось. Напротив, требовали с них расписку, что обязуются не заражать других, не разглашать информацию о других ВИЧ-инфицированных. Надо при этом отметить, что потребность в таком формальном документе невысока. Это связано с низкой правовой культурой людей, их неверием в то, что документ может стать гарантией соблюдения их прав. Они склонны больше доверять социальному работнику, чем формальному документу, и, по имеющимся у нас наблюдениям, степень этого доверия достаточно высока, как и ко всему остальному, что находится в рамках специализированного института (СПИД-центра или аналогичного учреждения). То, что выходит за рамки этого института (общая медицина, общество в целом), не вызывает доверия.

По словам опрошенных, в СПИД-центрах и центрах альтернативной помощи ВИЧ-инфицированным социальные работники информируют о некоторых положенных льготах, помогают собрать необходимые документы для их оформления, таким образом, оказывая им поддержку. Часто, по словам респондентов, между ними и социальным работником СПИД-центров устанавливаются неформальные отношения. В этом случае помощь социального работника может заключаться, например, в решении таких проблем, как устройство ребенка в детский сад, школу, что оценивается очень положительно. Часто это еще и очень важный совет, как повести себя в той или иной ситуации. Однако, и это признают сами ВИЧ-положительные, такие неформальные отношения не могут распространяться на все увеличивающееся число ВИЧ-инфицированных матерей, нуждающихся в социальной помощи. В ситуации, когда формальные институты работают плохо, люди сами выстраивают с ними неформальные отношения, минуя посредничество соцработника, для решения своих проблем. В этом смысле показателен рассказ отца о том, как он «пробивал» путевку в санаторий для своего сына.

«Я ровно три года бегал, чтобы выдали ребенку положенную путевку в санаторий. Вроде все соглашались, но надо справку — ту, эту. А справки, они свой срок годности имеют. Соцзащита работает ужасно, часы работы такие, что нужно с работы отпрашиваться. Я уже всем надоел, со всеми познакомился, приходишь — попьешь с ними чаю. Платить ничего не надо, просто приходишь в неприсутственный день, когда они чай пьют — попьешь с ними чаю... чтоб все справки собрались в одну кучку. А то «надоели вы все, что все время ходите...». На ребенка пенсию пробивал, льготы пробивал, жене покойной пробивал. За девять лет опыт приобрел такой, что знаю все — куда постучаться, как позвонить...»

(Интервью, отец ребенка > 1,5)

Хочется отметить, что в ряде случаев жизнь с ВИЧ-положительным статусом развивает в людях лучшие черты их характера, укрепляет в них чувство собственного достоинства, делает их в полном смысле слова борцами за права ребенка и свои собственные.

«Социальный работник не может каждому оформлять документы. В беседе спросили: «Чего направили? Будете получать копейки». Я диктофон включила, говорю: «Так, значит, я пришла у вас узнать, какие нужны документы...»
(Интервью, мать ребенка > 1,5)

«Легче жить не стало, но появилась цель в жизни — надо выбиваться в люди. Ни от кого не скрываю, что больна, не боюсь сообщать о статусе».
(Группа, матери детей < 1,5)

Разумеется, так происходит с меньшинством. Большинство ВИЧ-положительных женщин, по их собственным словам, «таятся», стараются как можно меньше контактировать с различными институтами и, как следствие, не получают помощи, социальной в том числе, в полном объеме. В целом можно отметить очень большую потребность ВИЧ-положительных матерей в получении правовой информации. Не вызывает сомнений, что такая информация способствовала бы тому, что они чувствовали бы себя значительно более уверенно в общении с работниками социальных служб.

Психологическая помощь. По словам респондентов, пять-семь лет назад психологическая помощь не оказывалась. В настоящее время психологическая помощь, в целом, доступна. Но здесь можно отметить следующее: хотя формально психологическая помощь доступна, существует нежелание ВИЧ-положительных женщин за ней обращаться. Причины, по которым так происходит, кроются и в отсутствии в культуре общества распространенной практики обращения в соответствующие службы, и в неверии женщин в то, что профессиональный психолог сможет оказать им действенную помощь, и в самом депрессивном состоянии женщин, после того как они узнают о своем ВИЧ-положительном статусе.

Сразу после того, как женщина узнает о диагнозе, она находится в тяжелом, шоковом состоянии, которое сопровождается неприятием диагноза, часто многочисленными перепроверками, невосприимчивостью к информации, связанной с диагнозом, эмоциональной подавленностью. На группах присутствовали женщины, недавно узнавшие о своем диагнозе. Такие респонденты были полностью выключены из диалога.

«Я когда узнала от психолога, только помню он сказал мне: «Ничего страшного, успокойтесь — придете», я жить не хотела, ходила по городу у

одного края до другого, пошла потом к подруге и явилась домой только под утро».

(Группа, матери детей < 1,5)

«Когда узнаешь о статусе, адекватно информацию не воспринимаешь — с этим надо какое-то время прожить».

(Интервью, мать ребенка > 1,5)

По словам респондентов, они, узнав о диагнозе, в большей степени получали психологическую поддержку от родственников, близких, чем от психологов. Достаточно много женщин призналось в том, что никто, даже их родители, не знают об их диагнозе, некоторые родственники узнали случайно — догадались, сообщили медработники. При этом женщины чаще обращались за поддержкой к сверстникам — подругам, братьям или сестрам, опасаясь непонимания со стороны родителей. Но очевидно, что поддержка семьи не может компенсировать недостаток профессиональной помощи, тем более что во многих случаях ВИЧ-положительные женщины — выходцы из социально неблагополучной среды, в которой ресурсы помощи, психологической в том числе, ограничены.

«Тебе постоянно говорят: «У тебя ВИЧ, у тебя ВИЧ». И это так убивает. И сама себе начинаешь говорить: «Да, я болею!»

(Группа, матери детей < 1,5)

«Стыдно было: как будто я инвалид, как будто я падшая...»

(Группа, матери детей < 1,5)

Опрошенные женщины понимают необходимость психологической помощи, причем не только самой ВИЧ-положительной женщине, но и ее семье.

«У беременных у всех стрессы, нужно, чтобы родителей пригласили, квалифицированно объяснили, не так, как снег на голову».

(Интервью, мать ребенка < 1,5)

В то же время, по словам многих, оказываемая профессиональная психологическая поддержка носит, как правило, отстраненный, формальный характер. Некоторые опрошенные характеризовали беседы с психологом как «тяжелые», «с негативным настроением», «грузящие», считая, что «если уж плохо, ни один психолог не поможет».

«Приходил психолог, они приходили, все как бы с такими намеками... что ничего хорошего в будущем вас не ждет. Вот так. Да, настрой был негативный, отрицательный».

(Интервью, ребенок < 1,5)

По словам респондентов, в кабинет к психологу, как и к другим специалистам, часто большие очереди, что является раздражающим фактором. Кроме этого, ВИЧ-положительные женщины могут столкнуться с некавалифицированной психологической помощью и даже с неприязненным отношением к себе психолога, что усугубляет их состояние.

«Мало того, что я два часа в очереди просидела... она меня еще и выставила, что я во всем виновата. «А зачем ребенка рождаешь?» Вроде — сама виновата. Кошмар. Выла, как собачонка... Все давят, грузят... Поговорила бы просто, как подружка с подружкой».

(Группа, матери детей < 1,5)

Существует недоверие к возможностям психологической помощи: хотя признается, что психологическая помощь должна быть оказана, опрошенные не считают ее эффективной, особенно в тех случаях, когда сталкиваются с ней в ученическом исполнении.

«Я когда узнала, не было никакого психолога. Был один, Рауль, кажется, его звали, к нему приходишь, а он домик какой-нибудь попросит нарисовать, больше не было никого».

(Группа, матери детей < 1,5)

Описывались случаи, когда психолог вместо того, чтобы оказывать психологическую помощь, высказывался на медицинские темы (в том числе и такое, что «псориаз может перейти в СПИД»), выступал в роли работника правоохранительных органов:

«Что психолог? Поговорили пять минут, расписку взяли, что не заражу, не наврежу... Вроде, выходит, психолог тот не для нас был, а для общества...»

(Группа, родители и опекуны детей > 1,5)

«Мне психолог, когда сообщала диагноз, прямо сказала, что уголовная ответственность — пять лет лишения свободы, за заражение... Я в шоке и больше туда ни ногой... Нам тут назначили психолога, она тоже начала: предохраняться вам надо, вы себе жизнь сокращаете, в том смысле, что если мужчина и женщина болеют, то они при каждом половом контакте получают дозу... Если нет понимания в семье, тогда ходят к психологу, а когда есть понимание, то психолог не нужен».

(Группа, матери детей < 1,5)

Несмотря на общее скептическое отношение к возможностям психологической помощи, многие ВИЧ-инфицированные женщины ее принимали, посещали психолога.

«...Я с таким статусом. Естественно у меня шок: все, жизнь кончилась... Меня направили к

психологу. Она меня долго успокаивала, поясняла все. Я сидела, редела около часа, не могла успокоиться, просто истерика была. Врач мне все очень хорошо рассказывала: и что это не страшно, и что с этим живут, и что есть терапия, и все-все-все, и что не нужно будет аборта делать, и что дети нормальные рождаются».

(Группа, матери детей < 1,5)

«Нужен нам психолог хороший...»

(Группа, матери детей < 1,5)

Респонденты не возлагают больших надежд на помощь психолога, считая, что это временная поддержка, которой недостаточно, чтобы справиться с переживаниями, связанными с диагнозом. Вполне справедливо, на наш взгляд, они полагают, что в отсутствие поддержки со стороны общества ее возможности ограничены.

«Он нужен, психолог. Но лучше все равно не будет. Все равно человек уйдет сам в себя. Даже если будет и психолог, а со стороны-то нигде нет поддержки, кроме психолога. Ты же не будешь жить всю жизнь с психологом, правильно же».

(Интервью, ребенок < 1,5)

Вспоминая свое состояние в первое время после того, как они узнали о своем диагнозе, большинство женщин признавались, что пережили этот самый тяжелый период «сами».

«Вообще я потихонечку пережила это все в себе. Когда узнала о своем статусе, хотелось психологической помощи, сейчас уже нет. Живу нормальной полноценной жизнью. Единственное, смущает обращение в поликлинику, больницу. Там сразу твой статус».

(Интервью, мать ребенка > 1,5)

«Привыкла, сейчас уже не боюсь сказать... раньше вся была в себе. Много мыслей нехороших было».

(Интервью, мать ребенка > 1,5)

«Справилась с этим сама, сама перешагнула барьер. С психологом поговорила раз... Настроена оптимистически — двое детей, надо поднимать».

(Группа, матери детей < 1,5)

Однако беседы с ВИЧ-положительными женщинами показывают, что хотя острый период шока ими преодолен и во многих случаях выработана собственная позиция относительно того, как им следует относиться к своему диагнозу, психологические проблемы остаются. Возникают новые — прежде всего те, что связаны с воспитанием ребенка, с его адаптацией в детском коллективе, в обществе в целом, с преодолением чувства своей вины по отношению к ребенку. Как отцу помочь ребенку, у которого недавно умерла мать (от туберкулеза, связанного

со СПИДом)? Нужно ли продлевать жизнь ребенку терапией, если («как говорят») он не проживет больше двадцати лет? Почти во всех беседах с родителями детей старшего возраста возникал вопрос: как объяснить ребенку, что он «не такой, как все», почему он постоянно принимает лекарства и т.д. По мере того, как ребенок растет, возникают новые страхи, связанные с каждым следующим этапом жизни (детский сад, школа — см. след. главу). Родителей беспокоит и то, как примет их детей общество, и то, как сложатся их собственные отношения с повзрослевшими детьми.

«Станет взрослой — что я ей скажу? Не представляю! Она же меня проклянет! Когда сказать и как? Если постепенно, то будет чувствовать себя изгоем».

(Группа, матери и опекуны детей > 1,5)

«Спрашивает уже: «Мама, почему так говорят?..» Что ответить? Неправду, что ничем не болеешь... что у каждого есть болезни, что кто-то поправляется быстрее, а кто-то медленнее? Дети жестокие, они скажут...»

(Группа, матери детей > 1,5)

«Как я ей скажу, как? Уже много лет меня этот вопрос мучает. Ведь она девочка, десять лет уже, у нее месячные скоро начнутся, молодежь ведь теперь ранняя... как ей сказать? Есть дети взрослые, а она как ребенок совсем. Я уж так думаю, психолог бы, что ль, с ней поговорил? Потому что и сказать нельзя, и сказать надо».

(Интервью, бабушка ребенка > 1,5)

Трудность и драматизм ситуации заключается, в частности, и в том, что женщины не знакомы как с положительным, так и с отрицательным опытом разрешения этих проблем. Представляется, что именно коллективный опыт переживания этой ситуации мог бы стать для них серьезной моральной и психологической поддержкой.

В ходе бесед женщинам задавался вопрос о том, что им известно о группах взаимопомощи людей, живущих с ВИЧ. В некоторых городах присутствовали активные участники этих групп (это обстоятельство объясняется тем, что набор участников там проводился этими организациями), и в таких случаях завязывался спонтанный диалог между активистами и «рядовыми» ВИЧ-положительными женщинами. В целом следует признать, что хотя отношение к этим сообществам позитивно, про них слышали, но очень немногие пользовались возможностью посещения подобных групп. В этом проявляется инертность ВИЧ-положительных женщин, но также, вероятно, и нежелание расширять круг лиц, которым известен их диагноз.

«Здесь девочки с таким же статусом, с ними в группе общаешься, очень хорошо помогает. Успо-

каиваешься, когда литературу дают читать, очень хорошая поддержка... Там действительно интересно, там все такие же молодые, все общаются, кто-то там даже встречается, кто-то женится. Там интересно. Даже в парке встречались, гуляли. Там хорошо».

(Группа, матери детей < 1,5)

«Не столько то, что там психологи, сколько то, что там такие же люди, как была поддержка, что я не одна».

(Интервью, мать ребенка > 1,5)

«Какая-то есть в СПИД-центре группа, висело даже объявление, что загородом, купание, и семинар... с врачами, психологами — запись кто хочет, но как-то...»

(Группа, матери детей < 1,5)

В целом можно констатировать, что большинство ВИЧ-положительных женщин не получают квалифицированной психологической помощи — ни от психологов-профессионалов, ни от равных консультантов — и пытаются справиться со своими проблемами самостоятельно или при поддержке немногих самых близких родственников.

Определение ребенка в детский сад и школу.

По словам респондентов, многие из них не отдадут детей в дошкольные учреждения. Матери либо не работают и сидят с ребенком дома, либо ребенок остается под присмотром родственников. Отчасти нежелание определить ребенка в детский сад связано с состоянием его здоровья: ВИЧ-положительные дети в целом болеют чаще своих сверстников, большое количество времени проводят в стационарах больниц, более подвержены простудным заболеваниям. Но есть и другая причина, социальная, связанная с опасениями родителей, что ВИЧ-положительный статус ребенка станет известен воспитателям и родителям других детей, что приведет к дискриминации их ребенка, станет причиной его психологической травмы («будет чувствовать себя изгоем»).

Не все знают о том, что с точки зрения закона ВИЧ-положительные дети имеют право посещать детский сад наравне с другими детьми. Как правило, это представители низших социальных слоев, с незначительным образовательным капиталом. Так, бабушка-опекун ВИЧ-положительного ребенка (мать повесилась, отец в тюрьме) хотела бы отдать ребенка в детский сад, но не знает, примут ли его «с таким диагнозом».

«Вот, садик проблема, а так — все нормально. Сидит дома ребенок, просится в садик. Возьмут ли, с таким диагнозом? Говорят, с таким диагнозом не берут. Садик бы такой открыли... В садик бы, а так все нормально, хоть бы в пять лет перед школой... А в школу возьмут с таким диагнозом?»

(Интервью, бабушка ребенка > 1,5)

При определении ребенка в детский сад сведения о его ВИЧ-положительном статусе передаются в это учреждение, при этом у большинства родителей имеется довольно смутное представление о том, какие права есть у обеих сторон, обязательно ли предоставление сведений о ВИЧ-статусе, кто должен быть посвящен в тайну диагноза. Родители предполагают, что информация о статусе должна быть известна только медсестре детского сада. Но поскольку доверие к медработникам невелико, большинство родителей опасаются распространения информации.

«В садик не отдаем, сами знаем, какие врачи, у меня в садике все знакомые, сама там работала... Медсестра одному скажет — будут знать все. Может, в другой конец города».

(Группа, родители и опекуны детей > 1,5)

«В детский сад я боялась, и не из-за того, что болеет, а я боялась, что кто-то узнает... потом разнесут по всему району».

(Интервью, бабушка ребенка > 1,5)

«В садик не ходим. Я вот впервые слышу, что приглашают в садик. Обычно это воспринимается очень негативно. Заведующая не имеет права не принять, она обязана. Но вот медики... В садиках же женский коллектив, а значит, все узнают, а если до родителей дойдет... Сейчас много обеспеченных родителей, которые, естественно, не хотят, чтобы в их окружении были такие дети. Ребенок действительно может изгоем стать, и это единственное, что останавливает».

(Группа, матери и опекуны детей > 1,5)

«Медсестра знакомая рассказывала, что им в детском саду объявили, что будут ходить и ВИЧ-инфицированные. Все воспитатели возмущены были, что не будут знать, кто положительный, а кто нет. Я спросила: «А для чего тебе это знать надо?»

(Группа, матери детей < 1,5)

Родителей беспокоит то, как будет происходить прием лекарств ребенком в детском саду, будет ли соблюдаться режим приема, но главное — это то, что «особое» поведение ребенка (прием лекарства, отказ от прививок) вызовет подозрения других родителей.

Надо отметить, что родители немногих детей, посещающих детский сад, свидетельствовали о том, что все в этом смысле проходит у них благополучно. Однако описывались случаи дискриминации. Так, по словам родителей ВИЧ-положительного ребенка (инфицированного в медучреждении), им пришлось забрать его из реабилитационного центра для детей с ДЦП из-за реакции других родителей. Узнав (очевидно, что в результате «утечки информации» от медперсонала) о том, что их ребенок

ВИЧ-положительный, другие родители стали забирать из реабилитационного центра своих детей. Родителям ВИЧ-положительного ребенка было предложено продолжить лечение на индивидуальной основе.

Определяя своего ребенка в школу, родители сталкиваются с теми же препятствиями. Но если в детсад родители могут ребенка не водить, опасаясь дискриминационного отношения, то в школу ребенку идти необходимо. Некоторые ВИЧ-положительные дети уже достигли школьного возраста и ходят в школу. Родителям удается избежать распространения информации, но они чувствуют постоянное напряжение в связи с возможностью раскрытия конфиденциальной информации о статусе. Как и в случае с детским садом, те родители, чьи дети ходят в школу, отмечают, что в целом все обстоит благополучно (о статусе ребенка знает медсестра, иногда классный руководитель, и информация не распространяется дальше), хотя в этом склонны видеть не заслугу школы как института, но хорошее отношение отдельных людей.

«Когда отправляла внучку в школу, я так боялась... но медсестра хорошая».

(Интервью, бабушка ребенка > 1,5)

Таким образом, прохождение каждого этапа жизни ВИЧ-положительного ребенка сопряжено с сильными стрессами для его родителей. Еще более стрессовым оказывается ожидание каждого нового этапа.

«Нам скоро отдавать ребенка в детский сад. Если ребенок больной — давайте все его гнобить. Главное, даже не дети, а медсестры, заведующая, педагоги, и затем уже дети. От взрослых все идет».

(Группа, матери детей < 1,5)

«Мы уже пережили, а дети растут. Они же более ранимы, чем мы. Что мы можем им дать? Хочется, чтоб у детей было будущее... Мы уж и так виноваты перед ними».

(Группа, родители и опекуны детей > 1,5)

Родители ВИЧ-положительных детей очень остро переживают негуманный характер общества.

«Все у нас, по большому счету, делается в интересах большинства, здорового большинства. И не только ВИЧ, и не только дети, просто инвалиды, туберкулез... Отойди в сторонку, не высовывайся, не мешай нам красиво жить».

(Группа, родители и опекуны детей > 1,5)

Взросление ребенка неизбежно приближает тот момент, когда он должен узнать о своем диагнозе. Необходимость этого осознается почти всеми, вместе с тем этого более всего страшатся.

Никому из опрошенных не приходилось еще сообщать ребенку о его статусе, родители стараются любым способом отдалить этот момент («рано еще», «не поймет» и т.п.). Их беспокоят вопросы: как найти подходящий момент для разговора об этом, в каком возрасте сообщить ребенку о его ВИЧ-положительном статусе и о мерах безопасности, чтобы он наилучшим образом воспринял эту информацию? Матери и опекуны не могут предположить, как их ребенок воспримет свой статус: смирится ли с ним, не будет ли винить родителей.

«Мне кажется, сейчас она не поймет... ребенок еще совсем» (возраст ребенка около 10 лет).
(Интервью, бабушка ребенка > 1,5)

Также это касается вопросов подготовки ребенка к школе. Родителей волнует вопрос, как подготовить ВИЧ-положительного ребенка к общению со сверстниками в подростковом возрасте.

В контексте всех этих вопросов очень показателен опыт одного из обследованных регионов (Челябинск), где функционирует специальное детское учреждение (специализированный детский сад), в который ходят ВИЧ-положительные дети. Там дети могут оставаться круглосуточно. Респонденты отмечали, что такое учреждение — это большая помощь для родителей, что после специализированного детского сада они хотели бы, чтобы дети шли в специализированную школу (которой нет). В пользу спецшколы приводились следующие доводы:

«Наши дети устают, им нужен отдых, режим, им тяжело будет адаптироваться в школе».
(Группа, родители и опекуны детей > 1,5)

Представляется, однако, что более значимым мотивом для родителей является желание отгородить своих детей от остального, жестокого общества.

«Что будет после сада? И директор, и классный руководитель — все будут знать. Нет гарантии, что не узнают дети. И взрослые, и дети — жестокие. Если бы школу построили, специализированные заведения... чтоб не чувствовали себя изгоями. Пусть будут там равные».
(Группа, родители и опекуны детей > 1,5)

Несмотря на очень одобрительные отзывы о работе специализированного детского сада, некоторые родители признают, что их соседи или родственники начинают догадываться о том, что с ребенком «что-то» не так, если он ходит в детский сад в данном районе. На наш взгляд, создание таких специализированных учреждений лишено перспектив, поскольку, достаточно успешно решая текущие вопросы адаптации, оно закрепляет изоляцию ВИЧ-положительных детей, стигматизирует их с самого раннего возраста.

То же справедливо и в отношении проектов специализированной школы (если таковые имеются).

Значительно более перспективным путем решения проблемы стала бы помощь в устройстве ребенка в детский сад общего типа или, если того требуют обстоятельства жизни ВИЧ-положительной матери или здоровье ребенка, — в круглосуточное, санаторного типа дошкольное учреждение. Иначе говоря, «специализация», если таковая целесообразна, не должна иметь в качестве своего основного отличительного признака ВИЧ-положительный статус ребенка.

О проекте книги о ВИЧ-инфекции у детей для родителей. Обсуждение проекта книги почти во всех случаях показало, что существующей информации недостаточно, часто женщины говорили об этом спонтанно, еще до того, как начиналось обсуждение этой темы. При этом признавалось, что за последние пять лет информации стало больше и она стала более доступной.

«Много диких людей, мало знают врачи. Очень хорошая поддержка, когда литературу читаешь... Тогда никто ничего не объяснял по-человечески, так, как положено, как сейчас вот, когда информации много».

(Группа, матери детей < 1,5)

По мнению опрошенных женщин, за последние несколько лет информации (в виде брошюр, по телевидению, в Интернете, в беседах с педиатрами) стало больше. В СПИД-центрах проводятся беседы и консультации, также доступны брошюры, для небольшой группы опрошенных доступен также и Интернет. Однако большинство отмечало неполный характер этой информации.

«Информации очень мало люди получают. Даже когда я забеременела, мама сказала: «Ты что, доченька! Как же ты так? Ты же скоро умрешь!» — «Ты что, — говорю, — это же не СПИД, это ВИЧ...» Если честно, инфекционисты много не дают информации. Я со многими специалистами разговаривала, я получила какую-то информацию. А инфекционист поверхностно объяснит, глубже не заходит».

(Группа, матери детей < 1,5)

Проведенные беседы показали, что ощущаемый дефицит информации во многих случаях касается не столько медицинских аспектов ВИЧ, сколько самого широкого круга вопросов, связанных с жизнью ВИЧ-положительных людей. Потребности в информации различны для разных людей — в зависимости от возраста ребенка, давности установления диагноза у женщины, ее образования, социального класса и психологических особенностей личности. Кому-то нужно полное и подробное объяснение всех аспектов жизни с ВИЧ (наподобие энциклопедии).

лопедического справочника: «чтобы информации было больше, чтобы не много было разных книжек, а в одной все»). Кто-то (таких большинство) предпочитает краткую, но толковую информацию в виде ответов на вопросы (формат «вопрос – ответ»), описание случаев «из жизни», «доступным языком и без заумных фраз». Звучали предложения сделать саму книгу краткой, но содержащей ссылки на литературу, где интересующая тема раскрывалась бы более подробно и давалась бы информация, как можно такую литературу купить, заказать.

Потребность в информации очень велика и у наименее образованных родителей, с наименьшими социальными ресурсами, чувствующих себя наиболее растерянными в вопросах воспитания ВИЧ-положительного ребенка.

«Книжка нужна, а то болеет, не знаешь как, пока придут... Забудешь, пока приедешь домой, не те года... А была бы книжка, раз – и все. Держим кошку, а ему можно, с таким диагнозом? А этот диагноз постоянный, на всю жизнь? Была бы книжка, маленькая, чтоб в сумке держать. Пошла бы на улицу, почитала... Может, чтоб по почте присылали?»

(Бабушка ребенка > 1,5)

Вот перечень тем и вопросов, которые спонтанно возникали у участников групповых дискуссий и на которые они хотели бы получить ответы:

- о новом в медицине;
- о том, как влияет АРВ-терапия на плод;
- о льготах;
- о прививках;
- о сопутствующих детских заболеваниях;
- об устройстве в детский сад, школу;
- как отправить ребенка в летний лагерь;
- можно ли держать в доме кошку, других домашних животных;
- как провозить через границу лекарства;
- как сказать ребенку о том, что у него ВИЧ.

Как видно из этого списка, ВИЧ-положительных женщин волнуют как специальные вопросы, связанные с медициной, так и общие, связанные с решением обычных жизненных задач, как частные и, на первый взгляд, незначительные (можно ли держать кошку?), так и, пожалуй, главный и общий для всех вопрос: как сказать ребенку о его диагнозе? Дело в том, что «обычные» жизненные задачи являются для ВИЧ-положительных матерей необычными, стрессовыми, связаны с ожиданием конфликтов с социальными институтами и ближайшим окружением, с боязнью дискриминации своего ребенка. Как уже говорилось выше, в жизненном опыте большинства ВИЧ-положительных отсутствуют примеры проживания подобных ситуаций другими людьми. Получаемая информация должна, помимо прочего, дать ВИЧ-положи-

тельным матерям язык и аргументацию в их коммуникации с обществом, с его институтами и институтом медицины в том числе, и что не менее важно для них – в коммуникации с собственными детьми.

При обсуждении волнующего всех вопроса – как сказать ребенку – только один раз прозвучала ссылка на соответствующую литературу. По словам одной бабушки, в ней говорилось, что «все дети реагируют по-разному: кто-то замыкается, кто-то нет». Нам представляется, что в книге для родителей должны быть описаны различные ситуации (в том числе и та, как сказать ребенку) и даны варианты выхода из этих ситуаций. Очевидно, что не может быть предложено какое-то одно решение, пригодное для всех, но нужно дать родителям, при сохранении гуманистической ценностной основы, возможность выбора наиболее подходящего для них способа решения проблемы.

ВИЧ-положительным нужна информация не только «для них», но и «о них» в самых широких средствах массовой информации (телевидение). Очевидно, что в этом случае мы имеем дело не с их потребностью узнать что-то новое для себя, но с потребностью заявить о себе как о группе, которая не представляет опасности для общества и является его частью.

«Информации в средствах массовой информации нет. В СПИД-центре лежат брошюры, но обычный человек туда не пойдет. Нужно для обычных людей, которые живут и думают, что это их не коснется. Показывали бы по телевидению, в нормальное время».

(Группа, родители и опекуны детей > 1,5)

Предложенный для обсуждения проект книги был встречен очень положительно, как отвечающий запросам ВИЧ-положительных родителей. Участникам групповых дискуссий и индивидуальных интервью раздавался примерный план содержания будущей книги, предлагалось отметить в нем главы и разделы, представляющие для них интерес. Они указали, что все разделы важны, несут очень полезную информацию. В зависимости от возраста детей какие-то разделы были более или менее актуальными (например, тема «беременность и ВИЧ», хотя и признавалась очень важной, не была уже актуальной для большинства матерей).

В целом наиболее важными для будущей книги были названы следующие темы:

- социализации и обучения ребенка с ВИЧ;
- наиболее распространенные детские заболевания и ВИЧ-инфекция;
- где можно получить информацию, помощь и поддержку;
- возможность родить здорового ребенка;
- социальные гарантии и льготы при ВИЧ-инфекции;

- психологическая поддержка и социальная помощь;
- диспансерное наблюдение до и после установления диагноза;
- диагностика ВИЧ у ребенка;
- вопросы, связанные с особенностями развития ребенка.

Формат книги предпочтителен небольшой: А5. Цвет неярко (например, синий), плотная обложка, название без указаний на тематику издания («без слова ВИЧ»). Шрифт – довольно крупный, чтобы было нетрудно читать. Такой книгу хотелось бы видеть большинству опрошенных, поскольку в неярко обложке, небольшом формате книга не будет привлекать внимание, ее будет удобно хранить на полке дома («чтоб в глаза не бросалась», «чтоб спрятать можно было»). Некоторые предпочли бы иметь диск для просмотра на компьютере, а не печатное издание (те, кто боится, что книга на полке привлечет внимание родственников, друзей, соседей, самого ребенка, от которого скрывается диагноз).

Кроме этого, у небольшой группы опрошенных родителей есть потребность получить из книги исчерпывающую информацию, что предполагает достаточно толстое энциклопедичес-

кое издание. Высказывались предложения выпускать небольшие книжки в виде отдельных серий.

«Потолице и побольше, как энциклопедия – про все-все, но чтоб было понятно».

(Группа, матери детей < 1,5)

«Чем больше, тем лучше, практически все важно... В 1999 году я с большим трудом через знакомых докторов доставала информацию о ВИЧ. Теперь проще, но все равно хочется знать, что есть нового, какие-нибудь методы, химические испытания, есть ли шанс как-то улучшить здоровье... Я – мама инфицированного ребенка и не знаю, как ребенок реагирует на детские инфекции – корь, ветрянку, коклюш, – и этого никто не знает: ни инфекционист, ни педиатр, никто... Нужны иллюстрации из жизни людей: как это случилось в жизни и как люди выходят из такой ситуации... Нужны книги от общих до конкретных, серии по проблемам, чтоб была информация, адреса, как я могу добыть более конкретную информацию, которая меня в данный момент интересует...»

(Группа, родители и опекуны детей > 1,5)

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

20.11.2008. Канада. Ученые нашли способ взбодрить клетки, которые устали бороться с ВИЧ. Один из авторов исследования, доктор Марио Островски, специалист по инфекционным заболеваниям из Университета Торонто, говорит, что в случае большинства инфекций, например, гриппа, клетки CD8 способны найти и уничтожить все клетки, которые инфицированы вирусом. Однако в случае с ВИЧ CD8 не «вырабатывают всех веществ, которые необходимы, чтобы убить инфицированные клетки. Они не могут выполнять свои функции... Они становятся незрелыми и изможденными». Ученым удалось установить, что эти уставшие клетки CD8 содержат высокий уровень молекулы Tim-3, которая обычно тормозит работу иммунной системы, после того, как та спешно справилась с вирусом или бактерией. В ходе лабораторных экспериментов с клетками, которые были взяты у людей с ВИЧ, исследователи обнаружили, что они могут «воскрешать» клетки CD8, если они блокируют эту молекулу. «Мы наблюдали, что если мы блокируем Tim-3, то это спасает эти клетки и восстанавливает их способность бороться с инфекцией», – поясняет Островски. Исследование, результаты которого были опубликованы в журнале «Journal of Experimental Medicine», открывает возможность для создания препаратов, которые будут блокировать Tim-3 и восстанавливать способность иммунной системы бороться с заболеванием. В настоящий момент самым эффективным методом лечения ВИЧ остается антиретровирусная терапия, которая останавливает размножение вируса. Однако такая терапия полностью эффективна только для 80% людей с ВИЧ, у остальных развивается резистентность и терапию необходимо менять. Кроме того, терапию необходимо принимать постоянно. «Мы до сих пор не знаем, способствует ли сам вирус выработке Tim-3 и связан ли этот процесс только с ВИЧ-инфекцией, – считает ведущий автор исследования, доктор Лишомва Нджлову из Университета Калифорнии в Сан-Франциско. –

Однако наши данные могут указать новое направление для создания вакцин и лекарственных препаратов, которые смогут восстановить эти дисфункциональные клетки и позволить им и дальше контролировать размножение ВИЧ-1».

10.11.2008. США. Прерывание терапии против ВИЧ в три раза чаще связано со смертью от других заболеваний для людей, у которых также есть гепатит В или гепатит С. Об этом говорится в результатах исследования, опубликованного в декабрьском номере журнала «Clinical Infectious Diseases», сообщает POZ.com. При этом повышенный риск смерти никак не связан с заболеваниями печени. Ученые сравнивали 930 пациентов, у которых был гепатит, с 4532 пациентами, у которых был только ВИЧ. Здоровье людей с ВИЧ и гепатитом, которые постоянно принимали антиретровирусную терапию, было лучше, чем у всех людей, прерывавших прием терапии. Тем не менее, среди людей с гепатитом В или С, которые прерывали терапию, смертность была почти в три раза выше, чем среди тех, кто прерывал терапию и у кого был только ВИЧ. Хотя люди с гепатитами составляли только 17% участников исследования, почти половина смертей, не связанных со СПИДом, была зафиксирована именно в этой группе. Дальнейший анализ показал, что, как правило, смерти, не связанные со СПИДом, в группе людей с гепатитом были связаны с суицидами и употреблением наркотиков. Помимо этого, ученые изучили тяжесть гепатита среди тех участников, которые умерли, и обнаружили, что в среднем она была совсем небольшой, так что риск смерти не был связан с заболеваниями печени. Авторы признают, что исследование имеет свои ограничения, например, люди с гепатитом чаще являются потребителями инъекционных наркотиков, и это могло повлиять на риски. Однако ученые пришли к выводу, что прерывание терапии особенно опасно для людей с ВИЧ и гепатитом и может быть связано с повышенным риском смерти.

Знакомство с клиническими исследованиями*



Случается, что средства массовой информации сообщают о появлении очередного нового средства для лечения ВИЧ-инфекции. Подобная информация о «прорывах в лечении» часто является преувеличением и сообщается преждевременно.

Любой новый вид лечения, сколь бы многообещающим он ни выглядел в лабораторных тестах, для подтверждения своей эффективности должен пройти тщательное клиническое исследование.

Данная публикация вышла в свет в рамках программы Фонда развития МСП/РОО «Сообщество ЛЖВ» «Расширение доступа к лечению социально значимых заболеваний» при поддержке проекта по непрерывному образованию для пациентов (COPE) Европейской группы по лечению СПИДа (ЕАТГ) и Всероссийской сети снижения вреда. При подготовке данного издания использованы материалы брошюры NAM¹ «Clinical trials», 4-е издание 2006 г., которая была переведена на русский язык и адаптирована для нужд российских читателей в соответствии с экономическими, правовыми, социальными, психологическими и другими особенностями эпидемии ВИЧ-инфекции и противодействия ей в Российской Федерации. Некоторые части текста полностью отличаются от оригинала и могут не отражать идею или мнение автора исходного текста. Автор исходного текста и ЕАТГ не несут ответственности за качество перевода, а также за соответствие данного материала местным реалиям.

Сведения и материалы, изложенные в данной публикации, не обязательно отражают точку зрения подготовивших ее Фонда развития МСП и РОО «Сообщество ЛЖВ» или других организаций, поддержавших выпуск данного издания. Они также не являются предметом ответственности за возможные последствия их использования третьими лицами. Фонд развития МСП и РОО «Сообщество ЛЖВ» настоятельно советуют читателям тщательно проверять любую информацию и не применять на практике полученные из данного источника специализированные сведения без предварительной консультации с медицинским специалистом.

* В публикации приводится оригинальный текст брошюры «Знакомство с клиническими исследованиями» (октябрь 2008 г.), публикуемый с разрешения Региональной общественной организации «Сообщество людей, живущих с ВИЧ» (www.positivenet.ru) и Фонда развития межсекторного социального партнерства (www.spdfund.org).

¹ NAM – британская благотворительная организация, предоставляющая информацию по вопросам, связанным с ВИЧ.

Упоминание в материалах издания каких-либо лекарственных препаратов, способов их применения и методов диагностики не означает, что Фонд развития МСП/РОО «Сообщество ЛЖВ» рекомендуют их или отдают им предпочтение.

Эта публикация отвечает на вопросы о клинических исследованиях, которые часто задают пациенты, в т.ч. люди, живущие с ВИЧ. Она поможет вам принять решение, касающееся участия в исследовании, а также обсудить все волнующие вопросы с врачами и медперсоналом до начала его проведения, во время проведения и после его завершения.

В конце материала вы найдете словарь терминов и определений, относящихся к области клинических исследований.

ЧТО ТАКОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Любой новый вид лечения, сколь бы многообещающим он ни выглядел в лабораторных тестах, для подтверждения своей эффективности должен пройти тщательное клиническое исследование.

Клиническое исследование (КИ) — это исследовательская работа с участием людей в качестве субъектов, целью которой является оценка эффективности и безопасности того или иного препарата или метода лечения. Тщательно проведенное клиническое испытание — это единственный способ доказать правомерность и актуальность нового вида лечения. Тщательность и добросовестность проведения КИ гарантируется соблюдением определенных международных правил, так называемых правил GCP (Good Clinical Practice — качественной клинической практики). Эти правила были разработаны во второй половине прошлого века и в настоящий момент они приняты большинством стран, в том числе и Россией. Они базируются на Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации² и призваны обеспечить защиту прав пациентов и получение достоверной информации.

- Исследование «ACTG 019» (1989 г.) впервые показало, что применение AZT³ замедляет прогресс развития ВИЧ-инфекции.

- Исследование «ACTG 076» (1994 г.) доказало, что AZT-терапия, проводимая во время беременности, родов и в первые недели жизни ребенка, может на две трети снизить риск передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

- Клинические исследования «ACTG 175» и «Delta» (1992–1995 гг.) доказали, что по сравнению с монотерапией препаратом AZT двухкомпонентная терапия AZT + ddl (диданозин) или AZT + ddc (зальцитабин) увеличивает продол-

жительность жизни пациентов с ВИЧ и задерживает развитие СПИДа.

- Клинические исследования «ACTG 320» (1997 г.) показали, что добавление ингибитора протеазы к AZT и ламивудину помогает отложить прогрессирование ВИЧ-инфекции и резко снизить смертность. Преимущества использования трех препаратов были подтверждены как минимум 12 клиническими исследованиями.

- Исследование «Duront 006» (1999 г.) показало, что комбинация из ненуклеозидного ингибитора эфавиренца (EFV) с AZT и ЗТС (ламивудин) на протяжении трех лет более эффективна для подавления вируса, чем комбинация из индинавира, AZT и ЗТС.

- Исследование «APRICOT» (2004 г.) выявило, что терапия пегилированным интерфероном в сочетании с рибавирином наиболее эффективна при лечении гепатита С у людей, живущих с ВИЧ.

В настоящее время клинические исследования схем и препаратов лечения проводятся для всех стадий ВИЧ-инфекции по следующим направлениям:

- Изучение возможности остановить или задержать повреждение иммунной системы на разных стадиях ВИЧ-инфекции путем воздействия сочетаний антиретровирусных препаратов различных классов.

- Укрепление иммунной системы при помощи иммуномодуляторов — таких как интерлейкин-2.

- Лечение побочных эффектов, например, липодистрофии.

- Лечение инфекций, которые часто встречаются у людей, живущих с ВИЧ, например, вируса гепатита В и С.

- Выявление и лечение инфекций, передающихся половым путем, а также рака шейки матки и прямой кишки.

- Применение вакцин, предназначенных для стимуляции иммунной реакции на ВИЧ и другие инфекции.

Клинические исследования начинаются только после того, как предварительные лабораторные исследования и испытания на животных покажут, что препарат достаточно безопасен для людей. Клинические исследования с участием людей проводятся в четыре этапа (фазы).

Фаза I. Исследования I фазы — первый опыт применения нового активного вещества у человека; проходят с участием небольшого количества добровольцев (до 100 человек). В ходе I фазы исследуются свойства препарата, безопасность, определяется переносимость различных доз препарата.

Как правило, непосредственной пользы для здоровья участие в I фазе исследований не подразумевает.

² Хельсинкская декларация Всемирной медицинской ассоциации была принята в 1964 г.

³ AZT (зидовудин) — первый препарат для лечения ВИЧ-инфекции.

Фаза II. В исследованиях II фазы участвует небольшое количество людей, которым исследуемая терапия показана. Продолжительность исследований II фазы для АРВ-препаратов, как правило, составляет не менее шести месяцев. Главная цель — получить убедительные доказательства эффективности и безопасности нового препарата, подобрать оптимальные дозировки для лечения данного заболевания. Если вы участвуете в исследовании этой фазы, вам нужно будет посещать клинику регулярно — для осмотров врача, для сдачи анализов крови и прохождения других тестов.

Фаза III. Исследования III фазы требуют большого количества участников и, как правило, проводятся в нескольких клиниках или больницах (так называемые мультицентровые исследования). Препарат назначается в дозировке, которая доказала свою безопасность для большинства людей, участвовавших в исследованиях I или II фаз, и эффективность в отношении конкретного заболевания. На этом этапе новый вид терапии сравнивается или с уже вошедшими в практику препаратами, или с так называемыми плацебо*. Исследования III фазы обычно продолжаются не менее двенадцати месяцев и требуют от участников регулярного посещения клиники. Это этап получения разрешения на регистрацию препарата. Большинство исследований АРВ-препаратов в России за последние 7 лет относились к этой фазе. В результате в России зарегистрировано большинство основных существующих на сегодняшний день препаратов.

Фаза IV. Зарегистрированный препарат исследуется в общей популяции, отслеживаются отдаленные нежелательные явления, иногда опробуется новая лекарственная форма одного и того же препарата (таблетки вместо капсул, например). В России проводится много исследований IV фазы.

РАЗЛИЧНЫЕ МЕТОДЫ СРАВНЕНИЯ ВАРИАНТОВ ТЕРАПИИ

В качестве объекта исследования может быть новый в медицинской практике препарат в сочетании с уже существующими или новый способ использования известного препарата (например, с изменением дозировки или количества ежедневных приемов).

Сравнительные исследования. Наиболее распространенным типом клинического исследования является сравнительное. Это исследование, в котором группа людей, проходящих новую терапию, сравнивается с другой группой, проходящей уже практикуемую или стандарт-

ную терапию. Когда имеется общепризнанный стандарт лечения, исследование может быть направлено на сравнение результатов экспериментального лечения со стандартным. В сравнительных исследованиях дозировки сравнивают различные дозировки одного и того же препарата.

«Слепые» исследования. В некоторых исследованиях ни исследователи, ни участники не должны знать, кто какую терапию принимает. При этом все препараты выглядят одинаково. Такой метод называют «двойным слепым исследованием», так как он предполагает, что оба участника — исследователи и испытуемые — «слепы» в переносном смысле в отношении к исследуемым препаратам. Исследования, в которых только участники не знают, какое лечение они проходят, называют «простыми слепыми».

Цель «слепых» исследований — избежать любого воздействия на результаты. Врач, осведомленный о том, кто из пациентов проходит конкретное лечение, может подсознательно оценивать или лечить его по-другому. Участники, посвященные в тонкости лечения, могут необъективно описывать свои симптомы или неожиданно решить покинуть исследование.

Открытые исследования. Исследования, в которых информация о лечении доступна участникам, называются открытыми. Все участники исследования и врачи точно знают, кто и какое лечение принимает. В некоторых исследованиях оценка эффективности и безопасности препаратов осуществляется без контрольной группы, то есть препарат назначают одновременно всем участникам исследования.

Плацебоконтролируемые исследования. Если для какого-либо заболевания не существует стандартов лечения, исследование может быть построено на сравнении препаратов новой линии и «плацебо» (неактивного препарата). При этом никто из участников не должен знать, какой из препаратов он принимает. По этическим соображениям плацебоконтролируемые исследования высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) не проводятся. В схеме обязательно должны присутствовать активные компоненты. В области ВИЧ-инфекции могут быть плацебоконтролируемые кратковременные исследования антигрибковых препаратов, иммуномодуляторов и пр. Чаще всего они перекрестные: каждая группа определенное время принимает активный препарат, а в другой отрезок времени — плацебо.

Метод случайного отбора (рандомизация). Каким бы ни было исследование, принцип распределения пациентов по группам остается неизменным. Называется он рандомизация. Рандомизация заключается в том, что все участники исследования распределяются по группам случайным образом (обычно распределение проводит компьютер). Это лучший способ гарантировать равномерное распределение разных участников между разными видами одного исследо-

* Плацебо — таблетка, капсула или жидкость, на вид и вкус не отличающаяся от настоящего препарата, но не содержащая никаких активных компонентов.

вания и вместе с тем избежать систематической ошибки, связанной с отбором участников.

ПОДГОТОВКА К КЛИНИЧЕСКОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ

Подробный план исследования называется протоколом. Протокол содержит информацию о продолжительности исследования, методике оценки результатов, о том, как будет осуществляться прием препаратов и кто имеет право на участие в исследовании. Помимо этого в протоколе обязательно есть перечень тестов, расписание визитов к специалистам и некоторые другие актуальные для участников сведения.

Протокол разрабатывается спонсором (организатором) исследования — обычно это фармацевтическая компания, или врачом, самостоятельно планирующим научную работу. Перед началом нового клинического исследования (КИ) необходимо проанализировать результаты всех предыдущих аналогичных исследований. Выявляются вопросы, на которые пока не удалось получить ответа. Новое исследование разрабатывается с целью их прояснить.

После составления протокол должен быть одобрен комитетом по этике, который затем будет контролировать деятельность всех клиник, участвующих в исследовании, с точки зрения соблюдения прав пациентов. Состав комитета может варьироваться, но, как правило, он включает врачей, медсестер, минимум одного представителя общественности, во многих случаях юриста или священника. Комитет по этике несет ответственность за то, чтобы соблюдались права и интересы участников исследования, и не зависит от его организаторов (заказчиков).

В России, как и в других странах, при федеральном органе контроля качества лекарственных средств создан Комитет по этике⁴. В соответствии с Положением, он создается с целью участия представителей научных, образовательных организаций и учреждений, общественных объединений, средств массовой информации, религиозных и других организаций в проведении этической экспертизы материалов клинических исследований лекарственных средств. В медицинских и научных учреждениях существуют также локальные этические комитеты, которые также рассматривают материалы КИ и осуществляют наблюдение за ходом исследования вплоть до его окончания, а иногда и определенный период времени после него.

Наличие одобрения комитета по этике является принципиально важным условием для любого клинического исследования. Одобрение

комитета по этике — это подтверждение того, что исследование правомерно как с моральной, так и с нравственной точек зрения. Ни одно законно проводимое исследование без такого одобрения начаться не может. В ходе исследования комитет по этике продолжает свою работу, а любые дополнения и изменения в протоколе, новые версии информированных согласий, сообщения о нежелательных явлениях и другие новые материалы рассматриваются комитетом в соответствии с его регламентом.

Набор участников. Следующий шаг — это набор участников и собственно начало исследования. Различие между эффективностью новой и уже известной терапии иногда бывает крайне незначительным. Поэтому препараты приходится тестировать на большом количестве людей, чтобы можно было выявить достоверные различия их воздействия на организм по сравнению с ранее утвержденными видами лечения. Клиническое исследование можно рассматривать как тесное сотрудничество исследователей и пациентов, живущих с ВИЧ. Чтобы больше узнать о заболевании, исследователям необходимы пациенты. Последние, в свою очередь, заинтересованы в том, чтобы помогать исследователям при условии соблюдения их прав во время исследований.

Кто может участвовать в исследовании. У каждого клинического исследования есть свои правила, регламентирующие участие. Они называются критериями включения и исключения, или критериями соответствия.

Критерии включения описывают характеристики, позволяющие человеку присоединиться к исследованию. По критериям включения можно понять, для каких целевых групп новое лечение может быть наиболее полезным.

Если необходимо определить эффективность препарата на конкретной стадии ВИЧ-инфекции, критерием включения может быть вирусная нагрузка, или количество CD4-клеток.

Исследования обычно проводятся в нескольких группах одновременно, чтобы определить, как использовать препараты наилучшим образом. Критерии включения и исключения работают также и на то, чтобы защитить участников исследования. Например, при наличии риска опасного взаимодействия между исследуемым препаратом и препаратами, принимаемыми пациентом, пациент не может быть включен в исследование.

Один из самых распространенных критериев включения в исследование запрещает участникам принимать какие-либо препараты, сходные по действию с тестируемым. Например, людям, участвующим в исследовании антигрибкового препарата, не разрешается принимать другие антигрибковые средства.

Иногда из исследования могут быть исключены целые группы. Так, большинство исследований исключают беременных, в связи с тем,

⁴ Комитет по этике учрежден при Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (Росздравнадзор) согласно приказу от 17 августа 2007 г. № 2314-Пр/07.

что исследования могут быть небезопасны для ребенка. Также исключаются кормящие матери — препарат может повлиять на здоровье ребенка через грудное молоко.

Женщины репродуктивного возраста включаются в большинство исследований при условии использования методов контрацепции. Кроме того, на протяжении исследования осуществляется контроль с помощью тестов на беременность.

Когда следует или не следует участвовать в исследовании. Не существует «правильного» и «неправильного» времени и причины для начала участия в исследовании. Некоторые люди не могут этого сделать из-за несоответствия критериям включения. Другие по личным соображениям никогда не участвуют в исследованиях. Если вы сомневаетесь, тогда лучше проконсультироваться по данному вопросу с лечащим врачом или другим медицинским специалистом.

Если для лечения вашего заболевания врач рекомендует препарат клинического исследования, вам, возможно, придется быстро решать, присоединиться к исследованию или нет. В любом случае стоит обстоятельно обдумать свое решение о выборе варианта лечения, прежде чем соглашаться.

Информированное согласие. Информированное (обоснованное, осознанное) согласие означает, что до того, как вы присоединились к исследованию, исследователи предоставили вам всестороннюю информацию о нем и получили ваше добровольное согласие на участие. Информация включает наиболее важные моменты, касающиеся исследования: его цель, полную и понятно изложенную информацию о препарате, частоту посещения клиники, возможную пользу, риски, их соотношение, варианты альтернативного лечения и т.д.

Обычно потенциальным участникам раздается информационный листок (чаще всего многостраничный), содержащий основные сведения по данному исследованию. Не нужно торопиться принимать решение, можно взять его с собой, чтобы прочитать внимательно и проконсультироваться со специалистом. Пациенту должны всегда предоставлять один экземпляр на руки. Этот экземпляр помимо всего прочего содержит информацию о контактах (имена и телефоны лиц, к которым вы в любое время можете обратиться в ходе исследования).

Процедура оформления информированного согласия проходит лишь после беседы, в ходе которой участник должен подтвердить, что он понимает суть изложенного и согласен на участие. Можно задавать любые вопросы, на которые исследователь обязан ответить. Как правило, участника просят подписать специальный документ о согласии. Он свидетельствует о том, что вы приняли решение по доброй воле, будучи всесторонне информированы. Но вы имеете право изменить свое решение даже после под-

писания этого документа, на любом этапе исследования.

В случае с детьми документ подписывают их родители или опекуны. Для детей старшего возраста создается отдельное информированное согласие, текст которого содержит полную информацию об исследовании и адаптирован к восприятию ребенка. Он должен сам прочитать, подписать и датировать форму информированного согласия наряду со своим законным представителем (родители, опекуны).

КАК ПРИНЯТЬ УЧАСТИЕ В ИССЛЕДОВАНИИ

Если вы услышали или прочитали об исследовании, которое вас заинтересовало, попытайтесь сначала обсудить полученные сведения с контактным лицом. В России информацию о перечне организаций и учреждений, имеющих право и осуществляющих проведение и клинических, и доклинических* исследований лекарственных средств, можно узнать на сайте Росздравнадзора (www.roszdravnadzor.ru).

Если вы в данный момент проходите лечение в какой-то клинике, это, как правило, не является препятствием к участию в КИ, проводимому в другой клинике, однако, необходимо поставить в известность своего лечащего врача и посоветоваться с ним. Врачи-исследователи зададут вам ряд вопросов, чтобы убедиться, соответствуете ли вы критериям включения: по возрасту, наличию сопутствующих заболеваний и т.д.

Если для решения вопроса о включении вас в исследование необходимо какое-либо обследование (например, анализ крови и др.), до его проведения врач-исследователь должен предоставить вам подробную информацию об исследовании.

Процесс исследования. На протяжении всего исследования вам придется соблюдать график лечения, проходить обследования и сдавать анализы крови. Эти процедуры являются необходимыми, чтобы выяснить эффективность и безопасность проводимого лечения. Врачи-исследователи будут вести подробную историю вашего лечения.

На протяжении всего периода исследования вам нужно будет регулярно посещать клинику для обследования, с графиком визитов вас познакомит врач-исследователь. Частота этих посещений может быть разной в зависимости от плана исследования: от нескольких раз в неделю до одного раза в полгода.

Во многих исследованиях допускается прием исследуемых препаратов дома, но иногда бывает важно, чтобы участники находились в больнице.

* Доклинические исследования — биомедицинские исследования, проводимые без участия человека в качестве субъекта.

Вам, возможно, придется изменить свой привычный распорядок дня: сесть на диету, принимать лекарства до или после еды, отказаться от лекарств, продаваемых без рецепта (например, антигистаминных препаратов).

На эффективность исследуемых препаратов могут повлиять никотин, алкоголь и психоактивные (наркотические) вещества.

Вас могут попросить составить список побочных эффектов, которые вы заметили во время лечения. В некоторых исследованиях ведутся дневники приема препаратов, где также можно отмечать побочные явления.

Аргументы за и против участия в исследовании **Аргументы «за»**

- Возможность длительно наблюдаться и лечиться у хорошего специалиста.
- Доступ к новым видам лечения и обследования.
- Регулярное обследование на современной аппаратуре.
- Единственная возможность получать лечение новыми эффективными лекарственными препаратами, которые еще не зарегистрированы в нашей стране и которые невозможно купить в аптеке.
- Бесплатное предоставление исследуемого препарата.
- Возможность принести пользу другим людям.

Аргументы «против»

- Вы и так твердо знаете, какое лечение вам нужно.
- Вы не хотите принимать плацебо.
- Придется слишком часто посещать больницу.
- Вы не можете придерживаться графика приема препаратов.
- Тревога по поводу неизвестных побочных эффектов.
- Вы беременны, или хотите забеременеть, или не хотите использовать тот вид контрацепции, который предписан данным исследованием.

После получения всесторонней информации и взвесив все имеющиеся «за» и «против», вы добровольно принимаете решение об участии или отказе от участия в клиническом исследовании.

ВОПРОСЫ, КОТОРЫЕ СЛЕДУЕТ ЗАДАТЬ, ЕСЛИ ВЫ НАМЕРЕНЫ УЧАСТВОВАТЬ В КЛИНИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ

Как часто мне придется посещать клинику? Некоторые исследования требуют частого посещения клиники, особенно во время первых нескольких недель. Для правильного ведения исследования и точности его результатов важно, чтобы вы приходили в клинику в точно установленные дни и время. Если вы не уверены, что сможете

придерживаться данного графика, заранее сообщите об этом врачу или медперсоналу, проводящим исследования.

В некоторых исследованиях может быть предусмотрена оплата участнику исследования, например, компенсация транспортных расходов при визите в клинику. Поинтересуйтесь у врача, предусмотрена ли такая помощь в рамках данного исследования. Кроме того, такая информация должна содержаться в тексте информированного согласия.

Что происходит во время визитов? Визиты обычно связаны с необходимостью взятия анализов крови для определения вирусной нагрузки, показателей CD4-клеток и иных тестов, предназначенных для наблюдения за эффективностью и безопасностью вашего лечения. Вам также нужно будет встречаться с лечащим врачом, чтобы сообщить ему о появлении любых побочных эффектов или проблем, вызванных применением препаратов. Эта информация очень важна, так как она поможет людям, которые будут принимать те же препараты в будущем.

В некоторых исследованиях могут быть запланированы другие виды обследований, например, эндоскопия (ввод в дыхательные пути или желудочно-кишечный тракт специальной трубки с оптической системой), биопсия лимфоузлов (изъятие микроскопической части ткани лимфоузлов или миндалин железистой ткани), биопсия печени (изъятие микроскопической части тканей печени) или поясничной пункции (ввод иглы в позвоночник для взятия спинно-мозговой жидкости). Необходимость проведения и частота проведения этих обследований должны быть разъяснены вам врачом-исследователем и отражены в информированном согласии. Подписывая информированное согласие, вы соглашаетесь на все исследования и предложенный график визитов в клинику, запланированные в данном исследовании.

Когда я получу результаты анализов крови? Некоторые исследования препаратов ВААРТ допускают получение результатов тестов на вирусную нагрузку и уровень CD4-клеток в «реальном времени» — в пределах нескольких дней или недель после сдачи анализов. Если окажется, что у вас вирусная нагрузка возрастает или недостаточно снижается, обсудите с лечащим врачом возможные варианты лечения.

Какие сопутствующие препараты я могу принимать во время исследования? Перечень препаратов, которые не рекомендуется принимать участникам в связи с тем, что они могут повлиять на результаты исследования, обычно оговаривается в протоколе исследования. Участникам разрешается принимать обычные для них препараты, если они не влияют на результат исследования.

Поинтересуйтесь, что известно о взаимодействии исследуемых препаратов с другими лекарствами. Попросите предоставить вам полный

список лекарств, приема которых следует избегать (включая отпускаемые без рецепта средства от простуды, головной боли и других обычных недугов).

Многие исследования исключают потребителей инъекционных наркотиков. Отчасти это делается из-за боязни, что люди, употребляющие наркотики, не будут строго соблюдать режим терапии в исследовании, отчасти — по причине риска взаимодействия тестируемого препарата с опиатами, амфетаминами, барбитурами, кокаином или примесями.

Существуют ли ограничения, связанные с зачатием или беременностью? Большинство исследований исключают беременных и кормящих женщин. Выясните, что будет необходимо предпринять, если вы забеременеете во время исследования, и что известно о потенциальном влиянии исследуемых препаратов на развитие плода. Для многих исследований с участием женщин необходимым условием является использование контрацептивов. В то же время некоторые контрацептивные таблетки могут вступать во взаимодействие с тестируемым препаратом — их употребление строго запрещено. Выясните, какие контрацептивные средства разрешены, а какие запрещены.

Что произойдет, если мое состояние ухудшится? Ваше состояние и показатели обследования контролируются врачом-исследователем. Согласно правилам многих исследований, вы должны покинуть исследование, если ваше состояние ухудшится до заранее определенного уровня. Например, отсутствие снижения вирусной нагрузки у пациента с ВИЧ-инфекцией до неопределяемой через 24 недели приема АРВ-препарата может привести к прекращению вашего дальнейшего участия в исследовании. Предсказуемые обстоятельства и/или причины, по которым участие пациента в исследовании может быть прекращено, должны быть отражены в информированном согласии и обсуждены вами с врачом-исследователем.

Какова продолжительность исследования? Продолжительность исследования, как правило, определена в протоколе. Для одних исследований этот срок составляет несколько недель, для других — годы. В большинстве случаев за результатами исследований постоянно наблюдает специальная группа из независимых экспертов и общественных наблюдателей — комитет по этике. Этические комитеты осуществляют наблюдение за ходом исследования вплоть до его окончания, а иногда и некоторый период времени после него. Этический комитет обязательно информируется обо всех серьезных и непредвиденных побочных явлениях, возникших во время исследования, а также о предпринятых в этой связи мерах со стороны врачей-исследователей, спонсоров и официальных инстанций. В отдельных случаях, заслуживающих особого внимания с точки зрения безопасности или не-

достаточной эффективности лечения участников исследования, Этический комитет может приостановить или прекратить исследование.

В отдельных исследованиях сбор информации о состоянии здоровья участников продолжается и после окончания исследования. В случае благоприятных результатов некоторые исследования предусматривают обеспечение участников препаратами до тех пор, пока те не будут зарегистрированы в нашей стране и не станут доступны через специальные программы.

Как исследование повлияет на мое дальнейшее лечение? Одним из самых значимых моментов, изучаемых в исследованиях антиретровирусной терапии (АРВТ), является развитие резистентности (устойчивости вируса) к исследуемому препарату. Риск развития лекарственной резистентности потенциально возникает при несоблюдении терапевтического режима при многих схемах антиретровирусной терапии. Также он может возникнуть при несоблюдении режима и в ходе участия в клинических исследованиях.

Исследование должно включать меры предосторожности, направленные на минимизацию риска развития резистентности. Например, ваше лечение будет изменено, если после периода эффективного подавления вирусная нагрузка неожиданно возросла до определяемого уровня.

Также, если по прошествии определенного времени ваша вирусная нагрузка не упала до запланированного уровня, скорее всего, будет принято решение о добавлении еще одного препарата.

Участие в исследовании одного препарата может повлиять на ваши шансы будущего участия в других исследованиях, причем независимо от того, появилась у вас резистентность или нет. Причина в том, что для исследования новых препаратов с целью получения «чистых» результатов предпочтительнее привлекать людей, не предрасположенных к развитию перекрестной резистентности. Поэтому, если прежде вы принимали ингибитор протеазы, в будущем вас могут не включить в другие клинические исследования, связанные с ингибиторами протеазы, так как исследователи захотят протестировать препарат с участием именно тех, кто никогда их не принимал.

Сообщат ли мне результаты исследования после его завершения? Во время КИ препараты исследования закодированы (например, неизвестно, какой из двух препаратов вы принимаете — исследуемый новый препарат, новую схему лечения или уже известный зарегистрированный препарат или отработанную схему лечения). Раскрытие кодов и информация о том, кто из пациентов какой конкретно препарат принимал, происходит только после завершения исследования у всех включенных в него пациентов. После окончания исследования определенное время тратится на статистическую обработку полученных данных, затем компания-спон-

сор формирует отчет, на основании которого составляется информация для ученых, врачей, пациентов.

Результаты исследования могут способствовать регистрации нового препарата в нашей стране, внесению его в стандарты лечения и в этом будет и конкретно ваш вклад, как участника этого исследования. Через некоторое время после окончания исследования (обычно через несколько месяцев) ваш врач-исследователь получит информацию о том, какие конкретно препараты принимали его пациенты — в том числе и вы. Обратитесь к врачу с вопросом, и он проинформирует вас о результатах исследования, в котором вы участвовали. Если по какой-либо причине вас не устраивает план исследования, важно, чтобы вы сказали об этом исследователям.

Не следует думать, что участие в исследовании является единственным способом пройти экспериментальное лечение. Расскажите исследователям о своих сомнениях и пожеланиях. Вполне возможно, что вам смогут предложить другие варианты.

Исследования с участием пациентов, имевших опыт приема АРВ-терапии. Если исследование специально предназначено для тех, кто уже принимал какие-то определенные препараты в прошлом, обычно предоставляется возможность пройти тест на резистентность, а также возможность выбора препаратов, которые вы будете принимать вместе с экспериментальной терапией, чтобы соблюсти принятый на данный момент стандарт лечения. В клинических исследованиях наличие или отсутствие теста для определения резистентности определено протоколом конкретного исследования, и эта информация обязательно присутствует в информированном согласии.

Исследования для тех, кто еще не принимал АРВ-терапию: если бы не проводящееся исследование, было бы мне рекомендовано начать лечение? Исследования, рассчитанные на людей, никогда не принимавших АРВ-терапию, бывают двух типов:

1. Для участников, продолжительность заболевания которых составляет не более шести месяцев (так называемая первичная инфекция).

2. Для тех, у кого продолжительность заболевания составляет несколько лет (так называемая хроническая инфекция).

Если вам предложили участвовать в исследовании первичной инфекции, подумайте, в состоянии ли вы взять на себя такое обязательство, несмотря на еще не завершившийся период адаптации к жизни с ВИЧ.

Терапия во время первичной инфекции может означать, что вы начинаете лечение за несколько лет до того, как оно может быть вам необходимо. Такого рода исследования пытаются найти ответы на такие вопросы, как «Повлияет ли краткосрочное лечение, начатое сразу после инфицирования, на долгосрочное течение ВИЧ-

инфекции?» или «Что лучше — продолжать это лечение непрерывно или прекратить через год-два?». На сегодняшний день ответов на эти вопросы не существует. Поэтому данные исследования очень важны. Согласившись на участие, вы сможете найти решения некоторых жизненно важных проблем.

Участие во втором типе исследований (хроническая инфекция) может иметь для вас иные последствия, обусловленные временем, когда был поставлен диагноз, и состоянием вашего здоровья. Если диагноз был поставлен недавно, участие в исследовании будет непростым делом: вам необходимо смириться с мыслью о ВИЧ-статусе и наладить отношения с клиникой. Никто не имеет права оказывать на вас давление. Если врач предлагает вам участие в исследовании, не следует думать, что вы не можете отказаться или поставите своим отказом врача в неудобное положение.

Обдумывание решения. Не торопитесь принимать решение об участии в исследовании. Тщательно взвесьте все «за» и «против». Никто не должен вас торопить. У вас должно быть достаточно времени, чтобы понять, как исследование может повлиять на вашу жизнь. Обсудите все вопросы и проблемы с лечащим врачом.

Вам должны предоставить информацию об исследовании в письменной форме, чтобы вы могли с ней ознакомиться дома, в спокойной обстановке. Если исследование уже проходит, узнайте, возможно ли вам встретиться и поговорить с теми, кто в нем принимает участие.

Это абсолютно нормально, если вы откажетесь от исследования или решите повременить с окончательным ответом. Вспомните, как вы обычно принимали решения по важным и сложным вопросам. Поговорите с другом или специалистом, который уже помогал вам раньше в аналогичных ситуациях. Еще один вариант — позвонить на «Горячую линию».

ВАШИ ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ КАК УЧАСТНИКА ИССЛЕДОВАНИЙ

Соглашаясь на участие в исследовании, вы возлагаете на себя определенные обязательства по отношению к исследователям. Исследователи, со своей стороны, обязаны соблюдать ваши права и всегда учитывать ваши интересы.

Права. Никто не имеет права принуждать вас к участию в клиническом исследовании или каким-либо образом оказывать на вас давление. Это ваш самостоятельный выбор, который вы делаете по предоставлению всей информации, касающейся исследования. Вы имеет право на четкие и ясные ответы на все интересующие вас вопросы.

Никто не имеет права отказывать вам в гарантированном государством лечении из-за вашего отказа участвовать в исследованиях, или

ставить условием участие в исследовании для получения положенной вам терапии.

Присоединившись к исследованию, вы имеете право в любое время выйти из него. Вы не обязаны объяснять причины отказа.

Не стесняйтесь спрашивать о результатах любых пройденных вами в течение исследования тестов. Вероятно, вы захотите следить за состоянием своего здоровья во время исследования, чтобы иметь возможность решать, продолжать лечение или нет. Однако следует иметь в виду, что если испытание является «двойным слепым», то никому не известно, какой именно вариант лечения вам назначен. Это означает, что даже ваш врач может не знать результатов некоторых тестов, пройденных вами.

Наконец, вы должны всегда иметь возможность связаться с кем-либо из исследовательской группы и в нерабочее время, чтобы обсудить, что вас тревожит или какие-то срочные вопросы, касающиеся лечения, его побочных эффектов или любых других проявлений. В «информированном согласии» должна содержаться необходимая контактная информация.

Обязанности. Исследование спланировано с целью ответить на ряд конкретных вопросов. Если цель не будет достигнута, исследование не принесет никому пользы. Поэтому крайне важно, чтобы вы следовали правилам, оговоренным в протоколе, и немедленно сообщали врачу, если по какой-то причине не можете этого сделать. Например, если прием исследуемого препарата доставляет вам трудности или вы постоянно забываете его принимать, лучше всего проинформировать об этом исследователей, чтобы они скорректировали результаты исследования.

Тесты и ограничения иногда доставляют неудобства, однако, они были разработаны с целью защитить вас от неизвестных побочных эффектов и получить надежные данные о предлагаемом лечении. Усилия, направленные на соблюдение режима исследования, приносят пользу всем.

Попросите исследователей перед началом исследования рассказать вам о ваших обязанностях. Постарайтесь выяснить как, например, следует поступить, если вы пропустите визит в клинику или забудете принять тестируемое лекарство. Повлияет ли это на ваше право продолжать участвовать в исследовании?

В целях безопасности вам необходимо проинформировать исследователей обо всех аспектах вашей медицинской истории, например, о наличии аллергии на лекарственные препараты или лечении, которое вы проходите в настоящий момент, и т.д. Вероятно, вас спросят, не принимаете ли вы препараты, содержащие наркотические вещества.

Сообщайте исследователям о любых симптомах, появляющихся во время приема новых препаратов, даже если это небольшая сыпь или головная боль. Вы легко можете ошибиться,

посчитав их незначительными или «непохожими» на побочные эффекты. Данная информация крайне необходима исследователям для оценки эффективности и рисков терапии.

Лучшая защита от развития побочных эффектов основана на своевременном выявлении симптомов.

Отказ от участия в исследовании. Если вы решили не участвовать в исследовании или покинуть его, у вас, как и у любого другого человека, есть право на стандартное медицинское лечение.

Помните, что ваше решение совсем не обязательно означает отказ от участия в любых других исследованиях. Отслеживайте информацию о новых исследованиях.

Прекращение участия в исследовании. Если у вас ухудшилось состояние здоровья, а назначаемые препараты не оказывают положительного воздействия, вы и ваш доктор вправе принять решение о выходе из исследования. Не переживайте, если из-за появления побочных эффектов пришлось покинуть исследование.

Полученной информацией вы помогли многим другим людям.

В большинстве случаев после завершения исследования ученые продолжают наблюдение за состоянием здоровья участников (включая тех, кто вынужден был его покинуть). Это необходимо для правильной интерпретации результатов исследования.

- Клиническое исследование — это исследовательская работа, проводимая для оценки эффективности и безопасности нового вида лечения.

- У каждого исследования есть свои критерии того, кто может, а кто не может в нем участвовать.

- Никто не имеет права принуждать вас к участию в исследовании или оказывать на вас давление. Вы можете не участвовать в исследовании, если не уверены, что этого хотите. Вы имеете право покинуть исследование в любое время, если вы так решите.

- Всем участникам обязательно дается возможность официально оформить свое согласие на участие в исследовании (так называемое информированное согласие). Для того, чтобы дать осознанное информированное согласие на участие в исследовании, необходимо задать все интересующие вас вопросы врачам-исследователям и получить исчерпывающие ответы. Примеры таких вопросов предложены выше.

Существует предрассудок, что клинические исследования — это опыты над людьми и многие развивающиеся страны являются полигоном для таких опытов. К последним причисляют и Россию, как страну с большим человеческим потенциалом. На самом деле в развитых странах клинические исследования давно стали рутинным явлением. Сравните: в России на момент

начала применения АРВ-терапии на 1 млн населения проводилось 1 клиническое исследование, в США — 14,8, в Канаде — 26,6. И если в нашей стране на первых порах главным мотивом участия в КИ была возможность получить передовое лечение и бесплатное наблюдение, то для западного человека, имеющего больший доступ к терапии, со временем важным становился гуманистический аспект. Сегодня, в эпоху относительной доступности терапии в России, и для наших соотечественников на первый план могут выходить альтруистические мотивы. Получая пользу для себя, участник исследования вносит свой вклад в общее развитие средств борьбы с ВИЧ-инфекцией. Процесс клинических исследований исключительно жестко регулируется международными конвенциями и правилами. В России существуют нормы, регламентирующие правила проведения таких исследований, они проводятся под постоянным контролем государственных органов.

Безопасность пациентов, участвующих в клинических исследованиях, не ниже, чем безопасность любых пациентов, которые просто лечатся в медицинских учреждениях.

СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ

АРВ-терапия — лечение, не позволяющее вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ) размножаться в организме. Замедляет развитие ВИЧ-инфекции, тем самым не дает перейти заболеванию в терминальную стадию — СПИД.

ВААРТ — высокоактивная антиретровирусная терапия (см. АРВ-терапия).

Доклинические исследования — биомедицинские исследования, проводимые без участия человека в качестве субъекта.

CD4 — это белые клетки крови (лимфоциты), помогающие человеческому организму бороться с инфекцией. Эти клетки первыми инфицируются ВИЧ, который использует их для воспроизводства собственных копий и дальнейшего распространения в организме. Количество CD4-клеток отражает состояние иммунной системы.

Идентификационный код субъекта — уникальный код, присваиваемый исследователем каждому субъекту исследования для обеспечения конфиденциальности его данных.

Иммуномодуляторы — лекарственные препараты, восстанавливающие при применении в терапевтических дозах функции иммунной системы.

In vitro (лат. «в стекле», «в пробирке») — технология проведения опытов вне живого организма.

In vivo (лат. «на живом», «внутри организма») — исследование на живой ткани или живом организме.

Индекс (статус) Карновского — число между 0 и 100, выставяемое врачом, чтобы описать способность пациента функционировать, измеренную во время выполнения распространенных заданий (90–100 — норма; 30 — необходима госпитализация).

Исследовательский центр — фактическое место проведения клинического исследования.

Исследователь — физическое лицо, несущее ответственность за проведение клинического исследования в исследовательском центре, руководит исследовательской группой.

Исследование с эскалацией дозы — исследование, в котором количество принимаемого препарата постепенно увеличивается с целью определения максимально безопасной для здоровья человека дозы.

Клиническое исследование — это научное исследование с участием людей, проводимое для выяснения эффективности и безопасности препарата или вида лечения.

Конечная точка исследования (клинический результат) — измеряемое изменение состояния участника исследований, которое используется для оценки эффективности терапии (например, вирусная нагрузка).

Контрольная группа — группа участников исследования, получающая стандартное лечение, а не исследуемый препарат.

Многоцентровое клиническое исследование — исследование, проводимое по единому протоколу более чем в одном исследовательском центре.

Мониторинг — контроль за ходом клинического исследования, его соответствием протоколу, надлежащей клинической практике (GCP) и нормативным требованиям.

Надлежащая клиническая практика (GCP) — стандарт планирования, организации, проведения, документирования клинических исследований, а также анализа и предоставления их результатов, служащий гарантией достоверности результатов и обеспечивающий защиту прав, здоровья и конфиденциальности субъектов исследования.

Неопределяемая вирусная нагрузка — количество вируса, на которое уже не реагируют тестовые системы. Неопределяемая вирусная нагрузка означает низкий риск прогрессирования заболевания или развития резистентности.

Нежелательные явления — любое выявленное у субъекта клинического исследования неблагоприятное с медицинской точки зрения событие, развившееся после начала применения исследуемого препарата, независимо от наличия причинно-следственной связи с его применением.

Независимый этический комитет — независимый экспертный орган, состоящий из медицинских работников, а также лиц, не имеющих отношения к медицине, который обеспечи-

вае защиту прав, безопасности и благополучия субъектов исследования и выступает для общества гарантом такой защиты.

Нижний порог (надир) вирусной нагрузки — самый низкий уровень, до которого может снизиться вирусная нагрузка после начала лечения.

Плацебо — таблетка, капсула или жидкость, на вид и вкус не отличающаяся от настоящего препарата, но не содержащая никаких активных компонентов.

Рандомизация — процесс распределения субъектов исследования по группам лечения или контроля случайным образом, позволяющий свести к минимуму субъективность.

Расширенный доступ — программы, благодаря которым исследуемый препарат становится доступен людям, не участвующим в исследовании.

Резистентность — применительно к ВИЧ, обозначает способность вируса размножаться в присутствии препарата, обладающего антиретровирусными свойствами.

«Слепой» метод — метод, при применении которого одной или нескольким участвующим в исследовании сторонам неизвестно, какое лечение назначено субъекту исследования.

Сравнительное исследование — исследование, в котором исследуемые препараты сравниваются друг с другом или с утвержденными ранее препаратами.

Фаза I — самая ранняя стадия клинического исследования, предназначенная для оценки безопасности препарата и определения максимально допустимой дозы.

Фаза II — стадия исследования, в ходе которой проверяется эффективность препарата в случае непродолжительного применения.

Фаза III — стадия исследования, в ходе которой исследуемый препарат назначается большому количеству людей в дозировке, определенной в фазах I или II данного исследования. Часто тестируемый препарат сравнивается с уже применяющимися на практике средствами или с неактивным плацебо.

Фаза IV — стадия исследования, предполагающая исследование зарегистрированного препарата в общей популяции, отслеживание отдаленных нежелательных явлений, иногда на этой стадии апробируется новая лекарственная форма одного и того же препарата.

Фармакокинетика — раздел фармакологии, изучающий усвоение, распределение и метаболизм лекарственных веществ в организме, а также их выведение из организма.

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

26.11.2008. Москва. INTERFAX.RU. «В России около 2 млн наркоманов, ежегодно от наркотиков в стране умирает до 30 тыс. человек, — сообщил директор Федеральной службы РФ по наркоконтролю Виктор Иванов. — Уровень наркотизации населения — 2% людей в возрасте от 15 до 64 лет. Около 2-х млн человек, которые регулярно употребляют наркотики». Иванов также сообщил, что, по данным ООН, которые совпадают с экспертной информацией наркоконтроля, до 30 тыс. человек в возрасте до 39 лет ежегодно умирают от наркотиков в России. Глава ФСКН сказал, что возраст, когда человек впервые пробует наркотики, в России снижается и «ситуация имеет тенденцию к ухудшению». Кроме того, Иванов сообщил, что большинство российских наркоманов употребляют наркотики, которые контрабандно ввозятся из Афганистана. «Две трети инъекционных наркоманов больны гепатитом и ВИЧ», — сказал Иванов.

25.11.2008. США. POZ.ru. Краткий курс терапии против ВИЧ вскоре после инфицирования защищает клетки иммунной системы — CD4 — на продолжительный период времени. Однако такого эффекта можно добиться, только если принимать антиретровирусные препараты не менее 12 месяцев. Об этом говорится в результатах крупномасштабного исследования CASCADE, опубликованного в ноябрьском номере журнала «AIDS», сообщает портал Aidsmap.com. Исследователи обнаружили и другие преимущества курса терапии на ранней стадии ВИЧ-инфекции (ее еще называют первичной инфекцией). Оказалось, что люди, которые прошли краткий курс терапии на ранней стадии, реже умирают от заболеваний, не связанных с ВИЧ, чем люди, которые начали постоянный прием терапии против ВИЧ на более поздних стадиях. Не существует однозначного мнения о том, стоит ли начинать терапию против ВИЧ во время

первых месяцев заболевания. Есть доказательства того, что лечение в этот период может помочь сохранить иммунную систему в будущем. Тем не менее, эти доказательства неоднозначны. Сейчас ведутся крупные клинические испытания, которые должны точно определить риски и преимущества ранней терапии против ВИЧ. Их результаты будут получены только в 2009 году. Пока что исследователи проанализировали 23 выборки ВИЧ-положительных пациентов из стран Европы, Австралии и Канады. Всего в исследовании участвовали 1023 человека, всем им диагноз был поставлен вскоре после передачи вируса. Из них 34% пациентов начали принимать антиретровирусную терапию в период до шести месяцев с момента инфицирования. Ученые сравнивали изменения в уровне клеток CD4, вирусной нагрузке, смертности и риске развития стадии СПИДа и других серьезных заболеваний. Как и ожидалось, у тех, кто начал ранний прием терапии, уровень CD4 был выше — в среднем он составлял более 700 клеток/мл, что является нормой для взрослых людей. Однако более высокий уровень CD4 снижался после того, как пациенты прекращали прием терапии. Тем не менее, ученые обнаружили, что раннее лечение ВИЧ-инфекции привело к более высокому уровню CD4 в долгосрочной перспективе, однако такой эффект существовал только для людей, которые принимали препараты более 12 месяцев. Ученые выяснили, что при ранней терапии 61% пациентов решают прервать терапию через какое-то время. При этом оказалось, что такой курс лечения позволял отложить постоянный прием лекарств. Среди тех, кто принимал краткий курс терапии, риск смерти был ниже, в том числе, был ниже риск серьезных заболеваний, не связанных с ВИЧ, например, рака. Хотя эти данные не являются однозначными, они говорят о том, что курс раннего лечения может помочь сохранить работу иммунной системы при ВИЧ-инфекции.

Испытания очередной вакцины против ВИЧ привели к неожиданным результатам: как выяснилось, число новых случаев заражения среди вакцинированных участников исследования было выше, чем в контрольной группе. По предварительной версии, причиной такого эффекта мог стать использовавшийся в вакцине аденовирус.

Группа ученых из швейцарского Университета Лозанны и французского Университета Монпелье обнаружила возможную причину провала клинических испытаний считавшейся наиболее перспективной вакцины для профилактики ВИЧ-инфекции. Для этого исследователи попытались воспроизвести в лаборатории условия, при которых экспериментальный препарат не снижал, а даже мог увеличивать риск заражения вирусом иммунодефицита человека.

Вторая фаза клинических испытаний вакцины V520, разработанной фармацевтической компанией «Merck & Co.», началась в декабре 2004 года. В ней приняли участие более 3000 жителей США, Австралии, Перу, Доминиканской республики и Ямайки. В начале текущего года стартовал новый этап испытаний, к которому были привлечены около 800 граждан ЮАР. Большинство добровольцев относились к группам повышенного риска ВИЧ-инфекции.

Предполагаемый защитный эффект вакцины был основан на стимуляции специфического клеточного иммунитета против ВИЧ. В состав препарата были включены три гена вируса иммунодефицита, которые доставлялись в клетки посредством ослабленной (неспособной к размножению) версии аденовируса Ad5 – возбудителя обычной простуды. По замыслу разработчиков, вакцинация должна была стимулировать выработку лимфоцитов CD8, способных уничтожать клетки, зараженные ВИЧ.

О досрочном прекращении клинических испытаний было объявлено в сентябре 2007 года. Тогда же стало известно, что число случаев заражения среди привитых участников исследования было несколько выше, чем в контрольной группе, получившей инъекции плацебо. Однако через некоторое время появились первые предположения о том, что экспериментальная вакцина не только не снижала, но и увеличивала риск заражения.

Вакцина против ВИЧ: работа над ошибками

www.medportal.ru

Первые обработанные данные по клиническому исследованию охватывали людей, у которых отсутствовал иммунитет к использовавшемуся в вакцине вирусу Ad5. Предполагалось, что именно в этой группе защитный эффект вакцинации будет наиболее значительным. Вопреки этим ожиданиям, среди участников, получивших полный курс из трех инъекций вакцины, было выявлено 24 новых случая ВИЧ-инфекции. В приблизительно равной по численности контрольной группе ВИЧ заразился только 21 человек. Этих данных было вполне достаточно, чтобы признать вакцину неэффективной, а относительно небольшую разницу по числу новых заражений вполне можно было объяснить статистической погрешностью.

Ситуация изменилась после подсчета новых случаев заражения среди участников, обладавших ранее приобретенным иммунитетом к аденовирусному компоненту вакцины. Предварительный анализ этих данных был представлен на открывшейся конференции в Сиэтле с участием представителей «Merck & Co», Национального института аллергии и инфекционных заболеваний, а также Национального института здоровья США.

Общее число заразившихся ВИЧ после вакцинации возросло до 49 человек, в то же время в контрольной группе было выявлено только 33 новых случая инфекции. Более того, риск заражения был прямо пропорционален уровню антител к входившему в состав вакцины аденовирусу. Так, при минимальном иммунитете к Ad5 риск заражения среди привитых участников не отличался от контрольной группы. При средних показателях риск был выше в 2 раза, а при самых высоких — уже в 3,5 раза. Несмотря на то, что женщины составляли около 40% от общего числа добровольцев, все новые случаи заражения, за исключением одного, были зарегистрированы у мужчин, большинство из которых были гомосексуалистами.

Не вызывает сомнений, что дополнительные случаи ВИЧ-инфекции никак не связаны с фрагментами вируса, включенными в состав вакцины: сами по себе они ни при каких обстоятельствах не смогли бы вызвать заболевание. С другой стороны, действие вакцины могло каким-то образом ослабить естественные механизмы антивирусной защиты организма участников. Согласно единственной озвученной на данный момент версии, иммунная реакция на вакцинный аденовирус могла привести к увеличению числа лимфоцитов CD4, в которых размножается ВИЧ. Это могло повысить риск заражения при контакте с инфекцией.

Впрочем, разобраться в причинах произошедшего мешают сложная структура исследования и разнородный состав его участников. Например, среди участвовавших в исследовании североамериканцев доля обладавших иммунитетом к вакцинному аденовирусу была значитель-

но ниже, чем среди жителей других, менее благополучных регионов. А среди участников, имевших иммунитет к Ad5, было существенно меньше необрезанных мужчин (обрезание снижает риск заражения ВИЧ при гетеросексуальных контактах). Кроме того, различные подгруппы испытуемых существенно различались по уровню рискованного сексуального поведения. Таким образом, версия о простой статистической погрешности по-прежнему не сбрасывается со счетов.

Пока вопросов у ученых гораздо больше, чем ответов и по признанию вице-президента «Merck» Кита Готтесдинера, окончательное выяснение причин неудачи испытаний может занять многие месяцы, если не годы.

Так провалилась очередная попытка создания эффективной и безопасной вакцины против ВИЧ. Естественно, она была не первой и не последней.

Еще в 1984 году, сразу после выделения ВИЧ и подтверждения его причинной роли в развитии СПИДа, секретарь Министерства здравоохранения и социального развития США Маргарет Хеклер поспешила заявить, что вакцина против вируса будет разработана в течение двух лет. Однако очень быстро оказалось, что традиционные методы изготовления вакцин в этом случае не годятся. Эти методы, принцип которых разработан еще Пастером в XIX веке, основаны на выработке специфических антител к белкам, присущим конкретному виду микроба — антигенам.

В случае с ВИЧ основной мишенью для антител является белок оболочки вируса gp120, который принимает непосредственное участие в прикреплении вируса к поражаемой клетке. Но при попытке создания вакцины, направленной на gp120, выяснилось, что этот белок обладает крайне непостоянным строением, а антитела распознают лишь изначально «заданную» структуру. Такой же изменчивостью в той или иной степени обладают и другие фрагменты вируса. Кроме того, наиболее подходящие для атаки антител участки gp120 «замаскированы» связыванием с полисахаридами или изомеризацией.

Поэтому генно-инженерная вакцина AIDSVAX американской компании «Vaxgen», содержащая белок gp120 и подобные ей препараты, в начале 2000-х годов продемонстрировали свою неэффективность в клинических испытаниях.

Последующие экспериментальные вакцины были основаны все на том же белке gp120, у которого были обнаружены минимально изменчивые участки. Однако, по предварительным данным, для достижения и поддержания достаточного уровня антител такие вакцины нужно вводить очень часто. Кроме того, несмотря на продукцию антител, эти вакцины очень редко активировали Т-лимфоциты-киллеры, ответственные за уничтожение вируса.

Это заставило разработчиков во всем мире заняться поиском принципиально новых вакцин.

Такие поиски сильно осложняются отсутствием пригодной для изучения модели ВИЧ-инфекции на животных. Как показали исследования, кроме человека ВИЧ поражает лишь шимпанзе, но СПИД у них при этом не развивается. В связи с этим качество, побочное действие и эффективность вакцин можно определить только в ходе клинических испытаний на добровольцах. А это порождает значительные этические и материальные проблемы. Ведь для «чистоты» исследования все участники должны определенным образом контактировать с одним и тем же ВИЧ-инфицированным, чтобы получить равные шансы заразиться одним и тем же подтипом вируса, что, естественно, невозможно.

Но, несмотря на все трудности, первую — начальную — фазу клинических испытаний во всем мире проходит 78 потенциальных вакцин. Испытания еще четырех препаратов находятся в фазе I/II, а одного — ALVAC vCP 1521 — в последней, третьей фазе.

Многие из этих вакцин представляют собой генные препараты, т.е. содержат несколько генов ВИЧ, «вмонтированных» в так называемый вирусный вектор — какой-либо вирус, который лишен возможности вызвать болезнь, но сохраняет способность проникать в человеческие клетки.

К таким препаратам относится и не оправдавшая себя V520. Ее вектор основан на аденовирусе 5-го типа, вызывающем ОРВИ, который, хотя и был лишен болезнетворных свойств, вызывал иммунный ответ у людей, контактировавших с ним ранее. Этот ответ, как мы уже говорили, заключался в резком увеличении числа Т-лимфоцитов, которые являются мишенями для ВИЧ. Как следствие, эффект от введения вакцины был противоположен ожидаемому.

Впрочем, с такими выводами франко-швейцарской группы исследователей согласны не все эксперты. Некоторые из них выразили сомнения в том, что опыты на культурах клеток адекватно отразили процессы, происходившие в организме пациентов. Следовательно, по их мнению, по-прежнему нельзя исключить, что повышенное число новых случаев ВИЧ-инфекции, выявленное в группе привитых участников испытаний V520, было обусловлено иными причинами или статистической погрешностью.

В вакцине ALVAC vCP 1521 — единственной, проходящей в настоящее время последнюю фазу клинических испытаний — в качестве вектора используется вирус оспы канареек. Этот вирус, хотя и является «родственником» возбудителя натуральной оспы, не вызывает заболевания у человека, но способен проникать в человеческие клетки и доставлять в них избранные гены ВИЧ. Возможно, ALVAC и станет искомой защитой от ВИЧ, но это будет известно лишь по окончании клинических испытаний.

В любом случае, терять оптимизм не стоит. Так, французский ученый Люк Монтанье (Luc Montagnier), удостоенный в этом году Нобелевской премии в области медицины за открытие ВИЧ в 1983 году, полагает, что терапевтическая вакцина против этого вируса появится в ближайшие четыре года. По мнению ученого, создание терапевтической вакцины для лечения ВИЧ-инфекции более вероятно, нежели разработка профилактической вакцины, и требует лишь достаточного финансирования.

В отличие от профилактической, терапевтическая вакцина предназначена не для предотвращения заражения при контакте с вирусом, а для лечения уже инфицированных пациентов. Конечно, такая вакцина решает меньшее количество проблем, но логика Монтанье очевидна: терапевтическую вакцину гораздо проще и дешевле испытывать и внедрять.

Ранее опубликованные материалы по этой теме

07.10.2008. Нобелевский лауреат прогнозирует появление терапевтической вакцины от СПИДа через четыре года. «Французский ученый Люк Монтанье, который был удостоен Нобелевской премии за открытие вируса СПИДа, полагает, что терапевтическая вакцина от этого заболевания появится в ближайшие четыре года», — сообщает газета «Mail Online».

По мнению ученого, создание терапевтической вакцины для лечения ВИЧ-инфекции более вероятно, нежели разработка профилактической вакцины. «При наличии достаточного финансирования результаты испытаний терапевтической вакцины могут появиться в печати в ближайшие три или четыре года», — отметил он.

«Терапевтическая вакцина будет назначаться ВИЧ-инфицированным пациентам. Ее применение будет препятствовать развитию симптомов СПИДа», — пояснил нобелевский лауреат.

Люк Монтанье и его соотечественница Франсуаза Барре-Синусси, также удостоенная Нобелевской премии 2008 года в области медицины и физиологии, в 1983 году сумели выделить и опи-



Люк Монтанье

сать вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) из пункта лимфоузла больного. «Это открытие стало предпосылкой для понимания механизмов развития заболевания и создания антиретровирусной терапии, замедляющей течение болезни», — отмечает Нобелевский комитет.

18.07.2008. Американцы отказались от масштабных испытаний новой вакцины против ВИЧ. Национальный институт аллергии и инфекционных заболеваний США принял решение резко сократить масштаб клинических испытаний одной из перспективных вакцин против ВИЧ-инфекции. Причиной такого решения стал недостаток данных о взаимодействии подобных препаратов с иммунной системой пациента.

Вакцина, о которой идет речь, была разработана консорциумом государственных научно-исследовательских учреждений США RAVE (Партнерство по оценке вакцин против ВИЧ/СПИДа). По принципу действия препарат близок к вакцине компании «Merck», испытания которой были досрочно приостановлены в прошлом году. Предварительные результаты этих испытаний свидетельствовали о том, что вакцина «Merck» не только не снижает, но и, возможно, увеличивает риск заражения ВИЧ.

В обеих вакцинах в качестве вектора используется ослабленный аденовирус 5-го типа. В ходе прошлогодних испытаний статистически значимое увеличение числа новых случаев ВИЧ-инфекции было зафиксировано в подгруппе обрезанных и вакцинированных участников, у которых до вакцинации были обнаружены антитела к этому аденовирусу. Причины этого явления до настоящего времени остаются неизвестными.

Задачей испытаний вакцины RAVE была оценка способности препарата снижать скорость размножения вируса в организме ВИЧ-инфицированных пациентов. К испытаниям планировалось привлечь 8,5 тыс. участников, а объем их финансирования достигал 145 млн долларов. Теперь количество участников будет сокращено до 2,4 тыс. человек, причем к участию в испытаниях будут допущены лишь необрезанные мужчины гомосексуальной ориентации, у которых отсутствуют антитела к аденовирусу 5-го типа. Финансирование исследования будет сокращено до 63 млн долларов.

По словам директора Национального института аллергии и инфекционных заболеваний Энтони Фаучи (Anthony Fauci), существующий уровень знаний о взаимодействии вакцины RAVE и других подобных препаратов с иммунной системой пациентов делает неоправданным более масштабные испытания. «Для начала необходимо показать, что вакцина работает, и способна снижать вирусную нагрузку. Только после этого возможно более масштабное исследование, которое подтвердит связь этого явления с конкретным иммунным ответом», — заявил Фаучи.

15.02.2008. Нобелевский лауреат сомневается в возможности создания вакцины против ВИЧ. Один из ведущих вирусологов США, лауреат Нобелевской премии Дэвид Балтимор заявил о том, что эффективная вакцина против ВИЧ-инфекции, возможно, никогда не будет создана. Слова Балтимора прозвучали на ежегодной конференции в Бостоне Американской ассоциации за развитие науки.

«После открытия вируса иммунодефицита человека в начале 80-х годов ученые были уверены в том, что эффективная вакцина, предотвращающая эту инфекцию, будет разработана в течение ближайших нескольких лет, — напомнил Балтимор. — С тех пор мы работаем над этой вакциной, однако нам не удалось приблизиться к ней ни на шаг», — констатировал ученый.

Последнее и наиболее обескураживающее разочарование ученых связано с результатами клинических испытаний вакцины против ВИЧ-инфекции, разработанной компанией «Merck & Co». Напомним, что, согласно результатам исследования, экспериментальный препарат не только не снизил, но и несколько увеличил шансы на заражение ВИЧ в группе получивших прививки пациентов.

В 1986 году экспертная группа, возглавляемая Балтимором, пришла к заключению, что эффективная вакцина против ВИЧ будет создана не ранее чем через десять лет. Спустя более 20 лет дата создания спасительной вакцины не приблизилось. «Я по-прежнему считаю, что до разработки вакцины остается не менее десяти лет, — заявил Дэвид Балтимор. — Вы вправе спросить меня: не означает ли то, что этот срок не меняется в течение 20 лет, что вакцина не появится никогда? Многие считают, что так оно и есть», — продолжил ученый.

«Из-за крайне высокой изменчивости вируса иммунодефицита традиционные методы вакцинации оказались неэффективными в борьбе с ВИЧ. В настоящее время наиболее передовые исследования в этой области связаны с попыткой совместить традиционные иммунологические



Дэвид Балтимор

кие подходы с генной терапией и медициной стволовых клеток, — сообщил Балтимор. — Тем не менее, пока еще слишком рано утверждать, что новый путь к созданию вакцины существует».

Дэвид Балтимор был удостоен Нобелевской премии по физиологии и медицине в 1975 году вместе с Ренато Дульбеко и Хауаром М. Теминном за «открытия, касающиеся взаимодействия между онкогенными вирусами и генетическим материалом клетки». Одним из главных достижений Балтимора является открытие обратной транскриптазы — фермента, играющего ключевую роль в размножении ретровирусов, в том числе и вируса иммунодефицита человека.

05.10.2008. Новая российская вакцина против ВИЧ готова к клиническим испытаниям. Государственный научный центр вирусологии и биотехнологии «Вектор» (Новосибирск) готов приступить к клиническим испытаниям новой российской вакцины против ВИЧ-инфекции. Об этом, как передает РИА Новости, рассказал журналистам известный российский ученый, академик РАН Владимир Шумный.

«В настоящее время в мире не существует эффективной вакцины против ВИЧ, а все три последние варианта вакцины, на которые возлагали большие надежды американские ученые, провалились в ходе клинических испытаний, — напомнил Шумный. — Сложность в том, что ВИЧ быстро меняется. Когда делаешь вакцину против одного инварианта вируса, тут же появляется несколько новых», — пояснил ученый. По его словам, «Вектору» удалось подготовить полиморфную вакцину, рассчитанную на несколько разновидностей ВИЧ.

Впрочем, Виталий Шумный отметил, что пройти клинические испытания и зарегистрировать новый препарат в российских условиях будет очень непросто.

В свою очередь, заместитель гендиректора ГНЦ ВБ «Вектор» по координации научной работы Раиса Мартынюк предупредила, что в настоящее время говорить об эффективности новой российской вакцины рано, поскольку клинические испытания еще не начались и не подтверждена безопасность препарата. «Первая фаза клинических испытаний займет как минимум три года», — отметила Мартынюк.

В последние годы в России было создано несколько экспериментальных вакцин против ВИЧ-инфекции. Наиболее известной из них является вакцина ВИЧРЕПОЛ, разработанная специалистами московского ГНЦ «Институт иммунологии». Сейчас этот препарат находится на начальной стадии клинических испытаний. Впрочем, в конце августа один из создателей вакцины профессор Игорь Сидорович заявил, что из-за проблем с финансированием дальнейшее продолжение исследования оказалось под угрозой срыва.

30.08.2008. У российских ученых нет денег на испытания вакцины против ВИЧ. Российские ученые, занимающиеся разработкой вакцины против ВИЧ/СПИДа, так и не получили денег, предусмотренных на финансирование их работы в бюджете 2006 года. Об этом, как сообщает ИА REGNUM, заявил заведующий отделом СПИДа ГНЦ «Институт иммунологии Федерального медико-биологического агентства» профессор Игорь Сидорович.

«Средства из бюджета 2006 года должны были составить 1 млрд 700 млн рублей на три научных центра России, где ведется работа над вакциной, но до сих пор они не поступили», — сообщил Сидорович на прошедшем в Госдуме тренинге-семинаре для русскоговорящих журналистов Восточной Европы по биомедицинским проблемам ВИЧ/СПИДа.

«Несмотря на это, — продолжил ученый, — уже к концу текущего года Институт иммунологии планирует завершить первую фазу клинических испытаний собственной вакцины против ВИЧ-инфекции. Наша вакцина ВИЧРЕПОЛ — это единственная кандидатная вакцина в России, признанная мировым научным сообществом», — подчеркнул Сидорович. По его словам, вакцина успешно прошла доклинические испытания, а в первой фазе клинических испытаний препарата принимают участие 15 добровольцев.

Предварительные результаты испытаний свидетельствуют о том, что вакцина имеет сильный иммунологический ответ. Однако в настоящее время, как рассказал ученый, сотрудники Института иммунологии вынуждены работать в других местах ради денег, и выплачивать вознаграждение участникам испытаний «чуть ли не из собственного кармана».



Игорь Сидорович

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

ПРОТОКОЛ

**селекторного совещания у руководителя Федеральной службы по надзору
в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека**

Г.Г. Онищенко

17 ноября 2008 года

Председательствовал Г.Г. Онищенко – руководитель Федеральной службы в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

Участники совещания:

- представители органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации;
- руководители управлений Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации, по железнодорожному транспорту;
- руководители органов управления здравоохранением в субъектах Российской Федерации;
- заместитель руководителя Федерального медико-биологического агентства;
- главный государственный санитарный врач Федеральной службы исполнения наказаний;
- представители Центрального аппарата Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;
- представители организаций-поставщиков медицинских иммунобиологических препаратов, диагностических средств и антиретровирусных препаратов в рамках национального проекта «Здоровье» 2008 года.

«О ходе исполнения государственных контрактов на централизованные поставки иммунобиологических препаратов в рамках национального календаря профилактических прививок, диагностических средств и антиретровирусных препаратов для профилактики и лечения лиц, инфицированных ВИЧ, и гепатитов В, С»

(Г.Г. Онищенко, Г.Н. Перцева – первый заместитель министра здравоохранения Калининградской области, Н.С. Полещук – заместитель директора департамента здравоохранения Приморского края, В.Н. Гончаров – первый заместитель министра здравоохранения Хабаровского края, Е.Е. Корчагин – первый заместитель министра здравоохранения Красноярского края, Б.П. Сормолотов, И.В. Варламов – генеральный директор ЗАО «Аптека-Холдинг», А.А. Артемов – исполнительный директор ЗАО «Р-Фарм», А.В. Зайченко – заместитель генерального директора ООО «ДИАМ-Фармация, А.Н. Зязев – заместитель генерального директора ЗАО «Шрея Корпорейшн»).

1. Отметить, что по состоянию на 17 ноября Роспотребнадзором ведется 132 государственных контракта на поставку иммунобиологических препаратов, диагностических средств и антиретровирусных препаратов.

Отгрузки со стороны поставщиков по выполнению государственных контрактов с предоставлением отгрузочных документов :

– по антиретровирусным препаратам и диагностическим средствам составляют с учетом вновь заключенных контрактов 75,6%.

При этом полностью выполнены контракты по поставке в субъекты Российской Федерации и подтверждены возвратными документами:

ООО «БиоЛайн», ФГУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора, ЗАО «Р-Фарм», ЗАО Фирма «Центр внедрения Протек», ООО «Ирвин-2», ООО «Оптимальное здоровье», ЗАО «БиоХимМак».

На стадии завершения исполнения государственных контрактов с предоставлением отгрузочных документов (от 96–99%):

ООО «Медиа Сервис АБВ», НПО «Диагностические системы», ООО Научно-Производственный Комплекс «Наносистема», ЗАО «Макиз-Фарма», ЗАО «Аптека-Холдинг», ООО «Орто-Фара Н», ООО «Ирвин-2», ООО «Оптимальное здоровье».

По иммунобиологическим препаратам исполнение с учетом вновь заключенных контрактов составляют 64,4%.

В полном объеме исполнены государственные контракты с предоставлением документов, подтверждающих поставки по итогам 9 месяцев ЗАО «Р-Фарм», ООО «Ирвин-2», ФГУП Предприятие по производству бактерийных и вирусных энцефалитов им. М.П.Чумакова РАМН, ООО «Марвел-Фарм», ЗАО «Менч-М».

Полностью контролируются поставки и отражают их в системе АИС «Здоровье»:

Владимирская, Ивановская, Липецкая, Московская, Орловская, Смоленская, Тамбовская, Тверская, Ярославская, Мурманская, Новгородская, Псковская, Волгоградская, Пензенская, Саратовская, Кемеровская, Омская, Томская области, Пермский край, Ставропольский край, Пермский край. Республики : Башкортостан, Марий-Эл, Мордовия, Татарстан, Удмуртская и Саха (Якутия).

Не в полном объеме отражены поставки по следующим территориям:

Брянская, Воронежская, Костромская, Рязанская, Архангельская, Калининградская, Кировская, Самарская, Челябинская, Амурская области, Алтайский край, Приморский край, Хабаровский край.

2. Принять к сведению информацию первого заместителя министра здравоохранения Калининградской области – Г.Н. Перцевой, заместителя директора департамента здравоохранения Приморского края – Н.С. Полешук, первого заместителя министра здравоохранения Хабаровского края – В.Н. Гончарова, первого заместителя министра здравоохранения Красноярского края – Е.Е. Корчагина, министра здравоохранения Забайкальского края – Б.П. Соролотова, генерального директора ЗАО «Аптека-Холдинг» – И.В. Варламова, исполнительного директора ЗАО «Р-Фарм» – А.А. Артемова, зам. генерального директора ООО «ДИАМ-Фармация» – А.В. Зайченко, заместителя генерального директора ЗАО «Шрея Корпорэйшн» – А.Н. Зязева.

3. Обратить внимание представителей поставщиков ЗАО «Р-Фарм», ЗАО «Аптека-Холдинг», ЗАО «Медсервис», ООО «Медиа Сервис АБВ», ООО «ДИАМ-Фармация», ЗАО «Коралл-

Мед», ЗАО «Шрея Корпорэйшнл» на выполнение условий государственных контрактов, сроков завершения поставок и расчетов с Росздравнадзором.

4. Отметить, что поставщиками ООО «НПО Диагностические системы» и ООО «Марвел-Фарм» контракты исполняются в установленные сроки с предоставлением документов, оформленных по всем требованиям государственного контракта.

5. Отметить работу Приморского края по предоставлению полной информации по имеющимся проблемам с осуществлением поставок в регионе по Нацпроекту.

6. Обратить внимание на недостаточную подготовку к селекторному совещанию заместителя министра здравоохранения Калининградской области Г.Н. Перцевой.

7. Представителям поставщиков до 15 декабря завершить расчеты по заключенным государственным контрактам.

8. Руководителям управления Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации, главным врачам «Центров гигиены и эпидемиологии» в субъектах Российской Федерации обеспечить личный контроль за осуществлением поставок по Нацпроекту.

9. Руководителям органов управления здравоохранением в субъектах Российской Федерации:

9.1. Взять под личный контроль сроки прохождения и оформления документов по каждой поставке.

9.2. Представить до 20 ноября 2008 года заявки на медицинские, иммунобиологические препараты для проведения прививок, предусмотренных национальным календарем профилактических прививок на 2009 год и до 1 февраля 2009 года отчет об использовании медицинских иммунобиологических препаратов в 2008г.».

9.3. Обратить внимание на необходимость проведения сверки расчетов регионов по 125 форме отчета через информационную систему АИС «Здоровье» с Ликвидационной комиссией Росздрава.

*Руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека
Г.Г. Онищенко*

24.11.2008. Индонезия. www.medportal.ru. Индонезийские власти намерены принять закон о вживлении микрочипов некоторым категориям ВИЧ-инфицированных жителей провинции Папуа. Чиновники собираются отслеживать перемещение инфицированных лиц групп риска, чтобы снизить вероятность распространения инфекции. В соответствии с проектом постановления, микрочипы будут в принудительном порядке вживляться пациентам, отличающимся «активным сексуальным поведением». По словам представителя законодательного собрания Папуа Джона Мананганга, сигнал микрочипов позволит органам надзора контролировать перемещения и отслеживать возможных сексуальных партнеров этих людей. Организации пациентов с ВИЧ обвиняют разработчиков законопроекта в нарушении прав человека. Тем не менее, его рассмотрение запланировано на конец ноября. Уровень ВИЧ-инфекции в Папуа превышает этот показатель в целом по Индонезии приблизительно в 20 раз. Инфекция распространяется преимущественно половым путем. Среди способствующих росту заболеваемости ВИЧ/СПИДом факторов – устойчивые традиции промискуитета в ряде местных племен и низкий уровень знаний населения о путях распространения и методах профилактики инфекции.

19.11.2008. Москва. www.srhiv.mednet.ru. В МГТУ им. Н.Э. Баумана при финансовой поддержке фонда «Российское здравоохранение» 18–19 ноября 2008 года прошел ежегодный Всероссийский съезд «Здоровое поколение – здоровая Россия». В работе съезда принимали участие представители Государственной Думы, Министерства образования РФ, районных и городских администраций, директора региональных и сельских школ, преподаватели, деятели науки, искусства и спорта, представители международных общественных и коммерческих организаций, журналисты ведущих СМИ. Координаторы фонда «Российское здравоохранение» М. Шегай и З. Юсуfoва приняли участие в пленарном заседании «Интеграция ВИЧ-инфицированных детей в образовательную среду», на котором председательствовали зам. начальника отдела по надзору в сфере ВИЧ/СПИДа Роспотребнадзора Л.А. Дементьева и заместитель начальника отдела Департамента государственной политики в сфере воспитания, дополнительного образования и социальной защиты детей Минобрнауки РФ А. А.Гериш. С докладом об эффективном опыте внедрения программы для преподавателей образовательных учреждений при работе с ВИЧ-инфицированными детьми и ее успешном внедрении на своей территории рассказали представители Иркутского отделения Красного креста, работающего по Программе IV раунда Глобального фонда. Пока только четыре региона из восьмидесяти трех в России могут позволить себе обучать преподавателей и имеют определенные навыки подготовки. Данная программа проверена и получила положительные рекомендации Министерства образования РФ и Роспотребнадзора. Для справки: количество ВИЧ-инфицированных с каждым годом растет, только за прошедший год, по последним данным на ноябрь 2008 года, зарегистрировано более 40 тыс. новых случаев ВИЧ-инфекции; увеличивается число отказов детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, а дети, имеющие диагноз ВИЧ-инфекция, которые родились и инфицировались от ВИЧ-инфицированных матерей, идут в школу, и с каждым годом таких детей становится все больше и больше.

24.11.2008. Барнаул. www.infohome-altai.ru. В рамках проекта «Поддержка команд, осуществляющих паллиативную помощь людям, живущим с ВИЧ/СПИДом», программы «Развитие стратегии лечения населения Российской Федерации, уязвимого к ВИЧ/СПИДу» в Барнауле прошел семинар-тренинг «Принципы оказания паллиативной помощи пациентам с ВИЧ/СПИДом» для медицинских и социальных работников Заринска, Новоалтайска, Славгорода.

Цели семинара – способствовать улучшению качества медицинской помощи пациентам с ВИЧ/СПИДом, нуждающимся в оказании паллиативной помощи, расширение сети мультидисциплинарных команд по паллиативной помощи в Алтайском крае. На семинаре были обсуждены вопросы: положения и нормативно-правовая база по оказанию паллиативной помощи пациентам с ВИЧ/СПИДом, медицинская паллиативная помощь, психологическая помощь и поддержка, социально-экономическая помощь, духовная помощь, поддержка семьи пациента, основной состав и обязанности членов мультипрофессиональной команды по оказанию паллиативной помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИДом. Участники семинара-тренинга получили информационные материалы по методике оказания паллиативной помощи пациентам с ВИЧ/СПИДом, формам первичной учетно-отчетной документации. Кроме того, был определен формат взаимодействия мультипрофессиональных команд в Алтайском крае.

24.11.2008. Беларусь. www.kp.by. По результатам социологического исследования, которое проводилось среди студентов Минска в рамках белорусско-шведского проекта, средний возраст начала половой жизни составил для юношей 16,4 (± 1,8 года), для девушек – 15,9 (± 1,8 года). При этом средний возраст их партнеров был выше: у юношей 17,4 (± 1,8 года) и 19,5 (± 1,9 года) у девушек. Такие данные озвучил заведующий кафедрой общей и клинической психологии БГУ, профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии БГМУ В. Доморацкий 21 ноября на международной конференции «Здоровье подростков» в Минске, пишет БелаПАН. По данным исследования, среди студентов вузов обоюбого пола преобладающим источником информации по вопросам сексуальных отношений являются разговоры со сверстниками (более 70%), более половины из них читают соответствующую научно-популярную и специальную литературу по сексологии. В. Доморацкий заметил, что только 3% юношей и 6% девушек считают возможной половую жизнь лишь в официально зарегистрированном браке. По словам Доморацкого, мужчины и женщины демонстрируют различия в сроках вступления в первый сексуальный контакт: у 34% мужчин и лишь у 8% женщин с момента знакомства до первого контакта проходит менее месяца, что «указывает на более ответственное отношение женщин к выбору полового партнера». По данным исследования, примерно к 20 годам сексуальный опыт имели 90% мужчин (в том числе с несколькими партнершами – 59%) и 67% женщин (41%). Большинство сексуально активных студентов имели в течение жизни от двух до пяти партнеров. Тенденция к частой смене половых партнеров (выше 10 на протяжении 3–5 лет с начала половой жизни) выявлена у 12% мужчин и 4% женщин. Почти все опрошенные студенты указали, что имеют представление об инфекциях, передающихся половым путем, включая ВИЧ, однако среди возможных способов заражения, кроме интимных и тесных бытовых контактов, 37% лиц обоих полов отметили посещение бани, а 13% мужчин и 19% женщин – купание в водоеме, что является заблуждением. Доморацкий подчеркнул, что необходимо усилить санитарно-просветительную работу среди студенческой молодежи.

24.11.2008. Томск. www.mediafm.tomsk.ru. В Томске стартовала интерактивная выставка «Маршрут безопасности» по теме ВИЧ/СПИДа. Она проводилась для воспитанниц томской колонии номер два. С девушками говорили о вопросах профилактики ВИЧ и проводили ролевые игры. Организаторы выставки – Фонд «Сибирь-СПИД-Помощь» и «Дом природы». Также намечены профилактические встречи, круглые столы и спектакли, посвященные проблемам ВИЧ. На 1 ноября в Томской области официально зарегистрировано более тысячи человек, инфицированных ВИЧ.



8 800 200 5555

РАВНЫЙ-РАВНОМУ

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ-ПОЛОЖИТЕЛЬНОМУ

ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ

«ШАГИ»

www.hiv-aids.ru

С газетой «Шаги экспресс»



к здоровому образу жизни