

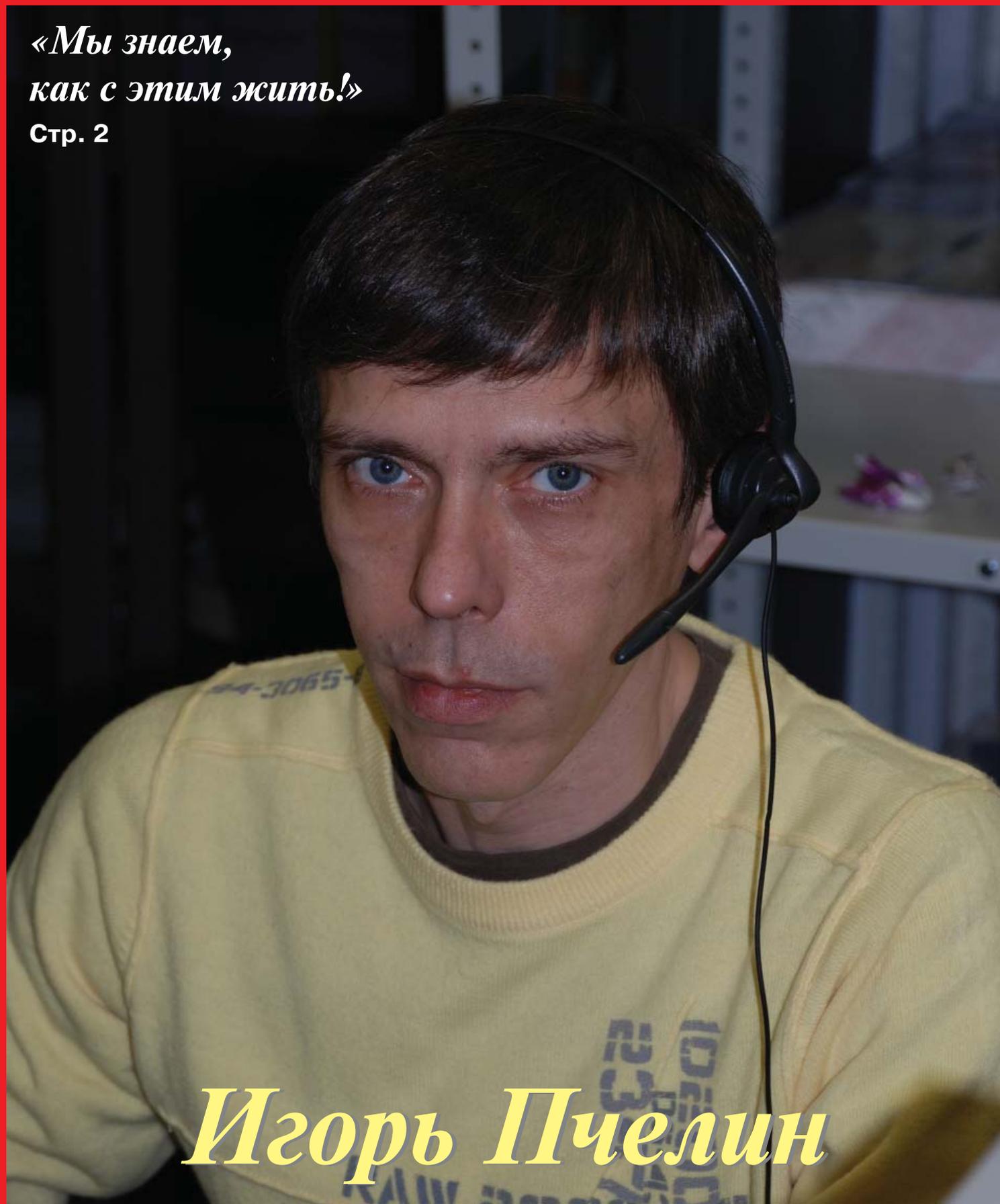
ШАГИ

№ 1 / 2009

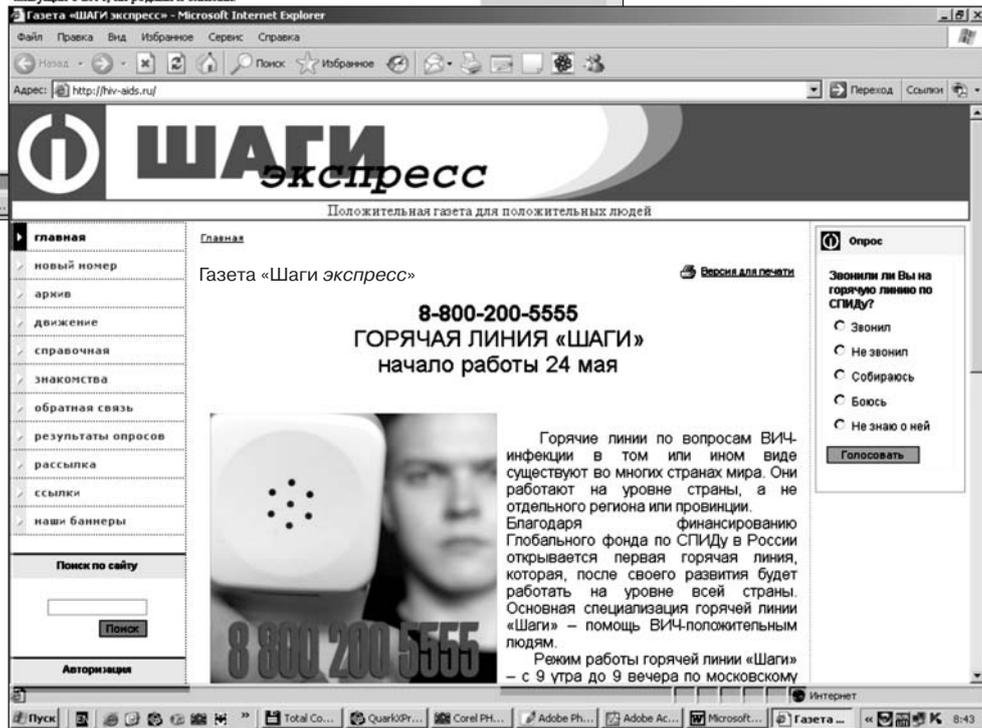
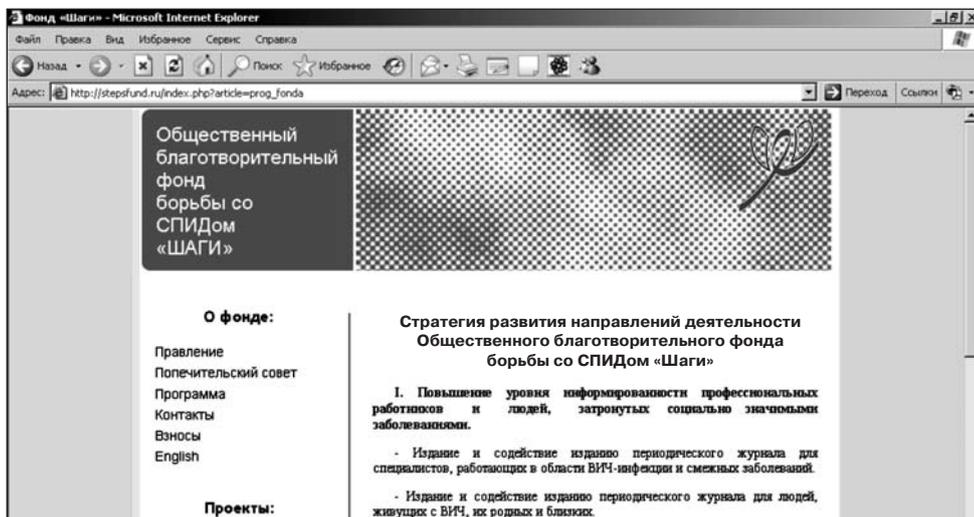
профессионал

*«Мы знаем,
как с этим жить!»*

Стр. 2



Игорь Пчелин



Сайты фонда «Шаги»

и газеты «Шаги экспресс»

www.stepsfund.ru

www.hiv-aids.ru

СОДЕРЖАНИЕ

Игорь Пчелин: «Мы знаем, как с этим жить!»	2
ВИЧ и спорт <i>А.П. Сельцовский, С.В. Поляков, А.И. Мазус, З.Г. Орджоникидзе, Ю.В. Мартынов, Н.А. Сирота, Г.Ю. Панкова</i>	12
В помощь лечащему врачу Приверженность терапии ВИЧ-инфицированных лиц и больных СПИДом <i>Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский, А.И. Мазус</i>	29
Обследование и антиретровирусная терапия у взрослых и подростков. Клинический протокол ВОЗ для Европейского региона	37
Обзоры мировых медицинских журналов	72
Гигиена рук и использование перчаток в ЛПУ <i>К.Д. Васильев, С.Р. Еремин, А.В. Любимова, И.Г. Техова, Е.С. Трегубова, С. Браун</i>	85
Вести отовсюду	28, 36, 70, 84, 95

Уважаемые подписчики журнала «Шаги профессионал»!

Сообщаем Вам, что благодаря поддержке фонда «Российское здравоохранение» в 2009 году открыта дополнительная подписка на наш журнал, для чего достаточно прислать заявку на электронную почту (editor@hiv-aids.ru) или позвонить на Телефон доверия «Шаги» (8-800-200-5555) и продиктовать консультанту почтовый адрес (обязательно с индексом), на который Вы оформляете подписку, а также фамилию получателя.

Также редакция журнала «Шаги профессионал» и газеты «Шаги экспресс» принимает к публикации материалы о немедицинском сервисе и региональном опыте в этой области. Статьи и фотоматериалы Вы можете присылать в редакцию по электронной почте (editor@hiv-aids.ru). Редакция оставляет за собой право редактирования статей и размещения к ним комментариев специалистов. Редакция не вступает в переписку с авторами и не рецензирует присланный информационный материал.

«ШАГИ профессионал» № 1 (16) 2009 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 1000 экз. Распространяется бесплатно.

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



Игорь Пчелин:

«Мы знаем, как с ЭТИМ ЖИТЬ!»

Горячая линия по СПИДу, основанная на «равном» консультировании, — это первая Горячая линия «Равный—равному», работающая в масштабах всей страны.

Сегодня на наши вопросы о Горячей линии отвечает председатель фонда «Шаги» Игорь Пчелин.

— Игорь Владимирович, расскажите, как все начиналось.

— Создание Горячей линии консультирования по принципу «равный—равному» было моей давнишней мечтой. Тем более, на всю Россию. Еще когда мы с Российской делегацией ездили в Бразилию и увидели там огромный колл-центр, который работает на всю страну, меня охватило желание создать такой же центр в России. Представляете, огромный зал, на 120 рабочих мест, где работают в основном волонтеры — студенты старших курсов вузов.

На самом деле и в России Горячих линий много — и городские, и региональные, но вот так, чтобы один большой на всю Россию, такого еще не было. А польза огромная: это и повышение уровня информирования о ВИЧ-инфекции ЛЖВС, их близкого окружения, а также специалистов и всего населения страны. Это и создание системы мониторинга, а также ситуационные оценки нужд ЛЖВС. Это — мониторинг стигмы, дискриминации и случаев нарушения прав ЛЖВС, в том числе на доступ к терапии. Это — снижение стигмы и дискриминации по отношению к ВИЧ-инфекции среди населения в целом.

И, конечно, мы были очень рады, когда в 2006 году фонд «Российское здравоохранение» в рамках IV раунда проекта Глобального фонда пошел нам на встречу и включил Горячую линию как составную часть проекта.

При подготовке к началу работы первое, что мы сделали, это провели переговоры с «Ростелекомом» о размещении на территории их колл-центра нашей Горячей линии по вопросам ВИЧ/СПИДа. В процессе переговоров «Ростелеком» предложил нам услуги их штатных консультантов на телефоне, но мы решили отказаться от этого предложения по той простой причине, что их вариант работы основывался на строгом сце-

нарии, работающем по принципу «да—нет». Это значит, что если человек позвонит на Горячую линию и спросит, например, адрес СПИД-центра, то консультант ответит, используя подсказки и сценарии, но если позвонит человек, которому недавно поставили диагноз ВИЧ-инфекция, и скажет: «Я не знаю, как мне теперь с этим жить», — то в этом случае консультант, работающий по принципу сценария не сможет ничем ему помочь, потому что таких подсказок не бывает. Так что мы с самого начала ориентировались на другой вариант — со свободным сценарием, где консультант не был бы ограничен рамками вопросника, а мог бы оперативно и квалифицированно дать консультацию или же перенаправить как абонента, так и звонок по необходимому адресу. И этот вариант мы закрепили. Естественно, в данном варианте особые усилия в подготовке к началу работы Горячей линии уделялись обучению консультантов и их постоянной переподготовке и повышению их квалификации.

Затем решался вопрос с номером телефона. В нашем проекте был запланирован телефонный номер первой категории, в котором все цифры одинаковы, легкие для запоминания, но на дату начала проекта и подачи заявки в «Ростелеком» на бронирование телефонного номера были доступны телефонные номера только четвертой категории (зеркальные номера, например, 34-43, 57-75 и т.п.). Мы уж было расстроились, но тут нам сообщили об одном высвободившемся номере первой категории, который был выставлен на тендер. Помимо нашего фонда в тендере участвовали пять коммерческих компаний, которые, естественно, захотели обладать таким номером. Уже перед официальным объявлением конкурса руководство «Ростелекома» нам помогло, приняв решение в нашу пользу, поскольку наш проект являлся социально значимым, а потому приоритетным.

Таким образом для нашей Горячей линии, удалось получить номер 8-800-200-5555.

Мы понимали, что одним нам будет трудно осуществить начало работы Горячей линии, и решили искать партнера. Был объявлен тендер по организации работы Горячей линии, включая обучение консультантов по проведению супервизии. И, к нашему удивлению, пришла всего одна заявка – от РОО «Центр плюс». Мы знали о профессиональном уровне РОО «Центр плюс» и нас вполне устраивали предложенные им условия работы, которые соответствовали целям и задачам проекта. В результате с 2006 года и по сегодняшний день РОО «Центр плюс» является нашим партнером.

– И когда Горячая линия официально открылась?

– Начало работы Горячей линии было запланировано на начало мая 2006 г. Но в связи с тем, что традиционно на начало мая выпадают праздники, а буквально через неделю начиналась Международная конференция по СПИДу в Москве, было принято решение перенести открытие Горячей линии на 24 мая.

К тому времени наши консультанты прошли ряд тренингов и семинаров для более эффективной работы. Большинство консультантов было рекрутировано в то время из Московского представительства Движения «Шаги». Тем самым был соблюден и оправдан девиз Горячей линии «Равный—равному, положительный—положительному» и слоган рекламной компании «Мы знаем, как с этим жить!»

– У вас работали только ВИЧ-положительные консультанты?

– Нет, кроме ВИЧ-положительных консультантов у нас на линии работали два врача-инфекциониста и один психолог. Вы можете спросить: «Какая же это тогда «равная» Горячая линия?» Безусловно, все специалисты, работающие на нашей Горячей линии понимают и следуют духу и принципу «равный—равному». Но это не значит, что, например, ВИЧ-отрицательный психолог будет говорить о том, что он положительный. Вовсе нет. Психолог привлекается к сложным вопросам, которые требуют его профессионального участия. Именно поэтому «равные» консультанты, когда необходима помощь специалиста, имеют возможность переключить звонок на такого специалиста не только на московской линии, но и в другой город.

– Итак, вы начали работать. Какой был график, охват?

– После проведенного рапид-исследования в регионах проекта, было принято решение о графике работы Горячей линии с понедельника

по пятницу. Большинство людей, принявших участие в опросе, указали, что они не предполагают звонить на Горячую линию в выходные дни, т.к. начало работы Горячей линии выпало на период летних отпусков и дачного сезона.

Часы работы установили с 9 утра до 9 вечера. Таким образом, самым дальним восточным регионам (Алтайский край и Иркутская область) Горячая линия была доступна с 2-х часов дня до 2-х часов ночи по местному времени. Самому дальнему, западному, региону (Калининградской области) Горячая линия была доступна с 8 утра до 8 вечера по местному времени.

Поскольку система колл-центра предусматривала ведение статистики необработанных звонков (запросов) в часы, когда Горячая линия не работает, это помогало нам планировать свою работу, в частности, вводились дополнительные смены в выходные дни и в ночное время.

В проведенном исследовании также отмечалось, что порыв позвонить на Горячую линию возникает чаще всего во время или после посещения СПИД-центра или другого медицинского учреждения.

– А как рекламировалась ваша Горячая линия?

– Рекламные мероприятия, направленные на информирование целевой группы, были сконцентрированы на полиграфической продукции. Ими стали: газета «Шаги экспресс», плакаты и флаеры, журнал «Шаги профессионал», также были разработаны баннеры, которые бесплатно согласились разместить многие тематические веб-сайты.

К сожалению, с рекламными роликами у нас так и не сложилось. И хотя сценарии к ним были подготовлены, финансирования мы, к сожалению, не нашли.

Реклама социальных проектов – достаточно дорогостоящая вещь. Я имею ввиду то, что если бы мы начали, например, с рекламных роликов на телевидении, то 70% нашего бюджета, запланированного на открытие и работу линии, «съела бы» именно реклама. В этом случае мы бы просто не открылись. Кстати, когда мы планировали рекламную кампанию, то обзванивали региональные телестудии с целью узнать, смогут ли они размещать ролики бесплатно. Очень многие студии согласились это делать. К сожалению, ни один центральный канал даже слышать не захотел о безвозмездном размещении социальной рекламы, или говорили, что у них очередь на такие рекламы аж на несколько лет вперед. Так что по сей день мы обходимся без телевизионной и радиорекламы.

В дальнейшем, когда мы анализировали звонки, оказалось, что помимо тех рекламных продуктов, которые мы распространяли, эффективным оказалось «сарафанное радио». Примерно 20% звонков, которые поступали к нам, были из регионов, в которых официально не было ника-

кой информации о нашей линии. В этом плане хочется сказать огромное спасибо врачам и руководителем СПИД-центров, которые самостоятельно распространяли информацию о нашей линии среди пациентов.

– С какими трудностями вы столкнулись в начале пути?

– Через месяц после начала работы Горячей линии мы столкнулись с первыми трудностями там, где меньше всего их ожидали. Сотрудники колл-центра узнав, что на нашей Горячей линии работают ВИЧ-положительные люди, заявили о своем нежелании работать с ними в одном помещении, боясь заражения. Менеджером колл-центра было предложено перевести наших консультантов на домашние телефоны. Мы попытались протестовать и даже предложили им провести информационный семинар по ВИЧ-инфекции для сотрудников колл-центра, но руководство колл-центра отказалось от нашего предложения. Тогда был найден компромисс – наших консультантов перевели в отдельное помещение, дабы изолировать их от нападков со стороны других операторов колл-центра. В дальнейшем мы выяснили, что всего два человека из операторов колл-центра были недовольны соседством с ВИЧ-положительными людьми. С ними была проведена беседа. Они поняли, в чем ошибались и принесли нам официальные извинения.

– А кроме этого печального факта, были еще какие-то, может, технические, трудности?

8 800 200 5555
равный – равному
положительный – положительному
ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ «ШАГИ»
ПОЗВОНИ! МЫ ЖДЕМ ТВОЕГО ЗВОНКА

– Да. В связи с технической невозможностью блокировать хулиганские и спамерские звонки, консультанты Горячей линии вынуждены были такие звонки обслуживать, выслушивая нелицеприятные оскорбления. Кроме того, невозможность блокировки телефонных номеров резко повышала платный трафик Горячей линии. Так как мы арендовали места в колл-центре, то процедура блокировки хулиганского звонка была следующая: наш консультант должен был написать заявку о таком звонке, указав дату. Руководство колл-центра должно ее в трехдневный срок рассмотреть и либо заблокировать телефон звонящего, либо отказать нам. Мы сочли, что смысла в такой длительной процедуре нет и пошли другим путем: готовили наших консультантов и обучали их особым образом обрабатывать такие звонки, используя в методологии психологические приемы и психологический портрет хулигана. И хотя хулиганских звонков не стало меньше, зато уменьшилась психологическая нагрузка на консультанта.

Кроме того, Горячая линия страдала от спамерских атак – это такая ситуация, когда некая группа не очень умных, скажем так, людей в течение нескольких часов с нескольких телефонов не переставая звонит на Горячую линию, тем самым забивая выделенный на нее пропускной канал, и в результате мешают людям, которым нужна помощь, дозвониться.

– И как вам виделось решение этих проблем?

– Мы уже тогда поняли, что эти проблемы можно решить только созданием своего независимого центра обработки звонков, где было бы свое оборудование и рабочие места. Такой центр позволил бы блокировать спамерские атаки, вести «стоп-лист» телефонных номеров, оперативно расширять количество консультантов, не оплачивая дополнительно рабочие места; использовать всю статистику по Горячей линии, не платя за это дополнительные деньги; изменять график работы Горячей линии, вплоть до круглосуточного; оперативно вносить изменения в систему обработки звонков; изменять пропускную способность телефонного трафика; повышать количество внешних консультантов; гибко переадресовывать входящий вызов в любую точку России; подключать модули телефонных опросов; использовать функцию дистанционного обучения и аттестацию. В общем, создание собственного колл-центра имело очень много преимуществ и в дальнейшем, примерно через полтора года, полностью окупило бы затраты на покупку оборудования, так как при аренде операторских мест в чужом колл-центре мы платили ежемесячно достаточно большую сумму за каждое операторское место.

– И теперь, как я понимаю, вы практически добились этого. Но об этом чуть позже. Вернемся

к началу. Как же развивалась Горячая линия дальше в тот период?

— В конце августа 2006 г. колл-центр начал процесс сокращения рабочих мест, предоставляемых другим организациям, и нам было предложено покинуть помещение. В создавшейся ситуации ничего другого не оставалось, как перевести наших консультантов на мобильные телефоны. Это был очень сложный период в работе нашей Горячей линии. Мы начали терять наших консультантов. Кто-то совершенно не мог работать дома, потому что он не открыл диагноз своим близким, кто-то не смог работать на мобильном телефоне, опасаясь излучения в течение многих часов, кто-то просто не поверил в нас, в то, что мы сможем поддержать нашу Горячую линию.

— А за те три месяца работы в колл-центре уже можно было увидеть ее результаты?

— Конечно. За первые три месяца работы непосредственно в колл-центре к нам поступило более 14 тыс. звонков. Звонили не только из регионов проекта, но и из тех регионов, где Горячая линия не рекламировалась. Больше всего звонков было из Москвы, Московской области, Краснодарского края, Ленинградской, Омской, Челябинской, Саратовской, Свердловской областей и Республики Татарстан. На каждую из этих областей приходилось около 8% всех звонков; всего же за тот период времени звонки были получены из 32 регионов РФ.

По гендерному принципу звонившие распределились следующим образом: 64% — мужчины, 36% — женщины. За равной помощью обратилось 68% звонивших, с вопросами, касающимися профилактики — 13%; более 15% звонков поступило от близких или родственников ВИЧ-положительных людей; по возрастному принципу звонки распределились следующим образом: до 18 лет — 8%, 19–25 лет — 40%, 26–35 лет — 35%, после 36 — 17%; более 25% звонивших сообщили, что они находятся на терапии или собираются начинать ее принимать; самый продолжительный звонок на тот период составлял 1 час 23 минуты.

Среди наиболее часто встречающихся вопросов можно было выделить следующие:

- жизнь с ВИЧ (состояние после постановки диагноза, планирование жизни, переживание и боязнь за близких и др.);
- вопросы по терапии (разъяснение назначаемых препаратов, мифы о терапии, вопросы приверженности, перебои с поставками, принятие решения о начале терапии и др.);
- вопросы материнства (можно ли родить здорового ребенка, общение с ВИЧ-отрицательными детьми, социальная помощь ВИЧ-положительным мамам, терапия при беременности и др.);

Татьяна К. (консультант, бывший оператор ГЛ):

«Я пришла работать на Горячую линию совсем случайно. Мне подруга, которая ходит на группу взаимопомощи, сказала, что идет набор консультантов. Я прошла отбор и обучение. Если сказать, что я жутко волновалась перед первой своей сменой — не сказать ничего. Меня буквально колотило. Одно дело, когда ты общаешься на группе взаимопомощи, где много людей, и большинство знакомые, а другое — когда ты один на один с незнакомым человеком и надо прожить с ним маленький отрезок жизни, длиной в звонок. После первой смены я думала, что больше не вернусь в колл-центр. Мне казалось, что я делала все не так, давала много советов, говорила больше, чем звонящий, в общем, нарушала все, что можно было нарушить. Но после супервизии все стало на свои места. Я многое поняла, научилась слушать, слышать, помогать другим так, как это нужно, а не так, как мне кажется.

Раньше мне казалось, что я не буду помнить ни одного звонка, что все звонки будут вылетать из головы, как только я положу трубку. Но это оказалось не так. Нам на тренинге говорили, что вы легко определите человека, который повторно обращается за помощью. Я не поверила. Ну не возможно запомнить всех, когда в день ты обрабатываешь более 100 звонков. Оказалось не так. Память каким-то образом работает так, что я сразу вспоминаю человека, и разговор, который происходил даже месяц назад. Было очень интересно.

Сейчас я не работаю на Горячей линии. Я пошла учиться, и стало трудно делать два дела. Но помимо того, что я помогала другим людям, тренинги и работа на Горячей линии дали мне много в плане личного роста. У меня поменялся характер, я стала спокойнее, рассудительнее, и главное — я теперь не такая категоричная, когда дело касается других людей».

Сергей (консультант-оператор ГЛ):

«Работа на Горячей линии — это что-то! Это не сравнить ни с чем. Я реально получаю огромное удовольствие, и иногда даже не хочется отключать телефон после 9 вечера, когда заканчивается смена. Раньше, когда мы работали на мобильных и у меня была бессонница, я включал телефон ночью и общался с людьми. На супервизиях мне часто говорят, что так нельзя делать, что необходимо контролировать свой график и «дозировать» помощь, потому что я могу легко «сгореть». Пока я этого не ощущаю. Мне нравится то, что я делаю. Иногда просто достают хулиганы и дети, которые балуются. Но меня научили с ними работать. А сейчас у нас появился еще и черный список. Так что нет необходимости отвлекаться на хулиганские звонки».

Анна (консультант, бывший оператор ГЛ):

«Я недавно работаю на Горячей линии. Слышала от ребят, которые раньше работали, что это здорово, что это реальное дело и реальная помощь. В общем-то я бы этого не сказала, все как обычно. Но так было до моего главного звонка, который дал понять мне очень многое. Это была девушка, которой поставили диагноз недавно и которая собиралась покончить жизнь самоубийством. Мне бы сразу ей сказать что я «равная», что я такая же положительная, а я, дура, начала играть в психолога. Скажу сразу, что все закончилось хорошо. Но эти полтора часа разговора я не забуду никогда. Кстати, мы сейчас подруги с этой девушкой, и обе ждем ребенка. Она второго, а я — первого. Я сейчас не работаю на линии, сами понимаете почему. Но как только смогу — обязательно вернусь».

Виктор (консультант, бывший оператор ГЛ):

«Я недолго проработал на Горячей линии. Не мое это. Каждый раз говорить одно и то же — это не для меня. Иногда начинаешь злиться за то, что люди такие глупые, не могут открыть книжку или в Интернете посмотреть информацию. Наверное, у меня такой характер, и таким людям, как я, не надо работать на Горячей линии. Что и случилось».

Стас (консультант-оператор ГЛ):

«Я работаю на линии почти год. Классно! Мне очень нравится. Правда, звонки от детей жутко надоедают, особенно после того, как была классная консультация, а потом дети со своими дурацкими шутками и вопросами. Хорошо, что сейчас есть возможность вести «черный список». Мы с ребятами уже знаем почти все горячие линии, заканчивающиеся на 5555. Часто ошибаются, набирают нас. Раньше думали, что это хулиганы, а потом, на одной из супервизий нам сказали, что это нормально. В общем, мы сейчас даем правильные телефоны Сбербанка, «Самсунга», Пенсионного фонда, и многих других горячих линий».

Светлана (консультант-оператор ГЛ):

«Я была первой на нашей Горячей линии, кому достался звонок от маньяка. Мы потом после смены несколько часов обсуждали это. Я сначала и не поняла, что от меня хочет человек. Но когда осознала, что это просто человек, повернутый на сексе, сразу растерялась и наговорила каких-то глупостей. Ой, это было так давно, сейчас даже смешно, а тогда, когда повесила трубку, то побежала умыть лицо. Было ощущение грязи. Помню, что на следующий день мы работали с нашим психологом по этому вопросу. В общем, сейчас меня наши ребята-консультанты называют «главным специалистом по маньякам». Я научилась с ними работать».



- юридические вопросы (лишение родительских прав ВИЧ-положительных людей, дискриминация при назначении терапии, страх увольнения с работы/учебы, отказ в оказании медицинской помощи и др.);

- вопросы из МЛС (положенные льготы, правила режима содержания, активирование по ВИЧ-инфекции и др.)

- кризисные звонки (постановка диагноза при беременности, тревога родителей, отщепенение, нежелание и страх продолжать жить, страх раскрытия диагноза и др.);

- общие вопросы (профилактика, пути передачи, общение с ВИЧ-положительным человеком/родственником, адреса медицинских и немедицинских учреждений и др.).

По динамике работы в течение суток звонки распределялись следующим образом: повышение уровня звонков с 9 утра и пик звонков приходился на период с 14 до 23 часов.

— Как развивались события далее?

— После того, как мы перешли на «домашний» режим работы, у нас на линии остались работать только два консультанта без стационарных рабочих мест со своими личными телефонами. К сожалению, из-за того, что мобильная связь не предоставляет полных функций колл-центра, от 30 до 50% звонков постоянно терялись, т.е. телефон был постоянно занят. Иногда просто отключалась мобильная связь, ломались телефоны. Кроме того, работая на мобильных телефонах невозможно было собрать полную статистику, которая бы отражала ситуацию во всех регионах.

Только весной 2007 г. положение стало меняться и мы смогли выйти на заложенное в проекте количество звонков. В апреле 2007 г. нам удалось арендовать офис и купить кое-какое оборудование для ведения статистики звонков, поступающих на Горячую линию. Также с апреля 2007 г. в рамках Национального проекта ГУП «Медицина для Вас» заключила с нами соглашение, по которому звонки, поступающие на Горячую линию, организованную в рамках Нацпроекта (8-800-100-6543), касающиеся жизни с ВИЧ, вопросов терапии, вопросов приверженности и др., начали переводиться на «равную» Горячую линию «Шаги» (8-800-200-5555). На конец мая 2007 г. количество таких звонков составляло около 15%. По продолжительности от общего времени звонков, переведенные звонки составляли более 30%. Таким образом, звонки, поступающие непосредственно на государственную Горячую линию, носили в большей степени информативный характер, а, в свою очередь, звонки, переведенные к нам, — в основном кризисные, которые не могли обработать операторы Горячей линии, работающей в рамках Нацпроекта.

С того времени Горячая линия «Шаги» стала доступным повседневным информационным сервисом, охватывающим большинство людей, посещающих медицинские учреждения и немедицинские сервисы.

Но есть и другая категория ВИЧ-положительных пациентов — редко посещающих медицинские учреждения, и таких пациентов, по различным источникам, в некоторых регионах более 50%. И их необходимо привлекать в медицинские учреждения для оказания им квалифицированной помощи, а также в организации, предоставляющие немедицинский сервис для оказания психологической и социальной помощи. И вот с этим как раз может успешно справляться Горячая линия, основанная на принципе «равный—равному». Но для этого необходима широкомасштабная реклама в региональных СМИ.

К августу 2007 г. наша Горячая линия начала перевыполнять план по количеству звонков и два консультанта, занятые в проекте, уже не справлялись со звонками. Для того чтобы не снижать эффективность Горячей линии и не допускать провала звонков, как это было в 2006 году, необходимо было приложить усилия чтобы Горячая линия работала без перерыва. Также крайне необходимо было увеличить количество консультантов, работающих на Горячей линии, для профилактики «Синдрома сгорания».

И здесь нам помогло ГУП «Медицина для Вас», которое в рамках Нацпроекта выделило финансирование на дополнительных консультантов.

— Вы сказали о перевыполнении плана по количеству звонков. Что это значит?

— На тот период было принято более 14 400 эффективных звонков. Эффективным звонок считается при его продолжительности более 2 минут. Так как автоматика, обрабатывающая звонки, считает неполную минуту за целую, то все звонки продолжительностью в 1 минуту не учитывались, поскольку данные звонки носят либо хулиганский характер (90%), либо характер короткой справки (10%). А так как количество эффективных звонков продолжительностью менее 1 минуты составляло не более 6,4% от общего числа эффективных звонков, то в количественной статистике такие звонки не учитывались, являясь допустимой погрешностью.

Средняя продолжительность одного эффективного звонка составила 3 минуты. По данным, снятым со станции обслуживания звонков, находящейся в ЗАО «МЦНТТ», количество необработанных звонков, находящихся на очереди, составила 38,7%.

Пик звонков пришелся на июль 2007 г. — 2935 звонков за месяц. Наименьшее количество звонков пришлось на ноябрь 2007 г. (когда Горячая линия вновь заработала после вынужденно-

го перерыва) и на май (в связи с продолжительными майскими праздниками).

— А кто-нибудь еще рекламировал вашу Горячую линию, кроме перечисленных вами печатных изданий?

— Да, по пятницам на канале ТНТ транслировалась передача «СПИД. Скорая помощь», в которой рекламировалась наша Горячая линия, и количество звонков в эти дни возрастало на 30%. Также наши консультанты и я сам часто участвовали во всевозможных передачах по ТВ, касающихся ВИЧ-инфекции. Одним и главным условием нашего участия в таких передачах была реклама нашей Горячей линии.

Вспоминается один случай. Была съемка на III канале ТВ. Это было ток-шоу, ведущим которого был Дмитрий Дюжев. Специфика передачи в том, что она выходит по воскресениям, а мы не работаем в выходные. Мы собрали наших консультантов и вместе приняли решение, что мы включим наши мобильники и будем дежурить пару часов, пока идет передача и нас рекламируют на ТВ. Планы, конечно, это одно, а реальность — совсем другое. Передача началась в 3 часа дня, а последний звонок мы приняли в третьем часу ночи, решив, что все — больше не можем. Это были очень сложные 12 часов. Консультации были постоянные, телефон разогревался до предела. Некоторые консультации длились больше часа. Мы выслушали огромное количество историй, криков боли, слов благодарности. И все это — звонки только из Москвы, так как передача выходила только на Московский регион.

Я не случайно рассказал об этом случае с нашей Горячей линией. Честно говоря, в тот период мы работали и вытягивали Горячую линию буквально на последнем издыхании. Нас тогда никто не поддерживал, многие наши партнеры говорили, что, мол, вы, конечно, делаете хорошее дело, но мы будем поддерживать другие



проекты. Было очень сложно. Но после того, как мы увидели, что мы можем помочь очень многим людям, мы решили, что будем консультировать и помогать до конца, пусть на мобильном, пусть на стационарном телефоне. Мы реально ощутили востребованность Горячей линии, и не по статистике, а по реальным людям!

– А кто чаще звонит – мужчины или женщины?

– Среди звонящих сложно выявить какую-то закономерность по гендерному признаку. На выборках, взятых случайно за несколько дней из разных месяцев, количество звонящих мужчин и женщин примерно одинаковое. Тем не менее стоит отметить, что женщины склонны общаться чуть дольше, чем мужчины (примерно на 5–8%).

– А возрастной состав звонящих?

– Если в группе звонящих от 18 до 30 лет, в связи со спецификой эпидемии, нет неожиданностей, то в группе от 40 лет наблюдается явный подъем. При детальном рассмотрении этих звонков, а также перекрестном анализе со статистикой, было выяснено, что существенную «прибавку» в этой группе вносят звонки от близких и родных ВИЧ-положительных пациентов, а также от близких наркозависимых людей.

– Можно ли как-то сопоставить в процентном соотношении целевые группы, обращающиеся на Горячую линию?

– Да, мы делали такую выборку. Среди звонивших на Горячую линию можно выделить следующие целевые группы: ВИЧ-положительные люди – 58%; желающие сдать тест – 12%; близкие ВИЧ-положительных людей – 14%; находящиеся в местах лишения свободы – 4%; активисты, работники НКО – 5%; другие – 7%.

И эти цифры остаются примерно на одном уровне, поскольку Горячая линия рекламируется, в основном, в СПИД-центрах и организациях, оказывающих немедицинский сервис для ВИЧ-положительных людей.

– Бывает так, что уже звонившие люди звонят вам еще раз?

– Да, и количество таких звонков растет. Это говорит о том, что звонящие рассматривают Горячую линию как стабильный информационный ресурс, причем ресурс, которому можно доверять! Наибольшее количество повторных звонков наблюдается в группах «ВИЧ-положительные люди» и «Близкие ВИЧ-положительных людей». Средний коэффициент таких звонков составил 3,7. Это означает, что абонент, зарегистрированный как «повторное обращение», звонил на Горячую линию не менее 3-х раз. Около 35% звонящих спрашивали о том, «можно ли

перезвонить еще, если возникнут какие-то вопросы?» Такие звонки касались, в основном, вопросов терапии и интерпретации результатов анализов.

– Вопросы о терапии. Какие именно?

– Совершенно разные. Люди хотят знать все: о мифах о терапии; о назначении терапии и как преодолеть страх перед началом ее приема; о совместимости лекарственных препаратов и правильно ли назначили комбинации; о страхах перед побочными эффектами от терапии; об изменении графика и ритма жизни, связанного с приемом терапии; об отсутствии или отказе в назначении терапии; о терапии во время беременности; о смене терапии, «на что менять?»; при каких показателях назначается терапия; как «снимать» побочные эффекты от терапии, правильно ли, что выдают терапию на 10 дней в целлофановом пакете, можно ли сделать отпуск при приеме терапии, и множество других вопросов.

Когда речь заходит о медицинских вопросах и терапии, то тут я сразу хочу пояснить, как мы работаем. Мы, в первую очередь, «равные» консультанты. Мы не назначаем лечение, не ставим диагноз, не направляем к специалистам и не делаем всего другого, что делают медицинские работники. Мы стараемся выяснить, в чем заключается проблема, а потом, вместе со звонящим, пытаемся ее решить. В большинстве случаев «медицинские» вопросы – это вопросы психологического характера. Иногда выясняется, что есть реальный конфликт врач–пациент, в этом случае мы пытаемся научить, подсказать звонящему, как построить отношения со специалистами. Кроме того, при таких звонках у звонящих просто нет полной информации о терапии, о препаратах. Мы заполняем этот пробел, но не как специалисты, а как «равные». Это особый способ общения, при котором консультант открывает свой диагноз и как бы открывает дверь звонящему. Чаще всего это очень эффективно.

– А кроме терапии, какие группы вопросов можно выделить?

– Я могу привести целый список из выборки, которую мы делали. Выглядит это примерно так:

Вопросы интерпретации анализов:

- N количество клеток, это хорошо или плохо?
- Врач не говорит результатов, а только результаты хорошие или плохие.
- Отказ в выдаче информации об анализах.
- Сколько раз положено сдавать анализы на ИС и ВН?
- Отказывают в анализах на ИС и ВН.
- Непонимание важности полного комплекса анализов.

Вопросы, связанные с жизнью с ВИЧ-инфекцией:

- Продолжительность жизни с ВИЧ.

- Когда начинать терапию?
- Интересует информация о группах взаимопомощи, юристе, соц. работнике.
- Где можно больше узнать о жизни с ВИЧ?
- Нет Интернета — нет общения и доступа к информации.

Вопросы, связанные с отношением врач—пациент:

- Врач не объясняет об анализах и терапии.
- Разглашение диагноза другим медработникам или родственникам.
- Как поменять лечащего врача?
- Некомпетентность медицинского персонала в инфекционных больницах.
- Отказ в оказании медицинской помощи, не связанной с ВИЧ-инфекцией (травмы, операции, стоматология, гинекология).
- Предвзятое отношение со стороны медицинского персонала. Дискриминация.
- Мнения нескольких врачей различаются. Кому верить?
- Заставляют подписать бумагу, что врач снимает с себя всякую ответственность при начале приема терапии.

Вопросы, связанные с коинфекциями:

- Должны ли лечить гепатит С?
- Тактика лечения коинфекций на уровне низкого иммунного статуса.
- Бесплатность лечения коинфекций и сопутствующих заболеваний.

Вопросы рождения ребенка:

- Когда начинать терапию?
- Информация о самой терапии.
- Где лучше рожать?
- Дискриминация со стороны гинеколога или в роддоме.
- Процент рождения здорового ребенка.
- Вопросы планирования беременности.
- Усыновление ВИЧ-положительных детей.
- Что делать, если один из супругов ВИЧ-положительный, как не заразить другого, во время зачатия?

Профилактические вопросы:

- Где можно сделать достоверный анализ на ВИЧ?
- Что такое блотт и ПЦР, какой анализ лучше?
- С какого времени может определяться ВИЧ-инфекция?
- У нас не делают бесплатных тестов на ВИЧ.
- Способы защиты от ВИЧ.

Вопросы от близкого окружения:

- Где можно пройти реабилитацию от наркозависимости?
- Можно ли есть из одной посуды?
- Какие витамины можно принимать?
- Как поддержать здоровье (нетрадиционные методы)?

- Я купила (какое-то) лекарство, оно поможет избавиться от ВИЧ?
- Есть ли какая-то специальная диета при ВИЧ-инфекции?
- Вопросы, связанные с объявлениями об излечении от ВИЧ-инфекции.
- Ухудшение отношения в семье из-за ВИЧ-инфекции.
- Общая информация о течении заболевания.
- Информация о терапии, страхи по поводу химиотерапии.
- Бытовые вопросы общения с ВИЧ-положительным членом семьи.

Вопросы от ВИЧ-положительных людей, находящихся в МЛС:

- Как попасть под 54 закон (активирование)?
- Нет возможности сделать тесты на CD и ВН.
- Нет терапии.
- Какие льготы положены ВИЧ-положительным?
- Условия содержания ВИЧ-положительных заключенных.
- Питание ВИЧ-положительных в МЛС.

Вопросы, на которые консультанты не могли дать ответ:

- Вопросы СПИД-диссидентства.
- Специфические медицинские вопросы.
- Вопросы по липодистрофии и развитию вторичных побочных эффектов.
- Юридические вопросы, в том числе о правах инфицированных в МЛС.
- Вопросы, связанные с наркозависимостью и созависимостью.
- Вопросы, связанные со специализированной службой знакомств (просьба познакомить с кем-нибудь или дать телефон ВИЧ-положительных).

— Да, многовато. И как вы видели развитие Горячей линии на тот период?

— Во-первых, мы понимали, что работа Горячей линии до 9 часов вечера недостаточна, поскольку к этому времени общий уровень звонков не падает, а остается достаточно высоким. Кроме того, вечером и ближе к ночи звонки носят все больше психологический характер, а консультации по времени становятся все более продолжительными. Также увеличение режима работы Горячей линии позволило бы охватить Дальневосточный регион, откуда звонки также поступают, но абоненты при этом жалуются на большую разницу во времени и соответственно на неудобства в планировании звонка.

Во-вторых, необходимо было продумать систему ожидания звонков на линии, так как по статистическим данным, при отсутствии такой очереди почти 40% звонящих не могут получить необходимую консультацию. И мы понимали, что для предотвращения потери звонков необ-

ходимы либо создание собственного колл-центра, либо организация дополнительных мест в существующих колл-центрах. Кроме того, на основе часто встречающихся вопросов, можно организовать некую «пошаговую справочную» (к примеру, «для прослушивания информации о путях передачи — нажмите 1, для прослушивания информации о рождении детей — нажмите цифру 2» и т.д.), которая охватит как профилактические вопросы, так и вопросы жизни с ВИЧ.

В-третьих, в связи с тем, что возросло количество звонков, касающихся вопросов терапии, необходимо регулярно проводить супервизии для подготовки и повышения квалификации консультантов, а также иметь доступ к удаленным специалистам, для переключения или консультаций по возникающим у звонящего вопросам. Кроме того, из-за увеличивающегося количества звонков, касающихся вопросов наркотизированности и реабилитации, необходимо продумать либо подготовку консультантов в этой области, либо организацию Горячей линии по этим вопросам, основанную на принципе «равный—равному», где консультантами будут выступать люди, успешно находящиеся в ремиссии и имеющие опыт реабилитации.

Далее, поскольку участились звонки, касающиеся терапии (незнание основ, плохая приверженность и недовольство контактом с врачом) желательно было бы уделить большее внимание данным вопросам на приемах у специалистов. Во многих звонках высказываются претензии, что люди не понимают медицинский язык и просят разъяснить им результаты анализов или назначаемую комбинацию.

В связи с этим, на наш взгляд, было бы целесообразно выпускать пособия или справочники для пациентов, а также, обратить внимание медиков на данную проблему. Можно разместить в местах обслуживания ВИЧ-положительных пациентов легкодоступную информацию о том, что такое иммунный статус и вирусная нагрузка, а также другие анализы. Было бы очень полезно на таких плакатах давать ссылки на регламентирующие акты, в которых говорится о частоте сдачи таких анализов, а также о правах пациента, так как это один из наиболее часто встречающихся вопросов при обращении на Горячую линию.

Кроме того, необходимо иметь общую и регулярно обновляющуюся базу данных по медицинским и немедицинским учреждениям, оказывающим помощь ВИЧ-положительным людям и их близкому окружению.

Необходимо разработать систему быстрого реагирования при возникновении какой-либо проблемы у звонящего или, по крайней мере, консультанты должны знать, куда, в какую инстанцию перенаправить звонок.

По нашим наблюдениям наиболее низкий уровень информации показала группа близкого окружения ВИЧ-положительных людей. По

данным, полученным из анкет, эта группа практически не посещает СПИД-центр, а если и посещает, то в качестве сопровождающего лица, не заходя к врачу и, соответственно, не получая какую-либо информацию. Для повышения информированности этой группы желательно создавать информационные материалы, в которых будут обсуждаться наиболее часто встречающиеся вопросы у близкого окружения ВИЧ-положительных людей. Также желательно ориентировать медицинский персонал на эту группу, как мотивированную помогать и быть заодно с врачом в вопросах лечения ВИЧ-инфекции.

Большинство звонящих на Горячую линию — это люди, регулярно посещающие СПИД-центр. К сожалению, Горячей линией не охвачены ВИЧ-положительные пациенты, не посещающие или посещающие нерегулярно специализированные медицинские учреждения. По тем немногочисленным звонкам, которые приходили на Горячую линию, могу сказать, что это самая сложная группа, в которой уровень информированности как о ВИЧ-инфекции, так и о лечении, очень низкий. Для того чтобы привлечь эту группу в специализированные медицинские или немедицинские учреждения, необходимо выходить на более массовую аудиторию и популяризировать Горячую линию как информационный ресурс. В этом случае Горячая линия, основанная на «равном» принципе, может стать для людей, не посещающих СПИД-центры и специализированные клиники, эффективным посредником между потенциальным пациентом и врачом.

В связи с увеличивающимся количеством переадресованных звонков из колл-центра государственной Горячей линии (8-800-100-6543), необходимо интегрировать эти две линии в единый информационный центр по вопросам ВИЧ-инфекции с сохранением уникальности каждой линии. Если целевая группа Горячей линии 8-800-100-6543 — это общее население и, соответственно, основная цель этой линии — привлечение людей на тестирование и консультирование по базовым вопросам в области ВИЧ-инфекции, то Горячая линия «Шаги» 8-800-200-5555 может стать телефоном доверия, который работает на следующем этапе, когда людям уже поставлен диагноз ВИЧ-инфекция. Также Горячая линия «Шаги» охватывает такие области, как коинфекции, зависимости от психоактивных веществ, психологическая помощь, работа с близким окружением и др. Разрабатывая единую рекламную стратегию и разделяя целевые группы, можно добиться повышения эффективности каждой горячей линии, и в то же время, создать мощное информационное поле, которое охватывает практически все население и все социальные и уязвимые группы. В этой связи важным моментом является подготовка специалистов, работающих на горячих линиях, проведение регулярных супервизий и коррекция зна-

ний, согласно целевой программе горячей линии.

Тенденция повторных обращений, которая наметилась в последнее время, носит положительный характер. Ее надо всячески поощрять. Она косвенно говорит о том, что консультанты удовлетворяют потребности звонящих в информации, и в то же время звонящие доверяют Горячей линии – как информационному источнику. Также очень важны повторные обращения для мониторинга ситуации, а особенно проблем, которые возникают у различных целевых групп. На основании подобных звонков уже сейчас можно выявить закономерности, которые позволяют исправить ситуацию, а главное, предотвратить повторение ошибок в других регионах.

– То есть, на сколько я вас поняла, вы говорите о новом этапе сотрудничества с Нацпроектом?

– В общем, да. К сожалению, до настоящего времени в рамках Национального проекта могла быть поддержана только работа консультантов. На все остальное нам надо было найти финансирование. И в 2008 году мы его наконец-то нашли – нас поддержала компания «Джонсон и Джонсон». Благодаря этому мы смогли снять офис и оборудовать там полноценный колл-центр, на базе которого теперь могут нормально работать обе линии – и государственная Горячая линия, и наша, теперь уже как Телефон доверия.



Фактически, мы всегда работали именно как Телефон доверия, а не как Горячая линия.

Учитывая, что Горячая линия Роспотребнадзора оказывает в большей части услуги по информированию абонентов о ВИЧ-инфекции и занимает нишу информированности в области профилактики, а Телефон доверия «Шаги» оказывает консультационные услуги людям, уже имеющим ВИЧ-инфекцию, а также их близкому окружению, то совместная работа этих двух интеллектуальных номеров только дополняет друг друга, оказывая весь комплекс профилактических услуг, включая первичную, вторичную и третичную профилактику. Это может стать началом «Центра социальных горячих линий».

Используя единый обучающий и супервизионный ресурс можно говорить о высоком качестве обслуживания абонентов. Телефон доверия «Шаги», через своих партнеров в регионах оказывает также услуги по кейс-менеджменту и дальнейшему ведению абонентов.

Режим работы Горячей линии может быть круглосуточным. Поскольку месторасположение нашего колл-центра очень удобно для работы (центр Москвы), существует возможность гибко организовывать график работы операторов, учитывая ночные смены, оперативный вызов дополнительных операторов при проведении рекламных кампаний и прочее.

Кроме того, мы берем на себя подготовку операторов для работы на Горячей линии, а также проведение супервизий. РОФ «Шаги» регулярно проводит обучающие мероприятия по вопросам, связанным с ВИЧ-инфекцией как для НКО, так и для государственных структур, и имеет хорошие рекомендации и отзывы по проделанной работе.

– А вы уже вели переговоры с представителями Нацпроекта по новым предложениям?

– Да, предварительные переговоры были проведены. Кроме того, так как наша идея о создании Горячей линии трансформировалась, и теперь мы занимаемся созданием «Центра социальных горячих линий», то и интерес к нашей работе начал возрастать. Уже есть несколько потенциальных партнеров, которые хотят с нами сотрудничать.

В ближайшее время, кроме тесного сотрудничества с государственной Горячей линией, мы собираемся развернуть несколько Горячих линий и Телефонов доверия. В первую очередь мы хотим сделать Телефон доверия по вопросам наркозависимости и реабилитации. Также планируем открывать Горячую линию по туберкулезу.

– Ну что ж, от всей души желаю вам успехов.

– Спасибо.

Вела беседу К. Ляшенко



ВИЧ и спорт*

Спортсмены вообще и особенно известные являются примерами для подражания — нравится это им или нет. Люди, болельщики, коллеги, которые их окружают, наблюдают и обсуждают каждое их действие.

Публика пристально следит за реакциями спортсменов в той или иной ситуации. Их слова и действия могут иметь большее влияние на молодежь, чем все педагогические приемы вместе взятые. Эти спортсмены являются для молодежи примерами того, как можно в самих себе открыть и реализовать скрытые таланты, а также стимулируют желание сделать еще больше в борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИДа. Например, абсолютный чемпион мира по боксу Константин Цзю дал свое согласие на участие в проекте «Спорт против ВИЧ», который организует тюменский областной центр по борьбе со СПИДом. Концепция проекта сводится к популяризации здорового образа жизни, пропаганде семейных отношений, ответственности за себя и окружающих. Организаторы полагают, что этот проект станет федеральным, а видеоролики с участием известных спортсменов могут появиться на Первом канале ТВ, а также на телеканалах «Россия» и СТС. Кроме Цзю, согласие на участие в акции дала известная тюменская спортсменка, чемпионка мира по бодибилдингу Наталья Проскуракова. Другим ярким примером борьбы спортсменов с эпидемией ВИЧ/СПИДа может служить сотрудничество швейцарской команды «Sauber Petronas» с UNAIDS и UNDP, что само по себе является уникальным в истории «Формулы-1». Главная цель этого сотрудничества — борьба со СПИДом. «Sauber» предложила разместить на своих гоночных болидах надпись «STOP-AIDS» («Остановите СПИД»), а также красную ленту.

В связи с этим главный советник UNAIDS Ноэрин Калиба заявила: «Эпидемия СПИДа становится все страшнее, но еще есть луч надежды. Профилактические меры дают результат. Если мы привлечем внимание инициативами, подобными этой, то может увеличиться число людей, которые защитят себя от ВИЧ-инфекции, а также поможем тем, кого затронула эпидемия».

* Из кн. «СПИД и спорт» (авторский коллектив: А.П. Сельцовский, С.В. Поляков, А.И. Мазус, З.Г. Орджоникидзе, Ю.В. Мартынов, Н.А. Сирота, Г.Ю. Панкова, под ред. А.П. Сельцовского); М., «Практическая медицина», 2008.

Вопрос распространения ВИЧ/СПИДа стоит очень остро и не только из-за проблем, связанных с медицинскими аспектами, но и потому, что людям, живущим с ВИЧ, сложно адаптироваться в социальной среде из-за резкого неприятия их окружающими. Поэтому теннисный турнир, который прошел в Москве 17 декабря 2006 года, был посвящен Всемирному дню борьбы со СПИДом, а девиз турнира – «Живи и побеждай». В спорте, как и в заболевании, главное – это преодоление себя и обретение победы – или жизни.

Голос спортсменов является еще одним важным средством распространения информации о профилактике и воспитания сочувственного отношения к больным ВИЧ/СПИДом.

Побороть дискриминацию, связанную с ВИЧ-инфекцией и СПИДом, можно лишь рассматривая это заболевание в его человеческом контексте, а не только с медицинской точки зрения.

Привлечение ВИЧ-инфицированных спортсменов и спортсменок для борьбы с эпидемией ВИЧ-инфекции явилось чрезвычайно важным и благотворным для выработки нормального, терпимого (толерантного) отношения к ВИЧ-инфицированным, а также с точки зрения образца поведения для других спортсменов разного возраста.

Спортсмены, как ВИЧ-инфицированные, так и нет, вносят большой вклад в привлечение внимания общественного мнения к ВИЧ-инфекции и тем самым оказывают услугу людям.

ВИЧ-позитивные спортсмены, участвующие в борьбе с дискриминацией в отношении ВИЧ-инфицированных:

- Руди Галиндо (США) – чемпион страны по фигурному катанию;
- Артур Эш (США) – чемпион страны по теннису;
- Грег Луганис (США) – пятикратный олимпийский чемпион по прыжкам в воду;
- Мэдрик Джонсон (США) – баскетболист NBA, чемпион Олимпийских игр;
- Роб МакКолл (Канада) – обладатель олимпийской бронзовой медали в фигурном катании;
- Рой Симмонс (США) – бывший игрок команды «Нью-Йорк Джантс» национальной футбольной лиги (американский футбол).

Спортсмены, поддержавшие акции по привлечению общественного внимания к проблеме СПИДа и по борьбе с дискриминацией ВИЧ-инфицированных лиц:

- Бритта Хейдеманн (Германия) – бронзовая олимпийская медаль, фехтование;
- Кати Фриман (Австралия) – золотая олимпийская медаль, легкая атлетика;
- Дикембе Мутомбо (Демократическая Республика Конго) – баскетболист ПРООН;

- Женская команда, эстафета 4 × 400 метров: Яна Небер, Анке Феллер, Клаудия Маркс и Клаудия Хоффманн (Германия);
- Георгий Хаджи (Румыния) – один из лучших футболистов в истории страны;
- Франки Фредерикс (Намибия) – четырехкратный обладатель серебряной медали на Олимпиаде, по легкой атлетике;
- Луиш Фигу (Португалия) – один из лучших футболистов в истории страны, призер Еврокубков и чемпионатов Европы;
- Мэттью Пинсент (Великобритания) – четырехкратный олимпийский чемпион по гребле;
- Нико Мотчебон и Хейке Хенкель (Германия) – золотая олимпийская медаль в прыжках в высоту;
- Роналдо (Бразилия) – чемпион мира, неоднократный призер чемпионатов мира и еврокубков по футболу;
- Сергей Бубка (Украина) – многократный чемпион мира и Олимпийских игр по прыжкам с шестом;
- Санат Ясурия (Шри-Ланка) – крикет;
- Томас Шмидт (Германия) – золотая олимпийская медаль в гребном слаломе;
- Япинг Денг (Китай) – чемпионка по настольному теннису, четырехкратная обладательница золотых медалей Олимпийских игр;
- Кипчоге Кейно (Кения) – двукратный олимпийский чемпион в беге на среднюю дистанцию;



Питер Пиот: «Каждый третий из 40 млн людей, являющихся носителями ВИЧ-инфекции, не достиг еще 25 лет, и многие из них имеют отношение к спорту, являясь либо болельщиками, либо непосредственно спортсменами. Жизненно необходимо, чтобы молодежь имела доступ к информации о ВИЧ, для того чтобы избежать ВИЧ-инфицирования и вести здоровую и плодотворную жизнь. Увлечение спортом и физической культурой способствуют объединению интересов и обмену информацией между молодежью всех регионов мира».

- Наваль Эль Мутавакель (Марокко) – олимпийский чемпион в беге с препятствиями;
- Евгений Плющенко – неоднократный чемпион мира и Олимпийских игр по фигурному катанию;
- Марат Сафин – обладатель кубка Дэвиса, экс-первая ракетка мира;
- Василий Рочев – капитан сборной России по лыжным гонкам;
- Евгений Дементьев – член сборной России по лыжным гонкам;
- Иван Алыпов – член сборной России по лыжным гонкам.

Современное поколение молодежи никогда не знало мира без СПИДа. Молодые люди в возрасте от 15 до 24 лет, с одной стороны, в наибольшей степени подвержены риску инфицирования ВИЧ, так как на их долю приходится более половины всех новых случаев заболевания ВИЧ-инфекцией, а с другой стороны, именно на молодых людей возлагают самые большие надежды в отношении решительного наступления на эпидемию ВИЧ-инфекции. В то же время известно, что большинство молодых людей начинает активную половую жизнь в подростковом возрасте, многие до 15 лет, и при этом миллионы молодых людей не имеют полной достоверной информации о ВИЧ/СПИДе. Считают, что каждый день заражается ВИЧ-инфекцией около 12 000 человек.



Евгений Дементьев: «Мы хотели, чтобы люди видели, что это не страшно, хотели на 100% убедиться, что мы (члены сборной России по лыжам – прим. авт.) здоровы. Никогда не думали, что эта процедура вызовет у нас такое волнение. Перед тем как пойти на тест, мы были полностью в себе уверены. А как только сдали анализ, откуда-то из глубины души полезли страшные мысли и сомнения в том, так ли это. И все потому, что мы тоже многого о себе не знаем и так же, как все, не защищены от ВИЧ!»

Таким образом, люди, занимающиеся спортом, также могут подвергаться риску заражения ВИЧ-инфекцией. Поэтому возрастает роль первичного уровня профилактики ВИЧ/СПИДа. Однако перед тем как вести просветительскую работу по проблеме ВИЧ/СПИДа с другими, необходимо стать компетентным в этих вопросах – это означает не только знание базовых понятий, касающихся ВИЧ/СПИДа, но и ведение такого образа жизни, который позволит предотвратить заражение ВИЧ.

Почему молодежь подвержена риску заражения ВИЧ-инфекцией?

- Почти 60% всех ВИЧ-инфицированных людей в мире не знает о том, что у них имеется вирус, и, таким образом, они могут передать его другим.
- Заболевания, передающиеся половым путем (ЗППП), являются наиболее распространенными в среде молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет. ЗППП способствуют передаче ВИЧ-инфекции.
- Молодые люди особенно уязвимы в отношении ЗППП, и большинство из них знает об этих инфекциях очень мало. Молодые люди, начинающие половую жизнь в раннем возрасте, наиболее склонны к смене партнеров и, тем самым, в большей степени подвержены опасности заражения ЗППП.
- Молодые люди не склонны обращаться за помощью в соответствующие учреждения здравоохранения.
- Молодежь зачастую специально подвергает себя неоправданному риску и имеет тенденцию к экспериментированию – это касается и секса, и употребления наркотиков, в том числе инъекционных.
- Злоупотребление алкоголем, свойственное некоторым молодым людям, может вызвать тягу к занятиям сексом и желание принять наркотик, что может привести к ВИЧ-инфицированию.

Необходимо понимать, что СПИД создает реальную угрозу нашему будущему, и каждый из нас должен сыграть свою роль в предотвращении распространения ВИЧ-инфекции, а также оказании поддержки и проявлении заботы о людях, живущих с ВИЧ-инфекцией или СПИДом.

Спортивные клубы и спортивные мероприятия являются идеальным местом, где спортсмены различного возраста могут открыто обсуждать в своем кругу вопросы сексуальной жизни и недопустимость употребления наркотиков. В связи с этим одним из условий эффективности такой работы является получение достоверной информации от медиков и других квалифицированных специалистов, занимающихся проблемами СПИДа.

Спортсмены, тренеры, спортивные врачи и весь персонал команд, с одной стороны, совместно проводят много времени во время сборов,

турниров, соревнований в различных регионах мира, а с другой — они оторваны от семьи, близких и родственников. В этих условиях возрастает опасность действия тех или иных факторов риска инфицирования заболеваниями, передаваемыми половым путем, в том числе и ВИЧ-инфекцией. Только неукоснительное соблюдение правил гигиены и принципов здорового образа жизни позволит избежать действия факторов риска инфицирования.

В связи с этим одной из важнейших задач администраторов, тренеров и самих спортсменов является информационно-просветительская деятельность, направленная на предотвращение заражения ВИЧ-инфекцией подчиненных, подопечных и товарищей.

Эти усилия призваны способствовать повышению компетентности окружающих в вопросах ВИЧ/СПИДа.

Необходимо помнить, что ваше личное поведение оказывает на молодых людей большее влияние, чем любая информация, от кого бы она ни исходила.

ВЛИЯНИЕ ЗАНЯТИЙ ФИЗКУЛЬТУРОЙ И СПОРТОМ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ

Влияние физической активности на состояние здоровья ВИЧ-инфицированных. Считается, что умеренная физическая активность (физкультура, любительский спорт) положительно влияют на состояние ВИЧ-инфицированных людей. Умеренная физическая активность укрепляет иммунную систему, повышает способность организма бороться с ВИЧ-инфекцией и может отсрочить заболевание СПИДом. Если учесть, что 90% ВИЧ-инфицированных людей не знают, что они инфицированы, то физическая активность может значительно улучшить состояние иммунной системы большого количества людей, находящихся в неведении относительно своей инфицированности. Физическая активность представляет собой часть программы, направленной на то, чтобы продлить жизнь ВИЧ-инфицированных людей. Регулярная физическая активность не только предохраняет сердечно-сосудистую систему ВИЧ-инфицированных людей — психологические тесты показывают также, что занятия физической культурой улучшают качество жизни, помогают побороть депрессию, стресс и обрести бодрость. Физическая активность помогает сосредоточиться на здоровье, а не на болезни.

Занятия физкультурой закладывают основы социальной интеграции и поддержки, что чрезвычайно важно для ВИЧ-инфицированных.

Люди, занимающиеся спортом, представляют собой сплоченную силу, учитывая время, которое они уделяют своим занятиям, и ценности, которые они защищают. Они олицетворяют собой приверженность и желание содействовать

делу, которое идет на пользу всем, в том числе им самим и общественности в целом. Физическая активность помогает людям оставаться в хорошей форме и повышает их уверенность в себе.

Какие виды физической активности могут быть наиболее подходящими для ВИЧ-инфицированных? Наибольшую пользу приносят разновидности физической активности, которые развивают и укрепляют организм, — это могут быть регулярные упражнения для развития мускулатуры с небольшой нагрузкой, укрепляющей мышцы, или же такие виды спорта, как велоспорт, ходьба, бег, плавание или аэробика, то есть те, которые повышают аэробную выносливость.

Занятия единоборствами нежелательны, так как с ними сопряжен умеренно выраженный риск заражения ВИЧ-инфекцией вследствие травм, вызывающих кровотечение.

Таким образом, важно помнить следующее:

- занятия физической активностью не должны носить форсирующий характер и вызывать физических и психических перегрузок, угнетающих иммунную систему;
- более предпочтительны виды физической активности, носящие аэробный характер (так называемые «циклические» виды), укрепляющие иммунную систему в сочетании с умеренными силовыми нагрузками, позволяющими поддерживать мышечную силу;
- занятия некоторыми игровыми видами спорта и единоборствами не рекомендуют, так



Иван Альпов: «Каждый человек такой, какой он есть. Среди нас есть те, кого затронула эпидемия, и мы должны им помочь. Многого не нужно! На самом деле достаточно, чтобы люди с положительным ВИЧ-статусом поняли, что они могут поддерживать свое здоровье и жить долго и полноценно, а общество — что ВИЧ-положительный человек ничем не отличается от других и не представляет собой никакой угрозы, чтобы общество не отворачивалось от людей, живущих с ВИЧ»

как вследствие возможных травматических повреждений возникает возможность попадания крови на кожу и слизистые других людей;

- если у вас есть неврологическая патология и симптомы неврологического характера, такие как головокружение, судороги, — следует избегать занятий сложнокоординационными видами спорта и/или видами физической активности, сопряженными с опасными условиями окружающей среды (например, подводное плавание, парашютный или мотоциклетный спорт и др.).

Влияние профессиональных занятий спортом на состояние здоровья ВИЧ-инфицированных. В отличие от занятий любительским спортом, цель спортсмена-профессионала — достижение победного результата. Это приводит к повышенной мобилизации нервной системы и максимальному напряжению физических сил. Профессиональный спортсмен, по сути, работает на грани своих возможностей. Это приводит к нервно-психическому и физическому стрессу и снижению активности иммунной системы. Все вышеперечисленное создает условия для размножения вируса и развития скрытых и явных инфекционных процессов. Поэтому очень важно, чтобы спортсмен, у которого обнаружен ВИЧ, знал обо всех этих нюансах.

В то же время для многих профессиональных спортсменов весь смысл жизни, а также материальный доход связаны с занятиями спортом.



Вячеслав Фетисов: «Первенство мира-78 в Праге, на котором я дебютировал в составе сборной СССР, кажется было только вчера. У нас не было такой проблемы, как спорт и СПИД. Прошло тридцать лет. Почему мы стали говорить об этой проблеме? Молодые ребята, лишённые возможности заниматься спортом в период перестройки, стали уязвимыми к ВИЧ/СПИДу. Правительственные программы по развитию спорта — наш вклад в борьбу с ВИЧ-инфекцией. Трус не играет в хоккей! Это точно. ВИЧ, как это не парадоксально звучит, смелым людям не страшен. Спросите «почему?» — да потому, что смелость проявляется не в бездумном и безумном сексуальном или наркотическом риске, а в том, чтобы иметь смелость быть верным своему слову и делу, другу и любимой женщине, своим мечтам и стремлениям».

Поэтому:

- спортсмен должен выбрать для себя свой путь сам — продолжать занятия спортом или отказаться от профессиональной деятельности, — для чего должен быть полностью обо всем информирован;

- в случае продолжения занятий спортом атлету должен быть предоставлен соответствующий уровень медицинского наблюдения и консультации специалистов, компетентных в отношении ВИЧ-инфекции;

- если спортсмен отказывается от продолжения занятий спортом, ему следует помочь и провести в должном объёме медицинскую и социальную реабилитацию.

Контроль самочувствия при занятиях физической культурой и спортом. Если человек является ВИЧ-инфицированным, то, возможно, для него физическая активность имеет другой смысл, чем для участников спортивных состязаний или для людей, которые просто следят за своим здоровьем. При осознании ВИЧ-инфицированности у спортсмена может возникнуть множество вопросов, касающихся его состояния. Некоторые симптомы, даже самые легкие, которым здоровый человек не придает значения, могут быть для них неприятными. Часто встают вопросы о том, как должен функционировать организм в данных условиях: какие ощущения являются нормальными, а какие — нет. Ощущение усталости может восприниматься инфицированными совершенно иначе, чем здоровыми людьми.

Перед ВИЧ-инфицированными, которые получают противовирусную терапию, встают новые проблемы, связанные с употреблением препаратов и их побочными действиями.

Побочные действия препаратов могут снижаться благодаря физической активности. Таким образом, физическими упражнениями можно улучшить самочувствие и состояние здоровья, независимо от характера проблемы — будь то мышечная усталость, изменение жировых запасов организма, изменение уровня холестерина в крови, изменения в обмене веществ или остеопороз. Физическая активность приносит пользу в любом случае, когда она не форсируется и человек не работает на грани своих возможностей.

Есть ли виды спорта, являющиеся опасными для ВИЧ-инфицированных? Все виды спорта, где возможны травмы и кровотечения, представляют собой риск заражения через кровь ВИЧ-инфекцией или вирусным гепатитом. Кроме того, в профессиональных видах спорта слишком интенсивные тренировки, как было уже сказано ранее, могут ослабить иммунную систему и, следовательно, нанести вред здоровью.

Следует ли разглашать факт ВИЧ-инфицированности коллегам? Спортсмен не обязан ставить в известность кого бы то ни было о своей ВИЧ-инфицированности; однако, в том случае

если нагрузки являются очень интенсивными, следует поговорить об этом с тренером. Человек, которому доверена информация о ВИЧ-инфицированности, обязан не разглашать данную информацию без согласия спортсмена.

Должен ли спортсмен проходить обследование на ВИЧ-инфекцию? В России, как правило, спортсмены при прохождении углубленного медицинского обследования (УМО) сдают анализ крови на ВИЧ и вирусные гепатиты. Эти обследования являются важными, так как по их результатам можно дифференцированно отслеживать здоровье спортсмена, давать ему соответствующие рекомендации, которые могут послужить залогом физического и профессионального долголетия, а также должного качества жизни. Если же спортсмен не будет знать о своей инфицированности, это может привести к негативным последствиям как для него, так и для окружающих.

Как свести к минимуму риск инфицирования ВИЧ? Большинство из нас не задумывается о вероятности заражения ВИЧ-инфекцией. Однако она в современных условиях достаточно высока, и заразиться ВИЧ-инфекцией можно в следующих случаях:

- незащищенный секс с новым партнером либо с партнером, который придерживается свободного сексуального поведения; способ защиты – презерватив либо твердый отказ;
- употребление внутривенных наркотиков, даже если это единичный «опыт»; способ защиты – твердый отказ;
- переливание донорской крови, не прошедшей специальных исследований на вирусобезопасность, плазмы, не прошедшей 3–6-месячную карантинизацию, с повторным исследованием крови донора; способ защиты – требование предоставить информацию о дате заготовки крови и результатах тестирования на ВИЧ;
- повторное использование одноразовых шприцев или систем переливания крови или нарушение правил стерилизации многоразовых шприцев, медицинского инструментария и оборудования (ВИЧ гибнет даже при нагревании до 65°C, вирусы гепатита В и С – только при автоклавной обработке); способ защиты – требование вскрывать упаковку шприца или системы в вашем присутствии или гарантии их стерилизации;
- нарушение санитарных правил при проведении татуажа, маникюра, педикюра и прочих манипуляций, при которых возможен контакт с кровью; способ защиты – требование информации о стерилизации инструментов и санитарного сертификата, дающего право на занятие предпринимательской деятельностью в сфере оказания услуг населению.

В случае, если у спортсмена имеется травма, инфекция или же кожное повреждение, следует спросить совета врача. Необходимо подождать до полного выздоровления, прежде чем возоб-

новить занятия спортом. Если травма получена в процессе занятия спортом, следует тут же остановить тренировку и заняться травмой с наложением стерильной повязки на рану.

Избежать заражения ВИЧ/СПИДом можно соблюдая «Простые правила против СПИДа», разработанные Департаментом здравоохранения города Москвы для молодежи российской столицы:

- *Правило № 1* – Любовь и верность своему партнеру – твоя защита от СПИДа.
- *Правило № 2* – Жизнь дороже мгновения сомнительного удовольствия!
- *Правило № 3* – Игла наркомана и случайные связи – так вирус попадает в твою кровь!
- *Правило № 4* – «Безопасного» секса не бывает!
- *Правило № 5* – ВИЧ и другие инфекции, передающиеся половым путем, – угроза для твоего репродуктивного здоровья!
- *Правило № 6* – Никто не защитит тебя от СПИДа, если ты сам о себе не позаботишься!

СВЕДЕНИЕ К МИНИМУМУ РИСКА ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА СПОРТИВНЫХ ПЛОЩАДКАХ

Риск заражения ВИЧ-инфекцией в рамках спортивных состязаний крайне невысок, а заражение тех спортсменов, которые являются ВИЧ-инфицированными, происходит, как правило, в условиях, не связанных с занятиями спортом. Это означает, что люди, занимающиеся спортом, сталкиваются с теми же проблемами ВИЧ-инфекции, что и все остальные. Однако следует сделать так, чтобы были соблюдены



Елена Исинбаева: «Не только в спорте, но и в жизни главное – взять свою высоту, добиться как спортивного успеха, так и выполнить максимум того, что тебе дано. Нельзя допускать никакого риска заражения ВИЧ-инфекцией. Ведь в жизни совсем другие задачи. Поэтому надо знать о методах защиты от ВИЧ/СПИДа, но главное – быть цельным, целеустремленным человеком, нравственным и честным по отношению к себе и другим. Вот что дает уверенность в борьбе со СПИДом».

все меры предосторожности для избегания заражения через кровь, с тем чтобы свести к минимуму возможность заражения ВИЧ-инфекцией во время занятий спортом.

Большинство стран проводят официальную политику о неразглашении состояния человека в том, что касается ВИЧ-инфекции. То есть спортсмены не обязаны уведомлять кого бы то ни было о том, являются ли они ВИЧ-инфицированными, но им не рекомендуется заниматься единоборствами и травмоопасными игровыми видами спорта. Исходя из этой политики неразглашения, при оказании медицинской помощи спортсмен, получивший травму, должен рассматриваться как потенциально ВИЧ-инфицированный, то есть необходимо соблюдение всех мер предосторожности при контакте с кровью.

Существует много различных способов, позволяющих снизить риск передачи ВИЧ-инфекции или других болезней, передающихся через кровь, на спортивной площадке, в частности, при непосредственном контакте или в случае кровотечения.

О мерах предосторожности на спортивных площадках

- Отсутствие защитных элементов экипировки (таких, как приспособления для защиты зубов и десен, шитки, шлем и др.) могут увеличить возможность заражения ВИЧ-инфекцией. Спортивные тренеры, административные работники и другие официальные лица должны обязать спортсменов носить соответствующую экипировку во время спортивных состязаний.



Андрей Аршавин: «Мы молоды, но каждый час, каждый миг нашей жизни дает нам новый опыт. Это как в игре с сильным соперником. Ты не должен проиграть. Поэтому собранность, умение думать и планировать свои действия, чувство поддержки близкого человека и уверенность в своем партнере — вот ключи успеха как в спорте, так и в жизни. И ты не проиграешь!!! Выиграть в футбол можно лишь сплоченной командой. Мы отдаем все силы для победы. «Россия, вперед!» — вот что звучало на Европейском чемпионате по футболу. Только вместе, единой командой мы можем победить ВИЧ/СПИД. ВИЧ таких, как мы с тобой, не сможет победить!»

- Люди, оказывающие медицинскую помощь спортсменам на спортивных площадках, должны быть привиты против вирусного гепатита В.

- Необходимо, чтобы люди, оказывающие медицинскую помощь спортсменам на спортивных площадках, соблюдали общие меры предосторожности, предусмотренные при контакте с кровью.

- Площади, испачканные кровью или другими биологическими жидкостями, должны быть обработаны раствором дезинфектанта (например, 3%-ным раствором хлорамина).

Список правил, направленных на снижение степени риска заражения ВИЧ-инфекцией в процессе спортивных состязаний, предполагающих непосредственный физический контакт или связанных с возможностью возникновения кровотечения [впервые разработан национальным Советом Австралии по СПИДу (ANCA) и Австралийской Федерацией спортивной медицины (ASMF)]:

- Если у спортсмена имеются кожные повреждения, необходимо сообщить об этом официальному ответственному лицу и оказать медицинскую помощь.

- В случае кожных повреждений необходимо сразу же их продезинфицировать.

- Соответствующим образом наложить повязку; в случае, если рана кровоточит, участие этого спортсмена в состязаниях должно быть приостановлено, а рана должна быть тщательно промыта и закрыта водонепроницаемой повязкой.

- Люди, оказывающие первую медицинскую помощь в случае кровотечения, должны быть в защитных перчатках.

- В случае повреждения кожных покровов следует тщательно промыть рану водой с мылом или же любым другим возможным средством, содержащим дезинфицирующий компонент.

- Запрещается использовать вторично грязные полотенца.

- В случае наличия пятен крови на одежде ее следует сменить сразу после обработки раны. Испачканную одежду следует взять руками в перчатках, замочить в дезинфицирующем растворе и только затем подвергнуть стирке при высокой температуре.

- В случае, если кровь попала на кожу, независимо от наличия или отсутствия кожных ран или царапин, необходимо промыть рану водой с мылом.

- В случае попадания в глаза следует тщательно промыть их водой или изотоническим раствором хлорида натрия.

- В случае, если кровь попала в рот, следует сплюнуть и прополоскать рот водой несколько раз.

- В случае, если вам кажется, что существует риск заражения, следует получить консультацию

у компетентного по вопросам ВИЧ-инфекции врача в соответствующем медицинском учреждении.

Вышеприведенные меры не являются ни сложными, ни дорогостоящими, но их необходимо соблюдать всем спортсменам, тренерам, наставникам и медицинскому персоналу. Чтобы ознакомить с этими правилами всех работающих со спортсменами лиц, правила следует разместить в раздевалке на стенде рядом с аптечкой.

СТИГМА И ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЕ СПОРТСМЕНЫ

ВИЧ-позитивные люди не являются больными, они просто ВИЧ-инфицированы. Очень часто для ВИЧ-инфицированных препятствием для участия в спортивных мероприятиях является не сам вирус, а отношение окружающих. ВИЧ-позитивные часто страдают от крайнего одиночества. Спортсмены, тренеры и наставники должны поддерживать ВИЧ-инфицированных людей, интегрировать их в состав команды, относиться к ним с уважением и поощрять их, словом, относиться к ним точно так же, как и к другим.

На сегодняшний день не зарегистрировано ни одного случая заражения ВИЧ-инфекцией в рамках спортивных мероприятий. Следовательно, никакие ограничения на участие в спортивных мероприятиях ВИЧ-инфицированных не являются оправданными.

Решение о разрешении заниматься спортом в том, что касается ВИЧ-инфицированного человека, должно основываться исключительно на состоянии его здоровья.

Лучшим способом профилактики передающихся через кровь инфекций в условиях спортивных состязаний является соблюдение общепринятых правил в отношении кровотечений. Эти правила необходимо соблюдать в любом случае:

- во время игры, спортсмены должны быть осведомлены о возникающих травмах и ставить в известность тренера или спортивного наставника относительно наличия открытой раны. То есть тренеры, официальные лица и другие игроки должны проявлять бдительность в отношении травм, которые приводят к кровотечению;

- спортсмен, получивший травму с кровотечением, должен покинуть поле;

- кровотечение должно быть остановлено по правилам, которые применяются в подобных случаях; спортсмен сможет продолжить участие в игре только после того, как кровотечение будет остановлено, а рана промыта, обработана и закрыта;

- сведения о личности ВИЧ-инфицированного должны оставаться конфиденциальными, то есть люди, включая тренеров и коллег, которым ВИЧ-инфицированный спортсмен доверил

эту информацию, должны хранить тайну в любой ситуации, кроме случая, когда сам спортсмен принимает решение сделать эту информацию достоянием гласности.

Тренеры или спортивные руководители обязаны:

- быть готовыми пересмотреть устоявшиеся взгляды, которые противоречат гуманному отношению к ВИЧ-инфицированным спортсменам (например, прекратить шутки, носящие дискриминационный характер);

- говорить со всеми спортсменами, включая ВИЧ-инфицированных, о необходимости правильного питания и отдыха; следить за соблюдением мер предосторожности, когда приходится иметь дело с кровоточащими ранами;

- признавать и защищать права и интересы тех, кто в этом нуждается, включая ВИЧ-инфицированных.

Спортсмены должны:

- *быть настоящими друзьями*; коллега, живущий с ВИЧ-инфекцией, не перестает от этого быть другом; невозможно заразиться ВИЧ-инфекцией при занятиях спортом, рукопожатии или совместной работе;

- *принимать других такими, какие они есть*; ВИЧ-инфицированные люди нуждаются не в жалости, а в поддержке; они хотят иметь возможность жить полноценной жизнью на спортивной площадке и вне нее;

- *быть информированными*; словосочетание «ВИЧ-инфекция» может вызывать опасение, поэтому важно иметь достоверную информацию; если располагать такой информацией, то можно избежать многих неоправданных предубеждений; известно, что общение с ВИЧ-инфи-



Сергей Макаров: «Я уверен, что настоящему спортсмену есть, что сказать молодым людям. Спорт — это дисциплина, верность и любовь. Спорт — это ответственность. В хоккее все это — необходимые элементы. Именно они не позволяют проникать ВИЧ/СПИДу в ряды сильных и смелых».

цированными ничем не угрожает; необходимо взять за правило не бояться ВИЧ-инфицированных людей, так как для этого нет никаких оснований, и выполнять указания тренера, если на спортивной площадке вы имеете дело с кровотокающей раной.

Действия, способствующие интеграции ВИЧ-инфицированных, включают в себя:

- работу с молодыми ВИЧ-инфицированными с целью помочь им противостоять недоброжелательному отношению и предубеждениям со стороны некоторых людей;

- привлечение спортсменов и спортсменок, являющихся ВИЧ-инфицированными или больными СПИДом в качестве консультантов и экспертов, и общение их между собой.

Отношение тренеров и спортсменов к ВИЧ-позитивным спортсменам:

- ВИЧ-инфицированные спортсмены должны иметь возможность участвовать во всех видах спортивных соревнований;

- ВИЧ-инфицированные спортсмены должны располагать информацией о всех способах передачи вируса и возможностях заражения им других людей;

- ВИЧ-инфицированные спортсмены имеют право на конфиденциальность информации о ВИЧ-статусе;

- необходимо строгое соблюдение показаний для проведения внутривенных инъекций спортсменам, а в случае их необходимости —

соблюдение всех правил проведения парентеральных манипуляций;

- все спортсмены должны иметь возможность получить консультацию по вопросам заражения ВИЧ-инфекцией половым путем, а также быть готовыми пересмотреть устоявшиеся взгляды, противоречащие гуманному отношению к ВИЧ-инфицированным спортсменам;

- следует просвещать спортсменов, включая ВИЧ-инфицированных, относительно правильного питания и отдыха;

- важно следить за соблюдением всех мер предосторожности, когда приходится иметь дело с кровотокающими ранами;

- необходимо признавать и защищать права и интересы тех, кто в этом нуждается, включая ВИЧ-инфицированных.

Следует помнить: «Дискриминацию инициирует не ВИЧ-инфекция, а люди».

СПОРТИВНЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОБЛЕМЫ ВИЧ/СПИДА

Профилактика ВИЧ-инфекции на рабочем месте. Одной из функций Национальных олимпийских комитетов, спортивных организаций, клубов и федераций является функция работодателя. Может случиться, что некоторые служащие спортивной организации являются ВИЧ-позитивными или больными СПИДом. Многие из них, возможно, не желают предавать огласке свой ВИЧ-статус или же тот факт, что их друзья или родственники умерли от СПИДа; другие, наоборот, желают говорить об этом открыто.

Спортивные организации должны не только следить за тем, чтобы спортсмены были защищены от заражения ВИЧ-инфекцией и не совершали актов дискриминации в отношении ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом людей; они должны сделать так, чтобы профессиональная среда была надежным местом, где можно было бы обсудить свои проблемы, не исключая проблемы ВИЧ-инфицирования.

Каждый сотрудник и организация в целом должны занимать гуманистическую позицию в отношении ВИЧ-инфицированных.

В июне 2001 года Международная организация труда (МОТ) разработала свод практических правил по вопросам ВИЧ/СПИДа в сфере труда. В дальнейшем МОК утвердил этот свод правил, содержащий основные принципы и практические указания, на базе которых принимаются эффективные меры по следующим вопросам:

- профилактика ВИЧ-инфекции;
- контроль за ВИЧ-инфекцией в профессиональной среде;

- уважительное отношение и поддержка ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом сотрудников;

- полное отсутствие дискриминации.



Дмитрий Аленичев: «Мы — команда не только в футболе, но и в жизни. Значит — мы доверяем друг другу, верим в себя и товарищей. Это самое главное. Вот эти правила и есть защита от ВИЧ-инфекции и СПИДа».

Действия, описанные ниже, помогут спортивной организации занять правильную позицию по отношению к СПИДу.

Работа в сфере отношения к ВИЧ-инфицированным

Следует:

- изучать политику МОК в отношении ВИЧ/СПИДа (см. гл. «Политика Международного олимпийского комитета»), содержащую руководящие указания для Национальных олимпийских комитетов (в том числе Российского Олимпийского комитета), и определять, как спортивное сообщество могло бы ее осуществлять;
- разрабатывать и внедрять на рабочем месте наиболее приемлемую для вашей организации политику в отношении ВИЧ/СПИДа;
- обеспечить учет аспекта пола ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом согласно разработанной тактике;
- поощрять и поддерживать исследования, направленные против дискриминации и предвзятого отношения в спортивной среде.

Меры по профилактике ВИЧ-инфекции

Необходимо:

- помогать членам организации овладевать информацией, касающейся ВИЧ/СПИДа;
- включать в программу обучения тренеров, административных работников и спортсменов проблему ВИЧ/СПИДа (обучение обучающихся);
- следить за тем, чтобы соблюдались общие правила остановки кровотечения в случае травм и кожных повреждений на спортивной площадке;
- поощрять сдачу анализов на ВИЧ и, по возможности, обеспечивать предоставление консультационных услуг.

Уважительное отношение и поддержка

Следует:

- обеспечить возможность ВИЧ-инфицированным заниматься физической культурой и спортом;
- получить доверие ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом в семьях, спортивных клубах и обществах и оказывать им поддержку;
- постараться получить всеобъемлющую информацию относительно ВИЧ/СПИДа, чтобы не испытывать страха перед этим заболеванием;
- помогать местным ассоциациям в их деятельности, направленной на улучшение условий жизни для ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом;
- избегать обидных и негативных высказываний в адрес кого бы то ни было, включая ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом;
- принимать участие в различных акциях по борьбе со СПИДом.

Необходимо содействовать информационно-просветительским и пропагандистским меро-

приятиям, касающимся ВИЧ, на любом уровне (местном, национальном или международном).

Желательно, чтобы деятельность организации находилась в русле тех акций, которые предпринимают местные организации по борьбе с ВИЧ/СПИДом. Эти организации могут помочь в просветительской деятельности и предоставить вам документы и наглядные учебные материалы по проблеме ВИЧ/СПИДа.

Спортивные руководители и ассоциации, включая Российский олимпийский комитет, способствуют проведению учебных курсов и имеют материалы по проблеме ВИЧ/СПИДа. Они могут помочь в установлении партнерских отношений и предоставлении необходимых документов и информационных материалов.

Политика в отношении проблемы ВИЧ/СПИДа на рабочем месте. Большинство организаций проводят особую политику в отношении ВИЧ-инфицирования и СПИДа, так как они поставлены перед необходимостью быстро и четко реагировать на эпидемию, а также в силу того, что предвзятое отношение и дискриминация касаются, в первую очередь, ВИЧ-инфицирования и СПИДа. Тем не менее, конечной целью этих организаций является интеграция такой политики в более общую программу (относящуюся, например, к хроническим инфекционным заболеваниям в целом, в том числе и таким, как вирусные гепатиты). Действительно, для большого числа организаций разработка глобальной по-



Ирина Чашина: «Я очень люблю все то, над чем работаю, что делаю в жизни. Это одновременно дает мне ощущение женственности, грациозности и силы. Это дает ощущение контроля над ситуацией. Мне нравится добиваться успехов, ощущать со стороны окружающих радость за меня и поддержку. Но для этого необходима волевая концентрация, ежедневная работа над собой и бережное отношение к себе и людям. Это же важно и для тех, кто не хочет быть подвержен риску инфицирования ВИЧ, заболеть СПИДом».

литики в отношении ВИЧ/СПИДа может стать компонентом, способствующим построению других политических аспектов.

Элементы политики в отношении ВИЧ/СПИДа:

- определение задач такой политики и тактики их осуществления;
- ответственность за исполнение;
- конфиденциальность;
- гендерные аспекты;
- поведение, связанное с наименьшим риском инфицирования ВИЧ;
- риск заражения в рамках профессиональной деятельности или при иных обстоятельствах;
- медицинское страхование;
- сдача анализов и получение консультативной помощи;
- лечение;
- поощрение приема на работу ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом;
- выявление ВИЧ-инфицирования и учет занимаемой должности;
- информация и обучение;
- адекватные жилищные условия;
- предвзятое отношение и дискриминация;
- путешествия и выездные мероприятия;
- денежные ассигнования и вакцинация;
- нетрудоспособность;
- увольнение;
- процедура рассмотрения жалоб и дисциплинарные процедуры.



Александр Овечкин: «Дело в том, что серьезному спортсмену вряд ли вообще придет в голову что-либо такое, что связано с поведенческим риском заражения ВИЧ-инфекцией. Конечно же, никаких психоактивных препаратов. Это вообще немислимо. Никакого свободного времяпрепровождения, бездумных сексуальных контактов, и я думаю, что только так можно остановить эпидемию ВИЧ-инфекции».

Просвещение по проблеме ВИЧ/ СПИДа (руководство для спортивных тренеров и наставников). Просветительскую деятельность, направленную на профилактику ВИЧ/СПИДа, целесообразно проводить в небольших группах. Для того, чтобы осуществлять просвещение, необходимо:

- иметь достаточное представление о проблеме ВИЧ/СПИДа и употреблении ПАВ;
- обладать необходимыми знаниями и информацией;
- обладать достаточно высоким уровнем личностного здоровья;
- быть ответственным за свою жизнь, иметь адекватную самооценку, уметь делать выбор, иметь навыки общения и решения своих личных проблем;
- обладать определенными коммуникативными навыками;
- уметь войти в мир молодежи, не нарушая границ личности;
- уметь создать безопасную и поддерживающую обстановку;
- уметь нести знания «между строк», то есть пользоваться невербальным компонентом общения.

Любой человек, занимающийся просветительской деятельностью не формально, а грамотно и в соответствии с личным, профессиональным, человеческим и гражданским самосознанием, понимает, что он предлагает тем, с кем работает, обзор путей изменения поведения, которые могут быть использованы для профилактики ВИЧ/СПИДа.

Это значит, что необходимо проводить просветительскую работу, направленную на развитие следующих аспектов психической деятельности, поддерживающих и изменяющих поведение человека в более позитивную сторону:

1. Повышение осознания того факта, что благополучие и жизнь человека зависят от его нравственных установок, ценностных ориентиров и поведения в различных социальных ситуациях.

2. Повышение уверенности в том, что человек не одинок и в радости, и в беде. Он всегда может запросить и получить социальную и психологическую поддержку и имеет на это право. Ему просто нужно знать, каким образом и от кого ее запрашивать. При этом необходимо обладать определенным запасом социальной и коммуникативной компетентности.

3. Любая просветительская беседа или профилактическая активность должны давать возможность для высвобождения эмоций членов группы и разрешения возникающих и накопившихся у них вопросов.

4. Человек имеет определенные обязательства не только перед самим собой, своей семьей, но и перед обществом в целом. Он не может их не брать на себя в процессе взросления. В связи с этим решение изменить свое поведение в нап-

равлении более здорового, персонально и социально эффективного — это принятие на себя определенных важных обязательств.

5. Мало иметь информацию о ВИЧ и СПИДе, необходимо развивать персональный внутренний контроль и ответственность.

6. Любая профилактическая активность должна проводиться при условии взаимовыручки и уважения между людьми.

Что можно и чего нельзя делать при проведении профилактической беседы

Можно:

- Снижать привлекательность неупорядоченного, необдуманного образа жизни и употребления психоактивных веществ. Важно выяснить у молодых людей, в чем для них проявляются преимущества и недостатки того образа жизни, который они ведут. Что они хотели бы изменить, что — нет, и почему. Важно выявить ложные убеждения относительно ВИЧ-инфекции, уровень и характер имеющейся информированности о проблеме, чтобы знать, в каком направлении вести работу.

- Подчеркивать личную ответственность. Ответственность — это то, что человек, проявляющий неупорядоченное сексуальное поведение или употребляющий психоактивные вещества, не брал на себя в течение длительного времени. За счет повторения и уточнения того, что говорит человек, он часто сам начинает осознавать, насколько серьезна ситуация, и постепенно приходит к решению изменить поведение.

- Поддерживать поиск альтернативных вариантов поведения. В течение длительного времени многие люди не бывают по-настоящему озабочены поиском альтернативы своему нынешнему существованию. Стоит подумать вместе о тех альтернативных или новых вариантах поведения и сексуальных отношений, которые могут быть более позитивными, здоровыми и менее травматичными.

- Разъяснять задачи изменения поведения. Цели и задачи должны быть специфическими, измеримыми, приемлемыми, реалистичными и относящимися к определенному периоду времени.

- Демонстрировать эмпатию (сопереживание и понимание). Если человек, проводящий профилактическую беседу, с очевидностью придерживается эмпатического подхода, то молодые люди чувствуют, что их принимают, и стремление изменить поведение к лучшему возрастает.

- Поддерживать обратную связь. Не проявлять обратную связь, не продумав ее. Люди очень болезненно воспринимают неприятную информацию о своем поведении.

Нельзя:

- Осуждать людей.
- Обвинять людей.
- Оспаривать мнения.

- Подвергать сомнению, противостоять точке зрения.

- Вешать ярлыки.

- Неадекватно направлять. Прежде чем информировать сотрудников, необходимо проинструктировать руководство организации по вопросам, связанным с ВИЧ/СПИДом, и обеспечить получение достоверной информации, касающейся данной проблемы. Этот первичный раздел работы необходим для того, чтобы администрация могла:

- ответить на вопросы сотрудников, касающиеся проблемы ВИЧ/ СПИДа;

- направить в необходимые учреждения сотрудников, которые нуждаются в помощи или дополнительной информации;

- поддерживать позицию организации в вопросах ВИЧ/СПИДа и поддерживать и поощрять участие сотрудников в информационно-просветительской работе.

Учебные занятия предоставляют возможность донести до слушателей базовые знания по проблеме ВИЧ/СПИДа, разъяснить законы Российской Федерации и политику спортивной организации относительно ВИЧ-инфекции, а также предоставить данные о местных службах, занимающихся вопросами ВИЧ-позитивных.

В ходе учебных занятий предоставляется контактная информация:

- о консультационных центрах и медицинских учреждениях, где возможно сделать анализ на ВИЧ-инфекцию и получить необходимую информацию;

- о местных организациях поддержки ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом;

- об организациях, объединяющих ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом.

Следует распространять сведения об эпидемиологической ситуации в регионе, стране и мире в связи с эпидемией ВИЧ-инфекции.

Спорт оказывает непосредственное влияние на здоровье, поэтому уместным является размещение на стендах соответствующей информации о влиянии на здоровье спортсменов физических нагрузок, включая и материалы по проблеме ВИЧ/СПИДа.

Этот прием дает конкретную информацию и выполняет функцию просвещения населения, что снижает риск негативных реакций на присутствие в коллективе инфицированных спортсменов.

Сотрудники должны принимать участие в учебных занятиях по проблемам ВИЧ/СПИДа, а также в акциях, призванных стимулировать корректное отношение к ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом людям. Необходимо донести сведения, что в положении инфицированных может оказаться каждый из сотрудников, и, тем самым, стимулировать такое же отношение к инфицированным, какого каждый желал бы в данной ситуации по отношению к себе.

Таким образом, информация о ВИЧ должна содержать следующие компоненты:

- передача и распространение ВИЧ-инфекции;
- тактика поведения для избегания заражения и использование средств защиты;
- консультации и анализы на ВИЧ-инфекцию;
- создание благожелательного отношения к ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом, исключая дискриминацию и неблагоприятное поведение по отношению к ним;
- освещение вопросов международного и российского законодательства относительно ВИЧ/СПИДа.

Контроль информированности спортсменов по вопросам ВИЧ/СПИДа. Этот раздел работы может быть проведен в форме анонимного анкетирования. Следует попросить спортсменов опровергнуть или подтвердить следующие утверждения (на уровне «верно» или «неверно»). Подобная анкета может быть дополнена и другими вопросами.

После проведения анкетирования следует обязательно обсудить результаты, после чего сообщить участникам правильные ответы.

Вариант анкеты для скрининга знаний проблемы ВИЧ/СПИДа:

1. *Верно:* «Часто решение сделать анализ на ВИЧ-инфекцию принимается в связи с боязнью того, что определенные действия могли подвергнуть вас риску заражения ВИЧ-инфекцией».

Ситуация, связанная с риском заражения ВИЧ-инфекцией, является одной из основных причин для проведения анализа на выявление ВИЧ-инфекции. Забота о здоровье других людей и неопределенность относительно собственного состояния здоровья также являются распространенными причинами для сдачи анализа на ВИЧ.

2. *Неверно:* «Анализ на ВИЧ-инфекцию не имеет большого смысла, так как если установлена инфицированность (позитивный тест), спортсмена причислят к группе ВИЧ-инфицированных, но больше ничего нельзя будет изменить».

Естественно, непростое решение сделать анализ на ВИЧ-инфекцию, но это имеет смысл. Сегодня ВИЧ-инфицированные люди могут дольше оставаться здоровыми благодаря медицинской помощи и лекарственным препаратам. К тому же, осведомленность о ВИЧ-инфицированности позволит принять необходимые меры предосторожности, чтобы предотвратить заражение ВИЧ-инфекцией других людей, а ВИЧ-позитивный спортсмен может продолжать заниматься спортом.

3. *Неверно:* «Анализ на ВИЧ-инфекцию покажет, болен ли человек СПИДом».

Анализ на ВИЧ-инфекцию может выявить только наличие ВИЧ-инфекции. Тем не менее, надо помнить, что после попадания ВИЧ в организм проходит от 3 до 6 месяцев, прежде чем ко-

личество выработанных антител станет достаточным, чтобы их можно было обнаружить (этот процесс называется «сероконверсией»); до этого, начиная от момента заражения, вирус можно обнаружить только методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Анализ на ВИЧ-инфекцию не позволяет определить, болен ли человек СПИДом; установить это может только врач-инфекционист. Важно помнить, что большинство ВИЧ-позитивных людей выглядят здоровыми и чувствуют себя хорошо в течение 5–10 лет, и лишь позднее у них начинает проявляться симптоматика, связанная с заболеванием СПИДом.

4. *Верно:* «Такие симптомы, как сильная потливость по ночам и потеря в весе могут означать наличие в организме ВИЧ-инфекции».

Однако эти же симптомы могут быть вызваны другими процессами и должны быть подвергнуты анализу врачом. Единственный способ узнать наверняка, заражены ли вы ВИЧ-инфекцией или нет, — сдача анализов на ВИЧ. Следует также помнить, что инфицированные люди зачастую не имеют никаких симптомов в течение многих лет.

Таким образом, лучше не терять времени, задавая себе лишние вопросы, а пройти анализ на ВИЧ.

5. *Неверно:* «Результат анализа на ВИЧ-инфекцию моего полового партнера негативный; это означает, что я не являюсь ВИЧ-инфицированным».

Человек может инфицироваться различными путями, а не только предположительно от конкретного лица. К тому же, результаты обследования партнера — это только его личные независимые данные. Чтобы узнать истинное положение дел, необходимо сдать собственный анализ.

6. *Верно:* «Если у меня был небезопасный сексуальный контакт с партнером, статус которого в отношении ВИЧ-инфекции мне неизвестен, я должен сдать анализ на ВИЧ-инфекцию».

Тем, у кого был небезопасный (то есть без использования презерватива) анальный или вагинальный секс с партнером, рекомендуется сдать анализ на ВИЧ-инфекцию. Риск заражения ВИЧ-инфекцией при оральном контакте гораздо ниже, чем при анальных или вагинальных сношениях.

7. *Верно:* «Если у меня был небезопасный сексуальный контакт с потребителем наркотиков, я должен сдать анализ на ВИЧ-инфекцию».

Рекомендуется сдать анализ на ВИЧ-инфекцию (то есть тем, кто является супругами наркоманов, их сексуальными партнерами).

8. *Верно:* «Если мне сделали переливание крови, происхождение которой мне неизвестно, я должен сдать анализ на ВИЧ-инфекцию».

Хотя в России в настоящее время кровь проходит систематический контроль на наличие возбудителей инфекционных процессов и/или антитела к ним (в том числе и ВИЧ), подобные

ситуации могут иметь место при возникновении неотложных состояний у спортсмена в различных регионах мира. Если вам сделано переливание крови, происхождение которой неизвестно, следует пройти контроль на наличие ВИЧ-инфекции.

9. *Неверно*: «Если я сдам анализ на ВИЧ-инфекцию, его результаты будут сообщены третьим лицам».

Анализ на ВИЧ-инфекцию является конфиденциальным, и все медицинские учреждения обязаны хранить эту информацию в тайне. Только вы сами можете решить, с кем хотели бы обсудить результат анализа.

Тем не менее, ряд спортивных федераций (особенно это касается контактных видов спорта) в различных странах мира перед допуском к соревнованиям требуют подтверждение об отсутствии ВИЧ-инфицированности у спортсмена. Однако только вам решать, участвовать или нет в турнире, и, следовательно, сообщать или нет результаты обследования.

10. *Верно (отчасти)*: «Медицинская служба делает анализ на ВИЧ-инфекцию при приеме людей на работу и повторяет его во время медицинского периодического контроля».

Медицинское освидетельствование проводится добровольно, за исключением случаев, предусмотренных ст. 9 Федерального закона о ВИЧ, когда такое освидетельствование является обязательным. Для того чтобы сдать такой анализ, вы должны обратиться в медицинский центр, имеющий соответствующую лицензию и возможность выполнять такое обследование.

Что еще следует предпринять членам спортивных организаций и спортсменам в отношении ВИЧ-инфекции:

- взять на себя обязательство содействовать созданию атмосферы поддержки и доброжелательного отношения в связи с ВИЧ/СПИДом;
- развивать и внедрять позитивную политику в отношении ВИЧ/СПИДа в контексте профессиональной деятельности;
- поддерживать и поощрять выявление причин недоброжелательного отношения и дискриминации в спортивной среде и использовать эти результаты для выработки действий, направленных на устранение предрассудков;
- привлекать ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом спортсменов и спортсменок к участию в программах и акциях в качестве консультантов;
- следить за тем, чтобы спортивные тренеры были компетентны в вопросах ВИЧ/СПИДа, обеспечивая включение проблемы ВИЧ/СПИДа в программы их подготовки;
- предоставить базовую информацию о ВИЧ/СПИДе сотрудникам и членам их семей;
- распространять просветительные брошюры о передаче и профилактике ВИЧ-инфицирования и призывать другие организации делать

презентации или распространять информационные материалы о ВИЧ/СПИДе;

- включать информацию о заражении и профилактике ВИЧ-инфицирования в повседневную деятельность;
- устанавливать контакты с организациями взаимопомощи и борьбы с ВИЧ/СПИДом – такими, как центры консультаций и проведения анализа на ВИЧ-инфекцию, организации ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом людей и местные организации поддержки;
- предпринимать действия в целях привлечения внимания к проблемам ВИЧ/СПИДа таким образом, чтобы спортсмены и местная общественность имели доступ к службам медицинского ухода и поддержки;
- публиковать статьи о ВИЧ/СПИДе в информационных бюллетенях и на Интернет-сайтах;
- обеспечивать доступность средств профилактики ВИЧ-инфицирования.

ПРЕВЕНТИВНАЯ РАБОТА СПОРТИВНЫХ ТРЕНЕРОВ, НАСТАВНИКОВ И РУКОВОДИТЕЛЕЙ ПО ПРОБЛЕМЕ ВИЧ/СПИДа

Педагогический подход к просвещению спортсменов относительно ВИЧ/СПИДа существенно отличается в различных возрастных группах.

Превентивные мероприятия по проблеме ВИЧ/СПИДа среди детей, не достигших подросткового возраста (от 9 до 12 лет). Речь идет о периоде роста и бурных изменений в организме. Этот период сопровождается массой вопросов, относящихся к изменяющемуся телосложению, внешнему виду и сильным любопытством к сексуальной сфере. У многих детей начинается половое созревание.

Появление вторичных половых признаков (грудь, волосы на лобке и подмышках, расширение таза, изменение голоса) наблюдается в самом начале юношеского периода. Девочки развиваются быстрее, чем мальчики. Часто в этом возрасте молодые люди испытывают страх, смущение и чувство изоляции в окружающем их мире.

Дети, не достигшие подросткового возраста, испытывают сильное давление со стороны общества, которое побуждает их вести себя соответствующим образом. Эти «взрослые» дети находятся между детством и юностью.

Дети, не достигшие подросткового возраста, интересуются сексуальной сферой, нуждаются в точной информации и способны понять, что сексуальные отношения могут иметь последствия, в частности, такие, как заражение ВИЧ-инфекцией или беременность. Детям следует объяснить, что такое месячные, средства профилактики (презервативы и др.), репродуктивная функция, профилактика ВИЧ-инфекции и

заболеваний, передающихся половым путем, и принятие решения в вопросах, касающихся сексуальной сферы.

Необходимо предоставлять точную информацию об ответственном нравственном поведении, использовании презервативов, в том числе отсутствия 100% защиты от заражения при их использовании, опасности не только инъекционного применения наркотиков, но и так называемых «легких наркотиков». «Легких наркотиков», как и «безопасного секса», не бывает. Такая информация может защитить здоровье детей. В этом возрасте дети способны усвоить развернутое подробное объяснение о профилактике заражения ВИЧ-инфекцией.

Следует помнить, что культурные традиции некоторых стран оказывают особо сильное давление на детей в момент начала полового созревания, когда их телосложение, гормональный и эмоциональный фон претерпевают большие потрясения. Это хороший момент, чтобы поделиться взглядами на сексуальные отношения, на недопустимость употребления психоактивных веществ и обсудить другие вопросы поведения молодых людей в ходе взаимных дискуссий.

Имеет смысл призывать молодых людей воздерживаться от алкогольных напитков и наркотиков, демонстрируя им это на своем положительном примере.

Профилактические мероприятия по проблеме ВИЧ/СПИДа среди юношей и девушек в возрасте от 13 до 18 лет. Конец подросткового периода и начало зрелого возраста зависят от социальных и юридических норм, а также от физиологических факторов и индивидуальных эмоций. Молодые люди могут вступать в сексуальные отношения и пробовать наркотики. У них обостряется потребность в близких отношениях. Некоторые девушки стараются забеременеть. Юноши одерживают свои первые победы в роли взрослых, например, получая первое рабочее место.

Профилактические мероприятия по проблеме ВИЧ/СПИДа среди молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет. Эта группа наиболее подвержена риску заражения ВИЧ-инфекцией. В этот возрастной период организм находится в процессе развития, что делает его в биологическом плане более уязвимым для ВИЧ-инфекции, что особенно касается девушек.

В обсуждении вопросов ВИЧ/СПИДа следует:

- не забывать слушать молодых людей, отводить им главное место в дискуссии;
- предоставлять своим подопечным полную и точную информацию о сексуальных отношениях, о заражении и профилактике ВИЧ-инфекции, о безопасном сексе. Молодые люди способны освоить весь диапазон информации о ВИЧ/СПИДе, которая находится в распоряжении взрослых, и по-настоящему нуждаются в ней;
- стараться подчеркивать позитивные аспекты действий молодых людей, вместо того чтобы критиковать их за неумелые или непра-

вильные действия; призывать молодых людей воздерживаться от алкогольных напитков и наркотиков, показывая им положительный пример; прежде чем давать информацию о ВИЧ/СПИДе несовершеннолетним спортсменам, следует заручиться согласием родителей, чтобы избежать возможных неприятных последствий; информация личного характера о членах команды не должна выходить за пределы группы; конфиденциальная информация, касающаяся состояния человека в отношении ВИЧ-инфекции, не должна разглашаться.

ПОЛИТИКА МЕЖДУНАРОДНОГО ОЛИМПЕЙСКОГО КОМИТЕТА

Преамбула. Эпидемия заболевания ВИЧ-инфекцией и СПИДом уже унесла миллионы жизней, что является беспрецедентным случаем в истории человечества. На настоящий момент насчитывается как минимум 25 млн человек, умерших от СПИДа, начиная с 1981 года, когда вирус впервые был идентифицирован. В целом, 70 млн человек были заражены ВИЧ-инфекцией, которая вызывает заболевание СПИДом, а 42 млн на настоящий момент живут с ВИЧ-инфекцией или СПИДом. Эпидемия затронула также миллионы других людей.

Согласно данным ЮНИСЕФ, приблизительно 33% зараженных ВИЧ/СПИДом – люди моложе 25 лет. Это обстоятельство является первой причиной экономического спада, а также развала структур и социальных связей в большинстве стран, затронутых эпидемией. Следует отметить, что экономическое развитие общества, также как и спортивные достижения, зависят именно от этой возрастной группы.

Организация Объединенных Наций констатирует: несмотря на то, что эпицентр эпидемии находится в странах Африки, расположенных южнее Сахары, есть основания предполагать, что она перемещается в сторону Азии и Восточной Европы, если только этот процесс не будет остановлен самым решительным образом. Одной из главных целей развития на тысячелетие, принятых 55-м заседанием Генеральной ассамблеи Организации Объединенных Наций, является борьба с распространением ВИЧ/СПИДа и поворот вспять нынешней тенденции на период до 2015 года.

Конечно, борьба с эпидемией ВИЧ/СПИДа потребует слаженной работы во всех секторах, включая правительства и гражданское население.

Следовательно, борьбу против ВИЧ/СПИДа непременно должно вести Олимпийское движение с привлечением международных партнеров, для того чтобы реакция на эту катастрофу в мире была повсеместной. Кроме того, МОК является уникальной организацией, так как она объединяет огромное количество международных

спортивных федераций и молодых людей всего мира и организует самое крупное и самое популярное в мире спортивное мероприятие.

Предисловие. Миллионы молодых людей умерли, не успев самореализоваться, в частности, в спортивном плане. Олимпийское движение отдает себе отчет в том экономическом и социальном влиянии, которое эпидемия оказывает на спортивное сообщество. Поэтому настало время мобилизовать все входящие в его состав структуры, чтобы поддержать эти глобальные усилия. Необходимы новые меры и новые партнеры, чтобы эффективнее бороться с эпидемией. Нужен новый и более мощный голос, чтобы решить эту задачу. Это и есть голос Олимпийского движения.

МОК признает, что экономический спад, а также развал социальных структур и связей в странах, затронутых эпидемией, неизбежно влияют на спортивную сферу. Совершенно очевидно, что спортивные организации будут все чаще сталкиваться с такими проблемами, как заболевания и смерть спортсменов, тренеров, спортивных руководителей и добровольных помощников.

По общему мнению, ВИЧ/СПИД являются катастрофой, в борьбе с которой МОК должен принять участие, примкнув к международной общественности и предоставив собственные средства — свою разветвленную сеть структур, свою репутацию и часть своих материальных средств.

Роль МОК. Одним из обязательств МОК зафиксированным в его Уставе, является обязательство поставить спорт на службу человечеству. Спортивный мир не должен оставаться в стороне. Спорт развивает основные навыки, чувство самоуважения и уверенности в себе, то есть те качества, которые могут помочь остановить распространение ВИЧ-инфекции.

МОК призван сыграть главную роль в деятельности Олимпийского движения, направленной на борьбу с ВИЧ/СПИДом, используя все свои ресурсы и материальные средства. МОК призывает все организации, входящие в его состав, принять активное участие в этой работе.

МОК будет периодически принимать участие в программах по привлечению общественного внимания к проблеме ВИЧ/СПИДа. Организация также выступит с поддержкой борьбы против ВИЧ/СПИДа в рамках таких символических мероприятий, как Международный день борьбы со СПИДом.

МОК одобряет Свод практических правил МОТ по вопросу «ВИЧ/СПИД и сфера труда». Эти правила призваны искоренить недоброжелательное и предвзятое отношение, а также дискриминацию в отношении ВИЧ-инфицированных.

Отношения МОК с Организацией Объединенных Наций и ее специализированными учреждениями. МОК не является организацией, занимающейся вопросами здравоохранения или соци-

альными проблемами. Следовательно, ему предстоит сотрудничать с соответствующими организациями, деятельность которых лежит в этих областях, в частности, со специализированными учреждениями ООН, с которыми уже подписаны соглашения о сотрудничестве. МОК также должен стремиться расширять сферу сотрудничества в этом направлении с такими организациями, как Всемирный банк.

Возможности, предоставленные МОК. МОК предоставляется возможность использовать, в частности, два цикла Олимпийских игр, молодежный олимпийский лагерь и День олимпийского забега для распространения информации в отношении ВИЧ/СПИДа, а также участвовать в публикации брошюр и других информационных материалов, предназначенных для спортсменов. Молодежный олимпийский лагерь собирает молодых людей со всех частей света, в то время как День олимпийского забега — это единственное в своем роде международное спортивное мероприятие, в котором участвуют широкие слои населения.

МОК будет призывать всемирные и континентальные ассоциации НОК включать в их деятельность проведение учебных курсов по проблемам ВИЧ/СПИДа.

МОК обратится с призывом к НОК работать рука об руку с международными и национальными организациями по борьбе с ВИЧ/СПИДом. Особенно стоит отметить, что во всех целевых странах национальные организации, включающие правительственные и неправительственные, а также многосторонние органы уже разработали и внедрили программы координирования деятельности по борьбе с ВИЧ/СПИДом.

Роль Национальных олимпийских комитетов. МОК обратится просьбой к НОК и их структурам предоставить свою сеть и материальные средства в распоряжение национальных организаций, ведущих борьбу с пандемией ВИЧ/СПИДа и стремящихся повернуть вспять этот процесс. Для этого МОК настоятельно рекомендует включать в программу обучения тренеров, спортивных руководителей и спортсменов учебные занятия по привлечению внимания к проблеме ВИЧ/СПИДа.

Необходимо, чтобы НОК поощряли известных спортсменов участвовать в кампаниях по борьбе с ВИЧ/СПИДом, выступая в качестве примера для подражания.

МОК настоятельно рекомендует НОК, их структурам и входящим в них организациям активно содействовать укреплению своих возможностей с целью обрести большую уверенность и необходимые средства для эффективной борьбы с эпидемией. Поощряется активное участие Национальных олимпийских комитетов в мероприятиях Международного дня борьбы со СПИДом и других общественных мероприятиях символического характера.

Партнеры и спонсоры. МОК считает, что основными причинами распространения заражения ВИЧ/СПИДом являются недостаток образования, неосведомленность и неравенство полов. В этой связи МОК будет стремиться поощрять развитие сферы образования и разработку программ для молодежи в развивающихся странах. МОК также призывает своих партнеров и спонсоров примкнуть к Олимпийскому движению для участия в этих инициативах.

МОК должен сотрудничать со своими партнерами, спонсорами и соответствующими международными учреждениями для разработки необходимых справочников и руководств, которые должны использоваться в программах обу-

чения молодежи, спортсменов и спортивного персонала.

Закключение. Эпидемия ВИЧ/СПИДа является серьезной угрозой для существования, развития и безопасности человечества. То обстоятельство, что она затрагивает и делает недееспособными в первую очередь молодых людей, которые служат костяком Олимпийского движения, крайне беспокоит МОК. Поэтому МОК обязан не только в связи со своей обеспокоенностью этим вопросом, но и в силу своего Устава, предусматривающего, что спорт должен быть поставлен на службу человечеству, участвовать в глобальной борьбе, призванной остановить и повернуть вспять эпидемию ВИЧ/СПИДа.

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

10.02.2009. Канада. www.hiv-info.ru. Если ВИЧ-положительные люди принимают антиретровирусную терапию, то риск передачи вируса их ВИЧ-отрицательному партнеру становится гораздо меньше, но остается. Об этом говорится в результатах двух исследований, которые были представлены на XVI Конференции по ретровирусам и оппортунистическим инфекциям в Монреале. Более того, доступ к антиретровирусной терапии против ВИЧ не поощрял людей заниматься опасным сексом, как боялись некоторые специалисты, сообщает сайт roz.com. Стивен Рейнолдс (Steven Reynolds) из медицинской школы Университета Джонса Хопкинса в Балтиморе, представил на конференции данные исследования, которое он и его коллеги провели в регионе Ракаи на юге Уганды. Ученые анализировали данные о 193 дискордантных парах — в них ВИЧ есть только у одного из партнеров. В 20 парах ВИЧ-положительный партнер начал прием антиретровирусной терапии. Через шесть месяцев приема терапии у 79% пациентов уровень вируса в крови стал неопределяемым. Уровень соблюдения режима лечения был необыкновенно высок — 90% пациентов принимали более чем 90% доз препаратов вовремя. В парах, где партнер с ВИЧ принимал антиретровирусные препараты, не произошло ни одного случая передачи вируса. Рейнолдс отмечает, что при этом только 25% этих пар постоянно пользовались презервативами. Рейнолдс признает, что в его исследовании участвовало слишком мало людей, объясняя это низкой доступностью лечения ВИЧ в этом регионе. Пациенты очень ценили возможность принимать терапию против ВИЧ и поэтому очень тщательно соблюдали режим приема препаратов. Ученые считают, что в регионах, в которых более доступна терапия, риск передачи ВИЧ в дискордантных парах будет выше из-за нарушений в приеме препаратов. Другое исследование было гораздо больше. Патрик Салливан (Patrick Sullivan) из Университета Эмори (США), и его коллеги проанализировали данные наблюдения за 2993 дискордантными парами из двух крупных африканских городов — Кигали в Руанде и Лусаки в Замбии. Все эти пары наблюдали в среднем 18 месяцев. Во время исследования 175 ВИЧ-отрицательных партнеров в дискордантных парах стали ВИЧ-положительными. В каждом четвертом случае их партнер принимал антиретровирусную терапию. По подсчетам ученых, если партнер с ВИЧ принимал антиретровирусную терапию, то вероятность передачи вируса была на 80% меньше, чем в других дискордантных парах. Неизвестно, связаны ли случаи передачи вируса с тем, что партнеры неправильно принимали препараты, в результате чего терапия перестала быть эффективной. В этом исследовании более 80% дискордантных пар постоянно пользовались презервативами. Салливан связывает это с тем, что все

участники исследования прошли предварительное консультирование о снижении риска передачи вируса. Оказалось, что прием антиретровирусной терапии не приводил к отказу от презервативов, наоборот, в парах, где партнер с ВИЧ принимал терапию, презервативы использовались чаще. За последние несколько месяцев в мире изменились акценты в области профилактики ВИЧ. Раньше главный акцент делался на уменьшение числа партнеров и постоянное использование презервативов. Однако сейчас все чаще специалисты ратуют за кампании по универсальному тестированию на ВИЧ при условии, что в случае положительного результата теста у человека будет возможность сразу же получить антиретровирусную терапию. Многие ученые уверены, что универсальный доступ к тестированию и лечению — это один из лучших способов предотвратить новые случаи ВИЧ-инфекции. Некоторые, правда, опасаются, что люди могут решить, что если они принимают терапию, то презервативы им больше не нужны, однако данное исследование показало, что это не обязательно так.

10.02.2009. Новосибирская обл. www.hiv-info.ru. Гимназия-интернат № 21 из наукограда Кольцово примет участие в экспериментальном проекте ЮНЕСКО по профилактике ВИЧ среди молодежи. Как сообщили в пресс-центре наукограда, проект ЮНЕСКО направлен на разработку и апробацию программы профилактики ВИЧ-инфекции в общеобразовательных школах страны. Для участия в проекте Бюро ЮНЕСКО в России отобрало три школы: по одной из Москвы и Санкт-Петербурга, третьим же участником стала гимназия № 21 из наукограда Кольцово. В 2007 году Бюро ЮНЕСКО в России проанализировало как представлены вопросы профилактики ВИЧ-инфекции в государственных стандартах школьного образования и подготовила проект дополнений к этим госстандартам. В ходе экспериментального проекта в трех школах-участниках будут определены классы, в которых преподавание будет вестись с учетом рекомендаций ЮНЕСКО. Эффективность предложенных дополнений будет проверена путем сравнения результатов анкетирования в задействованных классах и в контрольных (не участвующих в эксперименте) группах. По словам заместителя директора гимназии № 21 Веры Хорошиловой, данный проект является первой попыткой перейти от единичных, локальных профилактических акций к регулярной просветительской работе. Кроме того, ЮНЕСКО старается разрабатывать культурно-адаптивные программы. Не во всех странах можно свободно говорить на такие шепетильные темы, это не воспринимается не только детьми, но и взрослыми. А в России менталитет может различаться на уровне регионов, и этот момент тоже пытаются учитывать.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТЕРАПИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ И БОЛЬНЫХ СПИДОМ

Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский, А.И. Мазус

Московский городской центр профилактики и борьбы со СПИДОМ
Департамента здравоохранения города Москвы, 2008 г.

«И самое лучшее лекарство не поможет больному,
если он отказывается его принять»

М. Сервантес

Проблеме приверженности лечению (adherence to treatment) или комплаенса (compliance) в настоящее время уделяется особое внимание специалистов в области медицины. В отношении терапии ВИЧ-инфицированных пациентов эта проблема наиболее остра, поскольку терапия ВИЧ-инфекции является длительной и сопряжена с рядом сложностей, к которым прежде всего относится необходимость регулярного приема препаратов и соблюдения рекомендаций врача.

Определение приверженности ВААРТ. Приверженность лечению (adherence) — мера (степень) соблюдения пациентом инструкций по приему препаратов и соблюдения предписанного ему врачом режима лечения. Термин отражает желание пациента начать лечение и его способность принимать лекарства в точном соответствии с предписаниями врача.

Комплаенс (compliance) — степень согласия пациента с предписанным режимом, четкое следование советам и указаниям врача и медицинского персонала в целом.

Копинг (coping) — преодоление болезни — осознанное активное стремление преодолевать болезнь, принятие ответственности за следование четкому режиму лечения и формированию здорового жизненного стиля, препятствующим прогрессированию заболевания; забота о состоянии организма, психическом и общем жизненном благополучии.

Отсутствие приверженности лечению (Non-Adherence) — это не только отказ от приема лекарства, но и нарушения режима приема (изменение времени приема, назначенного лечащим врачом), пропуски в приеме, снижение числа принимаемых препаратов, прием лекарства в более высокой или более низкой дозе, чем предписано медицинским работником.

Как влияет несоблюдение приверженности на здоровье? Несоблюдение приверженности предписанной терапии влечет за собой:

- формирование резистентности к медикаментозной терапии; в этом случае лекарственные средства утрачивают свою эффективность с точки зрения влияния на вирус иммунного дефицита человека;

- неблагоприятный исход заболевания;
- обострение заболевания;
- рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией;
- рост летальности;
- неблагоприятные экономические и социальные последствия как для больного, так и для общества.

Методы оценки приверженности лечению. К методам оценки приверженности лечению относятся:

- прямой опрос пациентов по поводу частоты и регулярности приема ими препаратов, четкости соблюдения режима;

- простой подсчет препаратов, находящихся у пациента;

- определение концентрации препаратов или их метаболитов в крови (или моче);

- электронный мониторинг;

- определение вирусной нагрузки в крови пациента (при ВААРТ).

Важность и трудность соблюдения приверженности ВААРТ. Важность приверженности ВААРТ:

- позволяет эффективно снижать вирусную нагрузку;

- предупреждает появление резистентности (устойчивости к лекарственным препаратам).

В то же время существует ряд трудностей, лежащих на пути соблюдения приверженности ВААРТ. К их числу относятся:

- побочные эффекты, которые развиваются вследствие длительного приема лекарственных препаратов;

- необходимость регулирования приема лекарственных препаратов в соответствии с приемом пищи;

- необходимость регулирования приема препаратов на фоне высокой социальной активности.

Метод	Преимущества	Недостатки
Прямой вопрос	простота	необъективность
Учет препаратов	относительная простота	нет информации об истинно принятых препаратах и соблюдении режима приема
Измерение концентрации препаратов или их метаболитов в крови (или в моче)	доказательство приема препарата	техническая сложность, высокая стоимость
Электронные мониторы	ежедневный мониторинг, информация о режиме приема	отсутствие данных о регулярности приема, отсутствие доказательства истинного приема препаратов
Определение вирусной нагрузки в крови пациента	косвенный показатель неприверженности ВААРТ	высокая стоимость, техническая сложность

Тем не менее данные трудности преодолимы при наличии высокой мотивации пациента на эффективное лечение заболевания. Кроме того, соблюдению приверженности ВААРТ препятствует ряд состояний, требующих специальных медицинских и психологических (мотивационных) вмешательств.

К ним относятся:

- депрессия;
- другие психические расстройства;
- зависимость от наркотиков или алкоголя.

Не менее сложными являются социальные препятствия приверженности ВААРТ, к которым относятся: стигматизация, психологическая и социальная проблема раскрытия позитивного серостатуса.

Однако, несмотря на разнообразие сложностей приверженности ВААРТ, наиболее распространенным препятствием является отсутствие или недостаток мотивации на лечение и соблюдение режима терапии пациентом, которые в свою очередь обусловлены недостаточной уверенностью в эффективности лечения, а также в собственную способность быть приверженным терапии.

Факторы, связанные с несоблюдением приверженности медикаментозному лечению. Ряд факторов связан с несоблюдением приверженности медикаментозному лечению. К ним относятся факторы, связанные с особенностями лечения и клинической картины заболевания, факторы, связанные с особенностями пациента и его физической, психической, социальной и экономической ситуацией, а также факторы, связанные с особенностями системы здравоохранения и учреждений, проводящих лечение.

I. К факторам, связанным с лечением, относятся:

- увеличение дозировок лекарств, частота приема;
- увеличение числа совместно принимаемых препаратов;

- воспринимаемые пациентом или фактически существующие неприятные побочные эффекты;

- долговременность терапии, особенно профилактической, или терапия состояний, симптоматика которых еще не проявилась.

II. К факторам, связанным с пациентом, относятся:

- психические расстройства, злоупотребление наркотиками, алкоголем;

- ограниченный доступ к медицинской помощи;

- нестабильная среда проживания; отсутствие социальной поддержки;

- перегруженный, обременительный для запоминания перечень принимаемых лекарств;

- физическая нетрудоспособность (инвалидность) или слабая мобильность пациента;

- слабое понимание фактической серьезности болезни и/или ее осложнений, отрицание болезни;

- отсутствие понимания или слабое осознание необходимости терапии;

- отсутствие убеждения в том, что следовать предписанному режиму важно;

- негативные ожидания или отношение к лечению;

- слабое понимание необходимости существенных изменений поведения, которые требуются для проведения лечения.

III. К факторам, связанным с работой учреждений здравоохранения, относятся:

- слабая связь между пациентом и учреждениями здравоохранения;

- несоответствие между верой в эффективность лечения у медперсонала и пациента.

Мероприятия, укрепляющие приверженность ВААРТ. С целью укрепления приверженности ВААРТ используется специальная система мер: меры, направленные на пациента (мишень вме-

шатательства — пациент); меры, направленные на режим (мишень вмешательства — режим); меры, направленные на взаимодействие персонала и пациента (мишень вмешательства — взаимодействие персонала и пациента); меры, направленные на систему здравоохранения (мишень вмешательства — система здравоохранения).

I. Система мер, направленная на пациента, предусматривает следующие позиции, которые необходимо выполнять для того, чтобы повысить приверженность ВААРТ:

- ВААРТ следует начинать тогда, когда пациент готов к терапии (для этого необходимо определение стадии готовности пациента к предстоящим изменениям в его жизни). Важно, чтобы терапия была начата не раньше формирования готовности пациента и не позже.

- До начала ВААРТ необходимо провести лечение депрессии и зависимости от наркотиков или алкоголя (если они имеются). С этой целью необходимо проводить мотивационное консультирование зависимого от психоактивных веществ или страдающего психическим расстройством пациента, направленное на включение в лечение по поводу данного заболевания. При формировании готовности к изменению поведения в данном направлении, провести весь необходимый комплекс медикаментозных, психотерапевтических и реабилитационных вмешательств. При формировании у пациентов, зависимых от психоактивных веществ, устойчивой внутренней мотивации на отказ от их употребления и активное включение в лечение по поводу зависимости, может быть начата ВААРТ.

- Начиная ВААРТ, необходимо включить пациента в совместный с врачом процесс индивидуального подбора и обсуждения вариантов лечения.

- Начиная ВААРТ, необходимо провести обучение пациента соблюдению режима лечения, управлению побочными эффектами и дать исчерпывающую информацию о последствиях неприверженности АРТ (антиретровирусной терапии).

- Планируя ВААРТ, необходимо совместно с пациентом, членами его семьи и близкими обсудить реальные действия по усилению социальной поддержки, которая является необходимым условием формирования приверженного поведения.

- Начиная ВААРТ, необходимо провести обучение пациента навыкам соблюдения терапевтического режима. Важно предоставить пациенту возможность для изучения и получения практических навыков по организации приема лекарственных препаратов.

- Планируя ВААРТ, необходимо вместе с пациентом определить возможные барьеры к соблюдению приверженности — причины, по которым пациент, возможно, будет нарушать режим приема медикаментозных препаратов. Устра-

нить или минимизировать эти причины необходимо до начала ВААРТ.

- Планируя ВААРТ, совместно с пациентом необходимо обсудить возможность применения средств, напоминающих о необходимости приема лекарства.

- При проведении ВААРТ необходимо регулярное определение уровня приверженности и контроль за ее соблюдением.

- В процессе медико-психологического консультирования пациента, готовящегося к ВААРТ, необходимо определить его эмоциональное реагирование на болезнь, а также уровень актуализации его личностных и средовых ресурсов (вера в собственную способность соблюдать приверженность, самоэффективность, способность к планированию). При необходимости важно провести психологическую коррекцию установок, эмоционального состояния и ресурсной готовности пациента.

- При планировании ВААРТ обязательным условием является помощь пациенту в формировании и укреплении мотивации на лечение и соблюдение приверженности.

II. Система мер, направленная на модификацию режима, предусматривает следующие позиции, которые необходимо выполнять для того, чтобы повысить приверженность ВААРТ:

- Планируя ВААРТ, необходимо продумать максимально возможное упрощение режима приема препаратов.

- Следует совместно с пациентом обсудить максимально возможное приближение режима ВААРТ к жизненному стилю пациента, с целью обеспечения удобства и приемлемости лечения.

- Важным является обеспечение пациента средствами, организующими и напоминающими о приеме лекарств, обучение владению этими средствами.

- Важным является сохранение возможности изменений режима ВААРТ с целью сделать его наиболее приемлемым для пациента.

III. Система мер, направленная на взаимодействие персонала и пациента, предусматривает следующие позиции, которые необходимо выполнять для того, чтобы повысить приверженность ВААРТ:

- Развитие доверительных отношений с пациентом.

- Беседы с пациентом о приверженности ВААРТ на разных этапах терапии.

- Использование позитивного подкрепления, поощрения действий пациента, свидетельствующих о приверженности ВААРТ.

- Выслушивание пациента, обсуждение с ним его жизненных трудностей и проблем, связанных с ВААРТ.

IV. Система мер, направленная на изменение стратегии системы здравоохранения, предусматривает следующие позиции, которые необходимо

выполнять для того, чтобы повысить приверженность ВААРТ:

- С целью обеспечения оптимального процесса формирования приверженности ВААРТ необходим командный принцип работы с пациентом, его патронаж.
- Необходимо развитие программ по обучению пациентов стратегиям приверженного поведения.
- Необходима организация поддержки регулярного взаимодействия персонала с пациентом.
- Необходима пропаганда и реализация принципа приверженности в повседневной работе медучреждений.
- Необходимо внедрение экспертизы приверженности в клинической обстановке.

Роль командной работы в формировании и укреплении приверженности ВААРТ. На современном этапе развития практического здравоохранения интенсивно внедряется командный принцип работы с ВИЧ-инфицированными пациентами, в котором важнейшая роль отводится врачу и не менее существенная – клиническому психологу. Что должен делать врач и клинический психолог с целью формирования и укрепления приверженности ВААРТ?

В работе с пациентом врач должен:

- обеспечивать пациента доступной его пониманию информацией о терапии, рекомендованных лекарствах, их названиях; создавать собственную, адекватную уровню пациента систему ярлыков принимаемых препаратов, соответствующую собственному «языку» пациента;
- контролировать степень готовности пациента к ВААРТ;
- просвещать, обучать пациента по вопросам, касающимся проводимого ему медикаментозного лечения;
- оценивать приверженность лечению пациента во время каждого визита;
- определять причины неудач приверженности ВААРТ, физические и психологические проблемы при изменении режима терапии;
- проводить совместную с пациентом работу по предупреждению срыва ВААРТ, планировать совместные действия на случай срыва;
- обучать пациента навыкам самостоятельной разработки плана по достижению приверженности;
- обеспечивать пациентов информацией о вспомогательных средствах, которые способствуют укреплению приверженности (MEMS контейнеры, упаковки лекарств, календари наблюдений за лечением и т.д.);
- определять сети социальной поддержки, включающие наиболее близких людей, которые способствуют укреплению приверженности;
- совместно с пациентом подбирать такой стереотип лечения, который бы адекватно вписывался в жизненный стиль пациента;

- формировать у пациента поведенческие навыки саморегуляции приверженного поведения, минимизирующие побочные эффекты;
- измерять уровень и проводить мониторинг специфических для ВИЧ-инфицированных пациентов стрессов.

В отношении режима медикаментозного лечения врач должен обсуждать с пациентом:

- дозу лекарства, продолжительность курса, показания к лечению;
- побочные эффекты лекарств;
- возможное взаимодействие, взаимовлияние разных лекарств;
- возможное взаимодействие лекарств и пищи;
- последствия пропусков, задержек обязательного приема лекарств;
- вопросы надлежащего хранения препаратов;
- необходимость активного самонаблюдения пациента за предписанным лечением.

Врач должен также:

- развивать представления пациента о его болезни и показаниях для медикаментозного лечения;
- способствовать формированию представлений пациента о последствиях несоблюдения режима приверженности;
- поддерживать стремление пациента быть приверженным предписанной терапии и поощрять приверженность;
- при возникновении побочных явлений, обсуждать их с пациентом, а также обсуждать проявления заболевания, на которые нацелено лечение;
- осуществлять контроль над накоплением препаратов в организме.

В работе с пациентом врач и/или психолог должны:

- измерять уровень и проводить мониторинг специфических для ВИЧ-инфицированных пациентов стрессов;
- определять у пациента стадию изменения поведения и выраженность мотивации на лечение, амбивалентное к нему отношение;
- определять готовность к ВААРТ, структуру совладающего с болезнью поведения, репертуар используемых личностных и средовых ресурсов преодоления болезни, выраженность стигмы;
- оказывать профессиональную помощь пациенту в формировании активной внутренней позиции по отношению к болезни, стимулировать формирование внутренней мотивации на лечение;
- способствовать выбору преодолевающих болезнь стратегий совладающего поведения и активизации психологических ресурсов преодоления болезни;
- определять личностные особенности пациентов, ослабляющие приверженность ВААРТ;

- исследовать внутреннюю картину болезни (внутренние телесные ощущения, эмоциональное реагирование на болезнь и ее переживание, личностный смысл заболевания, предполагаемый прогноз и тип отношения к лечению, связанные с болезнью реакции, способствующие адаптации или дезадаптации к ней);

- определять периоды уязвимости, во время которых пациенты становятся неприверженными терапии;

- проводить психологическую диагностику коморбидных расстройств (депрессии, злоупотребление наркотиками, алкоголем);

- проводить мотивационное и семейное консультирование;

- проводить тренинги дестигматизации, совладающего с болезнью поведения, укрепления личностных и средовых ресурсов преодоления болезни, поиска и восприятия социальной поддержки, самоофективности;

- обеспечивать членов команды информацией о предшествующем лечении;

- анализировать допущенные ошибки при назначении лечения;

- обеспечивать членов команды обновленной информацией о действии используемых лекарств, обнаруженных побочных эффектах или новых противопоказаниях к приему препаратов;

- инициировать и формировать командный стиль работы;

- участвовать в создании комплексного плана лечения, подготовленного командой специалистов;

- создавать атмосферу доверительных отношений внутри команды и в работе с пациентом;

- обучать членов команды основам мотивационного консультирования;

- анализировать допущенные ошибки при назначении и проведении лечения (ошибки персонала и нарушения приверженности пациента);

- обсуждать с другими членами команды вопрос о дефиците знаний пациента, касающихся представлений о болезни и терапии.

При работе по формированию приверженности ВААРТ у пациента следует знать, что прежде чем принять ответственное решение о приверженном включении в лечение, пациенту необходимо быть к этому готовым. Ему придется изменить свое поведение и свой жизненный стиль.

Американские психологи Джеймс Прохазка и Карло ДиКлименте определили шесть стадий готовности к изменению поведения человека, которому предстоит принять ответственное решение. Изменение поведения в отношении приверженности к ВААРТ обуславливается тремя важными составляющими элементами, которые условно можно назвать: *важность, уверенность и готовность*.

- Сначала человек осознает *важность* изменений в своей жизни, отвечая на вопросы: *Почему? Зачем? Для чего?*

- Затем формируется *уверенность* в собственных силах. Человек отвечает на вопросы: *Смогу ли я? Каким образом?*

- Итоговым элементом является *готовность* к изменению поведения. Человек готов совершать изменения. Ему необходимо ответить на вопрос: *Когда?*

Шесть стадий изменения поведения (J. Prochaska, C. DiClemente):

- предваряющая стадия:

- размышление;

- подготовка;

- активное действие;

- сохранение результата;

- продолжение сохранения результата или прекращение АРТ.

На *предваряющей* стадии пациент еще не думает о необходимости включения в лечение и не планирует быть приверженным ВААРТ. Однако беспокойство по поводу ВИЧ-инфицирования у него присутствует. Он фрустрирован.

На стадии *размышления* появляются первые мысли о необходимости лечения. На протяжении этой стадии пациент принимает решение о включении в лечение и планирует его.

На стадии *подготовки* пациент готовится к изменениям, которые ему предстоит совершить, включившись в лечение.

Стадия *активного действия* знаменуется включением в лечение и готовностью к приверженности ВААРТ.

Стадия *сохранения результата* определяет поддерживающие усилия пациента быть приверженным терапии.

Далее следует стадия *сохранения результата и поддержания усилий*, направленных на сохранение приверженного поведения.

На каждой из этих стадий возможен срыв приверженности, который необходимо обсуждать и анализировать вместе с пациентом, для того чтобы вновь возвращаться на путь приверженного лечения.

Мотивационное консультирование — это терапевтический (консультативный) стиль, использующийся специалистами для вызова изменений в поведении, мышлении и жизненном стиле в целом посредством помощи пациенту в изучении, понимании и расширении осознания необходимости приверженности ВААРТ. Мотивационное консультирование проводится с целью формирования приверженного ВААРТ поведения.

Сущность мотивационного интервьюирования:

- мотивация на изменение должна быть сформулирована во внутреннем мире пациента и не может быть привнесена ему извне;

- задачей пациента, а не консультанта, является сформулировать понимание необходимости приверженности ВААРТ;

- прямое убеждение не является эффективным методом;
- консультант целенаправлен в оказании помощи пациенту в познании и преодолении сомнений;
- готовность к изменению не является чертой пациента, но она является колеблющимся результатом межличностного взаимодействия пациента и консультанта;
- консультативные (терапевтические) отношения в мотивационном консультировании скорее партнерские, товарищеские, чем отношения эксперта и обследуемого (донора и реципиента, дающего и получающего).

Ключевые положения ведения мотивационного интервью

Безусловное принятие. Первым ключевым положением является безусловное принятие пациента. Это означает тот факт, что пациент для консультанта — это человек, который без всяких условий принимается профессионалом как личность, как субъект, с которым предстоит серьезная работа. Симпатия или антипатия, которые возникают в процессе взаимодействия между людьми, анализируются и перерабатываются в безоговорочное принятие клиента.

Проявлять безусловное принятие, это значит:

- повышать самооффективность;
- ориентироваться на точку зрения пациента;
- признавать объективные для пациента трудности, приводящие к неприверженности ВААРТ;

• признавать права пациента сомневаться и сопротивляться изменению.

Конструктивная конфронтация. Вторым ключевым положением мотивационного консультирования является конструктивная конфронтация. Она обязательна для осознания необходимости изменения. Конструктивная конфронтация — это обратная связь, касающаяся неприверженного поведения пациента, сообщаемая деликатным и не всегда только словесным образом.

Проявлять конструктивную конфронтацию, это значит:

- выборочно отражать утверждения пациента, касающиеся мыслей об изменении поведения и приверженности к лечению;
- предоставлять новую фактическую информацию;
- аккуратно предлагать пациенту объективные предложения для рассмотрения.

Отличие мотивационного консультирования от других подходов. Мотивационное консультирование отличается от других, принятых в медицине и психологическом консультировании подходов. Рассмотрим отличие мотивационного консультирования от наиболее распространенного конфронтационного подхода.

Конфронтационный подход характеризуется следующими особенностями:

- сильный акцент на принятие проблемы;
- ограничение личной свободы выбора;
- приведение доказательств проблемы;
- сопротивление воспринимается как отрицание, анозогнозия — специфический защитный механизм или защитная конструкция, либо как черта личности, которые требуют конфронтации;
- на сопротивление воздействуют аргументами и коррекцией;
- цели и стратегии лечения предписываются врачом, который исходит из понимания того, что отрицающий факт заболевания пациент не в силах принимать здравых решений.

Мотивационное интервьюирование характеризуется следующими особенностями:

- избегание «клеймирования», «стигматизации»;
- акцент на личный выбор и ответственность;
- консультант может поделиться объективными оценочными данными, но фокусируется на прояснении личных переживаний клиента;
- сопротивление рассматривается как модель межличностного взаимодействия, на которую влияет подход, выбранный консультантом;
- на сопротивление воздействуют рефлексией.
- цели и стратегии — результат договоренности между клиентом и консультантом, основанные на фактах и степени взаимного принятия;
- вовлечение клиента абсолютно необходимо.

Как говорить с пациентом (пять принципов мотивационного интервьюирования). Для эффективной помощи пациенту в формировании мотивации на лечение и приверженного поведения следует использовать пять принципов взаимодействия:

- 1) выражать эмпатию через рефлексивное слушание;
- 2) понимать, что природа человека противоречива и необходимо развивать противоречие между жизненными целями и ценностями пациента и результатами его неприверженного поведения до тех пор, пока он его сам не разрешит;
- 3) избегать аргументации и директивной конфронтации;
- 4) больше понимать и отражать (рефлектировать) сопротивление клиента, чем использовать прямую конфронтацию;
- 5) повышать самооффективность и оптимизм.

Рассмотрим основные понятия мотивационного консультирования.

Эмпатия это — личностно-профессиональный навык, которому можно обучиться на основе тренинга. Эмпатия — это понимание других.

Проявлять эмпатию — это:

- демонстрировать, что Вы понимаете эмоции, мысли и поступки пациента;

- проявлять адекватную эмоциональную и интеллектуальную обратную связь;
- поддерживать изменения с помощью упорядочивания и прояснения;
- подчеркивать принятие пациента.

Рефлексивное слушание — это:

- отражение чувств и мыслей пациента;
- попытка понять вместе с пациентом его чувства и мысли;
- изучение вместе с пациентом его чувств, мыслей и поведения;
- формулирование гипотез в отношении чувств и мыслей пациента;
- обобщение и подведение итогов высказываний пациента;
- обобщение посредством повторения.

Повышать самооценку — это:

- проявлять уверенность в способностях пациента;
- поддерживать и усиливать уверенность пациента в том, что он может справиться с трудностями;
- поддерживать уверенность пациента в его позитивных ожиданиях, связанных с изменением поведения;
- делать акцент на способностях и сильных сторонах пациента;
- направлять самоанализ пациента на выявление его способностей.

Достигать сотрудничества — это:

- делать акцент на личную ответственность пациента;
- делать акцент на безусловное принятие пациента;
- делать акцент на позитивные стороны и результаты сотрудничества, подчеркивать общие взгляды на проблему, а не разницу во мнениях;
- принимать сопротивление пациента и отражать сопротивление, не сопротивляясь ему;
- не поддерживать повторяющихся дискуссий, переводить тему разговора на чувства пациента, его цели и позицию.

Конструктивная конфронтация — это:

- структурирование с помощью обобщения и подведения итогов;
- информирование;
- формулирование гипотез;
- акцент на утверждениях, мотивирующих к позитивным изменениям;
- вопросы о проблеме, причинах сопротивления;
- вопросы о том, что беспокоит пациента;
- вопросы о готовности к изменению;
- вопросы об уверенности в собственных способностях;
- просьба повторить сообщение;
- просьба сделать выводы.

Амбивалентность (двойственное отношение).

Процесс принятия решения изменить поведение и начать следовать всем требованиям терапии и режима — не прост. Он основан на присутствующей человеку амбивалентности, то есть двойственном отношении к проблеме. При этом двойственность (амбивалентность), как правило, не осознается или не полностью осознается пациентом. Важной стратегией мотивационного интервьюирования является усиление амбивалентности, помощь в осознании двойственного отношения к проблеме и помощь в установлении процесса принятия мотивационного решения.

Баланс принятия решения — это процесс, при котором:

- консультант направляет свои усилия на оказание помощи пациенту в осознании своей двойственности;
- пациент с помощью консультанта осознает противоречия между своими жизненными целями и/или ценностями и настоящим поведением;
- пациент с помощью консультанта взвешивает все «за» и «против» изменения или не изменения;
- именно пациент, а не консультант должен заговорить о своем двойственном отношении к проблеме, рассмотреть ее с разных сторон и разрешить;
- если прямо убеждать пациента, это мало поможет ему разобраться в двойственности и принять решение.

Преодоление сопротивления. Сопротивление изменениям — нормальный человеческий феномен.

Любой человек, который сталкивается с изменением привычного образа жизни без понимания сулимых преимуществ, начинает испытывать чувство сопротивления.

Сопротивление может быть открытым или скрытым.

Примеры открытого сопротивления:

- отрицание проблемы;
- агрессивное поведение по отношению к лицу, которое объявляет о необходимости изменений;
- инициация открытой дискуссии о предполагаемых изменениях;
- возражения против вмешательства посторонних лиц;
- сомнения в компетентности консультанта;
- постоянный поиск альтернативного мнения или другого врача;
- нежелание предоставлять информацию о себе и своем состоянии или предоставление неполной информации.

Сопротивление — прежде всего, проявление страха, связанного с необходимостью осознать то, что осознавать не хочется, и поэтому не осознается. В связи с этим нужно помнить, что в

мотивационном консультировании ВИЧ-инфицированных пациентов нет места осуждению, а само сопротивление нужно рассматривать как мотивационный фактор.

Источники сопротивления. *Факторы, связанные с консультантом:*

- отсутствие взаимопонимания между консультантом и пациентом;
- недостаточно развитые навыки эмпатии у консультанта;
- неспособность консультанта понять, что, сопротивляясь, пациент пытается избежать интенсивной тревоги, ведь ему придется заново пересматривать всю свою жизнь и поведение;
- неспособность консультанта «синхронизироваться» с пациентом, почувствовать, на какой стадии готовности к изменениям в своем поведении он находится;
- непонимание консультантом того, что неприверженное поведение пациента несет для него определенные «выгоды»;
- недостаток опыта или подготовки консультанта.

Факторы, связанные с пациентом:

- «скрытые планы» пациента;
- низкая самооффективность;
- тревога и страх перед изменением;
- низкая толерантность к фрустрации (сомнения в собственных силах, высокий уровень субъективного ощущения беспомощности, что приводит к поведению, направленному на собственное поражение);
- недостаточная актуализация личностных ресурсов;
- недостаточная актуализация ресурсов социальной среды (поддержка близких);
- недостаточное понимание и проработка необходимых стратегий изменения поведения;
- неверное понимание «неудач» в процессе изменения;
- недостаточная личная ответственность за изменение;
- стремление отсрочить помощь.

Преодоление сопротивления. Консультант должен понимать, что демонстрирующий сопротивление пациент предоставляет ему очень важные сведения, и именно этим определяется

модель межличностного взаимодействия между пациентом и консультантом.

Испытывая сопротивление, консультант должен изучить его природу и свои эмоции, а также конкретную ситуацию, вызвавшую сопротивление. Консультант должен понимать, что процесс мотивационного консультирования схож с процессом роста, и пациент будет проходить все его этапы.

Конкретные стратегии преодоления сопротивления:

- не отвечать сопротивлением на сопротивление;
- вместо того чтобы сопротивляться, лучше принять и усилить сопротивление;
- принимать поведение клиента безусловно, изучая природу его возникновения вместе с пациентом;
- показать пациенту, что его поведение может быть использовано ему на благо; важно не то, чтобы консультант критиковал или одобрял поведение пациента, а то, чтобы пациент мог использовать свое поведение для успешного разрешения любой ситуации;
- использовать любые проявления поведения пациента на благо установления мотивирующих отношений;
- проявлять уважение к сопротивлению пациента, так как оно является результатом его многолетнего опыта, с которым он был вынужден жить и от которого теперь должен отказаться;
- понимать, что пациент имеет право сопротивляться или не сопротивляться, сотрудничать или не сотрудничать; пациента нельзя осуждать или отвергать за его сопротивление; необходимо принять тот факт, что на данном этапе сопротивление пациенту необходимо;
- предоставить пациенту возможность самому выбрать вариант своего поведения, предлагая лишь альтернативы;
- снизить интенсивность директивного компонента консультирования;
- безусловно принять точку зрения пациента как данную на настоящий момент, но не исключать возможности ее изменения;
- сопротивление означает, что консультант движется слишком быстро и ожидает слишком больших перемен на настоящий момент;
- понимать, что сопротивление символизирует начало изменений.

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

09.02.2009. Россия. www.aids74.com. Три четверти россиян считают, что средства массовой информации уделяют проблеме ВИЧ/СПИДа недостаточно внимания. Это показал всероссийский онлайн-опрос, проведенный в ноябре 2008 года компанией Online Market Intelligence Ltd (ОМІ) для Российского медиапартнерства в борьбе с ВИЧ/СПИДом. Именно СМИ, по мнению респондентов, должны в пер-

вую очередь заниматься распространением информации о ВИЧ/СПИДе – такого мнения придерживается почти половина россиян (46%); 73% опрошенных считают, что знают о ВИЧ недостаточно, и из них 77% хотели бы узнать об этой проблеме больше. При этом россияне в первую очередь интересуются способами защиты от ВИЧ, пути передачи вируса, а также аспекты общения с ВИЧ-положительными людьми.

ОБСЛЕДОВАНИЕ И АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ У ВЗРОСЛЫХ И ПОДРОСТКОВ

Клинический протокол ВОЗ для Европейского региона*

Тринадцать клинических протоколов для Европейского региона ВОЗ заменяют ранее созданные протоколы ВОЗ для стран СНГ, Версия 1 (2004 г.). Публикуемый материал «Обследование и антиретровирусная терапия у взрослых и подростков» является Протоколом № 1, в который, в свою очередь, 18 июля 2008 г. также были внесены изменения (в данной публикации они отмечены особо).

ВИЧ-инфекция – это хроническое заболевание, излечить которое пока не удастся, поэтому люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ), нуждаются в постоянной медицинской помощи на протяжении всей жизни [1–3]. Основным компонентом лечения и помощи при ВИЧ/СПИДе является антиретровирусная терапия (АРТ). Правильно подобранная АРТ увеличивает продолжительность и повышает качество жизни ЛЖВ и, кроме того, снижает риск передачи вируса другим людям. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) поддерживает такой подход общественного здравоохранения к предоставлению АРТ [4], который способствует рациональному выбору и последовательному использованию антиретровирусных (АРВ) препаратов различных классов в схемах первого и второго ряда и в резервных схемах; упрощению и стандартизации клинического ведения пациентов, а также стандартизации ведения документации. Такой подход позволяет сохранить возможности выбора АРВ-препаратов для АРТ, свести к минимуму их токсичность и побочные эффекты, добиться максимальной приверженности лечению и поддерживать цели АРТ.

Цели АРТ:

- клинические: продление жизни и улучшение ее качества;
- иммунологические: количественное и качественное восстановление иммунитета для предупреждения оппортунистических инфекций (ОИ);
- вирусологические: максимально возможное подавление вирусной нагрузки (ВН) на максимально долгий срок с целью замедления прогрессирования болезни и предупреждения (либо отсрочки) развития лекарственной устойчивости;
- эпидемиологические: снижение частоты, в идеале, предупреждение дальнейшей передачи ВИЧ [5].

ВОЗ выпустила серию рекомендаций для поддержки предоставления АРТ в национальных программах; эти рекомендации доступны на сайте ВОЗ: <http://www.who.int/hiv/universalaccess2010/>

* Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе. Клинические протоколы для Европейского региона. ВОЗ, 2007 (www.euro.who.int/Document/E90840r.pdf).

[en/index.html](http://www.who.int/hiv/universalaccess2010/). В данном протоколе акцент сделан на руководствах и рекомендациях по определению клинических и иммунологических стадий ВИЧ-инфекции и проведению АРТ у подростков и взрослых.

Данные анамнеза и осмотра, сведения о проводившейся АРТ, результатах лабораторных и других исследований, а также сведения о социальных условиях необходимо документировать на протяжении всего периода лечения, которое может длиться годами или даже десятилетиями. Такая регистрация данных (например, результатов эндоскопических процедур, компьютерной томографии, микробиологических исследований, измерений ВН) важна не только для пациента, но и для ретроспективных исследований. Рекомендуется использовать электронную систему регистрации и хранения данных, особенно на клиническом уровне. Необходимо обеспечить конфиденциальность медицинской информации.

Оптимально, если лечение и помощь при ВИЧ-инфекции обеспечивает комплексная бригада. В идеале такая бригада, обеспечивающая медицинскую помощь и ведение пациента, должна состоять из врача (часто инфекциониста), медицинской сестры и социального работника или другого персонала, занимающегося решением немедицинских вопросов. Каждый из членов бригады выполняет определенные функции, дополняя друг друга. Также необходимо, чтобы ЛЖВ имели доступ к другим специалистам и группам само- и взаимопомощи [6].

ОБСЛЕДОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Надлежащее ведение пациентов, живущих с ВИЧ, – сложный, пожизненный процесс, сконцентрированный на их потребностях. Он должен включать:

- первичное исследование на ВИЧ и подтверждение результатов тестирования;
- соответствующее консультирование в процессе выявления ВИЧ-инфекции;
- клиническую оценку;
- консультирование пациента;

- наблюдение за состоянием здоровья пациента;
- начало и поддержание АРТ;
- предупреждение и лечение ОИ, других сопутствующих инфекций и заболеваний;
- психологическую поддержку;
- поддержку приверженности лечению;
- направление в соответствующие службы для обеспечения непрерывности предоставления помощи.

Клиническое обследование пациентов должно включать лабораторные исследования и консультирование с целью выявления и предупреждения проблем, связанных с самой ВИЧ-инфекцией, а также с другими болезнями и состояниями, которые могут повлиять на лечение ВИЧ-инфекции, особенно при взаимодействии с АРТ.

Первичное обследование. Цель первичного обследования — всесторонне оценить состояние пациента и стадию ВИЧ-инфекции, разработать план по дальнейшему ведению пациента и при необходимости направлению его во вспомогательные немедицинские службы.

Первичное обследование должно включать:

- подтверждение диагноза ВИЧ-инфекции и, если возможно, установление, когда пациент был инфицирован;
- подробный личный, семейный и медицинский анамнез;
- физикальное обследование;
- лабораторные и другие исследования;
- осмотр специалистами, если необходимо;
- определение клинической и иммунологической стадии болезни.

Подробный личный, семейный и медицинский анамнез. Перед физикальным обследованием новых пациентов, которым только что поставлен диагноз «ВИЧ-инфекция», и пациентов, которые уже получали лечение и переведены из других учреждений, необходимо собрать полный анамнез (см. табл. 1) [7].

Физикальное обследование. При физикальном обследовании необходимо задокументировать имеющиеся симптомы и признаки, а также объективные показатели, для того чтобы другие врачи могли определить изменения в состоянии пациента. Предпочтительно использовать стандартизованные вопросники по сбору анамнеза и обследованию (см. табл. 2).

Лабораторные и другие исследования (см. табл. 3–5). В зависимости от имеющихся у пациента сопутствующих заболеваний могут потребоваться дополнительные исследования. Например, при коинфекции ВГС/ВИЧ или ВГВ/ВИЧ — ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости для оценки лимфоузлов, размеров и формы печени и селезенки; при наличии клинических признаков заболеваний ЖКТ — эндоскопия верхних и нижних отделов ЖКТ. Данные эндоскопических исследований должны сопровождаться фотографиями.

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО ВОПРОСАМ, СВЯЗАННЫМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Консультирование — важнейший компонент стратегии ведения пациентов с ВИЧ-инфекцией и подходящий момент для установления доверительных взаимоотношений между пациентом и медицинским работником. Консультирование нужно начинать с выяснения и обсуждения социальных условий жизни пациента. Это может помочь в налаживании сотрудничества с пациентом в процессе лечения. Необходимо выяснить следующее:

- наличие партнера и отношения с ним;
- трудовая занятость, вид и условия работы;
- лица, которые знают или которых нужно проинформировать о том, что у пациента ВИЧ-инфекция;
- лица, с которыми медицинские работники могут обсуждать состояние здоровья пациента;
- отношения с родственниками;
- наличие холодильника для безопасного хранения лекарственных средств;
- особенности образа жизни, которые могут отрицательно сказаться на лечении [16–18].

Медицинские работники, которые консультируют ЛЖВ, должны в обязательном порядке обсудить с пациентом ряд вопросов и убедиться, что пациент их понял.

• Объяснить пациенту, что необходимо соблюдать меры по снижению риска передачи ВИЧ (безопасный секс, менее опасная практика проведения инъекций и т.п.); также предупредить об опасности незащищенных половых контактов с ВИЧ-инфицированными партнерами, что может привести к суперинфекции другим штаммом ВИЧ, возможно, устойчивым к АРВ-препаратам [19].

• Объяснить, что важно рассказать о том, что он(она) инфицирован(а), своему партнеру(ам), друзьям и членам семьи по нескольким причинам:

- для получения психологической поддержки и поддержки при проведении лечения;
- для предупреждения передачи ВИЧ;
- для исследования сексуального партнера(ов) на ВИЧ.

• Обсуждение доступности лечения, его преимуществ, подготовки к нему, отдаленных последствий и важности соблюдения режима лечения должно проводиться с каждым пациентом.

• Пациентов следует предупредить о признаках и симптомах возможных ОИ и необходимости обращения к врачу при их появлении.

• С пациентами, употребляющими нелегальные наркотики, необходимо обсудить, как важно отказаться от этой привычки. Если пациент не хочет или не может отказаться от наркотиков, нужно рассказать ему о мерах по снижению вреда, в том числе о сокращении потребления наркотиков, отказе от инъекционных наркотиков, использовании только личных шпри-

Таблица 1. Анамнез, который необходимо собрать при первичном обследовании

Общая информация:

- ФИО пациента
- дата рождения
- пол
- дата опроса

Данные о тестировании на ВИЧ:

- дата первого положительного теста на ВИЧ
- причина проведения тестирования
- последний отрицательный тест на ВИЧ, если известно

Риск заражения ВИЧ и путь заражения (если известно):

- потребление инъекционных наркотиков
- половые контакты (гетеро- или гомосексуальные; тип контактов: оральный, вагинальный, анальный)
- переливание крови или продуктов крови; трансплантация органов и тканей
- передача от матери ребенку
- контакт на рабочем месте (описать)
- неизвестно
- ВИЧ-статус половых партнеров (если известно)
- факторы риска у половых партнеров (если известно)

Время и место (страна), где произошло заражение (если известно или с большой долей вероятности можно предположить)*

История лечения и ухода при ВИЧ-инфекции (см. Приложение 1)

- время и место предшествующего лечения (или ухода), включая перерывы в лечении
- схемы АРТ
- побочные эффекты
- соблюдение режима лечения
- лабораторные данные [число лимфоцитов CD4, ВН, электролиты, биохимические показатели функции печени и почек, общий анализ крови – в хронологическом порядке у пациентов, у которых инфекция выявлена давно (несколько лет назад)] [8]
- записи о результатах исследований лекарственной устойчивости (если проводили)

Заболевания и состояния, обусловленные ВИЧ-инфекцией, и клиническая стадия ВИЧ-инфекции

- туберкулез (ТБ)
- инфекции органов дыхания
- другие вирусные, бактериальные и грибковые инфекции
- гепатиты С и В
- новообразования
- прочее

Другие заболевания и состояния

- госпитализации
- операции
- психические расстройства (депрессия и др.)
- заболевания печени и почек
- эндокринные нарушения
- инфекции, передаваемые половым путем (ИППП)
- вакцинация
- аллергические болезни
- изменение телосложения
- лекарственные средства, принимаемые в настоящее время

Семейный анамнез (сахарный диабет, артериальная гипертония, кожные болезни, онкологические заболевания и др.)

Сердечно-сосудистые заболевания и факторы риска (ожирение, курение, артериальная гипертония и пр.)

Контакты с больными ТБ (у пациента или членов семьи)

Лекарственные средства, принимаемые в настоящее время [включая заместительную терапию опиоидами (ЗТО)]

Потребление психоактивных веществ

- нелегальные наркотики (в прошлом и в настоящее время)
- алкоголь

Репродуктивное и сексуальное здоровье

- методы контрацепции (у женщин)
- данные о беременности (в прошлом, в настоящее время, планируемая)
- типы половых контактов (оральные, анальные, вагинальные)

Социальный анамнез

- состав семьи (партнер, супруг/супруга, дети, другие члены семьи)
- трудовая занятость и профессия
- социальная поддержка (социальная и медицинская страховка, поддержка со стороны общественных организаций и близких, которым известен ВИЧ-статус пациента, и др.)

* Эти данные полезны с эпидемиологической точки зрения, для определения подтипа вируса и профиля возможной лекарственной устойчивости.

Таблица 2. Первичное физикальное обследование

Общее состояние:

- рост и вес
- телосложение (липодистрофия)
- физическое состояние по шкале Карновского или другим стандартным шкалам

Основные физиологические показатели:

- артериальное давление
- температура тела
- пульс
- частота дыхания

Лимфатические узлы

Кожа (все тело, в частности выявление):

- признаков активного или перенесенного опоясывающего лишая
- признаков заболеваний печени
- саркомы Капоши
- себорейного дерматита
- следов от инъекций у потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). Для документирования кожных изменений, таких как изменение цвета невосов и появление темных пятен, лучше сделать фотографии (можно также сделать копии контуров через прозрачную пленку), чтобы можно было оценить изменения при последующих осмотрах

Ротоглотка:

- состояние ротовой полости и зубов
- признаки:
 - кандидозного стоматита
 - волосатой лейкоплакии полости рта
 - первичного сифилиса

Грудная клетка и легкие:

- дыхание, кашель, одышка
- форма грудной клетки
- контроль риска развития эмфиземы легких

Молочные железы — обследование с целью выявления риска развития рака молочной железы (у женщин и у мужчин)

Сердце — оценка исходного состояния у пациентов, у которых повышен риск сердечно-сосудистых осложнений при приеме АРВ-препаратов [9, 10] или существует повышенный риск эндокардита в связи с потреблением инъекционных наркотиков

Живот и желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) — исходные данные для оценки побочных эффектов АРВ-препаратов, особенно у пациентов с хроническим гепатитом, алкогольным поражением и циррозом печени:

- консистенция, размеры и конфигурация печени и селезенки
- перистальтика кишечника
- болезненность
- напряжение мышц передней брюшной стенки
- тошнота, рвота, дисфагия

Половые органы и перианальная область:

- признаки:
 - герпетической инфекции
 - цитомегаловирусной (ЦМВ) инфекции
 - сифилиса
 - инфекции, вызванной вирусом папилломы человека (ВПЧ) (остроконечные кондиломы, анальная карцинома) [11], других ИППП;
 - эректильной дисфункции

Ноги (походка, объем движений в суставах, липодистрофия) — исходные данные для оценки побочных эффектов АРТ

Лимфоузлы

Неврологический статус (включая признаки нейропатии)

Психический статус

Зрение и слух

цев, игл и других принадлежностей, а также о наркологическом лечении.

- Необходимо обсудить меры профилактики других инфекций.

- Основываясь на оценке социальных условий жизни пациента, следует поощрять его вести здоровый образ жизни — наладить сон, питание, заниматься спортом.

- Перед началом АРТ необходимо провести консультирование по следующим вопросам:

- соблюдение режима лечения;
- возможные побочные эффекты АРТ;
- лекарственные взаимодействия;
- необходимость надежной контрацепции, если схема АРТ будет содержать эфавиренц;
- медицинский работник, который проводит консультирование, должен быть уверен, что пациент или пациентка поняли, в чем будет состоять процесс лечения, а также другие вопросы, относящиеся к этой теме.

Таблица 3. Лабораторные исследования

Выявление и оценка ВИЧ-инфекции:

- серологические тесты на ВИЧ (обычно иммуноферментный анализ (ИФА) или экспресс-тест) с последующим подтверждающим тестом (обычно иммуноблоттинг) [12];
- число лимфоцитов CD4 для оценки тяжести иммунодефицита; у беременных определяют % лимфоцитов CD4 от общего числа лимфоцитов [13, 14];
- определение ВН методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) для оценки активности репликации вируса*

Исследования на другие инфекции:

Обязательные исследования:

- тест VDRL (реакция преципитации инактивированной сыворотки с кардиолипиновым антигеном) на сифилис
- серологические тесты на гепатиты С и В [определение антител к вирусу гепатита С (ВГС) и поверхностного антигена вируса гепатита В (ВГВ) – HBsAg]
- серологическое исследование на IgG-антитела к токсоплазме, при отрицательном результате – оценка риска заражения

По показаниям:

- мазок на гонорею и *Chlamydia trachomatis* (в зависимости от показаний из влагалища, полового члена или ануса)
- определение титра криптококкового антигена у пациентов с CD4 < 200/мкл и симптомами криптококкоза
- определение ЦМВ-антигена (раннего антигена pp65) у пациентов с CD4 < 100/мкл**

Общие лабораторные исследования:

- электролиты (натрий, калий)
- биохимические показатели функции печени (аланинаминотрансфераза – АлАТ, аспаратаминотрансфераза – АсАТ, щелочная фосфатаза) билирубин
- функция почек (азот мочевины крови, креатинин)
- лактатдегидрогеназа (маркер активности клеток при лимфомах, а также легочных инфекций, инфаркта миокарда, повреждения мышц и др.)
- быстрый тест МНО (международное нормализованное отношение) или протромбиновое время, общий анализ крови (с дифференциацией и определением тромбоцитов), тест на беременность перед началом АРТ

При возможности:

- уровень глюкозы натощак
- холестерин [липопротеины высокой плотности (ЛПВП), липопротеины очень низкой плотности (ЛПОНП)]
- триглицериды
- липаза
- С-реактивный белок
- тиреотропный гормон (ТТГ)

* Во избежание расхождений в результатах, связанных с постановкой тестов, желательно проводить измерения в одной и той же лаборатории.

** Позволяет выявить ЦМВ-инфекцию на самой ранней стадии, а также оценить ответ на лечение.

Таблица 4. Дополнительные исследования

- туберкулиновая проба у пациентов без симптомов ТБ или, если неизвестно, были ли контакты с ТБ
- микроскопия окрашенных мазков мокроты и рентгеноскопия грудной клетки у пациентов с симптомами и признаками активного ТБ
- ЭКГ – необязательно (может быть полезно в качестве исходных данных для последующего сравнения в связи с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний на фоне АРТ) [15]

Таблица 5. Дополнительные исследования

- осмотр невропатолога (на предмет периферической полинейропатии)
- осмотр офтальмолога (желательно повторять каждые 3 месяца при числе лимфоцитов CD4 < 100/мкл для выявления ЦМВ-ретинита)
- осмотр гинеколога, включая цитологическое исследование мазка из шейки матки (Пап-мазок), каждые 6 месяцев (для выявления рака шейки матки, обусловленного ВПЧ)*
- осмотр других специалистов, если необходимо

* На момент написания протокола не было оснований для того, чтобы рекомендовать обязательное цитологическое исследование ректального мазка.

• Пациентов также следует проинформировать об их ответственности перед законом (если применимо) и их правах и направить в соответствующие службы.

• Пациентам следует разъяснить вопросы, связанные с иммунизацией (включая иммунизацию перед поездками) и риском, обусловленным профессиональной деятельностью.

ПРОФИЛАКТИКА ОПОРТУНИСТИЧЕСКИХ И ДРУГИХ ИНФЕКЦИЙ

- Меры по предупреждению активного ТБ относятся к наиболее важным.

- Поскольку у ВИЧ-инфицированных пациентов повышен риск коинфекции ВГВ и ВГС, что может создавать дополнительные медицинские проблемы, важно подчеркнуть необходимость профилактики этих инфекций. Не менее важно дать рекомендации по снижению риска повреждения печени и по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку (ПМР).

- ЛЖВ необходимы прививки против гепатитов В и А, а также против гриппа.

- Всем пациентам с числом лимфоцитов CD4 < 200/мкл необходимо проводить медикаментозную профилактику некоторых ОИ, в частности пневмоцистной пневмонии (ПЦП) (возбудитель *Pneumocystis jirovecii*). Назначают котримоксазол, прием которого можно прекратить только при условии, что на фоне АРТ число лимфоцитов CD4 стабильно >200/мкл в течение 3 месяцев.

- Если у пациента нет антител к *Toxoplasma gondii*, необходимо рассказать о путях заражения токсоплазмозом и о способах профилактики этого заболевания (включая риск, связанный с домашними животными).

АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ

Начало АРТ. Вопрос о том, когда лучше всего начинать АРТ, пока остается открытым [20]. Обзор нескольких когортных исследований и клинических рекомендаций показывает, что наилучшими первичными критериями для начала АРТ считаются клиническая стадия ВИЧ-инфекции (стадия 3 или 4) и число лимфоцитов CD4, а вспомогательным критерием – уровень ВН [21–31]. Перед началом АРТ нужно проводить работу с пациентом, направленную на обеспечение его приверженности лечению.

Клинические и иммунологические критерии. В табл. 6 представлены клинические и иммунологические критерии, рекомендованные ВОЗ в качестве показаний к началу АРТ.

Решение о начале АРТ должно основываться на результатах двух отдельных измерений числа лимфоцитов CD4, в идеале сделанных с интервалом не менее 7 дней, чтобы исключить ошибку лаборатории и другие причины погрешности (например, сопутствующее заболевание). При наличии у пациента сопутствующего острого заболевания, повторно исследовать уровень CD4 следует только после лечения этого заболевания и выздоровления пациента. Однако не должно быть задержки с назначением АРТ, если пациент плохо себя чувствует или быстрое проведение повторного исследования CD4 невозможно. Ес-

Таблица 6. Рекомендации для начала АРТ у ЛЖВ

Клиническая стадия (ВОЗ)*	Число лимфоцитов CD4, мкл	Рекомендации
1	<200 200–350	лечить рассмотреть возможность лечения**
2	<200 200–350	лечить рассмотреть возможность лечения**
3	200–350	лечить
4	независимо от числа CD4	лечить

* Описание клинических стадий см. в *Приложении 2*.

** Когда число лимфоцитов составляет около 350/мкл, нужно обсудить с пациентом вопрос о более настоятельной необходимости начать АРТ и о подготовке к лечению.

ли вообще нет возможности провести подсчет CD4, решение о начале АРТ можно принять на основании только клинической картины (клинические признаки стадии 3 или 4).

Исходный показатель лимфоцитов CD4 (в идеале измеренный в момент, когда у пациента нет какой-либо ОИ) – критический показатель в отношении прогноза, оценки ответа на лечение и наблюдения за последующим иммунологическим ответом на АРТ.

Значение вирусной нагрузки. ВН ассоциируется с потерей лимфоцитов CD4. Хотя ВН сама по себе не является критерием для начала АРТ, если она превышает 100 000 копий/мл (иногда она может достигать 1 млн копий/мл), возможность быстрого снижения числа лимфоцитов CD4 очень высока. В связи с этим рекомендуется рассмотреть возможность начала АРТ при числе лимфоцитов CD4 > 350/мкл и ВН выше 100 000 копий/мл.

Несмотря на то, что измерение ВН повышает затраты на диагностику и не всегда доступно, сделать это важно, так как исходный показатель необходим для оценки эффективности лечения в дальнейшем. Отсутствие данных о ВН не должно быть критерием для отсрочки начала АРТ или причиной исключения пациента из группы кандидатов на предоставление АРТ.

Исследование лекарственной устойчивости. Распространенность устойчивости ВИЧ к АРВ-препаратам варьирует в разных странах и обусловлена несколькими факторами, включая продолжительность периода времени с того момента, когда АРТ стала доступной, какое проводилось лечение (монотерапия или использовали два препарата) и приверженностью лечению. В Западной Европе в многоцентровых исследованиях обнаружена устойчивость к АРВ-препаратам у 10% лиц с ВИЧ-инфекцией, впервые выявленной между 1996 г. и 2002 г. [32]. В исследо-

вании, проведенном в 40 городах США, частота первичной устойчивости составила 14% [33]. Самые высокие показатели получены в Испании (26%) [34] и в Сан-Франциско (19%) [35]. В странах, где использование АРТ имеет недолгую историю или АРТ вообще не применялась, риск передачи устойчивых штаммов ВИЧ намного ниже, и рекомендованные схемы высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) первого ряда эффективны у пациентов, не получавших лечения ранее. Очень важно использовать стратегии, основанные на данных популяционных исследований лекарственной устойчивости ВИЧ на местах. Это позволит наблюдать за появлением и распространением устойчивых к АРВ-препаратам штаммов вируса и действовать, основываясь на раннихстораживающих индикаторах устойчивости, чтобы свести к минимуму частоту появления устойчивых штаммов и их дальнейшее распространение.

ВОЗ не рекомендует проводить исследование чувствительности ВИЧ к АРВ-препаратам в индивидуальном порядке перед началом АРТ в тех учреждениях, где в государственной системе здравоохранения лечение проводится только по одной схеме первого ряда, поскольку в этом случае любой полученный результат не повлияет на предоставление АРТ. В отличие от этого, результаты дозорного эпидемиологического надзора, показывающие, что на популяционном уровне устойчивость превышает 5% [36, 37], необходимо принимать во внимание и адаптировать национальные рекомендации, касающиеся АРТ первого ряда. Дополнительную информацию об исследованиях лекарственной устойчивости можно найти в *Приложении 3*. Там, где позволяют ресурсы, и в государственной системе здравоохранения лечение проводится с использованием не одной схемы первого ряда, исследование устойчивости перед началом АРТ может помочь в выборе оптимальной схемы АРТ; вероятно, стоимость и ограниченная доступность исследования лекарственной устойчивости будут препятствием для использования этого метода во многих учреждениях [38–40].

Схемы ВААРТ первого ряда. Для схем ВААРТ первого ряда рекомендуется комбинировать два нуклеозидных или нуклеотидных ингибитора обратной транскриптазы (НИОТ) с одним ненуклеозидным ингибитором обратной транскриптазы (ННИОТ) (табл. 7).

Рекомендации по выбору НИОТ.

- Базовый компонент схемы АРТ первого ряда представляет собой комбинацию двух НИОТ. Одним из них должен быть ламивудин или эмтрицитабин [39]; эмтрицитабин рассматривается как эквивалент ламивудина по эффективности и по токсичности [41]. Второй, чаще всего используемый аналог тимидина, — зидовудин. По зидовудину накоплено наибольшее количество данных и клинического опыта, по-

Таблица 7. Рекомендованные схемы ВААРТ первого ряда

Классы АРВ-препаратов	Схемы ВААРТ
2 НИОТ + 1 ННИОТ	зидовудин + ламивудин + (эфавиренц* или невирапин)
	или
	тенофовир + эмтрицитабин + (эфавиренц* или невирапин)
	или
	абакавир + ламивудин + (эфавиренц* или невирапин)

* Эфавиренц выделен как предпочтительный ННИОТ. (Рекомендованные дозы АРВ-препаратов см. в *Приложении 4*).

скольку он был первым из известных АРВ-препаратов.

- Ставудин — другой тимидиновый аналог. Он производится в нескольких комбинациях с фиксированной дозировкой, дешевле, чем зидовудин, и поэтому широко использовался во многих странах. Однако у этого препарата плохой профиль токсичности, а последние исследования показали высокую частоту отдаленных побочных эффектов [42–49]. Этот препарат был исключен из многих национальных и международных рекомендаций, касающихся начала АРТ. Он все чаще используется как резервный препарат для замены зидовудина (замена препарата в пределах одного класса), если это необходимо из-за проявлений токсичности и побочных эффектов. На сегодняшний день у всех пациентов (независимо от массы тела) рекомендуется использовать низкую дозировку ставудина (30 мг) для уменьшения отдаленного токсического эффекта.

- Из других НИОТ для АРТ первого ряда можно назначать тенофовир или абакавир в комбинации с ламивудином или эмтрицитабином. Недавно в одном исследовании было показано, что комбинация тенофовир + эмтрицитабин немного эффективнее комбинации зидовудин + ламивудин при использовании этих комбинаций с эфавиренцем [42]. Возможно, это объясняется меньшей частотой побочных эффектов в группе получавших тенофовир. Необходимы дальнейшие исследования. Также нужно отметить, что абакавир может вызывать опасный синдром гиперчувствительности, а тенофовир — нарушение функции почек, поэтому перед его назначением обычно рекомендуется исследовать функцию почек.

- Преимущество тенофовира и абакавира — в их профиле устойчивости, благодаря которому в дальнейшем можно использовать больше комбинаций НИОТ с ингибиторами протеазы (ИП) в схемах второго ряда. Недостатками этих препаратов являются: высокая стоимость, проблема доступности и трудности лицензирования, а также относительно небольшой опыт по приме-

нению в программах и недостаточный по сравнению с другими аналогами тимидина объем данных об их эффективности [43].

- Эти НИОТ доступны (или, видимо, скоро должны пройти оценку соответствия и будут доступны) в следующих комбинациях с фиксированной дозировкой (в одной таблетке) от производителей оригинальных и генерических препаратов:

- зидовудин + ламивудин;
- тенофовир + эмтрицитабин, тенофовир + ламивудин;

- абакавир + ламивудин;
- ставудин + ламивудин

- Дополнительное преимущество тенофовира/эмтрицитабина и абакавира/ламивудина – возможность приема один раз в сутки.

Другие НИОТ и некоторые их комбинации не рекомендуются для АРТ первого ряда [44]. Необходимо соблюдение определенных правил при использовании АРВ-препаратов этого класса.

- Не комбинировать препараты, которые в английском написании содержат букву «d» – «d-drugs» (ddl, d4T – диданозин, ставудин).

- Не назначать диданозин и *ставудин* при имеющейся полинейропатии (*пункт изменен в 2008 г.*).

- Не использовать комбинацию зидовудин + ставудин.

- Не использовать комбинацию ламивудин + эмтрицитабин.

Рекомендации по выбору ННИОТ.

- Существует два доступных ННИОТ – эфавиренц и невирапин, которые рекомендуются для АРТ первого ряда. Эффективность невирапина сравнима с эффективностью эфавиренца [50]. При использовании обоих препаратов наблюдается выраженная токсичность и серьезные побочные эффекты, ограничивающие их широкое применение.

- В наибольшей степени изучена схема зидовудин + ламивудин + эфавиренц [51–53]. Эту комбинацию из трех таблеток нужно принимать два раза в день. Эффект достигается быстро, ВН падает уже в первые две недели лечения по этой схеме, содержащей эфавиренц, число лимфоцитов CD4 растет примерно так же, как при других схемах, побочных эффектов немного.

- Необходимо избегать назначения эфавиренца пациентам с тяжелым психическим заболеванием в анамнезе, женщинам детородного возраста, не использующим надежную контрацепцию и в первом триместре беременности. В этих случаях альтернативой является невирапин.

- Невирапин может обладать острой гепатотоксичностью, которая, как выяснилось, связана с уровнем иммуносупрессии [54], поэтому его использование ограничивается женщинами с числом лимфоцитов CD4 < 250/мкл и мужчинами с числом лимфоцитов CD4 < 400/мкл. Более высокое содержание CD4 ассоциируется с

более высоким риском проявления гепатотоксичности невирапина.

- При лечении невирапином необходимо постепенное увеличение дозы препарата. Для лучшей переносимости рекомендуется начинать с 200 мг невирапина 1 раз в сутки в течение 14 дней, а затем дозировка повышается до стандартной (200 мг 2 раза в сутки).

- Обычно следует предпочесть эфавиренц, если пациент получает одновременно рифампицин для лечения ТБ.

- Комбинация из двух ННИОТ и одного НИОТ не рекомендуется [55].

Альтернативные схемы ВААРТ первого ряда.

- В особых условиях, когда ННИОТ противопоказаны или ведение пациентов, получающих ННИОТ, представляет значительные трудности, можно рекомендовать схемы АРТ первого ряда, содержащие три НИОТ (например, зидовудин + ламивудин + абакавир или зидовудин + ламивудин + тенофовир). Преимущество подобных схем состоит в том, что они позволяют сохранить препараты класса ИП для АРТ второго ряда. Такие схемы можно использовать при следующих обстоятельствах:

- непереносимость ННИОТ или устойчивость к ним;

- психические расстройства;

- имеющееся заболевание печени (повышение уровня АЛАТ более чем в 3–5 раз) и подтвержденный цирроз;

- коинфекция ВГВ или ВГС;

- инфекция, вызванная ВИЧ-2, которому присуща устойчивость к ННИОТ;

- одновременное лечение ТБ у женщин детородного возраста в случаях, когда невозможно гарантировать надежную контрацепцию и нельзя использовать невирапин и усиленные ИП.

- Вирусологическая эффективность схемы зидовудин + ламивудин + абакавир кратковременно ниже, по крайней мере, у пациентов с высокими исходными уровнями ВН, а иммунологическая эффективность сравнима с таковой схемы зидовудин + ламивудин + эфавиренц [51, 56].

- Многообещающей представляется схема зидовудин + ламивудин + тенофовир, но на сегодняшний день данных о ее использовании мало.

- При использовании других схем из трех НИОТ (например, зидовудин + тенофовир + абакавир или тенофовир + ламивудин + диданозин) наблюдалась неприемлемо высокая частота вирусологической неэффективности лечения и появления мутации K65R [57, 58], поэтому их использовать не следует.

- Усиленные ИП обычно оставляют для АРТ второго ряда. АРВ-препараты этого класса в сочетании с двумя НИОТ используются в АРТ первого ряда в исключительных случаях (противопоказания к использованию ННИОТ, когда

ни эфавиренц, ни невирапин назначить нельзя, а схема из трех НИОТ недоступна или считается неприемлемой):

- психические расстройства;
- повышение уровня Ал АТ более чем в 3–5 раз;

- беременность при числе CD4 250–350/мкл, особенно в 1-м триместре беременности (поскольку эфавиренц противопоказан);

- инфекция, вызванная ВИЧ-2, которому присуща устойчивость к препаратам класса ННИОТ.

- Если схемы АРТ первого ряда, содержащие ИП неэффективны, остается весьма ограниченный выбор АРВ-препаратов для последующего лечения, во всяком случае, в государственных системах общественного здравоохранения во многих странах. После неудачи при использовании схем с ИП наблюдается больше профилей устойчивости к другим препаратам, чем после неудачи лечения ННИОТ (точечная мутация в отношении класса ННИОТ). В связи с этим, как правило, рекомендуется оставлять ИП для АРТ второго ряда.

Приверженность АРТ. Для достижения оптимальных результатов лечения необходимо строгое соблюдение режима АРТ. Хорошо известно, что если пациент тщательно придерживается режима лечения, частота обусловленных ВИЧ-инфекцией заболеваний и смертность резко падают [59], а при нарушении режима приема препаратов быстро развивается лекарственная устойчивость [60]. Уровень соблюдения назначений для эффективной АРТ окончательно не установлен (он может быть разным в зависимости от схемы АРТ), однако прием менее 95% доз ассоциируется со слабым вирусологическим и иммунологическим ответом, а прием 100% доз позволяет достичь еще большей эффективности, чем прием 95% доз [61, 62]. Согласно последним данным, существует зависимость между устойчивостью к различным классам АРВ-препаратов и соблюдением режима лечения [63].

Низкий или недостаточный уровень приверженности лечению имеет отрицательные последствия для пациентов, здравоохранения и национальной экономики.

- У пациентов возникает опасность развития выраженной лекарственной устойчивости, неэффективности лечения и прогрессирования болезни [64, 65]. Как правило, при переходе на новую схему после неудачного лечения пациентам еще труднее выполнять назначения (больше таблеток, больше побочных эффектов, ограничения, связанные с приемом пищи, токсичность, сложнее дозирование).

- С ростом числа устойчивых вирусов растет вероятность их передачи вновь инфицированным. Данные, полученные в США [66] и Европе [67], показывают, что такая первично приобретенная устойчивость встречается у пациентов

все чаще, отрицательно сказываясь на результатах АРТ.

- С экономической точки зрения, лечение ВИЧ-инфекции, вызванной устойчивыми штаммами вируса, будет требовать более широкого использования схем второго ряда, а также резервных схем, которые, как правило, дороже схем первого ряда.

- Плохое соблюдение режима лечения повышает риск прогрессирования болезни, следовательно, увеличивает затраты на лечение ОИ [68].

Причины недостаточной приверженности и способы ее повышения. Персонал, обеспечивающий лечение и помощь, должен выявлять возможные факторы, которые приводят к плохому соблюдению режима лечения, и содействовать их устранению.

Факторы, относящиеся к пациенту, и оказание поддержки для их устранения. Роль самих пациентов является определяющей. Невозможно предсказать, насколько тщательно пациент будет соблюдать режим лечения. Исследования влияния пола, расы, возраста, пути заражения и уровня образования на приверженность лечению дали противоречивые результаты [69]. Кроме того, у одного и того же больного с течением времени уровень приверженности может меняться [70]. Время от времени у большинства ЛЖВ, получающих лечение, наблюдается низкий уровень приверженности.

К возможным причинам плохого соблюдения режима лечения относятся:

- употребление наркотиков и алкоголя (пациент может нарушать регулярность приема препаратов);

- плохое питание из-за бедности или других причин;

- религиозные убеждения [71];

- страх, что из-за регулярного приема препаратов ВИЧ-статус перестанет быть тайной;

- психические заболевания [72];

- страх побочных эффектов и сомнения в необходимости приема препаратов [73].

Возможные методы поддержки высокого уровня приверженности:

- разъяснение необходимости АРТ;

- преодоление заблуждений пациента;

- регулярная оценка соблюдения режима АРТ;

- помощь «равных», близких и пр. (группы взаимопомощи, друзья, другие лица, оказывающие поддержку пациентам);

- регулярная оценка психического здоровья;

- оценка поведенческих навыков, необходимых для соблюдения режима лечения;*

* Можно обратиться за помощью к медсестрам, фармацевтам, членам семьи, использовать график приема препаратов, аптечки-органайзеры с часами, «привязать» прием препаратов к текущему распорядку дня, ознакомиться с рекомендациями для путешественников и с опытом других пациентов.

- обращение за помощью в специализированные социальные службы и другие учреждения.

Факторы, относящиеся к медицинским работникам. Помогая пациентам соблюдать режим терапии, медработники должны четко понимать необходимость высокого уровня приверженности и роль соблюдения режима лечения в развитии устойчивости. Профессионалы, работающие с ЛЖВ, должны постоянно повышать уровень знаний о способах повышения приверженности лечению. Существует ряд стратегий, которые должны помочь персоналу обеспечить высокий уровень приверженности АРТ.

- Во всех центрах по лечению ВИЧ-инфекции необходимо иметь письменный план укрепления приверженности терапии и регулярно пересматривать стратегию по ее повышению.

- Медицинских работников нужно привлекать к участию в программах укрепления приверженности [74].

- Изучение предпочтений пациентов в отношении лечения может способствовать повышению приверженности.

- Помощь в улучшении соблюдения режима лечения необходимо предлагать всем пациентам, поскольку у всех в процессе лечения могут наблюдаться колебания уровня приверженности.

- Предоставление помощи в соблюдении режима лечения необходимо продолжать как при назначении схем второго ряда, так и резервных схем лечения. Неэффективность лечения — важнейший повод для укрепления приверженности и оказания поддержки [75].

- Поскольку тщательное соблюдение режима лечения требует постоянных, а не разовых усилий [76], поддержку необходимо предлагать как в начале АРТ и при изменении схемы лечения, так и во время плановых визитов.

- Медицинские работники должны быть уверены в том, что пациент хорошо понимает особенности ВИЧ-инфекции и существование связи между соблюдением назначений и развитием лекарственной устойчивости; знает о требованиях, касающихся приема назначенных препаратов, и о возможных побочных эффектах. Устная информация должна подкрепляться письменными рекомендациями.

- Персонал, обеспечивающий лечение и помощь, должен предлагать пациентам использовать все способы, облегчающие соблюдение режима лечения (от ведения дневника или графика приема препаратов, использования аптечки-органайзера и электронных напоминающих устройств, до привлечения членов семьи и друзей, которые будут напоминать о приеме таблеток) [77].

- Соблюдение режима терапии улучшается, если пациенты положительно оценивают свои отношения с врачом и другим персоналом [78].

- Первый раз необходимо провести оценку соблюдения режима лечения через два дня после начала терапии или замены схемы для того,

чтобы выяснить, нуждается ли пациент в дополнительной информации или в решении проблем, оставшихся без внимания.

- Сотрудничество между клиническими учреждениями и организациями, работающими в сообществе, может помочь донести необходимую информацию до населения; это особенно касается труднодоступных популяций и некоторых этнических групп.

Факторы, относящиеся к схеме лечения, и стратегии по их устранению

- При схемах, требующих приема препаратов более двух раз в сутки, режим лечения соблюдается хуже [79], хотя, по-видимому, нет различий в соблюдении режима при назначении схем с приемом препаратов один или два раза в сутки [80]. При использовании схем с приемом препаратов один или два раза в сутки пациенты принимают больше доз своевременно. Многофакторный анализ показал, что прием доз с опозданием приводит к неэффективности лечения [81].

- Вероятность снижения ВН ниже 50 копий/мл через 48 недель лечения была выше при назначении схем с небольшим числом таблеток [80].

- Уровень приверженности лечению не коррелирует с каким-либо определенным классом АРВ-препаратов. Однако противоречивые требования, касающиеся зависимости приема различных препаратов от приема пищи, могут затруднять соблюдение режима [82].

- На соблюдение режима лечения могут влиять опасные лекарственные взаимодействия и побочные эффекты. Пациенты могут пропускать прием препаратов из-за тошноты или рвоты, а усталость может заставить пациента пропустить время приема последней дозы препарата [83].

К методам поддержки приверженности лечению относятся:

- оценка факторов, связанных с образом жизни пациента (режим питания, сна, работы и др.) и их коррекция в соответствии с режимом лечения;

- оценка индивидуальных предпочтений пациента, касающихся лечения (размер таблеток, лекарственные формы, число препаратов, ограничения, связанные с приемом пищи и др.)

- демонстрация пациенту, как выглядят таблетки, перед выбором схемы лечения;

- просвещение по вопросам, связанным с побочными эффектами; предоставление рекомендаций, как справиться с их проявлениями; оказание поддержки;

- выдача препаратов в небольших количествах через короткие промежутки времени может помочь: — выявить возможные проблемы с соблюдением режима лечения до того, как они приведут к развитию устойчивости;

- ограничить возможность прерывания лечения и неправильного применения препаратов;

- использование схем с приемом препаратов один раз в день и комбинаций с фиксированной

дозировкой; это позволяет уменьшить количество таблеток и полезно на ранних стадиях лечения;

- непосредственное наблюдение за приемом препаратов, особенно в клинических условиях.

Эффективность и неудачи АРТ. Все пациенты должны находиться под регулярным наблюдением опытных клиницистов. В идеале иммунологические и вирусологические тесты должны быть доступны всем пациентам. Об успехе АРТ можно судить по клиническим, иммунологическим или вирусологическим критериям (см. табл. 8).

Неудачу АРТ первого ряда можно выявить с помощью критериев трех типов: клинических, иммунологических и вирусологических. Эти три критерия будут являться отражением трех различных аспектов неэффективности лечения. Кроме того, оказалось, что, не имея убедительных клинических данных о продолжительности последующего ответа на АРТ второго ряда, трудно узнать, что является наилучшим индикатором, с помощью которого можно определить, когда переходить на другую схему и какие пороговые значения или уровни показателей использовать. Существуют различные точки зрения относительно того, нужно ли пациенту, получающему «неудачную» схему лечения, независимо от использовавшегося критерия, переходить на АРТ второго ряда и когда это сделать. Не существует четкого консенсуса на глобальном уровне по определению неудачи лечения. В настоящее время в различных учреждениях в качестве вирусологических, иммунологических и клинических критериев неэффективности лечения используются разные биологические конечные показатели.

Вирусологический ответ.

- ВН – самый ранний показатель успеха или неудачи лечения, который почти на месяц опережает изменения числа лимфоцитов CD4. В редких случаях наблюдается парадоксальная реакция (вирусологический ответ на лечение не сопровождается иммунным ответом), поэтому при оценке ВН необходимо оценивать и число лимфоцитов CD4.

- Если ВН не снизилась до <400 копий/мл к 24-й неделе лечения или до <50 копий/мл к 48-й

неделе лечения, это указывает на неполноценный иммунный ответ.

- Если ВН уже снизилась до неопределяемого уровня, а затем проведенное дважды измерение с интервалом 4–8 недель показало, что она вновь возросла до >400–1000 копий/мл, существует риск вирусологической неэффективности лечения [84].

- Небольшие подъемы ВН от неопределяемого уровня до 50–200 копий/мл («всплески») могут регистрироваться и без развития устойчивых штаммов вируса (погрешности измерений), но тем не менее это должно стать поводом для обсуждения с пациентом вопросов соблюдения режима лечения [86]. В подобной ситуации может быть полезен терапевтический лекарственный мониторинг (ТЛМ) концентрации препаратов в сыворотке. Любой «всплеск» необходимо устранить в течение 4 недель.

- Если причина вирусологической неэффективности (например, нарушение режима приема, субоптимальные концентрации препаратов в сыворотке, лекарственные взаимодействия и т.п.) не выявлена, необходимо обсудить вопрос о переходе на схему второго ряда.*

Иммунологический ответ.

- Показатели числа лимфоцитов CD4 сами по себе могут использоваться для оценки неудачи или успеха лечения.

- В среднем за первый год лечения у пациентов, не получавших раньше АРВ-препаратов, число лимфоцитов CD4 увеличивается примерно на 150/мкл [87, 88]. Отсутствие повышения числа лимфоцитов CD4 более чем на 50/мкл в течение первого года АРТ свидетельствует об иммунологической неэффективности лечения.

* Штаб-квартира ВОЗ отмечает, что оптимальное значение ВН, при котором необходимо изменить схему АРТ, не установлено. Однако показатели, превышающие 10 000 копий/мл, ассоциировались с последующим клиническим прогрессированием болезни и значительным снижением числа CD4. На глобальном уровне ВОЗ, в качестве временной рекомендации для перехода на ВААРТ второго ряда, предлагает в учреждениях с ограниченными ресурсами ориентироваться на показатель 10 000 копий/мл в случае, если уровень ВН используется в качестве критерия [85].

Таблица 8. Критерии эффективности лечения

Показатель	Вирусологические		Иммунологические	Клинические
	вирусная нагрузка		число CD4	клиническая стадия
Сроки*	24 недели	48 недель	24–48 недель	через 12 недель после начала терапии у пациента не должно быть симптомов или их должно быть мало
Предлагаемые диапазоны значений	<400 копий/мл	<50 копий/мл	повышение от исходного уровня как минимум на 50–100 клеток/мкл	стадия 1 или 2

* Цифры, касающиеся сроков и предлагаемых диапазонов значений, не следует рассматривать как абсолютные.

- Если через 6 месяцев число лимфоцитов CD4 не повысилось, необходимо вновь оценить, как соблюдается режим лечения и обеспечить его выполнение.

Клинический ответ.

- Обычно клиническая стадия претерпевает обратное развитие, и у пациентов либо вообще не определяется симптомов (стадия 1), либо имеются минимальные симптомы и признаки, ассоциирующиеся с ВИЧ-инфекцией (стадия 2).

- Некоторые ОИ, свидетельствующие о стадии 3 или 4, могут рецидивировать. В частности, прогностическое значение кандидоза полости рта и пищевода, не всегда определенное.

- Однако, как правило, появление после начала АРТ новых или рецидивирующих признаков, характерных для стадии 3 или 4 (ОИ или другие, обусловленные ВИЧ-инфекцией заболевания) свидетельствуют о клинической неэффективности лечения.

Расхождение между вирусологическим и иммунологическим ответами. У некоторых пациентов, получающих ВААРТ, несмотря на постоянно низкий, но определяемый уровень вирусемии (подавление ВН меньше обычного установленного значения), число лимфоцитов CD4 может оставаться стабильным или даже повышаться [89–91]. При анализе результатов обширных межкогортных исследований даже у пациентов, у которых отмечена вирусологическая неэффективность лечения препаратами 3 классов и которые продолжали получать ВААРТ, вирусемия <10 000 копий/мл или подавление ВН как минимум на 1,5 log копий/мл по сравнению с исходным уровнем (до лечения) не сопровождалось снижением числа клеток CD4 [92, 93].

В 2008 г. добавлен нижеследующий подраздел:*

Пересмотренное определение неэффективности АРТ и стратегии смены АРТ-режима

Определение неэффективности АРТ первого ряда.

Вирусологическая неэффективность:

- первичная – отсутствие вирусологического ответа, а именно отсутствие снижения ВН до уровня <50 копий/мл в двух независимых тестах после 6 месяцев терапии;

- вторичная – рост вирусной нагрузки после достижения минимального значения, а именно рост ВН > 50 копий/мл, что подтверждено вторым тестом.

Вирусологическая неэффективность не является обязательным показанием для смены режима АРТ.

Иммунологическая неэффективность (когда определение ВН невозможно):

* См.: www.euro.who.int/aids/protocols/20080715_1?language=Russian

- снижение уровня CD4-клеток на 25% от максимального уровня CD4, отмечавшегося у пациента или

- отсутствие роста CD4-клеток до уровня свыше 50 кл/мм³ в течение первого года проведения АРТ.

Определение неэффективности АРТ на основании только клинических показаний считается недостаточным. При проведении АРТ странам рекомендуется, по крайней мере, обеспечить регулярное определение уровня CD4-клеток.

При определении неэффективности терапии необходимо исключить недостаточную приверженность лечению и взаимодействие лекарственных препаратов.

Стратегия смены режимов АРТ. Если АРВ-препараты первого и второго ряда не имеют перекрестной устойчивости, нет необходимости проведения тестирования на резистентность.

Ранняя смена режима АРТ: ВН > 400 (>50–<1000)* копий/мл.

- Преимущества: сохранение возможности использования дополнительных вариантов в последующем лечении, более высокая вероятность эффективности новой схемы АРТ, снижение риска развития заболеваний, как связанных, так и не связанных со СПИДом.

- Недостатки: более высокая стоимость и более быстрое исчерпывание возможных комбинаций АРВ-препаратов; необходимость регулярного мониторинга вирусной нагрузки.

Поздняя смена режима АРТ (VL ≥ 1000–10 000 копий/мл или снижение уровня CD4 на 25% от максимального уровня, отмечавшегося у пациента).

- Преимущества: меньшая стоимость.

- Недостатки: более активное накопление мутаций, вызывающих резистентность; потенциальная возможность распространения резистентных штаммов ВИЧ; возможное снижение эффективности нового режима АРТ; возможное ограничение выбора эффективных АРВ-препаратов для АРТ второго ряда.

Если через 6 месяцев после начала АРТ показатель ВН > 50 копий/мл, то до решения о смене режима АРТ необходимо оценить приверженность лечению, токсичность АРТ и взаимодействие лекарственных препаратов, а также принять меры для устранения выявленных проблем (замена АРВ-препарата, вызывающего токсичный эффект, корректировка доз АРВ-препаратов).

Отдаленные последствия преимуществ или недостатков ранней или поздней смены АРТ-режима не известны, и необходимо проведение соответствующих исследований.

* Значение ВН более 50 копий/мл, но менее 1000 копий/мл относится к определению вторичной неэффективности АРТ первого ряда; смена режима АРТ при этих показателях ВН относится к ранней.

Минимальные лабораторные исследования.

• Определение ВН должно быть стандартом предоставления помощи людям, живущим с ВИЧ.

• ВН следует определять перед началом АРТ и далее через 1, 3, 6 и 12 месяцев; последующее определение ВН у пациентов, успешно отвечающих на терапию, может проводиться с более длительными интервалами.

• Определение ВН с интервалом в 6–12 месяцев считается допустимым, если имеются ограничения в доступности или стоимости тестирования.

• Определение уровня CD4 следует проводить перед началом АРТ, 2–4 раза в течение первого года лечения и 2 раза в год в дальнейшем.

Определение неэффективности АРТ второго ряда не отличается от определения неэффективности АРТ первого ряда. Однако стратегия действий будет определяться выбором АРВ-препаратов и более широким использованием тестирования на резистентность. По возможности рекомендуется использование новых классов АРВ-препаратов.

Тестирование на резистентность. Если после установления неэффективности терапии первого ряда тестирование на резистентность не воз-

можно, рекомендуется взять образец крови пациента и хранить его в замороженном виде на тот случай, если терапия второго ряда окажется также неэффективной. Для решения вопроса о дальнейшей схеме лечения такого пациента необходимо тестирование обоих образцов крови на резистентность.

Схемы ВААРТ второго ряда.

• При выявлении признаков неэффективности схемы ВААРТ первого ряда, рекомендуется перевести пациента на АРТ второго ряда, заменив все АРВ-препараты.

• АРТ второго ряда – это следующая схема, на которую следуют перейти сразу же после выявленной неэффективности схемы первого ряда. ИП – это резерв для использования в схемах второго ряда. В качестве оптимального решения рекомендуются усиленные ритонавиром ИП, дополненные двумя АРВ-препаратами из класса НИОТ (схемы второго ряда представлены в табл. 9).

Рекомендации по выбору НИОТ.

• Минимальные изменения при выборе схемы второго ряда – два новых НИОТ. Никогда не меняйте только один препарат при подозрении на устойчивость.

Таблица 9. Схемы АРТ второго ряда, рекомендованные для лечения взрослых и подростков

Схемы первого ряда	Схемы второго ряда после неудачного лечения
Зидовудин + ламивудин + (эфавиренц или невирапин)	лопинавир/ритонавир* (или атазанавир/ритонавир, саквинавир/ритонавир, фосампренавир/ритонавир, индинавир/ритонавир) + диданозин + абакавир или лопинавир/ ритонавир* (или атазанавир/ритонавир, саквинавир/ритонавир, фосампренавир/ритонавир, индинавир/ритонавир) + тенофовир + абакавир или лопинавир/ритонавир* (или атазанавир/ритонавир, саквинавир/ритонавир, фосампренавир/ритонавир, индинавир/ритонавир) + тенофовир + (зидовудин + ламивудин)**
Тенофовир + эмтрицитабин + (эфавиренц или невирапин)	лопинавир/ритонавир* (или атазанавир/ритонавир, саквинавир/ритонавир, фосампренавир/ритонавир, индинавир/ритонавир) + диданозин + абакавир или лопинавир/ритонавир* (или атазанавир/ритонавир, саквинавир/ритонавир, фосампренавир/ритонавир, индинавир/ритонавир) + диданозин + зидовудин
Абакавир + ламивудин + (эфавиренц или невирапин)	лопинавир/ритонавир* (или атазанавир/ритонавир, саквинавир/ритонавир, фосампренавир/ритонавир, индинавир/ритонавир) + диданозин + зидовудин или лопинавир/ритонавир* (или атазанавир/ритонавир, саквинавир/ритонавир, фосампренавир/ритонавир, индинавир/ритонавир) + зидовудин + тенофовир (+ ламивудин)**

* Лопинавир/ритонавир в данной таблице выделен как предпочтительный из всех усиленных ритонавиром ИП, однако в зависимости от приоритетов различных программ предоставления лечения его можно заменить на другой усиленный ИП (например, атазанавир/ритонавир, саквинавир/ритонавир, фосампренавир/ритонавир или индинавир/ритонавир). В отсутствие «холодовой цепи» в качестве ИП можно назначить нелфинавир, однако он считается менее активным, чем усиленные ритонавиром ИП.

** Зидовудин + ламивудин указаны здесь из стратегических соображений, поскольку неудача схем первого ряда позволяет предположить устойчивость к ним обоим. Однако зидовудин может предотвратить или задержать развитие мутации K65R, а ламивудин будет поддерживать мутацию M184V, которая снижает способность вируса к репликации, а также в некоторой степени восстанавливает чувствительность к зидовудину. Следует заметить, что клиническая эффективность такой тактики в данной ситуации не доказана.

Рекомендованные дозы АРВ-препаратов см. в *Приложении 4*.

- Если первая схема АРТ включала зидовудин + ламивудин, то абакавир с диданозином (или тенофовир с диданозином в скорректированной дозе и при тщательном наблюдении) можно выбрать для схемы второго ряда [94].

- Пациентам, которые в составе схемы первого ряда получали тенофовир или абакавир из-за высокой вероятности развития лекарственной устойчивости полезно включить в схему второго ряда зидовудин [95]. Например, мутация K65R, возникающая под воздействием тенофовира и абакавира повышает чувствительность вируса к зидовудину [96, 97].

- Ламивудин пригоден также и при устойчивости к нему, так как он поддерживает мутацию 184V, которая снижает жизнеспособность вируса и повышает его чувствительность к зидовудину [96].

Рекомендации по выбору ИП.

- Если первая схема включала ННИОТ, вторая должна включать ИП.

- Большинство ИП «усилены» низкими дозами ритонавира (последний тоже является ИП) — 100 мг 2 раза в сутки. Исключение составляет нелфинавир — его концентрации повышаются при приеме не с ритонавиром, а с пищей. Усиливающее действие ритонавира основано на подавлении изофермента 3A4 цитохрома P450 (CYP), в результате чего повышаются концентрации основных ИП (за исключением нелфинавира) [98]. Ритонавир используется только для усиления других ИП и не эффективен в качестве самостоятельного АРВ-препарата.

- ИП отличаются между собой по числу мутаций, необходимых для развития устойчивости к ним (так называемый генетический барьер), а также по побочным эффектам.

- Одним из препаратов с самым высоким генетическим барьером является усиленный лопинавир (лопинавир/ритонавир) [99].

- Профили устойчивости усиленных ритонавиром атазановира, фосампренавира, индинавира и саквинавира различаются мало, и клинического значения это почти не имеет.

- Нелфинавир, по-видимому, уступает другим ИП, но его использование во время беременности хорошо изучено. При неэффективности нелфинавира обычно обнаруживается мутация D30N; перекрестной устойчивости к другим ИП она не вызывает [100, 101].

- Лопинавир/ритонавир — ИП выбора благодаря доказанной активности [102]. Этот препарат доступен в форме с фиксированной дозировкой, требует приема относительно небольшого количества таблеток и хорошо переносится. В Европе одобрена новая таблетированная форма лопинавира/ритонавира, которая не требует хранения в холодильнике (прием 2 таблетки 2 раза в сутки) [103].

- Недавно проведенные исследования [104, 105] показали сходную эффективность саквина-

вира и фосампренавира, усиленных ритонавиром, и лопинавира/ритонавира, но только у пациентов, ранее не получавших АРВ-препараты. Прямых сравнений лопинавира/ритонавира с фосампренавиром — пролекарственной формой ампренавира (АРВ-препарат класса ИП, который принимают один раз в сутки) и с новой лекарственной формой саквинавира (таблетки по 500 мг) не проводилось. Поэтому имеются только косвенные данные. Необходимы дальнейшие исследования по сравнению эффективности усиленных ИП у пациентов, уже получавших АРВ-препараты.

- Выбирая ИП, необходимо учитывать возможные побочные эффекты, сопутствующие заболевания, лекарственные взаимодействия, а также предпочтения пациента.

- Если схема первого ряда, содержащая ИП, оказалась неэффективной, выбор схемы второго ряда в основном зависит от профиля лекарственной устойчивости. Если нет возможности определить профиль устойчивости, причиной неэффективности схемы первого ряда следует считать устойчивость к входящим в нее ИП (по поводу критериев эффективности и неудач АРТ).

- Варианты замены в тех случаях, когда схемы первого ряда, содержащие ИП, неэффективны:

- зидовудин + ламивудин + ИП/ритонавир → абакавир + диданозин + ННИОТ,

- или один из резервных вариантов.

Резервные схемы терапии. Если подтверждена неэффективность схемы второго ряда (по вирусологическим, иммунологическим и клиническим критериям), решают вопрос о переходе на резервную схему терапии. Резервными называют схемы, включающие препараты, активные даже против штаммов с частичной лекарственной устойчивостью. Это сложные схемы, которые требуют от врача больших знаний и опыта в области АРТ. Крайне желательно провести исследование лекарственной чувствительности. В некоторых случаях лучше подождать несколько месяцев, прежде чем начинать лечение по резервной схеме, хотя такая тактика небезопасна, особенно, если число лимфоцитов CD4 низкое.

- Если возможно, следует добавить два новых активных препарата, например, ингибитор слияния энфувиртид [106], который назначается 2 раза в сутки подкожно, и один из новых, усиленных ритонавиром ИП — типранавир [107, 108] или дарунавир [108–112].

- Генетический барьер для развития устойчивости к типранавиру/ритонавиру оказался даже выше, чем для лопинавира/ритонавира, а по эффективности типранавир/ритонавир равен лопинавиру/ритонавиру или превосходит его [113]. Этот ИП в настоящее время используется только в резервных схемах терапии.

- Можно также использовать комбинацию из двух ИП [114–117], за исключением усиленного ритонавиром типранавира, который не комбинируется ни с каким другим ИП.

Рекомендованные дозы АРВ-препаратов см. в *Приложении 4*.

Плановый перерыв в лечении. Большинство специалистов возражают против плановых перерывов в АРТ, однако в некоторых обстоятельствах это оправдано. Перерыв в лечении возможен, например, если в течение нескольких лет число лимфоцитов CD4 > 500/мкл при полном подавлении репликации вируса. В этом случае делать перерыв необязательно, но желательно, так как пациент может начать пропускать прием препаратов, а это приведет к развитию лекарственной устойчивости. Во время планового перерыва в лечении число лимфоцитов CD4 обычно быстро падает до уровня, который был до начала АРТ, поэтому в первые три месяца после прерывания лечения лучше измерять число лимфоцитов ежемесячно. У некоторых пациентов число лимфоцитов CD4 на протяжении месяцев и лет остается достаточно высоким (обычно >350/мкл), а ВН низкой (1000–5000 копий/мл). Исследования целесообразности плановых перерывов в лечении продолжаются [118–122], так же, как и обсуждение этого вопроса пациентами и специалистами по АРТ. Однако недавно проведенные в США многоцентровые исследования показали, что тактика ведения пациентов, предусматривающая плановые перерывы в лечении, может повышать риск прогрессирования ВИЧ-инфекции, появления осложнений, не связанных со СПИДом (заболевания почек и печени, сердечно-сосудистые заболевания), и смерти [123]; это послужило причиной прекращения специального исследования в группе пациентов, получавших лечение в соответствии со стратегией, предусматривающей плановые перерывы. Учитывая эти результаты и недостаточные доказательства преимуществ такой стратегии, полученные в других исследованиях, ВОЗ не рекомендует ее использовать (за исключением клинических испытаний).

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

С того момента, как у пациента диагностирована ВИЧ-инфекция, необходимо обеспечить ему предоставление постоянной помощи и наблюдения.

Мониторинг лабораторных показателей до начала АРТ.

- Подсчет числа CD4:

- Повторять один раз каждые шесть месяцев, за исключением случаев получения неожиданных результатов или появления непредвиденных состояний (быстрое падение числа CD4 или выявление ОИ).

- Если вопрос о начале АРТ находится в процессе обсуждения (число лимфоцитов CD4 ≤ 350/мкл), повторять определение числа CD4 раз в три месяца. В среднем по статистике у всех па-

циентов число CD4 снижается на 50/мкл в год, но иногда их концентрация может снижаться очень быстро, особенно на фоне сопутствующих инфекций.

- Вирусная нагрузка.

- Измерение ВН стоит дорого, однако неконтролируемая АРТ обходится намного дороже (бесполезный прием препаратов, госпитализация в случае неэффективности лечения). Кроме того, значительно возрастает риск дальнейшей передачи ВИЧ, так как интенсивность передачи при высокой ВН повышается.

- Если возможно, ВН необходимо определять с той же периодичностью, что и число лимфоцитов CD4. ВН позволяет судить об активности репликации вируса. Низкая ВН (1000–5000 копий/мл) указывает на медленное прогрессирование инфекции, а высокая (>100 000 копий/мл) – на высокий риск быстрого прогрессирования.

- Общие лабораторные исследования (см. табл. 3) следует повторять каждые 6 месяцев, если вопрос о начале АРТ не пересматривался и не изменялись другие обстоятельства (появление сопутствующих заболеваний, беременность и т.д.).

Мониторинг лабораторных показателей у пациентов, получающих АРТ. Первый показатель, по которому можно судить об эффективности АРТ, – это снижение ВН; иммунологический ответ на лечение (число лимфоцитов CD4) зависит от ВН и, следовательно, проявляется позднее. Для оценки результатов АРТ лучше использовать оба показателя – ВН и число лимфоцитов CD4.

- Вирусная нагрузка.

- Для оценки эффективности АРТ ВН необходимо измерить через 4–8 недель после начала терапии. Обычно ВН перестает определяться в крови в течение 16–24 недель лечения.

- В дальнейшем следует измерять ВН раз в 3–4 месяца.

- Как только уровень ВН падает ниже порогового уровня метода определения <50 копий/мл (или 60–70 копий/мл в зависимости от метода), необходимо следить, чтобы ВН оставалась на этом уровне и в дальнейшем.

- Число лимфоцитов CD4 нужно измерять каждые 6 месяцев, за исключением случаев неэффективности лечения.

- Общий набор лабораторных исследований (табл. 3) нужно повторять раз в 6 месяцев, если не было замены АРВ-препаратов или не появились какие-либо другие обстоятельства.

- Частота лабораторных исследований зависит от используемых АРВ-препаратов (см. табл. 10).

Воспалительный синдром восстановления иммунитета (ВСВИ). ВСВИ развивается вскоре после начала АРТ, чаще у пациентов с числом лимфоцитов менее 100/мкл. Бессимптомные (и потому не выявленные) ОИ на фоне АРТ могут проявиться воспалительной реакцией, обусловленной восстановлением и активацией иммун-

Таблица 10. Сроки проведения лабораторных исследований в зависимости от назначенных АРВ-препаратов

	Перед началом лечения	2-я нед.	4-я нед.	8-я нед.	16-я нед.	24-я нед.	36-я нед.	48-я нед.
Вирусная нагрузка	X			X		X	X	X
Число лимфоцитов CD4	X			X		X	(X)	X
Общий анализ крови	X		X	X	X (зидовудин)	X	(X)	X
Биохимические показатели функции печени	X	X (невирапин)	X	X (невирапин, зидовудин, ИП)	X (невирапин, ИП)	X	(X)	X
Холестерин, триглицериды	X (ИП)				X (ИП)			X (ИП)
Показатели функции почек	X	X (тенофовир)	X (тенофовир, индинавир)			X	(X)	X

X – лабораторное исследование показано независимо от используемых АРВ-препаратов; X (АРВ-препарат): исследование показано пациентам, которые получают указанный в скобках препарат; (X) – необязательный тест.

ной системы [124, 125], что позволяет их диагностировать. ВСВИ может наблюдаться у трети пациентов с ТБ, которые начали АРТ [85]. Проявления ОИ часто бывают нехарактерными: атипичные микобактерии (комплекс *Mycobacterium aviumintracellulare* – МАК) могут вызвать абсцесс, а пневмоцистная пневмония (ПЦП) может протекать с необычными изменениями на рентгенограмме легких. Предполагается, что ВСВИ развивается примерно у 10% пациентов. Чаще всего возбудителем ОИ является МАК или ЦМВ; также могут наблюдаться обострения пролеченной ПЦП [126]. Как правило, следует лечить ОИ и продолжать АРТ. Полезными бывают низкие дозы преднизолона (20–60 мг/сут). АРТ необходимо прервать, если пациент нерегулярно принимает АРВ-препараты из-за побочного действия лекарств, использующихся для лечения ОИ, или при боли в пищеводе (цитомегаловирусный, герпетический или кандидозный эзофагит).

Мониторинг приверженности лечению. У каждого пациента во время плановых визитов нужно оценивать, насколько тщательно соблюдается режим АРТ. Для этого используют различные методы (см. Приложение 5), но лучше всего пользоваться стандартными вопросниками, которые необходимо предлагать пациенту/пациентке раз в две недели или раз в месяц.

При повышении ВН после того, как ее удалось снизить, врач обязательно должен обсудить с пациентом вопрос соблюдения режима лечения. Использование открытых вопросов, для того чтобы выяснить, как пациент соблюдает режим АРТ, предпочтительнее, поскольку позволяет получить развернутые ответы.

Оптимизация приверженности лечению в первые 4–6 месяцев после начала АРТ [127] является решающим фактором, обеспечивающим долговременную иммунологическую и вирусологическую эффективность АРТ. Из многообразия различных способов укрепления приверженности наиболее важными являются меры по улучшению соблюдения режима лечения в первые месяцы АРТ [127–131].

Поддержка соблюдения режима лечения должна быть частью повседневной работы всего персонала, оказывающего помощь ВИЧ-инфицированным пациентам. Необходим индивидуальный подход к каждому пациенту с учетом его потребностей на данном этапе лечения.

При каждом визите пациента медработник должен убедиться, что пациент:

- имеет моральную и практическую поддержку;
- приспособил прием препаратов к своему распорядку дня;
- понимает, что несоблюдение режима лечения приводит к лекарственной устойчивости;
- осознает, что нужно принимать все дозы;
- не чувствует стеснения при приеме препаратов в присутствии других лиц;
- не пропускает визитов к врачу;
- знает о взаимодействиях АРВ-препаратов и их побочных эффектах;
- осведомлен о тревожных симптомах и других обстоятельствах, при которых он должен обратиться к врачу [132, 133].

Когда пациент уже получает АРТ, могут появиться другие проблемы, требующие своевременного обсуждения:

- лечение депрессии для укрепления заинтересованности в лечении и в улучшении его долгосрочных результатов [134];

- коррекция лекарственных взаимодействий и доз.

Тактика при проявлениях токсичности и побочных эффектах АРВ-препаратов. Побочные эффекты при приеме АРВ-препаратов, особенно ИП, – распространенное явление (см. табл. 11).

- Лопинавир/ритонавир и нелфинавир могут вызвать острую диарею.

- Лопинавир/ритонавир ассоциируется с гиперлипопропротеидемией (особенно гипертриглицеридемией).

- Почти все ИП могут нарушать липидный обмен.

- Отдаленные побочные эффекты и риск сердечно-сосудистых осложнений требуют оценки в долгосрочных исследованиях.

Токсичность может быть причиной замены назначенного АРВ-препарата в той же схеме. Переход на другую схему лечения из-за проявлений токсичности не рекомендуется.

Лекарственные взаимодействия. Лекарственные взаимодействия при АРТ могут быть серьезной проблемой. ЛЖВ приходится принимать множество различных лекарственных средств как для лечения самой ВИЧ-инфекции, так и ее осложнений, а также сопутствующих заболеваний.

При этом некоторые препараты вместе назначать нельзя, некоторые – можно. Последних большинство, однако их взаимодействия повышают риск побочных эффектов, которые необходимо внимательно отслеживать. Может снижаться эффективность контрацептивов. Лекарственные взаимодействия с ННИОТ и ИП приведены в табл. 12 и 13.

Таблица 11. Подтвержденная токсичность АРВ-препаратов и предложения по тактике ведения пациентов при ее проявлениях

АРВ-препарат	Токсичность	Тактика
1	2	3
Некроз печени (угрожающий жизни)		
Невирапин	<ul style="list-style-type: none"> • Лихорадка, сыпь (50%), тошнота, рвота, эозинофилия, повышение активности АлАТ и АсАТ • Обычно проявляется в первые 6–18 недель лечения, после 48-й недели наблюдается редко • Развивается у 1–2% пациентов, получавших невирапин; риск выше у женщин с числом лимфоцитов CD4 >250/мкл и у мужчин с числом лимфоцитов CD4 >400/мкл 	<ul style="list-style-type: none"> • Оценивать биохимические показатели функции печени на 2-, 4-, 8-, 16-й неделе лечения и затем раз в 3 месяца • Лечение симптоматическое • Некроз печени угрожает жизни; в тяжелых случаях нужно отменить все препараты сразу
Лактацидоз (угрожающий жизни)		
Риск по убыванию: • Ставудин с диданозином • Диданозин • Ставудин • Зидовудин	<ul style="list-style-type: none"> • Тошнота, рвота, похудание, слабость, панкреатит, полиорганная недостаточность, острый респираторный дистресс-синдром • 1–10 на 1000 пациентов в год для диданозина и ставудина 	<ul style="list-style-type: none"> • Наблюдать за появлением клинических признаков лактацидоза; определять ранние признаки КФК, HCO³) • Симптоматическое лечение бикарбонатом • Заменить препарат на абакавир, тенофовир, ламивудин или эмтрицитабин
Гиперчувствительность (при повторном, назначении абакавира угрожает жизни: анафилактический шок)		
Абакавир	<ul style="list-style-type: none"> • Лихорадка и сыпь (почти всегда), слабость и тошнота • 5%, после 6-й недели лечения развивается редко 	<ul style="list-style-type: none"> • Осматривать кожу; не начинать лечение абакавиром вместе с другими препаратами, вызывающими сыпь • При уверенности в диагнозе отменить абакавир и больше лечение им не возобновлять • Заменить абакавир на зидовудин, тенофовир или ставудин
Синдром Стивенса–Джонсона, синдром Лайелла		
Невирапин Реже эфавиренц	<ul style="list-style-type: none"> • Лихорадка, сыпь с пузырьками, миалгия • Невирапин – 0,3%; эфавиренц – 0,1% 	<ul style="list-style-type: none"> • Осматривать кожу • Назначить антибиотики; проводить интенсивное лечение раневых поверхностей, возможно в ожоговом центре

1	2	3
Панкреатит		
Риск по убыванию: • ставудин с диданозином • диданозин • ставудин	• Боль, высокая активность липазы • Диданозин 1–7%, при коррекции дозы – реже	• Следить за активностью липазы • Симптоматическое лечение: обезболивание, парентеральное питание; отменить препарат • Заменить препарат на зидовудин, тенофовир или абакавир
Нефротоксичность		
Тенофовир	• Почечная недостаточность и синдром Фанкони • Чаще развивается у пациентов с исходными нарушениями функции почек [135]	• Следить за сывороточным уровнем креатинина, с осторожностью назначать больным с почечной недостаточностью в анамнезе • Симптоматическое лечение • Возобновить лечение тенофовиром, снизив дозу (необходимо знать клиренс креатинина: препарат принимать через день) • Заменить тенофовир на зидовудин, абакавир или ставудин
Анемия		
Зидовудин	• Анемия, нейтропения (небольшое снижение – нормальное явление при лечении зидовудином) • 1–4%, зависит от дозы	• Сделать анализ крови через 2, 4, 8 и 12 недель лечения. Часто обнаруживается макроцитоз и анемия легкой степени (уровень гемоглобина до 10%) • Лечение: трансфузия препаратов эритропоэтина (очень дорогие) или замена зидовудина на другой НИОТ (тенофовир, абакавир или ставудин)
Периферическая нейропатия		
Диданозин, ставудин (d-препараты)	• Боль, парестезии в конечностях • 10–30%, может развиваться через несколько лет	• Следить за симптомами нейропатии, предупредить пациента • Лечение: обезболивание, замена d-препарата на другой НИОТ (зидовудин, тенофовир или абакавир)
Атрофия жировой ткани		
Ставудин и другие НИОТ	• Уменьшение жировой ткани в области щек и конечностей • Часто встречается при длительном лечении (митохондриальная токсичность)	• Наблюдать за пациентом, сравнивать изменения с исходной картиной • Заменить ставудин на тенофовир или абакавир. Если атрофия необратима, прибегают к пластической операции
Накопление жировой ткани		
ИП	• Ожирение туловища, молочных желез, «бычий горб» • 20–80%	• Определять антропометрические показатели и сравнивать их с предыдущими • Заменить ИП на ННИОТ, если пациент тяжело переносит липодистрофию/липоатрофию; может потребоваться пластическая операция
Сыпь		
В порядке убывания: ННИОТ > ампренавир/ фосампренавир > абакавир	• Пятнисто-папулезная зудящая сыпь • ННИОТ – 15%, ампренавир – 20%, абакавир – 5%	• Часто измерять температуру тела и оценивать биохимические показатели функции печени и КФК • Исключить аллергию на другие препараты (триметоприм/сульфометаксазол (ТМП/СМК), антибиотики); в некоторых случаях на фоне АРТ происходит спонтанное разрешение сыпи • Можно заменить неврирапин на эфавиренц и наоборот; если сыпь сохраняется, попробовать другую схему

1	2	3
Повышение активности аминотрансфераз		
ННИОТ (все) и ИП (все)	<ul style="list-style-type: none"> • Повышение активности печеночных ферментов без других видимых причин • При лечении ИП и ННИОТ 8–15% • Чаще развивается у пациентов с хроническим гепатитом В или С 	<ul style="list-style-type: none"> • Измерять активность АлАТ каждые 3 месяца; исключить другие причины (гепатит, лекарственные средства) • Часто уровни ферментов нормализуются при продолжении лечения ННИОТ или ИП • Отменить ННИОТ или ИП
Желудочно-кишечные нарушения		
ИП (все), зидовудин, диданозин	<ul style="list-style-type: none"> • Тошнота и рвота, диарея • Распространенное явление 	<ul style="list-style-type: none"> • Исключить другие причины (ЦМВ-колит, криптоспоририоз и микроспоририоз при ВСВИ, который также может развиваться в первые недели после начала АРТ) • Если других причин диареи нет, назначить лоперамид; при тошноте и рвоте назначить метоклопрамид или ондансетрон
Нарушения со стороны ЦНС		
Эфавиренц	<ul style="list-style-type: none"> • Ночные кошмары, нарушения концентрации, депрессия (риск самоубийства) • 50% 	<ul style="list-style-type: none"> • Предупредить пациента, собрать психиатрический анамнез, направить на консультацию к психиатру • Лечение обычно не требуется; симптомы проходят через 5–21 сутки
Инсулинорезистентность		
ИП (все, кроме атазанавира), особенно индинавир	<ul style="list-style-type: none"> • Повышение уровня глюкозы при пероральном тесте на толерантность к глюкозе, повышение уровня глюкозы утром натощак • 5% 	<ul style="list-style-type: none"> • Следить за уровнем глюкозы крови натощак • Лечение: диета, физические упражнения, метформин или производные тиазолидиндиона • Заменить ИП на ННИОТ
Гиперлипидемия		
Ставудин > ИП (все кроме атазанавира)	<ul style="list-style-type: none"> • Повышение уровня липидов в крови, повышение уровней ЛПНП, холестерина, триглицеридов (гипертриглицеридемия особенно выражена при лечении ставудином) • Частота варьирует 	<ul style="list-style-type: none"> • Измерять уровни липидов натощак перед началом АРТ и каждые 6 месяцев • Лечить в соответствии с рекомендациями по лечению при повышении уровня липидов, холестерина и триглицеридов • Назначить гиполипидемические средства: ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы и производные фибровой кислоты; соблюдать осторожность в отношении лекарственных взаимодействий (не назначать с симвастатином, ловастатином)
Гипербилирубинемия		
Атазанавир > индинавир	<ul style="list-style-type: none"> • Повышение уровня билирубина (безопасно; возможен зуд; длительного поражения печени не наблюдается, изменения обратимы) • Частота варьирует 	<ul style="list-style-type: none"> • Измерять уровень билирубина в крови и следить за симптоматикой • Отменять препарат только при непереносимости. Заменить ИП
Нефролитиаз		
Индинавир	<ul style="list-style-type: none"> • Боль в животе, гематурия, почечная колика • 10–20% в год, при употреблении более 3 л жидкости в сутки – реже 	<ul style="list-style-type: none"> • Следить за анализом мочи, уровнем креатинина • Лечение как при других видах нефролитиаза

Источник: Bartlett [136].

Таблица 12. Взаимодействия ННИОТ с некоторыми лекарственными средствами

ННИОТ (препарат А)*		Вместе с ... (препарат В)	Результат взаимодействия	Значимость**
Эфавиренц	Невирапин			
+		алкалоиды спорыньи	↑ уровня В	++ (избегать)
	+	противоаритмические средства: лидокаин, амиодарон, другие	↑ и ↓ уровней В	++ (назначать с осторожностью)
+	+	противосудорожные: карбамазепин, фенитоин, фенобарбитал	↓ уровня В и/или А; взамен использовать габапентин	++
(+)**	+	итраконазол, кетоконазол	(-)** уровень В	+
	+	циклоспорин, такролимус, сиролимус	↑ уровня В	++
++	+	мидазолам, алпразолам, триазолам	↑ уровня В	++
	+	антагонисты кальция	↑ уровня В	++
+	+	силденафил, вardenafil, тадалафил	↑ уровня В	++
	+	фентанил	↓ уровня А	++
+	+	метадон	↑ уровня В	++
+	+	контрацептивы	↑ и ↓ уровня В	++
+	+	рифампицин, рифабутин	↑ и ↓ уровня В, ↓ уровня А (с осторожностью)	++
+	+	препараты зверобоя	↓ уровня В	++
+	+	варфарин	↑ уровня В	++

* + или ++ в отношении препарата А означают степень его влияния на уровень препарата В.

** Значимость: + означает, что взаимодействия могут быть клинически значимыми, ++ – что взаимодействия определено клинически значимы.

*** (+) или (-) – непостоянные результаты.

Пример прочтения таблицы: строка 6 – эфавиренц сильно повышает уровни мидазолама, алпразолама и триазолама, а невирапин – не очень сильно. Повышение уровней этих препаратов имеет установленную клиническую значимость, однако совместное назначение препаратов допускается.

Источник: Sande & Eliopoulos, Gilbert, Moellering & Eliopoulos, Antoniu & Tseng [137–139].

Таблица 13. Взаимодействия ингибиторов протеазы с некоторыми лекарственными средствами

Ингибитор протеазы (препарат А)*							Вместе с ... (препарат В)	Взаимодействие	Значимость**
Ампре-навир	Атаза-навир	Инди-навир	Лопи-навир	Нелфи-навир	Рито-навир	Сакви-навир			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
					+		фентанил, трамадол, гидрокодон	↑ уровня В	+
			+		+		кодеин, морфин, метадон	↓ уровня В	+
+	+	+	+	+	+	+	амиодарон, лидокаин, флекаинид	↑ уровня В	+
+		+	+	+	+	+	карбамазепин, клоназепам, фенитоин, фенобарбитал	↑ уровня В ↓ уровня А	++ (избегать)
+	+	+			+		трициклические антидепрессанты	↑ уровня В	+
	+				+		все другие антидепрессанты	↑ уровня В	+

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
					+		лоратадин	↑ уровня В	++
			+				атоваквон	↓ уровня В	+
+	+	+	++	+	+	++	бензодиазепины	↑ уровня В	++
					+		β-адреноблокаторы	↑ уровня В	+
+	+	+	+	+	+	+	антагонисты кальция	↑ уровня В	++
	+				+	+	klarитромицин, эритромицин при нарушении функции почек	↑ уровня В	+(с осторожностью)
+		+		+	+	+	klarитромицин, эритромицин	↑ уровня В и А	+
	+		+	+	+		контрацептивы	↑ уровня В	++
+			+		+	+	глюкокортикоиды	↑ уровня В ↓ уровня А	+
+	+	+	+	+	+	+	циклоспорин	↑ уровня В	+
+	+	+	+	+	+	+	алкалоиды спорыньи	↑ уровня В	++ (избегать)
+	++	+	+	+	+	+	ингибиторы Н ⁺ , К ⁺ -АТФазы	↓ уровня А	+(с осторожн.) (++, атазанавир – избегать)
+	++	+	+	+	+	+	Н ₂ -блокаторы	↓ уровня А	++ (с осторожн.) (++, атазанавир – избегать)
+	+	+	+	+	+	+	ловастатин, симвастатин	↑ уровня В	++ (избегать)
	+						иринотекан	↑ уровня В	++ (избегать)
+		+	+	+		+	кетоконазол, итраконазол	↑ уровня В ↑ уровня А	+
+	+	+	+	+	+	+	пимозид	↑ уровня В	++ (избегать)
+	+	+	+	+	+	+	рифампицин	↑ уровня В ↓ уровня А	++ (избегать)
+	+	+	+	+	+	+	рифабутин	↑ уровня В ↓ уровня А	+(с осторожностью, корректир. дозу)
+	+	+	+	+	+	+	силденафил	иногда ↑, иногда ↑ уровня В	++
+	+	+	+	+	+	+	препараты зверобоя	↓ уровня А	++ (избегать)
	+						тенофовир	↓ уровня А	++ (добавить ритонавир)
		+	+		+		теофиллин	↓ уровня В	+
+	+		+		+		варфарин	↑ уровня В	+

* + или ++ в отношении препарата А означают степень его влияния на уровень препарата В.

** Значимость: + означает, что взаимодействия могут быть клинически значимыми, ++ – что взаимодействия определенно клинически значимы.

Пример прочтения таблицы: строка 4 – ампренавир, индинавир, лопинавир, нелфинавир, ритонавир и саквинавир повышают уровни карбамазепина, клоназепама, фенитоина и фенобарбитала; при этом уровни самих этих ИП снижаются. Эти взаимодействия клинически значимы. Следует избегать любых комбинаций этих препаратов.

Источник: Sande & Eliopoulos, Gilbert, Moellering & Eliopoulos, Antoniu & Tseng [137–139].

МИНИМАЛЬНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ДАННЫХ, РЕКОМЕНДОВАННЫХ ДЛЯ СБОРА В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Предложенный минимум данных, которые должны быть собраны, важен для оценки доступности и эффективности услуг. Эти данные помогут организаторам здравоохранения в принятии решений об улучшении и расширении услуг для всех тех, кто в них нуждается.

Каждое медицинское учреждение должно на регулярной основе (например, раз в месяц, квартал или полугодие) собирать следующие данные:

- число ВИЧ-инфицированных пациентов, наблюдающихся в учреждении (обратившихся хотя бы 1 раз за прошедшие 12 месяцев);
- число наблюдающихся в учреждении ВИЧ-инфицированных пациентов с показанием к АРТ (число лимфоцитов CD4 <350/мкл);
- число ВИЧ-инфицированных пациентов, начавших ВААРТ;
- число ВИЧ-инфицированных пациентов, получающих ВААРТ первого ряда;

- число пациентов, перешедших со схемы ВААРТ первого ряда на схему второго ряда;
- число пациентов, перешедших со схемы ВААРТ второго ряда на резервную схему;
- число пациентов, прервавших АРТ, с указанием причины (напр., смерть, токсичность/побочные эффекты, потерянные для дальнейшего наблюдения, недоступность АРВ-препаратов и т.д.);
- число умерших пациентов из числа получавших ВААРТ, с указанием причины смерти (напр., смерть, обусловленная ВИЧ-инфекцией; смерть, не связанная с ВИЧ-инфекцией, напр., несчастный случай, отравление наркотиками, самоубийство);
- число пациентов, умерших в течение первого года ВААРТ;
- число умерших из числа всех ВИЧ-инфицированных пациентов, с указанием причины (напр., смерть, обусловленная ВИЧ-инфекцией; смерть, не связанная с ВИЧ-инфекцией, напр., несчастный случай, отравление наркотиками, самоубийство).

Приложение 1. Обязательные персональные данные о предшествующем лечении ВИЧ-инфекции

Дата	Лимфоциты CD4/мкл	Лимфоциты CD4, %	ВН (копии/мл)	Текущая схема АРТ	Лекарственная устойчивость (генотипическая или фенотипическая)	АРТ: предыдущие схемы, причины замены

Приложение 2. Пересмотренная классификация ВОЗ клинических стадий ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков

(Предварительная версия для Европейского региона для лиц ≥ 15 лет с положительным результатом исследования на антитела к ВИЧ или другими лабораторными подтверждениями ВИЧ-инфекции)

Острая ВИЧ-инфекция

- Бессимптомное течение
- Острая лихорадочная фаза (острый ретровирусный синдром)

Клиническая стадия 1

- Бессимптомное течение
- Персистирующая генерализованная лимфаденопатия

Клиническая стадия 2

- Себорейный дерматит
- Ангулярный хейлит
- Рецидивирующие язвы слизистой рта (два или более раз за последние 6 месяцев)
- Опоясывающий лишай (обширные высыпания в пределах одного дерматома)
- Рецидивирующие инфекции дыхательных путей (два или более случаев синусита, среднего отита, бронхита, фарингита или трахеита за любые 6 месяцев)
- Онихомикозы
- Папулезная зудящая сыпь

Клиническая стадия 3

- Волосатая лейкоплакия полости рта

- Необъяснимая хроническая диарея длительностью более месяца
- Рецидивирующий кандидозный стоматит (два или более раз за 6 месяцев)
- Тяжелые бактериальные инфекции (например, пневмония, эмпиема плевры, пиомиозит, инфекции костей и суставов, менингит, бактериемия)
- Острый язвенно-некротический стоматит, гингивит или периодонтит

Клиническая стадия 4*

- Туберкулез легких
- Внелегочный туберкулез (кроме лимфаденита)
- Необъяснимая потеря веса (более 10% в течение 6 мес.)
- Синдром кахексии, обусловленный ВИЧ-инфекцией
- Пневмоцистная пневмония
- Рецидивирующая тяжелая или подтвержденная рентгенологически бактериальная пневмония (два или более раз в течение года)
- Цитомегаловирусный ретинит (\pm колит)
- Герпес, вызванный ВПГ (хронический или персистирующий не менее 1 месяца)
- Энцефалопатия, обусловленная ВИЧ-инфекцией
- Кардиомиопатия, обусловленная ВИЧ-инфекцией
- Нефропатия, обусловленная ВИЧ-инфекцией
- Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия
- Саркома Капоши и другие обусловленные ВИЧ-инфекцией новообразования
- Токсоплазмоз
- Диссеминированная грибковая инфекция (например, кандидоз, кокцидиоидомикоз, гистоплазмоз)
- Криптоспоридиоз
- Криптококковый менингит
- Диссеминированные инфекции, вызванные атипичными микобактериями

* Возможно включение в число критериев 4-й клинической стадии анального рака и Т-клеточной ходжкинской лимфомы при достаточных на то основаниях.

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (140)

Приложение 3. Исследование лекарственной устойчивости

Для исследования лекарственной устойчивости вирусная нагрузка должна быть как минимум 500–1000 копий/мл. При полном подавлении репликации вируса провести исследование невозможно.

Генотипическое исследование устойчивости основано на анализе мутаций вирусной РНК. После амплификации вирусного генома его расшифровывают. По выявленным мутациям можно судить об изменениях чувствительности вируса к препаратам. Это косвенный способ оценки лекарственной устойчивости. Популяция устойчивого штамма должна составлять более 20% от общей популяции вируса в организме.

Виртуальное фенотипическое исследование устойчивости проводится путем компьютерной обработки результатов генотипических исследований с использованием больших баз данных фенотипических исследований для интерпретации результатов.

Фенотипическое исследование устойчивости, как и микробиологическое, оценивает способность вируса к репликации в культуре клеток в присутствии различных лекарственных препаратов. Результат сравнивают с репликацией дикого штамма вируса. Маркером активности препарата служит концентрация препарата, подавляющая 50% штаммов вируса (ПК50). По результатам исследования можно оценить степень устойчивости.

Какое исследование проводить. На сегодняшний день все исследования стоят дорого. Генотипическое исследование стоит 400 евро, фенотипическое – 800 евро (цена на 2005 г.). Ожидание результатов исследования может занимать несколько недель. Генотипическое исследование до начала терапии дает достаточно оснований для планирования лечения. При выборе схем первого и второго ряда от более дорогого фенотипического исследования можно отказаться. У пациентов со сложным анамнезом АРТ, множеством выявленных мутаций или необъяснимой неэффективностью лечения фенотипическое исследование может быть целесообразным. Во время проведения исследований устойчивости пациент должен продолжать лечение по прежней, неэффективной схеме, так как иначе дикий штамм вируса начнет преобладать над устойчивым. Стандартных рекомендаций по проведению фенотипического или генотипического исследования устойчивости не существует.

Приложение 4. Основные сведения об АРВ-препаратах

Название	Англ. аббр.	Вес табл., мг	Дозы	Примечания	Основные побочные эффекты (см. табл. 11)	Мутации устойчивости (первичные, вторичные)
1	2	3	4	5	6	7
НИОТ Абакавир	ABC	300	таблетка 300 мг 2 раза в сутки или 600 мг 1 раз в сутки	при гиперчувствительности в анамнезе повторно препарат не назначать	реакция гиперчувствительности (лихорадка, сыпь, гриппоподобный синдром, симптомы со стороны ЖКТ и легких)	65R, 74V, 115F 184V/I

1	2	3	4	5	6	7
Диданозин	ddl	250 400	масса тела ≥ 60 кг: таблетка 400 мг 1 раз в сутки, < 60 кг: таблетка 250 мг 1 раз в сутки	принимать через 2 ч после еды; снизить дозу, если схема включает тенофовир; не назначать с рибавирином	периферическая полинейропатия, панкреатит, лактацидоз	65R, 74V
Зидовудин	ZDV	300	таблетка 300 мг 2 раза в сутки	не назначать со ставудином; мутации 65R и 184V повышают чувствительность к препарату	анемия, желудочно-кишечные нарушения, головная боль	41L, 67N, 70R, 210W, 215Y/F, 219Q/E
Ламивудин	3TC	300 150	таблетка 300 мг 1 раз в сутки или 150 мг 2 раза в сутки		диарея (редко)	65R, 184V/I
Ставудин	d4T	30	капсула 30 мг 2 раза в сутки	не назначать с зидовудином	периферическая нейропатия, липодистрофия, повышение активности АлАТ/АсАТ	41L, 67N, 70R, 75T/M/S/A, 210W, 215Y/F, 219Q/E
Тенофовир	TDF	300	таблетка 300 мг 1 раз в сутки	снижить дозу диданозина, не комбинировать со ставудином; осторожно применять при почечной недостаточности (снижить дозу)	почечная недостаточность	41L, 65R, 210W
Эмтрицитабин	FTC	200	капсула 200 мг 1 раз в сутки		как у ламивудина	65R, 184V/I
Абакавир + ламивудин	KVX	600 абакавира, 300 ламивудина	1 таблетка 1 раз в сутки			
Тенофовир + эмтрицитабин	TVD	300 тенофовира, 200 эмтрицитабина	1 табл. 1 раз в сутки			
Зидовудин + ламивудин	CBV	300 зидовудина, 150 ламивудина	1 табл. 2 раза в сутки	при более высоких дозах зидовудина (использовались ранее) высокий риск побочных эффектов		
Зидовудин + ламивудин + абакавир	TZV	300 зидовудина, 150 ламивудина, 300 абакавира	1 табл. 2 раза в сутки	не для приема 1 раз в сутки		
ННИОТ Делавирдин	DLV	200 100	2 табл. по 200 мг 3 раза в сутки или 4 табл. по 100 мг 3 раза в сутки	в Европе не используется	сыпь, желудочно-кишечные нарушения, диарея	K103N/S, Y181C/I, P236L, G190A/S/E/Q/C, Y188L/H/C, V106A/M, K101E/P, M230L, K238T/N, F318L, V179D/E

1	2	3	4	5	6	7
Невирапин	NVP	200	табл. 200 мг 2 раза в сутки	в течение первых 14 сут. 200 мг 1 раз в сутки, затем по 200 мг 2 раза в сутки	сыпь, повышение активности печеночных ферментов	1001, 101E, 103N, 106A/M, 1081, 179D/E, 181C/I, 188C/H, 190A/S, 230L
Эфавиренц	EFV	600	табл. 600 мг 1 раз в сутки	первую дозу принять вечером	головокружение, нару- шения сна, психичес- кие расстройства (де- прессия, риск само- убийства)	1001, 101E, 103N, 106A/M, 1081, 181C, 188L, 190A/S, 225H, 230L
Ингибиторы протеазы (ИП) Атазанавир	ATV	300	капсула 300 мг 1 раз в сутки + капсула ритона- навира 100 мг 1 раз в сутки	для пациентов, уже получавших АРТ; назначать с ритонавиром	повышение уровня билирубина (безопасно)	24I, 33F/I/V, 36I/L/V, 46I/L, 50L, 54V/L/M/T, 82A/F/T/S, 84V, 88S, 90M
Индинавир	IDV	400	капсула 400 мг 2 раза в сутки + капсула ритона- навира 100 мг 2 раза в сутки	назначать с ритонавиром	камни в почках, дислипотеидемия	24I, 32I, 36I, 46I/L, 54V, 82A/F/T/S, 84V, 90M
Лопинавир/ ритонавир (комбиниро- ванный препа- рат с фиксиро- ванной дози- ровкой)	LPV/r	133/ 33 200/ 50	3 капсулы по 133/33 мг 2 раза в сутки или 2 табл. по 200/50 мг 2 раза в сутки	в отличие от старой лекарст- венной формы, новую не нужно хранить в холо- дильнике; об- суждается воз- можность прие- ма 1 раз в сутки	диарея, метеоризм, дислипотеидемия	10I/R/V, 20M/R, 24I, 32I, 33I/F/V, 46I/L, 53L, 54V/L, 63P, 71V, 82A/F/T, 84V, 90M
Нелфинавир	NFV	250 625	2 табл. по 625 мг 2 раза в сутки или 5 табл. по 250 мг 2 раза в сутки	принимать во время еды (всасывание улучшается на 270%); усиление ритонавиром не требуется	диарея, метеоризм	30N, 36I, 46I/L, 54V/L/M/T, 82A/F/T/S, 84V, 88D/S, 90M
Ритонавир	RTV	100	только в качест- ве усилителя		дислипотеидемия, повышение активнос- ти печеночных фер- ментов, диарея	
Саквинавир	SQV	500	2 капсулы по 500 мг 2 раза в сутки + капсула ритонавира 100 мг 2 раза в сутки	новые таблетки по 500 мг; до 2004 г. выпуска- лись таблетки по 200 мг; наз- начать с ритона- виром	диарея и другие желу- дочно-кишечные нару- шения, дислипоте- идемия	48V, 53L, 54V/L, 82A/F/T, 84V, 90M
Типранавир	TPV	250	2 капсулы по 250 мг 2 раза в сутки + 2 кап- сулы ритона- вира по 100 мг 2 раза в сутки	для пациентов, уже получавших АРТ; не комби- нировать с дру- гими ИП; наз- начать с ритона- виром	дислипотеидемия (выраженная), повы- шение активности печеночных фермен- тов, диарея	13L/V, 20M/R/V, 33F/I, 35D/N, 36I, 45R, 46I/L, 47V, 54A/M/T/V, 58E, 66F, 69K, 71I/K, 74P, 82F/L/T, 84C/V, 90M, 91S
Фосампренавир	FPV	700	таблетка 700 мг 2 раза в сутки + капсула ритона- навира 100 мг 2 раза в сутки	дозы для пациентов, уже получавших АРТ; назначать с ритонавиром	сыпь, головная боль, диарея, дислипоте- идемия	32I, 47V, 50V, 54L/M, 82A/F/T/S, 84V

1	2	3	4	5	6	7
Ингибиторы слияния						
Энфувиртид	ENF	90	90 мг/мл подкожно 2 раза в сутки	формы для приема внутрь нет	кожные реакции (зуд, отек, боль)	одна точечная мутация гена gp41 либо 2 или 3 точечных мутации гена gp41 между участками 36 и 45; мутация гена gp41 вне участка 36–45

Источник: адаптировано из Sande & Eliopoulos, Gilbert, Moellering & Eliopoulos, Antoniu & Tseng, IAPAC [137–139, 141].

Приложение 5. Методы оценки приверженности лечению

Оценка соблюдения режима лечения со слов пациента (самоотчет) – хороший, но не идеальный метод. По сравнению с другими методами при этой оценке приверженность АРТ может завышаться [142]. Отношения врача и пациента должны строиться на доверии и желании выявить проблемы, особенно при общении один на один. В отличие от методов, основанных на контроле со стороны медработника, этот метод позволяет повысить ответственность пациента в отношении лечения.

Оценка медработником, как показали исследования, очень приближительна [143], и использовать этот метод не рекомендуется.

Мониторинг концентрации препарата в сыворотке – дорогой метод и пока не может использоваться для всех АРВ-препаратов. Этот метод не подходит для регулярного контроля соблюдения режима лечения и показателен только для того периода, когда взята кровь для исследования [144]. При низком уровне препаратов в крови необходимо обсудить с пациентом проблему соблюдения режима лечения. О регулярности приема зидовудина и в меньшей степени ставудина можно судить по таким лабораторным маркерам как средний объем эритроцитов.

Система мониторинга лечения (MEMS) часто используется для исследований. Электронное устройство на флаконе с таблетками регистрирует число открываний крышки флакона. Этот показатель коррелирует с прогнозируемым вирусологическим ответом на АРТ [145]. Метод не пригоден для препаратов в блистерной упаковке.

Подсчет таблеток и проверка аптечного формуляра может рассматриваться пациентом как нежелательная попытка медработника контролировать выполнение назначений. Метод занимает много времени и требует, чтобы пациенты носили все таблетки с собой.

Проба с узнаванием таблеток – новый метод оценки приверженности лечению, по точности соответствующий самоотчету – методу, доказавшему свою пригодность [146]. Пациенту предлагают выбрать из кучки таблеток те, которые входят в его схему терапии. При этом среди разных таблеток должны быть таблетки-двойники, похожие, но не идентичные тем, которые назначены пациенту.

Суррогатные маркеры соблюдения режима лечения достаточно надежны, но обнаруживаются слишком поздно, когда нарушения уже выявлены. У пациентов с вирусологической неэффективностью схем, содержащих ИП, обнаруживали низкую концентрацию ИП в крови, низкий уровень приверженности лечению по тесту подсчета таблеток и отсутствие генотипической устойчивости к ИП, что свидетельствовало о том, что неэффективность лечения обусловлена плохим соблюдением режима лечения [147, 148]. Медицинские работники должны с осторожностью относиться к этим маркерам, так как низкие уровни препаратов могут объясняться другими причинами [145].

Приложение 6. Перечень АРВ-препаратов*

Международное непатентованное название (INN)	Патентованное название	Фирма-производитель
1	2	3
НИОТ Абакавир (ABC)	Эпзиком – США, Кивекса – Великобритания (ламивудин/абакавир) Тризивир – Европа, Великобритания, США (зидовудин/ламивудин/абакавир) Зиаген – Великобритания, США Абакавир Вирол Вирол LZ (абакавир/ламивудин/зидовудин)	GlaxoSmithKline Genixpharma Ranbaxy

* В этот перечень вошли АРВ-препараты, которые широко используются, но перечень не является исчерпывающим. Данные проверены на 31 июля 2006 г. *Предупреждение:* упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте.

1	2	3
Диданозин (ddl)	<p>Видекс, Видекс ЕС</p> <p>Динекс ЕС Одивир Кит (диданозин/ламивудин/эфавиренц)</p> <p>Авино-Z Вирозин Виро-Z</p> <p>Дивир</p>	<p>Bristol-Myers Squibb</p> <p>Cipla</p> <p>Ranbaxy (Индия)</p> <p>Thai Government</p>
Зидовудин (ZDV или AZT)	<p>Комбивир – Великобритания, США (ламивудин/зидовудин) Ретровир – Великобритания, США Тризивир – Великобритания, США (зидовудин/ламивудин/абакавир)</p> <p>Зидовекс</p> <p>Зидовир Дуовир (ламивудин/зидовудин)</p> <p>Зидо-Н (зидовудин)</p> <p>Антивир</p> <p>Авино-Z Вирокомб (ламивудин/зидовудин) Вирол LZ (абакавир/ламивудин/зидовудин) Виро-Z</p>	<p>GlaxoSmithKline</p> <p>Auribindo</p> <p>Cipla</p> <p>Genixpharma</p> <p>GPO (Таиланд)</p> <p>Ranbaxy</p>
Ламивудин (ЗТС)	<p>Комбивир – Великобритания, США (ламивудин/зидовудин) Эпивир – Великобритания, США Зеффикс – Великобритания Эпзиком – США Кивекса – Великобритания (ламивудин/абакавир) Тризивир – Великобритания, США (зидовудин/ламивудин/абакавир)</p> <p>Ламивокс Ставекс-L (ламивудин/ставудин) Ставекс-LN (ламивудин/невирапин/ставудин) Зидовекс-L (ламивудин/зидовудин) Зидовекс-LN (ламивудин/невирапин/зидовудин)</p> <p>Дуовир (ламивудин/зидовудин) Дуовир-N (ламивудин/невирапин/зидовудин) Ламивир Одивир Кит (диданозин/ламивудин/эфавиренц) Триомун (ламивудин/невирапин/ставудин)</p> <p>Гептавир Ламистар 30, Ламистар 40 (ламивудин/ставудин) Невиласт (ламивудин/невирапин/ставудин) Зидолам (ламивудин/зидовудин)</p> <p>Виролам Вирокомб (ламивудин/зидовудин) Вироланс (ламивудин/невирапин/ставудин) Виролис (ламивудин/ставудин) Вирол LZ, Абак-ALZ (абакавир/ламивудин/зидовудин)</p>	<p>GlaxoSmithKline</p> <p>Auribindo</p> <p>Cipla</p> <p>Genixpharma</p> <p>Ranbaxy</p>
Ставудин (d4T)	<p>Зерит, Зерит XR</p> <p>Ставекс Ставекс-L (ламивудин/ставудин) Ставекс-LN (ламивудин/невирапин/ставудин)</p> <p>Ставир Ламивир-S (ламивудин/ставудин) Триомун (ламивудин/невирапин/ставудин)</p>	<p>Bristol-Myers Squibb</p> <p>Auribindo</p> <p>Cipla</p>

1	2	3
	Ламистар (ламивудин/ставудин) Невиласт (ламивудин/невирапин/ставудин) Стаг	Genixpharma
	Ставир	GPO (Thailand)
	Авостав Тривиро-LNS (ламивудин/невирапин/ставудин) Виrolанс (ламивудин/невирапин/ставудин) Виrolис, Ковиро (ламивудин/ставудин) Вирослав	Ranbaxy
Тенофовир (TDF)	Трувада (тенофовир/эмтрицитабин) Вирид (тенофовир)	Gilead Sciences
	АТРИПЛА (эфавиренц/эмтрицитабин/тенофовир)	Bristol-Myers Squibb
Три нуклеозидных ингибитора (TRZ)	Тризивир – Великобритания, США (зидовудин/ламивудин/абакавир)	GlaxoSmithKline
Эмтрицитабин (FTC)	АТРИПЛА (эфавиренц/эмтрицитабин/тенофовир)	Bristol-Myers Squibb и Gilead Sciences
	Эмтрива Трувада (тенофовир/эмтрицитабин)	Gilead Sciences
ННИОТ Делавирдин (DLV)	Рескриптор	Pfizer, Inc.
Невирапин (NVP)	Вирамун	Boehringer Ingelheim
	Невирекс Ставекс LN (ламивудин/невирапин/ставудин)	Auribindo
	Дуовир-N (ламивудин/невирапин/зидовудин) Невимун Триомун (ламивудин/невирапин/ставудин)	Cipla
	Невиласт (ламивудин/невирапин/ставудин)	Genixpharma
	ГПОВир	GPO (Thailand)
	Невипан Тривиро LNS (ламивудин/невирапин/ставудин) Виrolанс (ламивудин/невирапин/ставудин) Зидовекс-LN (ламивудин/невирапин/ставудин)	Ranbaxy
Эфавиренц (EFV)	Сустива – Европа, Великобритания Стокрин – Австралия, Европа, Латинская Америка, Южная Африка АТРИПЛА (эфавиренц/эмтрицитабин/тенофовир)	Bristol-Myers Squibb
	Виранз	Auribindo
	Эфавир	Cipla
	Эстива	Genixpharma
	Эффервен	Ranbaxy
Ингибиторы слияния Энфувиртид, T-20	Фузеон – Великобритания, США	Roche Pharmaceuticals & Trimeris, Inc.
Ингибиторы протеазы Ампренавир (APV)	Агенераза – Великобритания, США	GlaxoSmithKline
Атазанавир (ATV)	Рейтаз – Европа, США	Bristol-Myers Squibb
Индинавир (IDV)	Криксиван	Merck & Co.

1	2	3
Лопинавир/ритонавир, комбинированный препарат (LPV/r)	Индивекс	Auribindo
	Индивир	Cipla
	Индивир	Genixpharma
	Виродин	Ranbaxy
Нелфинавир (NFV)	Калетра	Abbott Laboratories
	Вирасепт	Pfizer, Inc., Roche Pharmaceuticals
	Нелвекс	Auribindo
	Нелвир	Cipla
Ритонавир (RTV)	Нелфин	Genixpharma
	Нефавир	Ranbaxy
	Норвир	Abbott Laboratories
	Ритовир	Hetero/Genix
Саквинавир (SQV)	Фортоваза – Европа, Великобритания, США	Roche Pharmaceuticals
	Инвираза – Великобритания, США	
Фосампренавир (FPV)	Лексива – США	GlaxoSmithKline и Vertex
	Телзир – Великобритания	
	Криксиван	Merck & Co.

Приложение 7. Словарь

Базовый компонент – часть схемы АРТ, обычно состоящая из двух НИОТ, которые комбинируются с ННИОТ или с ИП или с ИП и ингибитором слияния. «Скорректированный базовый компонент» означает скорректированную комбинацию предположительно активных НИОТ, составленную по результатам исследования лекарственной устойчивости.

Вторичные мутации – мутации, которые приводят к лекарственной устойчивости только в сочетании с другими первичными или вторичными мутациями; кроме того вторичные мутации могут ослаблять неблагоприятные последствия других мутаций.

Генетический барьер – термин, отражающий число мутаций, необходимых для приобретения вирусом устойчивости к лекарственным средствам. Если для развития устойчивости достаточно одной мутации, генетический барьер низкий, а если для этого требуется 10 мутаций – очень высокий (критерии пересматриваются).

Лекарственная устойчивость – результат замены аминокислот в вирусной РНК. Это происходит из-за слабой способности ВИЧ к репликации. Большая часть этих изменений приводит к гибели вируса; при других вирус сохраняет жизнеспособность и приобретает устойчивость к АРВ-препаратам. В большинстве случаев с развитием устойчивости жизнеспособность вируса снижается, что проявляется в замедлении репликации. Хотя сначала это хорошо для пациента, затем, со временем, устойчивый штамм вытесняет остальных и начинает реплицироваться с высокой скоростью. Некоторые комбинации мутаций устойчивости повышают жизнеспособность вируса и его способность к репликации.

Мутации устойчивости к аналогам нуклеозидов (NAMs) – мутации, которые вызывают перекрестную устойчивость к большинству препаратов данного класса.

Мутации устойчивости к аналогам тимидина (TAMs) обычно являются результатом лечения зидовудином.

Первичные мутации – изменения вирусной РНК, которые приводят к появлению устойчивости к отдельным АРВ-препаратам или классам АРВ-препаратов.

Приверженность – способность пациента принимать АРВ-препараты в соответствии с назначениями и в нужное время (соблюдение режима лечения). Высокий уровень приверженности определяется как прием более 95% всех доз препаратов; низкий уровень – все, что ниже 95%.

Точечная мутация – единственная замена в определенном участке РНК, которая приводит к развитию устойчивости к препарату или классу препаратов; например, мутация 103 вызывает устойчивость ко всем ННИОТ в результате изменений в этой конкретной точке.

Приложение 8. Перспективы

Исследования в области АРТ продолжаются. Новые мутации вируса и появление лекарственной устойчивости наблюдаются регулярно; это дает новые знания о взаимоотношениях между АРВ-препаратами и вирусом. Ниже перечислен ряд некоторых новейших АРВ-препаратов, одобренных к применению или ожидающих одобрения, а также новые комбинации старых препаратов.

- Недавно создана комбинация с фиксированной дозой тенофовир + фосампrenaвир + эфавиренц для приема один раз в сутки; по имеющимся данным она немного эффективнее стандартной комбинации зидовудин + ламивудин + эфавиренц [42].

- Этравирин (ТМС-125) – новый ННИОТ, активный даже против штаммов с мутациями устойчивости к другим препаратам этого класса [149].

- Новый ИП дарунавир (ТМС114) – обладает еще более высоким генетическим барьером, чем лопинавир/ритонавир. *In vitro* устойчивость к нему развивается медленнее, чем к нелфинавиру, ампренавиру и лопинавиру/ритонавиру. Сегодня действует программа расширенного доступа к препарату [150]. Недавно препарат был одобрен Управлением по контролю лекарственных препаратов США (FDA).

- Каправирин (AG 1549) – тоже ННИОТ второго поколения, эффективный против штаммов с классическими мутациями устойчивости к ННИОТ.

- Разработаны новые ингибиторы корецепторов слияния. Эти препараты препятствуют проникновению в клетки штаммов, связывающихся с рецептором CXCR4 или CCR5, или обоими. Для применения этих препаратов необходимы новые тесты, позволяющие определить тип корецептора, используемого штаммом пациента. По имеющимся на сегодня данным, побочных эффектов немного, хотя первый опыт использования этих новых препаратов показал наличие кардиотоксичности и гепатотоксичности. Шестого августа 2007 г. FDA одобрило препарат Селзенри (маравирик) для использования в составе АРТ только у взрослых пациентов, инфицированных штаммом ВИЧ-1, использующим рецептор CCR5, с доказанной репликацией ВИЧ-1, обладающего множественной устойчивостью к АРВ-препаратам.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Palella F.J. Jr. et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient Study Investigators. *The New England Journal of Medicine*, 1998, 338 (13), 853–860.
2. Sterne J.A. et al. Long-term effectiveness of potent anti-retroviral therapy in preventing AIDS and death: a prospective cohort study. *The Lancet*, 2005, 366 (9483), 378–384.
3. Lewden C. Responders to antiretroviral treatment over 500 CD4/mm³ reach same mortality rates as general population: APRICO and Aquitaine Cohorts. *10th European Aids Conference, Dublin, 17–20 November, 2005* (Abstract PE18.4/8).
4. Gilks C.F. et al. The WHO public-health approach to anti-retroviral treatment against HIV in resource-limited settings. *The Lancet*, 2006, 368 (9534), 505–510.
5. Bartlett J.G., Gallant J.E. *2003 Medical Management of HIV Infection*. Baltimore, Johns Hopkins University, Division of Infectious Disease and AIDS Service. 2003 (<http://www.hopkins-aids.edu/publications/book/03MMHIVto3.pdf>, accessed 11 September 2006).
6. Wilson I.B. et al. Quality of HIV care provided by nurse practitioners, physician assistants and physicians. *Annals of Internal Medicine*, 2005, 143 (10), 729–736.
7. Aberg J.A. et al. Primary care guidelines for the management of persons infected with human immunodeficiency virus: recommendations of the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases*, 2004, 39, 609–629.
8. Mellors J.W. et al. Plasma viral load and CD4⁺ lymphocytes as prognostic markers of HIV-1 infection. *Annals of Internal Medicine*, 1997, 126 (12), 946–954.
9. Saves M. et al. Risk factors for coronary heart disease in patients treated for human immunodeficiency virus infection compared with the general population. *Clinical Infectious Diseases*, 2003, 37 (2), 292–298.
10. Friis-Moller N. et al. Combination antiretroviral therapy and the risk of myocardial infarction. *The New England Journal of Medicine*, 2003, 349 (21), 1993–2003.
11. Pragna Patel. Incidence of AIDS defining and non-AIDS defining malignancies among HIV-infected persons. *13th Annual Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (13th CROI), Denver, 5–8 February 2006* (Poster 813).
12. *HIV testing methods*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 1997 (UN-AIDS Technical Update WC 503.1).
13. Mulcahy F. et al. CD4 counts in pregnancy do not accurately reflect the need for long-term HAART. *13th Annual Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Denver, 5–8 February 2006* (Abstract 704b).
14. Hawkins D. et al. Guidelines for the management of HIV infection in pregnant women and the prevention of mother-to-child transmission of HIV. *HIV Medicine*, 2005, 6, 107–148.
15. Friis-Moller N. et al. Exposure to PI and NNRTI and risk of myocardial infarction: results from the D:A:D study. *13th Annual Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Denver, 5–8 February 2006* (Abstract 144).
16. Markowitz M. et al. Infection with multidrug resistant, dual-tropic HIV-1 and rapid progression to AIDS: a case report. *The Lancet*, 2005, 365 (9464), 1031–1038.
17. Urbina A., Jones K. Crystal methamphetamine, its analogues, and HIV infection: medical and psychiatric aspects of a new epidemic. *Clinical Infectious Diseases*, 2004, 38 (6), 890–894.
18. Gregory M. et al. Illicit drug use and HIV-1 disease progression: a longitudinal study in the era of highly active antiretroviral therapy. *American Journal of Epidemiology*, 2006, 163 (5), 412–420.
19. Markowitz M. et al. Infection with multidrug resistant, dual-tropic HIV-1 and rapid progression to AIDS: a case report. *The Lancet*, 2005, 365 (9464), 1031–1038.
20. Kassutto S. et al. Longitudinal analysis of clinical markers following antiretroviral therapy initiated during acute or early HIV type 1 infection. *Clinical Infectious Diseases*, 2006, 42, 1024–1031.
21. The EACS Euroguidelines Group. European guidelines for the clinical management and treatment of HIV-infected adults in Europe. *AIDS*, 2003, 17 (Suppl.), S3–S26.

22. *British HIV Association guidelines for the treatment of HIV-infected adults with antiretroviral therapy*. London, British HIV Association, 2003 (<http://www.bhiva.org/guidelines/2003/hiv/index.html>, accessed 30 May 2006).
23. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1 infected adults and adolescents. Bethesda, United States Department of Health and Human Services (DHSS), 2004.
24. Salzberger B. et al. German-Austrian recommendations for the antiretroviral therapy on HIV-infections. *European Journal of Medical Research*, 2004, 9, 491–504.
25. Egger M. et al. Prognosis of HIV-1-infected patients starting highly active antiretroviral therapy: a collaborative analysis of prospective studies. *The Lancet*, 2002, 360 (9327), 119–129.
26. Phillips A.N. et al. Viral load outcome of non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor regimens for 2203 mainly antiretroviral-experienced patients. *AIDS*, 2001, 15 (18), 2385–2395.
27. Sterling T.R. et al. Improved outcomes with earlier initiation of highly active antiretroviral therapy among human immunodeficiency virus-infected patients who achieve durable virologic suppression: longer follow-up of an observational cohort study. *Journal of Infectious Diseases*, 2003, 188 (11), 1659–1665.
28. Opravil M. et al. Clinical efficacy of early initiation of HAART in patients with asymptomatic HIV infection and CD4 cell count $>350 \times 10^6/l$. *AIDS*, 2002, 16 (10), 1371–1381.
29. Gras L. et al. Predictors of changes in CD4 cell count seven years after starting HAART. *13th Annual Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Denver, 5–8 February 2006* (Abstract 530).
30. Palella F.J. Jr. et al. Survival benefit of initiating antiretroviral therapy in HIV-infected persons in different CD4⁺ cell strata. *Annals of Internal Medicine*, 2003, 138 (8), 620–626.
31. Keraly J. et al. Increases in CD4 cell count to five years in persons with sustained virologic suppression. *13th Annual Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Denver, 5–8 February 2006* (Abstract 529).
32. Wensing A.M.J., et al. Analysis from more than 1800 newly diagnosed patients with HIV from 17 European countries shows that 10% of the patients carry primary drug resistance: the CATCH study. *The 2nd IAS Conference on HTV Pathogenesis and Treatment, International AIDS Society and ANRS, Paris, 13 July 2003* (Abstract LB1).
33. Ross L. et al. Prevalence of antiretroviral drug resistance and resistance mutations in antiretroviral therapy (ART) naive HIV infected individuals from 40 US cities. *44th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy (ICAAC), Washington, 30 October–2 November 2004* (Abstract H-173).
34. De Mendoza C. et al. Evidence for a different transmission efficiency of viruses with distinct drug-resistance genotypes. *12th International Drug Resistance Workshop, Los Cabos, Mexico, 10–13 June 2003* (Abstract 130).
35. Grant G.M. et al. Declining nucleoside reverse transcriptase inhibitor primary resistance in San Francisco 2000–2002. *12th International Drug Resistance Workshop, Los Cabos, Mexico, 10–13 June 2003* (Abstract 120).
36. *Resistance Orientation to WHO Methodology for surveillance of transmitted HIV Drug Resistance*. Geneva, WHO, 2006 (<http://www.who.int/hiv/drugresistance/HIVDRSsurveillance2006.ppt#294,1,Slide 1>, accessed 5 July 2007).
37. Protocol for evaluation of transmitted HIV drug resistance using specimens from HIV sentinel serosurveys in resource-limited settings (Draft). Geneva, WHO, 2006 (<http://www.who.int/entity/hiv/drugresistance/HIVDRSrvthresholdprotocol2006.pdf>, accessed 5 July 2007).
38. Cane P. et al. Time trends in primary resistance to HIV drugs in the United Kingdom: multicentre observational study. *BMJ*, 2005, 331 (7529), 1368.
39. de Mendoza C. et al. Antiretroviral recommendations may influence the rate of transmission of drug-resistant HIV type 1. *Clinical Infectious Diseases*, 2005, 41(2), 227–232.
40. Daar E.S., Richman D.D. Confronting the emergence of drug-resistant HIV type 1: impact of antiretroviral therapy on individual and population resistance. *AIDS Research and Human Retroviruses*, 2005, 21 (5), 343–357.
41. McDoll et al. Emtricitabine and 3TC: interchangeable? A systemic review. *10th European AIDS Conference (EACS), Dublin, 17–20 November 2005* (Poster 7.3/17).
42. Gallant J.E. et al. Tenofovir D.F., emtricitabine, and efavirenz vs. zidovudine, lamivudine, and efavirenz for HIV. *The New England Journal of Medicine*, 2006, 354 (3), 251–260.
43. DeJesus E. et al. Abacavir versus zidovudine combined with lamivudine and efavirenz, for the treatment of antiretroviral-naive HIV-infected adults. *Clinical Infectious Diseases*, 2004, 39 (7), 1038–1046.
44. Barrios A. et al. Paradoxical CD4⁺ T-cell decline in HIV-infected patients with complete virus suppression taking tenofovir and didanosine. *AIDS*, 2005, 19 (6), 569–575.
45. Saag M.S. et al. Efficacy and safety of emtricitabine vs stavudine in combination therapy in antiretroviral-naive patients: a randomized trial. *JAMA*, 2004, 292 (2), 180–189.
46. Bonnet F. et al. Risk factors for hyperlactataemia in HIV-infected patients, Aquitaine Cohort, 1999–2003. *Antiviral Chemistry & Chemotherapy*, 2005, 16 (1), 63–67.
47. Mallon P.W. et al. A prospective evaluation of the effects of antiretroviral therapy on body composition in HIV-1-infected men starting therapy. *AIDS*, 2003, 17 (7), 971–979.
48. Shah S.S., Rodriguez T., McGowan J.P. Miller Fisher variant of Guillain-Barre syndrome associated with lactic acidosis and stavudine therapy. *Clinical Infectious Diseases*, 2003, 36 (10), 131–133.
49. Bernasconi E. et al. Abnormalities of body fat distribution in HIV-infected persons treated with antiretroviral drugs: The Swiss HIV Cohort Study. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1999, 31 (1), 50–55.
50. Calza L. et al. Substitution of nevirapine or efavirenz for protease inhibitor versus lipid-lowering therapy for the management of dyslipidaemia. *AIDS*, 2005, 19 (10), 1051–1058.
51. Gulick R.M. et al. Triple-nucleoside regimens versus efavirenz-containing regimens for the initial treatment of HIV-1 infection. *The New England Journal of Medicine*, 2004, 350 (18), 1850–1861.
52. Staszewski S. et al. Efavirenz plus zidovudine and lamivudine, efavirenz plus indinavir, and indinavir plus zidovudine and lamivudine in the treatment of HIV-1 infection in adults. Study 006 Team. *The New England Journal of Medicine*, 1999, 341 (25), 1865–1873.
53. Bartlett J.A. et al. Abacavir/lamivudine in combination with efavirenz, amprenavir/ritonavir stavudine: ESS40001 (CLASS) preliminary 48 weeks results. *14th International AIDS Conference, Barcelona, July 2002* (Abstract TuOrB1 189).
54. van Leeuwen R. et al. A randomized trial to study first-line combination therapy with or without a protease inhibitor in HIV-1-infected patients. *AIDS*, 2003, 17 (7), 987–999.
55. Sheran M. The nonnucleoside reverse transcriptase inhibitors efavirenz and nevirapine in the treatment of HIV. *HIV Clinical Trials*, 2005, 6 (3), 158–168.
56. DART Virology Group and Trial Team. Virological response to a triple nucleoside/nucleotide analogue regimen over 48 weeks in HIV-1 infected adults in Africa. *AIDS*, 2006, 20, 1391–1399.
57. Gallant J.E. et al. Early virologic nonresponse to tenofovir, abacavir and lamivudine in HIV-infected antiretroviral-naive subjects. *Journal of Infectious Diseases*, 2005, 192 (11), 1921–1930.
58. Jemsek J., Hutcherson P., Harper E. Poor virologic responses and early emergence of resistance in treatment naive, HIV-infected patients receiving a once daily triple nucleoside regimen of didanosine, lamivudine, and tenofovir DF. *11th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, San Francisco, February 2004*.

59. Palella F.J., Delaney K.M., Moorman A.C. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. *The New England Journal of Medicine*, 1998, 338, 853–860.
60. Perelson A.S. et al. HIV-1 dynamics *in vivo*: virion clearance rate, infected cell life-span, and viral generation time. *Science*, 1996, 271 (5255), 1582–1586.
61. Mannheimer S. et al. The consistency of adherence to antiretroviral therapy predicts biologic outcomes for human immunodeficiency virus-infected persons in clinical trials. *Clinical Infectious Diseases*, 2002, 34 (8), 1115–1121.
62. Fischl M. et al. Impact of directly observed therapy on long-term outcomes in HIV clinical trials. *8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Chicago, 4–8 February 2001* (Abstract 528).
63. Bangsberg D.R. et al. Adherence-resistance relationships for protease and non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors explained by virological fitness. *AIDS*, 2006, 20 (2), 223–231.
64. Maher K. et al. Disease progression, adherence and response to protease inhibitor therapy for HIV infection in an Urban Veterans Affairs Medical Center. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1999, 22 (4), 358–363.
65. Vanhove G.F. et al. Patient compliance and drug failure in protease inhibitor monotherapy. *JAMA*, 1996, 276 (24), 1955–1956.
66. Little S.J. et al. Antiretroviral-drug resistance among patients recently infected with HIV. *The New England Journal of Medicine*, 2002, 347 (6), 385–394.
67. UK Collaborative Group on Monitoring the Transmission of HIV. Drug resistance. Analysis of prevalence of HIV-1 drug resistance in primary infections in the United Kingdom. *BMJ*, 2001, 322 (7294), 1087–1088.
68. Bangsberg D.R., Perry S., Charlesbois E.D. Adherence to HAART predicts progression to AIDS. *8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Chicago, 4–8 February 2001* (Abstract 483).
69. Lerner B.H., Gulick R.M., Dubler N.N. Rethinking non-adherence: historical perspectives on triple-drug therapy for HIV disease. *Annals of Internal Medicine*, 1998, 129 (7), 573–578.
70. Carrieri P. et al. The dynamic of adherence to highly active antiretroviral therapy: results from the French National APROCO cohort. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2001, 28 (3), 232–239.
71. Walsh J.C. et al. Reasons for non-adherence to antiretroviral therapy: patients' perspectives provide evidence of multiple causes. *AIDS Care*, 2001, 13 (6), 709–720.
72. Tuldra A. et al. Prospective randomized two-arm controlled study to determine the efficacy of a specific intervention to improve long-term adherence to highly active antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2000, 25 (3), 221–228.
73. Bamberger J.D. et al. Helping the urban poor stay with antiretroviral HIV drug therapy. *American Journal of Public Health*, 2000, 90 (5), 699–701.
74. Walsh J.C. et al. An assessment of current HIV treatment adherence services in the UK. *AIDS Care*, 2002, 14 (3), 329–334.
75. Cingolani A. et al. Usefulness of monitoring HIV drug resistance and adherence in individuals failing highly active antiretroviral therapy: a randomized study (ARGENTA). *AIDS*, 2002, 16 (3), 369–379.
76. Mannheimer S. et al. The consistency of adherence to antiretroviral therapy predicts biologic outcomes for human immunodeficiency virus-infected persons in clinical trials. *Clinical Infectious Diseases*, 2002, 34 (8), 1115–1121.
77. Chesney M.A. Factors affecting adherence to antiretroviral therapy. *Clinical Infectious Diseases*, 2000, Suppl. 2, S171–S176.
78. Altice F.L., Mostashari F., Friedland G.H. Trust and the acceptance of and adherence to antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2001, 28 (1), 47–58.
79. Claxton A.J., Cramer J., Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clinical Therapeutics*, 2001, 23 (8), 1296–1310.
80. Bartlett J.A. et al. Overview of the effectiveness of triple combination therapy in antiretroviral-naïve HIV-1-infected adults. *AIDS*, 2001, 15 (11), 1369–1377.
81. Paterson D.L. et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine*, 2000, 133 (1), 21–30.
82. Fumaz C.R. et al. Quality of life, emotional status, and adherence of HIV-1-infected patients treated with efavirenz versus protease inhibitor-containing regimens. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2002, 29 (3), 244–253.
83. Bartlett J.A. Addressing the challenges of adherence [review]. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2002, 29 Suppl. 1, S2–S10.
84. Moore A.L. et al. Raised viral load in patients with viral suppression on highly active antiretroviral therapy: transient increase or treatment failure? *AIDS*, 2002, 16 (4), 615–618.
85. WHO antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: recommendations for a public health approach – 2006 revision. Geneva, WHO, 2006.
86. Nettles R.E. et al. Intermittent HIV-1 viremia (Blips) and drug resistance in patients receiving HAART. *JAMA*, 2005, 293 (7), 817–829.
87. Le Moing V. et al. Predictors of long-term increase in CD4⁺ cell counts in human immunodeficiency virus-infected patients receiving a protease inhibitor-containing antiretroviral regimen. *Journal of Infectious Diseases*, 2002, 185 (4), 471–480.
88. Smith C.J. et al. Factors influencing increases in CD4 cell counts of HIV-positive persons receiving long-term highly active antiretroviral therapy. *Journal of Infectious Diseases*, 2004, 190 (10), 1860–1868.
89. Hunt P.W. et al. Continued CD4 cell count increases in HIV-infected adults experiencing 4 years of viral suppression on antiretroviral therapy. *AIDS*, 2003, 17, 1907–1915.
90. Graber S. et al. Clinical outcome of patients with HIV-1 infection according to immunological and virologic response after 6 months of highly active antiretroviral therapy. *Annals of Internal Medicine*, 2000, 133, 401–410.
91. Aleman S. et al. Drug resistance at low viraemia in HIV-1 infected patients with antiretroviral combination therapy. *AIDS*, 2002, 16, 1039–1044.
92. Muni R. et al. Is moderate HIV viremia associated with a higher risk of clinical progression in HIV-infected people treated with highly active antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 2006, 41 (1), 23–30.
93. The PLATO Collaboration. Predictors of trend in CD4-positive T-cell count and mortality among HIV-1 infected individuals with virological failure to all three antiretroviral-drug classes. *The Lancet*, 2004, 364, 51–62.
94. Barrios A. et al. Paradoxical CD4⁺ T-cell decline in HIV-infected patients with complete virus suppression taking tenofovir and didanosine. *AIDS*, 2005, 19 (6), 569–575.
95. Gallant J.E. et al. Efficacy and safety of tenofovir DF vs stavudine in combination therapy in antiretroviral-naïve patients: a 3-year randomized trial. *JAMA*, 2004, 292 (2), 191–201.
96. Miller M.D. et al. Decreased replication capacity of HIV-1 clinical isolates containing K65R or M184V RT mutations. *10th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Boston, 10–14 February 2003* (Abstract 616).
97. Parikh U. et al. K65R: a multinucleoside resistance mutation of increasing prevalence exhibits bidirectional phenotypic antagonism with TAM. *11th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), San Francisco, 8–11 February 2004* (Abstract 54).
98. Condra J.H. et al. Drug resistance and predicted virologic responses to human immunodeficiency virus type 1 protease inhibitor therapy. *Journal of Infectious Diseases*, 2000, 182 (3), 758–765.

99. Kempf D.J. et al. Analysis of the virological response with respect to baseline viral phenotype and genotype in protease inhibitor-experienced HIV-1-infected patients receiving lopinavir/ritonavir therapy. *Antiviral Therapy*, 2002, 7 (3), 165–174.
100. Martinez-Picado J. et al. Replicative fitness of protease inhibitor-resistant mutants of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Virology*, 1999, 73 (5), 3744–3752.
101. Albrecht M.A. et al. Nelfinavir, efavirenz, or both after the failure of nucleoside treatment of HIV infection. *The New England Journal of Medicine*, 2001, 345 (6), 398–407.
102. Kessler H. et al. CD4 cell increases through more than 4 years in antiretroviral-naïve HIV+ patients treated with lopinavir/ritonavir-based therapy. *The 2nd IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment, International AIDS Society and ANRS, Paris, 13 July 2003* (Abstract 568).
103. Abbott's new Kaletra tablet gets EMEA CHMP's OK. *Therapeutics Daily*, 8 May 2006 (<http://www.therapeuticsdaily.com/News/article.cfm?contenttype=sentryarticle&contentvalue=884529&channelID=31>, accessed 9 May 2006).
104. Eron Jr. J. et al. The KLEAN study of fosamprenavir-ritonavir versus lopinavir-ritonavir, each in combination with abacavir-lamivudine, for initial treatment of HIV infection over 48 weeks: a randomised non-inferiority trial. *The Lancet*, 2006, 368 (9534), 476–482.
105. Slim J. et al. Saquinavir/r BID vs. Lopinavir/r BID plus FTC/Tenofovir QD in ARV-naïve HIV-1-infected patients: GEMINI study. *8th International Congress on Drug Therapy in HIV infection, Glasgow, Scotland, UK, 12–16 November 2006*.
106. Lazzarin A. et al. Efficacy of enfuvirtide in patients infected with drug-resistant HIV-1 in Europe and Australia. *The New England Journal of Medicine*, 2003, 348 (22), 2186–2195.
107. Gonzalez-Lahoz J. The RESIST trials – superiority of tipranavir over other PIs. *AIDS Reviews*, 2004, 6 (4), 244–245.
108. Croom K.F., Keam S.J. Tipranavir: a ritonavir-boosted protease inhibitor. *Drugs*, 2005, 65 (12), 1669–1679.
109. Clotet B. et al. Efficacy and safety of darunavir-ritonavir at week 48 in treatment-experienced patients with HIV-1 infection in POWER 1 and 2: a pooled subgroup analysis of data from two randomised trials. *The Lancet*, 2007, 369, 1169–1178.
110. Markowitz M. et al. Long-term efficacy and safety of tipranavir boosted with ritonavir in HIV-1-infected patients failing multiple protease inhibitor regimens 80-week data from a phase 2 study. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* (in press).
111. Gathe Jr. J.C. et al. Efficacy and safety of three doses of tipranavir boosted with ritonavir in treatment-experienced HIV type 1-infected patients. *AIDS Research and Human Retroviruses*, 2007, 23 (2), 216–223.
112. Oldfield V., Keating G.M., Plosker G. Enfuvirtide: a review of its use in the management of HIV infection. *Drugs*, 2005, 65 (8), 1139–1160.
113. Turner D. et al. The influence of protease inhibitor resistance profiles on selection of HIV therapy in treatment-naïve patients. *Antiviral Therapy*, 2004, 9 (3), 301–314.
114. Rottmann C. et al. Atazanavir ritonavir saquinavir without any other antiretroviral drugs in protease inhibitor experienced patients with no reverse transcriptase options: a 24 week cohort analysis. *7th International Congress on Drug Therapy in HIV Infection, Glasgow, 14–18 November 2004* (Abstract P21).
115. Stephan C. et al. Saquinavir drug exposure is not impaired by the boosted double protease inhibitor combination of lopinavir/ritonavir. *AIDS*, 2004, 18 (3), 503–508.
116. Eron Jr. J. et al. A phase II trial of dual protease inhibitor therapy: amprenavir in combination with indinavir, nelfinavir, or saquinavir. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2001, 26 (5), 458–461.
117. Boffito M. et al. Atazanavir enhances saquinavir hard-gel concentrations in a ritonavir-boosted once-daily regimen. *AIDS*, 2004, 18 (9), 1291–1297.
118. Ananworanich J. et al. CD4-guided scheduled treatments interruptions compared to continuous therapy: results of the Staccato trial. *13th Annual Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Denver, 5–8 February 2006* (Abstract 102).
119. Skiest D. et al. Predictors of HIV disease progression in patients who stop ART with CD4 cell counts >350 cells/mm³. *13th Annual Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Denver, 5–8 February 2006* (Abstract 101).
120. Marchou B. et al. Structured treatment interruptions in HIV-infected patients with high CD4 cell counts and virologic suppression: results of a prospective, randomized, open-label trial (Window – ANRS 106). *13th Annual Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Denver, 5–8 February 2006* (Abstract 104).
121. Danel C. et al. CD4-guided strategy arm stopped in a randomized structured treatment interruption trial in West African adults: ANRS 1269 Trivacan trial. *13th Annual Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Denver, 5–8 February 2006* (Abstract 105LB).
122. El-Sadr W. et al. Episodic CD4-guided use of art is inferior to continuous therapy: results of the SMART study. *13th Annual Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Denver, 5–8 February 2006* (Abstract 106LB).
123. Strategies for Management of Antiretroviral Therapy (SMART) Study Group, El-Sadr WM et al. CD4⁺ count-guided interruption of antiretroviral treatment. *The New England Journal of Medicine*, 2006, 355 (22), 2283–2296.
124. Jacobson M.A. et al. Cytomegalovirus retinitis after initiation of highly active antiretroviral therapy. *The Lancet*, 1997, 349 (9063), 1443–1445.
125. Race E.M. et al. Focal mycobacterial lymphadenitis following initiation of protease-inhibitor therapy in patients with advanced HIV-1 disease. *The Lancet*, 1998, 351 (9098), 252–255.
126. Koval C.E. et al. Immune reconstitution syndrome after successful treatment of *Pneumocystis carinii* pneumonia in a man with human immunodeficiency virus type 1 infection. *Clinical Infectious Diseases*, 2002, 35 (4), 491–493.
127. Carrieri M.P. et al. Impact of early versus late adherence to highly active antiretroviral therapy on immuno-virological response: a 3-year follow-up study. *Antiviral Therapy*, 2003, 8 (6), 585–594.
128. Safren S.A. et al. Two strategies to increase adherence to HIV antiretroviral medication: life-steps and medication monitoring. *Behaviour Research and Therapy*, 2001, (10), 1151–1162.
129. Simoni J.M. et al. Antiretroviral adherence interventions: a review of current literature and ongoing studies. *Topics in HIV Medicine*, 2003, 11 (6), 185–198.
130. Golin C.E., Smith S.R., Reif S. Adherence counseling practices of generalist and specialist physicians caring for people living with HIV/AIDS in North Carolina. *Journal of General Internal Medicine*, 2004, 19 (1), 16–27.
131. Weber R. et al. Effect of individual cognitive behaviour intervention on adherence to antiretroviral therapy: prospective randomized trial. *Antiviral Therapy*, 2004, 9 (1), 85–95.
132. Kerr T. et al. Psychosocial determinants of adherence to highly active antiretroviral therapy among injection drug users in Vancouver. *Antiviral Therapy*, 2004, 9 (3), 407–414.
133. Tyndall M.W. et al. Attendance, drug use patterns, and referrals made from North America's first supervised injection facility. *Drug and Alcohol Dependence*, 2005, December.
134. Yun L.W. et al. Antidepressant treatment improves adherence to antiretroviral therapy among depressed HIV-infected patients. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2005, 38 (4), 432–438.
135. Zimmermann A.E. et al. Tenofovir-associated acute and chronic kidney disease: a case of multiple drug interactions. *Clinical Infectious Diseases*, 2006, 42 (2), 283–290.

136. Bartlett J.G. *Pocket guide to adult HIV/AIDS treatment*. Baltimore, John Hopkins University AIDS Service, 2006 (<http://hopkins-aids.edu/publications/pocketguide/pocketgd0106.pdf>, accessed 11 September 2006).
137. Sande M.A., Eliopoulos G.M. *The Sanford guide to HIV/AIDS therapy*, 13th ed. Hyde Park, VT, Antimicrobial Therapy, 2004.
138. Gilbert D.N., Moellering R.C., Eliopoulos G.M. *The Sanford guide to antimicrobial therapy*, 35th ed. Hyde Park, VT, Antimicrobial Therapy, 2005.
139. Antoniu T., Tseng A.L. Interactions between recreational drags and antiretroviral agents. *The Annals of Pharmacotherapy*, 2002, 36 (10), 1598–1613.
140. WHO/EURO report of the technical consultation on clinical staging of HIV/AIDS and HIV/AIDS case definition for surveillance. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/document/E87956.pdf>, accessed 5 April 2006).
141. 2006 antiretroviral drug guide. *IAPAC Monthly*, 2006, 12 Suppl. 1 (<http://www.iapac.org/home.asp?pid=7288>, accessed 11 September 2006).
142. Liu H. et al. A comparison study of multiple measures of adherence to HIV protease inhibitors. *Annals of Internal Medicine*, 2001, 134 (10), 968–977.
143. Bangsberg D.R. et al. Provider assessment of adherence to HIV antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2001, 26 (5), 435–442.
144. Hugen P.W. et al. Assessment of adherence to HIV protease inhibitors: comparison and combination of various methods, including MEMS (electronic monitoring), patient and nurse report, and therapeutic drug monitoring. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2002, 30 (3), 324–334.
145. Paterson D.L. et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine*, 2000, 133 (1), 21–30.
146. Parienti J.J. et al. The pills identification test: a tool to assess adherence to antiretroviral therapy. *JAMA*, 2001, 285 (4), 412.
147. Descamps D. et al. Mechanisms of virologic failure in previously untreated HIV-infected patients from a trial of induction-maintenance therapy. *JAMA*, 2000, 283 (2), 205–211.
148. Havlir D.V. et al. Drug susceptibility in HIV infection after viral rebound in patients receiving indinavir-containing regimens. *JAMA*, 2000, 283 (2), 229–234.
149. Vingerhoets J. et al. Effect of baseline resistance on the virologic response to a novel NNRTI, TMC 125, in patients with extensive NNRTI and PI resistance: analysis of study TMC 125–233. *13th Annual Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Denver, 5–8 February 2006* (Abstract 154).
150. De Meyer et al. Effect of baseline susceptibility and on-treatment mutations on TMC 114 and control PI efficacy: preliminary analysis of data from PI-experienced patients from POWER 1 and POWER 2. *13th Annual Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Denver, 5–8 February 2006* (Abstract 157).

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

10.02.2009. Канада. www.hiv-info.ru. Специалисты по профилактике ВИЧ, активисты и женщины всего мира могут праздновать небольшую, но все-таки победу. Впервые, в полевых испытаниях среди людей доказана эффективность микробицида — вещества для профилактики ВИЧ во время секса. Многие годы поиски микробицида были неэффективны: до сих пор ни одно вещество не одобрено для профилактики ВИЧ. Однако во время XVI Конференции по ретровирусам и оппортунистическим инфекциям в Монреале было объявлено об успешных испытаниях потенциального микробицида PRO200, сообщает Aidsmap.com. Микробициды могут выпускаться в виде гелей, пенки или вагинальных (и возможно, ректальных) свечей для профилактики ВИЧ во время секса. Предыдущие испытания потенциальных микробицидов среди женщин в странах Африки полностью провалились, ранее испытания гелей Каррагард и сульфата целлюлозы были досрочно прерваны. Новые испытания, которые проводились американской Сетью по испытаниям микробицидов, анализировали эффективность вещества PRO200 (полинафталин сульфат). В испытаниях приняли участие 3099 женщин из Малави, ЮАР, Замбии, Зимбабве и США. Результаты показали, что PRO200 предотвратил треть возможных случаев ВИЧ-инфекции по сравнению с женщинами, которые применяли плацебо-гель во время секса. Это значит, что, скорее всего, гель уменьшает вероятность передачи ВИЧ во время вагинального секса для женщин на 30%. Правда, статистическая разница между группами женщин не настолько большая, чтобы считать их однозначными. Ученые осторожно называют результаты испытаний микробицида «многообещающими». Во время пресс-конференции профессор Салим Абдул-Карим из Университета Квазулу-Натал (ЮАР) заявил: «Мы не можем прийти к однозначному выводу о PRO200 в качестве микробицида, но это многообещающий кандидат». На данный момент проходят другие, более крупные испытания PRO200, которые проводятся британскими исследователями. Их результаты будут объявлены позднее в этом году. В них участвуют 9400 женщин из африканских стран. На самом деле, несмотря на скромные результаты и неоднозначные выводы, эта новость уже ста-

ла главным событием конференции в Монреале. Всеми причиной ужасный провал двух потенциальных микробицидов до этого — оказалось, что они не уменьшают, а увеличивают риск передачи ВИЧ. После этого в области микробицидов воцарилось затишье, так что первая позитивная новость вызвала настоящий фурор. «Результаты испытаний PRO200 — это луч надежды для женщин. Это не окончательная победа, но это «доказательство концепции», которое стимулирует развитие в этой области, — поясняет Лори Хейз, директор международной организации Глобальная кампания за микробициды. — Такой гель можно использовать в качестве дополнительной защиты одновременно с презервативом — на случай, если он порвется или соскочит, например. Он также нужен женщинам, которые по тем или иным причинам не могут воспользоваться презервативами». Перед учеными уже встал вопрос: если препарат эффективен только на 30%, то как его рекламировать на рынке, ведь будет некорректно назвать его заменой презерватива? Профессор Абдул Карим комментирует это так: «Потенциальные потребители этого продукта — женщины, у которых нет другого выбора. У многих женщин не так уж много вариантов. Например, женщина — верная жена, пытается забеременеть от мужа, но ее муж — рабочий-мигрант, то есть человек с повышенным риском, и какие другие возможности у нее есть?» «Это исследование не является окончательным, но, несмотря на это, оно дало надежду миллионам женщин, у которых есть риск ВИЧ, особенно молодым женщинам из стран Африки. Это первый в мире сигнал о том, что микробицидный гель в принципе может защитить женщин от ВИЧ», — добавил Абдул Карим. На настоящий момент женщины составляют половину людей, которые живут с ВИЧ. В подавляющем большинстве случаев ВИЧ передается женщинам во время секса с мужчиной. Важность микробицидов в том, что этот метод полностью контролируется самими женщинами, в то время как женщины не всегда могут отказаться от секса или настоять, чтобы их партнер надевал презерватив. Что же касается PRO200, то окончательный вердикт об эффективности этого геля станет известен в августе этого года.

Дорогие папа и мама!
Я обещаю вести себя хорошо
и не баловаться.

Но и вы
тоже
обещайте
не баловаться

НАРКОТИКАМИ !!!



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.

АБАКАВИР ОПРЕДЕЛЕННО ПОВЫШАЕТ РИСК ИНФАРКТА МИОКАРДА, ОСОБЕННО У БОЛЬНЫХ, ИМЕЮЩИХ И ДРУГИЕ ФАКТОРЫ РИСКА

12.11.2008

Токсичность высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) хорошо известна. Она является одним из препятствий для успешного и длительного лечения ВИЧ-инфицированных больных. В нескольких недавних исследованиях, в частности в исследовании D:A:D, была замечена связь нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы (НИИОТ) абакавира и диданозина с повышенным риском инфаркта миокарда. Так как такой побочный эффект является угрожающим жизни и ограничивающим возможность применения препаратов у определенной категории больных, ученые продолжают попытки прояснить ситуацию и получить достоверные доказательства указанной взаимосвязи или ее отсутствия. С этой целью был предпринят вторичный анализ данных исследования SMART, одного из самых длительных и хорошо организованных исследований ВИЧ-инфицированных больных, многие из которых принимали абакавир.

Методы исследования. В исследовании SMART, которое проходило с 2002 г. по 2006 г., приняли участие 5472 ВИЧ-инфицированных больных из 318 центров 33 стран мира. Они были рандомизированы либо на непрерывную ВААРТ – группа вирусной супрессии ($n = 2752$), либо на плановые перерывы в ВААРТ – группа экономии препаратов ($n = 2722$). В группе экономии препаратов больные прерывали ВААРТ в тот момент, когда их уровень $CD4^+$ -лимфоцитов достигал 350 кл/мкл. При $CD4^+ \sim 250$ кл/мкл ВААРТ возобновлялась.

Данный анализ фокусировался в первую очередь на сердечно-сосудистых исходах у больных на непрерывной ВААРТ, так как они подверглись более долгосрочному влиянию НИИОТ. Влияние НИИОТ подразделяли на влияние абакавира, влияние диданозина, влияние абакавира и диданозина и влияние других НИИОТ.

Конечными точками исследования были уровни биохимических биомаркеров воспали-

ения, изменения на ЭКГ и заболеваемость сердечно-сосудистыми заболеваниями у участников исследования. При изучении биомаркеров воспаления включались больные обеих ветвей исследования.

Результаты исследования. Исследуемая популяция больных отличалась высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний: 39% больных курили, у 36% отмечались изменения на ЭКГ, 19% принимали антигипертензивные, а 18% – липидснижающие препараты.

Больные, принимавшие абакавир до вступления в исследование, исходно имели более высокий уровень С-реактивного протеина и интерлейкина-6, чем получавшие другие НИИОТ. Эта зависимость сохранялась и после поправки на другие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и основные клиничко-демографические параметры. При этом не было найдено различий в зависимости от состава ВААРТ в уровнях амилоида А, амилоида Р, Д-димера и фрагментов протромбина 1 и 2 (маркеры активности тромбина).

Среди 2752 больных, находившихся на непрерывной ВААРТ, за 2 года наблюдения имели место 19 случаев инфаркта миокарда, 70 случаев больших сердечно-сосудистых событий (инфаркт миокарда, инсульт, хирургическое вмешательство по поводу ишемической болезни сердца или смерть от сердечно-сосудистого заболевания) и 112 случаев всех сердечно-сосудистых и подозрительных на сердечно-сосудистые заболевания (большие сердечно-сосудистые события плюс сердечно-сосудистая недостаточность, требующая медикаментозного лечения ишемическая болезнь сердца, заболевания периферических артерий и смерть без свидетелей). При этом, согласно результатам многофакторного анализа, у больных, получавших в ходе исследования абакавир, по сравнению с больными, получавшими другие НИИОТ, отмечалось значимое повышение риска всех трех категорий сердечно-сосудистых событий в течение периода наблюдения: отношение рисков составило для инфаркта миокарда 4,3 (95% доверительный интервал [ДИ] 1,4–13,0), для больших сердечно-сосудистых событий – 1,80 (95% ДИ 1,04–3,11) и для сердечно-сосудистых и похожих на сер-

дечно-сосудистые заболеваний — 1,9 (95% ДИ 1,3–2,9). Наиболее сильное неблагоприятное действие на сердечно-сосудистую систему абаквир оказывал у больных с исходно повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний, у которых уже при включении в исследование отмечались 5 и более факторов риска и ишемические изменения на ЭКГ.

Прием диданозина в данном исследовании не влиял ни на риск сердечно-сосудистых заболеваний, ни на уровни маркеров воспаления.

Выводы. Авторы исследования считают, что его результаты и результаты исследования D:A:D дают достаточно оснований для того, чтобы избегать назначения абаквира у больных, имеющих риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. В США данные исследования D:A:D еще в июле были внесены в информационный материал, предназначенный для врачей, выписывающих препарат. Исследователи полагают, что воспаление является тем механизмом, посредством которого осуществляется влияние абаквира на риск сердечно-сосудистых заболеваний.

Источник. The SMART/INSIGHT and the D:A:D Study Groups. Use of nucleoside reverse transcriptase inhibitors and risk of myocardial infarction in HIV-infected patients. *AIDS*, 2008, Sep. 12; 22, F17.

ВИД НАЧАЛЬНОЙ ВААРТ НЕ ИМЕЕТ РЕШАЮЩЕГО ВЛИЯНИЯ НА ПРИРОСТ CD4⁺ ЧЕРЕЗ 48 МЕСЯЦЕВ ЛЕЧЕНИЯ

12.11.2008

Успех или несостоятельность высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) определяются на основании вирусологического и иммунного ответа на лечение. Вирусологический ответ оценивают по вирусной нагрузке (ВН) — уровню РНК ВИЧ в плазме крови, а иммунный — по уровню CD4-лимфоцитов. Между вирусологическим и иммунным ответом существует стойкая корреляция, не всегда, однако, прямопропорциональная. При этом повышение уровня CD4-клеток является основной конечной целью ВААРТ. В последние годы начальными режимами ВААРТ являются режимы, содержащие два нуклеозидных ингибитора обратной транскриптазы (НИОТ) и либо ингибитор протеазы (ИП), либо нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы (ННИОТ), либо так называемый усиленный ИП (у-ИП), то есть сочетание одного из ИП с низкой (100 мг) дозой ритонавира. Швейцарская исследовательская группа Swiss HIV Cohort Study (Швейцарское когортное исследование ВИЧ) сделала попытку определить, зависит ли скорость прироста числа CD4 от вида начального режима ВААРТ.

Методы исследования. Swiss HIV Cohort Study (SHCS) является проспективным наблюдательным исследованием, начатым в 1988 г. и включающим всех больных ВИЧ-инфекцией, наблюдающихся в университетских клиниках Швейцарии. Лабораторное обследование участников исследования проводится каждые 6 месяцев. В данный анализ были включены все участники исследования SHCS, которые начали ВААРТ с 1996 г. по май 2007 г. и для которых были известны исходные (до ВААРТ) ВН и число CD4-клеток. Исключались больные, которые получали ВААРТ < 3 месяцев. Динамику роста CD4-клеток отслеживали до момента, когда начальный режим ВААРТ отменяли или заменяли на другой. Средняя длительность наблюдения составила $26,8 \pm 20,5$ месяцев.

Результаты исследования. Из 3293 больных, включенных в исследование, 2590 (78,7%) начали ВААРТ с ИП режима, 452 (13,7%) — с ННИОТ режима и 251 (7,6%) — с у-ИП режима. И ННИОТ и у-ИП режимы ВААРТ начали назначаться после 2000 г.

Более 70% всей когорты являются мужчинами, средний возраст на момент начала ВААРТ составил $38,2 \pm 9,5$. В группе ИП по сравнению с группами ННИОТ и у-ИП значительно больше внутривенных наркопотребителей (18 против 29%). Также в группах у-ИП и ННИОТ значительно больше больных, не получавших никаких антиретровирусных препаратов до первого режима ВААРТ. В группе ННИОТ меньше больных имели СПИД в анамнезе (15 против 24%). Отличием группы у-ИП было также более низкое среднее число CD4 на момент начала лечения (168 против 201). Авторы исследования объясняют это тем, что врачи старались назначить более мощный режим более тяжелым больным.

Исследователи определили, что в среднем в ИП, ННИОТ и у-ИП группах число CD4-клеток выросло за 48 месяцев лечения соответственно с 201 до 520 кл/мкл, с 220 до 475 кл/мкл и с 168 до 511 кл/мкл. Таким образом, через четыре года терапии не было найдено значительных различий в динамике CD4-клеток в зависимости от вида начальной ВААРТ. Многофакторный анализ показал, что основными факторами, отрицательно влияющими на прирост уровня CD-клеток за 48 месяцев терапии, являются более старший возраст, прием НИОТ в анамнезе (до назначения полноценной ВААРТ), положительный анализ на вирус гепатита С, СПИД и более низкий исходный уровень CD4-клеток. Процент CD4-клеток и его динамика также существенно не различались в группах к 48 месяцам ВААРТ.

Исходная ВН составила в группах ИП, ННИОТ и у-ИП соответственно 4,75, 4,94 и 5,26 \log_{10} . В группах ННИОТ и у-ИП отмечалось значительно более быстрое снижение ВН к 6-му месяцу исследования ($P < 0,001$). На момент остановки или смены начального режима ВААРТ

несостоятельность терапии выявлена у 28,7% больных группы ИП против 11,1% группы ННИОТ и 10% группы у-ИП.

Исследователи проанализировали подгруппу больных, которые достигли ВН < 400 копий/мл. Таких к 6 месяцам терапии было 65,6%, и у них по сравнению с больными с ВН > 400 копий/мл уровень CD4-клеток был значительно выше: 322 против 212 кл/мкл у больных, имеющих ВН > 400 копий/мл через 6 месяцев АРТ.

Следующим стал анализ, целью которого было оценить динамику числа CD-клеток в зависимости от его исходного (до ВААРТ) уровня. Во всех странах средний прирост CD-клеток был сходным.

Исследователи отметили значительно больший прирост CD-клеток у больных, не получающих зидовудин. Эта зависимость сохранилась и в многофакторном анализе (считается, что побочным явлением зидовудина является лейкопения).

Выводы. Исследователи получили данные о том, что восстановление уровня CD4-лимфоцитов было сходным на фоне всех трех современных режимов начальной ВААРТ. Ограничением исследования авторы называют его обсервационный характер, с которым связано как различное число больных в различных группах, так и различная длительность ВААРТ у участников исследования.

Источник. N. Khanna et al. CD4⁺ T-Cell Count Recovery in HIV Type 1-Infected Patients Is Independent of Class of Antiretroviral Therapy. *Clinical Infectious Diseases*, Oct. 15, 2008; 47, 1093–1101.

НА СОДЕРЖАЩЕМ УСИЛЕННЫЙ ИНГИБИТОР ПРОТЕАЗЫ ПЕРВИЧНОМ РЕЖИМЕ ВААРТ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ВИЧ РАЗВИВАЕТСЯ РЕЖЕ

Данные метаанализа
клинических исследований

19.11.2008

При всех успехах высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ), которая предотвратила смерть и продлила жизнь миллионам больных ВИЧ-инфекцией, часть больных испытывает так называемую вирусологическую неудачу, когда вирусная супрессия является невозможной или нестойкой. Основной причиной такой неудачи/несостоятельности терапии является резистентность ВИЧ к тому или иному антиретровирусному препарату (АРП). Согласно современным рекомендациям, ВААРТ должна состоять из двух нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы (НИОТ) и либо нуклеозидного ингибитора обратной транскриптазы (ННИОТ), либо усиленного ритонавиром

ингибитора протеазы (у-ИП). Британские ученые провели систематический обзор клинических исследований с целью определить относительную вероятность развития резистентности ВИЧ у больных на современных начальных режимах ВААРТ.

Методы исследования. Первоначально были собраны все работы (публикации и тезисы конференций), в которых могла содержаться информация о развитии резистентности при первичном назначении ВААРТ – всего 1782 работ, проведенных с 1994 г. по 2007 г. В конечный анализ планировалось включить работы, соответствующие следующим критериям: 1) участие взрослых (>13 лет) больных, не принимавших ранее никаких АРП; 2) мониторинг вирусной нагрузки (ВН), по крайней мере, каждые 16 недель; 3) генотипирование ВИЧ при признаках вирусологической неудачи терапии; 4) минимум 50 участников исследования; 5) минимум 48 недель наблюдения.

Не включались исследования, в которых лечилась острая ВИЧ-1-инфекция или любые формы ВИЧ-2-инфекции, а также исследования типа «случай–контроль».

Мутациями резистентности к ННИОТ считались мутации в позициях аминокислот 100, 103, 106, 108, 181, 188, 190 и 225. Мутациями резистентности к ИП считались мутации в позициях 20, 30, 33, 46, 48, 50, 54, 82, 84, 90. Мутациями к НИОТ считались следующие: 1) M184V; 2) одна из мутаций к аналогам тимидина – TAM, M41L, D67N, K70R, L210W, T215Y/E, K219Q/E; 3) K65R.

Критерии вирусологической неудачи были разными для разных исследований (от ВН > 400 копий/мл до ВН > 50 копий/мл).

Результаты исследования. Из 1782 работ 35 отвечали критериям включения, из которых, в конечном счете, только 20 (7970 пациентов) были включены в окончательный анализ. Все, кроме одного из них, были рандомизированными, 15 исследований были открытыми, 5 – двойными слепыми.

Всего 4560 больных получали ННИОТ-АРТ и 3410 – у-ИП-АРТ. Все включенные в обзор исследования были проведены в 2001–2007 гг. ННИОТ и у-ИП подгруппы имели схожие исходные клинико-демографические характеристики: средние уровни CD4-клеток – соответственно 250 и 203 кл/мкл, средняя ВН – 4,89 и 4,85 log₁₀ копий/мл, средний возраст – 35 и 37 лет, доля женщин – 23 и 22%.

Вирусологическая неудача терапии к 48 неделе отмечалась у 4,9% (95% ДИ 3,9–6,1%) больных, получавших ННИОТ, и у 5,3% (95% ДИ 4,4–6,4%) больных, получавших у-ИП.

Из случаев вирусологической неудачи, которые были успешно генотипированы, мутация M184V отмечалась у 35,3% (95% ДИ 29,3–41,6%) больных, получавших ННИОТ, против 21% (95% ДИ 14,4–28,8%) у получавших у-ИП ($p < 0,001$).

Мутация K65R (мультинуклеозидная резистентность) выявлена у 5,3% (95% ДИ 2,4–9,9%) больных, получавших ННИОТ, против 0% (95% ДИ 0,0–3,6%) у получавших у-ИП ($p = 0,01$). В последнем анализе исключались больные, принимавшие зидовудин.

Доля больных с ≥ 1 мутацией к аналогам тимидина составила 1,5% (95% ДИ 0,3–4,1%) и 0,6% (95% ДИ 0,0–5,8%; $p = 0,627$).

Резистентность к третьему классу препаратов отмечалась соответственно у 53% (95% ДИ 46–60%) на ННИОТ против 0,9% (95% ДИ 0–6,2%) пациентов на у-ИП ($p < 0,001$).

Исследователи отмечают, что использование более новых ННИОТ не снижало риск развития резистентности ВИЧ в проанализированных исследованиях.

Выводы. Систематический обзор продемонстрировал значительно меньшую вероятность развития резистентности при использовании уИП по сравнению с использованием ННИОТ в качестве основного препарата первичного режима ВААРТ. Это утверждение, согласно результатам исследования, справедливо как для резистентности к препаратам основного класса, так и для перекрестной резистентности ВИЧ.

Источник. R. Gupta et al, Emergence of Drug Resistance in HIV Type 1 – Infected Patients after Receipt of First-Line Highly Active Antiretroviral Therapy: A Systematic Review of Clinical Trials. *Clinical Infectious Diseases*, 2008; 47, 712–22.

ЗАТЯГИВАНИЕ СМЕНЫ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОГО РЕЖИМА АРТ ВЕДЕТ К НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫМ ПОСЛЕДСТВИЯМ

26.11.2008

Национальные Американские рекомендации по лечению ВИЧ инфекции и рекомендации Международного Общества по СПИДу предполагают быструю смену режима антиретровирусной терапии (АРТ) у больных, у которых отмечается ее вирусологическая несостоятельность, то есть или невозможность добиться неопределимых уровней вирусной нагрузки (ВН), или повышение ВН до определяемого уровня после «хороших» анализов. Однако многие врачи затягивают замену препаратов, так как такие больные зачастую хорошо себя чувствуют и имеют нормальные уровни CD4-клеток. Смена режима АРТ является также дорогостоящим вмешательством, так как обычно требует замены препарата на более дорогой, а в идеальном случае должна проводиться на основании дорогостоящего генотипического анализа на резистентность ВИЧ. Американские исследователи из университета Джона Хопкинса и университета Северной Каролины сделали попытку определить, какое влияние на здоровье и прогноз для ВИЧ-

инфицированного больного оказывает затягивание смены вирусологически несостоятельного режима АРТ.

Методы исследования. Из двух проспективных когорт были отобраны 982 пациента с несостоятельностью АРТ, общая длительность наблюдения за которыми составила 3414 человеко-дней. Наблюдения охватили период с 1996 г. по 2006 г. В анализ включались только случаи несостоятельности начального (первого) режима АРТ. Основной задачей исследователей было определить влияние на смертность всех причин во время от зарегистрированной несостоятельности АРТ до смены ее режима. Анализировалось также влияние на исходы вида несостоятельных режимов АРТ. Вирусологической несостоятельностью режима АРТ считалась ВН > 50 копий/мл на фоне лечения или подъем ВН выше этого уровня после нескольких неопределимых уровней ВН. Иммунологической неудачей считались определенные в двух и более анализах в течение 12 недельного периода более низкие, чем до лечения, уровни CD4.

Результаты исследования. Средняя длительность наблюдения за больными после факта вирусологической несостоятельности АРТ составила 3 года. Среднее время от вирусологической неудачи до смены терапии было 8 месяцев. Несостоятельными режимами в 76% случаев были режимы, включавшие ингибиторы протеазы (ИП), причем только 30% из них содержали усиленный ИП. Большинство остальных больных получали АРТ на основе нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы (ННИОТ).

За время наблюдения 93 больных умерли, а у 243 была зарегистрирована иммунологическая неудача. Частота иммунологической неудачи составила 7,8 на 100 человеко-лет на несостоятельном ИП-режиме АРТ и 10,9 на 100 человеко-лет на несостоятельном ННИОТ. При этом 3 месяца задержки смены состава АРТ на несостоятельном ННИОТ-режиме привела к значительному повышению рисков иммунологической неудачи и смерти от всех причин: абсолютный риск увеличился соответственно на 21% ($p = 0,002$) и 23% ($p = 0,002$). Те же три месяца задержки смены несостоятельного ИП-режима не привели к повышению ни риска иммунологической неудачи, ни риска смерти.

Для того, чтобы исключить влияние резистентности ВИЧ на результаты, исследователи провели дополнительный анализ, исключив больных, которые начали АРТ в 90-х гг. и принимали один или два препарата до назначения комплексного лечения. В данной подгруппе принимаемые в течение 3-х месяцев несостоятельные ННИОТ-режимы приводили к 7 и 17% повышению рисков иммунологической неудачи и смерти, а несостоятельные ИП режимы не приводили к изменению этих рисков. Анализ подгруппы больных на несостоятельных режимах АРТ, включавших усиленные ИП, дал схожие результаты.

Выводы. Данное исследование принесло важные клинические доказательства того, что задержки в смене несостоятельного режима АРТ имеют значительные нежелательные последствия, как для иммунного статуса, так и для общего здоровья больных. Особенно это касается ННИОТ-содержащих режимов АРТ. Тем не менее авторы исследования отмечают, что «несмотря на то, что не было выявлено очевидного вреда задержки смены несостоятельных ИП-режимов, необходимо подчеркнуть, что наилучшие отдаленные исходы имели место у больных на ННИОТ-режимах, которых вели агрессивно (быстро меняли режим АРТ) в случае вирусологической неудачи».

Источник. Petersen M.L. et al. Long-term consequences of the delay between virologic failure of highly active antiretroviral therapy and regimen modification. *AIDS*, 2008 Oct. 18; 22, 2097.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГАММА-ИНТЕРФЕРОНА В РЕАКЦИИ ELISpot ХОРОШО ПРЕДСКАЗЫВАЕТ РАЗВИТИЕ АКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У КОНТАКТНЫХ ДЕТЕЙ

03.12.2008

Основой диагностики латентного туберкулеза остается кожная туберкулиновая проба (КТП). Однако специфичность этой выдержавшей испытание временем методики недостаточна. На ее результаты влияет вакцинация BCG, а у лиц с ВИЧ/СПИДом КТП может дать ложноотрицательные результаты. Хорошей альтернативой КТП выглядят современные тесты определения γ -интерферона в плазме на основе реакции ИФА или определение Т-клеток, вырабатывающих γ -интерферон, по методике ELISpot (The Enzyme-linked immunosorbent spot, ферментно-опосредованный иммуносорбентный ореол). MedMir.com уже сообщал об успехах в применении этих тестов для диагностики латентного туберкулеза (<http://www.medmir.com/content/view/973/0/>). Однако может ли определение γ -интерферона предсказать развитие активного туберкулеза? Ответить на этот вопрос попыталась международная группа ученых из Турции и Великобритании во главе с доктором Mustafa Bakir (медицинский факультет университета Marmara, Стамбул, Турция). Результаты их продольного когортного исследования предсказания активации туберкулеза у контактировавших детей опубликованы на сайте журнала «Annals of Internal Medicine» 20 октября 2008 г.

Методы исследования. Исследование проводило в семи государственных клиниках Стамбула с октября 2002 г. по апрель 2004 г. У всех больных с подтвержденным при микроскопии мокроты легочным туберкулезом выявляли наличие контактных лиц — детей до 16 лет включительно. Эти дети и приглашались для участия в ис-

следовании. Детей подвергали клинико-рентгенологическому анализу при включении в исследование. В дальнейшем они осматривались раз в полгода на протяжении двух лет или до развития туберкулеза. В случае появления подозрительных симптомов, рекомендовали обращаться за помощью немедленно. Реакцию ELISpot делали при включении в исследование и повторно на протяжении первых шести месяцев. Повторно проводили и кожную туберкулиновую пробу. Детей вакцинировали согласно текущим клиническим рекомендациям и проводили профилактический курс изониазида в зависимости от результатов КТП и возраста. Для проведения ELISpot использовали пептиды, покрывающие раннюю секреторную антигенную цель-6 (early secretory antigenic target-6), ESAT-6 и фильтрованный культуральный протеин 10 (culture filtrate protein-10) CFP-10 (окончательная концентрация 10 мг/мл; университет Луизианы, США) и рекомбинантный ESAT-6 (10 мг/мл; агентство ветеринарных лабораторий, Вейбридж, Великобритания), рекомбинантный CFP-10 (10 мг/мл; Lionex Diagnostics and Thera-peutics, Брауншвейг, Германия). В последующем эти пептидные наборы под названием T-SPOT TB были лицензированы для коммерческого исследования (Oxford Immunotec, Оксфорд, Великобритания). Педиатры, которые наблюдали детей, не знали о результатах исследования ELISpot.

Результаты исследования. В анализ вошли 908 детей. Суммарное время наблюдения составило 1201 человеко-лет, в среднем — 1,3 года на ребенка. Участников мужского пола было 50%, средний возраст — 7,5 лет (от 1 мес. до 16 лет); 728 (80%) детей были вакцинированы BCG. Положительный результат ELISpot оказался у 381 (42%) ребенка, положительная КТП — у 550 (61%). Среди вакцинированных BCG процент лиц с положительной туберкулиновой пробой был достоверно выше.

Все 24 месяца наблюдения прошли 270 детей; 560 человек после первых 12 мес. лично не явились, однако их по специальному вопроснику опрашивала по телефону медсестра.

Активный туберкулез развился у 15 контактных лиц. Частота развития туберкулеза оказалась не связанной с полом: заболевших мальчиков было 9/452 (2,0%), а девочек — 6/456 (1,3%), $p = 0,43$. Заболевшие были младше: медиана их возраста составила 4 года (межквартильный интервал [МКИ] 1–8 лет) против 8 лет у незаболевших (МКИ 4–11 лет), $p = 0,074$. Все 15 заболевших детей раньше туберкулезом не болели; при включении в исследование клинической и рентгенологической симптоматики у них не было. Восемь заболевших выявлены при осмотре в плановом порядке, семь обратились в клинику самостоятельно. Микробиологически туберкулез подтвержден у троих, у остальных диагнозы выставлен по клинико-рентгенологическим данным. Все заболевшие выздоровели.

При включении в исследование положительная реакция ELISpot была отмечена у 11 заболевших, положительная КТП – у 12. У 10 больных положительными были обе реакции, у одного больного отмечались положительная ELISpot и отрицательная КТП, у двух – отрицательная ELISpot и положительная КТП и, наконец, у двух обе реакции оказались отрицательными. У двух из четырех заболевших туберкулезом с отрицательной ELISpot последняя оказалась положительной при повторном исследовании. КТП стала положительной (папула 15 мм) у одного из троих заболевших с отрицательной КТП при включении. Активный туберкулез развился у 11/381 контактных лиц с положительной ELISpot в течение 536 человеко-лет наблюдения (заболеваемость – 20,5/1000 человеко-лет, 95% доверительный интервал [ДИ] 10,2–36,7). Из 550 контактов с положительной КТП активным туберкулезом заболели 12 за 722 человеко-года (заболеваемость – 16,6/1000 человеко-лет, 95% ДИ 8,6–29,0). Таким образом, по ELISpot было выявлено то же количество новых больных туберкулезом, но из меньшей группы положительных результатов. Более того, значительно большая доля контактов имела положительную КТП, чем ELISpot (550/908 против 381/908, $p < 0,001$), что показывает более высокую специфичность ELISpot.

В целом у детей с положительной ELISpot риск развития активного туберкулеза был в 3,4 раза выше, чем у детей с отрицательным результатом ($p = 0,036$), а у детей с положительной КТП – в 2,7 раза выше (разница статистически незначима, $p = 0,131$).

Дети получали профилактический курс изониазида. Последний назначали по результатам КТП. Среди нелеченных контактов у 54 результат ELISpot оказался положительным, а у 4 из них развился в итоге активный туберкулез в течение 93 человеко-лет прослеживания (заболеваемость – 43,0/1000 человеко-лет, 95% ДИ 11,7–110,2).

У контактов с положительным ELISpot статистически значимо чаще развивался активный туберкулез, чем у лиц с отрицательными результатами (заболеваемость – 10,6, 95% ДИ 1,19–95,2, $p = 0,034$). Из 83 контактов с положительной КТП туберкулез развился у троих за 114 человеко-лет наблюдения (заболеваемость – 26,2/1000 человеко-лет, 95% ДИ 5,4–76,6).

Выводы. У детей, контактировавших с больными туберкулезом, обнаружение γ -интерферона в ELISpot предсказывает трех-четыре кратное повышение риска заболевания активным туберкулезом по сравнению с теми, у кого ELISpot дала отрицательный результат. Определение γ -интерферона по методике ELISpot может быть ценным клиническим инструментом, позволяющим точнее применять профилактическое лечение. Основной недостаток исследования, подчеркивают авторы, невысокое мик-

робиологическое подтверждение туберкулеза у заболевших (3 человека из 15-ти).

Источник. M. Bakir, MD et al. Prognostic Value of a T-Cell-Based, Interferon- $\{\gamma\}$ Biomarker in Children with Tuberculosis Contact. *Ann. Intern. Med.*, 2008, Oct. 20.

ЦИРКУМЦИЗИЯ НЕ ПРЕДОХРАНЯЕТ ОТ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ МУЖЧИН, ИМЕЮЩИХ СЕКС С МУЖЧИНАМИ

03.12.2008

Данные нескольких рандомизированных исследований и метаанализов показали, что циркумцизия снижает риск заражения ВИЧ при гетерогенных половых сношениях. Влияние циркумцизии на риск заражения ВИЧ-инфекцией мужчин, имеющих секс с мужчинами (МСМ), изучена мало. Известно, что анальный секс без использования средств защиты является наиболее рискованным в отношении передачи ВИЧ. Причем наибольшему риску подвергается активная сторона. Американские ученые решили провести систематический обзор и метаанализ медицинских публикаций с целью прояснить зависимость циркумцизии и риска передачи ВИЧ и других инфекций, передающихся половым путем (ИППП), у МСМ.

Методы исследования. В качестве источников информации были использованы медицинские базы данных (MEDLINE, EMBASE, Google Scholar, ERIC, etc.) и новости, доложенные на медицинских конференциях. Исследователи провели поиск публикаций, в которых содержались данные об исследованиях с 1) участием МСМ и 2) количественной оценкой риска заражения ВИЧ и ИППП. Из просмотренных 4337 работ 15 были включены в метаанализ. В восьми из них рассматривался риск ВИЧ-инфекции, в одной – риск ИППП и в шести – риск и того, и другого.

Результаты исследования. В целом в анализ были включены 53 567 МСМ, из которых 53% имели циркумцизию в анамнезе. В 14 исследованиях, на основании которых был оценен риск передачи ВИЧ, приняли участие 27 816 МСМ после циркумцизии и 25 751 МСМ без циркумцизии. Наличие циркумцизии в анамнезе снижало риск заражения ВИЧ, но статистически незначимо: отношение шансов (ОШ) – 0,86; 95% доверительный интервал (ДИ) 0,65–1,13; $k = 15$. Результаты исследований были достаточно разнородными ($I^2 = 64\%$).

Проведя метаанализ тех исследований, которые были выполнены до внедрения высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ), исследователи выявили отчетливый защитный эффект циркумцизии (ОШ 0,47; 95% ДИ 0,32–0,69; $k = 3$; $I^2 = 0\%$). В исследованиях, проведенных

после 1996 года, профилактический эффект циркумцизии уже не был очевидным и разнородность результатов была значительно выше ($I^2 = 47\%$).

Более выраженный протективный эффект циркумцизии отмечался в исследованиях с более высоким методологическим качеством (β , $-0,415$; $P = 0,01$).

Исследователи провели отдельный анализ МСМ, которые выполняют активную роль в половых сношениях ($n = 2238$). Среди них циркумцизия обладала несколько большим защитным свойством, не достигшим, однако, статистической значимости: ОШ $0,71$; 95% ДИ $0,23-2,22$; $\kappa = 4$. В семи исследованиях изучалось влияние циркумцизии на риск заражения ИППП (более 25 000 участников). В данной подгруппе не было обнаружено достоверного снижения риска заражения после циркумцизии (ОШ $1,02$).

Выводы. Проведенный анализ не дал достаточных клинических доказательств защитного эффекта циркумцизии у МСМ. Он оказался минимальным и не достиг статистической достоверности как в общем анализе, так и в большинстве подгрупп. Несмотря на это, исследователи считают, что изучение возможного влияния циркумцизии на риск передачи ВИЧ у МСМ необходимо продолжить. Такое мнение они объясняют тем, что нельзя сбросить со счетов факт защитного действия циркумцизии до введения ВААРТ и положительные результаты рандомизированных исследований, изучавших влияние циркумцизии на риск передачи ВИЧ среди гетеросексуальных мужчин и пар.

Источник. G.A. Millett, et al. Circumcision Status and Risk of HIV and Sexually Transmitted Infections Among Men Who Have Sex With Men. *JAMA*, 2008; 300, 1674–1684.

ОБНАРУЖЕН ФЕНОМЕН РАЗВИТИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К НЕНУКЛЕОЗИДНЫМ ИНГИБИТОРАМ ОБРАТНОЙ ТРАНСКРИПТАЗЫ В ТЕЧЕНИЕ НЕКОТОРОГО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕ ИХ ОТМЕНЫ

10.12.2008

Антиретровирусная терапия (АРТ) при всей своей высокой эффективности, является тяжелым и продолжительным вмешательством. Стопроцентной приверженности к ней трудно добиться даже у больных с хорошими ее результатами. Многие больные допускают краткие или более длительные перерывы в терапии. По этой причине важно понять, как влияют такие перерывы на перспективы дальнейшей терапии и, в первую очередь, на процессы развития мутаций резистентности ВИЧ к антиретровирусным препаратам. Американские ученые провели исследование с целью определить наличие и динами-

ку развития мутаций ВИЧ, связанных с резистентностью к нуклеозидным ингибиторам обратной транскриптазы, после того как лечение было остановлено. Для этого они провели вторичный анализ данных исследования AIDS Clinical Trials Group A5170.

Методы исследования. A5170 было многоцентровым проспективным исследованием, которое в течение 96 месяцев изучало иммунологические последствия отмены АРТ у больных со стойкой вирусной супрессией. В исследование включались больные, получавшие не менее 6 месяцев АРТ, основным препаратом которой был ННИОТ, и имевшие уровень CD4 клеток > 350 кл/мкл (средний надир когорты составил 436 кл/мкл) и вирусную нагрузку (ВН) ≤ 400 копий/мл. Протокол A5170 предполагал отмену АРТ, причем ННИОТ отменялись на 2 дня раньше остальных препаратов. Анализы на мутации резистентности выполнялись при вступлении в исследование и в дальнейшем через каждые 4 недели.

Результаты исследования. В анализ включены данные 54 пациентов, средний возраст которых был 43 года; 85% когорты составили мужчины. Средняя ВН до АРТ — $4,6 \log_{10}$ копий/мл. До остановки лечения больные получали АРТ в среднем 32 недели, причем 31 пациент получал один и тот же режим АРТ, а у остальных один и более препаратов потребовали замены. Все больные получали ННИОТ, 33 — эфавиренц, а 21 — невирапин.

Всего 43 больных прервали терапию при ВН ≤ 50 копий/мл, а 11 — при ВН от 51 до 400 копий/мл. После отмены АРТ повышение ВН > 5000 копий/мл было зарегистрировано у 22 (41%) больных к 4-й неделе наблюдения, у 46 (85%) больных — к 8-й неделе и у всех больных к 60-й неделе наблюдения. Не было найдено никакой статистически достоверной связи между временем до повышения ВН и мутациями резистентности. На момент первого повышения ВН до уровня > 400 копий/мл мутации резистентности к ННИОТ были зарегистрированы у 11 (20%) из 54 пациентов.

Многофакторный анализ показал, что предикторами развития резистентности к ННИОТ были уровень ВН 51–400 копий/мл на момент отмены лечения (отношение рисков [ОР] — 4,9; 95% ДИ 1,0–25,4; $P = 0,05$) и субтерапевтические уровни ННИОТ в крови (ОР — 6,0; 95% ДИ 1,2–32,4; $P = 0,03$). Мутации резистентности после отмены терапии были зарегистрированы у 45% больных с ВН ≤ 50 копий/мл на момент отмены и у 14% больных с ВН 51–400 на момент отмены. У 50 против 14% больных с соответственно субоптимальной и оптимальной концентрацией ННИОТ в крови развилась резистентность к этим препаратам после их отмены.

Выводы. Исследование показало, что уже после отмены содержащей ННИОТ АРТ у 20% больных в последующем развиваются мутации

резистентности к ННИОТ. Данный феномен имел место у больных с выраженной и стойкой вирусной супрессией на предшествующей АРТ. Эти результаты подчеркивают нежелательность перерывов АРТ, содержащей в своем составе ННИОТ. При назначении АРТ после уже случившегося перерыва в лечении необходимо провести генотипирование ВИЧ на предмет мутаций резистентности для того, чтобы подобрать оптимальную следующую схему АРТ.

Источник. С. Bradley Hare et al. Detection of Nonnucleoside Reverse-Transcriptase Inhibitor Resistant HIV-1 after Discontinuation of Virologically Suppressive Antiretroviral Therapy. *Clinical Infectious Diseases*, 2008; **47**, 421–424.

ОПТИМАЛЬНЫЙ МОМЕНТ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ НАХОДИТСЯ В ЦЕНТРЕ ВНИМАНИЯ УЧЕНЫХ

17.12.2008

Вопрос об оптимальном времени начала антиретровирусной терапии (АРТ) является одним из основных вопросов, стоящих на повестке дня врачей, оказывающих помощь ВИЧ-инфицированным больным. Ученые из американского университета Корнелл провели систематический обзор имеющихся на сегодняшний день клинических доказательств по данной теме.

Когортные исследования. Большие когортные исследования с убедительностью показали, что у начавших АРТ при уровне CD4 < 200 кл/мкл смертность значительно выше, чем у начавших АРТ при уровне CD4 > 200 кл/мкл. Исследовательская группа ART Cohort Collaboration (<http://www.art-cohort-collaboration.org/>) проанализировала данные 20 379 взрослых больных (61 798 человеко-лет), начавших АРТ в 1995–2003 гг., и обнаружила, что пятилетний риск смерти в 1,4 раза выше у больных, начавших АРТ при уровне CD4 200–350 кл/мкл, по сравнению с теми, кто начал АРТ при уровне CD4 > 350 кл/мкл ($p < 0,05$).

Схожие результаты были получены исследовательской группой CASCADE (<http://www.ctu.mrc.ac.uk/cascade/>); 9858 больных наблюдались в среднем 8 лет: у начавших АРТ при CD4 < 350 кл/мкл был повышен риск смерти от СПИДа, инфекций, не связанных со СПИДом, болезней печени и не связанной со СПИДом онкопатологии.

Французское когортное исследование Aquitaine (4194 больных), а также ряд других больших исследований, показали, что длительность времени до начала лечения больных, имеющих уровень CD4 < 500 кл/мкл, прямо пропорционально риску развития не связанных со СПИДом онкологических заболеваний и общей смертности. То есть конечной целью терапии должно быть именно поддержание подсчета CD4 на нормаль-

ных физиологических уровнях. В свою очередь, рядом исследователей было показано, что физиологических уровней CD4-клеток с большей вероятностью достигают те, кто начал АРТ при CD4 > 350 кл/мкл.

Рандомизированные клинические испытания. До настоящего времени не было проведено больших рандомизированных исследований, ставящих основной целью определить оптимальный момент начала АРТ. Самым показательным из рандомизированных исследований в плане изучения данной проблемы было исследование SMART (<http://www.nih.gov/news/pr/jan2006/niaid-18.htm>), которое изучало целесообразность перерывов АРТ. В ряде случаев терапия впервые назначалась в ходе исследования. Участники были рандомизированы либо на немедленное начало терапии, либо на отсроченное лечение при пороговом значении CD4 < 250 кл/мкл. В данной подгруппе риск смерти или жизнеугрожающих осложнений был в 4 раза выше у начавших лечение при CD4 < 250 кл/мкл по сравнению с группой немедленной терапии. При этом необходимо отметить, что абсолютное число неблагоприятных событий было низким – 21 в группе отсроченной и 6 – в группе немедленной терапии. Дополнительный анализ всей популяции исследования SMART показал, что среди больных с CD4 > 350 кл/мкл риск неблагоприятных исходов определялся уровнем вирусной нагрузки. Таким образом встает вопрос о том, что должно являться основным показателем для начала АРТ – уровень CD4-клеток или вирусной нагрузки.

Другим рандомизированным испытанием, отвечающим на данный вопрос, является исследование The Children with HIV Early Antiretroviral Therapy (CHER), которое проходит в Южной Африке. В него вошли дети в возрасте 6–12 недель с перинатальным заражением ВИЧ и процентом CD4-клеток равным 25%. Участники были разделены на две группы, одна из которых начинала исследование немедленно, а другая – при наличии клинических или иммунологических признаков прогрессирования инфекции. В июне 2007 г. исследование было модифицировано по причине значительно более высокой смертности в группе отсроченной терапии (25 на 100 человеко-лет против 6 на 100 человеко-лет). Всем участникам была назначена АРТ и наблюдение за ними продолжается.

Текущие и запланированные исследования. Исследовательская сеть INSIGHT (International Network for Strategic Initiatives in Global HIV Trials) (<http://insight.cabr.umn.edu/>) планирует большое рандомизированное испытание, в котором больные с CD4 > 500 кл/мкл будут или начинать АРТ немедленно, или ждать, когда уровень CD4 опустится до < 350 кл/мкл.

В развивающихся странах продолжают два исследования на данную тему. Исследовательская сеть The HIV Prevention Trials Network

(<http://www.hptn.org/index.htm>) проводит исследование с целью прояснить, как раннее начало АРТ влияет на риск заражения партнера в дискордантных гетеросексуальных парах (HPTN 052, http://www.hptn.org/research_studies/hptn052.asp). Несмотря на то, что основной конечной точкой исследования является трансмиссия ВИЧ, его авторы будут иметь возможность оценить и общий эффект раннего начала АРТ.

Исследовательская сеть Comprehensive International Program of Research on AIDS (CIPRA) (<http://www.ciprathailand.org/>) завершила набор более 800 ВИЧ-инфицированных больных на Гаити. Участники рандомизированы на начало АРТ либо при CD4 200–350 кл/мкл, либо при CD4 < 200 кл/мкл.

Экономическая целесообразность раннего начала АРТ. Исследование Cost-Effectiveness of Preventing AIDS Complication ставило целью определить экономическую эффективность трехпрепаратного режима АРТ. Был проведен математический анализ и моделирование нескольких когортных исследований. Исследователи обнаружили, что цена дополнительного года жизни больных определяется не только видом режима АРТ, но и напрямую зависит от уровня CD4-клеток.

Подход с использованием математического моделирования был применен и в развивающихся странах (Южная Африка, Индия, Карибский регион). Все исследования показали сходные результаты, а именно, что начало АРТ при CD4 > 350 кл/мкл экономически более выгодно, чем при CD4 от 200 до 350 кл/мкл и при CD4 < 200 кл/мкл.

Действующие рекомендации. Рекомендации по лечению ВИЧ-инфекции постоянно подвергаются ревизии и изменениям. Так, согласно американским национальным рекомендациям 1998 г. при CD4 < 200 кл/мк больных начинали лечить в обязательном порядке, при CD4 200–350 кл/мкл и выше лечение предлагали при ВН > 20 000 копий/мл. В 2001 г. больным с CD4 > 350 кл/мкл предлагали лечение только при ВН > 55 000 копий/мл, а в 2006 г. — только при ВН > 100 000 копий/мл.

Американские рекомендации по лечению ВИЧ-инфицированных больных были обновлены в январе 2008 года, и в соответствии с ними АРТ должна быть инициирована у всех больных с CD4 < 350 кл/мкл. В Европейских рекомендациях те же правила установлены с декабря 2007 г., а отдельным подгруппам больных АРТ рекомендуется начинать при CD4 от 350 до 500 кл/мкл; больным же с CD4 > 500 кл/мкл АРТ должна быть однозначно отсрочена.

Рекомендации ВОЗ для развивающихся стран были обновлены в последний раз в августе 2006 года, и в соответствии с ними АРТ должна обязательно начинаться у больных с CD4 < 200 кл/мкл, может рассматриваться у больных с CD4 от 350 до 500 кл/мкл и должна быть отсрочена при CD4 > 350 кл/мкл.

Назначение АРТ в особых подгруппах пациентов. Для ряда подгрупп ВИЧ-инфицированных больных более раннее назначение АРТ несомненно считается более эффективным.

Острая оппортунистическая инфекция (ООП). Исследование ACTG5164 (исключались больные с туберкулезом) сравнивало исходы больных с ООП, АРТ которым назначалась либо через 14 и менее дней после начала лечения ООП, либо через 30 дней. Было показано, что процент умерших или ухудшившихся больных составил 14% в группе раннего начала АРТ против 24% в группе позднего начала. При этом не отмечалось различий между группами в проявлениях токсичности препаратов, частоте синдрома иммунной реконструкции или вирусологическом ответе в течение 48 недель после лечения ООП. В настоящее время проводится несколько исследований, изучающих оптимальное время начала АРТ при ООП.

Новорожденные и дети. Упомянутое выше исследование SHER представило убедительные доказательства целесообразности раннего назначения АРТ детям раннего возраста. Американские национальные рекомендации предполагают назначение АРТ всем ВИЧ-инфицированным детям в возрасте до года. Клинические исследования для других возрастных групп детей не проводились. В США рекомендуется назначать АРТ детям в возрасте от 1 до 5 лет при CD4 < 25%, а детям старше 5 лет — при CD4 < 350 кл/мкл. Рекомендуется также назначать АРТ детям с CD4 > 350 кл/мкл при вирусной нагрузке > 100 000 копий/мл.

Больные с вирусными гепатитами В и С. Исследование Data Collection on Adverse Events of Anti-HIV Drugs (DAD) изучало побочные эффекты АРТ и включало 23 441 участников, наблюдавшихся в течение 76 893 пациенто-лет, за которые зарегистрировано 1246 случаев смерти. В 14% случаев смерть наступила по причинам, связанным с заболеваниями печени. Исследование показало, что смертность в данной подгруппе больных прямо пропорционально зависела от уровня CD4-клеток (0,06 на 100 человеко-лет при CD4 ≥ 500 кл/мкл против 0,12 на 100 человеко-лет при CD4 350–499 кл/мкл, $P < 0,001$).

Ряд антиретровирусных препаратов применяются для лечения хронического гепатита В. Считается, что если больному с сочетанной ВИЧ/гепатит В-инфекцией показано лечение гепатита, то следует начинать полноценную АРТ.

Сочетание ВИЧ-инфекции и гепатита С чревато большим риском развития фиброза печени; 11 когортных исследований показали, что АРТ связана с меньшей вероятностью прогрессирования гепатита С, а 4 исследования показали снижение смертности у получающих АРТ больных с сочетанной ВИЧ/гепатит С-инфекцией. Национальные британские и Европейские рекомендации предполагают более раннее назна-

чение АРТ ВИЧ-инфицированным больным с гепатитом С.

Выводы. Современная АРТ эффективна, хорошо переносится и удобна для приема. Собранные к настоящему времени данные больших когортных и рандомизированных исследований показывают, что более раннее назначение АРТ снижает риск как ВИЧ-ассоциированных, так и не связанных напрямую с ВИЧ-инфекцией неблагоприятных событий. По мере накопления знаний на тему оптимального времени начала АРТ очевидно придется пересмотреть действующие рекомендации в пользу более раннего начала терапии.

Источник. T.J. Wilkin, R.M. Gulick. When to Start Antiretroviral Therapy? *Clinical Infectious Diseases*, 2008; 47, 1580–1586.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ

Данные систематического обзора

24.12.2008

Потребители инъекционных наркотиков (ПИН) – одна из основных групп риска заражения и передачи ВИЧ-инфекции. ПИН являются объектом правительственных и международных программ по борьбе с ВИЧ-инфекцией, на которые затрачиваются огромные средства. По этой причине важно знать эпидемиологию как внутривенного наркопотребления, так и распространенности ВИЧ среди ПИН. Международная группа ученых, работающая под эгидой ООН (Reference Group to the UN on HIV and Injecting Drug Use <http://www.idurefgroup.org/>), провела и опубликовала большое эпидемиологическое исследование, ставящее целью оценить динамику ВИЧ-эпидемии среди ПИН в основных регионах мира.

Методы исследования. Исследователи провели систематический обзор имевшейся на начало августа 2007 года литературы. Для этого они провели поиск в таких базах данных медицинских публикаций как Medline, EmBase, PubMed/BioMed Central, а также использовали данные национальных агентств медицинской статистики, базы данных тюрем, статистические данные, собранные ВОЗ и ООН, и другие источники информации. Были отобраны и изучены 11 022 документов, из которых 168 были признаны отвечающими критериям отбора и включены в систематический обзор.

Результаты исследования. Исследователи располагали данными о распространенности внутривенного наркопотребления для 148 стран и регионов мира. Эпидемиология ВИЧ-инфекции среди ПИН была отслежена для 61 страны

или региона, в которых проживают 77% населения мира в возрасте от 15 до 64 лет.

Средняя распространенность внутривенного наркопотребления имеет существенные различия в различных регионах мира. Она варьирует от 0,02% в Индии и Камбодже до 5,21% в Азербайджане. По данным исследователей в 2007 г. в 148 странах число ПИН составило около 15,9 млн (от 11 до 21,2 млн), а средняя распространенность внутривенного наркопотребления среди населения этих стран – около 0,363% (от 0,056% в Южной Азии до 1,5% в Восточной Европе).

Исследователям удалось найти данные о распространенности ВИЧ среди ПИН для 84 стран. Точность данных и методы, которыми они были получены, существенно различались между регионами и странами.

Согласно не включенным в отчет, но опубликованным на сайте исследования данным, распространенность наркопотребления и внутривенного наркопотребления и распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН составила следующие цифры в отдельных странах:

- Россия – 2,5 млн НП, 73% или 1 835 000 ПИН (распространенность ВИЧ среди ПИН: Москва – 12,41% (2003 г.); Псков – 0,3% (2003 г.); Великий Новгород – 14,9% (2004 г.); Череповец – 11,5% (2004 г.); Бийск – 74% (2005 г.); Барнаул – 3,5% (2005 г.); Санкт Петербург – 32% (2005 г.);

- Украина – от 325 000 до 435 000 ПИН (распространенность ВИЧ среди ПИН по данным Министерства здравоохранения 2008 г. – 41,8%);

- Казахстан – 100 000 ПИН (распространенность ВИЧ среди ПИН: Чимкент – 8%, Павлодар – 10,4%);

- Узбекистан – 80 000 ПИН (распространенность ВИЧ среди ПИН: Самарканд – 11,7%, Ташкент – 19,5%);

- США – 0,961% ПИН (от 0,67 до 1,34%) среди населения в возрасте 15–64 лет (распространенность ВИЧ среди ПИН – от 8,7 до 22,4% по различным подсчетам);

- Китай – 1,8–2,9 млн ПИН (распространенность ВИЧ среди ПИН – от 8 до 19,2% по различным подсчетам);

- Польша – от 33 000 до 71 000 НП (распространенность ВИЧ среди ПИН – 8,9%);

- Германия – от 78 000 до 110 500 ПИН (распространенность ВИЧ среди ПИН – 2,9%).

Статистику для остальных стран и регионов можно найти по данной ссылке ([http://www.idurefgroup.unsw.edu.au//IDURGWeb.nsf/resources/AppendixE/\\$file/Appendix+e+-+details+of+data+used+for+estimates+.pdf](http://www.idurefgroup.unsw.edu.au//IDURGWeb.nsf/resources/AppendixE/$file/Appendix+e+-+details+of+data+used+for+estimates+.pdf)).

Распространенность ВИЧ среди ПИН значительно варьировала в зависимости от региона – от 0,01% (8 стран) до 72,1% (Эстония). Во всех трех странах с наибольшей популяцией ПИН (США, Китай и Россия) распространенность ВИЧ среди них была высокой (10%).

Экстраполировав полученные данные на все страны мира, исследователи определили, что в целом в мире насчитывается около 3 млн ВИЧ-инфицированных ПИН (от 0,8 до 6,6 по разным расчетам). Местами наибольшей концентрации ВИЧ-инфицированных ПИН являются Восточная Европа, Восточная и Юго-Восточная Азия и Латинская Америка.

Выводы. Исследователи пишут о том, что внутривенное наркопотребление имеет место в большинстве стран мира (только 8 стран заявили об отсутствии ПИН), а его сочетание с ВИЧ-инфекцией является одной из основных проблем мирового здравоохранения. ПИН имеют равные с остальным населением права на медицинскую помощь, заявляют авторы исследования. В свою очередь, для того чтобы обеспечить финансовые и организационные вложения в программы профилактики и лечения ВИЧ у ПИН (раздача шприцев, заместительная терапия, антиретровирусная терапия), необходимо иметь точные и постоянно обновляемые данные эпидемиологической статистики. Исследователи призывают к проведению популяционных исследований, изучающих заболеваемость и распространенность внутривенного наркопотребления и ВИЧ-инфекции среди ПИН.

Источник. В.М. Mathers, et al. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet*, 2008; 372, 1733–1745.

НАДО ЛИ ЛЕЧИТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ В ОСТРОЙ СТАДИИ?

14.01.2009

Целесообразность приема антиретровирусных препаратов на стадии острой ВИЧ-инфекции является предметом дискуссий в медицинских кругах. В настоящее время проводится посвященное изучению данной проблемы большое рандомизированное исследование SPARTAC. Так как его результаты будут опубликованы не ранее 2009 г., члены исследовательской группы CASCADE, объединяющей 23 когорты ВИЧ-инфицированных больных в Европе, Австралии и Канаде, провели очередной анализ данных с целью определить, как влияет на последующее течение болезни антиретровирусная терапия (АРТ), инициированная в течение 6 месяцев после постановки диагноза ВИЧ-инфекции. Особенностью когорт CASCADE является то, что для их участников известна приблизительная дата сероконверсии. По этой причине данные CASCADE уже использовали для исследования АРТ, назначаемой в острой стадии ВИЧ-инфекции, однако в предыдущей работе (см. «Краткий курс антиретровирусной терапии, назначенный сразу после сероконверсии, замедляет развитие иммунного дефицита у ВИЧ-

инфицированных больных», 18.07.2007; S. Fidler et al. Slower CD4 Cell Decline Following Cessation of a 3 Month Course of HAART in Primary HIV Infection: Findings From an Observational Cohort. *AIDS*, 2007; 21 (10), 1283–1291) была отобрана небольшая группа рано леченных больных, которые получали раннее лечение только 3 месяца. Данная работа исследовала больных, которым так называемая транзиторная АРТ (тАРТ) была назначена на более длительное время.

Методы исследования. В исследование включались больные с известной лабораторно подтвержденной датой сероконверсии по ВИЧ (позже 1996 г.), которые были старше 15 лет на момент сероконверсии. Исключались те, у кого в течение первых 6 месяцев после сероконверсии развился СПИД или уровень CD4-клеток опустился ниже 350 кл/мкл. Получавших тАРТ после сероконверсии разделили на три группы по ее длительности, которая составляла либо < 6 месяцев, либо от 6 до 12 месяцев, либо > 12 месяцев.

Первичной конечной точкой были показатели вирусной нагрузки (ВН) и уровня CD4-лимфоцитов исследуемых пациентов по сравнению с теми, у кого АРТ была отсрочена до соответствующей стадии хронической ВИЧ-инфекции. Учитывались также смертность от всех причин и время до развития СПИДа.

Результаты исследования. Из 1023 участников когорт CASCADE с известной датой сероконверсии 348 (34%) получили раннее лечение. 147 больных получали тАРТ ≤ 6 месяцев, 40 больных (6–12 месяцев) и 69 больных (>12 месяцев). Как ожидалось, тАРТ улучшила иммунный статус больных: на фоне лечения средний уровень CD4-клеток был 700 против 500 кл/мкл у не получавших АРТ. Однако после отмены тАРТ отмечалось более резкое падение уровня CD4-клеток по сравнению с его плавным снижением у не получавших лечение.

Через 5 лет после сероконверсии различие в уровнях CD4 между получившими тАРТ и нелеченными больными потеряло статистическую значимость: средний подсчет CD4-клеток составил 234 кл/мкл у нелеченных больных, 241 кл/мкл у получавших тАРТ ≤ 6 месяцев и 304 кл/мкл у получавших тАРТ 6–12 месяцев. При этом у получавших тАРТ длительно (>12 месяцев) и через 5 лет после сероконверсии сохранялся более высокий уровень CD4-клеток (403 кл/мкл).

тАРТ не оказывала существенного долгосрочного влияния на ВН. Как только ее отменяли, ВН начинала расти и быстро достигала уровня, равного уровню нелеченных больных ($p = 0,57$). Причем в данном случае длительность тАРТ не имела значения.

Исследователи обнаружили интересный феномен: получавшим тАРТ больным постоянное лечение назначалось при более высоких средних уровнях CD4-клеток (351 против 278 кл/мкл).

За время наблюдения равные доли пациентов, получавших и не получавших тАРТ, прог-

рессировали до стадии СПИДа, но относительно меньше больных группы тАРТ умерли (от всех причин): 0,6 против 1,8% ($p = 0,05$). При этом большинство больных, не получавших тАРТ, умерли от причин, не связанных напрямую с ВИЧ-инфекцией.

Выводы. Авторы исследования считают, что эффект курса тАРТ длительностью менее 12 месяцев является ограниченным. Влияние тАРТ < 12 месяцев на ВН было кратковременным, а влияние на иммунный статус — более долгосрочным, но также не стойким. При этом более длительная тАРТ (>12 месяцев) продемонстрировала отчетливый иммунопротективный эффект.

«Сохраняется неясность в отношении долгосрочных преимуществ раннего лечения ВИЧ-инфекции», — пишут авторы исследования и предлагают продолжить наблюдение за больными на тАРТ и больными с тАРТ в анамнезе.

Основным недостатком исследования можно считать его обсервационный характер.

Источник. Pantazis, Nikos et al on behalf of the CASCADE collaboration. The effect of antiretroviral treatment of different durations in primary HIV infection. *AIDS*, 22 (18), 2441–2450, Nov. 30, 2008.

ПЕРЕРЫВЫ АРТ ОСОБЕННО ОПАСНЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С КОИНФЕКЦИЕЙ ВИЧ И ВИРУСАМИ ГЕПАТИТОВ В и С

14.01.2009

Об исследовании SMART (Strategic Management of Antiretroviral Therapy, стратегическое управление антиретровирусным лечением), убедительно показавшем пагубность перерывов антиретровирусной терапии (АРТ), написано много статей, в том числе и на MedMir.com. В настоящем исследовании международный коллектив ученых во главе с д-ром Ellen Tedaldi из Филадельфии проанализировал клинические исходы у больных, коинфицированных вирусами гепатитов В и С (ВГВ, ВГС), в сравнении с больными с моноинфекцией ВИЧ. Результаты исследования опубликованы в журнале «Clinical Infectious Diseases» за 1 декабря 2008 г.

Методы исследования. В рандомизированном клиническом испытании SMART с 2002 по 2006 г. приняли участие 5472 ВИЧ-инфицированных больных из 318 центров 33 стран. Они были рандомизированы либо в группу непрерывной кАРТ — группа вирусной супрессии (ВС), либо в группу плановых перерывов в кАРТ — группа экономии препаратов (ЭП). В группе ЭП больные прерывали кАРТ в тот момент, когда их уровень CD4⁺-лимфоцитов достигал 350 клеток. При уровне подсчета CD4⁺ равном 250 клеток/мкл кАРТ возобновлялась. Клинические проявления прогрессирования ВИЧ-инфекции/СПИДа считались показаниями к возобновлению кАРТ при любых уровнях CD4⁺.

Больные получали кАРТ, состоящую из 3–4 препаратов, выбор которых происходил по усмотрению лечащего врача. В исследование включались ВИЧ-инфицированные больные старше 13 лет, не беременные и не кормящие женщины и пациенты с исходным подсчетом CD4⁺ более 350 клеток/мкл. Больные планово обследовались (включая лабораторные исследования) каждые 2 месяца на первом году и каждые 4 месяца, начиная со второго года наблюдения.

Основной конечной точкой исследования была комбинация новой или возвратной оппортунистической инфекции (ОИ) и/или смерти от всех причин. Первоначально планировалось включить в исследование минимум 6000 больных и наблюдать каждого больного 6 и более лет. Однако на основании анализа промежуточных результатов исследование было прервано в январе 2006 г. по причине явных преимуществ непрерывного лечения.

Больные с ВГВ могли продолжать прием своих противовирусных препаратов (например, адефовира [adefovir]) даже при отмене АРТ. Хронический гепатит С определяли по наличию антител к ВГС, диагноз хронического гепатита В ставился, если дважды на протяжении полугодия у больного обнаруживали австралийский антиген. Всех больных обследовали и на нуклеиновые кислоты ВГВ и ВГС при помощи ПЦР.

Результаты исследования. 2752 пациента были рандомизированы в группу ВС и 2720 — в группу ЭП. Коинфекция ВГВ и/или ВГС имела место у 930 пациентов (17%). Из них 796 (14,5%) имели ВГС, 120 (2,2%) — ВГВ и 14 (0,3%) — ВГВ и ВГС. РНК ВГС была обнаружена у 73% больных с антителами к ВГС, ДНК ВГВ — у 53,7% положительных по ВГВ. Больные с ВГВ и/или ВГС по сравнению с общей популяцией исследования были старше: медиана возраста составила соответственно 45 лет (межквартильный интервал [МКИ] 40–50) против 43 лет (МКИ 37–50) ($p < 0,001$). Среди них было больше чернокожих (43,4 против 26,2%; $p < 0,001$); чаще встречалось злоупотребление алкоголем (24,8 против 8,3%; $p < 0,001$); был ниже исходный уровень CD4 (582 против 600 кл/мкл, $p = 0,05$); реже отмечалась вирусная нагрузка (ВН) < 400 копий/мл (65 против 73%; $p < 0,001$). У них чаще встречались клинические проявления СПИДа в прошлом, больше было получавших АРТ в прошлом, но меньше получавших АРТ к моменту вступления в исследование.

Ко времени остановки исследования суммарное наблюдение составило 1469 человеко-лет (медиана — 1,3 на человека) в когорте коинфекции ВИЧ/вирусный гепатит и 5879 человеко-лет (0,9 на человека) в когорте моноинфекции ВИЧ.

Минимум по одному исходу (ОИ или смерть) зафиксировано у 172 участников: 122 в группе ЭП (3,4 на 100 человеко-лет) и 50 (1,4 на 100 че-

ловеко-лет) в группе ВС, (отношение рисков [ОР] 2,5; 95% ДИ 1,8–3,5; $p < 0,001$). Умерли 55 больных в группе ЭП (1,5 на 100 человеко-лет, 95% ДИ 1,1–1,9) против 30 (0,8, 95% ДИ 0,5–1,1) в группе ВС (ОР 1,8; 95% ДИ 1,2–2,9; $p = 0,07$).

Среди коинфицированных ВИЧ и ВГВ/ВГС в группе ЭП минимум по одному исходу наблюдалось у 42 пациентов (5,7 на 100 человеко-лет) против 15 (2,1 на 100 человеко-лет) в группе ВС (ОР 2,7; 95% ДИ 1,5–4,8). При том, что группы ЭП и ВС не различались по доле коинфицированных ВГВ/ВГС.

Повышенный риск ОИ в группе ЭП (по сравнению с группой ВС) отмечен как у лиц с ВГВ/ВГС, так и без нее: ОР 6,2 (95% ДИ 1,8–20,9) и 2,8 (95% ДИ 1,7–4,6).

В когорте коинфицированных ВГВ/ВГС заболели ОИ или умерли 57 человек (3,9 на 100 человеко-лет, 95% ДИ 2,9–4,9) против 115 (2,0 на 100 человеко-лет, 95% ДИ 1,6–2,4) больных с моноинфекцией ВИЧ. ОР составило 1,9 (95% ДИ 1,4–2,7), а с учетом исходных различий между когортами – 1,6 (95% ДИ 1,2–2,3). Как минимум одно ОЗ развилось у 22 больных (2 смертельных исхода) в когорте с ВГВ/ВГС (1,5 на 100 человеко-лет, 95% ДИ 0,9–2,1) против 78, (5 смертельных исходов) (1,3 на 100 человеко-лет, 95% ДИ 1,0–1,6) в когорте моноинфекции ВИЧ. Некорректированное и корректированное ОР составило соответственно 1,1 (95% ДИ 0,7–1,8) и 0,9 (95% ДИ 0,6–1,5).

Однако при сравнении групп коинфекции и моноинфекции по неоппортунистическим заболеваниям картина оказалась другой. Из 78 умерших по этим причинам 37 были из группы с ВГВ/ВГС и 41 – из группы моноинфекции ВИЧ, что выразилось в летальности 2,5 на 100 человеко-лет (95% ДИ 1,7–3,3) и 0,7 (95% ДИ 0,5–0,9) соответственно. Некорректированное и корректированное ОР составило 3,6 (95% ДИ 2,3–5,6)

и 2,9 (95% ДИ 1,8–4,6). Риск смерти от не-ОИ в группе ЭП среди лиц с ВГВ/ВГС оказался на 1,6/100 человеко-лет выше, чем в группе ВС. Среди больных с моноинфекцией эта разница составила 0,4/100 человеко-лет. Иначе говоря, одна смерть (не от ОП) в группе ЭП приходилась на 61 участника с ВГВ/ВГС и на 255 с моноинфекцией ВИЧ.

Причины смерти от не оппортунистического заболевания в когорте коинфекции ВГВ/ВГС таковы: поражение почек (3 больных), печени (2), неоппортунистические злокачественные опухоли (7), наркомания (7), другие (8), 10 причин остались не выясненными. Обе смерти от поражения печени отмечены у больных с ВГС.

Выводы. Авторам удалось добавить интересный нюанс к уже известным результатам исследования SMART: перерывы в АРТ в значительно большей степени повышают летальность и заболеваемость ОИ у больных с коинфекцией ВИЧ и ВГВ/ВГС по сравнению с больными с моноинфекцией ВИЧ. Причем повышение летальности в данном исследовании происходило за счет причин, не связанных с поражением печени. Авторы исследования считают, что отсутствие повышенной летальности от поражения печени в группе ЭП может быть связано с относительно коротким временем наблюдения и высоким базовым уровнем CD4. Авторы указывают, что новые данные о клинических исходах коинфекции ВИЧ будут получены из продолжающихся сейчас исследований, где в качестве суррогатных исходов используется именно тяжесть поражения печени.

Источник. E. Tedaldi et al. Opportunistic Disease and Mortality in Patients Coinfected with Hepatitis B or C Virus in the Strategic Management of Antiretroviral Therapy (SMART) Study. *Clinical Infectious Diseases*, 2008; 47, 1468–1475.

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

10.02.2009. США. www.hiv-info.ru. Исследователи из США разработали простой и дешевый способ диагностики иммунного статуса, который может помочь международной системе здравоохранения. Микроструйный прибор может отделять моноциты от крови и подсчитывать количество лимфоцитов с высокой селективностью и чувствительностью. По оценкам ВОЗ, более 33 миллионов людей по всему миру инфицированы вирусом иммунодефицита человека. ВИЧ разрушает в крови клетки-лимфоциты CD4⁺, которые необходимы для борьбы с заболеванием. На практике для слежения за изменением содержания клеток CD4⁺ в организме пациентов используют поточную цитометрию (flow cytometry); если содержание лимфоцитов падает ниже уровня 200 клеток на микролитр, пациенту, как правило, назначаются противовирусные препараты. Однако поточная цитометрия требует дорого-

го оборудования и квалифицированного персонала. Мехмет Тонер (Mehmet Toner) из Центральной больницы Массачусетса модифицировали ранее разработанный микроструйный прибор для анализа крови, устранив его недостаток – загрязнение образца другими типами белых кровяных телец – моноцитами. Он разработал модуль, который способен отделить моноциты от образца крови до подсчета лимфоцитов, что позволяет оценивать содержание лимфоцитов в крови человека точнее и чувствительнее, чем раньше. Тонер отмечает, что его прибор проще и дешевле, чем устройства для потоковой цитометрии, подчеркивая, что он сможет быть использован в условиях развивающихся стран. Он добавляет, что новый метод наряду с недавним падением цены на препараты против ВИЧ может привести к существенному прогрессу в борьбе со СПИДом.

ГИГИЕНА РУК И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕРЧАТОК В ЛПУ*



Гигиена рук медицинского персонала является одной из самых важных мер инфекционного контроля, позволяющей прервать цепь развития внутрибольничных инфекций (ВБИ).

МЫТЬЕ И АНТИСЕПТИКА РУК ПЕРСОНАЛА ЛПУ

В 1847 году Игнац Земмельвайс провел одно из первых в истории эпидемиологическое исследование, убедительно доказавшее, что де-контаминация рук медицинского персонала является важнейшей процедурой, позволяющей предупредить возникновение «послеродовой лихорадки». Благодаря внедрению в практику гигиенической антисептики, в акушерском стационаре, где работал Земмельвайс, уровень смертности от ВБИ удалось снизить в 10 раз.

Однако и через полторы сотни лет после Земмельвейса проблема обработки рук медперсонала не может считаться решенной. Несмотря на высокую эффективность гигиены рук в предотвращении внутрибольничных инфекций и повышении безопасности пациентов и персонала ЛПУ, эта простая технология далеко не всегда используется медработниками в полной мере.

Настоящее руководство призвано обобщить существующие современные рекомендации и в какой-то мере восполнить недостаток знаний в этой важной области.

Микрофлора кожи. Поверхностный слой эпидермиса, *stratum corneum*, построен примерно из 15 слоев уплощенных отмерших роговых клеток корнеоцитов. Этот слой состоит из кератина, смешанного с различными кожными липидами, играющими важную роль в поддержании влажности кожи и ее проницаемости. Микроорганизмы, обнаруживаемые в посевах с кожного покрова человека, можно условно разделить на тех, которые в обычных условиях способны жить и размножаться на коже (резидентная флора), и те, которые только временно контаминируют кожу (транзиторная флора). Эта классификация американского хирурга П.Б. Прайса является на сегодняшний день общепризнанной во всем мире ввиду ее простоты и практической направленности.

* Под ред. акад. РАЕН Л.П. Зуевой. Разработано по заказу Учебно-консультационного центра Открытого института здоровья в рамках программы «Инфекционная безопасность в ЛПУ для медработников и пациентов». Методические рекомендации подготовили: К.Д. Васильев, С.Р. Еремин, А.В. Любимова, И.Г. Техова, Е.С. Трегубова, С. Браун. М., 2007.

Резидентная микрофлора. Численность резидентной флоры составляет примерно 10^2 – 10^3 на 1 см^2 . Микроорганизмы, представляющие резидентную (нормальную, постоянную, колонизирующую) флору, постоянно живут и размножаются на коже. Примерно 10–20% из них могут находиться в глубоких слоях кожи, в том числе в сальных и потовых железах, волосяных фолликулах. Наибольшее количество резидентных микробов на руках обнаруживается вокруг ногтей и в меньшей степени между пальцами.

Резидентная флора представлена преимущественно коагулазонегативными кокками (прежде всего *Staphylococcus epidermidis*) и дифтероидами (*Corinebacterium spp.*). Грамотрицательные бактерии редко являются резидентными, однако некоторые энтеробактерии, прежде всего клебсиеллы, могут выживать или даже размножаться на коже несколько дней, иногда дольше. *Staphylococcus aureus* обнаруживается в носу примерно 20% здоровых людей. Этот микроорганизм редко колонизирует кожу рук, если она не повреждена, однако в госпитальных условиях может обнаруживаться на коже рук медицинского персонала с не меньшей частотой, чем в носу.

Резидентные микроорганизмы практически невозможно полностью удалить или уничтожить с помощью обычного мытья рук или даже антисептических процедур, хотя их численность при этом может быть значительно снижена. Это обстоятельство определяет, что стерилизация кожи рук практически невозможна и объясняет частые положительные находки при микробиологическом контроле «стерильности» рук, который регламентируется в настоящее время некоторыми действующими инструкциями.

Транзиторная микрофлора. Наибольшее значение в эпидемиологии внутрибольничных инфекций имеет транзиторная (неколонизирующая) микрофлора, приобретенная медицинским персоналом в процессе работы в результате контакта с пациентами или контаминированными объектами окружающей среды.

Транзиторная флора может быть представлена гораздо более опасными в эпидемиологическом отношении микроорганизмами (*E. coli*, *Klebsiella spp.*, *Pseudomonas spp.*, *Salmonella spp.* и другие грамотрицательные бактерии, *S. aureus*, *C. albicans*, ротавирусы и др.), в том числе — госпитальными штаммами возбудителей внутрибольничных инфекций.

Частота обнаружения условно патогенных и патогенных микроорганизмов на коже рук медперсонала может быть очень высокой. Во многих случаях возбудители гнойно-септических инфекций, выделяющиеся от пациентов, не обнаруживаются нигде, кроме рук персонала. Все время, пока эти микробы сохраняются на коже, они могут передаваться пациентам при контакте и контаминировать различные объекты, способные обеспечить дальнейшую передачу возбу-

дителя. Это обстоятельство делает руки персонала важнейшим фактором передачи внутрибольничной инфекции.

Транзиторные микроорганизмы сохраняются на коже рук короткое время (редко более 24 часов). Они легко могут быть удалены с помощью обычного мытья рук или уничтожены при использовании антисептических средств.

Однако если кожа повреждена, то транзиторные микроорганизмы способны длительно колонизировать и инфицировать кожу, формируя при этом новую, гораздо более опасную резидентную (но не нормальную) флору. В этих обстоятельствах руки медицинских работников могут являться не только фактором передачи инфекции, но и ее резервуаром.

Лак для ногтей, украшения. Применение лака для ногтей не приводит к повышенной контаминации рук, если ногти аккуратно и коротко подстрижены, однако потрескавшийся лак затрудняет удаление микроорганизмов. Применение лака может вызвать нежелательные дерматологические реакции, следствием которых часто являются вторичные инфекции *Pseudomonas* и *Candida*. Если все же допустить использование лака, следует предпочесть прозрачный лак, поскольку лак темных тонов скрывает состояние подногтевого пространства и может привести к недостаточно тщательной обработке. Некоторые манипуляции, связанные с маникюром (особенно манипуляции в области ногтевого ложа), могут привести к микротравмам, которые легко инфицируются. Особую опасность представляют искусственные ногти, использовать которые медицинским работникам настоятельно не рекомендуется.

Обручальные кольца, перстни и другие украшения могут приводить к повышению микробной нагрузки и затруднять удаление микроорганизмов. Персонал следует предостерегать от ношения колец еще и потому, что украшения затрудняют надевание перчаток и повышают вероятность их разрыва. Наручные часы также могут помешать качественной обработке рук.

Три уровня деконтаминации рук. Традиционно различают три уровня обработки (деконтаминации) рук: обычное мытье, гигиеническая антисептика и хирургическая антисептика (табл. 1).

Способы деконтаминации рук.

Обычное мытье рук подразумевает использование простого мыла, которое не содержит специальных антимикробных компонентов.

Очень важно соблюдать определенную технику мытья рук, поскольку специальные исследования показали, что при рутинном мытье рук определенные участки кожи (например, кончики и внутренние поверхности пальцев) остаются контаминированными.

Рекомендуемая техника мытья рук:

- Снять кольца, перстни и другие украшения, поскольку они затрудняют эффективное удаление микроорганизмов.

Таблица 1. Три уровня деконтаминации рук

Цель обработки (степень деконтаминации)	Способ обработки
Удаление грязи и транзитной флоры, контаминирующей кожу рук медицинского персонала в результате контакта с пациентами и/или объектами окружающей среды	обычное мытье рук
Удаление или уничтожение транзитной микрофлоры	гигиеническая антисептика
Удаление или уничтожение транзитной микрофлоры и снижение численности резидентной флоры	хирургическая антисептика

- Под умеренной струей комфортно теплой воды руки следует энергично намылить и тереть друг о друга не менее 10 секунд в соответствии с методикой, представленной на рисунке, после чего сполоснуть. Следует помнить, что наиболее часто пропускаемые места — большие пальцы и тыльные поверхности пальцев и кистей рук.

- Высушить руки бумажным полотенцем, которым затем закрыть кран. Даже если бумажные полотенца дороги для медицинского учреждения, не следует пользоваться, как это нередко практикуется, общим полотенцем, которое обычно не меняется в течение дня, а то и нескольких дней. При отсутствии бумажных полотенец могут быть использованы куски чистой ткани размером примерно 30 × 30 см для индивидуального пользования. После каждого использования такие полотенца следует сбрасывать в специально предназначенные для полотенец контейнеры для отправки в прачечную. Электрические сушилки в больнице бесполезны, т.к. процесс сушки длится очень долго и способствует развитию сухости кожи, и излишне шумен.

Выбор мыла.

- Мыло для мытья рук может использоваться в виде кусков, жидкого мыла, гранул и порошка.

- Наиболее предпочтительно жидкое мыло в дозаторах однократного применения. При использовании дозаторов многократного использования следует учитывать, что они со временем могут контаминироваться, поэтому не следует добавлять жидкое мыло в частично заполненный дозатор. Его следует опорожнить, вымыть, высушить и только после этого заполнить свежей порцией мыла.

- Если используется мыло в кусках, желательно использовать мыльницы, которые позволяют мылу высыхать между отдельными эпизодами мытья рук, лучше всего с магнитной подвеской.

- Мыло в виде гранул или порошка обычно более дорогостоящее, однако может позволить увеличить длительность мытья рук за счет необходимости тщательно растереть порошок или гранулы.

- Критерии выбора мыла должны включать: приемлемость медицинским персоналом, тип

упаковки или дозатора, аллергические реакции, частоту возникновения дерматита, стоимость.

Гигиеническая антисептика рук. Гигиеническая антисептика подразумевает использование антисептических препаратов, т.е. препаратов, обладающих антимикробной активностью и, что очень важно, предназначенных для применения на коже.

Рекомендуемая техника гигиенической антисептики:

- При использовании специальных антисептических мыл и детергентов (содержащих, например, 4%-ный хлоргексидин или 7,5%-ный повидон-йод) руки увлажняются, после чего наносится 3–5 мл препарата. При этом соблюдается техника мытья, показанная на рисунке.

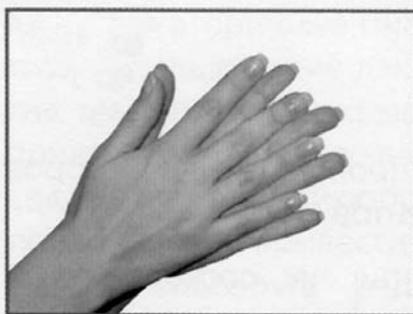
- Если используются *спиртовые антисептические препараты* (содержащие, например, 70%-ный этиловый спирт, 45–60%-ный изопропанол, или спиртовой 0,5%-ный раствор хлоргексидина), то *3–5 мл средства следует нанести на сухие руки и втирать с соблюдением техники, показанной на рисунке, до высыхания.* Вытирать руки после обработки не следует! Также важно соблюдать время воздействия: руки должны быть влажными от антисептика не менее 15 сек.

Следует подчеркнуть, что спиртовые рецептуры более эффективны, чем водные растворы антисептиков, поэтому только в случаях явного загрязнения рук их следует вначале вымыть. Спиртовые рецептуры особенно предпочтительны в случае отсутствия адекватных условий для мытья рук или при отсутствии достаточного времени.

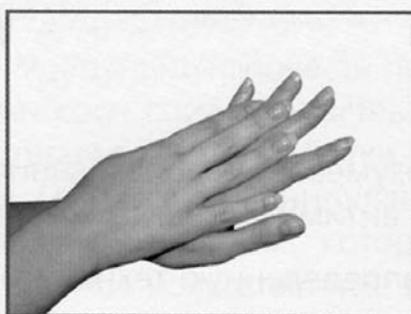
Хирургическая дезинфекция (антисептика) рук. Существует множество способов хирургической антисептики рук. Многие из них представляют собой громоздкие ритуалы, недостатками которых являются травматичность, продолжительность обработки, кратковременность остаточного противомикробного действия, применение для аппликации антисептиков тампонов, губок, щеток и т.п.

Согласно современным научным представлениям, для хирургической антисептики рук могут использоваться те же препараты, что и для гигиенической антисептики. Принципиальная разница заключается только во времени обработки, которая удлиняется до 2–3 мин, и вклю-

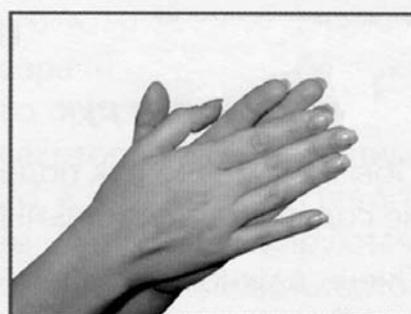
Рекомендуемая техника мытья рук (каждое движение повторяется не менее 5 раз)



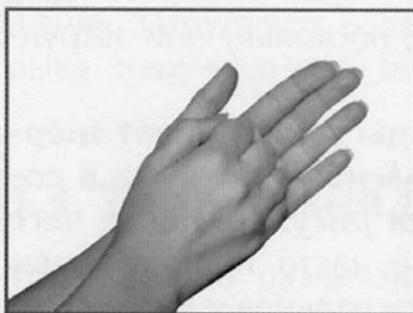
Тереть ладонью о ладонь



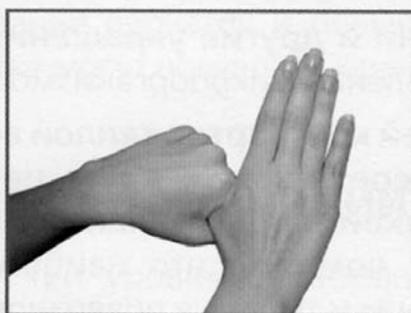
Правая ладонь по тыльной стороне левой руки и наоборот



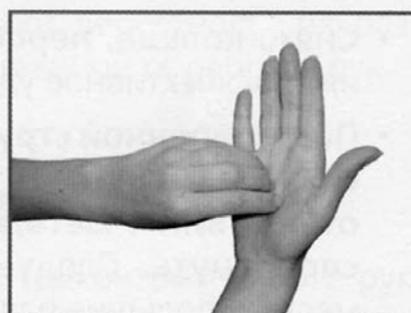
Тереть внутренние поверхности пальцев движениями вверх и вниз



Тереть тыльной стороной пальцев по ладони другой руки



Тереть пальцы круговыми движениями



Поочередно, круговыми движениями тереть ладони

чении в обработку запястий и предплечий. Кроме того, при хирургической антисептике очень важно применять препараты, имеющие выраженное остаточное действие.

Современная техника хирургической антисептики.

- Руки моют водой с мылом, предпочтительнее с жидким (рекомендуется использовать санитарно-технические устройства и локтевые дозаторы, управление которыми не требует использования кистей рук). Использовать антисептическое мыло на этом этапе необязательно.

- Щетки применять необязательно. Если щетки все же применяются, то следует применять стерильные мягкие щетки однократного применения или способные выдержать автоклавирование, при этом пользоваться щетками следует только для обработки околоногтевых областей. Щетки используются только для первой обработки в течение рабочей смены.

- После мытья руки обязательно тщательно высушиваются, используя стерильные полотенца (салфетки). Втирание антисептика во влажную кожу снижает его концентрацию и увеличивает время высушивания после обработки антисептиками.

- После высушивания в кожу рук двукратно (иногда трехкратно, но в любом случае процесс обработки длится не менее 2–2,5 мин) втирают по 3–5 мл спиртового антисептика до полного высыхания. На высохшие руки тотчас надевают стерильные перчатки.

Оборудование для мытья рук. Оборудование для мытья рук должно быть удобно расположено по всей территории больницы. В частности, оно должно быть установлено непосредственно в помещении, где проводятся диагностические или инвазивные процедуры, а также в каждой палате или на выходе из нее.

В больших функциональных помещениях (например, реанимационных залах) количество раковин должно определяться, исходя из количества обслуживаемых пациентов и специфики работы в данном отделении.

При недостаточном количестве раковин или их неудобном расположении необходимо иметь под рукой безводные антисептики и/или дезинфицирующие спиртосодержащие салфетки.

Показания для деконтаминации рук. Подробный перечень всех возможных ситуаций, требующих мытья рук или гигиенической антисептики, был бы слишком длинным и спорным. Однако нельзя ограничиться лозунгами типа «мойте руки как можно чаще» или «мойте руки после и перед каждым контактом с пациентом». Последний лозунг наиболее популярен у специалистов по инфекционному контролю и вызывает наибольшее раздражение у клиницистов. С одной стороны, далеко не всякий контакт с пациентом требует обязательного мытья рук. С другой стороны, в отделениях высокого риска возникновения ВБИ, может быть необходимо мыть (или обрабатывать) руки несколько раз даже во время работы с одним пациентом, например,

после соприкосновения с экскретами или секретами, а также перед каждой новой манипуляцией в отношении одного и того же пациента.

Простая попытка ранжирования объектов окружающей среды стационара в соответствии с возрастанием риска контаминации рук может выглядеть следующим образом:

- 1) чистые, продезинфицированные или простерилизованные объекты;
- 2) объекты, не контактировавшие с пациентами (пища, медикаменты и т.п.);
- 3) объекты, с которыми пациенты контактируют минимально (мебель и т.п.);
- 4) объекты, которые были в тесном контакте с неинфицированными пациентами (например, постельное белье);
- 5) незаразные пациенты во время процедур, характеризующихся минимальным контактом (измерение пульса, артериального давления и т.п.);
- 6) объекты, которые предположительно могут быть контаминированы, особенно увлажненные объекты;
- 7) объекты, которые были в тесном контакте с инфицированными пациентами (например, постельное белье);
- 8) любые секреты, экскреты или жидкости организма;
- 9) секреты, экскреты или жидкости организма от заведомо инфицированных пациентов;
- 10) очаги инфекции.

Однако следует помнить, что подобное ранжирование уместно только при классификации основных видов деятельности. Трудно (и не нужно) ожидать от медицинского работника адекватной оценки риска контаминации рук в каждой конкретной ситуации. Передача, например, резистентных бактерий с рук медицинского работника пациенту может произойти быстро и в большом количестве (даже если проводимая манипуляция не кажется рискованной), а для критически больных пациентов это весьма нежелательно.

При разработке программы инфекционного контроля в больнице следует разработать четкие показания и алгоритмы обработки рук медперсонала, исходя из особенностей лечебно-диагностического процесса в конкретном отделении, специфики контингента больных и микропейзажа.

Основные показания для деконтаминации рук.

При разработке конкретных показаний для обработки рук важно определить, какова желаемая степень их деконтаминации и выбрать соответствующий способ обработки.

Обычное мытье рук с мылом обязательно требуется:

- Перед и после физического контакта с пациентом. Если не произошло массивного загрязнения рук, то можно, и даже более целесообразно, использовать вместо мытья гигиеническую антисептику спиртсодержащими препаратами.

- Перед приготовлением и раздачей пищи, перед едой.

- После выполнения определенных функций собственного организма (посещение туалета, сморкание и т.п.).

- Во всех случаях, когда руки явно загрязнены.

Гигиеническая антисептика рук обязательно требуется:

- Перед выполнением инвазивных процедур.

- Перед работой с особо восприимчивыми (иммунокомпрометными) пациентами и новорожденными.

- Перед и после манипуляций с ранами, катетерами.

- Перед надеванием перчаток и после их снятия.

- После контакта с выделениями и предметами, содержащими кровь или имеющими вероятность микробной контаминации (например, осмотр инфицированного пациента, измерение ректальной температуры).

Хирургическая антисептика рук обязательно требуется:

- Перед любыми хирургическими операциями.

Мыть или не мыть? Мыть руки кажется значительно более естественным, чем дезинфицировать их. Мытье рук соответствует нашей привычке содержать руки в чистоте, это часто является нашей потребностью — смывать грязь с рук, и психологически это понятно.

При дезинфекции мы втираем препарат в кожу, он остается на руках, при этом мы чувствуем долгое время, что на коже что-то находится. Дезинфекция рук требует преодоления, требует больше мотивации, чем процесс, который соответствует заученной логике.

Гигиеническая антисептика более эффективно удаляет и уничтожает транзитную флору, но существует расхожее мнение, что во многих случаях тщательного обычного мытья рук с мылом вполне достаточно. Эта распространенная точка зрения часто подкрепляется аргументом, что лучше вымыть руки с мылом, чем не мыть их вообще.

Однако в реальности несоблюдение требований по мытью рук чрезвычайно распространено, что связано не только с элементарной физической ленью или привычкой медработников. Руки в госпитальных условиях нужно мыть часто и тщательно — и чем чаще и старательнее персонал это делает, тем выше риск повреждения кожи. Более того, частое мытье рук обычным мылом не только не снижает, но даже увеличивает возможность передачи инфекции — рассеивание бактерий с кожи рук в этой ситуации возрастает в 17 раз (Meers, 1980). Наконец, мытье рук отнимает слишком много времени у перегруженных работой медиков. Это объективная реальность: если, например, соблюдать все показания и рекомендуемую продолжительность обычного мытья рук в отделении реанимации, это потребует, по расчетам Voss и Widmer (1997),

16 часов рабочего времени на смену из 12 человек!

Одним из самых оптимальных решений в такой ситуации является использование безводных антисептиков для рутинной обработки рук. Такая практика способна обеспечивать и быстроту, и большее удобство, и защиту от сухости и повреждения кожи, и эффективность обработки. Применение безводных антисептиков в качестве разумной альтернативы рутинному мытью широко распространено в Европе и США. Тестирование такой системы обработки рук в отделениях реанимации новорожденных в Санкт-Петербурге также показало ее эффективность.

Выбор препаратов для обработки рук зависит от многих факторов, включая вид медицинской деятельности, видовой состав микрофлоры, временной промежуток между очередными обработками рук, стоимость, степень неблагоприятного воздействия на здоровье медперсонала (см. табл. 2 и 3).

Дерматит, связанный с частой обработкой рук.

- Многократное мытье рук может вызвать сухость и огрубение кожи, ее покраснение, шелушение, растрескивание и дерматит, который является одним из наиболее частых профессиональных заболеваний медицинских работников.

- Повреждение кожи и изменение кожной флоры часто приводит к колонизации стафилококком или грамотрицательными микроорганизмами.

- Медицинский персонал, страдающий дерматитом, способствует повышению риска инфицирования пациентов из-за:

- возможности колонизации поврежденной кожи патогенными микроорганизмами;

- трудности адекватного уменьшения числа микроорганизмов при мытье рук;

- тенденции избегать мытья рук. По данным различных исследований, до 25% медицинских сестер отмечают у себя симптомы и признаки дерматита на коже рук. Частое и повторное использование мыла и детергентов для мытья рук является важнейшей причиной возникновения хронического контактного дерматита у медицинских работников. Моющие средства повреждают кожу, вызывая денатурацию белкового слоя, изменяя межклеточные липиды (истощают или перестраивают липидные молекулы), уменьшают связи корнеоцитов, уменьшают слой клеток, способных связывать воду. Другие факторы, способствующие развитию дерматита и связанные с частым мытьем рук: использование слишком горячей воды, снижение относительной влажности (особенно в зимнее время), недостаточное использование лосьонов и кремов для рук, низкое качество бумажных полотенец.

Другие антисептики также могут вызвать контактный дерматит (в порядке убывания) — йодофоры, хлоргексидин, РСМХ, триклозан. Из антисептиков, предназначенных для обра-

ботки кожи, наиболее безопасными являются спирты, которые крайне редко являются причиной дерматита. Однако кожа, поврежденная повторным применением моющего средства, может стать более чувствительной и к спиртосодержащим средствам.

Основным современным методом профилактики профессионального дерматита является снижение частоты воздействия на кожу рук медперсонала мыла и других раздражающих моющих средств путем широкого внедрения в практику спиртосодержащих антисептиков с различными смягчающими добавками. Медицинский персонал также должен помнить о том, что нет никакой необходимости мыть руки с мылом и водой после использования спиртосодержащего антисептика.

Экономические аспекты гигиены рук персонала ЛПУ. Как показывают зарубежные и отечественные исследования, дополнительные экономические затраты, связанные с лечением 4–5 случаев внутрибольничных инфекций средней тяжести или одного случая тяжелой инфекции в области хирургического вмешательства, нижних дыхательных путей или кровотока, превышают годовой бюджет, необходимый для приобретения современных средств для гигиены рук для всего ЛПУ. Таким образом, приобретение более эффективных и приемлемых для медицинского персонала антисептиков и устройств для гигиены рук улучшает существующие в ЛПУ практики и способствует предотвращению внутрибольничных инфекций. В итоге это приводит к экономии денежных средств, которая превышает всю стоимость программы по гигиене рук медицинских работников.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ПЕРЧАТОК

Зачем нужны медицинские перчатки:

- перчатки снижают риск профессионального заражения при контакте с пациентами или их выделениями;

- перчатки снижают риск контаминации рук персонала транзитными возбудителями и последующей их передачи пациентам;

- перчатки снижают риск заражения пациентов микробами, являющимися частью резидентной флоры рук медицинских работников.

Таким образом, перчатки защищают и пациента, и медработника, создавая дополнительный барьер для потенциально заразных микроорганизмов. Использование перчаток рекомендуется руководствами во всем мире; они являются важным компонентом системы универсальных мер предосторожности и инфекционного контроля в ЛПУ.

Однако наличие перчаток даже подходящего размера и в необходимом количестве само по себе не гарантирует правильного их использова-

Таблица 2. Основные свойства средств для обработки рук*

Препарат	Антимикробная активность	Остаточное действие	Возможность формирования резистентности	Рассеивание кожных чешуек, несущих бактерии
Мыла и детергенты, не содержащие антимикробных добавок	минимальная	нет	нет	максимальное
Неспиртовые антисептические препараты (содержащие триклозан, хлоргексидин и т.п.):				
кратковременное (только для деконтаминации) использование	умеренная	умеренное	умеренная	умеренное
постоянное широкое применение	максимальная	максимальное	максимальная	максимальное
Спиртовые антисептики, кратковременное (только для деконтаминации) использование	максимальная	нет	нет	минимальное

* Рекомендуемые активные компоненты антисептических препаратов: спирты, хлоргексидин, йод и препараты йода, триклозан, хлорксилен (хлорксиленол, РСМХ).

ния. К сожалению, медицинские работники иногда пренебрегают использованием или сменной перчаток даже в тех случаях, когда это является абсолютно необходимым. Такая практика может значительно увеличить риск передачи микроорганизмов от одного пациента к другому больному или медицинскому работнику.

В каких случаях пользоваться перчатками.

Обязательно использовать стерильные перчатки:

- при любых хирургических операциях;
- при введении стерильной трубки или устройства в нормально стерильные жидкости организма (кровь, ликвор);
- при введении стерильной иглы в глубокие ткани организма (обычно для получения материала для исследования или вливания лекарственных средств);
- при постановке центрального катетера или проводника через кожу;
- при эндоскопических исследованиях и манипуляциях, связанных с контактом инструментария с интактными слизистыми оболочками (цистоскопия, катетеризация мочевого пузыря).

Рекомендуется использовать стерильные перчатки при бронхоскопии, эндоскопии желудочно-кишечного тракта, санации трахеи.

Обязательно использование перчаток, возможно нестерильных, в клиничко-диагностических, бактериологических лабораториях при работе с материалом от пациентов (кровь, кал, моча, мокрота, гной, ликвор, экссудат и т.д.) и в прозектуре.

Также рекомендуется использование перчаток при работе с дезинфицирующими средствами, цитостатиками и другими потенциально агрессивными химическими препаратами.

Какие бывают перчатки. Материал, из которого изготовлены перчатки, и условия исполь-

зования перчаток (продолжительность и вид процедур, работа с химическими веществами и пр.) являются важнейшими факторами, влияющими на их барьерную функцию. Поэтому медицинский работник должен понимать характеристики различных типов перчаток и особенности ситуации, в которой он будет их использовать.

Существует большое разнообразие признаков, по которым можно классифицировать перчатки:

I. По материалу, из которого изготовлены перчатки.

- Латексные – наиболее распространенный тип медицинских перчаток.
- Нитриловые.
- Неопреновые.
- Симпреновые.
- Тактилоновые, полиэтиленовые, поливинилхлоридные, виниловые и пр.

II. По форме.

- Универсальные (одинаковая форма для правой и левой руки).
- Анатомические (различная форма для правой и левой руки).

III. По отделке поверхности.

- Гладкие.
- Текстурированные (для более удобного захвата мелких медицинских инструментов).

IV. По наличию или отсутствию веществ, облегчающих одевание перчаток.

- Опудренная поверхность.
- Поверхность без пудры.
- Использование смазок.

V. По кратности использования.

- Однократного применения.
- Многократного применения.

VI. По наличию предварительной стерилизации.

- Стерильные перчатки.
- Нестерильные перчатки.

Таблица 3. Сравнительная характеристика основных антисептических препаратов

Антисептики	Описание
Спирты	<i>Антимикробная активность:</i> обладают превосходным бактерицидным действием в отношении большинства грамположительных и грамотрицательных бактерий и хорошо действуют против туберкулезных бактерий. Не обладают спороцидным действием, но действуют на некоторые виды грибов и многие вирусы (РС-вирусы, вирус гепатита В и ВИЧ). <i>Скорость уничтожения бактерий:</i> высокая. <i>Инактивация слизи и протеинами:</i> выражена. <i>Примечания:</i> оптимальная концентрация этилового спирта – 70%. Пропиловый и изопропиловый спирты проявляют противомикробное действие при более низких концентрациях, чем этиловый.
Соединения йода, спиртовые растворы йода	<i>Антимикробная активность:</i> обладают широким спектром активности, оказывая микробицидное действие на грамположительные и грамотрицательные бактерии, включая возбудителей туберкулеза и споры, грибы, вирусы, простейшие. <i>Скорость уничтожения бактерий:</i> высокая. <i>Инактивация слизи и протеинами:</i> выражена. <i>Примечания:</i> недостатком является способность у отдельных лиц, а также при многократных аппликациях, вызывать токсическое или аллергическое поражение кожи, однако это маловероятно при использовании 1%-ной настойки и кратковременном применении.
Йодофоры	<i>Антимикробная активность:</i> действуют так же, как и йод. Активны против бактерий, включая резистентные штаммы стафилококков, микобактерии, псевдомонады, споры, кандиды, энтеро-, герпес-, рота-, аденовирусы и ВИЧ. <i>Скорость уничтожения бактерий:</i> высокая. <i>Инактивация слизи и протеинами:</i> умеренная. <i>Примечания:</i> по сравнению с йодом обладают меньшим раздражающим действием на кожу, отличаются продолжительностью действия.
Хлоргексидин	<i>Антимикробная активность:</i> имеет достаточно широкий спектр активности, однако более активен в отношении грамположительных бактерий, чем грамотрицательных. Мало активен в отношении микобактерий туберкулеза. Оказывает некоторое действие на грибы (дерматофиты, кандиды). <i>Скорость уничтожения бактерий:</i> средняя. <i>Инактивация слизи и протеинами:</i> минимальная. <i>Примечания:</i> активен в присутствии органических веществ. Характеризуется выраженным пролонгированным эффектом. В популяциях бактерий выявляются устойчивые к препарату варианты. Эффективность сильно зависит от состава комбинированного препарата, в частности, от pH.
Триклозан	<i>Антимикробная активность:</i> обладает достаточно широким спектром действия, проявляет хорошую активность в отношении грамположительной флоры и многих грамотрицательных бактерий (псевдомонады устойчивы). Мало активен в отношении грибов. <i>Скорость уничтожения бактерий:</i> средняя. <i>Инактивация слизи и протеинами:</i> минимальная. <i>Примечания:</i> обладает выраженным персистирующим действием. Хорошо переносится кожей, слизистыми оболочками. Литературные данные скудны.
Хлорксилен	<i>Антимикробная активность:</i> имеет достаточно широкий спектр активности, однако более активен в отношении грамположительных бактерий, чем грамотрицательных. Умеренно активен против туберкулезных микобактерий, некоторых грибов и вирусов. <i>Скорость уничтожения бактерий:</i> средняя. <i>Инактивация слизи и протеинами:</i> минимальная. <i>Примечания:</i> менее активен, чем хлоргексидин и йодофоры. Хорошо переносится кожей. Активность в отношении псевдомонад может быть повышена за счет добавления этилендиаминтетрауксусной кислоты (EDTA).

VII. По назначению и сферам применения.

- Диагностические (смотровые) перчатки.
- Хирургические перчатки имеют анатомическую форму и длинную манжету, которая обеспечивает качественный обхват запястья.
- Специального назначения – для использования в отдельных специализированных областях медицины (повышенной прочности, ортопедические, офтальмологические повышенной чувствительности и пр.).

Следует отметить, что в последние пять лет на российском рынке происходит быстрое расширение товарной номенклатуры и появление

все новых разновидностей медицинских перчаток. Поэтому приведенная классификация не может считаться исчерпывающей. Также необходимо учитывать, что качество перчаток нередко значительно варьируется между производителями.

Свойства перчаток. Правильный выбор перчаток зависит от их физических характеристик, субъективных предпочтений работающего персонала и клинической ситуации, в которой используются перчатки.

Физические свойства: растяжимость, легкость надевания и степень проницаемости будут

определять характеристику перчаток в процессе их использования. Имеет значение использование веществ, облегчающих надевание перчаток. Для этих целей чаще применяют пудру, содержащую крахмал, тальк, оксид магния и пр. Однако перчаточная пудра может снижать тактильную чувствительность, кроме того, в некоторых клинических ситуациях целесообразно избегать попадания даже небольших количеств пудры в рабочую зону. Например, описаны случаи послеоперационных осложнений у пациентов, имеющих аллергию к компонентам перчаточной пудры. Кроме того, использование опудренных перчаток в стоматологической практике может вызывать у пациента неприятные ощущения в полости рта. В таких ситуациях используются либо неопудренные перчатки, либо перчатки, в которых вместо пудры для облегчения надевания применяется силикон и другие смазки.

Каждый, кто надевает перчатки, имеет свои субъективные предпочтения, но, тем не менее, есть и ряд общих требований:

- прилегание перчаток к руке должно быть полным на протяжении всего времени их использования;

- перчатки не должны вызывать утомление рук; поэтому необходимо использовать перчатки соответствующего размера;

- перчатки должны сохранять хорошую тактильную чувствительность;

- содержание антигенных белков в перчатках должно быть минимальным, так как у отдельных медработников наблюдается антигенный ответ на материал, из которого изготовлены перчатки (чаще латекс-протеин); кроме того, аллергическая реакция может быть вызвана и веществами, входящими в состав перчаточной пудры.

Защитные свойства перчаток. Применение перчаток не является альтернативой мытью и антисептической обработке рук, а также заменой универсальных предосторожностей по предотвращению травм острым инструментарием.

Обычные перчатки практически не защищают кожу рук от уколов и порезов медицинскими инструментами, но могут сократить количество крови и других биологических жидкостей, которые проникают на остром медицинском инструменте в момент травмы, что несколько уменьшает вероятность заражения гемоконтактными инфекциями. В определенной степени защитные свойства могут быть повышены путем надевания одновременно двух пар перчаток, но полагаться на их 100%-ную защиту также не стоит.

Как показывает статистика, в зависимости от манипуляций 5–40% хирургических перчаток повреждаются во время операций (наиболее часто в области указательного пальца на неосновной руке), причем хирурги замечают повреждения (разрывы, проколы) перчаток всего лишь в 15–20% таких случаев.

Никакие перчатки не являются абсолютно непроницаемыми для микробов. Попадание инфекционного материала внутрь перчаток может происходить за счет его проникновения через микротравмы и поры, т.е. небольшие отверстия в материале, размеры которых сопоставимы с размерами молекул проникающих веществ. Чаще всего проникновение жидкости внутрь перчаток локализуется в области большого пальца и на кончиках пальцев, и только в 30% случаев эти протечки замечаются пользователями перчаток. Поскольку протечки перчаток нелегко распознаются медицинскими работниками, мытье рук после снятия перчаток должно быть обязательным.

Учитывая ограничения барьерной функции перчаток, медицинским работникам, имеющим экссудативные проявления и раны на коже рук, следует по возможности воздерживаться от работы в ситуациях высокого инфекционного риска до восстановления целостности кожного покрова.

В лечебно-профилактических учреждениях для обработки поверхностей и медицинских инструментов широко используются дезинфектанты, особенно в ситуациях, когда велик риск передачи контакта с инфекционными агентами. Поэтому перчатки должны защищать медицинских работников как от проникновения инфекции, так и от вредного действия самих дезинфектантов. Однако различные химические вещества (хлорактивные соединения, альдегиды и др.), используемые медицинскими работниками в повседневной практике, могут вызывать повреждение перчаток. Проникая через перчатки, эти вещества оказывают прямое повреждающее действие на кожу рук, а также снижают эффективность барьерной функции перчаток. Поэтому при работе с агрессивными химическими веществами необходимо использовать перчатки из соответствующих устойчивых материалов, а при необходимости и производить регулярную смену перчаток.

Мытье рук в перчатках в промежутках между обслуживанием пациентов или между проведением чистых и грязных манипуляций с одним и тем же пациентом категорически не рекомендуется. Помимо того, что при этом происходит повышение проницаемости перчаток, что небезопасно для персонала, имеются данные о том, что даже при выполнении полноценной техники мытья рук в перчатках (трение, применение очищающего агента, высушивание) не всегда удается полностью удалить из материала перчаток попавшую микрофлору. При неадекватной обработке перчаток возрастает риск перекрестного инфицирования пациентов.

После снятия перчаток руки должны быть тщательно вымыты и высушены. С одной стороны, это необходимо, учитывая возможность проникновения инфекционных агентов и химических веществ внутрь перчаток. С другой сто-

роны, ношение перчаток приводит к появлению так называемого «перчаточного сока», содержащего большое количество микроорганизмов с кожи самого медработника.

Негативное действие перчаток. С использованием перчаток могут быть связаны различные неблагоприятные реакции у персонала: неаллергический контактный дерматит, аллергический контактный дерматит и реакции гиперчувствительности немедленного типа, проявляющиеся крапивницей, зудом, а в тяжелых случаях и системными аллергическими реакциями, вплоть до анафилаксии.

Аллергические реакции при применении перчаток наиболее часто связаны с латекс-аллергией, т.е. индивидуальной сенсибилизацией медицинского работника к химическим составляющим латекса — наиболее популярного материала для производства медицинских перчаток. Использование пудры для облегчения надевания перчаток также повышает риск развития аллергии у персонала, а кроме того, может быть причиной ряда послеоперационных осложнений у пациентов.

Обработка перчаток. Согласно действующим нормативным документам, одноразовые перчатки после их использования подлежат дезинфекции и уничтожению.

Для обеззараживания одноразовых перчаток можно использовать: 6%-ную перекись водорода, 3%-ный раствор хлорамина, 1,5%-ный раствор гипохлорита кальция, 2%-ный раствор лизоформина-3000. Экспозиция в этих дезинфектантах — 60 мин или в 0,05%-ном анолите — 2 часа.

Перчатки многократного применения после их использования подвергают дезинфекции, предстерилизационной очистке (мытью) и стерилизации в паровом стерилизаторе.

Дезинфекцию многоразовых перчаток проводят после их применения. Для этих целей можно использовать любое из вышеперечисленных дезинфицирующих средств. После дезинфекции перчатки следует проверить на целостность, что может осуществляться следующими способами:

- визуально (изделия с видимым нарушением целостности после дезинфекционной выдержки выбрасываются);
- путем наполнения перчатки водой (при наличии повреждений жидкость будет вытекать через эти дефекты из подвешенной перчатки);
- путем заполнения перчатки воздухом (зажимают рукой манжету перчатки) и погружения ее в воду (при наличии повреждения из перчатки выделяются пузырьки воздуха).

В практических условиях выполнение всех этих процедур трудоемко и маловероятно, тем более с каждой перчаткой. Данное обстоятельство подтверждает положение о необходимости иметь в достаточном количестве перчатки одноразового применения.

Следующая процедура — предстерилизационная очистка перчаток. Каждая перчатка должна быть тщательно вымыта с обеих сторон. Лучше для этих целей использовать специальные машины, при их отсутствии мытье перчаток осуществляется вручную. Мытье перчаток происходит с использованием моющих средств, разрешенных для этих целей. Отмытые перчатки сушат на чистой простыне (полотенце) в специально выделенном для этих целей месте. Высушенные перчатки внутри и снаружи пересыпаются тальком для предохранения от склеивания, определенным образом упаковываются и стерилизуются.

Правила упаковки, укладки и хранения перчаток. Для надежной стерилизации все поверхности перчаток должны контактировать с паром. Тепла, проникающего через материал перчаток, без пара недостаточно для уничтожения даже наименее устойчивых микроорганизмов. Поэтому при подготовке перчаток к стерилизации и самой обработке должны соблюдаться следующие правила:

- комплектовать перчатки следует попарно и по размеру;
- упаковывать перчатки надо таким образом, чтобы все поверхности были доступны для пара;
- необходимо избегать образования складок на поверхности перчаток, грубой упаковки, плотного завертывания;
- во избежание склеивания необходимо изолировать одну поверхность перчаток от другой слоем марли (бумаги) и каждую пару перчаток завертывать отдельно в марлю;
- в распрямленном состоянии пакеты с перчатками необходимо уложить в бикс на ребро (вертикально, а не горизонтально — пакет на пакет), неплотной массой;
- стерилизация резиновых перчаток осуществляется паровым методом в паровом стерилизаторе при температуре пара 120°, экспозиция 20 мин;
- срок хранения простерилизованных перчаток в биксе — трое суток.

Следует отметить, что резиновые перчатки, выпускаемые отечественными производителями, согласно инструкциям должны выдерживать до девяти стерилизаций, однако в практических условиях перчатки выдерживают не более двух—трех обработок в автоклаве.

Перчатки однократного применения должны храниться до использования в оригинальной упаковке при температуре не выше 25°, вдали от источников тепла и ионизирующего излучения, в темноте (должно быть исключено попадание прямых солнечных лучей и света от флюоресцирующих приборов). Относительная влажность воздуха не должна быть столь высокой, чтобы на перчатках появлялся конденсат.

10.02.2009. Канада. www.hiv-info.ru. Препарат Авандия (ро-зиглитазон) из класса глитазона используется для лечения диабета. Однако новое исследование показало, что он может помочь людям, живущим с ВИЧ, которые страдают от липоатрофии – побочного действия длительного приема антиретровирусной терапии. Липоатрофия заключается в потере жирового слоя, в первую очередь на лице и конечностях. Данные исследования были представлены во время XVI Конференции по ретровирусам и оппортунистическим инфекциям в Монреале, сообщает сайт roz.com. Это первые успешные испытания препарата против липоатрофии за последнее время. Возможно, причина успеха этого исследования в том, что пациенты с липоатрофией прекратили прием зидовудина (Ретровир, Комбивир, Тризивир) или ставудина (Зерита) – эти препараты чаще всего приводят к липоатрофии. Глитазоны вот уже много лет рассматривают как потенциальное средство от липоатрофии. Лабораторные исследования показали, что эти препараты могут стимулировать выработку белка PPAR-гамма. Этот белок способствует здоровой активности адипоцитов – жировых клеток. Клинические испытания показали, что глитазоновая терапия приводит к увеличению подкожного жирового слоя у людей с диабетом. Для людей с диабетом рост жирового слоя – это нежелательный побочный эффект. Однако это действие может помочь людям с липоатрофией. Потеря жирового слоя при приеме терапии не опасна для пациентов, но она может изменить внешний вид, что ухудшает качество жизни людей с ВИЧ. Уже было проведено восемь испытаний глитазона среди ВИЧ-положительных людей, но их результаты были неоднозначны. В четырех исследованиях увеличивался жировой слой на ногах и руках, в четырех других – нет. Однако впоследствии выяснилось, что отсутствие результатов было связано с приемом определенных препаратов против ВИЧ. Авторы исследования поясняют, что эти препараты просто блокируют действие глитазоновой терапии. В данном исследовании участвовали 71 человек с ВИЧ, у которых наблюдалась потеря жирового слоя. Половина из них принимала Авандию (4 мг в день), вторая половина – плацебо. Испытания продолжались 48 недель. Все добровольцы не принимали зидовудин или ставудин как минимум 24 недели до начала исследования. На начало исследования у пациентов было в среднем 6,5 килограммов жира на конечностях, при этом «нормой» было бы 8 килограммов или больше. После трех месяцев лечения, у пациентов, принимающих Авандию, жир в конечностях увеличился на 0,9 килограмма, а в группе, принимавшей плацебо, на 0,25 килограмма. Другими словами, прием Авандии позволяет увеличить жировой слой на руках и ногах на 15%. Эти результаты являются статистически значимыми, то есть они не могут быть простой случайностью. В 98% пациентов была неопределяемая вирусная нагрузка в течение исследования. Авандия имела и другой положительный эффект – она уменьшила уровень инсулина, который был повышенным у 37% пациентов. Общая масса тела пациентов не изменилась после 48 недель. Что касается побочных действий препарата, то его прием был связан с повышением уровня холестерина в крови. Ученые продолжают изучать влияние глитазона на жировые клетки у людей с ВИЧ.

10.02.2009. США. www.POZ.ru. Администрация по пищевым продуктам и лекарственным препаратам США (FDA) предоставила полное одобрение первому препарату из класса ингибиторов интегразы – Исентрессу (ралтегравир). Препарат предназначен людям, живущим с ВИЧ, у которых развилась резистентность (устойчивость вируса) к препаратам других классов. Об этом сообщается в пресс-релизе FDA от 5 февраля этого года. Исентресс направлен на то, чтобы не дать вирусной ДНК интегрироваться в ДНК клеток CD4 – лимфоцитов, в которых размножается ВИЧ. В 2007 году препарат уже получил так называемое ускоренное одобрение – в США препараты против ВИЧ мо-

гут быть одобрены в ускоренном порядке для людей, у которых нет других вариантов лечения. Тогда ускоренное одобрение было основано на данных клинических испытаний препарата, которые продолжались 24 недели – слишком мало для того, чтобы собрать подробную информацию о возможных побочных эффектах. Сейчас администрация полностью одобрила препарат после анализа данных клинических испытаний, которые продолжались 48 недель. Испытания показали, что Исентресс эффективен в сочетании с другими антиретровирусными препаратами для лечения ВИЧ-инфекции. Производитель препарата – компания Merck & Co. На данный момент компания тестирует препарат среди людей, которые впервые начинают прием антиретровирусной терапии. После того как ВИЧ размещает свой генетический материал внутри клетки, его РНК должна быть переведена в ДНК с помощью процесса обратной транскрипции. Затем фермент вируса, который называется интегразой, помогает спрятать ДНК вируса в ДНК клетки. Как только это происходит, клетка начинает производить материал для новых вирусов. Ингибиторы интегразы созданы для того, чтобы блокировать активность интегразы и не давать ДНК вируса внедряться в здоровую ДНК клетки. В первую очередь, Исентресс нужен тем людям, которые больше не реагируют на другие препараты против ВИЧ. Поскольку это препарат совершенно нового класса, то раньше его еще никто не принимал и к нему у пациентов просто не может быть резистентности. Однако Исентресс будет эффективен только в комбинации с еще двумя препаратами, к которым человек еще не потерял чувствительность. Как и другие препараты против ВИЧ, Исентресс можно принимать только в комбинации с другими антиретровирусными препаратами. Дозировка Исентресса составляет одну таблетку по 400 мг, которая принимается дважды в день с едой или без еды. Исентресс в целом хорошо переносится, к наиболее распространенным побочным эффектам препарата относятся головная боль, диарея и тошнота.

09.02.2009. Оренбургская обл. www.rost.ru. Свыше 450 тыс. оренбуржцев обследовано на ВИЧ-инфекцию, гепатиты В и С по итогам 2008 года в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье». 1607 пациентов получили антиретровирусное лечение, что составляет соответственно 112,8% и 103,7% от запланированного. На эти цели из федерального бюджета было направлено 418,5 млн руб. За счет областного бюджета в рамках целевой программы прошли обследование 50 151 (100,3% от запланированного на год количества) человек, получили лечение 175 пациентов (100%). Объем финансирования из областного бюджета составил 36,35 млн руб. Кроме того, в рамках проекта ГЛОБУС за счет привлеченных средств пролечились еще 250 пациентов. В результате проводимых мероприятий в регионе снизилась заболеваемость ВИЧ-инфекцией. Показатель за 2008 год составил 97,39 (на 100 тыс. населения) против 99,07 за аналогичный прошлогодний период. В 2009 году в рамках нацпроекта «Здоровье» планируется охватить антиретровирусным лечением 1875 пациентов, а также провести 400 тыс. обследований, сообщили в пресс-службе губернатора и правительства Оренбургской области.

09.02.2009. Иран. www.POZ.ru. В одном из самых беднейших районов иранской столицы работает центр, который помогает бездомным женщинам и тем, кто вовлечен в проституцию, многие из которых употребляют наркотики. В центре они могут получить метадон – опиат, который используют как заместительную терапию для зависимых от героина, бесплатную еду и консультации по наркозависимости. Сейчас «Дом солнца» (так называется центр) также установил пять автоматов по продаже дешевых чистых шприцев в рамках государственной программы профилактики ВИЧ, сообщает иранский сайт payvand.com. Правительство Ирана начало распространять бесплатные сте-

рильные шприцы в Тегеране еще в 2001 году для снижения распространения ВИЧ и других инфекций. В результате, как показывают исследования, случаи передачи ВИЧ инъекционным путем снизились до 18% от общего числа инфекций. Несмотря на успех этого подхода, предстоит сделать еще многое. По оценкам ВОЗ, в стране около 85 000 граждан живут с ВИЧ – почти вдвое больше по сравнению с 2000 годом. Масуд Мардани (Masoud Margani) из Национального комитета по СПИДу говорит, что реальное число случаев ВИЧ-инфекции может быть в 4–5 раз выше, чем цифры ВОЗ. Несмотря на то что самый высокий риск передачи ВИЧ связан с нестерильными инъекциями, большинство иранцев уверены, что вирус передается из-за внебрачных связей – по законам исламской республики секс вне брака является преступлением. Люди с ВИЧ тщательно скрывают свой диагноз, что не дает возможности точно оценить распространение инфекции. Власти пытаются замедлить распространение ВИЧ с помощью работы Национального комитета по СПИДу, министерства здравоохранения, Организации по борьбе с наркотиками и Организации по социальному обеспечению. Помимо предотвращения чистых шприцев, власти пытаются бороться с нехваткой информации о заболевании. В Иране всегда торжественно проводится Всемирный день борьбы со СПИДом 1 декабря, во время которого распространяется информация о путях передачи ВИЧ. Однако меры по борьбе со СПИДом встречают и недовольство. В январе 2008 года, когда глава государственной Организации по борьбе с наркотиками объявил, что они собираются сделать дешевые шприцы доступными для наркозависимых, это вызвало бурные протесты многих чиновников. Они заявили, что такие автоматы со шприцами, которые также продают пластыри и презервативы по заниженной цене, будут поощрять аморальное поведение. Из-за протестов проект отложили почти на год. Однако в январе 2009 года было объявлено, что автоматы все-таки появятся в самых бедных районах Тегерана, где число наркозависимых выше всего. Медицинские работники, в свою очередь, приветствовали инициативу правительства. Захра Биниаз, консультант по реабилитации от наркозависимости, говорит, что программа началась в тюрьмах и лечебных центрах десять лет назад и если бы не она, то число людей с ВИЧ в стране было бы несравнимо выше. Сахар, женщина, живущая с ВИЧ, уверена, что такие автоматы могут защитить людей от вируса. Самой ей ВИЧ передался от мужа, который употреблял героин. В ближайшее время планируется установка таких автоматов и в других районах Тегерана.

09.02.2009. Швеция. www.ami-tass.ru. Несмотря на то, что Управление по социальным вопросам Швеции поставило цель вдвое уменьшить число новых случаев ВИЧ-инфицирования к 2017 г., количество молодых людей, у которых диагностируется это заболевание, продолжает увеличиваться. За последние пять лет число инфицированных юношей и девушек в стране выросло втрое. Об этом свидетельствует статистика Института защиты от инфекционных заболеваний. Общее количество носителей ВИЧ продолжает оставаться незначительным – ежегодный рост здесь составляет около 100 чел., но сам факт его увеличения тревожит, считает представитель Управления по социальным вопросам Андерс Тегнелль. «Мы должны проанализировать эти цифры, чтобы лучше понять, как это происходит. Мы знаем, что в некоторых группах происходят опасные процессы. Прежде всего, это мужчины, имеющие половые контакты с другими мужчинами, где мы в течение многих лет наблюдаем медленный, но отчетливый рост числа носителей ВИЧ», – говорит он.

09.02.2009. Франция. www.POZ.ru. Как сообщает Agence France Press, первая леди Франции, Карла Бруни-Саркози, начала свой тур по странам Африки, посвященный борьбе со СПИДом. На этой неделе она посетит первую страну назначения – Буркина-Фасо. Тур будет предпринят первой леди в качестве посла доброй воли Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией. В рамках своего тура Бруни-Саркози встретится с медицинскими

работниками и сотрудниками благотворительных организаций, также она посетит центр, в котором проводится тестирование на ВИЧ. По рейтингу ООН, Буркина-Фасо является третьей беднейшей страной мира. Несмотря на это, уровень распространения ВИЧ в стране был снижен с 7,4% в 1997 году до 2% в 2005 году. По мнению экспертов ООН, это результат эффективной кампании по распространению бесплатных презервативов. Бруни, жена президента Николя Саркози, в ноябре прошлого года согласилась стать послом доброй воли по защите матерей и детей от ВИЧ и СПИДа. Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией – это некоммерческая международная организация, которая спонсирует национальные программы по борьбе с этими тремя инфекциями в 136 странах, в том числе и в России. За время своего существования Глобальный фонд привлек 11 млрд долларов, пожертвованных богатыми государствами и сферой бизнеса. Бруни заинтересовалась работой в области ВИЧ после того, как она побывала в ЮАР – стране, где зафиксировано самое большое количество случаев ВИЧ. Бывшая супермодель и певица, Бруни надеется, что ее статус первой леди поможет в борьбе с этой глобальной проблемой. Впрочем, в самих странах Африки первые леди тоже участвуют в этой борьбе и даже создали собственную организацию. На прошлой неделе первая леди Эфиопии, Азех Месфин (Azeb Mesfin), заявила, что только политическая власть женщин позволит победить ВИЧ/СПИД, малярию и туберкулез на континенте, сообщает raparpress.com. В этом году Месфин была избрана президентом Организации африканских первых леди против ВИЧ/СПИДа. Во время своей инаугурационной речи Месфин заявила, что маргинальное положение женщин в политике не дает им возможности участвовать в принятии важных решений, которые непосредственно влияют на их жизнь. «У женщин должен быть доступ к власти. Если мы хотим победить в войне с бедностью, то мы должны увеличить возможности для женщин, в том числе в борьбе с ВИЧ/СПИДом», – заявила Месфин. Прежним президентом организации была Морин Мванаваса (Maureen Mwanawasa), жена бывшего президента Замбии, которой стало плохо во время последнего саммита Африканского союза, и два месяца спустя она скончалась во французской больнице. «Чтобы уменьшить случаи ВИЧ/СПИДа, нужно сделать так, чтобы у африканских женщин появился свободный выбор. Мы заслуживаем право на мир без насилия, где безопасность является реальностью и где возможности безграничны», – отметила Месфин, упомянув, что уровень сексуального насилия против женщин растет. По мнению Месфин, в период спада в экономике первые леди Африки играют решающую роль, так как их обязанность – защищать права людей своего пола. «Роль Организации африканских первых леди против СПИДа становится еще важнее перед лицом глобальной рецессии, потому что женщины – это самая уязвимая группа населения. Поэтому наша организация должна сыграть еще большую роль в борьбе против ВИЧ/СПИДа», – считает она. Месфин также напомнила, что в странах Африки 60% людей, живущих с ВИЧ, составляют женщины.

09.02.2009. США. www.POZ.ru. Мужчина из американского города Балтимор был приговорен к 25 годам тюремного заключения за то, что он застрелил женщину, с которой занимался незащищенным сексом. Мотивом для убийства послужили слухи, что у женщины ВИЧ, как оказалось позднее, ложные, сообщает FOXNews.com. По заявлению прокуратуры, 25-летний Брендон Чамберс был осужден за убийство 26-летней Шаники Претлоу в октябре 2005 года. Чамберс занимался с женщиной сексом без презерватива. Затем один из его друзей сказал ему, что у нее «жучок» – сленговое обозначение ВИЧ. Чамберс заявил своим друзьям, что сделает так, чтобы Претлоу умерла раньше его. По заявлениям свидетелей, Чамберс покинул бар вместе с Претлоу в день ее смерти. После этого он хвастался друзьям, что «пришлось ее убить». Вскрытие показало, что на самом деле у Претлоу не было ВИЧ. При жизни она одна воспитывала четырех маленьких дочек.



8 800 200 5555

РАВНЫЙ-РАВНОМУ

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ-ПОЛОЖИТЕЛЬНОМУ

ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ

«ШАГИ»

www.hiv-aids.ru

С газетой «Шаги экспресс»



к здоровому образу жизни