

ШАГИ

№ 1 / 2010

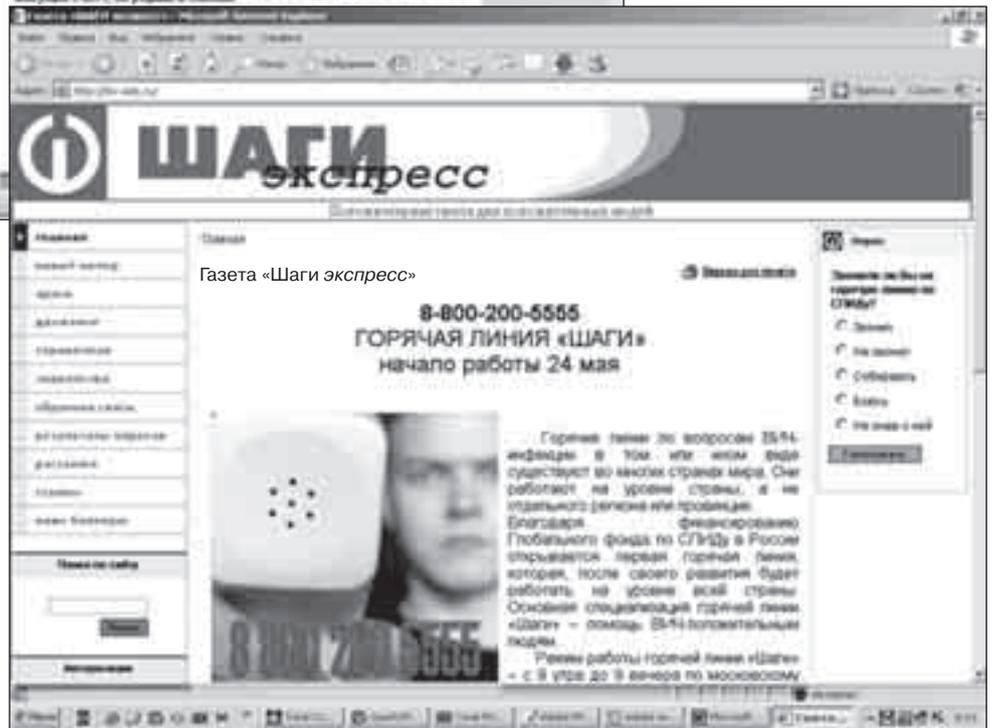
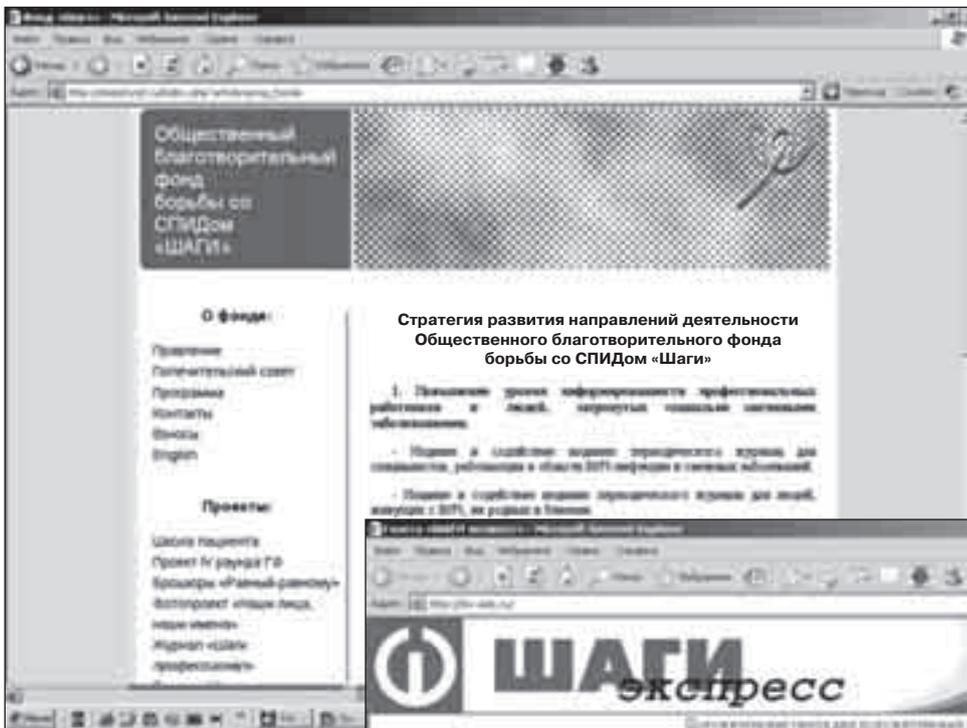
профессионал

*Предоставляя помощь,
она дает людям
возможность сделать
свой выбор.*

Стр. 27



Наталья Устюжанина



Сайты фонда «Шаги» и газеты «Шаги экспресс»

www.stepsfund.ru

www.hiv-aids.ru

СОДЕРЖАНИЕ

Итоги 2009 года

50 самых интересных новостей о СПИДе в 2009 году 2

Лица

Предоставляя помощь, она дает людям возможность сделать свой выбор
Вл. Пчелин 27

Обзоры мировых медицинских журналов 32

ВИЧ и право

ВИЧ и право в Российской Федерации 41

Эпидемия ВИЧ-инфекции среди ПИН и других уязвимых групп 58

Равный—равному

Лечиться или мучиться? Как справиться с побочным действием препаратов терапии
гепатита С на психику
Арсений Павловский 74

Отчет об исследовании проекта «Потенциал» (Центрально-Азиатская программа по борьбе
со СПИДом среди уязвимого населения; потенциал организаций, созданных людьми,
живущими с ВИЧ, в Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане и Узбекистане)
Геннадий Роуцупкин 80

Хроника

«Звезды против СПИДа» в Орле 94

Вести отовсюду 40, 57, 73, 79, 93, 96

Уважаемые читатели журнала «Шаги профессионал» и газеты «Шаги экспресс»!

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 на адрес редакции 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 (22) 2010 г.

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

Главный редактор: В.А. Пчелин.

Редакционный совет: В.В. Покровский, А.В. Кравченко, И.Г. Сидорович, Г.О. Гудима, Э.В. Карамов, Н.А. Должанская, Т.А. Логинова, М.М. Шегай, И.В. Пчелин, Е.А. Шуманский, А.Д. Денисов.

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, www.hiv-aids.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.

50 самых интересных новостей о СПИДе в 2009 году

В течение всего 2009 года на портале AIDS.ru публиковались самые актуальные новости по ВИЧ и СПИДу. Мы отобрали 50 новостных сообщений 2009 года, которые привлекли наибольшее внимание посетителей. Вряд ли есть лучший способ подвести итоги ушедшего года, чем просто взглянуть на самые громкие или просто интересные новости, красноречиво говорящие об основных тенденциях в области ВИЧ/СПИДа, которые наметились в 2009 году.

ЯНВАРЬ

ВИЧ-положительные жители Ирака живут в постоянном страхе насилия

Агентство IRIN сообщает о жизни и проблемах немногочисленных людей с ВИЧ в Ираке. Вдова Хана Калил (имя изменено) упала в обморок, когда врач одной из больниц Багдада сообщил ей в начале 1990-х годов, что у нее ВИЧ. Когда пришла в себя, она не могла понять, что ей говорит врач. «Физически я была в его кабинете, но мой разум был где-то еще, пытался понять, как я переживу последствия этого для жизни и здоровья», — рассказывает Хана.

ВИЧ-положительный статус в Ираке в лучшем случае означает социальную изоляцию. В худшем — смерть от рук религиозных экстремистов, которые считают вирус доказательством распущенного образа жизни человека. Время от времени появляются слухи о том, что экстремисты подкарауливают и расстреливают людей с ВИЧ. В Ираке низкий уровень эпидемии — только 44 людям официально поставлен диагноз ВИЧ-инфекция. Ихсан Джафар из Министерства здравоохранения говорит, что его ведомство пытается призывать людей пройти тестирование на ВИЧ и наблюдать за здоровьем ВИЧ-положительных, предоставляя им «бесплатное лечение и финансовую помощь». Проблема в том, что страх людей так велик, что они за этой помощью не обращаются.

Мужу Ханы вирус передался два года спустя их свадьбы. Тогда у пары родился ребенок и они решили никому ничего не рассказывать, опасаясь дискриминации. Однако когда у нее самой нашли ВИЧ, пара решила раскрыть свой секрет. «Мы паниковали и нам была нужна поддержка», — говорит Хана. «Мы рассказали родителям мужа, с которыми мы жили в одном доме, но, к сожа-

лению, они не поняли, сказали, чтобы мы уходили, потому что они стыдятся нас».

Ее собственные родители их тоже не приняли, так что пара сняла дом и сказала другим родственникам, что они уехали за границу. В 2000 году ее муж умер от туберкулеза — наиболее распространенной оппортунистической инфекции у людей с ВИЧ. После вторжения США в 2003 году у вдовы появилось много новых проблем, включая мусульманских экстремистов, которые говорят, что ВИЧ-положительные люди — это «грешники» и их нужно убивать. «Я превратилась в бедуинку, все время переезжаю с места на место, ищу еду и воду, но, в первую очередь, я ищу безопасное место», — рассказывает она.

Впервые вирус появился в Ираке в 1985 году, когда из Франции была ввезена кровь с ВИЧ. В следующем году ВИЧ был выявлен у нескольких человек, страдающих от гемофилии — заболевания, требующего частых переливаний крови. Подход властей к инфекции был, мягко выражаясь, жестким. В случае диагноза человека с ВИЧ и его ближайших родственников изолировали в специальных больницах. С того времени было зафиксировано еще 482 случая ВИЧ, только 44 человека с ВИЧ до сих пор живы. По современным законам пациент с ВИЧ имеет право на 85 долларов США в месяц, как и дотации на одежду. Те, кому инфекция передалась в 1985 году, имеют право на дополнительное пособие в 200 долларов США в месяц.

«Дайте себе шанс и пройдите медицинское обследование в одном из Центров СПИД. Ваше имя и личная информация не требуются», — повествует плакат, выпущенный Министерством здравоохранения. Власти осторожно ведут кампанию по СПИДу в местных СМИ, с помощью семинаров и плакатов. Программы по ВИЧ были включены в учебную программу средней школы, была создана информационная телефонная

линия по этой проблеме. Однако представители министерства подчеркивают, что кампания не должна вестись слишком «открыто» — все-таки страна очень консервативная, и людей нужно информировать, а не запугивать.

Аммар Мохаммед (имя изменено) боится, что его кто-нибудь узнает, каждый раз, когда он идет за денежным пособием. «Я чувствую себя как преступник, которому есть, что скрывать», — говорит Мохаммед, который испытал шок в 2006 году, когда был убит человек с ВИЧ, лечившийся в медицинском центре. «После этого я начал менять медицинские центры, чтобы меня не замечали в одном и том же центре каждый месяц». У иракских властей нет никакой статистики о том, сколько людей с ВИЧ были убиты вооруженными экстремистами.

Ученые нашли мутации ВИЧ, которые повышают эффективность лечения

Французские исследователи обнаружили несколько мутаций ВИЧ, которые связаны с резистентностью к новому препарату против ВИЧ — ингибитору протеазы Презиста (дарунавир). Однако они также обнаружили две мутации, которые повышают эффективность Презисты. Об этом говорится в результатах исследования, опубликованных в январском номере журнала «Journal of Antimicrobial Chemotherapy», сообщает POZ.com. Ученые до сих пор занимаются поиском разновидностей вируса, которые снижают эффективность препарата. Обычно они могут идентифицировать такие штаммы ВИЧ, только когда препарат уже одобрен. На основе этих исследований можно создать специальные генетические тесты, которые смогут определить, есть ли у человека резистентность, то есть устойчивость вируса, к тому или иному препарату. Именно поэтому такие исследования среди реальных пациентов с ВИЧ очень важны.

Доктор Диана Дескампис и ее коллеги провели исследование о том, какие мутации вируса могут повлиять на эффективность Презисты. Они проанализировали образцы крови 153 пациентов с ВИЧ, которые начали принимать антиретровирусную терапию вместе с Презистой. Препарат Презиста отличается от остальных препаратов своего класса — он эффективен даже для тех людей, у которых есть резистентность к другим ингибиторам протеазы.

Ученые обнаружили четыре мутации резистентности к Презисте, которые уже были известны ранее — I47V, I54M, T74P и I84V. Они также нашли четыре новых мутации в ферменте протеазы — K14R, K20I, E34Q и K55R. Помимо этих мутаций, которые приводят к резистентности, они также обнаружили две мутации, которые напротив повышают эффективность препарата — E35D и V82A. Авторы исследования предполагают, что это может объяснить, почему

Презиста так эффективна для людей с резистентностью к другим ингибиторам протеазы.

В Минске состоится конференция Белорусского сообщества людей, живущих с ВИЧ

Как сообщила руководитель сообщества Елена Григорьева, 23–25 января в Минске пройдет Первая конференция Белорусского сообщества людей, живущих с ВИЧ. Конференция посвящена первой годовщине работы организации, которая является национальной сетью ВИЧ-позитивных людей Беларуси. Сообщество создано по инициативе самих людей с ВИЧ, его деятельность направлена на защиту прав и отстаивание интересов ВИЧ-положительных.

Для участия в конференции приглашены эксперты, психологи, а также люди с ВИЧ из России, Литвы, Молдовы, Украины. Основная тема мероприятия — «Жизнь с диагнозом: вопросы и ответы». В рамках конференции состоится презентация деятельности инициативных групп Белорусского сообщества людей с ВИЧ из Минска, Могилева, Бобруйска (Могилевская область), Гомеля, Жлобина, Мозыря, Светлогорска, Речицы (Гомельская область), Витебска, Орши (Витебская область). Международные эксперты проведут мастер-классы по эффективной адвокации, а также на темы: «Партнерство и общественные связи», «Эффективные взаимоотношения врач—пациент», «Правовое регулирование вопросов ВИЧ-инфекции» и другие.

На открытие конференции приглашены заместитель министра здравоохранения Беларуси Валентина Качан, глава белорусского представительства Международной федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца Джо Лаури, представитель Шведского агентства международного развития Венке Шрибольдт, представители Белорусского общества Красного Креста, ВОЗ, ЮНИСЕФ, ПРООН, ЮНЭЙДС.

«Наше общественное объединение выражает озабоченность существующим в Беларуси предубеждением относительно людей с ВИЧ. Мы считаем, что как раз стигма в отношении ВИЧ-положительных во многом является препятствием в профилактике ВИЧ-инфекции, и готовы озвучить свою позицию», — заявила Елена Григорьева.

Группа ученых предлагает изменить сроки тестирования на ВИЧ

На данный момент людям, у которых был потенциальный риск передачи ВИЧ, рекомендуется сдать анализ не раньше, чем через три месяца после риска. Однако авторы редакционной статьи, опубликованной в февральском номере

Начата первая фаза испытаний генного препарата против ВИЧ

журнала «Sexually Transmitted Infections», считают, что эта рекомендация устарела, сообщает Aidsmap.com. Они отмечают, что новая технология тестирования позволяет получить точный результат тестирования уже через месяц после передачи ВИЧ. По их мнению, рекомендация отложить тестирование на 3 месяца, препятствует диагностике первичной инфекции, во время которой «существует самый высокий риск передачи вируса».

В большинстве стран мира одна из главных проблем в области СПИДа заключается в том, что значительное число ВИЧ-положительных не знают о своем статусе, потому что они не проходили тестирование. Есть доказательства того, что в большинстве случаев вирус передается от тех людей, которые не знали, что у них есть ВИЧ. Для борьбы с этой проблемой США приняли рекомендацию о стандартном тестировании на ВИЧ для всех людей, независимо от группы населения, в 2006 году. В конце 2007 года эксперты из Европы провели специальную встречу, на которой обсудили меры по сокращению не диагностированных случаев ВИЧ-инфекции.

Авторы статьи предлагают добиться этой цели, увеличив доступ к добровольным экспресс-тестам на ВИЧ, результат которых можно узнать в течение получаса. Они также считают, что нужно активно предлагать всем пациентам из уязвимых групп тестирование на ВИЧ (у пациента при этом остается возможность отказаться от теста).

В статье отмечается, что иногда людям не делают теста, потому что они могут находиться «в периоде окна», когда у них еще не выработались антитела, которые выявляет анализ. Однако самое последнее поколение тестов на антитела к ВИЧ может показать достоверный результат уже через месяц после последнего риска, так что можно сократить срок, рекомендуемый для тестирования.

В течение первых недель после передачи вируса существует самый высокий риск передачи ВИЧ другому человеку, так как у людей с первичной ВИЧ-инфекцией очень высокий уровень вируса в крови. Согласно данным одного исследования, в половине случаев ВИЧ передается от людей на первичной стадии ВИЧ-инфекции. Авторы статьи подчеркивают, что это значит, что необходимо направить усилия на выявление ВИЧ именно на ранней стадии.

Ученые считают, что современная стратегия по тестированию на ВИЧ слишком пассивна — она основана на ожидании, что люди с высоким риском сами обратятся по этому поводу. Они утверждают, что в наше время информационных технологий, нужно использовать эти возможности, чтобы активно привлекать людей к тестированию. «Тестирование на ВИЧ остается самым острым инструментом в арсенале профилактики», — пишут авторы.

Биотехнологическая компания «Sangamo BioSciences», базирующаяся в Калифорнии (США), объявила о начале первой фазы тестирования генного препарата против ВИЧ, пишет Reuters. Медикамент под рабочим названием SB-728-T разрушает рецептор гена CCR5, который используется вирусом для блокировки пораженной клетки. В первом этапе тестов будет задействовано 12 ВИЧ-положительных пациентов.

Действие нового препарата основано на том факте, что люди с мутацией гена CCR5 (в Европе их количество не превышает 3% от общего числа жителей) лучше сопротивляются воздействию вируса. «Мы ожидаем, что Т-лимфоциты пациентов приобретут постоянную невосприимчивость к ВИЧ», — поясняет доктор Карл Джун из Пенсильванского университета, который примет участие в исследовании. Алгоритм лечения будет напоминать прививку: Т-лимфоциты из организма больных подвергнутся воздействию препарата, затем они будут помещены обратно в организм, после чего мутировавшие клетки размножатся и создадут надежную защиту от вируса.

В ноябре прошлого года врачи из берлинского медицинского комплекса Charite-Universitätsmedizin Berlin, наблюдали подобный терапевтический эффект при пересадке костного мозга пациенту, у которого было диагностировано сразу два смертельных заболевания — СПИД и лейкемия. Для того чтобы заменить разрушенные клетки костного мозга, медики подобрали донора с мутацией гена CCR5. Результаты операции ошеломили хирургов: пациент не только излечился от лейкемии, но также показал неопределяемый уровень вирусной нагрузки.

Ожидается подорожание лекарств в России

Госдума объявила о подготовке экстренного законопроекта, который запрещает госзакупки лекарств на аукционах, проводить их нужно будет только на конкурсной основе. Депутаты надеются, что это уменьшит коррупцию и позволит покупать не только дешевые, но и качественные препараты. По официальным данным, в январе лекарства в России подорожали на 11%, а по экспертным оценкам, за весь 2009 год цены на медикаменты поднимутся не менее чем на 20%, а в худшем случае — до двух раз.

Председатель думского комитета по охране здоровья Ольга Борзова убеждена: законодательные поправки нужно принимать срочно, поэтому, возможно, они «будут рассмотрены палатой в ходе текущей сессии». «Цена лекарств не

может быть основным критерием при их закупках на государственном уровне, как это происходит сейчас на аукционах, и отталкиваться следует в первую очередь от критериев качества», — заявила депутат.

Качество, конечно, необходимо, но в условиях финансового кризиса на первый план для населения выходят все же цены. В среднем с 1 января стоимость лекарств увеличилась на 11%, а по разным препаратам — от 1 до 20%. Основная причина — ослабление рубля. По оценкам маркетинговой компании «DSM Group», в натуральном выражении 37% российского рынка готовых лекарственных средств составляют иностранные препараты. В стоимостном выражении на импорт приходится уже 76%, поскольку из-за рубежа ввозятся в основном дорогие лекарства. Однако в действительности ситуация еще хуже. «Дело в том, что многие отечественные компании производят препараты из зарубежного сырья. С учетом этого импорт составляет 90% рынка», — пояснил исполнительный директор Союза профессиональных фармацевтических организаций Геннадий Ширшов. Поэтому неудивительно, что сегодня основным игроком на фармацевтическом рынке является Центробанк.

«Лекарственная инфляция» в 2009 году составит 20%, прогнозируют в «DSM Group». В 2008 году она была на уровне 13% (почти как обычная инфляция), хотя еще в 2007 году медикаменты дорожали намного медленнее. «На самом деле, на сколько подорожают лекарства, знает только Центробанк. В аналогичной ситуации в посткризисном 1999 году рынок в рублях вырос в два раза», — заявил «Новым Известиям» генеральный директор «DSM Group» Александр Кузин. Действительно, опрошенные «Новыми Известиями» эксперты считают 20% базовой цифрой, которая запросто может увеличиться. Ведь на подорожание, связанное с курсом рубля, наложились дополнительные негативные факторы. Растут ставки по кредитам, тарифы на перевозку и аренду, и бизнесмены закладывают эти расходы в цену лекарств. В Росздравнадзоре отмечают, что аптеки пока чувствуют себя хорошо, а вот по производителям кризис уже ударил. В Красноярском крае крупнейший производитель антибиотиков сократил около 1100 специалистов. Вдобавок три завода приостановили выпуск ампульной продукции.

Кроме того, до 1 марта в Москве ликвидируются все таможенные посты, а товары будут направляться непосредственно в регионы. Затем начнется вывод таможен из Петербурга. Эта программа принималась, чтобы избавить крупные города от большегрузных автомобилей — одной из причин дорожных пробок. «Однако лекарственные препараты — не простой товар. Он требует соблюдения специальных правил хранения, лаборатории для анализа и других условий. Сейчас все это уже практически ликвидировано в Москве, но замены в регионах не создано. А

ведь две трети всех лекарственных препаратов проходили таможенное оформление именно в столице», — сообщил источник в фармацевтической отрасли. Увеличение времени оформления и изменение цепочки поставок, естественно, будут заложены в цены.

В общем, ситуация безрадостная — рубль падает, заводы останавливаются, таможни ликвидируются, а в аптеках один импорт. Может ли правительство хоть что-то сделать в такой ситуации? Еще в декабре глава Росздравнадзора Николай Юргель заявил, что ведомство приступило к разработке антикризисных мер. «Важно также создать механизм «замораживания» цен на лекарства, закупаемые по государственным программам, и препараты из перечня жизненно необходимых лекарственных средств», — сказал чиновник.

Специалисты же убеждены: влиять на цены государство практически не может. «По российскому законодательству можно устанавливать только предельную торговую надбавку на цены лекарств из реестра жизненно важных и необходимых средств. Реестр включает далеко не все препараты, предельные оптовые и розничные надбавки в сумме ограничены 40%, и, наконец, если отпускная цена увеличится, то и надбавка возрастет», — пояснил Геннадий Ширшов. Единственное, что, по его мнению, может сделать правительство — установить цены на аукционах по обеспечению необходимыми лекарственными средствами — ОНЛС (раньше это называлось ДЛО — дополнительным лекарственным обеспечением льготников), скажем, на 20% ниже. Но ОНЛС составляет лишь пятую часть рынка в денежном выражении.

Директор по развитию портфеля крупной аптечной сети Герман Иноземцев считает, что государство все-таки может не только это. «В Европе завод-производитель имеет возможность выпускать препараты с одним международным непатентованным названием, но под разными брендами на одной производственной линии», — рассказал он. В результате в аптеках стоят не только дорогие брендированные лекарства, значительную долю стоимости которых составляют затраты на международную рекламу, но и их дешевые местные аналоги, выпущенные под брендом аптеки. По словам Иноземцева, из-за того, что российское законодательство подобной практики не разрешает, его сеть производит лекарства под своей маркой за рубежом, лишая отечественные заводы заказов на 1 млрд рублей. При этом препарат, произведенный в России, мог бы стоить на 20–30% дешевле импортного аналога. Те же трудности испытывают и другие российские аптечные сети.

В конце декабря Федеральная антимонопольная служба (ФАС) обнаружила, что аптечные сети с признаками доминирования есть в 51,8% городов с населением от 100 до 500 тыс. человек, и пообещала «пресекать попытки уста-

навливать монополю высокие цены на лекарства». Звучит грозно, но если внимательно прочитать доклад ФАС, станет ясно, что в малых городах аптеки вынуждены объединяться в крупные конгломераты, поскольку большим фирмам проще выдерживать задержки и неплатежи по программе ОНЛС-ДЛО.

Здесь ФАС противоречит Минздравсоцразвития, который регулярно сообщает об идеальном снабжении льготными лекарствами. «Аукционы по программам ОНЛС и обеспечению лекарственными средствами больных с заболеваниями, требующими дорогостоящего лечения, уже состоялись, и сегодня эти лекарства приобретены по ценам, которые были до ослабления курса рубля. Цены по ним зафиксированы. Обязательства перед льготниками выполняются в полном объеме и будут выполняться также и впредь», — говорится в официальном ответе Минздрава на запрос «Новых Известий». Аналитики соглашаются: в первом квартале 2009 года программа ОНЛС будет выполнена. Проблема в том, что она охватывает не более 20% рынка. Добавим, что, по подсчетам ФАС, в России 73,5% аптек принадлежат частным собственникам, а, например, в Москве — более 90%. Это тоже ограничивает возможности регулирования.

Герман Иноземцев затрудняется прогнозировать, что будет происходить с ценами на лекарства, ведь, с одной стороны, поставщики повышают цены, а с другой — аптеки не могут их в той же мере поднимать, поскольку снижается покупательская способность граждан. Александр Кузин предполагает, что люди могут отказаться от дорогих (выше 500 руб.) оригинальных препаратов (особенно антибиотиков) в пользу дешевых аналогов.

По оценкам «DSM Group», средняя стоимость упаковки в 2008 году составила более 57 руб., а средний россиянин потратил на лекарства из собственных средств 1670 руб. (или 67 долларов). При этом, по данным Росстата, ежемесячные подушевые доходы составили 15 106 руб. Подорожание даже на 20% приведет к тому, что доля лекарств в доходах россиянина, которые вряд ли в 2009 году увеличатся, составит как минимум 13%.

Контакт с ВИЧ при оральном сексе вызывает иммунный ответ в слюне

У ВИЧ-отрицательных мужчин, состоящих в продолжительных отношениях с ВИЧ-положительными партнерами, наблюдается выработка специфических антител против ВИЧ в слюне, которые подавляют ВИЧ-инфекцию. Об этом говорится в результатах исследования шведских ученых, опубликованных в журнале *AIDS*, сообщает *Aidsmap*. Впервые такой иммунный ответ на контакт с ВИЧ был обнаружен в слюне. Это

может объяснить, почему среди пар с разным ВИЧ-статусом, практикующих опасный оральный секс, так редко встречаются случаи передачи вируса.

Ранее было доказано, что во время фелляции передача ВИЧ-инфекции возможна, и такие случаи были зафиксированы. Однако случаи передачи ВИЧ при оральном сексе очень редки по сравнению с другими видами проникающего секса. Одна из причин низкого риска при оральном сексе в том, что в слюне человека содержится фермент, который действует как препарат против ВИЧ. Более того, несколько исследований, самое известное из них было проведено среди секс-работниц Кении, выявили людей, которые часто занимались опасным вагинальным сексом и, скорее всего, множество раз контактировали с ВИЧ, но у которых не было инфекции. Тогда ученые предположили, что из-за многократного риска у таких людей вырабатывается сильный иммунный ответ, который частично защищает их от ВИЧ-инфекции. Другие ученые определили маркеры иммунной системы, которые указывают на такой иммунный ответ. В первую очередь, это специфические антитела (IgA1), которые могут нейтрализовать ВИЧ, а также специфический ответ клеток иммунной системы — CD4.

Клара Хасселрот и ее коллеги из Стокгольма хотели узнать, может ли регулярный незащищенный оральный секс в парах, где один из партнеров заведомо является ВИЧ-положительным, привести к появлению специфических антител в слюне, защищающих от ВИЧ во время орального секса. В исследовании приняли участие 25 ВИЧ-отрицательных мужчин, которые в течение последних шести месяцев состояли в отношениях с ВИЧ-положительным мужчиной, и 22 ВИЧ-отрицательных мужчины без таких отношений в качестве контрольной группы. Участники исследования заполняли опросники, согласно которым 24 из 25 мужчин занимались незащищенным принимающим оральным сексом в течение предыдущих шести месяцев. В трех случаях это был секс с партнером неизвестного ВИЧ-статуса, в 21 случае это был секс с их ВИЧ-положительным постоянным партнером. Только у двух ВИЧ-положительных партнеров был неопределяемый уровень вируса в крови. Так что получается, что почти у всех ВИЧ-отрицательных партнеров был контакт с ВИЧ во время орального секса.

Анализ образцов слюны выявил нейтрализующие антитела к ВИЧ у 15 ВИЧ-отрицательных мужчин. В контрольной группе антитела в слюне были обнаружены у шести мужчин, что говорит о том, что это обычное свойство для человеческой слюны. Дальнейшие тесты показали, что только у 13 мужчин с ВИЧ-положительными партнерами слюна содержала антитела IgA1, и только у пяти из них слюна обладала способностью нейтрализовать ВИЧ. Исследователи

также обнаружили, что появление нейтрализующих антител в слюне связано с более высокой вирусной нагрузкой у партнеров.

Ученые пришли к выводу, что регулярный контакт с ВИЧ во время орального секса вызывает специфический иммунный ответ в слюне. Два года спустя ученые провели повторное тестирование. Ситуация никак не изменилась для большинства мужчин в отношениях с ВИЧ-положительными партнерами, только у одного мужчины в слюне впервые появились нейтрализующие ВИЧ антитела. Более того, все эти мужчины остались ВИЧ-отрицательными.

В Японии увеличиваются темпы роста эпидемии

Как сообщило Associated Press, в 2008 году темпы роста эпидемии ВИЧ-инфекции в Японии продолжили увеличиваться, хотя уровень распространенности ВИЧ остается низким. Японское министерство здравоохранения зарегистрировало в 2008 году 1545 новых случаев ВИЧ-инфекции. Шестой раз подряд количество новых случаев оказывается выше, чем за любой предшествующий год.

Обращает на себя внимание большая доля людей, которым диагноз был поставлен на стадии СПИД, — 432 человека, то есть почти треть. Возможно, это связано с недостаточно широкой распространенностью тестирования. Не исключено, что реальная распространенность ВИЧ гораздо больше. Наибольшее количество зарегистрированных в 2008 году новых случаев (559 человек) пришлось на людей в возрасте от 30 до 39 лет. В подавляющем большинстве случаев передача ВИЧ произошла половым путем — с употреблением наркотиков связано всего 10 случаев. MSM (мужчины, вступающие в половые связи с мужчинами) являются наиболее уязвимой группой: на них пришлось 62% всех новых случаев ВИЧ-инфекции. Это согласуется с данными Всемирной организации здравоохранения о недостаточной профилактике ВИЧ-инфекции среди азиатских MSM.

Всего в Японии около 10 тыс. официально зарегистрированных ВИЧ-положительных. Это составляет примерно 0,008% от всего населения страны. Уровень распространенности ВИЧ в Японии остается одним из самых низких в мире. Для сравнения, в России десятитысячный случай ВИЧ-инфекции был зафиксирован десятью годами ранее — в 1998 году, хотя общая численность населения в Японии (127 млн) немногим меньше. С другой стороны, тенденция непрерывного роста числа новых случаев — это очень тревожный сигнал.

В Японии распространено представление о том, что ВИЧ-инфекция является совершенно чуждым стране явлением. О первом случае было официально заявлено только в 1987 году, хотя

позже обнаружилось, что в 80-е годы в связи с несоблюдением мер предосторожности вирус часто передавался при переливании крови. По разным оценкам, в это время содержащая вирус кровь была перелита от 1000 до 2000 людей с гемофилией.

МАРТ

Предложен способ лечения туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью

Ключ к лечению туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью, возможно, кроется в правильной комбинации двух лекарств, уже применяемых для борьбы с бактериальными инфекциями, сообщает РИА Новости. Особо опасная форма этого заболевания, которая не поддается лечению современными препаратами, получила широкое распространение за последние годы. Как известно, туберкулез представляет серьезную угрозу для людей с ВИЧ, особенно если у них значительно ослаблена иммунная система.

Ученые из Медицинского колледжа имени Альберта Эйнштейна при Университете Йешива в Нью-Йорке и их коллеги из Национального института аллергии и инфекционных заболеваний (NIAID) обнаружили, что в лабораторных условиях можно остановить развитие вызывающих туберкулез бактерий, в том числе и устойчивых штаммов, если использовать в определенном сочетании два препарата — клавуланат и меропенем. О результатах исследования сообщил журнал «Science».

Клавуланат блокирует бактериальный фермент бета-лактомазу, которая как раз защищает бактерии от второго препарата — антибиотика меропенема. Таким образом, одно лекарство лишает бактерию возможности сопротивляться второму. Идея ингибирования бета-лактомазы для увеличения эффективности антибиотиков не нова, однако заслугой американских медиков является детальный анализ механизма активности бета-лактомазы и точный подбор соотношения двух лекарств, который и позволил найти эффективный способ борьбы с инфекцией, не поддававшейся лечению.

Конечно, препараты, эффективные в пробирке, не всегда работают на живых людях. Начало клинических испытаний запланировано уже на этот год, сообщает Associated Press. Испытания пройдут на группах добровольцев из Южной Кореи и ЮАР.

Онищенко против метадоновых программ

Геннадий Онищенко, глава Роспотребнадзора, главный государственный санитарный врач

России, отвергает критику в адрес России из-за отказа разрешить заместительную терапию героиновой зависимости, передает «Интерфакс».

Речь идет о методе лечения наркотической зависимости, при котором вместо нелегальных наркотиков под контролем врачей выдается сходное по действию вещество (обычно, метадон), которое позволяет снять абстинентный синдром («ломку»). Одной из задач заместительной терапии считается профилактика ВИЧ-инфекции, поскольку используемый в таких программах метадон пьют, а не вводят инъекционно.

«Заместительная терапия навязывается России и через международные организации, и через институты ООН. Но наши настоятельные просьбы предоставить убедительные данные об эффективности заместительной терапии на примере хотя бы одной страны остаются без ответа», — заявил Онищенко «Интерфаксу».

«Заместительная терапия — это, по сути, легализация наркотиков. Разрешив ее, мы выпустим ситуацию из-под контроля. В России введение заместительной терапии нецелесообразно. Для этого нет организационной, законодательной и медико-социальной базы», — сказал глава Роспотребнадзора.

Метадоновые программы действуют сегодня во многих странах мира, в том числе в большинстве европейских стран, включая прибалтийские государства и Украину, в Китае, Таиланде, ЮАР, в большинстве штатов США. Заместительная терапия официально поддерживается Всемирной организацией здравоохранения, Управлением ООН по наркотикам и преступности, Объединенной программой ООН по ВИЧ/СПИДу и определяется как один из наиболее эффективных методов лечения опиоидной зависимости.

Женские презервативы второго поколения одобрены в США

Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) одобрило новую разновидность женских презервативов, передает Associated Press. Женский презерватив второго поколения (FC2) разработан компанией «Female Health». Основным достоинством женских презервативов является то, что контроль за применением этого профилактического средства полностью принадлежит женщине.

Первый вариант женского презерватива (FC), также разработанный «Female Health», был одобрен FDA в 1993 году. Пять лет назад компания начала работу над усовершенствованной моделью. Разработчиков интересовала прежде всего возможность снижения цены. Презерватив нового поколения изготовлен из синтетической резины и дешевле полиуретано-

вого на 30%. Кроме того, полиуретановые презервативы первого поколения могли громко шуршать при использовании, а новая модель лишена этого недостатка. По эффективности и способу применения старый и новый варианты не отличаются.

Женские презервативы второго поколения были одобрены Всемирной организацией здравоохранения еще в 2006 году и распространялись в рамках программ ООН в 77 странах. Теперь усовершенствованная модель женских презервативов разрешена в США и может также использоваться американскими организациями международной помощи.

Бенедикта XVI критикуют за неприятие презервативов

Папа римский Бенедикт XVI в ходе своей поездки по странам Африки сделал заявление о борьбе со СПИДом, которое вызвало скандал. Понтифик считает, что эпидемию нельзя победить при помощи распространения презервативов, по его мнению, это только усугубляет проблему.

Эти слова незамедлительно встретили резкую критику со стороны местных общественных организаций и международных групп, пытающихся справиться с болезнью, бушующей в Африке. Активисты кампании по борьбе со СПИДом разочарованы, поскольку по их усилиям нанесен серьезный удар. Папу обвинили в том, что он очень далек от основных проблем современности, не понимает нынешней жизни, его предложения антигуманны и приведут к дальнейшим страданиям ни в чем не повинных людей.

Свою обеспокоенность словами папы уже выразила Франция. Представитель французского МИД Эрик Шевалье назвал такую позицию угрозой основам здравоохранения. «Мы считаем, что подобные заявления угрожают политике здравоохранения и необходимости защищать человеческую жизнь. Наряду с информированием, изучением и тестированием презервативов является основным элементом деятельности по предупреждению передачи ВИЧ», — сказал он.

Религиозные организации на континенте оспаривают распространение презервативов как способ борьбы с болезнью, который многими считается здоровым. Они полагают, что лучшее средство — сексуальное воздержание и строгое соблюдение религиозной морали. Ватикан свою позицию не меняет, Католическая церковь всегда выступала против противозачаточных средств и против распространения продажи презервативов, что часто вызывало общественное осуждение.

В частности, предшественнику Бенедикта, Иоанну Павлу II, до сих пор припоминают его выступление в Танзании в 1990 году. В городе Мванза он тогда заявил, что использование презервативов является грехом в любом случае. Он

также хвалил семейные ценности, верность и воздержание, видимо, не зная о местных традициях. Например, о том, что жены выходили за братьев умерших мужей.

Тогда Танзания, Уганда и другие страны вокруг озера Виктория оказались в самом центре эпидемии, которая еще только набирала обороты. Многие считали, что папа приговорил миллионы африканцев к смерти. По оценкам, к 2010 году в Центральной и Южной Африке будет 50 млн сирот, 18 млн их родителей погибнет от СПИДа и болезней, с ним связанных.

АПРЕЛЬ

Украине удалось добиться снижения темпов роста эпидемии

В Украине в результате реализации программы Глобального фонда «Преодоление эпидемии ВИЧ/СПИДа в Украине» удалось сократить в три раза с 2004 года темпы роста эпидемии ВИЧ. Об этом на пресс-конференции в УНИАН сообщил исполнительный директор Международного Альянса по ВИЧ/СПИДу в Украине Андрей Клепиков.

«На протяжении последних пяти лет нам удалось более чем в три раза сократить темпы роста заболеваемости ВИЧ-инфекцией — с 24,7% в 2004 году до 7,3% в 2008 году. Темпы роста смертности от СПИДа сократились более чем в 4 раза — с 38,1% в 2004 году до 8,2% в 2008 году», — сказал Андрей Клепиков.

В то же время, по мнению портфолио-менеджера Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией Андреаса Тамберга, такие результаты профилактической работы еще не являются основанием считать о ликвидации угрозы. «Программа успешно реализована, но это не означает, что общий масштаб эпидемии сокращается. Есть определенные показатели к снижению роста распространения заболеваний. Но пока что на основе имеющихся данных рано объявлять победу, есть еще основания опасаться за будущее населения страны. Ситуация еще может обернуться в генерализированную эпидемию», — пояснил Андреас Тамберг.

Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией в рамках реализации программы «Преодоление эпидемии ВИЧ/СПИДа в Украине» на протяжении 2004—2009 годов выделил Украине 98 млн долларов для снижения уровня распространения ВИЧ-инфекции и смертности от СПИДа.

Одним из направлений этой программы являлось расширение доступа ВИЧ-позитивных к антиретровирусной терапии. После завершения программы Украина обязалась продолжить предоставление лечения за средства государственного бюджета.

Основными реципиентами средств Глобального фонда являлись Международный альянс по ВИЧ/СПИДу в Украине, а также Всеукраинская сеть людей с ВИЧ. Программа закончилась 31 марта 2009 года.

Новые свидетельства в пользу раннего начала терапии

Раннее начало антиретровирусной терапии против ВИЧ (возможно, до того как уровень клеток CD4 станет ниже 500) может значительно уменьшить риск смерти. Об этом говорится в результатах нового исследования, опубликованных в апрельском номере журнала «The New England Journal of Medicine», сообщает roz.com. Вопрос о том, когда лучше начинать антиретровирусную терапию, считается одним из самых острых в исследованиях ВИЧ, и мнения экспертов по этому поводу до сих пор расходятся.

Несколько исследований показали, что если люди откладывают начало терапии до того как уровень CD4 станет ниже 350 клеток, то для них существует повышенный риск сердечных приступов и других заболеваний, не связанных со СПИДом. Некоторые ученые считают, это доказывает, что необходимо начинать лечение ВИЧ раньше, чем рекомендуется сейчас. В то время как другие говорят, что пока что доказательств слишком мало, чтобы менять существующие рекомендации.

Чтобы определить потенциальные преимущества раннего лечения, Мари Китахата и ее коллеги из Вашингтонского университета проанализировали истории болезни ВИЧ-положительных пациентов, участвовавших в одном крупном исследовании. Они проанализировали случаи 9155 людей с ВИЧ, которые наблюдались с 1996 по 2005 год и у которых уровень CD4 был выше 500 клеток. Из них 2220 человек начали терапию при CD4 выше 500 клеток, а 6935 начали терапию при уровне CD4 ниже 500 клеток. Анализ показал, что для тех, кто начинал терапию при уровне CD4 выше 500 клеток, риск смерти был ниже на 94%. С повышенным риском смерти в исследовании были связаны употребление инъекционных наркотиков, пожилой возраст и наличие гепатита С. Однако даже после исключения всех этих факторов, риск смерти был ниже для тех, кто начинал принимать терапию раньше, чем рекомендуется на данный момент. Авторы исследования рекомендуют дальнейшее изучение этого вопроса, которое, возможно, приведет к изменению существующих рекомендаций.

Глава Управления ООН по наркотикам и преступности считает состояние тюрем катастрофическим

По всему миру в переполненных тюрьмах идет быстрое распространение ВИЧ при упот-

реблении наркотиков, и это угрожает здоровью не только заключенных, но и всего общества — заявил глава Управления ООН по наркотикам и преступности, сообщает Reuters. Если вспомнить старую истину о том, что тюрьмы — это отражение общества в целом, то «мы видим катастрофу мирового масштаба», считает Антонио Мария Коста.

Всего 30 млн людей в мире находятся в местах лишения свободы на данный момент, и распространение ВИЧ в тюрьмах остается одной из сложнейших проблем. Коста предупреждает, что это бомба замедленного действия, которая взорвется, когда значительное число нынешних заключенных выйдет на свободу. «Это медицинская бомба, из-за ВИЧ, который они уносят с собой, и это бомба, потому что тюрьмы — это университеты преступников», — заявил он во время пресс-конференции.

По словам Косты, проблема переполненности тюрем особенно остро стоит в странах Африки и Центральной Америки, которые он недавно посещал и где число заключенных до десяти раз превышает вместимость зданий. Одна тюрьма на Гаити, которую он посетил, содержала 4000 заключенных, хотя она была рассчитана только на 420. Заключенным приходилось стоять, потому что им негде было спать. В других странах тюрьмы вмещают в два или три раза больше заключенных, чем положено.

Коста считает, что глобальный экономический кризис уже помешал продолжить строительство тюрем и вряд ли можно надеяться, что эта ситуация изменится к лучшему. «Во всем мире деньги на тюрьмы ограничены... приоритет отдается детям, образованию, здравоохранению, пенсионерам».

ООН провела 54-летнюю кампанию по улучшению условий в тюрьмах, разработала несколько стандартов по управлению тюрьмами и обращению с заключенными, в том числе по питанию, проживанию и одежде для заключенных. По словам Косты, ООН должна поощрять страны соблюдать эти руководства. Также необходимо искать альтернативы тюремному заключению для мелких преступлений, чтобы уменьшить перенаселенность тюрем.

Экономический кризис может оставить без лечения 1,7 млн ВИЧ-положительных

Жизненно необходимые препараты против ВИЧ для почти 1,7 млн людей находятся под угрозой из-за проблем с финансированием в эпоху глобального финансового кризиса. Об этом говорится в результате анализа, проведенного Всемирным банком, сообщает «Financial Times». Исследование демонстрирует последствия экономического спада для 69 беднейших стран мира, из которых 15 подвержены повышенному

рisku длительных перебоев с поставками антиретровирусных препаратов из-за сокращения финансирования.

Анализ показывает, что за последние 10 лет в рекордно короткие сроки 3,4 млн людей с ВИЧ были обеспечены необходимым лечением, однако сейчас эти достижения могут оказаться под угрозой. Всемирный банк предупреждает, что в первую очередь кризис повлияет на области здравоохранения, образования и другие социальные сферы, а данные предыдущих финансовых кризисов позволяют предположить, что от 200 до 400 тыс. детей в возрасте до 5 лет умрут непосредственно из-за сокращений социальных бюджетов. Джой Фумафи, вице-президент Всемирного банка по человеческому развитию и бывший министр здравоохранения Ботсваны считает: «Этот новый отчет показывает, что люди со СПИДом могут быть в опасности, они могут потерять свое место в спасательной шлюпке. Глобальный экономический кризис подрывает рост и развитие беднейших стран мира».

Однако правительства не хотят допускать, чтобы люди, принимающие терапию, были вынуждены прервать лечение. Так что еще большей опасности подвержены программы профилактики и проекты, направленные на предотвращение новых случаев инфекции. В тридцати трех странах, в которых живут три четверти ВИЧ-положительных людей, ожидаются сокращения программ профилактики среди наиболее уязвимых групп населения.

Джон Лиден из Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, считает: «Все знают, что если вы начали, то вы обязаны продолжать выполнять свое обещание. Мы говорим о том, чтобы сохранить глобальные обязательства, без которых мир не может обойтись». Он говорит, что правительства обещали профинансировать работу Глобального фонда хотя бы в 2011–2012 году, хотя есть признаки того, что его бюджет на последний, девятый раунд грантов будет сокращен.

МАЙ

В Калужской области продолжается проект по профилактике среди трудовых мигрантов

Калужский областной СПИД-центр совместно с общественной организацией «Врачи Калужской области» приступил к реализации второго этапа профилактической работы среди трудовых мигрантов, передает REGNUM.

Трудовые мигранты во всем мире являются одной из наиболее уязвимых групп. Из-за высокой мобильности и отсутствия доступа к системам социальной поддержки уровень распространенности ВИЧ среди мигрантов часто оказы-

ваются выше, чем среди коренного населения. В прошлом году в Калужской области среди иностранных рабочих было зарегистрировано 52 новых случая ВИЧ-инфекции.

Калужский СПИД-центр уже второй раз получает грант на работу с иностранными рабочими. По итогам 2008 года организаторы конкурса признали работу созданной на базе центра мультидисциплинарной команды, в которую вошли врачи-эпидемиологи, медицинские сестры и медицинские психологи, одной из лучших среди 25 регионов России.

Как сообщила руководитель проекта, врач-эпидемиолог Ольга Козлова, на втором этапе проекта финансирование составит 278 тыс. рублей. Впервые будут приобретены дорогостоящие экспресс-тесты для определения ВИЧ-статуса по слюне. В рамках проекта ожидается поступление информационно-методических материалов по профилактике ВИЧ-инфекции и других социально значимых заболеваний на таджикском и узбекском языках, что позволит специалистам вести профилактическую работу среди рабочих, плохо владеющих русским языком.

Обама хочет выделить 63 миллиарда на борьбу с болезнями в мировом масштабе

Президент США Барак Обама намерен просить Конгресс выделить 63 млрд долларов на 6 лет для решения глобальных проблем в сфере здравоохранения, передает Agence France-Presse.

Средства будут направлены в основном на борьбу со СПИДом, туберкулезом и малярией в развивающихся странах. Среди приоритетов также борьба с тропическими заболеваниями и детской смертностью.

В заявлении президента Обамы говорится о невозможности отгородиться от проблем, с которыми сталкиваются другие государства: «Эпидемия, вспыхнувшая в Индонезии, может достичь Индианы за считанные дни. Кризисы систем здравоохранения за рубежом могут стать причиной страданий многих людей, привести к конфликтам и экономическому спаду».

Госсекретарь США Хиллари Клинтон полагает, что инициатива американского президента станет важнейшим компонентом внешней политики США.

В своем стремлении улучшить ситуацию со здравоохранением в беднейших странах мира Обама продолжает курс Джорджа Буша-младшего, который выделял значительные суммы на программы международной помощи, прежде всего, на борьбу со СПИДом в Африке. Следует отметить, что согласно плану Обамы объемы помощи должны возрасти, однако критики говорят, что в ходе предвыборной кампании Обама обещал несколько большее увеличение финансирования.

Подведены первые итоги реализации проекта «ГЛОБУС»

Фонд социального развития и охраны здоровья «Фокус-Медиа» представил первые итоги пятилетней деятельности в рамках проекта «Глобальное объединение усилий против СПИДа» (ГЛОБУС), осуществляемого консорциумом некоммерческих организаций («Фокус-Медиа», Открытый институт здоровья, фонд «Центр социального развития и информации» (PSI), «СПИД фонд Восток–Запад» (AFEW), «СПИД инфосвязь»). В пресс-конференции, состоявшейся 14 мая в РИА «Новости» при поддержке АСИ, приняли участие представители фонда «Фокус-Медиа» и региональных партнеров проекта.

В рамках проекта кампаниями были охвачены Санкт-Петербург, Республика Бурятия, Республика Татарстан, Красноярский край, а также Вологодская, Нижегородская, Оренбургская, Псковская, Тверская и Томская области. В большинстве из них, по предварительным данным, в 2008 году отмечена тенденция снижения прироста заражения ВИЧ среди молодежи. Точные данные, как и полные результаты проекта «ГЛОБУС», будут представлены в рамках III Международной конференции по ВИЧ/СПИДу стран Восточной Европы и Центральной Азии, которая пройдет в Москве в октябре.

Проект «ГЛОБУС» стартовал в августе 2004 года. Его цель – стимулирование выработки эффективной национальной стратегии в борьбе с ВИЧ, а также ее реализация в ряде регионов. В ходе проекта было разработано и проведено три кампании по пропаганде безопасного сексуального поведения и две – по привитию толерантного отношения к ВИЧ-позитивным среди молодежи.

Личное участие в акциях приняли более 1 млн человек (22% молодежи вовлеченных в проект регионов). За время реализации проекта произведено и распространено более 5 млн экземпляров печатных материалов, в эфире федеральных и региональных телеканалов более 50 тыс. раз бесплатно показаны ролики социальной рекламы. Как подчеркнула специалист по кампаниям в СМИ фонда «Фокус-Медиа» Оксана Баркалова, если бы за размещение рекламы нужно было платить, только на федеральных телеканалах она обошлась бы более чем в 2,5 млн долларов. Оригинальной и действенной методикой Оксана Баркалова назвала размещение информации о ВИЧ на плакатах в туалетных комнатах 120 учебных заведений.

В результате реализации проекта увеличилась информированность молодежи о ВИЧ, путях его распространения и способах защиты, что повлияло на формирование толерантного отношения к ВИЧ-позитивным. В частности, с 2005 по 2008 годы на 7,3% возросло число юношей и девушек, постоянно использующих презервативы, при этом те, кто знаком с информационными материалами кампании, чаще говорят об ис-

пользовании презервативов, нежели их сверстники (70 и 61% соответственно). На 15% увеличилось количество молодых людей, имеющих правильные представления о путях передачи ВИЧ-инфекции и способах защиты. Так, в марте 2006 года их число, судя по ответам на вопросы анкеты, составляло 30% от числа всех опрошенных, в сентябре 2007 года — 35%, в январе 2009 года — 44,4%. Однако, несмотря на положительную динамику, общая масса неправильных представлений о путях передачи ВИЧ велика: 50% респондентов уверены, что ВИЧ передается через укусы насекомых; 46,5% считают различными поцелуи; 30% опрошенных ответили, что инфицирование возможно воздушно-капельным путем (через кашель и чихание), еще 14,3% думают, что ВИЧ передается через рукопожатие. Однако доля респондентов, считающих, что государство должно изолировать ВИЧ-положительных, с 2005 по 2008 годы снизилась на 12%, а число людей, которые вели бы себя «как ни в чем не бывало» при встрече с ВИЧ-инфицированным, увеличилось на 9%.

По мнению директора фонда «Фокус-Медиа» Евгении Алексеевой, залогом успеха проекта «ГЛОБУС» стали пять факторов, которые должны лежать в основе всех кампаний по профилактике ВИЧ. Это — предоставление молодежи объективной и непредвзятой информации без морализаторства и запугивания; не только постановка проблемы, но и предложение решений; комплекс мероприятий в рамках кампании; последовательное проведение нескольких кампаний; привлечение региональных организаций ко всем проектам. Как отметила исполняющая обязанности координатора программ ВОЗ по борьбе с ВИЧ/СПИДом в России Елена Вовк, опыт проекта «ГЛОБУС» будет учтен ВОЗ и, возможно, применен в рекомендациях по борьбе с распространением эпидемии СПИДа.

В Каннах состоялся благотворительный аукцион «Кино против СПИДа»

На благотворительном аукционе «Кино против СПИДа» в Каннах саксофон экс-президента США Билла Клинтона был продан за 180 тыс. долларов. Как пишут «Аргументы и факты», Клинтон пожертвовал инструмент с автографом для торгов, с которых вырученные средства поступят в фонд исследования ВИЧ/СПИДа.

Также на аукционе было продано два поцелуя актера Роберта Паттинсона, сыгравшего в фильме «Сумерки», каждый из которых принес в фонд 28 тыс. долларов. Среди других лотов были автомобиль Fiat-500, дизайн которого специально для аукциона сделали сотрудники «Diesel», чехол для гитары ручной работы от Карла Лагерфельда, наполненный шампанским «Дом Периньон», а также уроки тенниса от Елены Янкович и Моники Селеш.

Среди гостей и участников аукциона, прошедшего в рамках Каннского кинофестиваля, были ученый Джеймс Уотсон, актриса Шэрон Стоун, Энни Леннокс, Пэрис Хилтон, репер 50 Cent и модель Клаудия Шиффер.

«Кино против СПИДа» проводится в Каннах ежегодно. В прошлом году выручка от такого аукциона составила 10 млн долларов. Результаты аукциона 2009 года пока не обнародованы.

ИЮНЬ

В Кыргызстане состоялся первый съезд сообществ людей, живущих с ВИЧ

Впервые в Кыргызстане 27 мая состоялся съезд сообществ людей, затронутых эпидемией, где собралось более 30 человек, имеющих непосредственное отношение к ВИЧ. Об этом сообщили участники пресс-конференции, которая состоялась сегодня в информационном агентстве АКИpress.

По словам представляющего интересы ВИЧ-позитивных Сергея Цахариаса, на съезде также участвовали делегаты из Казахстана и Таджикистана. Решение о проведении такого съезда возникло из-за непростой ситуации, в которой оказались люди, живущие с ВИЧ.

«Люди, затронутые эпидемией, не получают в необходимом объеме помощи и поддержки из-за недостатка средств государства, отсутствия своих средств, неинформированности или из-за страха раскрытия статуса», — сказал Сергей Цахариас.

Также люди мало принимают участие в решении данных проблем. Не учитывается мнение сообщества при выборе основного получателя средств Глобального фонда. ВИЧ-позитивные люди, живущие в сельской местности, не могут получить необходимого лечения, потому что все службы находятся в городах Бишкек и Ош.

Для решения вышеназванных проблем была создана коалиция организаций людей, затронутых эпидемией. На съезде коалиция разработала стратегию и программу действий, где были определены основные тезисы предстоящей работы. Так, коалиция намеревается активно защищать права людей с ВИЧ, воздействовать на повышение эффективности использования средств, направленных на предотвращение и лечение эпидемии, повышать социальную активность людей с ВИЧ, создать сеть сообществ людей, затронутых эпидемией, во всех регионах страны.

«Мисс Позитив-2005» не может взять под опеку родного брата

Жительнице Казани отказали в опеке над братом из-за ВИЧ-инфекции. Теперь 28-летняя Светлана Изамбаева намерена через суд отсудить право опекать младшего брата.

В семье помимо старшей Светланы четверо детей. В феврале этого года у них умерла мама и встал вопрос об опекуновстве над младшим братом — 10-летним Сашей. На семейном совете было решено, что на воспитание Сашу возьмет Светлана. Она замужем, живет в собственной квартире в Казани, есть ребенок. Но пока молодая женщина оформляла документы, органы опеки и попечительства отдали ребенка приемной матери в деревню Игорвары (Чувашия, откуда родом Светлана и ее семья), которая до этого усыновила еще двух детей. Причина отказа — Светлана и ее муж — ВИЧ-положительные.

«Я считаю, решение органов опеки нарушает права ребенка. Саша хочет жить со мной. Мы его любим и хотим заботиться о нем, — рассказала 116.ru Светлана Изамбаева. — Сейчас приемная мать не отдает нам мальчика даже на каникулы. Питаются они в деревне одной картошкой, Саша часто болеет из-за того, что в доме очень холодно. Он говорит, что его заставляют работать на огороде и ругают, когда он устает. Опекунша уже поднимала на него руку». Сама Светлана не так давно родила здорового ребенка, через месяц на свет появится второй. За брата она намерена судиться до конца.

Правозащитная ассоциация «АГОРА» объявила, что будет обжаловать отказ. «Вокруг этого дела очень непростая ситуация, — говорит юрист ассоциации «АГОРА» Ильнур Шарапов. — Отказ на основании ВИЧ-позитивного статуса пахнет дискриминацией. Законом такого запрета не установлено. Запрет основан на постановлении правительства, в котором одним из оснований отказа в усыновлении и оформлении опеки указано наличие инфекционных заболеваний до снятия с диспансерного учета. Во-первых, ВИЧ не является обычным инфекционным заболеванием, с одной стороны, и, с другой, считается на данный момент заболеванием пожизненным. Человек, имеющий такой статус, не может сняться с такого учета».

Правозащитники отмечают, что ключевым моментом является положение ребенка: в какой семье ему будет лучше. «Мы будем обращать внимание на желание самого ребенка, который хочет жить с сестрой, в более комфортных условиях, которые ему в Казани могут предложить Изамбаевы, — подчеркивает юрист Ильнур Шарапов. — И если семья сестры объективно в состоянии дать лучшие условия для развития, воспитания, материального обеспечения ребенка, а суд вопреки этому и желанию ребенка признает отказ законным только лишь на основании ВИЧ-позитивного статуса Светланы, это будет грубым нарушением прав человека».

Фотовыставка «Звезды против СПИДа» открылась в Тольятти

15 июня в Тольятти на территории «Кино-плекса» в молле «Парк Хаус» открывается выс-

тавка в рамках международного фотопроекта «Звезды против СПИДа», сообщает «Тольяттинские Новости».

Проект Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (UNAIDS) собрал 25 актрис, сотрудниц СМИ, певец, спортсменов и других известных женщин России и Украины. Все они считают своим долгом громко и открыто говорить о толерантности и снижении стигмы по отношению к людям, живущим с ВИЧ. Панорамные фотопортреты для проекта «Звезды против СПИДа» выполнены известным российским фотографом Сержем Головачем.

Среди участниц проекта — актрисы Марина Александрова, Дина Корзун, певица Диана Гурцкая, телеведущие Елена Ханга и Татьяна Миткова, олимпийская чемпионка и депутат Государственной думы Светлана Хоркина, прима-балерина Большого театра Светлана Захарова.

В программе открытия фотовыставки выступление администрации города и организаторов, работа интерактивной информационной площадки, круглый стол на тему «Эффективное взаимодействие государственных и некоммерческих организаций, работающих в области ВИЧ/СПИДа в Тольятти». Выставка будет работать до 25 июня.

Создан русскоязычный сайт для ВИЧ-положительных геев и бисексуалов

В Рунете открылся специализированный сайт для геев и бисексуалов, живущих с ВИЧ. Проект «Парни плюс» создан активистами Всероссийского объединения людей, живущих с ВИЧ, на основе созданной ранее группы рассылки «Позитивные братья».

Идея создания сайта появилась после того как стало понятно, что рассылка «Позитивные братья», построенная по принципу группы взаимопомощи, по ряду причин не для всех удобна. Кроме того, говорят авторы проекта, в рассылке появлялось большое количество материалов, недоступных для новых участников. Теперь пользователи, которые не хотят подключаться к рассылке, могут читать все информационные материалы на сайте parniplus.ru. Сайт и рассылка будут взаимно поддерживать друг друга.

Цель сайта — психоэмоциональная поддержка и вторичная профилактика среди геев и бисексуалов, живущих с ВИЧ. Данный проект может оказаться полезным и ВИЧ-отрицательным гомосексуалам, так как направлен и на профилактику, и на решение вопросов коммуникации и построения отношений в дискордантных парах. Проект призван содействовать снижению гомофобии среди людей, живущих с ВИЧ, и СПИДофобного отношения гей-сообщества к геям, живущим с ВИЧ.

Основными разделами нового сайта являются Интернет-журнал и новостная лента. Добав-

лять статьи и комментировать их могут сами пользователи, поскольку авторы проекта стремились сделать его максимально открытым. Справочную часть составляют каталоги международных и национальных сервисов для геев с ВИЧ: телефонов доверия, групп взаимопомощи, сайтов, организаций. Для общения предназначены Интернет-рассылка, чат, знакомства, равное консультирование, доски объявлений.

ИЮЛЬ

Тест нового поколения может эффективно выявлять острую стадию ВИЧ-инфекции

Четвертое поколение тестов на ВИЧ может выявить почти две трети людей на острой стадии ВИЧ-инфекции. Об этом говорится в результатах исследования, опубликованных в последнем номере журнала «Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes», сообщает Aidsmap. Исследователи пришли к выводу, что тест-система «ARCHITECT HIV Ag/AB Combo» обладает огромными достоинствами для диагностики острой стадии, в том числе небольшим временем ожидания результата. Такие тест-системы уже являются стандартными методами диагностики в Великобритании.

Данная тест-система выявляет как антитела к ВИЧ, так и антиген — белок вируса. Другое исследование, опубликованное ранее, показало, что если среди геев использовать тест-системы, которые выявляют только антитела, то можно упустить значительное число недавних случаев ВИЧ-инфекции.

В США стандартными тестами на ВИЧ являются тесты на антитела. Они выявляют специфические белки организма, которые вырабатываются в ответ на инфекцию, однако на их выработку нужно время, обычно 3–6 недель. По этой причине тесты на антитела не могут выявить острую фазу ВИЧ-инфекции — период после инфицирования вирусом, но до выработки антител. Подавляющее большинство людей на острой стадии инфекции не знают своего ВИЧ-статуса. Более того, именно на этой стадии наблюдается очень высокий уровень вируса в крови, поэтому ВИЧ очень часто передается от людей на острой стадии.

Острую стадию ВИЧ-инфекции можно диагностировать с помощью выявления самого вируса (определения «вирусной нагрузки») или с помощью теста на антиген p24. Тест на вирусную нагрузку доказал свою эффективность для диагностики острой стадии ВИЧ-инфекции. Однако он занимает много времени — от 7 до 21 дня до получения результатов, он очень дорогостоящ и требует больших трудозатрат. Поэтому использовать такой метод как средство массовой диагностики нереалистично.

Альтернативный подход — использовать экспресс-тесты на антитела к ВИЧ в комбина-

ции с очень чувствительным тестом на антиген p24. Такой тест может выявить ВИЧ-инфекцию на несколько недель раньше, чем обычный тест на антитела. Эти тесты уже стали стандартом в некоторых странах, например в Великобритании.

Ученые проанализировали образцы крови, полученные от гомосексуальных мужчин. В исследовании принимали участие ВИЧ-отрицательные мужчины, которых привлекали к исследованию с 1999 по 2001 год. В течение 24 месяцев их тестировали на антитела к ВИЧ раз в шесть месяцев.

Ученые использовали два теста на вирусную нагрузку, четвертое поколение теста «ARCHITECT HIV Ag/Ab Combo», а также другие технологии, включая тесты на ВИЧ третьего поколения. Анализ 217 образцов крови мужчин, получивших отрицательный результат теста на антитела к ВИЧ, показал, что у 21 из них (10%) была определяемая вирусная нагрузка на ВИЧ. Средняя вирусная нагрузка составляла 130 000 копий на миллилитр. Это говорит о наличии острой ВИЧ-инфекции.

Затем ученые протестировали 334 образца тестом «ARCHITECT Combo», в который вошли 21 случай острой инфекции, 83 ВИЧ-отрицательных образца, 11 образцов крови без антител к ВИЧ, но со средней вирусной нагрузкой 57 000 копий на миллилитр, а также 217 ВИЧ-положительных образцов крови.

Тест «ARCHITECT Combo» показал положительный результат на 13 из 21 образца крови людей на острой стадии. У людей, чей результат был положительным, вирусная нагрузка была значительно выше. Все контрольные ВИЧ-отрицательные образцы показали отрицательный результат на этой тест-системе, а все неопределенные результаты анализов были положительными. Тест также правильно показал положительный результат на все ВИЧ-положительные образцы. Наконец, «ARCHITECT Combo» выявил ВИЧ-инфекцию во всех образцах, которые были отрицательными по результатам тестов второго и третьего поколения.

Ученые пришли к выводу, что эта тест-система может выявить большинство случаев острой инфекции, при этом она имеет ряд преимуществ, например, результата анализа нужно ждать лишь 28 мин и тест-система может обработать 200 тестов за 1 час.

Другое исследование, проведенное в Сиэтле, показало преимущества тестов четвертого поколения. По данным этого исследования, только у 80% ВИЧ-положительных геев инфекция была диагностирована с помощью оральных экспресс-тестов. Хотя у остальных инфекция была выявлена с помощью теста на вирусную нагрузку, результат был получен в среднем только через 19 дней.

«Неудача с диагностикой острой ВИЧ-инфекции составляет важную проблему здравоохранения. Вероятность передачи вируса половым

путем от человека на ранней стадии инфекции в 10 раз выше, чем от людей с хронической ВИЧ-инфекцией», — отмечают авторы исследования. Они также рекомендуют четвертое поколение тестов, выявляющих и антитела, и антиген р24 для диагностики людей, которым совсем недавно передан ВИЧ.

Минск начал метадонную программу

В Минске начато применение метадона для лечения наркотической зависимости, сообщают «Белорусские новости». Об этом заявил на пресс-конференции 8 июля главный врач Минского городского наркологического диспансера Сергей Молочко.

«Сегодня первый человек должен получить первую дозу метадона», — сказал Молочко. По его словам, подготовка к внедрению методики лечения наркозависимости метадонном велась на протяжении 10 лет. Около года медработники ожидали получения препарата.

Постановление об открытии в Минске двух пунктов выдачи метадона было принято минздравом в мае 2009 года. Однако по решению сотрудников Программы развития ООН, выделяющей средства на внедрение метадонной терапии, второй пункт выдачи препарата будет расположен в городе Солигорске Минской области. Его открытие планируется до конца 2009 года.

Отбор пациентов для прохождения курса лечения метадонном осуществляется по нескольким критериям. Возраст наркозависимого должен быть не менее 18 лет. Пациент, прошедший как минимум два безуспешных курса лечения в стационаре, не должен страдать психическим или иным сопутствующим заболеванием. Предпочтение отдается ВИЧ-положительным.

По словам главного врача минского наркологического диспансера, по ходу внедрения метадонной терапии диапазон критериев отбора кандидатов будет расширяться. Минск стал не первым белорусским городом, где внедрена методика лечения наркозависимых метадонном. Аналогичная программа применяется в Гомеле в течение полутора лет.

Гепатит С увеличивает риск развития СПИДа вдвое

Люди с коинфекцией ВИЧ и гепатита С подвержены вдвое большему риску развития СПИД-индикаторных заболеваний, чем люди, у которых есть только ВИЧ. Об этом говорится в исследовании, опубликованном в июльском номере журнала «Clinical Infectious Diseases», сообщает roz.com.

Различные исследования показали, что ВИЧ в значительной степени ускоряет прогрессирование гепатита С. Однако не ясно, как гепатит С

влияет на развитие ВИЧ-инфекции. Исследования на эту тему показали противоречивые результаты. Лишь немногие исследования уделяли внимание риску развития СПИДа у людей с гепатитом С.

Чтобы определить риск СПИД-индикаторных заболеваний у людей с ВИЧ, доктор Антонелла д'Арминио из Миланского университета и ее коллеги проанализировали истории болезни 4397 ВИЧ-положительных пациентов. Из них у 2421 также был гепатит С, у 2976 пациентов его не было. Средний уровень клеток CD4 составлял 418 в группе с гепатитом С и 458 в группе без гепатита С. Примерно треть пациентов были женщины.

Всего в обеих группах было зафиксировано 496 случаев СПИД-индикаторных заболеваний. Число СПИД-индикаторных заболеваний было в два раза выше в группе с гепатитом С, даже после исключения других факторов риска. Риск грибковых заболеваний, синдрома потери веса, СПИД-ассоциированного слабоумия и таких бактериальных инфекций, как туберкулез, был в три раза выше для людей с гепатитом С. У людей, принимавших антиретровирусную терапию, реже всего развивались СПИД-индикаторные заболевания. Риск таких заболеваний также повышался у людей с серьезными повреждениями печени (циррозом).

Авторы пришли к выводу, что люди с ВИЧ и гепатитом С должны проходить более внимательное обследование на предмет СПИД-индикаторных заболеваний.

Свердловская область получила долгожданные препараты для лечения ВИЧ-инфекции

В Свердловскую область по нацпроекту «Здоровье» поступила первая в этом году партия препаратов для лечения ВИЧ-инфекции, разрешившая тяжелую ситуацию, сложившуюся на Урале с антивирусными препаратами, сообщает ИТАР-ТАСС Урал со ссылкой на свердловский Центр по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции. Партия лекарств прибыла в область 19 июля, через два месяца после того, как закончились прошлогодние запасы. Стоимость груза весом 4 тонны составляет 93 млн рублей. Это примерно треть от годового объема всех поставок данных препаратов в Свердловскую область.

Свердловская область находится на втором месте в России по распространенности ВИЧ-инфекции. Самое большое количество пациентов, принимающих противоретровирусные препараты, также проживает в Свердловской области. На сегодняшний день около 6 тысяч людей с ВИЧ получают терапию. Перебои с поставками препаратов могли бы серьезно отразиться на их здоровье.

Как пишет сайт областного СПИД-центра, на время отсутствия централизованных поста-

вок были направлены запросы и получены препараты на сумму более 100 миллионов рублей из резервного фонда Федерального центра СПИД, Глобального фонда, областного бюджета. Помогли с препаратами областные СПИД-центры Саратова, Иркутска, Тюмени, Краснодара, Тольятти, Барнаула. Безвозмездно предоставили антиретровирусные препараты фармкомпания «GlaxoSmithKline» и «Макиз-Фарма». Благодаря предпринятым действиям отмены терапии по причине отсутствия препаратов в Свердловской области не было.

Новые комбинации препаратов значительно снижают риск передачи ВИЧ во время грудного вскармливания

Согласно данным нового исследования, проведенного под руководством Всемирной организации здравоохранения, назначение ВИЧ-позитивным беременным женщинам комбинации антиретровирусных препаратов начиная с поздней стадии беременности и далее в течение шести месяцев грудного вскармливания после родов вместо краткосрочного курса лекарственного лечения до родоразрешения снижает вероятность передачи младенцам ВИЧ более чем на 40%.

Первые результаты этого исследования под названием «Kesho Bora», что на языке суахили означает «лучшая жизнь», были представлены в ходе V конференции Международного общества СПИДа по вопросам патогенеза, лечения и профилактики ВИЧ, проходившей 19–22 июля в Кейптауне (Южная Африка). ВОЗ работала в партнерстве с Французским национальным агентством исследований в области СПИДа и вирусного гепатита (ANRS), Центрами по контролю за заболеваниями и профилактики США (CDC) и Национальным институтом здоровья ребенка и развития человека имени Юнис Кеннеди-Шрайвер (NICHD) в системе национальных институтов здоровья США.

Исследование «Kesho Bora», организованное с июня 2005 по август 2008 года на пяти участках в странах Африки (Буркина Фасо, Кении и Южной Африке) с участием 1140 женщин, проводилось для определения возможности снижения риска передачи ВИЧ во время грудного вскармливания.

Оно показало, что назначение беременным женщинам, имеющим содержание иммунных клеток CD4 на уровне 200–500 клеток на кубический миллиметр, комбинации, включающей три противоретровирусных препарата, для профилактики передачи вируса позволяет значительно снизить риск заражения младенцев; такое лекарственное лечение должно назначаться во время последнего триместра беременности и продолжаться во время родов и далее в течение шести месяцев грудного вскармливания. Ре-

зультаты исследования указали на снижение риска передачи ВИЧ младенцу и улучшение показателя выживаемости по сравнению с младенцами ВИЧ-положительных матерей, которые получают рекомендуемый в настоящее время краткосрочный курс противоретровирусных препаратов на поздней стадии беременности и во время родоразрешения.

Наилучшие результаты исследования были получены в группе матерей, имевших содержание клеток CD4 на уровне 200–350 клеток на кубический миллиметр. Назначение такой схемы, включающей три противоретровирусных препарата – зидовудина, ламивудина и лопинавира/ритонавира, не увеличивает риск для здоровья матери или ребенка. Исследование не включало рандомизированное обследование женщин с содержанием клеток CD4 ниже 200 клеток на кубический миллиметр, поскольку таким женщинам лечение назначается ради сохранения их собственного здоровья. Такое лечение также существенно снижает риск передачи ВИЧ во время грудного вскармливания.

Вопрос грудного вскармливания является критически важным для беременных женщин, живущих с ВИЧ. Во многих развивающихся странах перед ними стоит трудный выбор: либо кормить своих младенцев грудью, рискуя передать им вирус с грудным молоком, либо давать им искусственное питание. Искусственное питание лишает детей возможности приобрести природный иммунитет, передающийся с грудным молоком, что помогает защитить их от диареи, истощения и других потенциально смертельных заболеваний. Другой проблемой может быть санитария, учитывая отсутствие чистой воды для приготовления искусственного питания; в любом случае для многих матерей искусственное питание просто оказывается не по карману.

Согласно документу «Совместные действия для достижения результатов: рамочный документ с описанием целей работы ЮНЭЙДС на 2009–2011 годы», предупреждение смертности среди матерей и заражения младенцев ВИЧ является одной из девяти приоритетных сфер деятельности для ЮНЭЙДС и ее коспонсоров.

Исполнительный директор ЮНЭЙДС Мишель Сидибэ активно поддерживает этот приоритет, заявив во время недавнего визита в Лесото при посещении Южной Африки: «Усиление услуг для защиты материнского здоровья, репродуктивного здоровья и здоровья детей будет означать, что мы можем предупредить смертность среди матерей и заражение младенцев ВИЧ в Лесото и во всем мире».

Результаты исследования «Kesho Bora», а также другие последние данные будут проанализированы экспертами ВОЗ; рекомендации ВОЗ от 2006 года, касающиеся назначения противоретровирусной терапии беременным женщинам, вскармливания младенцев и профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, будут пе-

рассмотрены в контексте этих новых доказательных данных. Ожидается, что обновленные руководящие принципы будут опубликованы до конца этого года.

Очевидно, что это исследование расширяет возможности для лечения матерей, живущих с этим вирусом, и дает им надежду на то, что — при желании — у них появляется больше шансов на то, чтобы кормить своих младенцев грудью, не опасаясь передачи ВИЧ.

Дополнительные средства для проведения исследования «Kesho Bora» были выделены Партнерством европейских и развивающихся стран для проведения клинических испытаний, Фондом Трешера, Департаментом международного развития Соединенного Королевства, ЮНИСЕФ и правительством Бельгии.

«Позитивное развитие» разработало лучшую в России полиграфическую продукцию по вопросам СПИДа

Первое место в номинации «Лучшая полиграфическая работа года по формированию приверженности антиретровирусной терапии у людей, живущих с ВИЧ» Всероссийского конкурса информационных материалов «ВИЧ/СПИД. Знать — значит жить» заняла серия буклетов Алтайской краевой общественной организации «Позитивное развитие».

Буклет «С чего начинать» предназначен ВИЧ-положительным, которым в ближайшие несколько месяцев, вероятно, будет назначена антиретровирусная терапия. Буклет «Снижение влияния побочных эффектов от приема противовирусных препаратов» разработан для принимающих препараты, у которых возникли побочные эффекты, не требующие отмены лечения. Буклет «Приверженность лечению» предназначен для ВИЧ-положительных, длительно принимающих терапию и отмечающих усталость от рутины приема.

Все они изданы в рамках проекта «Предоставление прямого немедицинского сервиса для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом» в Барнауле при поддержке фонда «Российское здравоохранение». В свою очередь проект реализуется в рамках программы Глобального фонда «Развитие стратегии лечения населения РФ, уязвимо к ВИЧ/СПИДу». Всероссийский конкурс проводит Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в рамках Приоритетного нацпроекта «Здоровье».

АВГУСТ

Разработаны три простых экспресс-теста для наблюдения за здоровьем людей с ВИЧ

Простые, быстрые и дешевые тесты смогут анализировать уровень клеток CD4 у людей с

ВИЧ. Тест определяет уровень CD4 в капле крови из пальца и указывает, нужно ли начать прием антиретровирусной терапии, сообщает scidev.net.

Анализ на CD4 может быть сложен, особенно в беднейших регионах мира. Очень часто людям приходится преодолевать огромное расстояние, чтобы обратиться в клинику, где делается такое тестирование. Оборудование для теста также стоит дорого, и работать с ним могут только подготовленные специалисты. Стивен Рейд, менеджер проекта в медицинском отделении Имперского колледжа Лондона, сообщил во время V конференции Международного общества СПИДа, которая прошла в Кейптауне, что многие пациенты из развивающихся стран впервые получили доступ к тестированию на CD4 благодаря испытаниям новых тестов.

Организация Рейда — «CD4 Initiative» — разработала три пробных теста с 2007 года. Один из них считает количество CD4 в образцах крови, соединяя клетки со специальными реагентами и распределяя их в специальную емкость, а затем измеряя получившуюся линию клеток. Этот количественный тест может определить, насколько эффективна антиретровирусная терапия как для взрослых, так и для детей.

Другие тесты еще проще. С помощью цвета они показывают, когда уровень CD4 выше или ниже 250 или 350 клеток на кубический миллиметр. Тесты используют каплю крови из пальца, и они так же просты, как и домашние тесты на беременность. Сами пациенты могут сделать себе такой тест за 20 минут, также его может делать младший медицинский персонал без специального обучения. «Медицинские работники полагаются на уровень CD4, чтобы принимать решения о том, как лечить пациентов и когда им начинать антиретровирусную терапию», — говорит Рейд.

Тесты станут доступны в развивающихся странах уже в 2010 году. Распространением тестов будет заниматься Фонд Билла и Мелинды Гейтс, который финансировал их разработку. Фонд заключит договоры с правительствами, чтобы снизить стоимость тестов. Количественный тест сейчас стоит 7 долларов. Два других теста стоят 2 и 4 доллара соответственно. «CD4 Initiative» сейчас работает над тем, чтобы сделать их еще дешевле.

Национальный тренинг по противодействию стигматизации проходит в Таджикистане

Для медицинских работников Таджикистана с 3 по 7 августа текущего года проводится пятидневный национальный тренинг на тему «Психологические, персонологические и культуральные аспекты проблемы ВИЧ/СПИДа. Противодействие стигматизации и дискриминации уязвимых групп населения в отношении ВИЧ». Об этом агентству «Ховар» сообщил координатор

по связям с общественностью и СМИ совместно-го проекта ООН по адвокации в области ВИЧ/СПИДа в Таджикистане Насрулло Рамазонов.

В ходе образовательного мероприятия международный тренер проведет обучение 20 специалистов медицинских учреждений из всех регионов республики. По завершению тренинга участникам будут вручены тренерские сертификаты.

Тренинг проводится при финансовой поддержке Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу в рамках совместного проекта ООН по адвокации в области ВИЧ/СПИДа в Таджикистане и при сотрудничестве с Республиканским центром по борьбе со СПИДом Таджикистана. «Следует отметить, что данный тренинг проводится, принимая во внимание рекомендации, полученные в результате проведения национальных исследований по выявлению форм стигматизации и дискриминации людей, живущих с ВИЧ в Республике Таджикистан, который был проведен и презентован в 2008 году. Результаты исследования показали высокий уровень стигматизации и дискриминации в отношении людей, живущих с ВИЧ, со стороны медработников из-за низкого уровня знаний в вопросах СПИДа, — отметил Насрулло Рамазонов. — В апреле текущего года аналогичный тренинг был проведен для специалистов неправительственных организаций, работающих с людьми, живущими с ВИЧ». Совместный проект ООН по адвокации в области ВИЧ/СПИДа в Таджикистане был создан в 2005 году и финансируется со стороны Программы развития ООН, ЮНЭЙДС, Фонда народонаселения ООН и ЮНИСЕФ.

Первый дженерик Атриплы одобрен для развивающихся стран

По сообщению roz.com, первый дженерик Атриплы таблетки, содержащей в себе комбинацию с фиксированной дозой (тенофовир, эмтрицитабин и ифавиренц) был предварительно одобрен Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) для применения в странах с ограниченными ресурсами, где благодаря Президентскому чрезвычайному плану по борьбе со СПИДом (PEPFAR) расширяется доступ к антиретровирусной терапии.

Предварительное одобрение означает, что непатентованная таблетка по химическому составу эквивалентна безопасной и эффективной зарегистрированной патентованной версии, а также то, что производитель дженерика, «Matrix Laboratories» (Индия), поддерживает надлежащие стандарты производства.

Предварительное одобрение предоставлено для того, чтобы дженерик продавался в рамках программ, участвующих в PEPFAR. Он не будет продаваться в США или других наиболее развитых странах, так как патент, защищающий тор-

говую марку Атриплы, остается действительным до 2017 года, а также по-прежнему имеет силу в странах, не участвующих в программе PEPFAR.

Хотя дженерики других препаратов для лечения ВИЧ-инфекции уже получали предварительное одобрение FDA, это первый дженерик Атриплы — предпочтительной комбинации лечения, рекомендованной департаментом здравоохранения и социального обеспечения США, — которой дали добро. Предполагается, что новый дженерик увеличит диапазон вариантов лечения для людей в развивающихся странах, где зачастую выбор ограничен.

Увидело свет новое издание книги «ВИЧ/СПИД с точки зрения ислама»

Презентация пособия «ВИЧ/СПИД с точки зрения ислама» состоялась в минувший четверг в Душанбе. На презентации, в которой приняли участие представители комитета по делам молодежи, спорта и туризма Таджикистана, Исламского университета имени Имама Азама, Программы развития ООН, а также Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, было отмечено о важности профилактики этого заболевания с точки зрения религии.

Авторы рекомендательной брошюры исходят из того, что 98% населения Таджикистана составляют мусульмане. В пособии приведены доводы таджикских ученых исламоведов и представителей духовенства с точки зрения шариата.

Пособие издано при финансовой поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией в количестве 100 тыс. экземпляров. Два года назад в Таджикистане была издана первая рекомендательная брошюра на эту тему тиражом свыше 1700 экземпляров.

По официальным данным, на сегодняшний день в Таджикистане зарегистрировано около 1600 ВИЧ-положительных, из которых 1285 — мужчины и 310 — женщины. Среди зарегистрированных в Таджикистане людей, живущих с ВИЧ, 70,5% приходится на долю потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). Среди них 85% составляют мужчины, 60% — сезонные работники — в основном трудовые мигранты, выезжающие на заработки в другие страны, 42% — лица в возрасте до 29 лет и 21% — заключенные в местах лишения свободы.

СЕНТЯБРЬ

Бельгийскому министру-гею отказали в сдаче донорской крови

Министру образования и равенства возможностей правительства бельгийского региона Фландрии Паскалю Смету было отказано в возможности стать донором крови из-за того, что

он гей, и это при том, что он является попечителем программы донорства крови Красного Креста в Бельгии, сообщил в среду телеканал RTL-TV1.

В недавнем интервью бельгийскому изданию Нито Смет признался в своей гомосексуальной ориентации, что было расценено бельгийскими СМИ как смелый шаг для политика.

Представитель федерации сексуальных меньшинств Бельгии «Cavaria» Иван Брис заявил тогда, что «объявить во всеулышание о своей гомосексуальности для политика все еще требует сегодня известной доли храбрости».

Однако при этом бельгийский министр, будучи попечителем кампании Красного Креста по сдаче донорской крови, не смог показать пример своим согражданам. По правилам бельгийского отделения организации, геям запрещено становиться донорами крови под тем предлогом, что среди сексуальных меньшинств ВИЧ более распространен, чем среди остального населения.

Федерация «Cavaria» призвала геев воздержаться от сдачи крови, однако заявила, что «многие гомосексуалы могут почувствовать в этом дискриминацию», и предложила возобновить дискуссию по этому вопросу в обществе.

Медведев предложил тестировать учащихся на наркотики и жестче наказывать наркоторговцев

8 сентября в Кремле прошло заседание Совета безопасности. Открывая заседание президент Дмитрий Медведев назвал наркоманию угрозой национальной безопасности и сообщил, что за последние десять лет число зарегистрированных больных с диагнозом «наркомания» выросло в России почти на 60%. Ссылаясь на оценки экспертов, он озвучил число наркозависимых в России — от 2 до 2,5 млн человек. Две трети — молодежь в возрасте до 30 лет.

Президент признал, что пока борьба с наркоманией в стране организована «недостаточно эффективно». Напомним, что недавно глава Госнаркоконтроля Виктор Иванов предложил ряд мер по ужесточению государственной политики по борьбе с наркотиками. Среди них — запрет на профессию для наркопотребителей, отказ в выдаче им водительских прав, введение специальных судов для наркозависимых преступников и обязательное тестирование школьников на прием наркотиков.

Вчера президент фактически поддержал предлагаемые Госнаркоконтролем меры, отмечают СМИ. На заседании он предложил ужесточить наказание за распространение наркотиков и ввести тестирование студентов и школьников на наркозависимость.

Иванов пояснил, что школьники будут сдавать анализы на наркотики во время ежегодной

диспансеризации, однако родители вправе письменно отказаться от тестирования, если ребенок еще не достиг совершеннолетия. А вот коснется ли такое право вето тех, кому исполнилось 18 — неизвестно, отмечают СМИ. Иванов заверил, что результаты этих анализов будут строго конфиденциальными.

Многие правозащитники выступают против подобной инициативы. Они указывают, что введение обязательного тестирования на употребление наркотиков является вмешательством в частную жизнь. Некоторые эксперты и вовсе опасаются, что подобные проверки могут повлечь «откровенное вымогательство денег как у подростков, так и их родителей».

«Время новостей» напоминает, что ряд вузов, включая МГУ и МГТУ им. Баумана, уже пытались ввести тесты на наркозависимость для абитуриентов, но столкнулись с серьезным сопротивлением общественности.

Сейчас за незаконный оборот наркотиков или их потребление предусмотрен административный штраф до 1 тыс. рублей или арест на 15 суток, за пропаганду наркотиков — штраф до 2,5 тыс. рублей с физических лиц и до 50 тыс. рублей — с юридических, пишет «КоммерсантЪ». По итогам заседания Виктор Иванов сообщил, что было решено ввести для оптовых торговцев наркотиками пожизненное заключение.

У тех, кто совершил преступление небольшой или средней тяжести, будет возможность выбора между лечением и уголовным наказанием. Также Медведев предложил использовать новые методы профилактики, например, создать систему обнаружения районов произрастания наркосодержащих растений, отмечает «Газета».

Секретарь Совбеза Николай Патрушев сообщил, что в первой половине 2010 года будет подготовлен проект антинаркотической стратегии, где будут отражены новые методы борьбы с наркозависимостью.

Элтон Джон может усыновить украинского мальчика

В специализированном Макеевском доме ребенка, в котором живут дети с диагнозом «ВИЧ», состоялась презентация первых результатов работы проекта «Дети+», который разработан совместно фондом Елены Франчук «АНТИСПИД» и Фондом Элтона Джона.

Презентация, как сообщает корреспондент КИДа, состоялась при участии самого музыканта. По словам Элтона Джона, проблема борьбы со СПИДом занимает особое место в его сердце. «Эта борьба будет продолжаться, и все, кто будут слышать о моей деятельности, будут слышать о том, как активно мы работаем в этом направлении. Я очень рад, что ВИЧ-позитивные дети находятся на важном месте в повестке дня в Украине», — отметил Элтон Джон.

По его словам, проект, который реализуется совместно с фондом Елены Франчук, может и должен помочь всем детям, которые уязвимы за счет своего ВИЧ-положительного статуса. Он также заявил, что ему очень понравился детский дом в Макеевке, и он увидел, что дети в нем счастливы. «Надеюсь, что все эти дети найдут свой дом. Потому что все дети, которые рождаются в мире, заслуживают будущего, счастливого дома и собственных мамы и папы. Потому что эпидемия СПИДа жестока по отношению к детям во всем мире», — сказал музыкант.

Там же, на пресс-конференции, выяснилось, что Элтон Джон решил усыновить ребенка. Его супруг Дэвид Ферниш, который приехал вместе с музыкантом, держал на руках 16-месячного малыша по имени Лев, живущего в Макеевском детдоме. Естественно, журналисты спросили, почему именно этому малышу уделено такое внимание. Тогда Элтон Джон и сказал, что «мы подумываем о том, чтобы принять малыша в нашу семью». «Об этом всегда говорил Дэвид... Но мне еще только 62 года, я очень много путешествую и веду очень насыщенную жизнь... Может быть, для ребенка это будет не очень хорошо. Но было бы здорово вот так вот принять его к себе. Этот мальчик у меня просто отнял сердце», — сказал певец и добавил, что именно сегодня он поменял свое мнение насчет усыновления и будет думать о том, как принять ребенка в свою семью.

Он рассказал, что два года тому назад потерял своего друга, который умер, и что усыновление ребенка — это прекрасная возможность заменить ушедшего малышом, которому можно будет дать будущее. «У нас нет пока таких отношений между Украиной и Британией, но Дэвид — гражданин Канады. Может быть, у него получится сделать все возможное, чтобы помочь этому ребенку с будущим», — сказал Элтон Джон.

На прощание музыкант пообещал непременно приехать еще. «Я приеду. Может быть, в следующем году, а может быть — в 2011-м. Но это обязательно будет. У меня здесь живут прекрасные друзья, и мы должны работать и помогать людям, которые страдают от СПИДа. Я вернусь для того, чтобы исполнять музыку и чтобы играть для людей, и чтобы поговорить о важности борьбы со СПИДом и ВИЧ, и чтобы помочь людям в Украине», — отметил Элтон Джон.

На реализацию этого проекта фонд Елены Франчук выделил Фонду Элтона Джона грант в размере 2,5 млн долларов для того, чтобы Фонд Элтона Джона смог реализовать в Украине свой опыт по борьбе со СПИДом. Сам Фонд Элтона Джона выделил еще 500 тыс. фунтов.

На данный момент 492 ребенка были возвращены в свои биологические семьи, а с их родителями была проведена разъяснительная работа, и они поняли, что таких детей не нужно отправлять в интернаты. Тридцать шесть ВИЧ-положительных детей-сирот были усыновлены. К 2013 году в рамках проекта будет усыновлено 96 детей.

Пятидесяти двум детям был раскрыт их статус ВИЧ-положительных, что поможет им в дальнейшем лучше справляться с этой проблемой; 788 учителей и воспитателей прошли тренинги по теме СПИДа.

Узбекистан ввел уголовную ответственность за передачу ВИЧ при невыполнении профессиональных обязанностей

Как сообщило информационное агентство УзА, в уголовный кодекс Узбекистана будет введена новая норма, устанавливающая ответственность за заражение других лиц ВИЧ-инфекцией вследствие невыполнения или ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей — нарушения правил переливания крови, использования нестерильных инструментов и иных подобных действий. За подобные деяния теперь предусмотрено наказание в виде лишения свободы от 5 до 8 лет.

Инициатором законопроекта выступила член комитета по законодательству и судебно-правовым вопросам Ойша Ахунова. В ходе обсуждения законопроекта депутаты отметили, что сама жизнь требует надежных правовых гарантий защиты здоровья граждан. С учетом мнений, высказанных в ходе обсуждения, Законодательная палата одобрила основные положения законопроекта и приняла его в первом чтении.

Еще в 2007 году Андижанский областной суд приговорил к семи годам лишения свободы двух врачей, найдя их виновными в заражении девяти пациентов ВИЧ-инфекцией, напоминает REGNUM. Инфицированная донорская кровь и препараты из нее использовались в различных медицинских учреждениях Андижанской области. Виновным был признан также ВИЧ-положительный донор.

В декабре 2008 года было принято постановление президента Узбекистана о дополнительных мерах по повышению эффективности противодействия распространению ВИЧ-инфекции. В стране также разработан национальный план действий по профилактике распространения ВИЧ-инфекции на 2009–2011 годы, который предусматривает создание современной клиники при Республиканском СПИД-центре, отечественное производство медицинского оборудования, лекарственных препаратов для лечения ВИЧ-инфекции, а также разработку мер по борьбе с секс-бизнесом и употреблению наркотиков.

ОКТАБРЬ

Прекратила работу единственная украинская фабрика презервативов

В городе Новояворовске Львовской области прекратило работу единственное в Украине

предприятие по выпуску презервативов. Фабрика «Перфект» обеспечивала 20% украинского рынка презервативов, пишет «Газета по-киевски». Треть новояворовских презервативов отправлялась на экспорт.

Работа фабрики приостановлена из-за финансовых проблем. Кредитор — VAB Банк — заблокировал работу предприятия из-за долга в 1,4 млн долларов.

Заложниками конфликта между совладельцами предприятия и банком стали сотни работников, которые ушли в вынужденный отпуск, а скоро, вероятно, и вовсе лишатся работы. На минувшей неделе люди вышли на улицы с требованием вернуть им рабочие места.

Как передает «Западная информационная корпорация», депутат Верховной Рады Екатерина Лукьянова, член гражданского движения «Народная самооборона», уже выступила с осуждением действий банка. «Меня очень удивила информация от представителя банка, что он требует поднять цены на презервативы, а фабрика «Перфект», мол, цен не поднимает. Мы с пониманием восприняли позицию фабрики, которая старается ограничивать цены, чтобы гарантировать отечественному рынку доступную продукцию высокого качества», — сказала она.

Екатерина Лукьянова входит в парламентский комитет по вопросам семьи, молодежной политики, спорта и туризма и занимается проблемой роста цен на презервативы в Украине. Она считает позицию производителя единственно правильной в свете роста эпидемии СПИДа.

«Презервативы — это единственное доступное средство, ограничивающее распространение эпидемии ВИЧ. Чтобы Украину не захлестнула эпидемия неизлечимой болезни, презервативы должны быть общедоступны по таким ценам, которые будут приемлемыми для большинства пользователей», — подчеркивает Екатерина Лукьянова.

Из 33 млн людей с ВИЧ терапию получают 4 млн

В мире насчитывается 33 млн человек, живущих с ВИЧ-инфекцией, сообщает «USA Today». Всемирная организация здравоохранения опубликовала отчет, посвященный проблемам распространения ВИЧ.

По данным ВОЗ, необходимые лекарства получают менее половины из 9,5 млн ВИЧ-положительных, нуждающихся в противовирусной терапии. Замдиректора департамента ВОЗ по ВИЧ/СПИДу Тегест Герма заявила, что планы по обеспечению антиретровирусными препаратами всех больных не будут реализованы к 2010 году и потребуют больших усилий.

Несмотря на это, эксперты ВОЗ отметили, что лекарственные препараты для лечения ВИЧ-инфекции стали более доступными. По данным

организации, в 2008 году противовирусную терапию получали более 4-х млн человек, тогда как в 2007-м — лишь 3 млн.

При этом Герма отметила недостаточную доступность средств своевременной диагностики ВИЧ-инфекции. По данным ВОЗ, лишь 40% ВИЧ-положительных знают о том, что они являются носителями вируса.

Средства диагностики стали более доступными для беременных женщин. В 2008 году анализы на ВИЧ прошли 21% забеременевших жительниц развивающихся стран, тогда как в 2007 году этот показатель составил лишь 15%. Антиретровирусные препараты в 2008 году получали около 45% ВИЧ-положительных беременных.

Эксперты ВОЗ полагают, что окончательно решить проблему СПИДа способна лишь разработка препаратов для вакцинации.

24 сентября в СМИ появились сообщения о том, что впервые за время клинических исследований различных вакцин от ВИЧ были получены положительные результаты. Испытания, проведенные международной группой исследователей в Таиланде, подтвердили эффективность комбинации двух вакцин. В ходе экспериментов вероятность передачи вируса среди привитых участников исследования снизилась почти на треть.

Пособие по половой жизни для пожилых людей издали в Великобритании

Администрация британского города Манчестер выпустила иллюстрированное пособие по половой жизни для людей старше 50 лет, пишет Telegraph.

47-страничная брошюра была изготовлена по специальному заказу на основании опросов пожилых людей, которые выразили недовольство по поводу отсутствия информации о половом здоровье и интимных отношениях для их возрастной группы. В то же время многие британцы после 50 лет становятся одинокими и желают вновь начать отношения с представителями противоположного пола.

В пособии имеются такие разделы, как «Поговорим о сексе» и «Советы по уходу за собой», а также содержится информация об инфекциях, передающихся половым путем, и возрастных изменениях внешности и половой системы. Брошюра иллюстрирована фотографиями пожилых жителей Манчестера.

Издание пятитысячного тиража обошлось городскому совету и администрации здравоохранения в 8 тыс. фунтов стерлингов (около 385 тыс. рублей). Распространяться пособие будет бесплатно.

Презентация брошюры 2 октября приурочена к британскому Дню пожилого человека и началу двухнедельного манчестерского фестиваля пожилых граждан Full of Life.

Ломоносовский дом ребенка ликвидирован

Ломоносовский психоневрологический дом ребенка прекратил свое существование, сообщает портал MR7.ru. Здесь воспитывались около 90 малышей в возрасте от рождения до четырех лет, страдающие тяжелыми заболеваниями. В доме ребенка была единственная в Ленинградской области группа ВИЧ-положительных детей и специалисты-медики, имеющие опыт лечения и ухода за ними.

По словам бывшего главного врача Антонины Петровой, сейчас работает ликвидационная комиссия. «Мы собирались в конце октября отметить 60-летие нашего дома ребенка, но не дожидаясь юбилея», — пожаловалась она.

В марте этого года решением суда здание Ломоносовского дома ребенка было признано пожароопасным, дееспособность его была приостановлена на 90 суток. За этот срок были обработаны специальным огнестойким лаком все деревянные конструкции, заменен линолеум, отремонтировано потолочное перекрытие, в соответствии с правилами пожарной безопасности оборудованы основные и запасные выходы, модернизирована система пожаротушения, решен вопрос с пожарным гидрантом, оборудована площадка для разворота пожарных машин.

В июне суд направил документы на рассмотрение в комитет здравоохранения Ленинградской области. Несмотря на проведенные работы по обеспечению пожарной безопасности, дом ребенка был закрыт.

Дети уже распределены по другим домам ребенка Ленинградской области. Около ста бывших сотрудников учреждения, среди которых немало уникальных специалистов, вынуждены искать новое место работы. Дальнейшая судьба здания, являющегося памятником архитектуры, пока неизвестна.

НОЯБРЬ

Онищенко подвел итоги ЕЕСААС-2009

30 октября прошло закрытие III конференции по ВИЧ/СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии. В ней приняли участие 2642 человека: политические и общественные лидеры, ученые, исследователи, медицинские работники, люди, живущие с ВИЧ, религиозные организации, СМИ и общественные организации, представляющие 60 стран. За три дня было проведено 26 сателлитов, 27 параллельных сессий, 3 пленарные и 4 специальные сессии. Кроме того, 40 организаций приняли участие в выставке и было представлено 126 постерных презентаций. Одним из главных результатов конференции стала возможность усилить региональное сотрудничество.

Итоги трехдневной работы подвел главный государственный санитарный врач Российской

Федерации Геннадий Онищенко. По его словам, наибольший интерес у участников вызвали следующие вопросы: каким образом необходимо начинать лечение, профилактика ВИЧ в образовательной среде, наиболее успешный опыт религиозных организаций в борьбе с эпидемией СПИДа, ВИЧ у женщин, эффективность профилактики и лечения ВИЧ у детей и подростков. Решения упомянутых проблем должны быть продемонстрированы на следующей конференции.

Онищенко также подчеркнул значение Американо-российского научного семинара, впервые проводившегося в рамках события. Его участники обсудили фундаментальные проблемы науки в области борьбы с ВИЧ. 30 октября были обсуждены последние достижения в области разработки микробицидов, а также состоялась дискуссия молодых ученых России и США. «На этот семинар мы возлагали особые надежды, потому что понимаем: если будет разработана эффективная вакцина и средство лечения, та проблема, которая нас всех волнует, превратится в сугубо медицинскую проблему, которую можно будет решать; но пока этого нет, и мы с вами вместе, объединяя усилия, работаем над ней», — подчеркнул Онищенко.

Главный санитарный врач России упомянул и о значении «Беседки», которая стала открытой площадкой для диалога между сообществом и лидерами в области ВИЧ/СПИДа, так как здесь проходили встречи сопредседателей конференции с гражданским обществом. Именно в «Беседке» разворачивались дискуссии на самые актуальные темы ВИЧ и борьбы с эпидемией. Онищенко отметил: «Особый интерес вызвало выступление Мишеля Сидибе, исполнительного директора ЮНЭЙДС, который еще раз подтвердил, что мнение людей, живущих с ВИЧ, — основа ответа на эпидемию во всем мире». Также за время работы «Беседки» в ней обсуждались такие важные вопросы, как заместительная терапия, ВИЧ и родительство, стигма и дискриминация, проблемы МСМ в связи с ВИЧ, творчество людей с ВИЧ, особенности отношений в дискордантных парах.

Проект «Молодежная деревня» предоставил новому поколению возможность встретиться с лидерами конференции и задать им свои вопросы. В дискуссиях приняли участие ребята из 15 стран региона. «Это те молодые люди, на которых мы в скором времени возложим всю ответственность за профилактику ВИЧ в наших странах», — отметил Онищенко.

Геннадий Григорьевич упомянул о решении проблемы ВИЧ/СПИДа в России. Если в 2006 году на осуществление национального проекта в области профилактики было выделено 3,1 млрд рублей, то в 2009 году сумма выросла в три раза. В 2010 году ее обещают увеличить до 13,5 млрд рублей. Кроме того, был дополнительно выделен 1 млрд рублей на научные исследования в области разработки вакцин, микробицидов, а

также для профилактики ВИЧ. «Тем самым правительство моей страны высказало свою приверженность, свое понимание остроты этой проблемы, и не только высказало, но и материально ее обеспечило», — подытожил Онищенко.

США отменяют ограничения на въезд для людей с ВИЧ

Соединенные Штаты отменяют существовавший 22 года запрет на въезд в страну людей, инфицированных ВИЧ, объявил американский президент Барак Обама.

Он сделал это сообщение при официальном продлении американского закона Райана Уайта, обеспечивающего медицинское обслуживание и поддержку людей с ВИЧ. «Если мы хотим быть глобальным лидером в борьбе с ВИЧ-инфекцией и СПИДом, мы должны вести себя как лидеры», — заявил Обама.

США — одна из чуть более десятка стран мира, которые не впускают ВИЧ-положительных. Этот запрет в Америке снимут, как ожидают, в начале 2010 года.

По словам Обамы, запрет на въезд в страну «базировался, скорее, на страхе, нежели на реальных данных». «Мы являемся мировым лидером в деле искоренения пандемии СПИДа и, тем не менее, мы входим в группу примерно из десяти стран, которые до сих пор не пускают к себе ВИЧ-положительных, — сказал он. — В понедельник моя администрация опубликует окончательное постановление, по которому запрет на въезд будет отменен сразу после Нового года».

«Это также поможет избавиться от предрассудков в обществе, из-за которых некоторые люди не хотят проходить проверки и начать борьбу со своей болезнью и которые слишком долго способствовали распространению этой болезни», — добавил президент.

Процесс по отмене запрета на въезд в страну начался еще при администрации Джорджа Буша.

Закон Райана Уайта получил свое название по имени 13-летнего мальчика, который заразился при переливании крови и который до своей смерти в 1990 году, когда ему было 18 лет, занимался просветительской деятельностью, помогая американцам лучше понять связанные с этим проблемы. По этому закону около 500 тыс. американцев, многие из которых — с низкими доходами, получали лечение и поддержку.

В 1987 году ВИЧ-инфекция была добавлена в список болезней, с которыми в США не впускают.

Глобальный фонд продлил гранты России на осуществление программ для уязвимых групп

Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией выделил новое финан-

сирование в размере 24 млн долларов США для продолжения реализации программ по профилактике ВИЧ, предназначенных для наиболее уязвимых групп населения, таких как потребители инъекционных наркотиков и работники секс-бизнеса, в 10 субъектах Российской Федерации.

Согласно политике Глобального фонда, определяющей права на получение грантов, Россия более не может получать финансирование для программ по борьбе со СПИДом. Однако правление фонда приняло решение продлить срок действия гранта для Открытого института здоровья с учетом особых обстоятельств, признав, что прекращение финансирования приведет к возникновению чрезвычайной ситуации.

Решение о выделении нового финансирования позволит продлить осуществление программ «ГЛОБУСа», ориентированных на уязвимые группы населения, до 31 декабря 2011 года. Пятилетний грант, предоставленный в 2004 году Открытому институту здоровья в размере 88,74 млн долларов, истек в конце августа 2009 года.

Как отмечается в пресс-релизе Глобального фонда, проект «ГЛОБУС» «оказывает существенное воздействие благодаря поддержке профилактических мероприятий, направленных на повышение информированности по вопросам ВИЧ/СПИДа и на снижение передачи вируса». Основные целевые группы программы — потребители инъекционных наркотиков, мужчины, практикующие секс с мужчинами, уличные дети, мигранты и заключенные.

Компонент, предусматривающий осуществление лечебных мероприятий, включая профилактику передачи ВИЧ от матери к ребенку, а также профилактических мероприятий для населения в целом, будет финансироваться правительством России.

«Решение правления продлить грант Глобального фонда для проекта «ГЛОБУС» в России носит прагматичный характер и отражает чувство сострадания, — сказал Исполнительный директор Глобального фонда, профессор Мишель Казачкин. — Это прагматичное решение, оно позволяет этой сети организаций продолжать жизненно важную работу, которая наглядно свидетельствует о предотвращении новых случаев инфицирования и о спасении жизни людей в группах населения, наиболее уязвимых к ВИЧ. Это решение, продиктованное чувством сострадания, поскольку Правление признало, что при принятии решений о выделении средств фонд исходит не только из того, насколько богаты или бедны страны, но также принимает в расчет потребности наиболее нуждающихся в помощи людей».

В конце 2010 года правление Глобального фонда произведет пересмотр применяемых квалификационных критериев, определяющих права стран на получение грантов.

Робин Горна, исполнительный директор Международного общества СПИДа (IAS), привет-

ствует решение Глобального фонда, но подчеркивает необходимость финансирования профилактических программ российским правительством. «Такое решение спасет тысячи жизней, однако это временная мера. Основное бремя ответственности остается на российском правительстве, которому следует использовать 20-летний опыт науки и практики и принять новые долгосрочные программы по снижению вреда, наносимого эпидемией СПИДа. Именно это спасет еще десятки тысяч жизней молодых россиян», — сообщила она в интервью «Голосу Америки».

Профессор Джерри Стимсон из Международной ассоциации снижения вреда (IHRA) считает, что приоритетом для России должны стать программы снижения вреда, в том числе заместительная терапия. «Десять лет назад с вирусом жили сто тысяч россиян, сейчас — уже миллион. И их число растет. Вот почему российские власти должны оставить в стороне идеологию и ввести некоторые долгосрочные меры по сокращению вреда. Например, изменить законодательство относительно возможности применения новых методов медикаментозного лечения больных, страдающих наркоманией. Такие меры, уже используемые в других странах, помогут снизить распространение эпидемии», — говорит профессор Стимсон.

«Новое решение Глобального фонда выделить нашей стране дополнительные средства очень важно и очень своевременно, — заявила «Голосу Америки» Наталья Подогова, глава представительства Глобальной бизнес-коалиции против ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии (GBC) в России и Украине. — Ведь финансирование профилактических программ по СПИДу на 2010 год в рамках Национального приоритетного проекта «Здоровье» не предусмотрено. К тому же в августе этого года проект «ГЛОБУС» завершен».

В создавшихся условиях, то есть в отсутствии значительного финансирования программ профилактики, нацеленных на наиболее уязвимые к эпидемии СПИДа группы людей, очень многие проекты оказались под угрозой закрытия.

По мнению Натальи Подоговой, многие специалисты и люди, напрямую или косвенно затронутые эпидемией, будут признательны правлению Глобального фонда, решившему продлить срок действия гранта для Открытого института здоровья именно с учетом особых обстоятельств. Этим самым было признано, что прекращение финансирования приведет к возникновению чрезвычайной ситуации. «Мы очень надеемся, что за время последующей работы проекта позиция министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по отношению к программам снижения вреда изменится, — сказала в заключение Наталья Подогова, — и в отсутствие международного финансирования российское государство будет в состоянии помогать своим гражданам и заботиться о здоровье тех, кто в этом нуждается в первую очередь».

Вадим Покровский считает, что эпидемия СПИДа в России будет нарастать

Эпидемия СПИДа в России продолжается, и ситуация с каждым годом становится только хуже. Об этом заявил на состоявшейся в преддверии Всемирного дня борьбы со СПИДом пресс-конференции руководитель Федерального центра СПИДа Вадим Покровский.

По данным Вадима Покровского, ежедневно в России регистрируется 140–150 новых случаев ВИЧ-инфекции. Если в 2007 году было официально зарегистрировано 49 тыс. новых случаев, то в 2008 — уже 55 тыс. В 2009 году специалисты ожидают примерно 60 тысяч новых случаев, а в ближайшие четыре–пять лет придется лечить около 400 тыс. человек.

При этом средств на лечение и, главное, профилактику ВИЧ выделяется явно недостаточно. На 2009 год в рамках Приоритетного национального проекта «Здоровье» на профилактику было выделено 400 млн рублей. Это около 3-х рублей на душу населения. Для сравнения: в Европе и США на профилактические мероприятия выделяется порядка 3-х евро на человека.

«Особой эффективности государства в этой работе не наблюдается, так как нет общей государственной стратегии», — считает Вадим Покровский. По его мнению, абсолютно не видно, куда тратятся выделяемые из федерального бюджета средства на профилактику ВИЧ-инфекции.

Говоря о международном опыте, руководитель Федерального центра СПИДа сообщил: «Европа уже справилась с ВИЧ-инфекцией. В этих странах она не представляет угрозы для национальной безопасности». Он привел данные, согласно которым степень пораженности населения стран Западной Европы вирусом составляет 0,3%. В России этот показатель равен 1%.

С 1986 года, когда в России был официально зарегистрирован первый случай ВИЧ-инфекции, число людей, живущих с ВИЧ, превысило 500 тысяч. «Достаточно большая часть заразилась на рубеже веков, и теперь у них уже развивается СПИД, — отметил Вадим Покровский. — 50 тыс. уже умерли от этого заболевания». Специалист считает, что в ближайшие два года эпидемия будет нарастать и профилактика должна быть направлена не только на группы риска, но и на все население России в целом.

ДЕКАБРЬ

Компания «ViiV Healthcare» открыла представительство в России

В России открылось представительство новой международной специализированной компании по борьбе с ВИЧ/СПИДом — «ViiV Healthcare». По этому поводу состоялась пресс-

конференция, в которой приняли участие Фабио Ландасабаль, генеральный директор «GlaxoSmithKline» в России, Андрей Поляков, медицинский директор «ViiV Healthcare» в России, Вадим Покровский, руководитель Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, и Игорь Пчелин, исполнительный директор Всероссийской общественной организации «Объединение людей, живущих с ВИЧ».

Специализированная компания «ViiV Healthcare» создана международными фармацевтическими гигантами «GlaxoSmithKline» (85% акций) и «Pfizer» (15% акций). Россия — одна из 16 стран в мире, в которых «ViiV Healthcare» открывает представительства.

Компания сфокусируется на разработке и исследовании препаратов, которые позволят существенно улучшить продолжительность и качество жизни людей, живущих с ВИЧ. Среди них большой интерес представляет препарат из нового класса ингибиторов интегразы 572. Этот препарат находится во второй фазе клинических исследований, участие в которых принимают и отечественные специалисты.

Уже в ближайшее время российским пациентам будет доступен первый препарат в классе антагонистов клеточного корцептора CCR5. Недавно этот препарат был утвержден Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) для применения у пациентов, ранее не получавших лечения.

Объявляя о начале деятельности компании «ViiV Healthcare» в России, генеральный директор «GlaxoSmithKline» в России доктор Фабио Ландасабаль также сообщил о принятом решении существенно снизить цены на антиретровирусные препараты производства «GlaxoSmithKline» с января 2010 года. Так, по сравнению с 2009 годом на 40% уменьшится стоимость препаратов Кивекса и Тризивир и на 27% — препарата Телзир. Перечисленные препараты закупаются правительством России в рамках национального проекта «Здоровье».

Мужчина колол супругу, чтобы иметь возможность заниматься с ней сексом

ВИЧ-положительный житель Новой Зеландии признался, что колол жену иглой со своей кровью, когда она спала. Как отмечают местные СМИ, он хотел, чтобы жене переданся ВИЧ, пишет воскресная «Star-Times».

Тридцатипятилетний мужчина находится в предварительном заключении в ожидании решения суда за умышленное заражение другого лица. За это преступление ему грозит лишение свободы максимум на 14 лет. По мнению след-

ственных органов, передача ВИЧ произошла именно из-за укола, так как до полного отказа от сексуальных отношений между супругами, анализ на ВИЧ четырежды показывал отрицательный результат.

Во время судебного разбирательства женщина сообщила, что ее супруг признался, что колол ее швейной иглой, которую предварительно обмакивал в свою кровь. Супруг пояснил: «Я колол тебя, так как хотел, чтобы ты стала такой же, как я, в надежде, что ты сможешь жить со мной и не бросишь меня».

У мужчины ВИЧ-инфекция была обнаружена в 2004 году во время медицинского обследования, которое обязательно для семей мигрирующих в Новую Зеландию. При этом у жены и их детей тестирование показало отрицательный результат. Получив необходимую помощь в Центре инфекционных заболеваний для беженцев Окленда, пара продолжала совместное проживание, принимая меры предохранения. Они практиковали защищенный секс в течение нескольких лет. В 2007 году боясь передачи вируса, женщина настояла на необходимости воздержания. «Я хотела поддерживать отношения ради детей. Он также настаивал на сохранении отношений, чтобы дети росли с обоими родителями под одной крышей, и говорил, чтобы я не беспокоилась о сексе», — рассказала женщина в суде.

В мае 2008 года она обнаружила на своем левом бедре след от укола. На следующий день она увидела своего мужа в спальне с иглой в крови. Он отказался обсуждать это и, оттолкнув ее, ушел. Два дня спустя она проснулась от укола в ногу. Супруг сказал, что не колол ее, хотя она обнаружила кровь на одеяле. Будучи обеспокоенной его поведением, она потребовала его покинуть дом.

Тестирование, которое было проведено в сентябре, выявило наличие ВИЧ у женщины. При встрече медицинских работников с парой, муж все время плакал и просил супругу простить его.

Полиция предъявила обвинение мужчине в октябре прошлого года, когда женщина подала официальное заявление в полицию. Изначально его деяния были квалифицированы как неосторожное причинение тяжких телесных повреждений, но в начале 2009 года обвинение было переквалифицировано после того, как он признал себя виновным. Окончательное решение по данному делу будет принято Верховным судом Окленда в начале 2010 года.

Россия планирует начать выпуск жизненно необходимых лекарств, в том числе против ВИЧ

В России в ближайшем будущем может начаться производство 57 жизненно необходимых препаратов, которые сейчас закупаются за рубе-

жом. Об этом сообщила Татьяна Голикова, министр здравоохранения и социального развития России.

В список входит несколько распространенных препаратов для лечения ВИЧ-инфекции: дарунавир, нелфинавир, ритонавир, саквинавир, абакавир, ламивудин, невирапин, ифавиренц. Кроме того, планируется наладить отечественное производство ряда лекарств, применяемых для анестезии, при гепатите С, гемофилии.

Как передает ИТАР-ТАСС, после совещания с российскими производителями лекарственных средств министр заявила: «В среднесрочной перспективе мы надеемся на разворачивание такого производства на территории России». В основном речь идет о дорогостоящих препаратах. «Возможность производства означает кратное увеличение доступности этих препаратов и удешевление оказания медицинской помощи», — подчеркнула Татьяна Голикова.

Пока глава минздравсоцразвития затруднилась определить конкретные сроки начала производства препаратов из списка. По ее словам, это будет первым этапом развития данного стратегического направления. В дальнейшем, отметила Голикова, речь пойдет о разработке инновационных препаратов.

По информации «Ведомостей», большинство попавших в список препаратов в настоящее время находятся под патентной защитой. Перенести их производство в Россию можно тремя путями: стимулировать зарубежные фармацевтические компании к созданию собственных заводов на территории РФ, покупать у компаний-разработчиков права на необходимые России лекарства, либо дожидаться сроков прекращения их патентной защиты, пишет МедПортал.

На днях минздравсоцразвития представило российскому правительству проект нового «Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств» в составе 495 лекарств. Предыдущий перечень действовал с 2007 года и включал в себя 658 наименований.

Вадим Покровский выступил в защиту права людей с ВИЧ осуществлять опеку

Глава Федерального центра профилактики и борьбы со СПИДом, член-корреспондент Российской академии медицинских наук, профессор Вадим Покровский заявил, что «с точки зрения возможной угрозы заражения ребенка, а также его воспитания и содержания наличие диагноза ВИЧ-инфекции не препятствует опекунству и не может быть основанием для отказа в

оформлении опеки Светлане Изамбаевой над несовершеннолетним братом».

Официальный документ с соответствующим выводом известный ученый Покровский подписал в поддержку 28-летней жительницы Казани, которая с весны этого года пока безуспешно пытается взять под опеку родного младшего брата, попавшего сначала в чужую семью, а затем в детский дом после смерти матери. Об этом сообщает корреспондент Открытого информгентства.

Профессор Покровский сообщает в этом документе, что терапию, которую Светлана получает в Татарстане, можно признать эффективной, что подтверждает проведенное в августе этого года в отношении нее последнее исследование. «При своевременном и адекватном применении противоретровирусной терапии человек, инфицированный ВИЧ, полностью сохраняет трудоспособность, и продолжительность его жизни может не отличаться от продолжительности жизни человека не инфицированного ВИЧ», — отмечает профессор Покровский.

«Светлана Изамбаева, несмотря на наличие у нее ВИЧ-инфекции, не представляет опасности в быту для несовершеннолетнего 10-летнего брата, — сообщает глава Федерального центра профилактики и борьбы со СПИДом. — Следует отметить, что женщины с ВИЧ-инфекцией, при рождении у них ребенка (в подавляющем большинстве случаев этот ребенок рождается не зараженным ВИЧ) не лишаются материнских прав. Случаев заражения таких детей (если они не были заражены во время беременности, родов или грудного вскармливания) не отмечалось».

Юристы Межрегиональной правозащитной Ассоциации «АГОРА», представляющие интересы Светланы Изамбаевой в судах, считают, что полученный от Вадима Покровского документ поможет Светлане и ее 10-летнему брату при дальнейшем рассмотрении этого резонансного дела. 11 января 2010 года в Верховном суде Татарстана состоится рассмотрение кассационной жалобы Светланы Изамбаевой на решение Авиастроительного суда Казани, отказавшегося признать незаконным решение главы администрации Калининского района Чебоксар Олега Бирюкова об отказе в опеке над Александром Изамбаевым.

Напомним, сначала глава администрации Цивильского района Чувашии Юрий Николаев, а затем и руководитель Калининского района Чебоксар Олег Бирюков отказали Светлане Изамбаевой в оформлении опеки над младшим братом из-за наличия у женщины ВИЧ-позитивного статуса.

Материал подготовлен Мариной Николаевой



Предоставляя помощь, она дает людям возможность сделать свой выбор

Милая и веселая, она бывает порой твердой и даже жесткой. Открыта для всего нового: опыта, знаний, интересов. Сильный психолог и консультант по вопросам жизни с ВИЧ и химической зависимости. С командой единомышленников создала прекрасный низкопороговый реабилитационный центр, многие годы успешно работающий и дающий отличные результаты даже по мировым меркам.

Сегодня в нашей рубрике «Лица» мы расскажем о Наталье УСТЮЖАНИНОЙ – председателе правления Тюменской региональной антинаркотической общественной организации «Поколение».

Наташа родилась 8 июля 1979 года в Тюмени в семье геологов. Росла и воспитывалась Наташа в прекрасной, полной семье: мама – геолог-математик, папа – геофизик, кандидат наук, один дедушка был начальником Облисполкома, второй – начальником ГлавТюменьГеологии, заслуженный геолог России, бабушка – дважды академик и тоже заслуженный геолог России. В такой большой и дружной семье Наташа росла в любви и внимании. В 7 лет ее отдали в самую лучшую в Тюмени школу, с углубленным изучением английского языка. И все было бы хорошо, но всему когда-то приходит конец...

«Моя «сознательная» жизнь проявилась с 5 класса, когда у меня начался внутренний конфликт личности, – вспоминает Наташа. – Дома я была примерной любящей дочкой, в школе на уроках учителей, которые меня хвалили, я была идеальной, а с другими учителями конфликтовала. Ну а во дворе я была уже совсем другим человеком – отстаивала себя, свою личность».

Скоропостижная смерть отца, которого она безумно любила, резко изменила всю ее жизнь. Мать настолько сильно переживала потерю мужа, что слегла и на протяжении месяца не могла ни ходить, ни говорить. Пятнадцатилетней Наташе пришлось все взвалить на свои плечи – и уход за матерью, и семейные хлопоты, и свои проблемы, которых к тому времени было немало. Взять хотя бы экзамены в школе, которые она не успела сдать, из-за чего ей пришлось забрать документы и, поступив в другую школу, закончить 11-й класс с потерей года...

Время шло. Мама потихоньку оправилась от болезни и стала приходить в себя. Наташа ус-

пешно сдает экзамены в Тюменский государственный институт искусств и культуры по специальности менеджер по туризму и переводчик английского языка, учится на одни пятерки. Жизнь стала потихоньку налаживаться, но...

«Это был 1996 год, – рассказывает Наташа, – год появления в России героина, а главное – моды на этот наркотик. А так как я к тому времени считала себя очень взрослой и посещала исключительно самые модные клубы, то героин не заставил себя долго ждать и с того момента начался мой стаж наркомании».

Сначала все казалось замечательным – клубы, друзья, нос припудренный героином, шальные деньги... Но время шло, денег перестало хватать, а доза неумолимо росла. И наконец настал период, когда друзей не стало, доверие мамы было потеряно, родственники отвернулись. Неоднократные попытки Наташи самой избавиться от такой зависимости не приносили желаемых результатов – она вновь и вновь возвращалась к наркотикам.

Несколько лет родственники наблюдали как Наташа медленно и верно катится на самое дно, пока наконец она не нашла в себе силы и не обратилась к ним за помощью.

Ее положили в наркологию, а затем, в январе 2001 года она уехала в реабилитационный центр «Поколение», где была одной из первых пациенток. С тех пор и началось ее второе рождение.

Она успешно прошла курс реабилитации, вышла из центра и стала работать в общественной организации, на базе которой и был создан реабилитационный центр.

Время шло, Наташа успешно выздоравливала и поднималась по карьерной лестнице. Сначала с утра до вечера просто сидела в офисе, мыла полы, посуду, следила за порядком и отвечала на телефонные звонки. Потом стала консультантом в центре, а через некоторое время ее повысили до должности администратора консультационного центра. Спустя какое-то время она уже директор реабилитационного центра, а в 2004 году становится председателем правления Тюменской региональной антинаркотической общественной организации «Поколение».

«Все было бы, наверно, хорошо, – говорит Наташа, – если бы еще в 2000 году, до отъезда в реабилитационный центр мне не поставили диагноз ВИЧ-инфекция. Про ВИЧ-инфекцию я тогда ничего не знала, кроме того, что СПИД – это «чума XX века» и, как сказал мне тогда врач, проживу я лет 7–15, не более. И если тогда, в 2000-м, мне не было дела ни до ВИЧ, ни до СПИДа, то после выхода из реабилитационного центра, когда началась нормальная человеческая жизнь, я уже совсем по-другому взглянула на свой статус. Еще и потому что мне, как и многим женщинам, очень хотелось ребенка, а разговор с гинекологом в СПИД-центре стал для меня еще одним серьезным испытанием в жизни: врач сказала, что рожать мне нельзя, потому что, даже если ребенок родится, не факт, что выживу я, да и ребенок обязательно будет умственно или психически отсталым».

От врача Наташа вышла совершенно опустошенная, шла по улице, рыдала, и мысли были одни: «Зачем жить? Ведь смысл жизни потерян. Уж лучше бы умерла от передозировки!» Но тут другая мысль, светлая и ясная, пришла в голову: «Если Господу будет угодно, то у меня появится здоровый ребенок». И это придало ей силы.



2008 год. Тюмень. Тренинг по «равному» консультированию

Время шло, жизнь вокруг Наташи протекала бурно, она полностью нашла себя в том, чтобы помогать ребятам выбраться из этого жуткого круга ада под названием «наркомания». В работе тревожные мысли о ВИЧ-инфекции сами собой как-то отходили на второй план. И хотя она регулярно посещала СПИД-центр, сдавала анализы, она по-прежнему ничего в этом не понимала, с Интернетом не дружила, групп взаимопомощи не посещала, хотя бы потому, что их тогда еще в городе не было, литературы по вопросам жизни с ВИЧ по той же причине не читала, следовательно получать информацию ей было неоткуда, разве что от врача.

Несмотря на тот разговор с гинекологом, Наташа обиды на врачей не имела. Более того, своего доктора, Надежду Владимировну, она искренне любила за доброе к себе отношение. И тем не менее, Наташа хорошо понимала, что на специфические вопросы, связанные с жизнью с ВИЧ, врач не сможет ей ответить в том объеме, который ее интересует. И на эти вопросы ответит только человек, живущий с ВИЧ и имеющий определенный опыт и знания в этой теме.

В 2004 году Наташа твердо решила рожать и рассказала о своем решении Надежде Владимировне. Доктор, задав единственный дежурный вопрос: «Осознанное ли это решение?» и получив утвердительный ответ, рассказала Наташе про профилактику вертикального пути передачи и о том, что в настоящее время при правильном подходе к этому вопросу, есть все шансы родить здорового ребенка. Окрыленная такой информацией, Наташа в тот же день встала на учет в женской консультации по месту жительства, а гинеколога в СПИД-центре стала избегать, чтобы снова не испытать стресс.

Беременность у Наташи протекала нормально, с 28-й недели она, как и положено, стала принимать препараты для профилактики вертикального пути передачи, и в положенный срок на свет появился совершенно здоровый ребенок – сын.

В 2006 году Наташу приглашают на работу в СПИД-центр, как консультанта по химической зависимости. Александр Владимирович Попков – главный врач центра, уже тогда понимал, что необходимо развивать «равное» консультирование, и подыскивал подходящую кандидатуру в отдел медико-социальной реабилитации. Ему нужен был человек, который имел бы опыт работы с наркозависимыми и, желательно, из числа ЛЖВ. Кандидатура Наташи подходила по всем этим параметрам как нельзя лучше. Так начался ее стаж работы в Тюменском областном СПИД-центре.

В 2007 году в Тюмень приехала съемочная группа канала ТНТ для съемок очередной серии передачи «СПИД. Скорая помощь» и тогда Наташа впервые увидела, как человек абсолютно спокойно и открыто говорит о своем ВИЧ-статусе.



2010 год. Голицино, Московской обл. Стратегическое планирование Всероссийского объединения людей, живущих с ВИЧ

«Меня это настолько потрясло, — вспоминает Наташа, — что несколько дней я ходила сама не своя, все думала, думала... А потом как будто прозрела: «Ведь нас таких много, и многим нужна помощь! Ведь далеко не у всех хватит сил пережить все это в одиночку. А значит, если я не сделаю этого сейчас, не стану бороться и помогать таким же, как я, то кто? Кто это сделает?»

И Наташа принимает решение начать эту борьбу и идти до конца, с какими бы трудностями ей не пришлось столкнуться. Тем более, что в ее реабилитационном центре стало появляться все больше людей с диагнозом ВИЧ-инфекция, и так уж получалось, что за помощью они шли к ней, шли с разными вопросами: о терапии, об оппортунистических заболеваниях, о сочетанных инфекциях — хочешь не хочешь, надо было учиться и расширять свои знания в области ВИЧ-инфекции.

«Судьба свела меня с прекрасными людьми, — продолжает свой рассказ Наташа. — Владимиром Маяновским и Игорем Пчелиным. Они помогли мне с самого начала моей работы и продолжают помогать по сей день. В 2007 году они пригласили меня участвовать во Всероссийском автопробеге «СПИД-СТОП» в качестве лектора. Там я познакомилась со многими интересными людьми, побывала в других городах, где мы встречались с ребятами, обменивались опытом, слушали о проблемах, пытались помочь, поддерживать. Это все, конечно, незабываемо — понять и увидеть, что ты не один, что нас много и что я могу кому-то помочь. Это очень важно и нужно. И не могу не отметить, что благодаря приезду автопробега в Тюмень, у нас появилась первая группа взаимопомощи, меня познакомили с прекрасной активисткой Настей, которая тоже хотела и готова была помогать людям, и по сей день мы идем с ней рука об руку. И теперь в Тюмени, в основном благодаря усилиям Насти, работает уже три группы взаимопомощи: для людей, живущих с ВИЧ, для ВИЧ-положительных женщин и для близкого окружения.

Александр Савицкий (председатель ВОКСа по реабилитации ВО ЛЖВ): «Наташа — практически некрасовская женщина! «Кonya на скаку остановит, в горящую избу войдет»...

В общении девушка очень простая и интересная. Милая и веселая, что не мешает ей быть твердой и порой жесткой там, где необходимо. Открыта для всего нового: опыта, знаний, интересов. С огромным уважением отношусь к ней за то, что она делает, за бескорыстную помощь людям.

Если говорить о профессиональной деятельности, то перечислять можно много: будучи сильным психологом и консультантом по вопросам жизни с ВИЧ и химической зависимости, Наташа с командой единомышленников создала прекрасный низкопороговый реабилитационный центр, многие годы успешно работающий и дающий отличные результаты даже по мировым меркам. Великолепный качественный центр! Никогда никому не отказывает в помощи. Как не позвонишь: «Есть парень или девушка, денег нет, но очень хочет прекратить употребление... Возьмешь?» Ответ всегда утвердительный: «Да, присылай!»

Кроме того, Наташа много времени уделяет близкому окружению пациентов, родственникам. А это порой, поверьте, бывает труднее, чем с самими пациентами.

Много и других проектов по профилактике ВИЧ и наркомании, обучающих программ для своих сотрудников. Наташа, за что я ее особенно ценю, понимает важность получения и применения нового передового опыта в работе с потребителями.

И еще один важный момент: в ее центр приходят ребята из разных конфессий, чтоб нести благую весть о Боге. Это говорит об открытости и предоставлении права выбора людям, находящимся на реабилитации. И это самое главное — не заставить человека перестать употреблять наркотики, а дать ему возможность сделать собственный выбор, опираясь на профессионализм сотрудников центра, их знания и опыт в работе».

Анастасия Полякова: «Я не склонна к созданию кумиров, но на примере жизни этой девушки я многому научилась. Она и сама, наверное, не замечает, как помогает. Внимательность, искреннее переживание за близкого — присущи ей. Она — человек действия и глядя на ее жизнь, я поняла, чего мне не хватает в моей жизни».

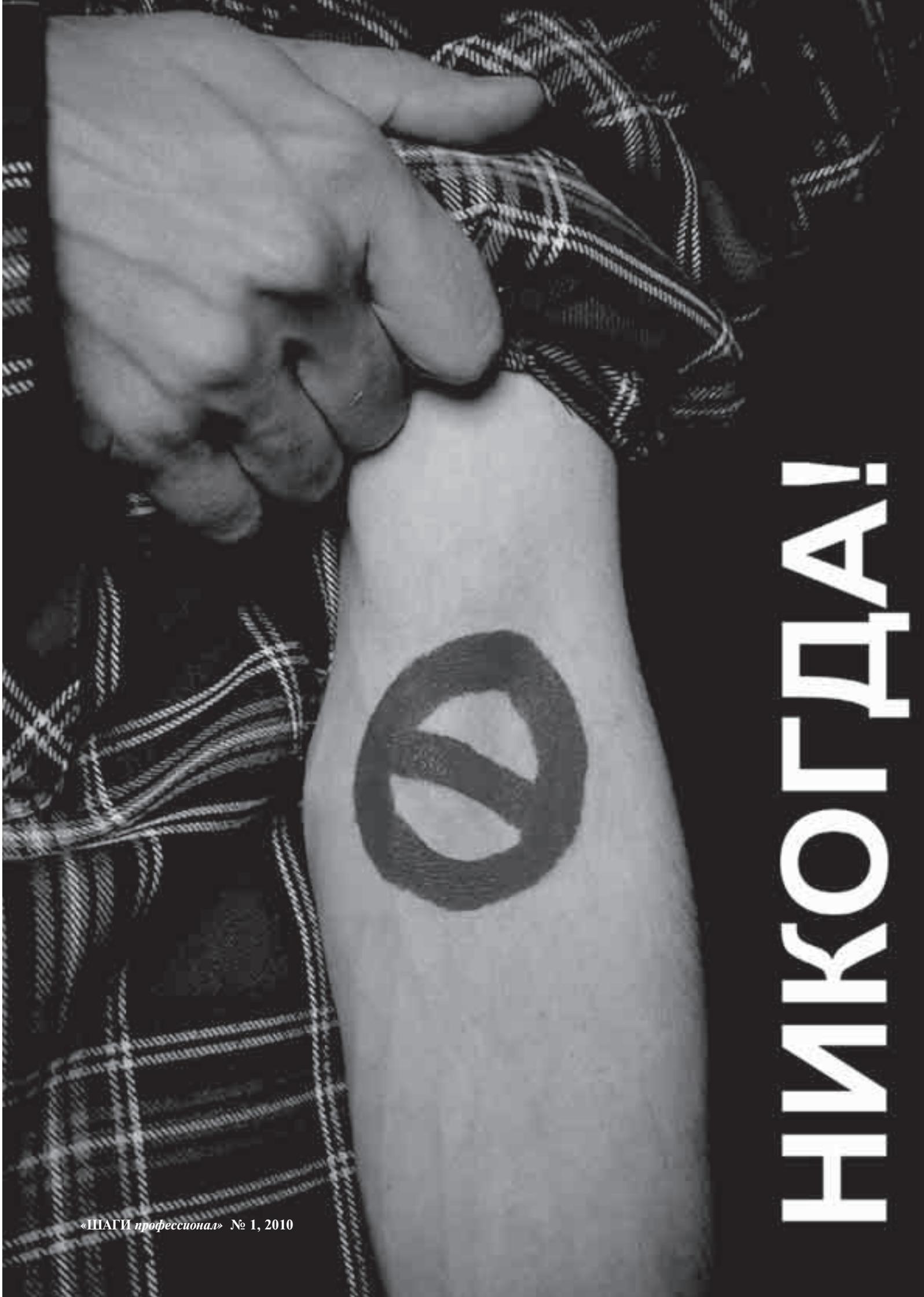


В 2008 году Наташа во второй раз участвует в автопробеге «СПИД-СТОП», на этот раз уже в международном. И снова новые люди, новые города, новые знакомства. Еще в первом автопробеге она узнала, что создано Всероссийское объединение людей, живущих с ВИЧ (ВО ЛЖВ), и во всех округах и городах будут представительства, и что почти во всех округах уже ведется бурная деятельность. И тогда ей стало обидно, что в ее родном УФО нет ни представителя ВО ЛЖВ, ни работы в этом направлении. И в феврале 2008 года она принимает участие в региональном форуме ЛЖВ, который проводило Всероссийское объединение, и была выбрана представителем в координационный совет ВО по УФО.

В настоящее время в ее общественной организации два основных вида деятельности: помощь химически зависимым — реабилитация и адаптация к городу, и помощь ВИЧ-положительным — улучшение качества их жизни и оказание немедицинского сервиса. Есть небольшая, но все-таки команда людей, которые работают в данной области и работают, в основном, на добровольных началах. В 2009 году они впервые самостоятельно провели акцию, посвященную «Дню памяти умерших от СПИДа». В том же году организация заняла второе место во Всероссийском конкурсе, организованном Роспотребнадзором, «Жить — значит знать» в номинации «Лучшая полиграфическая работа в области профилактики передачи ВИЧ в местах лишения свободы».

«Я очень благодарна моим новым друзьям, — говорит в заключение Наташа, — за их поддержку и понимание. Никогда не забуду своих первых тренеров: Николая Недзельского, Ирину Зарочинцову, Марину Николаеву, Елизавету Морозову. Особое спасибо главному врачу нашего СПИД-центра Александру Владимировичу. Благодаря им всем я получала знания, узнала что такое немедицинский сервис, они дали мне большой импульс к действиям, подсказали куда двигаться и что вообще делать дальше. Еще три года назад мы — люди, живущие с ВИЧ, в Тюмени прятали глаза даже друг от друга, забегали в СПИД-центр и выбегали из него, чтоб нас никто не заметил. Не было даже намека на немедицинский сервис. А сегодня у нас есть место, работающее по принципу «дроп-ин-центр», куда любой ВИЧ-позитивный человек может прийти, просто посидеть попить чаю, получить консультацию, почитать литературу по вопросам жизни с ВИЧ, туберкулезом, гепатитом, ВИЧ и беременность, и многое другое. Работают три группы взаимопомощи, телефон доверия по вопросам «ВИЧ/СПИДа», информационная линия групп взаимопомощи, работают равные консультанты в офисе, в СПИД-центре, в противотуберкулезном диспансере, осуществляются аутрич-проекты и т.д. И я думаю, это не предел. Мы будем идти дальше».

Редакция журнала «Шаги профессионал» искренне желает Наташе и ее команде дальнейших успехов в их трудной, но благородной работе!



НИКОГДА!

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.

АНТИРЕТРОВИРУСНЫЙ РЕЖИМ ПОКАЗАЛ ВЫСОКУЮ ЭФФЕКТИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ, ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИЧ С МНОЖЕСТВЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ

10.12.2009

У ВИЧ-инфицированных больных, длительно получающих комбинированную антиретровирусную терапию (кАРТ) и имеющих анамнез вирусологической или иммунологической неудачи/несостоятельности терапии, очень важным является иметь «про запас» 2–3 антиретровирусных препарата, к которым их ВИЧ полностью чувствителен и на которые они могут перейти, когда не останется никакой альтернативы. Обычной тактикой у больных на несостоятельной кАРТ является добавление какого-то одного мощного лекарственного средства к так называемому оптимизированному режиму, не содержащему ни одного препарата, к которому полностью чувствителен ВИЧ. Такой подход несет риск развития резистентности к этому новому для больного препарату и усиления резистентности к препаратам в составе оптимизированного режима. Группа ученых из Франции протестировала более радикальный подход. Они провели исследование длительно леченных больных, инфицированных ВИЧ с множественной резистентностью, у которых после множественных неудач терапии к оптимизированному режиму кАРТ были добавлены сразу три препарата – ингибитор интегразы ралтегравир (raltegravir), ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы (ННИОТ) этравирин (etravirine) и ингибитор протеазы (ИП) дарунавир/ритонавир (darunavir/ritonavir). Целью исследования было оценить эффективность и безопасность данного режима.

Методы исследования. Исследование Agence Nationale de Recherches sur le SIDA et les hépatites virales (ANRS) 139 TRIO или ANRS 139 TRIO было проведено в 49 ВИЧ-центрах Франции. Критериями включения в исследование были: вирусная нагрузка (ВН) > 1000 копий/мл, стабильный режим кАРТ ≥ 8 недель, отсутствие анамнеза приема ралтегравира, этравирина и да-

рунавира, ≥ 3 мутаций резистентности к ИП, ≥ 3 мутаций резистентности к нуклеозидным ингибиторам обратной транскриптазы (НИОТ) и чувствительности ВИЧ к дарунавиму. Включались также больные, имеющие в анамнезе неудачу ННИОТ-режима кАРТ, но инфицированные ВИЧ, чувствительным к этравирину (≤ 3 мутаций резистентности к ННИОТ). Не включались больные с текущим СПИДом, онкозаболеваниями, требующими приема химиопрепаратов, почечной недостаточностью (клиренс креатинина < 50 мл/мин), тяжелой анемией (НВ ≤ 7 г/дл), нейтропенией ≤ 500 кл/мкл и тромбоцитопенией ≤ 50 000 кл/мкл. Больные с гепатитами В и С включались, если они не имели тяжелого цирроза или печеночной недостаточности (печеночные ферменты и билирубин < 3 раз выше нормы).

Большинство больных получали какой-либо оптимизированный режим кАРТ. Все пациенты получали следующий набор препаратов: ралтегравир 400 мг (1 таблетка) 2 раза в день, этравирин 200 мг (2 таблетки по 100 мг) 2 раза в день и дарунавир/ритонавир – 600 мг дарунавира (2 таблетки по 300 мг) 2 раза в день с ритонавиром 100 мг так же 2 раза в день.

Первичная конечная точка исследования – доля больных с ВН < 50 копий/мл к 24-й неделе исследования. Вторичная точка исследования – доля больных с ВН < 50 копий/мл к 48-й неделе исследования.

Результаты исследования. В исследование были включены 103 больных. Средний возраст когорты составил 45 лет, 88% – мужчины, 55% – мужчины, практикующие секс с мужчинами, 10% – лица с анамнезом внутривенного наркопотребления. Средняя длительность кАРТ до включения в исследование составила 13 лет (МКИ 11–15), у 44 (43%) был СПИД в анамнезе. Средняя исходная ВН была 4,2 log₁₀ копий/мл (МКИ 3,6–4,6) и среднее число CD4-клеток – 255 кл/мкл (МКИ 132–351). Среднее число мутаций резистентности к ИП на момент включения в исследование составило 4, среднее число мутаций резистентности к ННИОТ – 1, к НИОТ – 6. Двое (2%) больных исходно имели 3 мутации резистентности к этравирину и 36 (35%) больных исходно имели 3 мутации резистентности к дарунавиму.

Большинство ($n = 90$; 87,4%) больных получили оптимизированный режим. У 86 (84%) больных в состав оптимизированного режима входили НИОТ (в среднем – 2). У 12 больных в состав оптимизированного режима включался энфувиртид (enfuvirtid), и 10 из них принимали его впервые. Балл генотипической чувствительности ВИЧ (число препаратов в составе кАРТ, к которым у ВИЧ имеется генотипическая чувствительность) для оптимизированных режимов составил < 1 для 60% больных. К 24-й неделе наблюдения ВН < 50 копий/мл отмечалась у 93-х больных (90%; 95% ДИ: 85–96%). Из 10 больных с ВН > 50 копий/мл у 5 (включая троих прервавших участие в исследовании) она была ≥ 400 копий/мл, а у 5 больных – ≤ 400 копий/мл.

Из 93-х больных с ВН < 50 копий/мл на 24-й неделе исследования только у 4-х ВН поднялась в следующие 24 недели наблюдения до определяемого уровня. То есть к 48-й неделе исследования ВН < 50 копий/мл отмечалась у 89 (86%) участников исследования.

Вероятность достижения неопределимой (< 50 копий/мл) ВН не зависела от таких исходных характеристик, как ВН, число CD4, балл генотипической чувствительности оптимизированного режима или прием энфувиртида. ВН < 50 копий/мл отмечалась к 24-й неделе у всех 13 больных, которые не получали оптимизированного режима, а также у троих больных, имевших мутацию резистентности к этравирину на момент включения в исследование.

К 48-й неделе среднее снижение ВН составило $2,4 \log_{10}$ (МКИ 2,9–1,9), средний прирост числа CD4 – 108 кл/мкл.

За время наблюдения имели место два СПИД-индикаторных заболевания (энцефалопатия и кандидоз пищевода). Один больной умер от инфаркта миокарда. У 4 (3,9%) пациентов отмечались связанные с терапией нежелательные явления 3–4-й степени тяжести, и один из них прервал участие в исследовании по этой причине. У данного больного отмечалась сыпь с повышением температуры, причем причиной осложнения, по мнению исследователей, был ралтегравир. Сыпь (1–2 степени тяжести) отмечалась еще у 5 больных. Лабораторные изменения 3–4 степени тяжести отмечались у 20 (19,4%) больных. Самыми частыми нарушениями были повышение креатининкиназы (11 больных) и гамма-глутаминтрансферазы (4 больных). Ни одно из лабораторных нарушений не потребовало прекращения терапии.

Выводы. В данном исследовании 90 и 86% больных с высокорезистентным ВИЧ имели неопределимую ВН соответственно на 24 и 48 неделях терапии ралтегравиром, этравиринном и дарунавиром. Предложенный режим показал высокую эффективность, сравнимую с эффективностью АРТ у ВИЧ-инфицированных больных, впервые получающих терапию. Он также относительно хорошо переносился. Исследова-

тели отмечают, что из-за небольшой численности исследования, они не могут однозначно ответить на вопрос, необходим ли был оптимизированный режим АРТ, или данная тройка добилась бы супрессии ВИЧ и без дополнительных препаратов.

Источник. Y. Yazdanpanah, et al. High Rate of Virologic Suppression with Raltegravir plus Etravirine and Darunavir/Ritonavir among Treatment-Experienced Patients Infected with Multidrug-Resistant HIV: Results of the ANRS 139 TRIO Trial. *Clinical Infectious Diseases*, 2009, 49, 1441–449.

МНОЖЕСТВЕННЫЕ ЭПИЗОДЫ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ПО-ПРЕЖНЕМУ ЗНАЧИТЕЛЬНО УХУДШАЮТ ПРОГНОЗ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

16.12.2009

Комбинированная антиретровирусная терапия (кАРТ) целиком и полностью изменила прогноз ВИЧ-инфекции, превратив ее из смертельного в хроническое заболевание, требующее постоянного приема лекарств. Однако, несмотря на все ее успехи, у части больных наблюдаются однократные или, в худших случаях, множественные эпизоды неудачи/несостоятельности терапии, то есть на фоне терапии у больных повышается вирусная нагрузка (ВН) или понижается уровень CD4-лимфоцитов. Такие ситуации рассматриваются как соответственно вирусологическая или иммунологическая неудача. На практике в большинстве случаев любой вирусологической неудачи приходится менять состав кАРТ. Если это происходит несколько раз, то у больного резко сокращается выбор активных антиретровирусных препаратов. Американские исследователи провели большое клиническое исследование с целью определить, как меняется частота развития неудач кАРТ с течением времени, то есть в последние годы по сравнению с 90-ми годами, и какое влияние неудачи терапии оказывают на общий прогноз больных.

Методы исследования. Исследователи являются участниками североамериканского сотрудничества ВИЧ/СПИД-когорт (North American AIDS Cohort Collaboration on Research and Design, NA-ACCORD). В NA-ACCORD входят 17 ВИЧ-когорт, включающих более 36 000 пациентов и более 60 исследовательских центров в США и Канаде. В данное исследование вошли больные, у которых на фоне полноценного первичного режима кАРТ имела место вирусологическая неудача терапии (ВН > 1000 копий/мл). Затем им модифицировали кАРТ, а через некоторое время опять развилась вирусологическая неудача. То есть основным критерием включения являлись две и более неудачи кАРТ. Задачей исследовате-

лей было определить факторы риска второй неудачи терапии и выживаемость больных после того, как последняя имела место.

Результаты исследования. Из 36 188 больных, начавших кАРТ в 1996–2005 гг., у 13 165 потребовалась модификация первого режима по причине неудачи терапии. В свою очередь у 7159 из 13 165 наблюдались два и более эпизодов неудачи терапии. Медиана интервала времени от постановки первого диагноза неудачи терапии (на основании данных ВН) до модификации к АРТ составила 6 месяцев. Медиана числа CD4-клеток на момент первой модификации кАРТ составила 170 кл/мкл в 1996–1997 гг., 289 кл/мкл – в 2000–2001 гг. и 293 кл/мкл – в 2004–2005 гг., а медиана ВН – соответственно 27 470, 7272 и 43 000 копий/мл. У большинства больных первый эпизод неудачи терапии развился на фоне кАРТ, содержащей ингибитор протеазы (у 91% в 1996–1997 гг., у 56% в 2000–2001 гг., у 37% в 2004–2005 гг.), а у меньшей части – на фоне кАРТ, содержащей ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы (у 6% в 1996–1997 гг., 16% – в 2000–2001 гг. и 38% – в 2004–2005 гг.).

С течением календарного времени наблюдалось постоянное и равномерное снижение частоты развития второй неудачи кАРТ: с 56 (95% ДИ 50–63) на 100 человеко-лет в 1996–1997 гг. до 16 (95% ДИ: 14–18) на 100 человеко-лет в 2004–2005 гг. Медиана числа CD4-клеток на момент второй неудачи кАРТ была 244 кл/мкл, а медиана ВН – 13 000 копий/мл (3100–60 864). Сходные тенденции наблюдались в подгруппе больных ($n = 5087$), которые не получали никаких антиретровирусных препаратов до назначения первого режима кАРТ. Частота развития второй неудачи терапии в данной подгруппе составила 40 на 100 человеко-лет в 1996–1997 гг. и 18 на 100 человеко-лет в 2004–2005 гг.

Исследователи попытались определить предикторы второй неудачи терапии. После поправки на календарный год, более длительный период времени от инициации до модификации первого режима кАРТ и более высокое число CD4-клеток были связаны с меньшим риском второй неудачи, в то время как более высокая ВН на момент первой неудачи и модификации первого режима кАРТ приводила к более высокому риску второй неудачи терапии. Такие переменные, как пол, возраст, СПИД в анамнезе, вид первичного режима кАРТ, включенные в многофакторный анализ, не оказывали влияния на риск второй неудачи терапии. Предиктором второй неудачи терапии служило также более короткое время от инициации первого режима до его неудачи (отношение рисков [ОР] – 0,9 для каждого дополнительного года, $p < 0,001$).

За 25 722 человеко-лет наблюдения за больными с второй (и более) неудачей терапии умерли 1532 больных. В целом к концу первого года наблюдения умерли 5% пациентов, к концу пятого года – 26%. Смертность составила 6,5 на

100 человеко-лет в 1996–1997 гг. и 5 на 100 человеко-лет для больных, у которых вторая неудача терапии развилась в 2003 г. Несмотря на то, что смертность данной категории больных не резко снизилась с течением календарного времени, исследователи определили статистически значимую тенденцию к ее снижению в последние годы ($p < 0,01$). Кроме того, в когорте больных, которые никогда не принимали никакие антиретровирусные препараты до инициации кАРТ, смертность была ниже: у больных с второй неудачей, развившейся в 2004 г., смертность составила 3 на 100 человеко-лет. Независимыми предикторами повышенного риска смерти после второй неудачи терапии были СПИД в анамнезе (ОР – 1,4), низкое число CD4-клеток (по сравнению с > 200 для 50–200 и < 50 кл/мкл ОР – 1,88 и 4,4) и высокая ВН (по сравнению с $< 10 000$ для 10 000–100 000 и $> 100 000$ копий/мл ОР – 1,32 и 2,05) на момент второй неудачи терапии. Предикторами повышенного риска смерти также были гепатит С (ОР – 1,66) и внутривенное наркопотребление в анамнезе (ОР – 1,42).

Выводы. Исследование показало, что на современной кАРТ множественные неудачи терапии наблюдаются значительно реже, чем в 90-х годах прошлого столетия. При этом прогноз у больных с множественными эпизодами неудачи терапии и последующей модификацией режимов кАРТ по-прежнему весьма серьезен, а их выживаемость – значительно ниже, чем в общей популяции ВИЧ-инфицированных больных. Исследователи обращают внимание на то, что временные рамки исследования (1996–2005 гг.) не позволили оценить влияние на прогноз проблемных ВИЧ-инфицированных больных таких новейших антиретровирусных препаратов, как дарунавир (darunavir), ралтегравир (raltegravir), маравирик (maraviroc) и этравирин (etravirine). Это предстоит сделать в будущих исследованиях.

Источник. Deeks S.G., et al. Trends in multidrug treatment failure and subsequent mortality among antiretroviral therapy-experienced patients with HIV infection in North America. *Clin. Infect. Dis.*, 2009, **49**, 1582–1590.

НЕИФИЦИРОВАННЫЕ ДЕТИ ОТ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ МАТЕРЕЙ ПРИБАВЛЯЮТ В ВЕСЕ НЕ ХУЖЕ СВЕРСТНИКОВ

24.12.2009

С разработкой антиретровирусной терапии и профилактики вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку каждый год рождается все больше неинфицированных детей от ВИЧ-инфицированных матерей. При этом, несмотря на то, что ребенок не инфицирован ВИЧ, остаются опасения по поводу того, как инфекция матери повлияла на его общее здоровье. Как известно, в

раннем возрасте прибавка в весе является универсальным показателем здоровья и развития. В Южно-Африканской провинции Квазулу Натал проведено большое сравнительное исследование динамики прибавки веса и выживаемости детей от ВИЧ инфицированных и не ВИЧ-инфицированных матерей. Основной целью исследования было определение того, как влияет АРТ на ВИЧ-инфицированность матери на здоровье детей, у которых удалось предотвратить заражение ВИЧ в ходе беременности и родов.

Методы исследования. В данном проспективном обсервационном исследовании дети от ВИЧ-инфицированных и не ВИЧ-инфицированных матерей взвешивались и обследовались на ВИЧ ежемесячно с рождения до 9 месяцев, а затем ежеквартально с 10 месяцев до 2-х лет. Также еженедельно собирались данные о характере вскармливания детей. Исследование проводилось в семи отдаленных клиниках, одной клинике, расположенной недалеко от города, и одной городской клинике.

Результаты исследования. В исследование был включен 1261 ребенок от ВИЧ-инфицированных матерей и 1061 ребенок от матерей без ВИЧ-инфекции. ВИЧ-инфицированные матери были моложе неинфицированных и у них чаще рождались недоношенные и маловесные дети.

Средняя прибавка веса ВИЧ-инфицированных детей была значительно ниже, чем средняя прибавка веса неинфицированных детей от ВИЧ-инфицированных матерей. Средняя разница составила к 6 неделям 249 г для мальчиков и 200 г для девочек, а к 52-й неделе жизни — 420 г для мальчиков и 405 г для девочек.

Неинфицированные дети от ВИЧ-инфицированных матерей прибавляли в весе в целом не хуже, чем их сверстники от матерей без ВИЧ-инфекции. Однако далеко зашедшая ВИЧ-инфекция ($CD4 < 200$ кл/мкл) приводила как к низкому весу при рождении, так и к более низкой прибавке веса в первые недели и месяцы жизни младенцев.

Как ожидалось, ВИЧ-инфицированные дети прибавляли в весе значительно хуже своих неинфицированных сверстников, однако к возрасту 6–9 месяцев данное различие исчезало. Это связано, вероятно, с началом действия антиретровирусной терапии. ВИЧ-инфицированные дети на естественном вскармливании прибавляли в весе лучше, чем ВИЧ-инфицированные дети, получавшие смеси. Эта разница была особенно выражена в первые 6 недель жизни детей (130 г для мальчиков и 110 г для девочек). Таким образом, получил подтверждение тот факт, что в регионах с ограниченными ресурсами естественное вскармливание улучшает прогноз ВИЧ-инфицированных детей, улучшая их общее здоровье.

Многофакторный анализ с поправками на множественные клинично-демографические факторы показал, что наибольшее влияние на прибавку в весе в первые месяцы жизни оказывали

следующие факторы: окружность плеча матери (показатель ее уровня питания), уровень CD4-клеток матери, вес при рождении и ВИЧ-статус младенца.

Выводы. Авторы исследования считают, что его основным результатом стали данные о том, что неинфицированные дети от ВИЧ-инфицированных матерей растут и прибавляют в весе практически не хуже их сверстников от матерей без ВИЧ-инфекции. Данное исследование является еще одним подтверждением возможности рождения здоровых детей от ВИЧ-инфицированных матерей при условии успешных профилактических мер при беременности и родах и правильном вскармливании.

Источник. D. Patel, et al. Breastfeeding, HIV status and weights in South African children: a comparison of HIV-exposed and unexposed children. *AIDS*, 2010, 24.

О ТЕРАТОГЕННОСТИ ЭФАВИРЕНЦА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

24.12.2009

Все большее число ВИЧ-инфицированных женщин решаются на вынашивание ребенка, и большинство из них принимают антиретровирусные препараты во время беременности. В этой связи информация о тератогенных эффектах того или иного препарата является исключительно важной. Комбинация нуклеозидного ингибитора обратной транскриптазы (ННИОТ) эфавиренца в сочетании с двумя нуклеозидными ингибиторами обратной транскриптазы (НИОТ) часто является режимом выбора при инициации антиретровирусной терапии (АРТ). В 2008 году американское агентство по надзору за безопасностью лекарств FDA пересмотрело категорию эфавиренца в отношении тератогенности препарата с класса С (риск не может быть исключен) на класс D (имеются доказательства риска для плода). Британские и южноафриканские ученые провели исследование большой группы ВИЧ-инфицированных женщин, получавших эфавиренц во время беременности. Целью исследования было определение риска развития врожденных дефектов плода в зависимости от триместра беременности, в который имело место воздействие эфавиренца.

Методы исследования. Исследование проходило в южноафриканской провинции Восточный Мыс, где в 2006 г. был создан специальный регистр «Эфавиренц при беременности», в который, как очевидно из названия, вносились данные обо всех беременных женщинах, принимавших эфавиренц.

Если зачатие происходило у женщин, принимавших эфавиренцосодержащую АРТ (обычно в сочетании со ставудином и ламивудином), их включали в исследование при следующих усло-

виях: срок беременности — не менее 14 недель и проведенное ультразвуковое исследование плода до смены режима АРТ. До 20-й недели беременности каждой ВИЧ-инфицированной, принимавшей эфавиренц на момент зачатия, было рекомендовано прерывание беременности. Если женщины решали сохранить беременность, эфавиренц им заменяли на невирапин, либо на лопинавир/ритонавир (с 2007 г. — только на невирапин, т.к. появились дополнительные доказательства его безопасности для плода). Если женщины, получавшие эфавиренцсодержащую АРТ, сообщали о своей беременности позже 14-й недели, они оставались на этом режиме АРТ. Большую часть исследуемой когорты составили женщины, зачавшие детей до инициации АРТ, которые по показаниям начали получать эфавиренцсодержащий режим АРТ во втором и третьем триместрах беременности. Конечной точкой исследования являлась частота развития дефектов плода. Детей отслеживали до 6-недельного возраста.

Результаты исследования. С января 2006 г. по декабрь 2008 г. в исследовании приняли участие 851 беременная женщина. В группе женщин, которые начали получать эфавиренцсодержащую АРТ во время беременности, имели место 6 случаев выкидышей и 10 мертворождений. У 623 женщин этой группы беременность завершилась родами живым плодом.

Все 623 женщины никогда в прошлом не получали АРТ. Их средний возраст был 28 лет, медиана срока беременности на момент инициации АРТ — 30 недель; 37% женщин были первородящими. Медиана числа CD4-клеток в данной группе составила 171 кл/мкл, а вирусной нагрузки (ВН) — $4,2 \log_{10}$ копий/мл. У 4% из них имел место СПИД, а 7% — получали лечение по поводу туберкулеза. На момент родов неопределимая (< 50 копий/мл) вирусная нагрузка была у около 70% женщин. 319 (51,2%) из 623 детей были мальчики.

Всего у 16 из 623 живорожденных детей были диагностированы врожденные пороки развития, что составило 2,6% (95% ДИ: 1,5–4,2). Имели место следующие дефекты: арахноидальная киста, постаксиальная полидактилия (7 случаев), стеноз легочной артерии, асимметрии лица, двусторонняя косолапость, невус и пупочная грыжа (4 случая).

В группу женщин, которые получали эфавиренц в первый триместр беременности, вошли 195 человек. Все беременности были незапланированными; 181 женщина получала эфавиренц > 1 месяца до зачатия. Медиана возраста была 30 лет, и 25% женщин были первородящими. Медиана числа CD4-клеток в данной группе составила 275 кл/мкл. На момент зачатия 26% женщин получали противотуберкулезную терапию, а 33% — профилактику котримоксазолом. Средний срок гестации на момент первого обращения по поводу беременности был 19 недель.

Только 9 женщин обратились в центр на сроке до 6 недель, 46 — до 13 недели и 140 — на 14-й неделе и позже. Эфавиренц был заменен на невирапин у 55 (28%) женщин и на лопинавир/ритонавир — у 8 женщин. У 6 из 140 женщин, обратившихся позднее 14 недели беременности, эфавиренц также был заменен на невирапин (в амбулатории по месту жительства).

Только 3 из 195 женщин, зачавших на фоне эфавиренца, согласились прервать беременность. У двоих были эктопические беременности, потребовавшие хирургического вмешательства. В данной группе имели место 6 выкидышей и 4 случая мертворождения. У 181 женщины данной группы беременность завершилась родами: родились 184 живых плодов (в том числе — две пары двоен), 90 (48,9%) из них были мальчики.

На момент родов у 79% женщин была неопределимая ВН. Исследователи отметили, что неопределимая ВН значительно чаще определялась у продолживших прием эфавиренца женщин, чем у сменивших его на невирапин или лопинавир/ритонавир ($p = 0,031$). В данной группе врожденные дефекты плода были диагностированы у 5 из 184 живорожденных и у одного мертворожденного, что составило 3,3% (95% ДИ: 0,50–3,2). Отмечены следующие дефекты: трисомия по 18 паре, синдром АМС (Arthrogyrosis Multiplex Congenita), атрезия пищевода с трахеопищеводным свищем, постаксиальная полидактилия, преаксиальная полидактилия и врожденный дефект зубов.

Исследователи не обнаружили статистически значимого различия в распространенности врожденных дефектов плода между подгруппами женщин, получавших эфавиренц в первом и втором/третьем триместрах беременности: отношение распространенности — 1,27 (95% ДИ: 0,5–3,2; $p = 0,301$). Также не было найдено различий в частоте врожденных дефектов плода у женщин, получавших и не получавших котримоксазол в первый триместр беременности: 2/63 (3,2%) против 4/121 (3,3%), отношение распространенности — 0,96 ($p = 0,664$).

Всего 33 женщины на момент зачатия получали невирапинсодержащую АРТ. В этой группе одна женщина имела двойню и у одной произошел выкидыш. У одного из 33 живорожденных детей был обнаружен дефект развития (пупочная грыжа).

Выводы. Авторы исследования полагают, что их результаты позволяют говорить об относительной безопасности эфавиренца во втором и третьем триместрах беременности. По причине небольшой численности детей, подвергшихся действию эфавиренца в первый триместр беременности, авторы исследования затрудняются подтвердить или опровергнуть утверждение о тератогенности эфавиренца, принимаемого в первый триместр. Основным ограничением исследования была малая длительность наблюде-

ния за новорожденными. Основная диагностика врожденных дефектов сводилась к осмотру в родовом зале. Известно, что в среднем только четвертая часть врожденных пороков, выявляемых до 5-летнего возраста, диагностируется сразу после рождения.

Источник. Bera, Ebrahim et al. Birth defects following exposure to efavirenz-based antiretroviral therapy during pregnancy: a study at a regional South African hospital. *AIDS*, 27 October, 2009, doi: 10.1097/QAD.0b013e328333af32.

АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ В ОСТРОЙ СТАДИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ: ЕСТЬ ЛИ СМЫСЛ В КОРОТКОМ КУРСЕ?

18.01.2010

Существует мнение, что ранняя, т.е. начатая непосредственно после заражения, антиретровирусная терапия (АРТ) приводит к более доброкачественному течению ВИЧ-инфекции. Такая АРТ обычно является непродолжительной, ее прерывают, и возобновление лечения происходит уже согласно общепринятым рекомендациям. В 1999 г. в США было начато проспективное обсервационное исследование подобной тактики с целью оценить ее пользу и безопасность.

Методы исследования. Многоцентровое (15 центров) исследование ACTG (AIDS Clinical Trial Group) протокол 371 было начато в США в 1999 г., а в 2001 г. протокол был модифицирован. В анализ включались больные в возрасте 16 лет и старше с острой и недавней ВИЧ-инфекцией. Острой ВИЧ-инфекцией считалась в случае заражения в течение последних 4-х недель, недавней – в случае заражения в течение последних 6 месяцев. Время заражения определялось по лабораторным данным (например, при вирусной нагрузке [ВН] > 2000 копий/мл и отрицательном иммуноферментном анализе инфекция считалась острой). В исследование не включались больные с сопутствующей тяжелой гематологической, почечной и печеночной патологией. Больные с вирусными гепатитами В и С не исключались из исследования.

Вмешательство включало 5 фаз:

1) фаза индукции – больные начинали АРТ в составе двух нуклеотидных ингибиторов обратной транскриптазы (НИОТ) и ингибитора протеазы (ИП); приверженность АРТ измерялась количественно; фаза длилась минимум 52 недели;

2) первый перерыв лечения – пациенты с ВН < 50 копий/мл и числом CD4-клеток \geq 200 кл/мкл прерывали терапию; за ними продолжалось тщательное наблюдение;

3) фаза первой реиндукции – больные с ВН \geq 50 000 копий/мл в одном анализе или \geq 5000 копий/мл в трех последовательных анализах, или со снижением числа CD4 на \geq 50% по сравнению с моментом включения в исследование,

или с числом CD4 < 200 кл/мкл (350 кл/мкл в последние годы) вновь начинали терапию и продолжали ее до неопределимой ВН (<50 копий/мл); если у больного ВН оставалась на уровне < 400 копий/мл в течение 8 недель терапии, наступала следующая фаза;

4) фаза второго перерыва терапии – отмена АРТ и тщательное наблюдение;

5) фаза второй реиндукции – лечение возобновлялось по тем же критериям, что и в фазу первой реиндукции.

Основной конечной точкой было поддержание ВН на уровне < 5000 копий в течение минимум 24-х недель в фазу первого или второго перерыва терапии.

Результаты исследования. В исследование были включены 50 больных с острой и 71 больной с недавней ВИЧ-инфекцией – всего 121 больной; 95% из них были мужчины, 69% – белые. Средний возраст составил 34 года, средняя ВН – 210 300 копий/мл у больных с острой и 42 700 копий/мл – у больных с недавней ВН.

Всего 73 больных достигли второй фазы и прервали лечение (28 с острой и 45 с недавней инфекцией). По сравнению с данными 73 больных у 48 больных, которые не достигли критериев первого перерыва терапии, исходная ВН была выше ($p = 0,016$), а число CD4-клеток – ниже ($p = 0,044$), причем эта закономерность прослеживалась и в группе острой, и в группе недавней ВИЧ-инфекции.

Токсичность препаратов была умеренной и соответствовала ожиданиям. Гиперчувствительность к абакавиру развилась у 9 больных. На протяжении 52-х недель после включения в исследование токсические реакции второй и третьей степеней отмечались у 52% больных острой и 63% больных недавней ВИЧ-инфекцией. До 52-й недели наблюдения из исследования выбыли 24 больных (11 с острой и 13 – с недавней инфекцией). Токсичность была причиной выхода у 7 больных (у 4-х – с острой и у 3-х – с недавней инфекцией). Остальными причинами были нежелание принимать препараты и вирусологическая неудача терапии.

Первичной конечной точки (ВН < 5000 копий после 24-х недель без АРТ), другими словами вирусологического успеха, достигли 29 (40%) из 73 больных, которые прерывали терапию и 24% всех больных, включенных в исследование. Из прервавших АРТ первичной конечной точки достигли 12 (43%) из 28 больных с острой ВИЧ-инфекцией и 17 (38%) из 45 больных с недавней ВИЧ-инфекцией. То есть по первичной конечной точке между группами острой и недавней инфекции не было статистически достоверной разницы ($p = 0,81$). Не было значимого различия между группами и по ВН в течение всего периода перерыва терапии. У тех, кто прервал терапию и достиг вирусологического успеха, это чаще всего происходило в течение первого перерыва терапии (вторая фаза исследования).

Предикторами достижения первичной точки/ вирусологического успеха были более низкая исходная вирусная нагрузка и более высокие показатели исходного числа CD4-клеток. Первичной конечной точки достигли 48% больных с исходной ВН < 100 000 копий/мл против 26% больных с исходной ВН > 100 000 копий/мл.

Выводы. Исследование ACTG 371 было начато в 1999 г., когда всерьез обсуждалась польза перерывов АРТ, полностью отвергнутых в настоящее время. Тем не менее, исследование представляет большой интерес, так как были отобраны больные с ранней ВИЧ-инфекцией. Авторы считают маловероятным, чтобы какое-либо исследование в будущем включило бы больных в более ранние после заражения ВИЧ сроки, чем ACTG 371. Исследование, к сожалению, не отвечает на вопрос об эффективности ранней по сравнению с отсроченной АРТ. При обсуждении ранней (начатой немедленно после заражения) АРТ одной из основных проблем остается вопрос о том, должна ли она быть прервана. ACTG 371 предоставляет ценные данные о том, что у 40% больных, получивших, а затем прервавших АРТ, длительно сохраняется вирусная супрессия.

Источник. The ACTG 371 Team. Antiretroviral therapy in acute and recent HIV infection: a prospective multicenter stratified trial of intentionally interrupted treatment. *AIDS*, 2009, **23**, 1987–1995.

ПРИМЕР УСПЕШНОЙ СПАСИТЕЛЬНОЙ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У ПЕРИНАТАЛЬНО ИНФИЦИРОВАННЫХ ПОДРОСТКОВ

18.01.2010

Лечение детей, инфицированных ВИЧ перинатально, является тяжелой задачей. Выбор лекарственных средств, одобренных для применения у детей, значительно ограничен по сравнению с выбором лекарств для взрослых. Для многих фармакологических препаратов не существует детских, т.е. позволяющих соответствующее дозирование, форм. При этом перинатально инфицированные дети и подростки получают антиретровирусную терапию (АРТ) многие годы, и у части из них, как и у взрослых больных, развиваются мутации резистентности ВИЧ. В таких случаях, предполагающих в большинстве своем неблагоприятный прогноз, наблюдение ВИЧ-инфицированных детей и подростков оказывается еще более сложным. Французские ученые провели небольшое пилотное исследование подростков, инфицированных ВИЧ с высокой резистентностью, которым был назначен «взрослый» спасительный режим АРТ в составе дарунавир/ритонавир (darunavir/ritonavir), этравирин (etravirine) и ралтегравир (raltegravir). Данный режим ранее показал высокую эффек-

тивность у длительно леченных взрослых больных, инфицированных резистентным ВИЧ.

Методы исследования. В исследование были включены 12 ВИЧ-инфицированных подростков. Их средний возраст был 15 лет и длительность АРТ – также 15 лет. Все пациенты при включении в исследование были в состоянии вирусологической несостоятельности АРТ, то есть на фоне АРТ имела место высокая вирусная нагрузка (ВН) и низкий уровень CD4-клеток. А именно, средняя исходная ВН в группе была >100 000 копий/мл, а средний исходный уровень CD4-клеток – 124 кл/мкл. У всех участников исследования ВИЧ имел мутации резистентности ко всем трем основным группам антиретровирусных препаратов.

Из трех испытываемых препаратов только дарунавир одобрен для применения у детей 13 лет и старше, однако во Франции существует программа, разрешающая с целью милосердия назначение лекарств в обход общепринятых рекомендаций. Ралтегравир назначался в дозе 400 мг 2 раза в день; 9 из 12 пациентов получали дарунавир/ритонавир и этравирин во взрослых дозах. Длительность наблюдения составила 12 месяцев.

Результаты исследования. За время наблюдения у детей не развилось ни одного случая СПИДа, и ни один не умер. Только один пациент был вынужден прекратить прием одного из лекарственных средств по причине побочных явлений: дарунавир был отменен из-за желудочно-кишечной симптоматики.

Уже через неделю терапии медиана ВН в группе составила 200 копий/мл, а через 12 месяцев – 50 копий/мл. К концу периода наблюдения у 11 из 12 детей ВН была < 400 копий/мл, а у 6 – < 50 копий/мл. Вслед за вирусной супрессией последовало иммунологическое восстановление: среднее число CD4-клеток к 12-му месяцу терапии составило 500 кл/мкл.

Исследователи не зафиксировали ни одного клинического или лабораторного побочного эффекта выше второй степени тяжести, и только у одного больного потребовалась модификация режима по причине побочного эффекта (см. выше).

Выводы. Исследователи продемонстрировали возможность успешного лечения тяжелых больных подросткового возраста, инфицированных ВИЧ с резистентностью к основным антиретровирусным препаратам. «В данном педиатрическом наблюдательном анализе эффективность и переносимость сочетания ралтегравира, дарунавир/ритонавир и этравирин оказались замечательными», – пишут авторы исследования. Они отмечают, что необходимы дальнейшие исследования данного сочетания препаратов у детей. Также предстоит работа с наблюдательными органами в отношении разрешения использования препаратов в детском возрасте. Однако предварительные результаты

успешного лечения подростков, инфицированных резистентным ВИЧ, вдохновляют, подчеркивают исследователи.

Источник. Thuret, Isabelle; Chaix, Marie-Laure; Tamalet, Catherine et al. Raltegravir, etravirine and r-darunavir combination in adolescents with multidrug-resistant virus. *AIDS*, Nov. 13, 2009, **23** (17), 2364–2366; doi: 10.1097/QAD.0b013e328331a456.

НЕСМОТЯ НА УСПЕХИ ТЕРАПИИ, ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ СОКРАЩАЕТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ

01.02.2010

Несмотря на значительное улучшение прогноза больных в эру комбинированной антиретровирусной терапии (кАРТ), ВИЧ-инфекция остается тяжелым заболеванием, отрицательно влияющим на общую продолжительность жизни. Несколько когортных исследований, в которые вошли лица, наблюдающиеся по поводу ВИЧ инфекции и/или получающие кАРТ, показали выживаемость больных, сравнимую с обычной продолжительностью жизни. Однако считается, что реальное положение дел может быть менее оптимистичным, чем результаты таких исследований. Американские ученые провели популяционное исследование с целью определения ожидаемой продолжительности жизни ВИЧ-инфицированных больных и ее сокращения по сравнению с общей популяцией. Для этого они использовали данные всех зарегистрированных ВИЧ-инфицированных больных, проживающих в 25 штатах США, в которых с 1996 г. ведется поименный учет всех ВИЧ-инфицированных лиц.

Методы исследования. Исследователи проанализировали данные ВИЧ-инфицированных больных в возрасте ≥ 13 лет. Была разработана модель, позволяющая сравнить ожидаемую продолжительность жизни ВИЧ-инфицированных больных и их неинфицированных сверстников того же пола и расовой принадлежности. Основной задачей исследования было определение сокращения общей ожидаемой продолжительности жизни больных.

Результаты исследования. Данные были собраны в 25 из 50 штатов США, в которых проживает приблизительно четверть всех ВИЧ-инфицированных больных США (не были включены такие большие штаты, как Калифорния и Нью-Йорк). Всего 220 646 человек были диагностированы с ВИЧ-инфекцией в данных штатах США в 1996–2005 гг. и 10 366 из них умерли к концу 2007 г.

Средняя ожидаемая продолжительность жизни после постановки диагноза ВИЧ-инфекции увеличилась с 10,5 лет (95% ДИ: 10,4–10,6) в 1996 г. до 22,5 лет (95% ДИ 22,2–22,7) в 2005 г. Этот показатель сильно зависел от возраста на момент

постановки диагноза ВИЧ-инфекции. Самый большой скачок в ожидаемой продолжительности жизни после диагноза ВИЧ отмечался в 1996–1997 гг., что безусловно связано с внедрением кАРТ. В течение всего времени наблюдения ожидаемая продолжительность жизни после диагноза ВИЧ-инфекции была выше у женщин, чем у мужчин: в 1996 и 2005 гг. она составила соответственно 12,6 и 23,6 лет у женщин и 9,9 и 22 лет у мужчин. Среди мужчин продолжительность жизни после диагноза ВИЧ-инфекции была выше у лиц, принадлежащих к белой расе, по сравнению с выходцами из Африки и Латинской Америки.

С 1997 по 2004 гг. мужчины, практикующие секс с мужчинами, имели большую продолжительность жизни, чем лица других групп риска. С 2005 г. это различие исчезло. И у мужчин, и у женщин внутривенное наркопотребление значительно снижало ожидаемую продолжительность жизни.

Продолжительность жизни после постановки диагноза ВИЧ увеличилась с 1996 до 2005 гг. в 4 раза у больных, у которых число CD4 на момент постановки диагноза было < 200 кл/мкл (с 5,5 до 19,4 лет). У больных с числом CD4 равным 200–499 кл/мкл отмечался еще более значительный прирост продолжительности жизни в течение 10 лет: с 6,6 до 21,1 лет.

Исследователи определили, что в сравнении с ожидаемой продолжительностью жизни населения среднее число потерянных лет жизни у ВИЧ-инфицированных больных, диагностированных в 2005 г., составит 21,1 год (95% ДИ: 20,9–21,3). У женщин этот показатель равен 22,7 лет, а у мужчин – 19,1 лет. Для мужчин, диагностированных с ВИЧ-инфекцией в 2005 г. в возрасте 20, 40 и 60 лет, среднее число потерянных лет жизни составит соответственно 25,6, 18,1 и 10,2 лет. Для женщин те же показатели составили 30,7, 20,9 и 11,3 лет. При этом у представителей белой расы среднее число потерянных лет жизни окажется значительно меньше, чем у представителей черной расы и у выходцев из Латинской Америки.

Выводы. Несмотря на все успехи в диагностике и терапии ВИЧ-инфекции, ВИЧ-инфицированные лица живут значительно меньше, чем их неинфицированные сверстники. Среднее число потерянных лет жизни у больных, диагностированных с ВИЧ-инфекцией в 2005 г., составило 21 год. Авторы исследования призывают к осторожности в интерпретации полученных данных, так как среди ВИЧ-инфицированных лиц значительно чаще встречаются злоупотребление алкоголем и наркотиками, вирусные гепатиты и социально-экономические проблемы, которые могут независимо от ВИЧ отрицательно влиять на выживаемость больных. Кроме того, ожидаемая продолжительность жизни населения в США гораздо выше, чем во многих других странах мира.

Источник. Harrison K.M., et al. Life expectancy after HIV diagnosis based on national surveillance data from 25 states, United States. *J. Acquir. Immune. Defic. Syndr.*, 2010, Vol. 53 – Issue 1 – pp. 124–130.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ В РЕАЛЬНОЙ ЖИЗНИ ТАК ЖЕ ВЫСОКА, КАК И В КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

01.02.2010

Существует мнение, что данные клинических исследований, показывающие высокую эффективность современной антиретровирусной терапии, расходятся с результатами лечения в условиях обычных клиник. Канадские исследователи отследили и проанализировали несколько тысяч ВИЧ-инфицированных больных, получавших АРТ на протяжении последнего десятилетия. Целью их исследования было определение частоты развития устойчивости к основным классам антиретровирусных препаратов и вероятности достижения полной вирусной супрессии. Результаты исследования опубликованы в одном из последних номеров журнала «Clinical Infectious Diseases».

Методы исследования. В продольное популяционное исследование включались все больные, получавшие бесплатную АРТ в канадской провинции Британская Колумбия с июля 1996 г. по декабрь 2008 г. У большинства пациентов проводилось тестирование ВИЧ на мутации резистентности. Основными конечными точками исследования были частота развития резистентности ВИЧ к основным трем классам АРТ препаратов (НИОТ, ННИОТ и ИП) и доля больных, достигших полной вирусной супрессии в том или ином календарном году. Полной вирусной супрессией считалась вирусная нагрузка (ВН) ниже определяемого уровня, т.е. < 400–500 копий/мл в 1996–1999 гг. и < 50 копий/мл, начиная с 2000 г.

Результаты исследования. В анализ были включены 8016 ВИЧ-инфицированных больных, а общее время на АРТ составило 461 787 человеко-месяцев. У 5422 больных были проведены 24 652 анализа на резистентность ВИЧ.

В целом частота развития резистентности ВИЧ с 1997 г. уменьшилась в 12 раз, когда она составляла 1,73 на 100 человеко-месяцев АРТ, до 0,13 на 100 человеко-месяцев АРТ в 2008 г. Данная тенденция просматривалась в равной степени для всех трех основных групп антиретровирусных препаратов. Исследователи рассчитали половинное время, т.е. время, которое потребовалось для того, чтобы резистентность ВИЧ уменьшилась на 50% по сравнению с 1996 г. Оно составило 2,9 года для НИОТ, 2 года – для ИП и 2,5 года – для ННИОТ. Наиболее часто встречающимися мутациями к аналогу тимидина были M41L и T215F/Y. Самыми часто встречающимися мутациями резистентности к НИОТ были M184V/I (резистентность к ламивудину/эмтрицитабину). Основными мутациями резистентности к ННИОТ были K103N и Y181C/I, а к ИП – V82A/F/T/S и L90M.

Очевидно, что снижение частоты и вероятности развития мутаций резистентности стало причиной роста частоты вирусной супрессии с течением календарного времени и с модернизацией АРТ. Так, в 1996 г. самым низким уровнем ВН, зарегистрированным в Британской Колумбии, был уровень, равный $3,70 \log_{10}$ копий/мл, тогда как в 2007 г. самая низкая ВН была ниже определяемого уровня (< 50 копий/мл). Процент больных с ВН < 50 копий/мл составил 64,7% в 2000 г. и 87% в 2007 г. (RI = 0,97; $P < 0,001$).

Выводы. Исследование продемонстрировало выраженный рост эффективности высокоактивной АРТ в популяции ВИЧ-инфицированных больных. Полученные данные могут стать точкой отсчета при оценке эффективности других программ и работы центров по борьбе с ВИЧ инфекцией.

Источник. Gill V.S., et al. Improved virological outcomes in British Columbia concomitant with decreasing incidence of HIV type 1 drug resistance detection. *Clin. Infect. Dis.*, 2010, Jan 1, 50, 98.

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

В Карелии ребенок скончался от болезни, вызванной ВИЧ

В прошлом году в республике впервые зарегистрированы случаи ВИЧ-инфекции у детей. Четырем карельским детям в 2009 году поставлен диагноз ВИЧ-инфекция, чего раньше в республике никогда не было. Один ребенок скончался от болезни, вызванной ВИЧ.

На диспансерном наблюдении до уточнения ВИЧ-статуса находятся 32 ребенка, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями в прошлом году. У 62-х детей статус оказался отрицательным, рассказали в Управлении Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потреби-

телей и благополучия человека по Республике Карелия. Всего за прошедший год выявлено 69 жителей региона, имеющих положительный ВИЧ-статус. Показатель заболеваемости на 100 тыс. населения составляет в республике 10,4 (общероссийский – 24,6). За весь период регистрации случаев ВИЧ-инфекции на территории республики ведущим путем передачи вируса является внутривенное употребление наркотиков – 46,7% случаев. На втором месте половой гетеросексуальный путь – 34%.

Случаев передачи ВИЧ-инфекции при переливании компонентов крови в прошлом году на территории республики не зафиксировано.

sz.aif.ru



ВИЧ и ПРАВО в Российской Федерации*

С момента развития эпидемии ВИЧ-инфекции в России государством, учитывая своеобразие путей передачи этого заболевания, а также новизну проблемы ВИЧ-инфекции, неоднократно предпринимались попытки законодательного регулирования этой проблемы.

ВИЧ и медработники

Ситуация: Женщина работала медсестрой в одной из городских больниц. Более полугода назад была опасная ситуация в отношении заражения ВИЧ, не связанная с профессиональной деятельностью. Сдала кровь в том же лечебном учреждении. Через некоторое время ее вызвал начмед, было объявлено о положительном результате теста и оформлено расторжение трудового договора по собственному желанию. Судиться не хочет. Желает устроиться в другое ЛПУ медсестрой (не процедурной), но переживает, что вдруг придется сдавать анализ и ей откажут в связи с ВИЧ-статусом.

Ответ: Согласно статье 17 № 38-ФЗ от 30.03.1995 г. «Запрет на ограничение прав ВИЧ-инфицированных»: «не допускаются увольнения с работы, отказ в приеме на работу... а также ограничение иных прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных на основании наличия у них ВИЧ-инфекции». При этом, согласно ст. 9 Закона, работники отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации, проходят обязательное медицинское освидетельствование для выявления ВИЧ-инфекции при прове-

дении обязательных предварительных, при поступлении на работу, и периодических медицинских осмотров.

Перечень профессиональных работников, которые обязаны проходить обследование на ВИЧ, приводится в постановлении Правительства (от 4 сентября 1995 г. № 877), он включает следующие специальности: а) врачи, средний и младший медицинский персонал центров по профилактике и борьбе со СПИДом, учреждений здравоохранения, специализированных отделений и структурных подразделений учреждений здравоохранения, занятые непосредственным обследованием, диагностикой, лечением, обслуживанием, а также проведением судебно-медицинской экспертизы и другой работой с лицами, инфицированными вирусом иммунодефицита человека, имеющие с ними непосредственный контакт; б) врачи, средний и младший медицинский персонал лабораторий (группы персонала лабораторий), которые осуществляют обследование населения на ВИЧ-инфекцию и исследование крови и биологических материалов, полученных от лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека; в) научные работники, специалисты, служащие и рабочие научно-исследовательских учреждений, предприятий (производств) по изготовлению медицинских иммунобиологических препаратов и других организаций, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека.

* Правовая защита граждан. Сборник вопросов и ответов. РОО «СПИД инфосвязь», Москва, 2008. Продолжение, начало см.: «Шаги профессионал», № 6, 2009.

Итак, обязательному обследованию подлежат работники, которые а) лечат и обследуют пациентов с ВИЧ-инфекцией; б) исследуют кровь и биоматериалы, содержащие ВИЧ; в) работают на производствах, где используются материалы, содержащие ВИЧ.

Из содержания этого постановления можно сделать вывод, что оно защищает в первую очередь интересы работников, рискующих заразиться ВИЧ при выполнении своих профессиональных обязанностей.

Помимо этого ограниченного круга работников, по закону никто не обязан проходить обследование на ВИЧ по требованию работодателя. Также никому нельзя отказать в приеме на работу или уволить с работы на основании ВИЧ-статуса. В № 38-ФЗ от 30.03.1995 г., статье 5 п. 2 «Гарантии соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных» сказано: «Права и свободы граждан Российской Федерации могут быть ограничены в связи с наличием у них ВИЧ-инфекции только федеральным законом». Об этом говорит и статья 1(2) закона: «Федеральные законы и иные нормативные правовые акты, а также законы и иные нормативные правовые акты субъектов Российской Федерации не могут снижать гарантии, предусмотренные настоящим Федеральным законом».

Таким образом, никакие внутренние инструкции и ведомственные постановления не могут служить законным основанием для приема на работу/увольнения по поводу наличия ВИЧ-инфекции, если специальность не входит в цитируемый выше правительственный перечень (понятно, что в перечне профессия медсестры обычной муниципальной больницы не значится и значиться не может).

Вопрос: Обязан ли медработник сообщать о своем ВИЧ-статусе своему работодателю?

Ответ: Нет, медицинский работник не обязан сообщать о своем диагнозе работодателю, однако должен понимать, в каких случаях может поставить под угрозу здоровье и жизнь других граждан и предпринять, все соответствующие меры для недопущения хотя бы угрозы заражения ВИЧ-инфекцией других лиц, поскольку такое деяние преследуется Уголовным кодексом РФ, ст. 122.

Ситуация: За консультацией обратилась педагог из медицинского колледжа. На лечебном потоке обучается ВИЧ-инфицированная студентка, сможет ли она работать по специальности с таким диагнозом? Родители предлагают перевести ее на другой поток — фармацевтический. Как осуществляется трудоустройство ВИЧ-инфицированных медицинских работников?

Ответ: Данную ситуацию необходимо разрешить таким образом, чтобы права ВИЧ-ин-

фицированного не были нарушены. Наличие ВИЧ-инфекции не является основанием отказа в приеме в образовательное учреждение, а тем более от получения полного образования по желанию ВИЧ-инфицированного.

ВИЧ-инфицированные медицинские работники являются гражданами Российской Федерации и обладают всеми правами и свободами, соответственно, несут обязанности в соответствии с Конституцией РФ и законодательством РФ. Права и свободы граждан РФ могут быть ограничены в связи с наличием у них ВИЧ-инфекции только федеральным законом. Так, не следует забывать положения п. 4 ст. 122 УК РФ заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей наказывается лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет. Если в процессе своей трудовой деятельности медицинский работник стал ВИЧ-инфицированным и если его работа сопряжена с условиями распространения ВИЧ-инфекции, то в такой ситуации в соответствии с законодательством РФ он подлежит переводу на другую работу, исключающую такие условия распространения ВИЧ-инфекции. Согласно ст. 17 № 38-ФЗ от 30.03.1995 г. работодатель не имеет права уволить с работы, отказать в приеме на работу на основании наличия у работника ВИЧ-инфекции.

Ситуация: Медицинский работник обратилась с вопросом по поводу исчисления льготного трудового стажа для назначения пенсии. Действительно ли то, что достаточно отработать 10 лет, занимаясь медицинской деятельностью, связанной с оказанием помощи ВИЧ-инфицированным лицам, чтобы получить право на льготную пенсию?

Ответ: В настоящее время действует утвержденный постановлением Правительства РФ от 29 октября 2002 г. Список должностей и учреждений, работа в которых засчитывается в общий стаж, дающий право на досрочное назначение пенсии. Согласно этому Списку, работа медицинского персонала в центрах по борьбе со СПИДом и в больницах всех наименований дает право на назначение пенсии в соответствии с подпунктом 11 п. 1 ст. 28 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации», т.е. при медицинском стаже не менее 30 лет работы в городах.

№ 38-ФЗ от 30.03.1995 г. в числе социальных гарантий медицинским работникам, осуществляющим диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, не содержит специальных норм, предусматривающих возможность досрочного выхода медицинских работников на пенсию в связи с осуществлением им указанного выше вида деятельности.

Вопрос: Как рассчитывается длительность отпусков за работу с ВИЧ-инфицированными, не должны ли медицинские работники получать отпуск более 42 календарных дней, вправе ли администрация лечебного учреждения сокращать продолжительность отпуска за работу во вредных и опасных условиях труда?

Ответ: Общая продолжительность ежегодного оплачиваемого отпуска, включая отпуск за работу во вредных условиях труда предусматривается в размере 36 рабочих (42 календарных, в соответствии с Трудовым кодексом РФ) дней (Постановление Минтруда РФ от 08.08.1996 г. № 50).

Таким образом, продолжительность отпуска за работу с ВИЧ-инфицированными составляет 14 календарных дней, в стаж работы, необходимый для предоставления отпуска включаются только те дни, в которые работник был занят во вредных условиях труда. Отпуск за работу с ВИЧ-инфицированными большей продолжительности может быть установлен коллективным договором учреждения и оплачиваться за счет внебюджетных источников, однако для бюджетных учреждений могут возникнуть трудности с его согласованием в вышестоящей организации. Следует иметь в виду, что если ежегодный основной отпуск предоставляется в текущем году авансом, то дополнительный отпуск за работу с ВИЧ-инфицированными также может быть предоставлен полностью в соответствии с действующей в настоящее время Инструкцией о порядке применения списка производств, цехов, профессий и должностей с вредными условиями труда, работа в которых дает право на дополнительный отпуск и сокращенный рабочий день (приложение к Постановлению Государственного комитета Совета Министров СССР по вопросам труда от 21.11.75 г. № 273/П-20), если не отработано 11 месяцев во вредных условиях предоставление полного дополнительного отпуска не обязанность, а право администрации учреждения.

Ситуация: Я работаю хирургом. Во время операций часто бывают т.н. аварийные ситуации — порезы, попадание крови в глаза и т.д. Приходится оперировать и ВИЧ-положительных пациентов. Да, некоторые предупреждают, что инфицированы, о статусе других узнаешь позже. Я понимаю, что по закону они могут не сообщать о своем заболевании, знаю, что не откажу в помощи, но почему должны рисковать медработники?

Ответ: Да, ВИЧ-положительные не обязаны сообщать о своем диагнозе в данной ситуации.

Нельзя не согласиться, что риск есть всегда, а обеспечение хирургов определенными средствами защиты оставляет желать лучшего. Но с другой стороны, врачи прекрасно осведомлены из гласных и негласных инструкций о том, что в

их обязанность входит принятие всех мер предосторожности и защиты исходя из небезызвестного принципа: «Каждый пациент — потенциальный носитель ВИЧ или гепатитов В, С», а учреждение здравоохранения должно предоставить соответствующие средства защиты.

Вопрос: Врача-стоматолога интересует: имеет ли право ВИЧ-положительный пациент не сообщать о своем диагнозе и несет ли он ответственность в случае заражения врача, ведь существует уголовная статья?

Ответ: Пункт 1 ст. 122 УК РФ предусматривает ответственность за заведомое поставление в опасность заражения ВИЧ-инфекцией другого лица. Данная формулировка «заведомое поставление в опасность заражения», исходя из комментариев к данной статье, подразумевает под собой все-таки умышленность, точнее — прямой умысел. Думаю, все же пациент обращается к врачу с целью получения квалифицированной медицинской помощи. Что касается п. 2 настоящей статьи, здесь речь идет о самом факте заражения и соответствующих ужесточенных санкциях (опять же подразумеваемая умышленность). Также важно понимать, что субъектом преступлений, предусмотренных ч. 1 и 2 ст. 122 УК, может быть только лицо, знавшее о наличии у него ВИЧ-инфекции (не исключено, что повседневно вы принимаете пациентов, даже не догадывающихся о своем ВИЧ-положительном статусе).

В каждом стоматологическом кабинете должна быть инструкция, в соответствии с которой сам врач обязан предпринять все прописанные там необходимые меры защиты от ВИЧ-инфекции, гепатитов (от перчаток до очков «АНТИ-СПИД»), независимо, кто перед ним в кресле.

Статьей 41 Конституции РФ каждому гарантировано право на охрану здоровья и медпомощь. Согласно № 38-ФЗ от 30.03.1995 г. ВИЧ-инфицированным оказываются на общих основаниях все виды медицинской помощи по клиническим показаниям, при этом они пользуются всеми правами, предусмотренными законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан. Также важен аспект, выходящий за рамки правовых регламентаций — это морально-этические нормы, которые должны соблюдаться, в принципе, с обеих сторон.

Ситуация: Медицинский работник интересуется: может ли врач быть осужден по 237 статье УК РФ (Соккрытие информации об обстоятельствах, создающих опасность для жизни или здоровья людей) при несвоевременном сообщении пациенту результата анализа на ВИЧ (например, положительного)?

Ответ: Думаю, что вряд ли при такой постановке вопроса действия медицинского работника можно квалифицировать по статье 237 УК

РФ. Скорее, она применима в более глобальных масштабах (например, авария на Чернобыльской АЭС, радиовыбросы на ПО «Маяк» и т.д.). Предметом преступления в данном случае является информация об обстоятельствах, создающих опасность для жизни или здоровья людей. Такая информация охватывает различные сведения о промышленной, научно-технической и иной деятельности, в ходе которой могут возникнуть факторы, представляющие опасность для жизни или здоровья человека. Субъект преступления – специальный. Ими могут быть только лица, на которых лежит обязанность обнаруживать указанную информацию, и уполномоченные на принятие мер по устранению опасности.

Но если несвоевременное сообщение пациенту результата теста (при любом исходе) будет иметь место, то, несомненно, будут нарушены права человека и, прежде всего, право на получение информации о результатах медицинского освидетельствования, предусмотренное ст. 13 № 38-ФЗ от 30.03.1995 г. Налицо несоблюдение мер предосторожности с целью исключения распространения ВИЧ-инфекции, под угрозой от бездействий медицинских работников поставлены жизнь и здоровье окружающих людей. Кроме того, вследствие недобросовестного выполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей может быть причинен вред. Статьи 68, 66 Основ об охране здоровья, положения Гражданского кодекса РФ предусматривают в случаях причинения вреда здоровью возмещение виновной стороной потерпевшему ущерба. При этом возмещение ущерба не освобождает медицинских работников от привлечения их к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности в соответствии с законодательством РФ, законодательством субъектов РФ.

Трудовые отношения

Ситуация: *Женщина устраивалась уборщицей посуды в кафе. При оформлении санкнижки была направлена в Центр СПИД для обследования на ВИЧ.*

Ответ: Согласно № 38-ФЗ от 30.03.1995 г. обязательному медицинскому освидетельствованию подлежат: доноры крови, биологических жидкостей, органов и тканей; работники отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений, организаций, перечень которых определен Правительством РФ; иностранные граждане и лица без гражданства, прибывающие в РФ на срок свыше трех месяцев; лица, находящиеся в местах лишения свободы (согласно правилам, утверждаемым Правительством РФ). В отношении иных категорий граждан, в частности, при трудоустройстве в кафе, т.к. данная про-

фессия не включена в перечень, утвержденный Постановлением РФ № 877 от 04.09.1995 г., медицинское освидетельствование на ВИЧ может проводиться только добровольно, поэтому данное требование является незаконным.

Ситуация: *ВИЧ-положительная девушка желает трудоустроиться на работу на предприятие общепита. Обратилась с вопросом, имеет ли право работодатель направить на обязательное медицинское освидетельствование для выявления ВИЧ.*

Ответ: При трудоустройстве на работу на предприятие общепита требование работодателя предоставить результаты освидетельствования на ВИЧ будут являться незаконными, т.к. работники предприятий общепита в перечне работников отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, которые проходят обязательное медицинское освидетельствование на выявление ВИЧ-инфекции при проведении обязательных предварительных, при поступлении на работу, и периодических медицинских осмотров не указаны. Наличие ВИЧ-инфекции, следуя ст. 17 № 38-ФЗ от 30.03.1995 г., не является основанием для отказа в приеме на работу.

Ситуация: *Женщина с положительным ВИЧ-статусом хочет работать санитаркой в доме престарелых. Обратилась с вопросом обязательно ли сдавать анализ на ВИЧ и может ли директор отказать в приеме на работу на основании наличия ВИЧ-инфекции.*

Ответ: Статья 17 № 38-ФЗ от 30.03.1995 г. гласит: «Не допускается увольнение с работы, отказ в приеме на работу, отказ в приеме в образовательные учреждения и учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также ограничение иных прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных на основании наличия у них ВИЧ-инфекции, равно как и ограничение жилищных и иных прав и законных интересов членов семей ВИЧ-инфицированных, если иное не предусмотрено настоящим Федеральным законом. А это значит, что отказ в устройстве в дом-интернат для инвалидов на основании ВИЧ-положительного статуса является незаконным.

Ситуация: *На каких основаниях человека с ВИЧ-инфекцией могут уволить с работы (из цеха по производству трикотажной продукции)? На сегодняшний день человек работает, но, возможно, «грядет сокращение».*

Ответ: В соответствии с № 38-ФЗ от 30.03.1995 г. не допускаются увольнение с работы, отказ в приеме на работу, отказ в приеме в образовательные учреждения и учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также

ограничение иных прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных на основании наличия у них ВИЧ-инфекции. В соответствии с Конституцией РФ и Трудовым кодексом (ТК РФ) каждый имеет право свободно распоряжаться своими способностями к труду, выбирать род деятельности и профессию. Трудовой кодекс запрещает необоснованный отказ в приеме на работу. В ст. 3 ТК РФ закреплено, что каждый имеет равные возможности для реализации своих трудовых прав. Никто не может быть ограничен в трудовых правах и свободах или получать какие-либо преимущества независимо от пола, расы, цвета кожи, национальности, языка, происхождения, имущественного, социального и должностного положения, возраста, места жительства, отношения к религии, политических убеждений, принадлежности или не принадлежности к общественным объединениям, а также от других обстоятельств, не связанных с деловыми качествами работника. Как выше было отмечено, № 38-ФЗ от 30.03.1995 г. не допускает увольнение с работы гражданина на основании наличия у него ВИЧ-инфекции. Даже работник определенной профессии (установленной постановлением Правительства), у которого была выявлена ВИЧ-инфекция, должен быть переведен на другую работу (именно переведен, а не уволен). На практике же может возникнуть вопрос — что делать в том случае, если у работодателя нет такой должности, которая бы исключала возможность распространения ВИЧ-инфекции и подходила бы для работника по профессии и квалификации. Закон не дает ответа на данный вопрос, и на практике такой спор между работодателем и ВИЧ-инфицированным работником может разрешиться не в пользу работника.

Нет прямого основания для увольнения по указанной причине и в Трудовом кодексе РФ, где в ст. 81 приводятся конкретные основания увольнения работника по инициативе работодателя. В п. 3а ст. 81 указано, что по инициативе работодателя работник может быть уволен из-за несоответствия работника занимаемой должности или выполняемой работе вследствие состояния здоровья в соответствии с медицинским заключением. При этом, увольнение по данному основанию допускается, если невозможно перевести работника с его согласия на другую работу. Хотя ВИЧ-инфекция и является инфекционным заболеванием, но она не передается ни бытовым, ни воздушно-капельным путями, поэтому ВИЧ не представляет в быту и при обычных контактах опасности даже для близко общающихся людей. А значит, ВИЧ-инфицированные на рабочем месте никакой опасности для окружающих не представляют и дискриминация их только на основании поставленного им диагноза — полное нарушение их прав и свобод. Но, к сожалению, как показывает жизнь, работодатель может пытаться «подвести» незаконное увольнение под один из пунктов выше-

упомянутой ст. 81 ТК. Лица, считающие, что они подверглись дискриминации, в том числе и в сфере труда, в соответствии с Российским законодательством вправе обратиться в суд и (или) в органы федеральной инспекции труда с заявлением о восстановлении нарушенных прав, возмещении материального ущерба и компенсации морального вреда.

Ситуация: Соискатель вакансии при устройстве на работу (рабочая должность) получил направление отдела кадров о прохождении обязательного медицинского освидетельствования на ВИЧ-инфекцию.

Ответ: Действия работника отдела кадров противоречат ст. 9 № 38-ФЗ от 30.03.1995 г., в соответствии с которой сдача анализов на ВИЧ в обязательном порядке для этой категории населения и в указанной ситуации не предусмотрена.

После обращения в отдел кадров предприятия за письменными разъяснениями (для возможной подачи искового заявления в суд) сдача анализов на ВИЧ была отменена (вычеркнута из направления).

Ситуация: Меня пригласили на работу, я написала заявление, и будущий мой руководитель подписал его. Но когда я пришла на работу с результатами медосмотра, он мне отказал. Законно ли это?

Ответ: Конечно же, незаконно. В соответствии со ст. 64 Трудового кодекса РФ и ст. 17 № 38-ФЗ от 30.03.1995 г. запрещается необоснованный отказ в заключении трудового договора и не допускается отказ в приеме на работу ВИЧ-инфицированных на основании наличия у них ВИЧ-инфекции. На основании этого и в соответствии с вышеуказанной статьей Трудового кодекса РФ, работодатель обязан сообщить причину отказа в заключении трудового договора в письменной форме. Затем, узнав причину, гражданин, чьи права нарушены, может обратиться в соответствующие органы.

Ситуация: Республика Татарстан. Устраиваюсь на работу продавцом промышленных товаров. Для этого мне необходимо пройти медицинский осмотр, где наряду с другими анализами нужно обследоваться на ВИЧ. Могу ли я не сдавать анализ на ВИЧ? Послужит ли это основанием для отказа в приеме на работу?

Ответ: В соответствии с № 38-ФЗ от 30.03.1995 г. по общему правилу медицинское освидетельствование на ВИЧ осуществляется добровольно — по просьбе или с согласия освидетельствуемого лица, за исключением случаев, предусмотренных ст. 9 указанного закона. К ним относятся: доноры крови, биологических жидкостей, органов и тканей, а также рабочие от-

дельных профессий производств, предприятий, учреждений и организаций, перечень которых утверждается Правительством РФ.

Данный перечень является исчерпывающим. Однако в Республике Татарстан существуют и действуют Приказ Министерства здравоохранения РТ от 22.04.1999 г. № 309 и Постановление Кабинета Министров РТ от 14.06.1999 № 365, которыми утвержден перечень лиц, подлежащих обязательному медицинскому освидетельствованию на ВИЧ. Данный перечень предусматривает более широкий круг лиц (в нарушение федерального законодательства). В указанных перечнях специальность «продавец» и данная ситуация отсутствуют.

Соответственно отказ от медицинского освидетельствования не может служить основанием для отказа в приеме на работу.

Вопрос: Хочу устроиться работать на железную дорогу. Стоит ли мне проходить официальную медкомиссию, т.к. знакомый мне сказал, что с ВИЧ на железную дорогу не берут?

Ответ: Закон РФ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», не предусматривает таких ограничений, а все ограничения вне этого закона неправомерны.

Действительно, существует такое Указание МПС от 19.02.1996 г. № Б-116-У, из которого следует, что по многим специальностям (проводниками, в вагонах ресторанах, рефрижераторных поездах и др.) на ж/д ВИЧ-положительным работать нельзя. Однако в случае отказа необходимо будет обратиться в суд.

Вопрос: Вправе ли работодатель по своей инициативе перевести работника на другую работу на предприятии в связи с обнаружившейся ВИЧ-инфекцией с целью ограничения контактов с людьми (сфера общественного питания)?

Ответ: Согласно ст. 17 № 38-ФЗ от 30.03.1995 г. не допускается ограничение прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных на основании наличия у них ВИЧ-инфекции. В связи с этим, учитывая, что работник трудится в сфере общественного питания, перевод на другую работу без согласия работника невозможен, поскольку не связан с ограничениями, предусмотренными ст. 11 № 38-ФЗ от 30.03.1995 г.

Ситуация: ВИЧ-положительный работает мастером на крупном промышленном предприятии. Уже третий месяц находится на больничном в связи с заболеванием гепатитом. Руководство компании предупредило гражданина, что если в ближайшее время он не выйдет на работу, его уволят. Также в больнице ему сказали, что после вы-

писки он, скорее всего, не сможет выполнять прежнюю работу по состоянию здоровья. Клиент опасается, что это послужит причиной увольнения.

Ответ: Согласно ст. 81 ТК РФ не допускается увольнение работника по инициативе работодателя в период его временной нетрудоспособности независимо от срока пребывания на больничном. В случае, если работник по состоянию здоровья, подтвержденному медицинским заключением, не может выполнять прежнюю работу, увольнение допускается, только если невозможно перевести работника с его согласия на другую работу. В случае нарушения администрацией по месту работы трудовых прав можно отстаивать свое право в суде.

Ситуация: ВИЧ-положительный работал экспедитором в одной из компаний. У него ВИЧ-инфекция с присоединением оппортунистической патологии. Частые больничные, в конце концов получил вторую группу инвалидности (нетрудоспособен). В отделе кадров предложили увольнение по собственному желанию. Следует ли увольняться по данной статье? Положена ли какая-нибудь выплата?

Ответ: Если работник признан полностью нетрудоспособным в соответствии с медицинским заключением, то увольнение производится по п. 5 ст. 83 Трудового Кодекса РФ в ред. Федерального закона от 30.06.2006 № 90-ФЗ: признание работника полностью неспособным к трудовой деятельности в соответствии с медицинским заключением, выданным в порядке, установленном федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации. Ведь согласно заключению МСЭК возможность продолжения трудовой деятельности исключается полностью и перевод на более легкую работу недопустим. Это объективное обстоятельство, не зависящее от воли сторон. При этом ст. 178 ТК РФ гласит: «Выходное пособие в размере двухнедельного среднего заработка выплачивается работнику при расторжении трудового договора в связи с п. 5 ст. 83 настоящего Кодекса».

Запись в трудовую книжку об основании и о причине прекращения трудового договора должна производиться в точном соответствии с формулировками настоящего Кодекса или иного федерального закона и со ссылкой на соответствующие статью, часть статьи, пункт статьи настоящего Кодекса или иного федерального закона. (статья 84.1. Общий порядок оформления прекращения трудового договора).

Ситуация: ВИЧ-положительный находится на стационарном лечении третий месяц, соответственно продлевается больничный лист. Опасается увольнения с работы из-за длительной болезни. Также после выписки могут возникнуть противопоказания для выполнения прежней работы.

Ответ: Согласно ст. 72 Трудового кодекса РФ, работника, нуждающегося в соответствии с медицинским заключением в предоставлении другой работы, работодатель обязан перевести с его согласия на другую имеющуюся работу, не противопоказанную ему по состоянию здоровья. Только при отсутствии такой возможности или в случае несогласия работника трудовой договор прекращается.

Что касается длительного нахождения на больничном, то в соответствии с Трудовым кодексом по этому основанию работник не может быть уволен. В случае незаконного увольнения оно может быть обжаловано в суд.

Образование

Вопрос: *Есть ли ограничения для лиц, живущих с ВИЧ, при поступлении в детское дошкольное учреждение, школу, вуз?*

Ответ: Согласно ч. 1 ст. 43 Конституции РФ каждый имеет право на образование. Запрещается ограничение прав граждан по признакам социальной и другой принадлежности (ч. 2 ст. 19). На основании вышеизложенного и в соответствии со ст. 17 № 38-ФЗ от 30.03.1995 г., запрещается ограничение или отказ при приеме в образовательное учреждение в связи с наличием ВИЧ.

Однако при поступлении в какое-либо военное училище ограничения при поступлении есть. Необходимо пройти военно-врачебную экспертизу, где проводят обследование на ВИЧ.

Вопрос: *Обратилась медицинская сестра дошкольного учреждения. В детский сад поступил ВИЧ-положительный ребенок. Можно ли изолировать ребенка от других детей?*

Ответ: Нет, к тому же бытовым путем ВИЧ/СПИД не передается. Опасности для других детей он не представляет.

Сведения о статусе ребенка составляют врачебную тайну согласно ст. 61 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» и являются закрытой информацией. Рекомендуется провести лекцию с воспитателями; со средним и младшим персоналом по профилактике ВИЧ-инфекции в ДУ. Приобрести дополнительно средства индивидуальной защиты для сотрудников ДУ при ЧП, травмах.

Вопрос: *Возможно ли получить бесплатное высшее образование в связи с ВИЧ-положительным статусом?*

Ответ: Статьей 4 № 38-ФЗ от 30.03.1995 г. ВИЧ-инфицированным гражданам Российской Федерации гарантирована: социально-бытовая помощь, получение ими образования, их пере-квалификация и трудоустройство.

Однако данная статья не гарантирует предоставление бесплатного образования, но лишь гарантирует, что ВИЧ-инфицированные имеют равное наряду с остальными гражданами РФ право на образование. Таким образом, право на бесплатное высшее образование возможно на общих основаниях.

Вопрос: *Я поступаю в юридический вуз, с меня потребовали справку о ВИЧ. Я не хочу эту справку предоставлять, т.к. сам не хочу знать о диагнозе и не хочу, чтобы знали другие. Как избежать предоставления справки?*

Ответ: Обычно при поступлении в вуз требуется справка формы № 086/у, утвержденная приказом Минздрава СССР 04.10.80 № 1030, которая не предусматривает анализ на ВИЧ. Хотя, в принципе, это реликт советского законодательства, которое присвоило себе право решать вопрос о целесообразности для граждан получения высшего образования в зависимости от состояния здоровья.

Согласно ч. 2 п. 5 ст. 2 Федерального закона от 22 августа 1996 г. № 125-ФЗ «О высшем и послевузовском профессиональном образовании»: «Ограничения прав граждан на получение высшего и послевузовского профессионального образования могут быть установлены исключительно федеральным законом только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства».

Согласно ст. 17 № 38-ФЗ от 30.03.1995 г., наличие либо отсутствие ВИЧ не влияет на ваше право на образование.

В данном случае при непредоставлении справки надо быть готовым к отстаиванию своих прав.

Можно также сослаться на ст. 9 указанного закона и Постановление Правительства РФ от 4 сентября 1995 г. № 877 «Об утверждении перечня работников отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, которые проходят обязательное медицинское освидетельствование для выявления ВИЧ-инфекции при проведении обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров», где содержатся перечни лиц, подлежащих обязательному освидетельствованию на ВИЧ. В данных перечнях нет студентов, из этого следует, что ВУЗ незаконно собирает информацию о частной жизни лица, составляющей вашу личную тайну, т.е. в действиях приемной комиссии есть признаки преступления, предусмотренного ст. 137 УК РФ.

Ситуация: *При заселении в общежитие колледжа потребовали справку о наличии ВИЧ. Поскольку мы слышали, что этот анализ сдают только медики, а мы студенты немедицинского*

вуза, поэтому имеем ли мы право отказаться от этого анализа? К тому же нам пригрозили, что в противном случае мы просто окажемся на улице, подскажите, что нам делать и к кому обратиться?

Ответ: Норм, предусматривающих обязательное обследование на ВИЧ-инфекцию лиц, заселяющихся в общежитие, закон не содержит. Других федеральных законов, определяющих обязательность обследования на ВИЧ каких-либо категорий населения, в настоящее время нет, имеется лишь ряд ведомственных нормативных актов (обычно это приказы федеральных министерств и служб), расширяющих круг лиц, подлежащих обследованию на ВИЧ и, в этой части, противоречащих указанному выше федеральному закону, имеющему юридическую силу больше.

Требование администрации общежития принести справку об обследовании на ВИЧ-инфекцию является незаконным, необоснованным и поэтому может не выполняться. Об отказе в заселении в общежитие на основании непредставления справки с результатами обследования на ВИЧ можно письменно заявить вышестоящему руководству сотрудников общежития (например, руководителю учебного заведения) с требованиями мотивировок такого отказа. После получения ответа можно обратиться за помощью в контролирующие органы системы образования или здравоохранения, не исключается возможность и судебной защиты нарушенных прав.

Ситуация: Молодой человек был переведен из одного военного учебного учреждения в другое. При переводе он должен сдать ряд анализов, в том числе и анализ на ВИЧ. Законно ли это?

Ответ: В соответствии с п. 3 ст. 7 № 38-ФЗ от 30.03.1995 г.: медицинское освидетельствование проводится добровольно, за исключением случаев, предусмотренных ст. 9 настоящего ФЗ, когда такое освидетельствование является обязательным.

Ст. 9 указанного выше ФЗ не обязывает студентов освидетельствоваться на наличие ВИЧ-инфекции. Требование учебного учреждения является незаконным, его можно оспорить и руководителя учебного учреждения привлечь к ответственности.

Семейные отношения

Ситуация: За письменной консультацией обратился специалист по охране прав детства с вопросом об усыновлении или оформлении опекуна ВИЧ-инфицированными лицами. Могут ли ВИЧ-инфицированные лица быть усыновителями, опекунами?

Ответ: В соответствии с Семейным кодексом, защита прав и интересов детей, оставшихся

без попечения родителей, возлагается на органы опеки и попечительства. Органы опеки и попечительства выявляют таких детей, ведут учет и, исходя из конкретных обстоятельств утраты попечения родителей, избирают формы устройства детей, оставшихся без попечения родителей, и осуществляют контроль за условиями их содержания и воспитания. Деятельность других юридических и физических лиц по выявлению и устройству детей, оставшихся без попечения родителей, не допускается. После установления факта утраты ребенком родительского попечения следует очень важный этап устройства.

Семейный кодекс устанавливает приоритет семейного воспитания детей: передача на усыновление (удочерение), под опеку (попечительство), в приемную семью. Избрание формы устройства ребенка определяется исходя из интересов ребенка, с учетом конкретных обстоятельств утраты родительского попечения и с обязательным соблюдением требований, установленных законом для каждой формы устройства ребенка в семью, и возлагается на органы опеки и попечительства.

Согласно ст. 127 Семейного кодекса усыновителями могут быть совершеннолетние лица обоего пола, за исключением:

- лиц, признанных судом недееспособными или ограниченно дееспособными;
- супругов, один из которых признан судом недееспособным или ограниченно дееспособным;
- лиц, лишенных по суду родительских прав или ограниченных судом в родительских правах;
- лиц, отстраненных от обязанностей опекуна (попечителя) за ненадлежащее выполнение возложенных на них законом обязанностей;
- бывших усыновителей, если усыновление отменено судом по их вине;
- лиц, которые на момент установления усыновления не имеют дохода, обеспечивающего усыновляемому ребенку прожиточный минимум, установленный в субъекте Российской Федерации, на территории которого проживают усыновители (усыновитель);
- лиц, не имеющих постоянного места жительства;
- лиц, имеющих на момент установления усыновления судимость за умышленное преступление против жизни или здоровья граждан;
- лиц, проживающих в жилых помещениях, не отвечающих санитарным и техническим правилам и нормам;
- лиц, которые по состоянию здоровья не могут осуществлять родительские права.

Перечень заболеваний, при наличии которых лицо не может усыновить ребенка, принять его под опеку (попечительство), взять в приемную семью, устанавливается Правительством Российской Федерации и содержит следующие пункты:

- туберкулез (активный и хронический) всех форм локализации у больных I, II, V групп диспансерного учета;
- заболевания внутренних органов, нервной системы, опорно-двигательного аппарата в стадии декомпенсации;
- злокачественные онкологические заболевания всех локализаций;
- наркомания, токсикомания, алкоголизм;
- инфекционные заболевания до снятия с диспансерного учета;
- психические заболевания, при которых больные признаны в установленном порядке недееспособными или ограниченно дееспособными;
- все заболевания и травмы, приведшие к инвалидности I и II группы, исключаяющие трудоспособность.

Таким образом, согласно действующему перечню заболеваний, наличие инфекционного заболевания до снятия с диспансерного учета является препятствием для усыновления ребенка.

Это означает, что ВИЧ-положительные граждане на сегодняшний день не могут быть усыновителями.

Вопрос: *ВИЧ-положительную женщину 11 лет назад лишили родительских прав, может ли она восстановить родительские права на ребенка?*

Ответ: Восстановление в родительских правах осуществляется в судебном порядке. Согласно ч. 2 ст. 61 СК РФ восстановление в родительских правах допустимо лишь в отношении несовершеннолетних детей. Дела о восстановлении в родительских правах рассматриваются с участием органа опеки и попечительства, а также прокурора. При рассмотрении дел о восстановлении в родительских правах суд с помощью педагога, воспитателя выясняет мнение ребенка. И если, по мнению суда, восстановление в родительских правах не в интересах ребенка, суд вправе отказать в иске о восстановлении в родительских правах. Восстановление в родительских правах вообще не может быть произведено, если ребенок, достигший 10 лет, возражает против этого.

Ситуация: *У ВИЧ-положительных родителей есть дочь 11 лет. За консультацией обратился отец. Родной брат отца желает оформить опеку. Родители поддерживают эту инициативу, т.к. сами не в силах обеспечить будущее дочери (получить образование). Органы опеки и попечительства просят принести справку о наличии ВИЧ-инфекции, на основании которой можно будет оформить опеку без отказа от ребенка.*

Ответ: В ст. 123, 145 Семейного кодекса РФ указано, что под опекой и попечительством понимается форма устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в це-

лях их содержания, воспитания и образования, а также для защиты их прав и интересов. Следовательно, опека оформляется, если ребенок остался без родительского попечения. Согласно Письму Минсоцзащиты РФ от 25.01.1995 № 318/1-34 «О понятии детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» к числу детей, оставшихся без попечения родителей, относятся те, кто остался без попечения обоих родителей в связи с длительной болезнью родителей, препятствующей выполнению ими родительских обязанностей, что подтверждается наличием медицинского документа о длительной болезни родителей, в частности, справкой о ВИЧ-инфекции. Также этот документ является юридическим основанием для предоставления детям, оставшимся без попечения родителей, материального обеспечения и льгот. Касаясь данного случая, предоставление медицинского документа в органы опеки и попечительства должно быть с личного согласия и заинтересованности родителей. Родители должны обратиться с письменным заявлением о предоставлении медицинского документа в центр СПИД, где на основании данных о состоянии здоровья и наличии ВИЧ-инфекции выносится заключение о длительной болезни родителей. На основании этого документа органы опеки и попечительства решают вопрос об оформлении опеки.

Ситуация: *Обратилась инвалид, бывший наркоторебитель. Была лишена родительских прав в связи с употреблением наркотиков, невниманием к воспитанию сына. Как восстановить родительские права?*

Ответ: Согласно ст. 72 Семейного кодекса РФ, восстановление родительских прав осуществляется в судебном порядке. Восстановление прав может осуществляться по истечении шести месяцев с момента лишения прав. В данном случае следует собрать необходимые документы и обратиться в суд с заявлением о восстановлении родительских прав.

В суде необходимо доказать отсутствие наркозависимости, изменение поведения, а также представить в суд иные доказательства, которые смогут повлиять на вынесение судом положительного решения.

Ситуация: *Являюсь бабушкой ВИЧ-положительного ребенка и ухаживаю за ним. Мать этого ребенка (моя дочь) не смотрит за ним. Можно ли как-то получить пенсию или пособие на этого ребенка?*

Ответ: Да, конечно. Согласно ст. 19 № 38-ФЗ от 30.03.1995 г. ВИЧ-инфицированным несовершеннолетним в возрасте до 18 лет назначаются социальная пенсия, пособие и предоставляются меры социальной поддержки, установленные для детей-инвалидов законодательством

Российской Федерации, а лицам, осуществляющим уход за ВИЧ-инфицированными несовершеннолетними, выплачивается пособие по уходу за ребенком-инвалидом.

Для оформления пенсии на ребенка в связи с наличием ВИЧ, необходимо обратиться в отдел начисления пенсии по месту жительства. Также при себе необходимо иметь:

- документ, подтверждающий наличие ВИЧ;
- свидетельство о рождении (копию и оригинал);
- копию паспорта родителя;
- страховое свидетельство;
- справку с места жительства, где проживает ребенок.

Однако начисленную пенсию вправе получать только лишь родители, в данном случае дочь. Если бабушка хочет получать пенсию лично, тогда ей необходимо оформить опеку над внучкой.

Ситуация: Республика Татарстан. Бабушка думает оформить опеку на свою внучку, чтобы получать деньги на ее содержание. Можно ли оформить опеку в связи с тем, что мать ребенка ВИЧ-инфицирована, не смотрит за ним и состоит на учете в ГНД?

Ответ: Для оформления опеки согласно Семейного кодекса РФ и Закона Республики Татарстан от 18 июля 2005 г. № 87-ЗРТ «О порядке выплаты денежных средств на содержание ребенка опеку (попечителю) в Республике Татарстан» необходимо одно из следующих оснований:

- лишение или ограничение родительских прав, которое реализуется через суд;
- ограничение либо лишение дееспособности;
- наличие заболевания, препятствующего выполнению родительских обязанностей;
- признание безвестно отсутствующим или умершим в установленном порядке;
- отбыванием наказания в исправительных учреждениях.

В данном случае оформление опеки в связи с наличием у родителя ВИЧ и заболевания, препятствующего выполнению родительских обязанностей, а также в связи с лишением дееспособности не представляется возможным, так как в первом случае необходимо в установленном порядке оформить инвалидность, а во втором случае — состояние на учете матери ребенка в психоневрологическом диспансере. Поэтому бабушка может оформить опеку, только лишив мать ребенка родительских прав через суд в связи с тем, что та состоит в наркологическом диспансере на учете и не ведет уход за ребенком. А согласно ст. 69 Семейного кодекса лишение родительских прав возможно в случае наличия хронического алкоголизма или наркомании.

Ситуация: В семье, где супруга с диагнозом ВИЧ, ожидается рождение ребенка. Но муж по определенным обстоятельствам желает развестись. Жена хочет сохранить семью и не знает, каким образом можно это сделать.

Ответ: Согласно ст. 17 Семейного кодекса РФ муж не имеет права без согласия жены расторгнуть брак во время беременности жены и течение одного года после рождения ребенка. Это положение распространяется и на случаи, когда ребенок родился мертвым или умер до достижения им возраста одного года.

Также, по данным Постановления Верховного суда РФ от 5 ноября 1998 года «О применении судами законодательства при рассмотрении дел о расторжении брака», суд отказывает в принятии искового заявления, а если оно было принято, суд прекращает производство по делу.

Ситуация: Со слов ВИЧ-положительного клиента, бывшая жена оскорбила его на людях, при этом звучал и диагноз. Можно ли подать в суд для компенсации морального вреда, и каков возможный размер денежной компенсации?

Ответ: Можно. Основная проблема — доказывание морального вреда. Прежде всего, к личным неимущественным правам относятся жизнь и здоровье человека, личная и семейная тайна, которым может быть нанесен вред в результате действий или бездействия государственного служащего, медицинского работника, иного физического или юридического лица. В ГК РФ в обязательства вследствие причинения вреда включена и компенсация морального вреда (ст. 151, 1099–1101). О применении норм о компенсации морального вреда говорится в Постановлении Пленума Верховного Суда РФ № 10 от 20 декабря 1994 г. «О некоторых вопросах применения законодательства о компенсации морального вреда». Для компенсации морального вреда необходимы следующие основания: наличие вреда, противоправность действий причинителя вреда, причинно-следственная связь между причиненным вредом и этими противоправными действиями, вина причинителя вреда (хотя иногда ответственность наступает и при отсутствии вины). Согласно ст. 151 и 1101 ГК, если гражданину причинен вред, посягающий на имущественные и неимущественные права (личная тайна, деловая репутация), наступает гражданско-правовая ответственность, которая предусматривает компенсацию морального вреда по решению суда в денежной форме. Размеры ее зависят от степени вины нарушителя и других обстоятельств, а также от характера причиненных физических и нравственных страданий. Критерием при определении судом размера компенсации морального вреда является принцип разумности, реальности и справедливости.

Ситуация: *Считается ли преступлением, если моя жена расскажет кому-либо о моем диагнозе? Например, в суде она может этим воспользоваться?*

Ответ: В случае разглашения сведений о диагнозе со стороны родственников возможно возбуждение уголовного дела по ст. 137 Уголовного кодекса РФ («Нарушение неприкосновенности частной жизни»). Указанные сведения составляют врачебную тайну, и, как следствие, полагаю, что и личную тайну тоже. Возбуждаемое по этой статье дело относится к делам частно-публичного обвинения, т.е. если потом забрать заявление, то дело может быть прекращено при наличии трех условий: в случае, если родственник впервые совершил указанное преступление, а также примирения сторон и заглаживания нанесенного ущерба. Статья 137 гласит, что незаконное соби́рание или распространение сведений о частной жизни лица, составляющих его личную или семейную тайну, без его согласия либо распространение этих сведений в публичном выступлении, публично демонстрирующемся произведении или средствах массовой информации — наказываются штрафом в размере до двухсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до восемнадцати месяцев, либо обязательными работами на срок от ста двадцати до ста восьмидесяти часов, либо исправительными работами на срок до одного года, либо арестом на срок до четырех месяцев. В комментариях к данной норме в частности указано, что закон не связывает ответственность за незаконное распространение сведений о частной жизни лица с конкретным способом распространения. Под распространением имеется в виду любая незаконная передача указанных сведений третьим лицам. Незаконным распространением является разглашение личной или семейной тайны лицом, обязанным ее хранить в силу своей профессии (адвокатская, врачебная тайна и т.д.). Единственное исключение здесь — разглашение личной и семейной тайны лицом, обязанным ее сообщить в силу закона (например, при допросе в качестве свидетеля). Предметом соби́рания и распространения являются, в отличие от клеветы (ст. 129 УК РФ), также сведения о частной жизни лица, которые объективно не являются порочащими, но составляют личную или семейную тайну потерпевшего, например, о наличии у него неизлечимой болезни или о том, что он явился жертвой сексуального насилия и т.п.

Вопрос: *Женщина не может расторгнуть брак в связи с тем, что муж безвестно отсутствует, после того как он узнал, что у нее ВИЧ-положительный статус. В юридической консультации женщине разъяснили, что суд ей откажет в связи с тем, что некому предъявлять иск о расторжении брака. Могут ли отказать в расторжении*

брака в связи с тем, что муж отказывается предоставить согласие на развод, узнав о диагнозе?

Ответ: Независимо от того, какой у вас ВИЧ-статус, суд обязан предоставить сторонам срок для примирения в течение 3-х месяцев при отказе одного из супругов на расторжение брака. В случае невозможности примирения в указанный срок суд обязан расторгнуть брак. В случае безвестного отсутствия мужа расторгнуть брак возможно в случае признания его безвестно отсутствующим в судебном порядке.

Ситуация: *ВИЧ-положительная женщина имеет малолетнего ребенка, с мужем разведены. Алименты на ребенка получала, но недавно муж попал в тюрьму и алименты платить перестал. Как ей быть, у нее мизерная зарплата?*

Ответ: Необходимо направить исполнительный лист по месту отбывания наказания мужа. Если он работает в месте отбывания наказания и получает заработную плату, то удержание будет производиться с нее. При недостаточности заработка в соответствии со ст. 112 Семейного кодекса РФ, взыскание налагается на иные источники дохода, либо на имущество, на которое по закону может быть обращено взыскание. При отсутствии доходов и имущества у должника УИН выдает соответствующую справку, с которой необходимо обратиться в УСЗН по месту проживания, где в соответствии с Законом № 1525/256-3-03 от 02.10.2004 г. будет назначено пособие.

Ситуация: *Обратилась мать. ВИЧ-положительный сын нигде не работает, а бывшая жена, мать его несовершеннолетнего ребенка, требует, чтобы он ежемесячно выплачивал алименты в размере 1600 рублей. Может ли сын отказать от уплаты алиментов?*

Ответ: В соответствии со ст. 80 Семейного кодекса РФ родители обязаны содержать своих несовершеннолетних детей. В том случае, если родители не предоставляют содержание своим несовершеннолетним детям, средства на содержание детей (алименты) взыскиваются с родителей в судебном порядке. На основании ст. 81 СК РФ алименты в судебном порядке могут быть взысканы в следующем размере ежемесячно: на одного ребенка — одной четверти, на двух детей — одной трети, на трех и более детей — половины заработка и (или) иного дохода. Однако размер алиментов может быть уменьшен судом с учетом материального положения родителя и иных обстоятельств. Таким образом, если в отношении сына отсутствует судебное решение о взыскании алиментов в пользу его несовершеннолетнего ребенка в размере 1600 руб. или ином размере, он вправе по соглашению с матерью ребенка уплачивать алименты в меньшем размере. Однако независимо от уровня доходов отсут-

стве судебного решения о взыскании алиментов не освобождает его от обязанности содержать несовершеннолетнего ребенка.

Ответственность за заражение ВИЧ-инфекцией

Ситуация: *Женщина обратилась с вопросом о том, имеется ли возможность привлечь к уголовной ответственности ВИЧ-положительного мужчину, с которым у нее были половые отношения. Он не сообщил ей о наличии заболевания и не применял презерватив. Какие практические действия следует предпринять?*

Ответ: Такая возможность есть. Ст. 122 Уголовного кодекса РФ предусматривает возможность привлечения к уголовной ответственности лица, знавшего о наличии у себя ВИЧ-инфекции за заведомое поставление в опасность заражения ВИЧ другого лица либо за заражение ВИЧ-инфекцией других лиц. Учитывая то, что в настоящее время факт заражения ВИЧ не подтвержден (обследование на момент обращения не проведено), можно написать заявление в отдел милиции по месту жительства (т.к. дознание в случае поставления в опасность заражения ВИЧ проводится сотрудниками милиции). В заявлении рекомендуется изложить имеющиеся факты, указать о необходимости проведения проверки наличия состава преступления и возможности возбуждения уголовного дела по ч. 1 ст. 122 Уголовного кодекса РФ в отношении лица, с которым имелись половые отношения.

Вопрос: *Я был заражен при половом контакте с ВИЧ-инфицированным лицом, посчитал необходимым взыскать компенсацию морального вреда. Однако когда я понес заявление в суд, то у меня его не взяли и предложили обратиться к прокурору. Правомерно ли поступила помощник судьи?*

Ответ: Помощник судьи поступила неправильно, поскольку она не вправе решать вопрос целесообразности обращения и оценивать факты, иными словами, дискреционные полномочия есть только у судьи. Помощник судьи вправе проверить только формальное соответствие обращения требованиям Гражданско-процессуального кодекса РФ.

Однако в Вашем случае вопрос с обращением в прокуратуру встанет в процессе автоматически, поскольку судья в соответствии со ст. 226 ч. 3 ГПК РФ будет вынужден направить в прокуратуру частное определение с просьбой дать оценку фактам на предмет наличия/отсутствия в действиях ответчика — вашего полового партнера, состава преступления, предусмотренного ст. 222 УК РФ и приостановить производство по делу в соответствии со ст. 215 ч. 4 ГПК РФ до окончательного решения по уголовному делу.

В случае, если состав преступления подтвердится, то взыскание морального вреда возможно и в уголовном процессе, а производство по гражданскому делу будет приостановлено до разрешения по существу уголовного дела, т.е. приведет к потере времени.

Ситуация: *У меня есть данные, что моя ВИЧ-инфицированная знакомая оказывает сексуальные услуги за плату. Что можно сделать для того, чтобы от нее не пострадали другие люди, есть ли возможность привлечения ее к уголовной ответственности?*

Ответ: В соответствии со ст. 122 Уголовного кодекса РФ предусматривается уголовная ответственность за заражение ВИЧ-инфекцией и за заведомое поставление в опасность заражения других лиц. Полагаю, что необходимо вызвать вашу знакомую на прием в областной СПИД-центр и попытаться проверить эту информацию, разобраться в причинах такого поведения. Не исключается передача сведений органам следствия для проведения проверки наличия состава преступления по ст. 122 УК РФ. Вас могут привлечь в качестве свидетеля в случае возбуждения уголовного дела, и потребуются потерпевшие от ее действий, найти которых будет непросто.

Вы можете и сами написать заявление в органы внутренних дел, но необходимо иметь в виду, что, если эти сведения недостоверны, то для Вас может наступить уголовная ответственность за клевету (по заявлению потерпевшей).

Ситуация: *Знакомый (знающий о моем статусе) всех уверяет и обвиняет меня в том, что при половом контакте со мной он заразился ВИЧ, хотя самого контакта на самом деле не было. Можно ли с него требовать возмещения морального вреда?*

Ответ: Моральный вред возмещается только в судебном порядке, срок давности на подобные иски не распространяется. Но в силу того, что гражданский процесс основан на принципе состязательности сторон, необходимо будет в первую очередь установить вину (в порядке, установленном гражданско-процессуальным или уголовно-процессуальным законодательством), обратившись в правоохранительные органы с заявлением о привлечении к ответственности. Необходимо представить доказательства причинения нравственных страданий для установления степени вины.

Вопрос: *Я ВИЧ-положительный, на вечеринке предупредил о моем диагнозе свою знакомую, которая была в нетрезвом состоянии. Но она настояла на половом акте, правда, я использовал презерватив. Вскоре мне позвонили ее родители и сказали, что они написали заявление в прокуратуру о*

привлечении меня к ответственности по ст. 122 УК РФ. Буду ли я нести ответственность по данной статье?

Ответ: На данный вопрос можно ответить только по окончании следствия или материала проверки, поскольку все зависит от субъективной оценки обстоятельств дела следователем, прокурором и судьей:

- Является ли заблаговременным предупреждением сообщение о диагнозе лицу в пьяном виде?

- Могла ли ваша партнерша в тот момент отдавать отчет своим действиям и руководить ими?

- Как вы полагали, в момент предупреждения о диагнозе могла она давать отчет своим действиям?

Иными словами, находилась ли партнерша в беспомощном состоянии? Если данные действия следователь посчитает заблаговременным предупреждением о диагнозе и если вашу партнершу признают, что она могла давать отчет своим действиям и руководить ими, то в соответствии с примечанием к ст. 122 УК РФ вы должны быть освобождены от уголовной ответственности.

Ситуация: *С вопросом обратился медицинский работник. У ВИЧ-позитивной незамужней женщины выявлено заболевание, передающееся половым путем, на прием к врачу она не приходит, ведет аморальный образ жизни, как обеспечить ее явку на лечение и есть ли возможность привлечь ее к уголовной ответственности?*

Ответ: В данном случае можно направить ей заказное письмо с уведомлением о вручении с исходящим номером и подписью главного врача, в котором разъясняется необходимость явки в поликлинику на прием к врачу в течение определенных сроков (например, 10 дней после получения письма). В письме можно упомянуть о возможности сообщения сведений о пациентке, в случае ее неявки на прием к врачу, в органы внутренних дел (милицию) для проведения проверки наличия состава преступления по ст. 122 УК РФ. В письме целесообразно указать (напомнить пациентке) дату официального уведомления о диагнозе и взятия расписки об ознакомлении с ответственностью по ст. 122 УК.

Ситуация: *Проживал с девушкой, несколько раз у нас были серьезные размолвки по различным причинам, т.е. «сходились – расходились». Во время прерывания отношений с ней у меня было несколько сексуальных контактов с другой партнершей. Об этом узнает «моя девушка» и заявляет мне, что ей известно о наличии у той подруги ВИЧ-инфекции и что мне надо сдать кровь, а если я ее заразил, то подаст на меня в суд. Не знаю, откуда у нее такая информация по поводу другой партнерши. Хотя думаю, что это просто шан-*

таж, но хотелось бы знать, грозит ли мне действительно уголовное преследование и в каком случае (в зависимости от результатов теста)?

Ответ: Во-первых, принудить пройти тест на ВИЧ девушка не имеет права, т.к. в соответствии со ст. 8 № 38-ФЗ от 30.03.1995 г. медицинское освидетельствование должно осуществляться добровольно – по просьбе или с согласия самого лица.

Во-вторых, по поводу уголовного законодательства. Действительно в УК РФ существует статья № 122 «Заражение ВИЧ-инфекцией», в п. 1 и 2 которой описаны санкции за заведомое поставление другого лица в опасность заражения ВИЧ-инфекцией и заражение другого лица ВИЧ-инфекцией лицом, знавшим о наличии у него этой болезни. В комментарии к статье отмечено: эти преступления совершаются умышленно – лицо знает, что больно ВИЧ-инфекцией, и осознает, что оно ставит другое лицо либо в опасность заражения, либо заражает этой болезнью.

Субъектом преступлений, предусмотренных ч. 1 и 2 ст. 122 УК, может быть только лицо, знавшее о наличии у него ВИЧ-инфекции.

Исходя из всего вышесказанного ни о каком уголовно наказуемом деянии в данной ситуации речи быть не может. Если у партнеров есть опасения по поводу своего здоровья, можно добровольно пройти тест на ВИЧ (но не ранее чем через 3 месяца после возможно опасного контакта).

Ситуация: *Сын ВИЧ-положительный, находится в местах заключения, его жена знает о заболевании, на длительных свиданиях, с ее слов, предохраняются. Если она заразится, сын понесет еще наказание и за заражение? Или на супругов это не распространяется?*

Ответ: По ст. 122 УК РФ («Заражение ВИЧ-инфекцией») юридические последствия наступают даже за постановку в опасность заражения.

16 декабря 2003 г. вступил в силу Федеральный Закон Российской Федерации от 8 декабря 2003 г. № 162-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Уголовный кодекс Российской Федерации». Статья 122 УК РФ была дополнена примечанием, на основании которого человек, поставивший партнера в опасность заражения либо заразивший его ВИЧ-инфекцией, освобождается от уголовной ответственности, «если другое лицо, поставленное в опасность заражения либо зараженное ВИЧ-инфекцией, было своевременно предупреждено о наличии у первого этой болезни и добровольно согласилось совершить действия, создавшие опасность заражения». В данном случае это так. Как следует из статьи 10 УК РФ, уголовный закон, устраняющий преступность деяния, смягчающий наказание или иным образом улучшающий положение лица, совершившего преступление, имеет об-

ратную силу, т.е. распространяется на лиц, совершивших соответствующие деяния до вступления такого закона в силу.

ВИЧ и пенитенциарная система

Ситуация: *Обратившийся находится под подпиской о невыезде в стационаре, получает АРВ-терапию, обвиняется по ч. 3 ст. 228 УК РФ. Будет ли он получать терапию в случае нахождения в МЛС (на принудительном лечении от наркомании)?*

Ответ: Получение медикаментов определяется правилами ГУ ФСИН РФ, Постановлениями Правительства РФ, получение терапии осуществляется в СПИД-центре лично получателем, поэтому существует вероятность, что лечение может быть прервано. Чтобы этого не произошло, надо обратиться к руководству учреждения с заявлением о получении терапии. И данная проблема будет решаться с учетом конкретных обстоятельств.

Ситуация: *Обратившийся находится под следствием (ч. 1 ст. 158 УК РФ). Можно ли примириться с потерпевшей и прекратить уголовное преследование? Влияет ли наличие ВИЧ на тяжесть приговора?*

Ответ: По основаниям ст. 76 УК и ст. 25 УПК возможно примирение с потерпевшим в случае, если преступление небольшой или средней тяжести. Необходимо возместить ущерб, нанесенный преступлением, и потерпевший должен выступить с соответствующим заявлением. В данном случае согласно ч. 2 ст. 15 УК РФ данное преступление – кража (ч. 1 ст. 158 УК РФ) относится к преступлениям небольшой тяжести.

Наличие ВИЧ-инфекции не влияет на тяжесть приговора, но при его вынесении согласно ст. 61 УК РФ наличие ВИЧ-инфекции может быть признано смягчающим обстоятельством, в силу стечения тяжелых жизненных обстоятельств.

Вопрос: *Почему немногим ВИЧ-положительным, находящимся в местах лишения свободы предоставляется АРВ-терапия? Как законодательно они защищены?*

Ответ: Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь (п. 1 ст. 41 Конституции РФ). В ст. 14 Закона «О предупреждении распространения... ВИЧ-инфекции» зафиксировано следующее положение: ВИЧ-инфицированным оказываются на общих основаниях все виды медицинской помощи по клиническим показаниям, при этом они пользуются всеми правами, предусмотренными законода-

тельством Российской Федерации об охране здоровья граждан. Согласно ч. 1. ст. 29 Основ законодательства РФ об охране здоровья, лица, отбывающие наказание в местах лишения свободы, имеют право на получение медицинской помощи, в необходимых случаях в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения за счет средств соответствующих бюджетов. Порядок организации медицинской помощи устанавливается федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения (ч. 4 ст. 29 Основ). В исправительных учреждениях осуществляется: медицинское обследование и наблюдение осужденных в целях профилактики у них заболеваний, диспансерный учет, наблюдение и лечение методами и средствами, рекомендованными Министерством здравоохранения Российской Федерации, а также определение их трудоспособности. В случаях, когда необходимая медицинская помощь не может быть оказана в лечебно-профилактических учреждениях и ЛИУ, осужденные должны быть направлены в региональные лечебно-профилактические учреждения органов здравоохранения. К ВИЧ-инфицированным осужденным по решению медицинской комиссии применяется обязательное лечение (ч. 3 ст. 18 Уголовно-исполнительного Кодекса РФ).

Вопрос: *Имеют ли право на дополнительное питание ВИЧ-положительные, находящиеся в МЛС?*

Ответ: Согласно приложению 4 к приказу Министерства юстиции Российской Федерации от 02.08.2005 г. № 125 норма питания для больных, осужденных к лишению свободы, а также подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений, находящихся на стационарном лечении в лечебных учреждениях исправительных колоний, тюрем и следственных изоляторов ФСИН, на мирное время следующая (см. таблицу).

Ситуация: *Осужденный ВИЧ-положительный терапию не получает, состояние здоровья ухудшается. Возможно ли досрочное освобождение?*

Ответ: Порядок медицинского освидетельствования изложен в Приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства юстиции Российской Федерации от 9 августа 2001 г. № 311/242 «Об освобождении от отбывания наказания осужденных к лишению свободы в связи с тяжелой болезнью». Медицинскому освидетельствованию для представления к освобождению от отбывания наказания подлежат осужденные к лишению свободы, страдающие тяжелыми заболеваниями, указанными в Перечне заболеваний, который может быть использован в качестве основания для представле-

Норма питания для больных, осужденных к лишению свободы, а также подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений, находящихся на стационарном лечении в лечебных учреждениях исправительных колоний, тюрем и следственных изоляторов ФСИН

Наименование продуктов	Количество на одного человека в сутки (граммов)
Хлеб из смеси муки ржаной обдирной и пшеничной 1-го сорта	200
Хлеб пшеничный из муки 2-го сорта	200
Мука пшеничная 2 сорта	5
Крупа разная	70
Макаронные изделия	20
Мясо	100
Рыба	100
Маргариновая продукция	15
Масло растительное	20
Молоко коровье (миллилитров)	250
Масло коровье	20
Яйца куриные	0,5
Сахар	40
Соль поваренная пищевая	10
Чай натуральный	1
Лавровый лист	0,1
Горчичный порошок	0,2
Томатная паста	3
Картофель	400
Овощи	300
Крахмал сухой картофельный	1
Мука соевая текстурированная (с массовой долей белка не менее 50%)	10
Кисели сухие витаминизированные или фрукты сушеные	25 15

Примечания. По данной норме также обеспечивать: больных, находящихся на амбулаторном лечении по поводу язвенной болезни, злокачественных новообразований, дистрофии, авитаминоза, анемии, больных СПИДом и ВИЧ-инфицированных, а также лиц, наблюдающихся по поводу туберкулеза 0, I, II, III, V групп диспансерного учета, вне зависимости от места содержания, лиц, наблюдающихся по IV и VI группе диспансерного учета на период проведения химиотерапии, вне зависимости от места содержания. Дополнительно к данной норме выдавать на одного человека в сутки: больным, находящимся на стационарном и амбулаторном лечении по поводу туберкулеза, дистрофии, язвенной болезни, авитаминоза, анемии, злокачественных новообразований, а также больным СПИДом и ВИЧ-инфицированным: хлеба пшеничного из муки 2 сорта — 50 г; макаронных изделий — 10 г; овощей — 50 г; сахара — 5 г; мяса — 50 г; мяса птицы — 20 г; молока коровьего — 250 (миллилитров); соков плодовых и ягодных — 100 (миллилитров); масла коровьего — 20 г; творога — 50 г.

ния к освобождению. Что касается ВИЧ-инфекции, то об этом заболевании упоминается в Перечне в п. 12. Прочие заболевания (12.1. Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) в стадии вторичных заболеваний в виде генерализованной инфекции, злокачественных новообразований, поражения центральной нервной системы), а также в пп. 5.2.7. — Поражение нервной системы при СПИДе. Медицинское освидетельствование осужденных к лишению свободы для признания их страдающими заболеваниями, указанными в Перечне, производится специальной медицинской комиссией (далее — комиссия) в составе начальника или заместителя начальника лечебно-профилактического учреждения уголовно-исполнительной системы (председатель) и не менее двух врачей (члены комиссии). Состав комиссии утверждается начальниками территориальных органов уголовно-исполнительной системы, управлений учреждений с особыми условиями хозяйственной деятельности Министерства юстиции Российской Федерации.

К работе комиссий могут привлекаться специалисты территориальных органов управления здравоохранением. Решения о наличии у осужденных к лишению свободы заболеваний, указанных в Перечне, принимаются комиссиями после их обследования в стационарных условиях с учетом результатов проведенного лечения и заключительного диагноза. По результатам медицинского освидетельствования осужденного выносится заключение комиссии. При ухудшении состояния здоровья осужденных, в отношении которых судом отказано в освобождении от отбывания наказания, материалы повторно направляются в суд независимо от времени, прошедшего со дня вынесения судом определения об отказе.

Ситуация: *Моя дочь находится в следственном изоляторе. Можно ли ее освободить от наказания в связи с наличием у нее ВИЧ-инфекции, как ее обследовать для определения тяжести заболевания?*

Ответ: Общие требования, предусмотренные Уголовным кодексом РФ, связанные с освобождением от отбытия наказания, заключаются в том, чтобы заболевание было тяжелым и препятствовало отбытию наказания. Если такие признаки имеются, то от наказания суд может освободить. Как правило, такое решение принимается судом при наличии крайне тяжелых, выраженных проявлений ВИЧ-инфекции.

Если имеющихся медицинских данных недостаточно, то можно обратиться с письменным запросом (например, от имени дочери либо адвоката) на имя главного врача СПИД-центра с просьбой об организации обследования вашей дочери в СИЗО специалистами СПИД-центра.

Ситуация: Красноярский край. Я – ВИЧ-положительный. Нахожусь в местах лишения свободы. Начальник санитарной части колонии на дисциплинарной комиссии объявил о моем диагнозе, более того, это заседание комиссии затем транслировалось по кабельному телевидению колонии. Имеют ли право в местах лишения свободы разглашать статус заключенных?

Ответ: Согласно ст. 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, информация о состоянии здоровья гражданина составляет врачебную тайну. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну лицами, которым они стали известны при исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей. Гражданину должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений.

Данный нормативный документ не предусматривает никаких исключений для ВИЧ-инфицированных, находящихся в местах лишения свободы.

Во исполнение № 38-ФЗ от 30.03.1995 г. Приказом Главного Управления исполнения наказаний МЮ РФ от 30.06.2000 г. № 110 был принят Порядок обеспечения конфиденциальности информации о ВИЧ-инфицированных.

Согласно этому Порядку (п. 1.2) Начальник исправительного учреждения или СИЗО обеспечивает режим конфиденциальности в отношении всей информации, связанной с персонафикацией находящихся в учреждении ВИЧ-инфицированных, независимо от их наличия или количества. П. 1. 3. 3. Начальник обязан проводить служебные расследования случаев оглашения и распространения информации о ВИЧ-инфицированных. П. 2. 1. Медицинский работник несет персональную ответственность за сохранение тайны ВИЧ-инфицированного.

В соответствии с Приказом управления здравоохранения администрации Красноярского края и Главного управления исполнения наказаний МЮ России по Красноярскому краю № 109/103 от 15 февраля 2001 г. утверждено Положение о взаимодействии и разграничении функций между ГУИН МЮ России по Красноярскому краю и Краевым Центром по профилактике и борьбе со СПИДом, п. 5. – сотрудники всех учреждений здравоохранения и учреждений исполнения наказаний обязаны соблюдать тайну диагноза «ВИЧ-инфекция».

Ситуация: Я ВИЧ-инфицирован, нахожусь в состоянии наркотической зависимости, нуждаюсь в лечении, у меня постоянные головные боли, болит печень. Я просил начальника МСЧ этапировать меня в МОТБ-18, но начальник задал мне вопрос, есть ли деньги на моем лицевом счете для того, чтобы меня обследовали. Постоянно игнорируют мои обращения по поводу моего здоровья, повышенной температуры.

Ответ: Согласно п. 5 ст. 9 № 38-ФЗ от 30.03.1995 г. необходимо провести освидетельствование в обязательном порядке. Освидетельствование ВИЧ-инфицированного не зависит от наличия денежных средств на его лицевом счете. В соответствии с Приказом ГУИН МЮ РФ от 30.06.2000г. № 110 и утвержденной согласно этому Приказу Инструкции по профилактике распространения ВИЧ-инфекции, в лечебных исправительных учреждениях УИС ВИЧ-инфицированным оказываются все виды медицинской помощи на местах с соблюдением требований санитарно-противоэпидемического режима. Кроме того, обязательно проведение консультирования по поводу ВИЧ-инфекции до и после проведения лабораторного теста.

Ситуация: Я с 2001 года ВИЧ-инфицирован. Нахожусь в колонии строгого режима. Независимо от моего состояния здоровья определен на работу в деревообрабатывающий цех. Мне не предоставляются никаких льгот с учетом моего заболевания.

Ответ: Каждый осужденный к лишению свободы обязан трудиться в местах и на работах, определяемых администрацией исправительных учреждений. Труд осужденного рассматривается как неотъемлемая часть исполнения наказания. В то же время все требования Трудового кодекса РФ в части безопасности труда и иных обязательных нормативов выполняются администрацией исправительного учреждения в обязательном порядке. При направлении на работу осужденного учитываются пол, возраст, состояние здоровья, медицинские показания. Статья 92 Трудового кодекса РФ предусматривает сокращенную продолжительность рабочего времени для работников, являющихся инвалидами I или II группы – не более 35 часов в неделю. Если по медицинским показаниям, состоянию здоровья имеется право на сокращенный рабочий день, то следует обратиться к начальнику исправительного учреждения. Тем более, администрация исправительного учреждения несет ответственность за каждого осужденного (ч. 3 ст. 101 Уголовно-исполнительного кодекса РФ).

Ситуация: Я – ВИЧ-положительный, отбываю наказание в колонии строгого режима. Через год после того, как меня поместили в колонию строгого режима и обнаружили ВИЧ-инфекцию, мне сказали о моем диагнозе. Когда должны информировать о заболеваниях?

Ответ: Согласно ст. 13 Закона РФ от 30.03.1995 г. № 38-ФЗ «О ВИЧ-инфекции» лицо, у которого выявлена ВИЧ-инфекция, уведомляется работником учреждения, проводившего медицинское освидетельствование, о его результатах. Медработники обязаны немедленно извещать о результатах освидетельствования в

целях исключения распространения ВИЧ-инфекции, о гарантиях соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных, а также об уголовной ответственности за поставление в опасность заражения либо заражение другого лица — статья 122 УК РФ — заражение ВИЧ-инфекцией. Также законодательно предусмотрен порядок обязательного до- и посттестового консультирования.

Ситуация: ВИЧ-положительный осужденный получает терапию, с его слов, появились побочные эффекты, чувствует себя плохо, а на работу все равно выходить надо. Как быть?

Ответ: Правовых норм, предписывающих изменение в режиме содержания, при появле-

нии побочных эффектов на фоне терапии, нет. Вы находитесь в МЛС на «общих основаниях». В исправительных учреждениях осуществляется: медицинское обследование и наблюдение осужденных в целях профилактики у них заболеваний, диспансерный учет, наблюдение и лечение методами и средствами, рекомендованными Министерством здравоохранения и социального развития РФ, а также определение их трудоспособности. В данном случае необходимо обратиться к начальнику медицинской части учреждения для решения вопроса о клиническом состоянии в настоящий момент. Исходя из этого, он должен сделать необходимые предписания.

Окончание следует

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

ВИЧ вызывает преждевременное старение мозга

Исследователи из Университета Вашингтона в Сент-Луисе и Калифорнийского университета в Сан-Диего установили, что здоровые люди и ВИЧ-инфицированные пациенты, родившиеся на 15–20 лет позже них, имеют примерно одинаковые показатели мозгового кровообращения.

Воздействие инфекции на сердце, печень, эндокринную систему, скелет и почки больных уже изучалось ранее; по последним данным, ВИЧ увеличивает «возраст» тела приблизительно на десять лет. Ученым также удалось обнаружить вероятную связь между вирусом и болезнью Альцгеймера, однако подтвердить эту информацию по стандартным методикам оценки когнитивных функций, применяемым для диагностирования болезни, оказалось очень сложно: тестирования отнимают много времени, а корректно интерпретировать их результаты можно только после накопления статистики.

Авторы использовали довольно простой и объективный метод измерения параметров мозгового кровообращения, обозначаемый в иностранной литературе как arterial spin labeling и основанный на обработке данных функциональной магнитно-резонансной томографии. В экспериментах приняли участие 26 ВИЧ-инфицированных и 25 здоровых людей, причем группы были сравнимы по среднему возрасту и уровню образования.

Значительное ухудшение кровообращения наблюдалось даже у молодых, инфицированных совсем недавно. Кроме того, изменения в параметрах мозгового кровообращения при решении задачи на зрительное восприятие ярче проявлялись у людей, живущих с ВИЧ, а следовательно, поиск решения становился для них более серьезной проблемой. «Ухудшение кровообращения с возрастом — вполне естественный процесс, но действие ВИЧ или лекарственных препаратов, используемых для борьбы с ним, ускоряет его, увеличивая «возраст» тела сразу на 15–20 лет», — заключают авторы.

www.izvestia.ru

В Мурманской области в 2009 году выявлено 455 ВИЧ-инфицированных

В Мурманской области подведены итоги года по профилактике ВИЧ-инфекции, выявлению и лечению больных ВИЧ-инфекцией в рамках Приоритетного национального проекта «Здоровье». Как сообщили корреспонденту

ИА REGNUM Новости в отделе приоритетных национальных проектов аппарата правительства Мурманской области, в 2009 году обследовано на выявление ВИЧ-инфекции более 200 тыс. человек; выявлено 455 случаев ВИЧ-инфицированных.

Всего с начала выявления ВИЧ зарегистрирован 3241 случай инфицирования ВИЧ (на 1 января 2010 года), на диспансерном учете состоит 2776 человек (в том числе в учреждениях Федеральной службы исполнения наказаний — 914 человек). В 2009 году в рамках Приоритетного национального проекта «Здоровье» федеральные поставки диагностических средств и антиретровирусных препаратов осуществлены в полном объеме (на общую сумму 21,3 млн. руб.). На начало 2010 года в Мурманской области лечение получали 212 больных (кроме того, 81 пациент — в учреждениях Федеральной службы исполнения наказаний).

www.regnum.ru

Акция «Люби безопасно» в День всех влюбленных прошла в Екатеринбурге

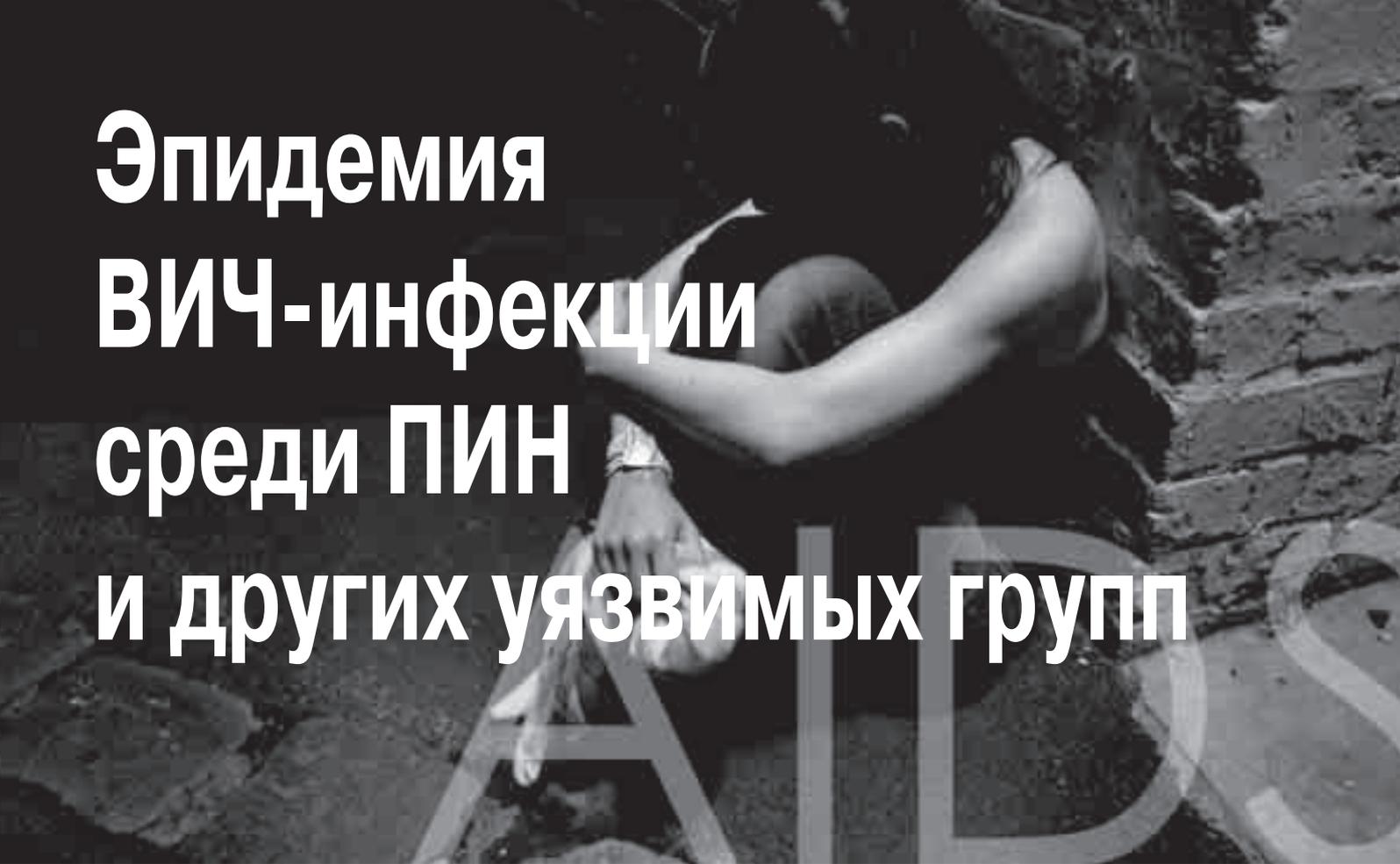
Во время работы мобильного пункта экспресс-тестирования на ВИЧ во время акции «Люби безопасно», которая проходила 14 февраля у торгового центра «Гринго» прошли тестирование 165 человек. Получено 5 положительных тестов на ВИЧ и 1 сомнительный. «Из пяти человек, которые получили положительные результаты экспресс-теста у двоих человек путь возможного инфицирования — наркотический, — комментирует специалист Свердловского СПИД-центра Ксения Гоголева. — Три человека, скорее всего, инфицировались ВИЧ половым путем».

Акции «Люби безопасно» в День всех влюбленных Свердловский областной центр начал проводить с 2008 года, тем самым привлекая внимание жителей Екатеринбурга к проблеме распространения ВИЧ-инфекции половым путем. С 2004 года стало возрастать количество жителей области, инфицированных ВИЧ половым путем (в 2009 году: наркотический путь передачи — 49,8%, половой — 47,9).

К группе риска сегодня, прежде всего, относятся те люди, которые считают, что это проблема их не касается. Мобильный пункт экспресс-тестирования на ВИЧ подтверждает эти тревожные цифры. Он работает на улицах Екатеринбурга. Узнать свой ВИЧ-статус приходят совершенно разные люди. Разного возраста: от 17 до 45. Разного социального статуса: студенты, рабочие, служащие, безработные и т.д.

POZ.ru

Эпидемия ВИЧ-инфекции среди ПИН и других уязвимых групп



ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА ДЛЯ ПИН В ПСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

И.Л. Сивачева

Псковский областной СПИД-центр

По уровню заболеваемости наркоманией Псковская область относится к относительно благополучным регионам, этот показатель составляет 90 на 100 тыс. населения, что почти в 3 раза ниже, чем в среднем по России. Однако проблема борьбы с наркопотреблением является актуальной для этого приграничного региона, в который за счет наркотрафика поступают и синтетические наркотики из Западной Европы, и афганский героин, направляемый из российских регионов на запад. По итогам 2008 г. в Псковской области зарегистрирован прирост заболеваемости наркоманией на 16,2% (в СЗФО прирост в прошлом году составил 21,9%). В 2008 г. в области зарегистрировано 115 новых случаев наркомании. Подавляющее большинство (83%) лиц, стоящих на учете в учреждениях наркологического профиля, употребляет опиаты¹⁰⁹.

* Здесь и далее статьи приведены по Информационному бюллетеню № 6, 2009. ГВС/ТППС при финансовой поддержке USAID и ОИЗ в рамках проекта «ГЛОБУС». Окончание. Начало см. «Шаги профессионал», № 5, 6, 2009.

¹⁰⁹ По материалам Управления ФСКН по Псковской области. http://www.gnk-pskov.ru/index.php?option=com_content&task=view&id=378&Itemid=30.

¹¹⁰ По данным СПИД-центра Псковской области, 60% от общего числа зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции связаны с гетеросексуальным путем передачи, 26% — с инъекционным потреблением наркотиков (также 2% с гомосексуальными контактами, 2% — с передачей ВИЧ-инфекции от матери ребенку, в 10% путь инфицирования не установлен).

Благодаря тому, что профилактические программы среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) реализуются в Псковской области уже более 10 лет, пораженность ВИЧ-инфекцией среди этой уязвимой группы в регионе удается удерживать на относительно невысоком уровне. По данным на 01.08.2009 г., в Псковской области на долю инъекционного пути передачи приходится не более 26% общего числа случаев ВИЧ-инфекции, основным же путем передачи в настоящее время является половой (при незащищенных гетеросексуальных контактах)¹¹⁰.

Программа снижения вреда началась в 1998 году, став первой программой профилактики среди ПИН, которая охватывала потребителей инъекционных наркотиков, проживающих на территории города Пскова и близлежащих сельских районов. Объем мероприятий, предоставляемых в рамках этого проекта, включает обмен шприцев и игл, бесплатное и добровольное тестирование и консультирование по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и ИППП, распространение презервативов, дезинфектантов, информационных материалов, а также социальную работу. Для проведения профилактической работы были подобраны аутрич-

работники из среды ПИН, которые обладали необходимыми коммуникативными навыками, пользовались доверием ПИН. Основная задача, которая ставилась перед ними, — вовлечь в программу максимальное число клиентов. За 10 лет работы программа охватила 1307 участников при оценочном числе ПИН — 1500 в г. Пскове.

СПИД-центр регулярно предоставлял сведения о результатах тестирования ПИН на антитела к ВИЧ в Управление ФСКН по Псковской обл. в качестве доказательства необходимости программы снижения вреда и положительного влияния, которое такая программа оказывает на развитие эпидемии. Эффективность программ снижения вреда демонстрируют проводимые на протяжении ряда лет исследования.

Так, в 2003 г. было обследовано 783 участника программы снижения вреда на антитела к ВИЧ, позитивных результатов выявлено 7 (менее 0,9% от общего числа обследованных). На начальном этапе реализации программы снижения вреда были подтверждены значимые различия в показателях распространенности ВИЧ-инфекции в когортах наркопотребителей, посещавших (Псков) и не посещавших (Великие Луки) профилактические программы. Если в Пскове через 5 лет после начала реализации проекта снижения вреда было выявлено 30 случаев ВИЧ-инфекции, из них 9 (30%) с инъекционным путем передачи, то в Великих Луках, где проектов снижения вреда не проводилось, число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции составляло 47, из них 39 (82,9%) — за счет инъекционного пути передачи¹¹¹. Высокая достоверность различий ($p < 0,001$) показателей подтверждена методами вариационной статистики с определением средней арифметической ошибки и расчетом показателя соответствия χ^2 .

По мере реализации программы снижения вреда, расширения числа ее клиентов и повышения их информированности в вопросах профилактики ВИЧ, установлено положительное влияние на снижение частоты рискованного поведения не только среди ПИН-клиентов, но и более широко среди данной уязвимой группы в Псковской обл., включая ПИН, не принимающих непосредственного участия в программе. В ходе когортного исследования, проведенного в 2004 г. под руководством Северозападного окружного СПИД-центра среди ПИН-неучастников программы снижения вреда, 72% всех респондентов отметили, что в течение последнего месяца они не использовали чужие шприцы и иглы для проведения инъекции, 25% иногда это делали и лишь 2% указали, что делали это часто. Антитела к ВИЧ не обнаружены ни у одного из обследуемых (однако получено высокое число

положительных тестов на суммарные антитела к вирусу гепатита В — 45% и к вирусу гепатита С — 59%)¹¹².

В 2006 г. в городе Пскове в рамках проекта «ГЛОБУС» была проведена повторная оценка ситуации с распространением ВИЧ-инфекции в связи с внутривенным потреблением наркотиков. Было обследовано 100 клиентов программы снижения вреда, ни одного нового позитивного результата на антитела к ВИЧ не выявлено. В 2008 г., по данным исследования⁴⁵ рискованных поведенческих практик и заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков и работниц коммерческого секса, проведенного с соблюдением принципов эпиднадзора второго поколения Открытым институтом здоровья совместно с ЦНИИОИЗ в регионах проекта «ГЛОБУС», в Пскове проведено поведенческое исследование, в которое были включены ПИН-участники программы снижения вреда, ПИН-неучастники программы и коммерческие секс-работницы (КСР). Всего в исследовании в Пскове приняли участие 316 респондентов, из них 165 мужчин и 151 женщина. Средний возраст респондентов составил 28,5 лет, из них 214 человек (68%) являлись потребителями инъекционных наркотиков, а 130 человек (41%) — КСР. По результатам исследования распространенность ВИЧ-инфекции среди респондентов составила 0,9% (3 чел.).

В то же время, недостаточно эффективная система мониторинга и оценки проекта снижения вреда негативно отразилась на взаимодействии со службой Госнарконконтроля и, в конечном итоге, на реализации программ профилактики среди ПИН. В ходе реализации программы для оценки использовались в основном такие индикаторы, как количество контактов, число охваченных клиентов, количество обменного инструментария, количество выданных профилактических и дезинфекционных материалов, спиртовых салфеток, презервативов. На протяжении 10 лет индикаторы программы не менялись. Данные индикаторы отражали только активность работы программы, но отнюдь не влияние на изменение поведения и, следовательно, на эпидемиологический процесс и предотвращение распространения ВИЧ-инфекции, что, собственно, и является основной задачей программ снижения вреда. Индикаторы, используемые в программах снижения вреда в настоящее время, не являются доказательными для управленческих структур и не способствуют пониманию значимости и необходимости таких программ в обществе.

Основным индикатором программы должен быть показатель распространенности ВИЧ-инфекции (возможно, также инфекций, передающихся по-

¹¹¹ По данным СПИД-центра Псковской области на 1 января 2003 г. См.: Сивачева И.Л., Трофимов В.М., Смольская Т.Т. «Особенности эпидпроцесса ВИЧ-инфекции на территории Псковской области и некоторые результаты работы программ снижения вреда среди потребителей инъекционных наркотиков» *Вопросы вакцинопрофилактики* (2003).

¹¹² Eroshina K., Vasilieva N., Neumark Y., Bobrik A., Sivacheva I. «Cohort study on the effectiveness of Russian needle exchange programs». Handbook of 16th International Conference on the reduction of drug related harm. March 2005.

ловым путем, и вирусного гепатита С) среди участников (постоянных клиентов) программ, с которыми программа работает в течение 3–5 лет. Учитывая значимость ПИН в эпидемиологическом процессе, необходима работа с этой группой по иммунизации против ВГВ с целью сокращения распространения вируса гепатита В. Такая постановка задачи, очевидно, будет воспринята в обществе с большим пониманием, чем обмен шприцев и игл.

Одним из индикаторов также должно быть повышение числа клиентов программ, направляемых в наркологические службы, и результаты работы наркологических служб с ПИН, отслеживаемые исполнителями программ. Количественные показатели работы программы снижения вреда нужно оставить для оценки работы исполнителей программы, но они не должны преподноситься общественности в качестве основных целей и результатов снижения вреда, так как для большей части населения они остаются непонятными и пугающими.

На основе опыта реализации программы снижения вреда в Псковской области можно сформулировать следующие приоритетные вопросы, требующие решения:

- В целях адвокации программ снижения вреда необходимо проводить дозорные исследования среди ПИН хотя бы один раз в год для отслеживания тенденций влияния программы на эпидемиологический процесс.

- Необходимо разработать и внедрить индикаторы, отражающие тенденции эпидемиологического процесса в уязвимых группах, понятные для управленческих структур, правоохранительных органов и наркоконтроля, а также широкой общественности. Трактовка данных индикаторов должна быть однозначной и четкой.

- Необходимо повышать информированность специалистов, лиц, принимающих решения, и общественности о роли и значимости программ снижения вреда в профилактике ВИЧ-инфекции в уязвимых группах и обществе в целом.

ИНФОРМИРОВАНИЕ И ОБУЧЕНИЕ ЛИЦ, ПРИНИМАЮЩИХ РЕШЕНИЯ, И КЛЮЧЕВЫХ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ ГРУПП ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСОВ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ СРЕДИ ПИН

Л.А. Рузаева

Красноярский краевой СПИД-центр

Красноярский край относится к числу регионов Российской Федерации с высоким уровнем пораженности населения ВИЧ-инфекцией¹¹³.

По темпам роста заболеваемости в 2008 г. регион находится на 6-м месте в РФ и на 5-м месте среди территорий СФО. В 2008 г. заболеваемость ВИЧ-инфекцией выросла на 36% к уровню 2007 г. (1545 новых случаев).

Целевое финансирование программных мероприятий по профилактике и борьбе с ВИЧ-инфекцией осуществляется в крае с 1998 г. С 1998 г. действует Краевая межведомственная комиссия по противодействию распространению наркомании, алкоголизма и ВИЧ/СПИДа¹¹⁴. Действует целевая программа «АНТИ-ВИЧ/СПИД», принятая в 2008 г. на срок до 2010 г. с объемом финансирования 49,98 млн. руб., из них на профилактику 7,3 млн. руб. (15,8%).

Предыдущая программа «АНТИ-ВИЧ/СПИД», действовавшая в 2004–2007 гг., была обеспечена финансированием на 100%, освоено 71,1 млн. руб. С учетом средств проекта «ГЛОБУС», реализуемого в Красноярском крае с 2005 г., общий объем финансирования мероприятий по ВИЧ/СПИДу в регионе составил 129,6 млн. руб., из них на профилактику – 27,9 млн. руб. (21,5%), диагностику и лечение – 73,3 млн. руб. (56,5%), развитие материально-технической базы и лабораторной диагностики ВИЧ/СПИДа – 28,4 млн. руб. (21,9%).

Однако несмотря на активно принимаемые в крае меры противодействия, распространение ВИЧ-инфекции продолжается. Эпидемия ВИЧ-инфекции охватывает все муниципальные образования края, при этом в 47 территориях отмечается рост заболеваемости. Наиболее высокие показатели отмечаются в 6 экономически значимых территориях: городах Красноярске, Норильске, Лесосибирске, Енисейске, Канске, Минусинске. Распространение ВИЧ-инфекции в Красноярском крае отражает общероссийские тенденции: в 62,3% случаях заболеваемость ВИЧ-инфекцией связана с инъекционным употреблением наркотиков, в 28,4% – с половым путем передачи.

В условиях увеличивающегося незаконного оборота наркотиков и роста заболеваемости наркоманией, профилактические мероприятия в ограниченных, несистемных масштабах не могут обеспечить противодействие эпидемии наркомании и оказать существенное влияние на ход эпидемии ВИЧ-инфекции. Рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией, связанной с внутривенным употреблением наркотиков, идет и в молодых, и в старших возрастных группах населения.

В складывающейся ситуации помимо «силовых» мероприятий необходимо усилить размах, обеспечить системность профилактической работы с населением, создавая и наращивая «невосприимчивый» контингент за счет снижения спроса на наркотики. Добиться этого можно

¹¹³ По состоянию на 01.06.2009 г., в крае зарегистрировано 10 214 случаев ВИЧ-инфекции, 352,97 на 100 тыс. населения.

¹¹⁴ Образована постановлением Совета администрации Красноярского края от 28.09.2004 г. № 232-п «О совершенствовании работы по противодействию распространения наркомании, алкоголизма и СПИДа в крае».

именно за счет организации программ профилактики. Это подтверждают результаты профилактической работы в сфере ВИЧ-инфекции и наркомании, наиболее системно проводимой в учебных заведениях Красноярского края в возрастной группе 14–19 лет. Удельный вес заболеваемости ВИЧ-инфекцией в этой возрастной группе снижен более чем в 3 раза по сравнению с 2001 г., пораженность на 100 тыс. подростков этого возраста снижена с 207,3 в 2001 г. до 34,2 в 2007 г.¹¹⁵

Говоря о важности организации профилактической работы, необходимо отметить, что для ее масштабной и эффективной реализации нет достаточного нормативного и финансового обеспечения.

Основные законодательные документы, регулирующие систему мер по профилактике ВИЧ/СПИДа и наркомании, включая федеральные законы «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» и «О наркотических средствах и психотропных веществах», не закрепляют прямых полномочий и ответственности субъектов федерации и муниципальных органов власти за проведение санитарно-просветительской работы с населением по профилактике наркомании, токсикомании, ВИЧ/СПИДа, а также участие других органов и учреждений социальной сферы, образования, культуры, физической культуры и спорта и специально уполномоченных органов и учреждений в решении проблем, связанных с незаконным оборотом наркотических средств.

В настоящее время вся тяжесть борьбы с эпидемией ВИЧ-инфекции и ее основной причиной – потреблением инъекционных наркотиков – ложится на учреждения здравоохранения, которые в одиночку не в состоянии эффективно решать эти комплексные проблемы. Работа в этой сфере других организаций и органов, в частности, межведомственных комиссий, образованных на муниципальном уровне, зачастую носит формальный характер и не отвечает реальным требованиям ситуации в территориях. Одной из причин, на наш взгляд, является поверхностное представление о проблемах, связанных с ВИЧ-инфекцией и наркопотреблением, у специалистов, работающих в данной сфере.

Необходимо создать систему целевой подготовки (обучения, повышения квалификации) госслужащих разных уровней власти, в первую очередь муниципального и регионального уровней, и специалистов различных служб и ведомств,

которые должны быть задействованы в сфере профилактики ВИЧ-инфекции и наркомании.

Разработка и внедрение обучающих модулей по профилактике ВИЧ/СПИДа в систему подготовки госслужащих в кадровых центрах субъектов федерации, создание специальных обучающих курсов для целевой подготовки региональных/муниципальных «команд» по разработке и реализации целевых программ позволят создать условия для разработки и реализации эффективных комплексных мер профилактики и борьбы с такими социально значимыми заболеваниями, как ВИЧ/СПИД и наркомания.

В Красноярском крае накоплен определенный опыт подготовки госслужащих и работников государственных организаций в сфере решения социально значимых проблем. В соответствии с резолюцией краевых общественно-политических слушаний по теме «СПИД и наркомания: мифы, реальность, действия»¹¹⁶ были сделаны попытки создания системы обучения госслужащих муниципальных образований в Краевом кадровом центре. Но обучение в формате факультативных занятий и вечерних курсов не могло, конечно, обеспечить подготовку кадров на достаточном уровне. С 2009 г., в соответствии с решением антинаркотической комиссии Красноярского края, Управлению кадров и государственной службы поручено включить вопросы профилактики наркомании и ВИЧ-инфекции, а также ключевые аспекты разработки целевых программ в программы обучения и просвещения руководителей исполнительной власти, государственных и муниципальных служащих¹¹⁷.

Приоритетные направления работы:

- Исходя из того, что сегодня проблемы борьбы с наркоманией и ВИЧ/СПИДом в РФ являются проблемами государственной важности, необходимо принятие на уровне правительства решения о введении стандарта подготовки государственных и муниципальных служащих по вопросам разработки соответствующих региональных целевых программ.

Введение стандарта подготовки специалистов позволит исключить формальный подход к организации профилактических мероприятий в территориях, повысить массовость, интенсивность их проведения, а также обеспечить эффективность использования имеющихся ресурсов, привлекать внешние дополнительные инвестиции для усиления профилактических программ, активно вовлекать гражданское общество в решение проблемы противодействия наркомании и ВИЧ/СПИДа для сохранения молодого

¹¹⁵ В 2008 г. на фоне общего роста заболеваемости в крае этот показатель в возрастной группе 14–19 лет также вырос и составил 60,5 на 100 тыс. подросткового населения.

¹¹⁶ Общественно-политические слушания по теме «СПИД и наркомания: мифы, реальность, действия» состоялись в Красноярске 4 июля 2005 г. <http://www.gbcimpact.ru/events/7icfe380>.

¹¹⁷ Протокол заседания Антинаркотической комиссии Красноярского края от 24.06.2009 № 2 «О состоянии наркологической помощи в Красноярском крае и мерах по противодействию распространению наркомании и ВИЧ-инфекции» под председательством губернатора Красноярского края А.Г. Хлопонина.

поколения, трудовых ресурсов и здоровья населения в целом.

- Для создания эффективной системы противодействия ВИЧ-инфекции необходимо в самое ближайшее время выработать и утвердить Единую национальную стратегию по ВИЧ/СПИДу, Единые оценки деятельности страны и регионов по ВИЧ/СПИДу и рекомендовать единый для всех территорий формат координирующего органа с приданием ему соответствующих полномочий для обеспечения устойчивой и функциональной системы мер противодействия ВИЧ и наркомании.

- Для контроля за эффективным расходованием ресурсов целесообразно разработать и внедрить региональные индикаторы эффективности проводимой работы в сфере профилактики ВИЧ-инфекции (соответствующие страновым индикаторам).

- Необходимо предусмотреть использование средств, выделяемых на профилактику в рамках Приоритетного национального проекта «Здоровье», для создания пилотных площадок по обучению госслужащих муниципальных образований и подготовке команд специалистов, способных в дальнейшем поддерживать этот проект с использованием кадровых и материальных ресурсов на уровне каждого субъекта федерации. Красноярский край мог бы стать одной из таких площадок.

НИЗКОПОРОВОГОВЫЕ ЦЕНТРЫ ДЛЯ ПИН КАК «ТОЧКА ВХОДА» В СИСТЕМУ ПОМОЩИ ПРИ НАРКОЗАВИСИМОСТИ

А.Я. Зарипов

КООРН «Вера», Низкопороговый центр для ПИН «Остров» (Казань)

В настоящее время в Казани создана и действует поэтапная система помощи наркозависимым и их близким (созависимым), включающая детоксикацию, стационарную и амбулаторную наркологическую помощь, мотивационную работу с пациентом (и созависимыми), реабилитационные программы, программы после-

леченной поддержки и содействия в трудоустройстве. Не менее важно то, что правительство, органы наркоконтроля и научное сообщество поддерживают реализацию проектов для уязвимых групп. В то же время, анализ доступности услуг системы наркологической помощи для потребителей инъекционных наркотиков приводит к выводу о недостаточном использовании в этой системе такого элемента, как низкопороговые центры помощи¹¹⁸.

По данным УФСКН по Республике Татарстан, на учете в наркологических учреждениях республики состоят 9419 больных наркоманией и каждый год это число возрастает на 600–700 человек¹¹⁹. Учитывая, что на официальном учете состоит лишь часть лиц, употребляющих наркотики, можно предположить, что число лиц, нуждающихся в помощи в связи с наркозависимостью, в регионе значительно больше.

Наркологическую помощь в лечении абстинентного синдрома при наркотической зависимости на территории РТ сегодня оказывают более 10 учреждений¹²⁰; стационарное лечение в них могут пройти около 4000 человек ежегодно (4300 человек в 2008 году¹²¹). В то же время, не все пациенты, прошедшие лечение, попадают в реабилитационные программы. Например, по данным РКД МЗ РТ, в 2006 году в реабилитационных программах на базе диспансера приняли участие лишь 53 из 411 пациентов с наркотической зависимостью, прошедших лечение в одном из стационарных отделений (около 13%)¹²².

Исходя из приблизительной оценки пропускной способности имеющихся в РТ реабилитационных центров, пройти курс реабилитации в них могут чуть более 910 человек в год, включая пациентов из Республики Татарстан и соседних регионов: республик Башкортостан, Чувашия, Удмуртия и др. (см. таблицу)¹²³:

Отказ от употребления наркотиков является обязательным условием для начала лечения в системе наркологической помощи, но для большинства потребителей инъекционных наркотиков это условие трудно выполнимо. Поэтому от начала употребления наркотиков до обращения к наркологу может пройти несколько лет, а многие наркопотребители так и не доходят до врача. В то же время, потребность в медицинской помощи в

¹¹⁸ Для обеспечения всех нуждающихся ПИН необходимой помощью в проектах снижения вреда медицинские и социальные услуги для этой категории предоставляются низкопороговыми, т.е. легко доступными, службами: клиент получает помощь в максимально удобной форме в зависимости от его нужд. В основе организации низкопороговых служб лежат такие принципы, как анонимность, удобный график работы, удобное расположение, бесплатное оказание услуг, уважение и доброжелательное отношение к клиенту со стороны персонала и т.д.

¹¹⁹ Что составляет 250 на 100 тыс. населения, по данным на 01.04.2009 г. «Каждые два дня в Татарстане умирает наркоман». 26.06.2009 г. Росбалт. http://ufskn.tatar.ru/rus/file/pub/pub_32997.doc.

¹²⁰ Республиканский клинический диспансер МЗ РТ, его подразделения и филиалы, а также Альметьевский, Бугульминский, Зеленодольский психоневрологические диспансеры – см. сайт «Наркологическое справочное бюро» Республиканского наркологического диспансера МЗ РТ: <http://www.narcinfo.ru/ru/org.html?cat=53>.

¹²¹ «Каждые два дня в Татарстане умирает наркоман». 26.06.2009. Информационное агентство Росбалт. http://ufskn.tatar.ru/rus/file/pub/pub_32997.doc.

¹²² По данным 1-го стационарного отделения РКД МЗ РТ. Сайт «Наркологического справочного бюро»: Республиканский наркологический диспансер МЗ РТ <http://www.narcinfo.ru/ru/org/view.html?id=8>.

¹²³ Данные представлены по результатам опроса организаций, проведенного автором в 2008 г. среди организаций, перечисленных на сайте РНД МЗ РТ. <http://www.narcinfo.ru/ru/org.html?cat=52>.

Наименование реабилитационных центров	Сроки нахождения	Количество мест	Пропускная способность за один год
РЦ «Возрождение», 5-е стационарное отделение РНД МЗ РТ	35 дней	12	120
Программа «Нить Ариадны», РНД МЗ РТ, амбулаторное реабилитационное отделение	3 месяца	20	80
Программа «Школа жизни», отделение амбулаторной реабилитации РНД	3 месяца	26	104
Реабилитационный центр «Преодоление», РНД МЗ РТ	42 дня	30	270
Загородный наркоцентр долгосрочной реабилитации «Большие Ключи», РНД МЗ РТ	3 месяца	36	144
Социально-реабилитационный центр «Роза ветров»	3 месяца	20	80
Реабилитационный центр г. Набережные Челны	3 месяца	30	120
Итого:			918

этой уязвимой группе очень высока. По данным одного из исследований, проведенного в Казани, практически все потребители инъекционных наркотиков имеют заболевания, требующие обращения в медицинские учреждения, финансирующиеся по системе ОМС (обязательного медицинского страхования). В то же время, лишь одна десятая часть ПИН имеет официальное место работы, две трети ПИН не имеют полисов ОМС и процедуры получения необходимых документов являются для представителей этой группы трудно преодолимым препятствием¹²⁴.

Кроме того, что наркопотребители с многолетним стажем самостоятельно не могут или не готовы сразу полностью отказаться от употребления наркотиков, на первом месте для них могут стоять совсем другие проблемы – такие как восстановление утраченных документов, жилищные вопросы или необходимость получения медицинской помощи в связи с другими заболеваниями. Без решения этих вопросов (хотя бы частичного) проблемы, связанные с лечением наркомании, также остаются нерешенными.

Обеспечить охват этой труднодоступной группы, наиболее уязвимой к ВИЧ-инфекции, программами профилактики, наркологической и медицинской помощи могут центры низкого порога доступа. В Казани на базе Республиканского центра СПИД с 1999 года действует про-

ект снижения вреда «Обновление», который в настоящее время предлагает также услуги социального сопровождения для ПИН, помогая, в частности, клиентам пройти тестирование на ВИЧ-инфекцию, восстановить или получить документы, а также получить необходимое лечение в связи с наркозависимостью и ВИЧ-инфекцией.

На базе социально-реабилитационного центра «Роза ветров»¹²⁵ совместно с агентством по трудоустройству «Энергия успеха»¹²⁶ реализуется инновационный проект по трудоустройству, направленный на трудовую социализацию наркозависимых. В 2008 г., когда началась реализация проекта по краткосрочному трудоустройству, в различных однодневных строительно-ремонтных работах были задействованы около 200 наркозависимых, нареканий со стороны работодателей к ним не было.

Но проделанной работы недостаточно. Необходимо более тесная интеграция программ наркологического лечения и программ, занимающихся долговременной мотивационной работой с ПИН с целью достижения полного отказа от употребления наркотиков. Как отмечают эксперты, такие проекты – важнейший фактор сдерживания эпидемии ВИЧ-инфекции среди ПИН, ведь ни перед социальными, ни перед медицинскими учреждениями не ставится задача

¹²⁴ «Доступность медицинской помощи для потребителей инъекционных наркотиков в учреждениях, финансирующихся по системе обязательного медицинского страхования в Казани», 2007. Исследование выполнено общественной организацией содействия сохранению здоровья населения «Обновление» Республики Татарстан при финансовой поддержке «СПИД-фонда Восток–Запад».

¹²⁵ Агентство по трудоустройству для уязвимых групп населения «Энергия успеха» (Казань) оказывает услуги по трудоустройству с целью социальной реабилитации наркозависимых, прекративших употребление наркотиков, людей с алкогольной зависимостью, лиц, освободившихся из мест лишения свободы <http://hivpolicy.ru/bestpractices/?id=169>.

¹²⁶ Агентство по трудоустройству для уязвимых групп населения «Энергия успеха» (Казань) оказывает услуги по трудоустройству с целью социальной реабилитации наркозависимых, прекративших употребление наркотиков, людей с алкогольной зависимостью, лиц, освободившихся из мест лишения свободы <http://hivpolicy.ru/bestpractices/?id=169>.

решения таких проблем активных ПИН, как трудоустройство, восстановление документов, медицинских полисов, помощь в доступе к различным видам социальной и медицинской помощи, которые призваны способствовать социализации ПИН и привлечению их к лечению наркомании¹²⁷.

С этой целью в начале мая 2009 года в Казани был открыт новый низкопороговый центр медико-социальной помощи для потребителей наркотиков «Остров», созданный республиканской общественной организацией «Профилактика и инициатива» при поддержке правительства Республики Татарстан и Управления ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН)¹²⁸.

Работа центра «Остров» направлена на минимизацию отрицательных последствий употребления наркотиков для ПИН, их семей и общества, включая профилактику преступности и распространения ВИЧ/СПИДа и поэтапное формирование у ПИН мотивации к обращению за медико-социальной помощью и приверженности к наркологическому лечению и диспансеризации в СПИД-центрах.

На сегодняшний день центр работает при финансовой поддержке правительства Республики Татарстан и УНП ООН. Правительство РТ предоставляет помещение¹²⁹, УНП ООН¹³⁰ — средства для закупки оборудования, инвентаря, расходных материалов. Оплата персонала обеспечивается в порядке кофинансирования за счет средств проекта УНП ООН и за счет бюджетных средств через РНД МЗ РТ и Министерство по делам молодежи, спорту и туризму РТ.

Работа центра согласована с соответствующими службами федерального, республиканского и городского значения, включая кабинет министров РТ, УФСКН РФ по РТ, МВД РТ, администрацию Ново-Савиновского района и РУВД Ново-Савиновского района г. Казани¹³¹. Заключены договоры о сотрудничестве в области предоставления низкопороговых услуг для ПИН с РНД МЗ РТ, РЦПБ СПИД и ИЗ МЗ РТ, СРЦ

«Роза ветров» (низкопороговая реабилитация), ОО «Обновление».

В штате центра работают психолог, медсестра, равные консультанты и аутрич-работники, санитарка, волонтеры. Разработан стандарт деятельности центра. С применением экспресс-тестов проводится тестирование на ВИЧ-инфекцию, гепатиты В и С, сифилис, туберкулез. Предоставляются стерильные материалы (шприцы и иглы, спиртовые салфетки, презервативы), групповые и индивидуальные консультации. Раз в неделю прием ведут врач-нарколог (из республиканского наркодиспансера), врач-инфекционист (из республиканского центра СПИД). Организована программа социального сопровождения.

По результатам первых полутора месяцев с начала работы центра зарегистрировано 204 посещения, охвачено 57 клиентов. Из них 9 человек (15,8%) перенаправлены и получили медико-социальные услуги в организациях партнерской сети (отделение детоксикации РНД, реабилитационные отделения, центр СПИД, кожно-венерологический диспансер, социальные службы по восстановлению документов), всего было направлено 21 чел. Проведено 325 индивидуальных и групповых консультаций (по наркотической зависимости, по профилактике ВИЧ/СПИДа, по снижению вреда, по восстановлению документов, по временному трудоустройству и т.д.). В пункт обмена шприцев обратились 129 человек. Один клиент взят в программу соцсопровождения, ему оказана помощь в восстановлении документов¹³².

Для обеспечения устойчивости проекта необходимо, чтобы значимость низкопороговой медико-социальной помощи лицам, употребляющим наркотики, и их близким (созависимым) была признана на уровне правительства субъекта федерации, и такие службы низкопороговой доступности для потребителей наркотиков были включены в систему наркологической помощи с обеспечением соответствующего государственного финансирования.

¹²⁷ «Анализ ситуации по ВИЧ-инфекции и потреблению инъекционных наркотиков в Казани», 2006. Республиканский СПИД-центр, общественная организация содействия сохранению здоровья населения «Обновление» Республики Татарстан, 2006 г. Опубликовано: <http://hivpolicy.ru/publications/?id=163>.

¹²⁸ Низкопороговый центр «Остров» организован в ходе исполнения соглашения о сотрудничестве в рамках проекта между программой развития ООН и общественной организацией «Профилактика и инициатива» Республики Татарстан от 14.07.2008 г. Центр не имеет самостоятельного юридического статуса, его деятельность осуществляется структурным подразделением общественной организации при финансовой поддержке УНП ООН и правительства Республики Татарстан.

¹²⁹ Помещение площадью 112 кв. м. по адресу: Казань, ул. Чуйкова, 79-а находится в муниципальной собственности и предоставлено правительством РТ через муниципальное учреждение КЦСО «Доверие» на основании договора; ремонт оплачен за счет средств РТ.

¹³⁰ В рамках проекта «Расширение доступа к программам профилактики ВИЧ/СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков и в местах лишения свободы в Российской Федерации».

¹³¹ Администрация Ново-Савиновского района предоставила в безвозмездное пользование для работы Центра помещение, отремонтировала подъездную дорогу. Правительство РТ выделило средства на ремонт и оплату коммунальных услуг. Министерство здравоохранения РТ издало распоряжение о прикреплении врача-нарколога РНД МЗ РТ и врача-инфекциониста РЦПБ СПИД и ИЗ к Центру для оказания медицинской помощи ПИН (прием по графику 1 раз в неделю). РЦПБ СПИД и ИЗ МЗ РТ оказал содействие в организации работы процедурного кабинета Центра по проведению экспресс-тестов на ВИЧ. Достигнута договоренность с РУВД Ново-Савиновского района об информировании ПИН о работе Центра.

¹³² Данные за период 05.05.09–25.06.09 г. взяты из отчета по проекту «TDRUS Л 7: Расширение доступа к программам профилактики и ухода за больными ВИЧ/СПИДом среди ПИН и в местах лишения свободы в Российской Федерации».

ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТОВ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА НЕКОММЕРЧЕСКИМ ПАРТНЕРСТВОМ «ВСЕРОССИЙСКАЯ СЕТЬ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА»

П.Г. Аксенов, Е.И. Петунии

Всероссийская сеть снижения вреда

С 1 сентября 2006 г. «Всероссийская сеть снижения вреда» (ВССВ) реализует проект «Расширение доступа к профилактике и лечению ВИЧ для потребителей инъекционных наркотиков в Российской Федерации»¹³³, при поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией в рамках V раунда в сумме 10,1 млн. евро на период 2006–2011 гг.

Цели проекта – увеличение охвата и улучшение качества служб в сфере ВИЧ для ПИН в 33 городах¹³⁴ Российской Федерации, а также усиление востребованности служб профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН).

Организации, реализующие проекты профилактики ВИЧ среди ПИН в рамках проекта ВССВ, были отобраны по итогам открытого конкурса в соответствии с положением о процедурах целевого финансирования. На сайте ВССВ было размещено объявление о конкурсе и пакет конкурсной документации, поступившие заявки рассматривала и оценивала экспертная комиссия, итоговые результаты утверждал Совет НП ВССВ. Отобранные проекты реализуются в 22 субъектах РФ: республиках Калмыкия, Татарстан, Хакасия, Чеченской, областях Белгородской, Волгоградской, Воронежской, Иркутской, Кемеровской, Курской, Липецкой, Омской, Оренбургской, Орловской, Пензенской, Ростовской, Самарской, Саратовской, Свердловской, Челябинской, Алтайском крае, городе Москве.

Для достижения целей НП ВССВ решает пять задач:

1) расширение доступа ПИН к услугам в области ВИЧ;

2) обучение и техническая поддержка организаций, оказывающих услуги ПИН в области ВИЧ;

3) повышение потенциала организаций, оказывающих услуги ПИН в области ВИЧ, в консультировании, информационной поддержке и поддержке в отношении приверженности лечению для ПИН/ЛЖВ;

4) наращивание потенциала групп, наиболее затронутых эпидемией (ПИН), в области адвокации, защиты прав человека, мониторинга и оценки услуг в области ВИЧ;

5) обеспечение долгосрочной устойчивости служб в области ВИЧ для ПИН в Российской Федерации.

Основными индикаторами, используемыми в проекте, в настоящее время являются стандартные количественные индикаторы, характеризующие охват представителей целевой группы услугами проекта, обмен инструментария, распространение презервативов, обеспечение информационными материалами и др. По итогам работы на 1 июня 2009 г., заложенные индикаторы были выполнены и приняты грантодателем в указанных объемах (таблица).

Как видно из представленной таблицы, основные индикаторы успешности проектов выполнены. Однако эти индикаторы не дают возможности показать влияние проектов на эпидемиологическую ситуацию в связи с ВИЧ-инфекцией как в отдельно взятой уязвимой группе ПИН, так и среди населения в целом. Разработка качественных индикаторов является одной из актуальных проблем в реализации проектов, и в настоящее время ВССВ ведет работу по усовершенствованию индикаторов оценки проектов снижения вреда.

В частности, более полное представление о ситуации в связи с распространением ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков может дать анализ *распространения рискованных практик*. По данным исследований,

¹³³ http://www.harmreduction.ru/support_2008.shtml.

¹³⁴ Города и организации, реализующие проекты при поддержке ВССВ: Абакан (Хакаское республиканское отделение ООО «РКК»), Балаково (Саратовское региональное отделение Общероссийского общественного благотворительного фонда «Нет алкоголизму и наркомании» (СРО РФФ НАН)), Батайск (ЧУПСИ «Благополучие поколений»), Белгород (Белгородское региональное отделение ООО «РКК»), Белово (Кемеровское региональное отделение ООО «РКК»), Бийск (Алтайская краевая общественная организация «Выбор»), Бузулук (Некоммерческий фонд «Позитивная инициатива»), Волгоград (Общественная организация «Мария»), Воронеж (АНО «Центр АнтиСПИД»), Серов (Свердловский областной СПИД-центр), Грозный (РОО «Жизнь»), Гурьевск (Щетско-молодежный фонд сопротивления распространению ВИЧ-инфекции и наркомании), Екатеринбург (Екатеринбургская городская благотворительная общественная организация «Новые грани»), Зима (Саянская городская общественная организация «Кризисный центр помощи женщинам»), Златоуст (Челябинская областная общественная организация «Надежда – Есть»), Иркутск (Иркутское областное отделение ООО «РКК»), Кемерово (Кемеровское региональное отделение ООО «РКК»), Курск (Областной СПИД-центр), Липецк (Липецкое областное отделение ООО «РКК»), Москва (Благотворительный фонд «Тверская альтернатива»), Набережные Челны (Благотворительный фонд развития образования, охраны здоровья и профилактики ВИЧ/СПИДа (Фонд Тимура Исламова)), Новокузнецк (Кемеровское региональное отделение ООО «РКК»), Новокуйбышевск (НКО Самарский фонд социального развития «Время жить!»), Омск («Сибирская межрегиональная ассоциация «АнтиСПИД–Сибирь»), Орел (Орловская региональная общественная организация по борьбе со СПИДом «Феникс ПЛЮС»), Пенза (Общественный фонд поддержки здравоохранения и образования г. Пензы «АнтиСПИД»), Ростов-на-Дону (РРОО «Ковчег – АнтиСПИД»), Рубцовск (СПИД-центр), Самара (Региональный благотворительный фонд по борьбе с наркоманией и СПИДом), Чапаевск («Ассоциация медицинских работников г. Чапаевска»), Шелехов (Шелеховский общественный БФ «Гармония» по социально-психологической помощи населению), Элиста (Республиканский СПИД-центр), Энгельс (Саратовская региональная общественная организация «Социум»).

Показатели	План	Факт
Количество ПИН, охваченных проектом	58 431 (30%)	68 535 (35%)
Количество игл, предоставляемых клиентам	8 764 650	7 638 615
Количество презервативов распространено среди ПИН (включая ПИН/КСР)	1 207 560	1 064 965
Число ВИЧ-инфицированных ПИН, направленных в туберкулезную службу	2922	4231
Количество сообществ ПИН, получивших техническую поддержку	37	40
Процент ПИН, удовлетворенных ассортиментом и качеством предоставляемых услуг	60%	97%
Число медицинских сотрудников, прошедших подготовку по эффективному реагированию на ВИЧ/ТБ среди ПИН	630	1014
Количество представителей целевой группы, подготовленных к созданию самостоятельных организаций	630	1532
Количество учебных материалов, распространенных среди уязвимых групп (ПИН, КСР, ЛЖВС)	233 000	373 091
Количество распространенных информационных материалов	16 000	15 862
Количество людей, принявших участие в информационных семинарах	680	712

проводимых с соблюдением принципов эпиднадзора второго поколения в уязвимых группах (ПИН и КСР), наиболее выраженными факторами риска в поведении ПИН, связанном с употреблением наркотиков, являются наполнение шприца раствором из общей емкости и использование общей посуды для приготовления наркотика¹³⁵, а также использование общих контейнеров, ваты и фильтров. При этом среди клиентов профилактических проектов распространенность рискованных моделей поведения достоверно ниже, чем среди представителей уязвимых групп, которые не являются клиентами данных проектов⁵⁴. По данным дозорных исследований распространенности ВИЧ-инфекции и факторов риска среди ПИН, проведенных в 2007–2008 гг. на базе проектов ВССВ в Екатеринбурге и Орле, клиенты программ лучше осведомлены о местах получения чистых игл и шприцев, чаще тестировались на ВИЧ, особенно в СПИД-центре, лучше информированы об АРВТ, чем представители уязвимых групп, не охваченные услугами профилактических программ. Следует отметить, однако, что по данным исследований, значительные изменения рискованного инъекционного поведения у ПИН наблюдаются только в условиях максимально высокого уровня распространения ВИЧ-инфекции (Иркутск)¹³⁶.

Более наглядным показателем эффективности проектов профилактики среди ПИН могла бы быть динамика заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди ПИН или снижение доли парентерального пути передачи ВИЧ-инфекции в городах реализации проектов, что в настоящее время невозможно в связи с незначительными масштабами реализации таких проектов.

Для выяснения влияния на эпидситуацию в июне 2009 г. был проведен опрос для оценки эпидситуации в целевой группе ПИН и среди населения в трех городах, где реализуются проекты ВССВ – Элисте, Шелехове и Воронеже. По данным опроса, в Элисте доля выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди ПИН от общего числа новых случаев сократилась с 11,1 до 9,8% за период с 2006 по 2008 гг. В Шелехове (Иркутская обл.) количество случаев ВИЧ-инфекции, приходящихся на долю ПИН, снизилось с 25,9% в 2006 г. до 13,5% в 2008 г. (от общего числа впервые выявленных случаев за год). В Воронеже доля случаев ВИЧ-инфекции, передающихся парентеральным путем, за последние 3 года также снизилась с 26,5% в 2006 г. до 12,3% в 2008 г.

Однако на улучшение эпидситуации в этих городах повлияли, очевидно, не только проекты снижения вреда, но и весь комплекс профилактической работы, проводимой как государ-

¹³⁵ См., например: Одиноква В.А. «Интегрированное биоповеденческое исследование распространенности ВИЧ и факторов риска инфицирования среди ПИН в Иркутске, Челябинске, Воронеже и Набережных Челнах», РОО «Стеллит» (презентация на совещании «Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией в группах высокого риска», Москва, 29 июня 2009 г.).

¹³⁶ Там же.

ственными, так и негосударственными организациями. Точно так же в тех регионах, где проекты снижения вреда реализуются, но снижения заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди ПИН не происходит, негативный результат нельзя объяснить исключительно неэффективностью проекта снижения вреда.

Понятно желание государственных структур, ответственных за финансирование профилактических программ, видеть четкие и ясные доказательства эффективности программ снижения вреда в снижении заболеваемости среди ПИН и в обществе в целом. Однако на сегодня решение такой задачи исключительно силами некоммерческих организаций неосуществимо, так как для влияния на эпидемиологический процесс необходимо проведение гораздо более масштабной работы с целевой группой, достижение значимого охвата. На сегодня же ВССВ за 2,5 года работы по проекту охватил услугами профилактики в среднем около 35% ПИН в 33-х городах (по данным информационной статистической системы «Светлана»), что недостаточно для достижения устойчивых результатов в предотвращении дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции и снижении заболеваемости в целом.

Следует отметить, что последний нормативный документ в поддержку проектов снижения вреда среди ПИН датирован 25.04.2005 г. (постановление главного государственного санитарного врача РФ № 16), а финансирование этой деятельности в рамках Приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2009 г. полностью прекращено. С учетом прекращения финансирования по грантам Глобального фонда, без поддержки программ снижения вреда со стороны государства добиться необходимого охвата уязвимой группы профилактическими мероприятиями и устойчивых результатов не представляется возможным.

Перспективы развития программ снижения вреда в России и роль некоммерческого партнерства ВССВ летом 2009 г. обсуждались на координационных встречах с партнерами НП ВССВ. В результате проведенных консультаций определены следующие основные направления стратегического развития Всероссийской сети снижения вреда на период до 2012 года:

- разработка стратегий развития проектов и программ и их интеграции в общую систему профилактики ВИЧ-инфекции и других социально значимых заболеваний;
- совершенствование организационной структуры, развитие новых перспективных направлений деятельности;
- определение ресурсов (экспертных и др.), необходимых для успешного развития проектов снижения вреда.

Активисты НП ВССВ, Совет и исполнительная дирекция ВССВ, всесторонне обсудив ситуацию, сформулировали стратегию на 2009–2012 гг.

следующим образом: сосредоточить усилия по работе с государством в партнерстве со всеми заинтересованными лицами и организациями для принятия и практического использования системы комплексной помощи потребителям ПАВ, включающей принципы снижения вреда.

Стратегические цели ВССВ:

- Обеспечить признание и поддержку принципов снижения вреда, закрепленных в позиционных документах сетей ВОО ЛЖВ, НП ВССВ и НФ НКО в 2008 г., со стороны сообществ ЛЖВ, ПИН, ученых, правозащитников и других заинтересованных групп.

- ВССВ должна стать организацией, способной оказать своевременную и эффективную помощь инициативам, направленным на повышение доступности, расширение спектра и улучшение качества услуг для потребителей психоактивных веществ. Организация будет активно привлекать и рационально использовать различные виды ресурсов из различных источников, стимулировать активность членов сети и привлекать новых.

- НП ВССВ ставит перед собой задачу на основе диалога с государственными структурами, депутатским корпусом, научным сообществом на фактах доказательной медицины добиться политической поддержки и финансирования программ профилактики среди ПИН, основанных на применении подхода снижения вреда.

УЧАСТИЕ ЧАСТНОГО СЕКТОРА В РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ/СПИДА И ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКАМИ

Т.Б. Гречаная

*Глобальная бизнес-коалиция против
ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии (GBC)¹³⁷*

Решение таких сложных проблем, как профилактика ВИЧ-инфекции и злоупотребления наркотиками, невозможно без участия всех секторов общества. Со стороны частного сектора большую роль в эффективном противодействии этим проблемам играют работодатели, которые могут организовать на своих предприятиях комплексные программы профилактики и за счет этого обеспечить широкий охват профилактическими программами взрослого работающего населения — как работающей молодежи, так и работающих родителей, то есть важнейших целевых групп для проведения профилактической работы.

¹³⁷ Т.Б. Гречаная, к.м.н., директор отдела корпоративных программ и консалтинга в России и Украине, Глобальная бизнес-коалиция против ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии (GBC).

Учитывая ограниченность государственного финансирования в сфере профилактики, вклад компаний является незаменимым, а сотрудничество взаимовыгодным, поскольку сохранение здоровья персонала является залогом устойчивого развития бизнеса.

Данные о распространенности наркопотребления в российских компаниях публикуются редко. Однако об остроте проблемы можно судить по результатам контроля трезвости работников угледобывающих предприятий Кузбасса¹³⁸, в рамках которого было обследовано 30 тыс. шахтеров на содержание алкоголя, опиатов и каннабиса перед рабочей сменой и после нее. Всего было выявлено 1524 человека (5% от числа обследованных) с содержанием этих веществ, из них 39,5% — алкоголь, 44,2% — каннабис, 16,3% — опиаты.

Анализ данных о ВИЧ/СПИДе также свидетельствует, что основная часть новых случаев ВИЧ-инфекции регистрируется среди населения трудоспособного возраста, в том числе среди работающих людей. Так, например, в Оренбургской области в 2008 г. почти половина новых случаев ВИЧ-инфекции (47,8%) приходилась на долю рабочих и служащих¹³⁹.

По данным доклада¹⁴⁰ «Влияние ВИЧ/СПИДа, употребления алкоголя и наркотиков на конкурентоспособность компаний в России», употребление наркотиков и распространение ВИЧ/СПИДа являются актуальными проблемами для российского частного сектора. В ходе подготовки этого доклада среди 100 российских компаний проводился опрос с целью определения наиболее значимых проблем, влияющих на здоровье сотрудников и конкурентоспособность бизнеса. Около половины респондентов отметили, что потребление наркотиков оказывает влияние на конкурентоспособность компаний, при этом 28,8% отметили падение трудовой дисциплины, более четверти (26,1%) — сокращение трудовых ресурсов и текучесть кадров, поскольку компании вынуждены увольнять сотрудников, употребляющих наркотики, в связи с созданием угрозы безопасности производства (24,8%).

Влияние эпидемии ВИЧ/СПИДа на конкурентоспособность компаний отметили лишь 22% респондентов, однако с учетом существующих тенденций развития эпидситуации это влияние может быть очень существенным уже в ближайшем будущем. Важно, чтобы компании, работающие в России, осознавали необходимость активных действий и были готовы принять своевременные и адекватные меры для профилактики дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции. Профилактика наркопотреб-

ления и ВИЧ-инфекции является более эффективной и менее затратной мерой, чем борьба с их последствиями, которые могут стать очевидными через 5–10 лет и для нивелирования которых потребуются огромные ресурсы.

Следует отметить, что на первое место среди мер, способствующих снижению негативного влияния распространения ВИЧ/СПИДа и наркопотребления на конкурентоспособность компаний, большинство представителей частного сектора поставили поддержку работы компаний в сфере профилактики со стороны органов власти (55% респондентов); разработку и проведение программ профилактики для сотрудников компании (53% респондентов), изучение и внедрение международного опыта (50,3%), создание эффективной службы лечения в регионах как необходимое условие эффективности профилактических программ, включая корпоративные программы. (45,7%), и активное участие руководителей компаний в реализации инициатив в сфере профилактики (44,4% респондентов).

По данным исследования, программы профилактики наркопотребления реализуются лишь в 22% компаний, что абсолютно недостаточно для обеспечения эффективного результата. Как правило, в такие программы, реализуемые компаниями, включаются проведение информационных кампаний и раздача информационных материалов для сотрудников (37%), тестирование на наркотики (29%), консультирование для сотрудников с направлением на лечение в случае необходимости (22%), участие в конференциях и круглых столах (22%), проведение обучающих семинаров и тренингов (16%). Необходимо распространение опыта компаний в сфере противодействия потреблению наркотиков и оптимизация профилактических программ, проводимых компаниями с целью повышения их эффективности.

В сфере ВИЧ/СПИДа готовность компаний к активным действиям еще ниже; 76% компаний, принявших участие в опросе, не имеют корпоративной политики по противодействию ВИЧ/СПИДу и не собираются ее вводить. Эпидемия ВИЧ-инфекции не расценивается большинством компаний как фактор, влияющий на их конкурентоспособность. Лишь 9,2% опрошенных компаний имели корпоративную политику по ВИЧ/СПИДу и 8,5% компаний собирались ее вводить (всего 17,7%).

В соответствии с разработанными экспертами Международной организации труда (МОТ) рекомендациями по организации работы и управлению проблемами, связанными с употреб-

¹³⁸ Кокорина Н.П., Лопатин А.А., Селедцов А.М., Зорохович И.И. Распространенность употребления психоактивных веществ у работников горнодобывающих предприятий Кузбасса. (2006) *Вопросы наркологии*, 3, 49–52.

¹³⁹ «Влияние ВИЧ/СПИДа, злоупотребления алкоголем и наркотиками на конкурентоспособность компаний в Оренбургской области». ОСПП/ГВС. Оренбург, 2009, 6.

¹⁴⁰ Национальный доклад «Влияние ВИЧ/СПИДа, употребления алкоголя и наркотиков на конкурентоспособность компаний в России». Москва, декабрь 2007. Ассоциация менеджеров России, ТППС/ГВС.

лением алкоголем и наркотиками¹⁴¹, задачи в сфере профилактики должны решаться совместными усилиями государства, работодателей, работников и их представителей. Задачи компаний по профилактике злоупотребления психоактивными веществами включают:

1) информирование и обучение работников, управленческого персонала, представителей работников по проблемам, связанным с употреблением алкоголя и наркотиков, и правилам, установленным у работодателя;

2) направление на консультирование и лечение работников, имеющих проблемы, связанные с употреблением алкоголя и наркотиков;

3) установление мер поддержки для работников, проходящих лечение и реабилитацию.

Рекомендуется отражать эти задачи во внутренней политике компании, которая должна разрабатываться с соблюдением прав человека (включая запрет на дискриминацию, защиту права на частную жизнь и личную тайну и др.).

Основные подходы к решению проблемы ВИЧ/СПИДа в сфере труда представлены в «Своде практических правил МОТ по вопросу «ВИЧ/СПИД и сфера труда»¹⁴², включая базовые принципы построения позиции компании и практическое руководство по проведению программ как в рамках одной компании, так и на местном и национальном уровнях: 1) профилактику ВИЧ/СПИДа; 2) управление последствиями ВИЧ/СПИДа в сфере труда и ослабление их воздействия; 3) обеспечение ухода и помощи работникам, инфицированным ВИЧ или больным СПИДом; 4) борьбу со стигматизацией и дискриминацией в связи с действительным или приписываемым ВИЧ-статусом.

Национальные и международные компании, осуществляющие деятельность в России, могут противодействовать распространению ВИЧ/СПИДа по пяти направлениям:

- Внедрение на рабочих местах программ профилактики и добровольного консультирования и тестирования сотрудников, с целью сохранения их здоровья.

- Проявление руководителями компаний активной общественной позиции по вопросам, связанным с ВИЧ, а также объединение усилий с государственными органами и гражданским обществом.

- Использование профессиональной компетенции, сетевых структур компаний и производимой ими продукции для борьбы с этим заболеванием.

- Работа с широкими слоями населения с целью повышения информированности о ВИЧ/СПИДе и мерах профилактики.

- Установление партнерских отношений с официальными органами, неправительственными организациями и местными сообществами в целях противодействия распространению наркопотребления, ВИЧ/СПИДа и других заболеваний.

Мобилизацию международного бизнес-сообщества на противодействие ВИЧ/СПИДу проводит «Глобальная бизнес-коалиция против ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии» (ГВС)¹⁴³, объединяющая более 200 международных компаний во всем мире. В России ГВС оказывает содействие компаниям по следующим направлениям:

- **Техническое содействие.** Разработанная ГВС/ТППС программа обучения сотрудников «Здоровье на работе» содействует компаниям в повышении информированности персонала, сохранении здоровья работников и снижении экономических потерь, связанных с ВИЧ/СПИДом, злоупотреблением алкоголем и наркотиками, туберкулезом и другими заболеваниями, которые можно предупредить. С 2004 по 2008 г. 3950 руководителей, специалистов отделов персонала и обучения, медицинских работников и сотрудников многих компаний, работающих в РФ, приняли участие в более чем 200 тренингах, семинарах и мастер-классах.

- **Деятельность по адвокации и объединение усилий.** Ежегодно ГВС организует проведение международных и региональных встреч и других мероприятий с участием руководителей бизнеса, государственных лидеров и представителей организаций-доноров, с целью обмена передовым опытом и развития сотрудничества в сфере борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

- **Партнерство государственных структур и частного сектора.** ГВС содействует компаниям в развитии партнерства с национальными государственными структурами. Развивая отношения государственно-частного партнерства, компании получают возможность распространить действие своих внутренних программ на более широкие слои населения.

В последнее время число российских предприятий, осознающих необходимость мер противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции, неуклонно растет. Ниже приведены значимые мероприятия с участием лидеров бизнес-сообщества России в сфере противодействия ВИЧ/СПИДу, злоупотреблению алкоголем и наркотиками.

- Трансатлантический саммит представителей бизнеса и труда по вопросам СПИДа (Москва, март 2004 г.). Организован международной организацией «Трансатлантические партнеры

¹⁴¹ ILO Code of Practice: Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace, 1996. <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/cops/english/download/e970709.pdf>

¹⁴² «Свод практических правил МОТ по вопросу «ВИЧ/СПИД и сфера труда». Международное бюро труда (МОТ). Женева. 2005 (опубликовано: <http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/code/languages/russian2.pdf>).

¹⁴³ В 2009 г. состоялось слияние Трансатлантических партнеров против СПИДа (ТППС) и Глобальной бизнес-коалиции против ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии.

против СПИДа» (ТППС) в сотрудничестве с Российским союзом промышленников и предпринимателей (РСПП) и Украинской лигой промышленников и предпринимателей (УЛПП) с участием более 300 руководителей российских, украинских и международных компаний, профсоюзных лидеров и специалистов в области здравоохранения.

- Российский саммит лидеров бизнеса по вопросам СПИДа (Москва, 30 марта 2005 г.). Собрал более 60 участников, включая представителей российского правительства, лидеров российского бизнеса и глав российских компаний. Во время саммита ряд компаний объявили о намерениях расширять усилия в сфере профилактики ВИЧ/СПИДа среди своих сотрудников, включая проведение образовательных программ.

- Проект по профилактике ВИЧ/СПИДа на рабочих местах, реализованный Международной организацией труда (МОТ) в период 2004–2008 гг. с участием 12 российских организаций и предприятий различных отраслей экономики в Московской и Мурманской областях. Проект проводился в сотрудничестве с Минздравсоцразвития РФ, Координационным советом объединений работодателей России, Федерацией независимых профсоюзов России, Всероссийской конфедерацией труда, Конфедерацией труда России при финансовой поддержке Министерства труда США.

- Трехсторонняя декларация по вопросам ВИЧ/СПИДа в сфере труда подписана в декабре 2005г. Министерством здравоохранения и социального развития РФ, Координационным советом объединений работодателей России и Федерацией независимых профсоюзов России – членами российской Трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений. Декларация признает ВИЧ/СПИД потенциальной угрозой для работников, предприятий и национальной экономики и призывает объединить усилия в борьбе с распространением ВИЧ/СПИДа, а также сотрудничать в деле профилактики эпидемии на рабочих местах.

- В 2005 г. создана Ассоциация «Бизнес против СПИДа», объединившая компании и предприятия в борьбе с распространением ВИЧ-инфекции в РФ.

- В 2006 г. саммит «Бизнес против СПИДа», ставший уже традиционной ежегодной встречей лидеров бизнеса, был организован совместно с общероссийской общественной организацией «Деловая Россия». В саммите приняли участие более 100 руководителей российских и международных компаний, государственных деятелей и представителей НКО.

- 21 апреля 2006 г. состоялось заседание президиума Госсовета РФ по теме «О неотложных мерах по борьбе с распространением ВИЧ-инфекции в Российской Федерации», на котором Владимир Путин особо подчеркнул, что «нужно

активнее привлекать к просветительской работе и представителей бизнеса, политические партии, структуры гражданского общества».

- В 2008 г. Ассоциация «Бизнес против СПИДа» расширила свою повестку и получила новое название «Бизнес за здоровое общество». Цели работы Ассоциации – развитие открытого и конструктивного диалога между работодателями, деловыми объединениями, представителями органов власти, экспертами и НКО, вовлечение российского делового сообщества в реализацию программ по укреплению здоровья населения. В Ассоциацию входят 29 российских и международных компаний, осуществляющих проекты по противодействию социально значимым заболеваниям.

- В 2009 г. профилактические программы на пяти градообразующих предприятиях в пяти регионах России впервые реализуются в рамках Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения (компонент «Комплекс мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С на рабочих местах», при поддержке фонда «Российское здравоохранение»).

В качестве иллюстрации возможностей бизнеса в реализации проектов профилактики приведем пример межсекторного партнерства в Оренбургской обл. (2006–2009 гг.) с участием правительства Оренбургской области, администрации Оренбурга, Оренбургского властного союза промышленников и предпринимателей (ОСПП), неправительственной организации ТППС/GBC, ОАО «Оренбургнефть», Агентства США по международному развитию, USAID). Основными задачами данного партнерства являлись:

- вовлечение бизнес-сообщества на региональном уровне в противодействие распространению эпидемии ВИЧ/СПИДа, злоупотреблению алкоголем и наркотиками;

- включение тематики в региональные мероприятия (конференции, слеты работающей молодежи, круглые столы), собирающие представителей предприятий области;

- внедрение профилактических образовательных программ на отдельных предприятиях для создания примеров локального опыта и формирования круга подготовленных представителей частного сектора и специалистов-экспертов;

- создание рабочей группы для обобщения успешного опыта и формирования методологической базы для включения профилактической практики в деятельность предприятий области;

- широкое распространение профилактических программ на предприятиях области.

В рамках проекта были проведены:

- исследования для определения актуальности проблем здравоохранения для компаний, работающих в регионе, их готовности к партнерству с другими секторами;

- серия межсекторных встреч, конференций и круглых столов;
- обучающий курс для представителей органов власти и государственных организаций по эффективным стратегиям разработки и реализации региональных программ противодействия распространению ВИЧ-инфекции, включающим межсекторное партнерство.

Основываясь на потребностях региона, проведена серия тренингов программы «Здоровье на работе» по профилактике ВИЧ/СПИДа и профилактике злоупотребления алкоголем и наркотиками, включая тренинг для тренеров. Обучение прошли более 300 менеджеров, специалистов отделов кадров, охраны труда и здоровья предприятий области, а также медицинских учреждений и администрации (включая программы профилактики злоупотребления алкоголем, наркопотребления и ВИЧ/СПИДа для сотрудников компаний и членов их семей, проведенные совместно с ОАО «Оренбургнефть» в городах Бузулук и Сорочинск). Также были проведены мастер-классы для специалистов охраны труда и активистов работающей молодежи.

Лидирующая роль бизнес-сообщества проявилась в организации мероприятий, мобилизации ресурсов частного сектора, а также в объединении экспертов компаний в рабочую группу, которая совместно со специалистами областных министерств, медицинских учреждений и НКО проводит разработку методических рекомендаций, обобщающих международный и региональный опыт, для последующего внедрения их в практику компаний области.

В частности, в Оренбургской обл. с участием частного сектора реализуется ряд проектов, основанных на принципе частно-государственных партнерств, в сфере противодействия ВИЧ/СПИДу и наркопотребления¹⁴⁴:

- проект «Центр профилактического сопровождения студентов Оренбургского государственного аграрного университета» направлен на профилактику наркомании, ВИЧ-инфекции и табакокурения за счет вовлечения в эту работу студентов по принципу «равный обучает равного»;
- региональная благотворительная антинаркотическая программа «Молодое поколение делает свой выбор» (2003–2008 гг.) направлена на борьбу с наркопотреблением и наркоманией, формирование ценностной ориентации молодежи на здоровый образ жизни;
- проект «Здоровый образ жизни работников ООО Оренбурггазпром на период 2003–2008 гг.», направленный на укрепление здоровья работников за счет устранения поведенческих факторов риска, профилактика заболеваемости, усиление мотивации к сохранению здоровья и формирование здорового образа жизни.

Приоритетные направления и рекомендации:

- Повышение значимости проблем профилактики ВИЧ/СПИДа, формирование активной позиции руководителей компании является необходимым условием активизации участия бизнеса в решении этих проблем. Необходимо обеспечить повышение информированности руководства и работников компаний по широкому кругу проблем, связанных с профилактикой ВИЧ-инфекции среди различных групп населения, включая уязвимые группы, в регионах деятельности компаний.

- Разработку корпоративной политики и проведение программ профилактики ВИЧ/СПИДа и злоупотребления наркотиками в компаниях следует проводить с учетом социальной и эпидемиологической ситуации в регионе деятельности, стратегических интересов развития компании (включая долгосрочные планы повышения качества найма рабочей силы), специфики потребностей целевых групп (включая работников, членов их семей и представителей местных сообществ).

ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

Проанализировав текущую ситуацию в сфере распространения ВИЧ/СПИДа и опыт реализации проектов профилактики ВИЧ-инфекции в РФ, можно сделать вывод: для сокращения распространения ВИЧ-инфекции необходима реализация комплексных мер, направленных на обеспечение максимального охвата наиболее уязвимых групп населения услугами профилактики, лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ-инфекцией. В свете представленных данных необходимо сосредоточить усилия по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп в следующих областях:

1. Признать приоритетной задачей профилактику и лечение ВИЧ-инфекции в наиболее уязвимых группах населения. В целях защиты интересов общественного здоровья и снижения темпов распространения эпидемии ВИЧ-инфекции в Российской Федерации, необходимо обеспечить первоочередное внимание расширению профилактических мероприятий и программ в группах населения, наиболее уязвимых к ВИЧ-инфекции, включая потребителей инъекционных наркотиков (ПИН); лиц, оказывающих сексуальные услуги за плату и др. Для обеспечения эффективного воздействия профилактических проектов на общую эпидситуацию уделить приоритетное внимание в сфере профилактики ВИЧ-инфекции на ключевых эпидемиологических группах, определяющих большинство случаев

¹⁴⁴ См. подробнее: Синицына О.А., Семенова Л.В., Вотягов СЕ. «Возможности использования модели частно-государственных партнерств в противодействии ВИЧ-инфекции и другим социально значимым заболеваниям в Оренбургской области». ТППС/ГВС, М., 2008.

заражения. Принимая во внимание высокий риск инфицирования ВИЧ и высокую распространенность инфекционных заболеваний среди ПИН, обеспечить комплексное решение проблемы оказания медицинской помощи наркозависимым, включая профилактику, консультирование, диагностику, реабилитацию и уход, а также согласованное медикаментозное лечение ВИЧ-инфекции и наркотической зависимости на всех этапах лечения и реабилитации лиц с зависимостью от ПАВ. Развивать службы низкопороговой медико-социальной помощи лицам, употребляющим наркотики, созависимым и другим уязвимым группам населения, в том числе в системе наркологической помощи с обеспечением соответствующего государственного финансирования.

Разработать и утвердить единую национальную стратегию профилактики в сфере ВИЧ/СПИДа, включая единые индикаторы оценки профилактической деятельности на региональном уровне, для обеспечения устойчивой и функциональной системы мер противодействия ВИЧ и наркомании.

Для профилактики злоупотребления ПАВ и распространения ВИЧ-инфекции среди молодежи и общих слоев населения обеспечить повсеместное внедрение эффективных программ универсальной профилактики, формирования здорового образа жизни, а также эффективных программ социальной реабилитации.

2. Включить соответствующие компоненты в программы всех уровней. С учетом дальнейшего повышения роли Приоритетного национального проекта «Здоровье» в сфере противодействия ВИЧ-инфекции, а также принимая во внимание предстоящее завершение в России проектов Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, продолжить в рамках Нацпроекта реализацию всестороннего комплекса мер, направленных на обеспечение доступной, максимально приближенной к пациенту помощи в связи с ВИЧ-инфекцией, включая профилактику, лечение, уход и поддержку для уязвимых групп. Для обеспечения широкого внедрения, охвата и устойчивой реализации программ профилактики ВИЧ-инфекции обеспечить приоритетное финансирование профилактических программ среди уязвимых групп населения в рамках Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, а также предусмотреть реализацию таких программ в качестве самостоятельного направления профилактики в действующей ФЦП «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями» (подпрограмма «ВИЧ-инфекция») и ФЦП «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту» с 2010 года.

3. Обеспечить комплексный подход к профилактике ВИЧ среди ПИН и других уязвимых групп с использованием успешного опыта и мето-

дик с доказанной эффективностью, включая подход на основе снижения вреда, релевантные стратегии и мероприятия комбинированной профилактики. Комплекс мер по борьбе с ВИЧ-инфекцией среди уязвимых групп должен включать всю совокупность мер по профилактике, лечению, уходу и поддержке с целью обеспечения максимального охвата услугами на самых ранних этапах инфицирования, расширение доступа для всех групп населения к комплексным мероприятиям, основанным на принципах доказательной медицины, с учетом международного и национального опыта и рекомендаций экспертов. В частности, необходимо расширять низкопороговые программы для обеспечения доступа к труднодоступным уязвимым группам населения, информирования, изменения поведения, оказания медицинской помощи и вовлечения в программы лечения.

4. Органам исполнительной и законодательной власти необходимо обеспечить разработку и совершенствование нормативно-правовой и методической базы в сфере профилактики ВИЧ-инфекции в уязвимых группах, с обеспечением соответствующего финансирования данных программ, учитывая, что отсутствие законодательного регулирования является одним из основных сдерживающих факторов.

В частности, необходимо:

- на федеральном уровне утвердить порядок согласования проектов снижения вреда органами исполнительной власти в области здравоохранения и органами по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ;

- обеспечить совершенствование законодательной и нормативной базы для интеграции медицинской и социально-психологической помощи ПИН и ПИН ЛЖВ в рамках государственной системы здравоохранения, включая развитие низкопороговых центров, лицензирование центров социально-трудовой реабилитации и разработку специальных стандартов и методик оценки эффективности их работы, подготовку соцработников и равных консультантов, а также их сертификацию на основе общероссийских утвержденных стандартов, включая трудоустройство.

5. Обеспечить межведомственное взаимодействие, привлечение ресурсов частного и негосударственного секторов к реализации программ профилактики ВИЧ-инфекции в уязвимых группах, для расширения и эффективной реализации профилактических программ для ПИН и других уязвимых групп.

В частности, необходимо:

- обеспечить интеграцию мер в сфере противодействия злоупотреблению наркотиками и наркологической помощи с лечебно-профилактическими программами по борьбе с ВИЧ-инфекцией для устранения функциональной «ра-

зорванности» в деятельности ЛПУ наркологического профиля и центров СПИД в контексте оказания помощи уязвимым группам;

- с целью привлечения ресурсов частного и негосударственного секторов использовать механизмы межсекторного сотрудничества и частно-государственного партнерства для решения проблем профилактики ВИЧ-инфекции среди ПИН и других групп, уязвимых к ВИЧ-инфекции; в частности, привлекать негосударственные организации и частный сектор к разработке, реализации и мониторингу программ подготовки кадров и профилактических программ среди уязвимых групп в рамках целевых национальных, региональных и местных программ противодействия ВИЧ-инфекции и наркомании;

- с учетом того, что повышение значимости проблем профилактики ВИЧ/СПИДа, формирование активной позиции руководителей компании является необходимым условием активизации участия бизнеса в решении этих проблем, привлекать лидеров бизнес-сообщества, руководителей и работников компаний к разработке и реализации мер профилактики ВИЧ-инфекции среди различных групп населения, включая уязвимые группы, в регионах деятельности компаний; специалистам государственного и негосударственного секторов оказывать политическую и экспертную поддержку компаниям в разработке корпоративной политики и проведении программ профилактики ВИЧ/СПИДа и злоупотребления наркотиками с учетом социальной и эпидемической ситуации, стратегических интересов развития компаний и специфики потребностей целевых групп (включая программы профилактики на рабочих местах и поддержку проектов развития местных сообществ в регионах деятельности компаний и предприятий).

6. Для обеспечения эффективной подготовки кадров, систематического повышения уровня знаний специалистов по вопросам оказания лечебно-профилактической помощи в области профилактики и лечения ВИЧ-инфекции орга-

низовать систему непрерывного обучения и формирования кадров, включая персонал ЛПУ наркологического профиля. Усовершенствовать стандарты и технологии обучения специалистов, оказания социальных услуг и социального сопровождения, обеспечения деятельности мультипрофессиональных бригад, включающих профессиональных медицинских и социальных работников, равных консультантов из числа представителей целевых групп.

С учетом приоритетности проблем борьбы с наркоманией и ВИЧ/СПИДом в РФ, необходимо принятие федерального стандарта подготовки государственных и муниципальных служащих по вопросам разработки соответствующих региональных целевых программ в сфере профилактики.

7. Обеспечить изучение и распространение положительного опыта, активное внедрение лучших моделей и практик комплексных проектов профилактики среди уязвимых групп в рамках целевых программ всех уровней. С этой целью, в частности, необходимо:

- обеспечить повышение информированности специалистов, лиц, принимающих решения, и общественности о роли и значимости подхода снижения вреда в профилактике ВИЧ-инфекции в уязвимых группах и обществе в целом;

- разработать и внедрить индикаторы для отслеживания тенденций эпидемиологического процесса в уязвимых группах и оценки влияния проводимых профилактических вмешательств и программ на эпидемиологический процесс;

- в целях обеспечения максимального охвата наиболее уязвимых групп населения услугами в сфере профилактики ВИЧ-инфекции и других социально значимых заболеваний в рамках Приоритетного национального проекта «Здоровье» шире привлекать к реализации мероприятий некоммерческие организации, работающие с уязвимыми группами и имеющие успешный опыт реализации программ в сфере противодействия ВИЧ/СПИДу.

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

В Екатеринбурге проходит семинар для НКО «Основы немедицинского сервиса»

Он проводится на базе Свердловского областного центра по профилактике и лечению ВИЧ Алтайской краевой общественной организацией «Позитивное развитие» (Барнаул). Как сообщили АСИ-Урал в центре, развитие немедицинского сервиса — одно из важнейших направлений системы помощи ВИЧ-инфицированным людям. К немедицинскому сервису относятся организация равного консультирования (ВИЧ-положительный человек, прошедший специальное обучение, консультирует ВИЧ-положительного, впервые обратившегося в медицинское учреждение); организация работы «Школы жизни с ВИЧ», «Школы пациента», «Школы для беременных», группы взаимопомощи. «ВИЧ — социальное заболевание. Оно затрагивает

все сферы человеческой жизни. Одна лишь медицинская помощь — даже на самом высоком уровне — не сможет решить всех проблем...», — говорит главный врач центра Анжелика Подымова. Семинар-тренинг — одна из составляющих работы в этом направлении. В его ходе участники обсуждают различные виды немедицинского сервиса, механизмы их возникновения и развития. Особое внимание будет уделено оценке потребностей ВИЧ-позитивных при организации немедицинской помощи. В семинаре-тренинге участвуют специалисты медицинских учреждений и представители четырех реабилитационных центров Свердловской области. Он проводится при поддержке фонда «Российское здравоохранение» в рамках программы «Развитие стратегии лечения населения РФ, уязвимого к ВИЧ/СПИДу».

АСИ



Арсений ПАВЛОВСКИЙ*

Лечиться или мучиться? Как справиться с побочным действием препаратов терапии гепатита С на психику

После начала лечения гепатита С многие сталкиваются с очень серьезными проблемами в своей жизни. Во время терапии рушатся семьи, кто-то теряет работу, кто-то — друзей, кто-то может попасть в милицию после скандала с продавщицей, редко, но бывает, что люди пытаются покончить с собой. Все это — последствия побочного воздействия противовирусной терапии на психику пациентов.

Те, кто начинает лечить гепатит С, обычно хорошо знают о массе возможных побочных эффектов от терапии: симптомах гриппозного типа, головных и мышечных болях, слабости, кожных высыпаниях, выпадении волос, воздействии на психику и т.д. Начиная терапию, я старался подготовиться к встрече с этими побочными явлениями, читал информационные материалы, расспрашивал людей, имевших опыт лечения вирусного гепатита С (ВГС). Я нашел много полезных рекомендаций по поводу того, как справляться с гриппоподобными симптомами, как избежать кожных высыпаний и заболеваний ротовой полости. Но вот полезных рекомендаций, касающихся психической сферы, я не нашел. Большинство рекомендаций звучали так: «избегайте стресса», «настройтесь на позитивный лад», но как это делать — было непонятно. Люди, которые уже лечились от гепатита, давали разные советы: кто-то говорил, что надо сразу начинать пить антидепрессанты, кто-то советовал ходить на йогу, медитировать, курить марихуану во время лечения, еще были люди, предлагавшие просто смириться и терпеть. По тем или иным причинам, эти советы были для меня малополезны.

Я в тайне надеялся, что меня такие побочные явления обойдут стороной. Для меня важно было оставаться в «здравом уме», так как я работаю психологом с детьми, столкнувшись с проблемами в адаптации (как индивидуально, так и в группах), и во время терапии гепатита я соби-

рался продолжать работать. Но надежды были напрасны. В начале лечения я отправился в отпуск, и эта поездка превратилась в сущий кошмар как для меня, так и для моих спутников. Фактически каждый день со мной случались неконтролируемые приступы гнева и паники, я мучил себя и своих близких. Больше всего пугало, что я абсолютно терял критичность в эти моменты. После возвращения из путешествия все эти явления никуда не исчезли. Поначалу такая ситуация ввергла меня в отчаяние, я совсем не понимал, что делать, где искать помощи. Я серьезно стал раздумывать над тем, чтобы прекратить лечение...

Но со временем отчаяние отступило, я обратился за помощью к психиатру, начал принимать лекарства. Это значительно ослабило побочные проявления терапии и позволило более критично отнестись к тому, что со мной происходит. Я заметил, что мое поведение часто напоминает поведение моих клиентов — детей и подростков с нарушениями психики. Этот факт дал мне возможность по-другому взглянуть на то, что со мной происходит, и открыл перспективы для поиска новых путей облегчения побочных явлений. То, что написано ниже, — является следствием этих поисков и размышлений. Возможно, кому-то из вас это позволит пройти курс лечения, избежав или значительно облегчив страдания, которые часто приносит терапия ВГС лечашимся и их близким.

Какое воздействие на психику может оказывать терапия ВГС

Когда говорят о психических побочных явлениях при противовирусной терапии (ПВТ), чаще всего упоминают депрессию. Но в действи-

* <http://socfaactor.wordpress.com/2009/12/13/%d0%b0%d1%80%d1%81%d0%b5%d0%bd%d0%b8%d0%b9-%d0%bf%d0%b0%d0%b2%d0%bb%d0%be%d0%b2%d1%81%d0%ba%d0%b8%d0%b9-%d0%bb%d0%b5%d1%87%d0%b8%d1%82%d1%8c%d1%81%d1%8f-%d0%b8%d0%bb%d0%b8-%d0%bc%d1%83%d1%87%d0%b8/>; 13.12.2009

тельности побочные явления могут различаться, как по степени выраженности, так и по особенностям проявления. У кого-то они напоминают тревожное расстройство, у других развивается депрессия, третьи взрываются по любым поводам, четвертые становятся невнимательными, неорганизованными. Практически все люди, проходящие противовирусное лечение, в той или иной степени испытывают побочное влияние препаратов на психику.

На первый взгляд, эти психические побочные явления сильно различаются. Но при ближайшем рассмотрении можно заметить, что всех их объединяет ряд общих черт, в частности, крайне низкая адаптивность и практически полное отсутствие самоконтроля в ситуациях эмоционального стресса.

Причиной возникающих проблем является влияние препаратов терапии на обмен веществ, отвечающих за регуляцию психической деятельности. Именно из-за этого нам становится сложно концентрироваться, планировать день, справляться с плохим настроением. Из-за нехватки этих веществ небольшое раздражение, возникшее после поездки в общественном транспорте, так и не проходит в течение дня, а иногда к вечеру приводит к эмоциональным взрывам, от которых страдаем не только мы, но и наши близкие. При нарушении обмена этих веществ мы теряем способность эффективно справляться со стрессовыми ситуациями.

Объяснения психиатра механизмов развития побочных эффектов

«Несмотря на то, что информация по гепатиту С вполне удовлетворительно освещена и в медицинских, и околomedicalных источниках, раз в неделю приходится встречаться хоть с одним человеком, который лечится от заболевания и испытывает психиатрические проблемы. И с удивлением обнаруживает, что «это от лекарств».

Гепатит С был открыт в 1989 г. и сначала получил название «ни А ни В». Без хохмы — так и

назывался до того, как приобрел собственную букву. В настоящее время около 3% населения Земли обнаруживают эту инфекцию. Как следует из названия заболевания поражается преимущественно печень, однако также были обнаружены фрагменты вирусных частиц в ткани самого мозга. Раз они там есть, то значит они там что-то делают, и считается, что эффект этой деятельности — некоторое когнитивное снижение (нарушение познавательных функций мозга). Однако эта проблема не достигает таких степеней, чтобы было необходимо вмешательство психиатров.

Другой вопрос — лечение. В настоящее время терапию заболевания проводят комбинацией альфа-интерферона и рибовирин, двух препаратов, направленных на удаление вируса из организма. Вообще интерфероны — это группа веществ, которые вырабатываются самим организмом для борьбы с вирусной инфекцией. При помощи них активируется и подавляется ряд химических веществ, что приводит к развитию изменений в клетках организма, в результате чего, они становятся невосприимчивы к вирусам. Чудесное качество, чудесные вещества. Но нет «добра без худа». Те же самые вещества, которые дают сигнал клеткам защищаться, нарушают синтез серотонина. А серотонин, по современным воззрениям, ключевое вещество в развитии депрессии: его становится меньше, связь между клетками ухудшается, мозг начинает «скупать».

Согласно многочисленным исследованиям, депрессия достаточно распространенное явление на фоне противовирусной терапии. Данные о распространенности этого расстройства достаточно противоречивы. Разные источники дают разброс от 15 до 60%. Тяжесть депрессии может быть различной — от легкой грусти до серьезного депрессивного расстройства и суицидов. Чаще всего депрессия появляется в первые 4 месяца терапии, после этого срока риск развития такого осложнения не так высок.

Риск депрессии выше у тех, кто имел депрессивное расстройство ранее. Однако наличие такового в анамнезе не является противопоказанием для лечения гепатита С.

Досье

Арсений ПАВЛОВСКИЙ окончил факультет психологии и социальной работы Тверского государственного университета (специализация: клиническая психология) в 2003 году и Санкт-Петербургский институт Гештальта в 2007 году. В сфере социальной работы занят с 2000 года. Имеет опыт работы с потребителями наркотиков, бездомной молодежью и людьми, живущими с ВИЧ. В настоящее время работает детским психологом в Центре диагностики и консультирования «РОСТ» СЗАО г. Москвы и аутич-работником с потребителями инъекционных наркотиков. Также является техническим консультантом Всероссийской сети снижения вреда и регулярно проводит тренинги для специалистов, работающих с уязвимыми группами (врачей, психологов, социальных работников, равных консультантов) в различных регионах России.

Интересы в социальной сфере: профилактическая работа среди уязвимых групп населения, кейс-менеджмент, применение гештальт-подхода в социальной работе, снижение вреда от наркотиков, работа с сообществами.

Специализация в психологической практике: индивидуальная и групповая работа с детьми и подростками с нарушениями поведения, работа с детско-родительскими отношениями, индивидуальная работа с людьми с хроническими заболеваниями (ВИЧ, гепатит С).

Увлечения: сербский язык, Восточная Европа, видеоигры, танго.

Также скажу для тех, кто любит искать подтекст — тот факт, что лекарства вызывают депрессию, не является признаком того, что препараты не должны применяться. Гепатит С — заболевание с серьезными последствиями для жизни и здоровья, и если у кого-то есть показания для начала терапии, то она должна проводиться. Но о том, что депрессия может случиться необходимо знать, для того чтобы можно было принять необходимые меры. Если депрессия легкая, то больным показана психотерапия, легкие растительные успокаивающие. При средней степени депрессии показаны препараты, увеличивающие количество серотонина в головном мозгу (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина). Лечение интерфероном показано прекратить только при развитии тяжелой депрессии или психоза. Если же человек находится в группе риска, то возможно превентивное начало лечения антидепрессантами до начала противовирусной терапии».*

Исходя из вышесказанного, важно понимать, что любые формы неадаптивного поведения при лечении гепатита возникают тогда, когда предъявляемые человеку требования выше его способностей адекватно на них отвечать.

Что может усилить вероятность появления психических побочных явлений?

Многие люди, проходящие лечение гепатита, говорят, что психические побочные явления появляются неожиданно, внезапно, предсказать их невозможно. Я тоже сначала думал так, но со временем стал отмечать, что обострения происходят при определенных условиях и при похожих обстоятельствах.

Специалисты, работающие с нарушениями поведения, называют эти состояния и ситуации «дестабилизаторами». Чаще всего дестабилизирующими будут обстоятельства, требующие от человека значительных волевых усилий, длительной концентрации на монотонной, неинтересной деятельности. Из себя может вывести требование резко переключиться с одного вида деятельности на другой.

Дестабилизаторы — это состояния, которые резко уменьшают возможности совладания с трудной жизненной ситуацией, или обстоятельства, с которыми у нас нет возможности справиться.

Как правило, таких ситуаций или состояний немного, они всегда были для нас стрессовыми, но со временем мы нашли способы совладания с ними. ПВТ же делает нас гораздо более уязвимыми в этих ситуациях, и способы, с помощью которых раньше мы справлялись с этими ситуациями, перестают действовать.

* <http://gutta-honey.livejournal.com/tag/%D0%B8%D0%BD-%D1%84%D0%BE>, 31.01.2009.

Какие ситуации или состояния будут дестабилизаторами для вас — понять довольно легко еще до начала терапии. Исследуя свой жизненный опыт, вы можете найти ситуации, которые всегда были для вас труднопереносимыми.

Для того чтобы проиллюстрировать, что именно может быть дестабилизаторами, приведу список собственных наблюдений:

Во-первых, это дестабилизаторы, связанные с моим состоянием: голод, усталость, раздраженность, недомогание, мышечные боли, зуд.

Во-вторых, это дестабилизаторы, связанные с ситуацией: монотонность, длительное ожидание (например, многочасовое путешествие на автобусе, стояние в долгой очереди) или наоборот, резкая смена обстоятельств, необходимость быстро переключиться с одного на другое.

В-третьих, это социальные ситуации: обман, невнимательность (например, со стороны продавцов), ситуации, в которых надо отстаивать свои интересы, спор с близкими и пр.

В-четвертых, это особенности окружающей среды и климата: в моем опыте есть только один пример такого дестабилизатора — жара.

Как правило, взрывы происходят тогда, когда встречаются несколько дестабилизаторов. Например, если человек, голодный и усталый, после рабочего дня стоит в длинной очереди в душном Макдоналдсе, а при этом кто-то пытается пролезть перед ним без очереди.

И вот он — взрыв!

Зная список того, что может спровоцировать психические побочные явления, можно предположить, что может уменьшить вероятность их проявлений. Важно, по возможности, избегать дестабилизирующих факторов. Например, снизить рабочую нагрузку, регулярно питаться, избегать ожидания в душных помещениях и прочее.

Но в реальной жизни практически невозможно учесть все обстоятельства и предугадать любые ситуации. В тех случаях, когда нам все-таки приходится сталкиваться с дестабилизаторами, могут прийти на помощь специальные навыки, умения или условия окружения, которые смогут удержать нас от взрыва. Такие факторы называются «стабилизаторами».

Стабилизаторы поведения

Следуя логике, если есть дестабилизаторы поведения — значит, должны быть и факторы, которые могут поведение стабилизировать. И к счастью, это действительно так. В нашем распоряжении есть довольно много инструментов, способствующих развитию стабилизирующих факторов.

Первое, что приходит в голову в нашей ситуации — это таблетки.

Назначенная психиатром фармакотерапия психических побочных явлений может значительно сократить интенсивность этих явлений.

Важно, чтобы таблетки назначал врач, который знаком с проблемами лечения гепатита или способен быстро найти необходимую информацию. С психиатром следует время от времени консультироваться в ходе лечения. При некоторых симптомах человеку сложно бывает самостоятельно оценивать свое состояние. Следует помнить, что препараты, которые может назначить психиатр, тоже обладают побочными эффектами.

Я прибегал к помощи психиатра в ходе лечения. Таблетки действительно значительно уменьшили вспыльчивость и раздраженность, стало гораздо легче. Но... Прибавились рассеянность, утомляемость, забывчивость. Все это создало дополнительные трудности в жизни.

Помимо помощи психиатра, уменьшению вероятности проявления побочных явлений в психической сфере способствует поддержание удовлетворительной физической формы. Слабость, мышечные боли, отсутствие аппетита — все эти симптомы могут вызывать раздражение и депрессию, а следовательно, могут являться дестабилизирующими факторами. По всем вопросам, связанным с побочными проявлениями, консультируйтесь с лечащим врачом. (Также о том, как уменьшить физические побочные эффекты, можно прочитать на сайте www.hcv.ru в следующих разделах: «Как справляться с побочными явлениями: вода, воспаления рта, выпадение волос, гемолитическая анемия, гигиена рта, головные боли, диарея, изменение вкуса, кожная реакция в местах инъекций лекарств, кожные раздражения».)

Степень выраженности побочных эффектов зависит от образа жизни: регулярного сна, режима питания, регулярной физической активности. Но, к сожалению, многие из нас до терапии ведут достаточно неорганизованный образ жизни. Поэтому, когда в начале лечения многие пробуют резко изменить жизнь и терпят неудачу, они быстро бросают эту затею.

Плохое самочувствие может являться причиной накапливающегося в течение дня раздражения. Если к тому же на это накладываются какие-нибудь непредвиденные обстоятельства, в итоге с большой вероятностью последует взрыв!

Помимо этого, неопределенность в жизни, встреча с неожиданными обстоятельствами, накладки, необходимость быть одновременно в нескольких местах, постоянные опоздания на важные встречи могут быть дестабилизирующими факторами. И наоборот, если человек хорошо представляет ближайшее будущее и заранее готовится к новому дню/неделе/месяцу, планирует встречи, ему будет проще сохранить эмоциональную стабильность. Для того, чтобы организовать свою жизнь с учетом ПВТ, человеку необходимы навыки самоорганизации и планирования.

На сегодняшний день существует достаточно много специалистов, которые могут помочь, все они называются очень по-разному: психоло-

ги, психотерапевты, консультанты по тайм-менеджменту, лайф-коучеры. Проводится много тренингов по организации и планированию жизни, тайм-менеджменту и проч. Как правило, к услугам этих специалистов прибегают бизнесмены и люди, ведущие активный образ жизни. Но консультации специалистов и тренинги могут также помочь организовать свою жизнь перед терапией гепатита С. Однако, к сожалению, большинство из этих услуг — платные. Если помощь специалистов для вас недоступна, можно попробовать самостоятельно переорганизовать свою жизнь. Подручных средств сейчас достаточно много: книги, ежедневники, специальные компьютерные программы и т.д.

Для избежания сложностей на работе перед началом терапии можно обсудить ситуацию лечения со своим руководством и коллегами. Обсудить возможность в начале лечения взять отпуск или больничный, снизить нагрузку, периодически брать отгулы в случае возникновения особых обстоятельств или временную передачу коллегам своих обязательств.

И все же, как бы мы ни старались все предусмотреть, нам приходится сталкиваться с неожиданными обстоятельствами.

В таких ситуациях существуют три варианта поведения:

1. Подчиниться ситуации или чужой воле. Но на терапии бывает очень сложно переключаться, перестроиться, справиться с возникшим в результате раздражением.

Итог — взрыв!

2. Несмотря на обстоятельства пытаться действовать, исходя из своих потребностей. Но при этом необходимо «идти против течения» в одиночку.

Итог — взрыв!

3. Поиск компромиссного решения с учетом собственных планов и обстоятельств. Такое решение должно быть: приемлемым для ситуации и всех ее участников, реалистичным и выполнимым для человека или (если участвуют несколько человек) для всех сторон.

При третьем варианте вероятность взрыва намного меньше, чем в двух предыдущих, но он требует от всех сторон, участвующих в ситуации, значительных усилий и навыков принятия решений.

Навыки принятия решения — это все те навыки и умения, которые позволяют людям понимать состояние и потребности друг друга и договариваться о компромиссном решении. Для того чтобы найти компромисс, нужно уметь осознавать, контролировать и конструктивно выражать свои эмоции, определять и формулировать потребности и обладать способностями донести это до окружающих (т.е. обладать коммуникативными навыками). Вспоминая свое лечение могу сказать, что для меня было великим достижением, когда вместо того, чтобы швырнуть телефон об асфальт, я смог сказать,

что мне очень хочется сейчас разбить этот телефон.

Только теперь я понимаю, насколько сильно продвинулись мои клиенты, когда вместо привычного махания кулаками, они ругаются матом на того, кто их случайно обидел.

Развить все эти умения могут помочь как индивидуальные, так и групповые занятия с психологами, психотерапевтами, социальными работниками. В настоящее время сложно найти специализированные тренинговые программы для людей, проходящих лечение гепатита С. Но специфических тренингов коммуникативных навыков и навыков принятия решений, стресс-менеджмента, управления гневом и проч. — великое множество. Все они могут быть полезны и вам.

Поддержка социального окружения

Развитие навыков принятия решения потребует не только вам, но и вашей семье и близким. Реакции и поведение близких могут быть как дестабилизаторами, так и наоборот, стабилизаторами, они могут помочь преодолеть сложную ситуацию. Дестабилизирующими могут быть реакции, основанные на предположении о том, что своим поведением мы пытаемся чего-то добиться от близких. Исходя из этого, логичным является противостояние, манипуляции, игнорирование просьб или требований, какие-либо воспитательные воздействия (наказания, запугивания и проч.) Все эти действия могут только спровоцировать срывы и ухудшить ситуацию. Так начинается движение по замкнутому кругу, результатами которого являются отчаяние, одиночество, бессилие, в крайних случаях развал семейных отношений. Из-за угрозы распада семьи кто-то решает прекратить терапию. Но хочется еще раз сказать — выход есть! Непростой, тернистый, но есть.

Близкие люди могут существенно помочь лечащемуся, если:

- понимают природу побочных явлений,
- осознают, что человек реагирует таким образом, потому что не может справиться с некоторыми ситуациями,
- обладают навыками совместного принятия решений,
- сами имеют возможность обратиться куда-либо за поддержкой, осознают необходимость заботиться о себе.

Помочь близким подготовиться к лечению гепатита может семейное консультирование перед началом и во время терапии, в ходе которого можно будет подготовиться к прохождению лечения, договориться о том, как поступать в сложных ситуациях. Застарелые семейные конфликты, недопонимание в быту могут сильно обостриться во время лечения. Семейное консультирование/психотерапия поможет избежать таких ситуаций.

Членам семьи и близким могут также существенно помочь группы взаимопомощи. Так как группы взаимопомощи для близких и родственников людей, лечащихся от гепатита С, на сегодняшний день являются экзотикой, полезным может быть виртуальное общение (например, на форуме сайта hcv.ru).

Но и для самого лечащегося взаимопомощь является очень важным социальным ресурсом. Бывает ценно поговорить с теми, кто находится в похожей ситуации. Действующие группы взаимопомощи для людей, проходящих лечение гепатита С, сейчас также большая редкость, но есть группы для людей с другими хроническими заболеваниями. Можно посещать их, если вы нуждаетесь в поддержке. В моем окружении оказались люди, проходящие сложное лечение других заболеваний с тяжелыми побочными явлениями (в частности, эпилепсии и рака). Общение с ними меня здорово поддержало. Также огромным ресурсом является Интернет. Форумы (тот же форум на hcv.ru), специализированные сайты, блоги, социальные сети — все это может быть очень мощным поддерживающим ресурсом. В первые недели терапии меня очень поддержали ролики на youtube.com, которые выкладывали другие люди, проходящие лечение. Например: как делать укол, дневник терапии, дневник русской девушки на английском.

Социальную поддержку могут также оказать группы, клубы, общества по интересам, рабочие коллективы, религиозные сообщества, профессиональные сообщества, спортивные секции, членами которых вы являетесь. Я работаю психологом и поэтому регулярно посещаю супервизорские группы и обучающие семинары. Главной целью этих групп и семинаров является профессиональный рост и поддержка, но во время лечения эти группы придавали мне сил и для того, чтобы справиться с моей ситуацией.

Таким образом, перед началом лечения важно подумать о том, кто и как в вашем социальном окружении может вас поддержать.

Заключение

Итак, чтобы минимизировать психические побочные явления необходимо:

- оптимизировать режим дня, питания и лечения;
- регулярно консультироваться с психиатром и, по необходимости, прибегнуть к медикаментозному лечению;
- развить навыки контроля эмоций и навыки принятия решения;
- совместно с близкими готовиться к лечению и искать пути выхода в сложных ситуациях;
- обеспечить себе систему социальной поддержки.

Конечно, в некоторых странах, обратившись в лечебное учреждение, вы сможете получить

всю необходимую помощь в одном месте в соответствии с вашими потребностями. Систему поддержки и план мероприятий будет составлять для вас социальный работник, и при необходимости он направит вас на группы взаимопомощи, тренинги по развитию социальных компетентностей или к семейному консультанту.

К сожалению, для большинства из нас такая ситуация – фантастика. Нам приходится быть социальными работниками для самих себя. И если подготовиться заранее, то организовать для себя такую систему помощи можно самостоятельно.

И последнее: хоть лечение и тяжелое, хоть и долгое, но временное. Оно закончится, и все «побочки» пройдут. А те навыки, которые вы можете приобрести, переживая лечение, останутся с вами навсегда и будут помогать вам и в дальнейшей жизни.

И всем, кто лечится, – удачи и вечного мина!

P.S. Если у Вас возникают вопросы, идеи или комментарии, я буду рад получить обратный отклик по адресу socfaqtorg@gmail.com

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

Правительство РФ предоставило Российскому Красному Кресту субсидию из федерального бюджета на борьбу с ВИЧ-инфекцией среди уязвимых групп

В соответствии с постановлением Правительства РФ №1079 «Об утверждении Правил предоставления субсидии из федерального бюджета Общероссийской общественной организации «Российский Красный Крест» на осуществление мероприятий, направленных на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции», Общероссийской общественной организации Российский Красный Крест (РКК) предоставлена субсидия из федерального бюджета на осуществление мероприятий по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции среди наиболее уязвимых групп населения и формированию ответственного отношения к лечению у ВИЧ-инфицированных.

26 января 2010 года в подмосковном санатории «Дружба» состоялось заседание Президиума Российского Красного Креста (РКК), на котором обсуждались вопросы реализации постановления Правительства.

Субсидия в размере 247,8 млн рублей предоставляется РКК для «возмещения затрат, связанных с осуществлением школами пациентов, являющимися структурными подразделениями отделений Общероссийской общественной организации «Российский Красный Крест», мероприятий, направленных на борьбу с ВИЧ-инфекцией в субъектах Российской Федерации». Предполагается «проведение комплекса мероприятий по вторичной профилактике ВИЧ-инфекции», включая «медико-социальное сопровождение людей, живущих с ВИЧ, и их родственников, в целях формирования приверженности лечению, а также профилактическое сопровождение представителей уязвимых групп в целях коррекции их рискованного поведения».

Опубликованный Минздравсоцразвития проект приказа от 3 декабря 2009 г. о мерах по реализации правительственного постановления предусматривает, что такие мероприятия включают: оплату консультационных, образовательных и информационных услуг; аренду помещений, транспорта и оборудования; приобретение инвентаря и оснащения, расходных материалов, печатной продукции, информационных и методических материалов и т.д.; оплату издательских и типографских услуг, рекламы в целях популяризации работы; оплату аудиторских и юридических услуг; обучение пациентов, организацию и проведение семинаров, тренингов, лекций; оплату лицензий и работ с программным обеспечением, оплату разработки и поддержания Интернет-сайтов; оплату услуг по содержанию имущества, в том числе расходов на коммунальные услуги; оплату услуг связи; почтовых и курьерских услуг.

Субсидия предоставляется в пределах «бюджетных ассигнований и лимитов бюджетных обязательств, утвержденных в установленном порядке Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор)» в соответствии с договором, заключенным РКК и Роспотребнадзором и согласованным с Министерством здравоохранения и социального развития РФ (Минздравсоцразвития). Отчетность об использовании субсидии должна быть представлена в Роспотребнадзор не позднее 1 октября 2010 года. Контроль за целевым использованием субсидии осуществляется Роспотребнадзором и Федеральной службой финансово-бюджетного надзора (Росфиннадзором).

<http://www.HIVpolicy.ru/>

Создан прецедент: суд признал незаконным отказ в оформлении опеки по причине ВИЧ-положительного статуса

Впервые в России суд признал право ВИЧ-положительного лица на опеку над ребенком. Этой победы 29-летней жительнице Казани Светлане Изымбаевой пришлось добиваться 9 месяцев. Чтобы после смерти матери оформить опеку над своим родным 11-летним братом, ей пришлось пройти через отказы глав администраций в Чувашии и несколько судебных заседаний в Татарстане и доказать, что наличие ВИЧ-инфекции не является основанием для отказа в опеку.

11 января 2010 года Верховный суд Татарстана, рассмотрев кассационную жалобу Светланы Изамбаевой, отменил решение Авиастроительного районного суда Казани о признании законным отказа в оформлении опеки над ее младшим братом. Дело отправлено на повторное рассмотрение.

25 января Авиастроительный районный суд Казани признал незаконным отказ администрации Калининского района Чебоксар Светлане Изамбаевой в оформлении опеки над 11-летним братом по причине ее ВИЧ-положительного статуса. Суд обязал чиновников в течение 15 дней после получения решения оформить опеку в пользу Светланы.

У 29-летней Светланы Изамбаевой двое собственных детей. Старшей дочери два года и девять месяцев, а младшему сыну – шесть месяцев.

<http://www.HIVpolicy.ru/>

ПРОЕКТ ПОТЕНЦИАЛ ЦЕНТРАЛЬНО-АЗИАТСКАЯ ПРОГРАММА ПО БОРЬБЕ СО СПИДОМ СРЕДИ УЯЗВИМОГО НАСЕЛЕНИЯ. ПОТЕНЦИАЛ ОРГАНИЗАЦИЙ, СОЗДАННЫХ ЛЮДЬМИ, ЖИВУЩИМИ С ВИЧ, В КАЗАХСТАНЕ, КЫРГЫЗСТАНЕ, ТАДЖИКИСТАНЕ И УЗБЕКИСТАНЕ

Отчет об исследовании подготовлен

Геннадием Рощупкиным

(координатор CSAT в Восточной Европе и Центральной Азии)

Июнь 2009 год

В Центральной Азии развивается одна из самых молодых и динамичных эпидемий ВИЧ-инфекции в мире. По оценке UNAIDS, к началу 2008 г. в Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане и Узбекистане насчитывалось более 40 тыс. случаев заражения ВИЧ. В основном ВИЧ передается при инъекциях наркотиков и сексуальных контактах без использования презервативов. Также в середине 2000 года в регионе были зарегистрированы вспышки внутрибольничного заражения ВИЧ среди детей.

Страны региона относятся к развивающимся, и международное сообщество оказывает им помощь в противодействии эпидемии. Благодаря этому, сегодня многие инфицированные ВИЧ взрослые и дети получили доступ к антиретровирусной терапии, а среди уязвимых сообществ проводятся программы профилактики, построенные на аутрич-работе. Но медицинская помощь все еще малодоступна для инфицированных ВИЧ потребителей наркотиков и их семей, и для ЛЖВ из сельских районов. Социальная и психологическая помощь слабо развита и оказывается лишь небольшому числу ЛЖВ.

В каждой из упомянутых стран люди, живущие с ВИЧ (ВИЧ-позитивные, их семьи и друзья), стараются принимать участие в оказании помощи себе и другим, кто оказался в схожей ситуации. Сегодня в этих странах работает более 25 общественных организаций, созданных ЛЖВ (НПО-ЛЖВ). Более 130 ЛЖВ работают как в НПО-ЛЖВ, так и в других неправительственных и правительственных организациях. С января 2008 г. по апрель 2009 г. до 3000 других ЛЖВ получили от них помощь и поддержку.

В феврале 2009 г. инициативная группа НПО-ЛЖВ объявила о создании Сети ЛЖВ Центральной Азии.

Для оценки потенциала НПО-ЛЖВ в апреле-мае 2009 г. по заказу проекта ПОТЕНЦИАЛ, финансируемого из средств USAID, было проведено исследование, результаты которого показали, что:

1. НПО-ЛЖВ обеспечивают социальную поддержку наиболее социально уязвимым ВИЧ-ин-

фицированным и их семьям. Они являются важным потенциальным партнером для правительств и международных организаций в работе по обеспечению универсального доступа к профилактике, лечению, помощи и поддержке в связи с ВИЧ-инфекцией.

2. НПО-ЛЖВ, как и сообщество ЛЖВ, еще молоды и только проходят процесс формирования. Практически все они сегодня являются лидер-ориентированными (*leader-driven*), поэтому поддержка лидеров из числа ЛЖВ является критически важной для обеспечения дальнейшего развития НПО-ЛЖВ, для сплочения сообщества ЛЖВ и повышения его потенциала.

3. НПО-ЛЖВ ведут свою деятельность на местном уровне. Но многие важные для ЛЖВ решения принимаются на уровне страны или региона. Для участия в принятии этих решений НПО-ЛЖВ необходимо создавать сетевые объединения на уровне стран и региона. Это требует прозрачного процесса согласования между НПО-ЛЖВ приоритетов их деятельности и демократического процесса делегирования представительских функций.

4. Сегодня основными партнерами НПО-ЛЖВ являются международные организации и местные государственные учреждения. НПО-ЛЖВ нужно развивать конструктивное партнерство с правительственными структурами, а также друг с другом и с НПО, созданными другими сообществами, затронутыми эпидемией ВИЧ-инфекции.

5. Ресурсы, которые сегодня используют НПО-ЛЖВ, предоставляются международными организациями. В связи с этим работа НПО-ЛЖВ неустойчива и в некоторых случаях не совпадает с приоритетными интересами ЛЖВ. Для устойчивой работы и более точного учета потребностей сообщества НПО-ЛЖВ необходимо использовать ресурсы, имеющиеся внутри самого сообщества, создавая условия для развития взаимопомощи между его членами. Также важно способствовать широкому и значимому вовлечению ЛЖВ в процессы принятия решений и реализацию программ на местном, национальном и региональном уровнях.

Сеть ЛЖВ¹ Центральной Азии (далее – Сеть)² создана в феврале 2009 г. Сеть планирует охватить четыре страны: Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан и Узбекистан. В дальнейшем Сеть может расширить охват стран региона. Стратегическими направлениями работы Сети являются следующие³:

- укрепление потенциала организаций и сообществ ЛЖВ;
- обеспечение для ЛЖВ универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ-инфекцией;
- широкое вовлечение ЛЖВ в процесс принятия решений, касающихся ключевых аспектов противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа и устранения ее последствий на всех уровнях;
- содействие защите прав человека в контексте ВИЧ/СПИДа;
- снижение стигмы и борьба с дискриминацией.

Для составления плана работы Сети на 2009–2011 гг. было решено провести оценку потенциала организаций, созданных ЛЖВ, и тех, в которых ЛЖВ активно участвуют в процессах принятия решений и реализации работы (НПО-ЛЖВ). То есть организаций, которые могут быть членами Сети.

Для проведения оценки и разработки на ее основе предложений по возможной деятельности Сети был приглашен консультант, который изучил соответствующие документы, и провел в указанных странах встречи:

- с сотрудниками и руководителями НПО-ЛЖВ и другими НПО;
- с инициативными группами и лидерами ЛЖВ;
- с представителями и сотрудниками ключевых партнерских организаций, таких как государственные учреждения, оказывающие ЛЖВ помощь и поддержку, международные экспертные и донорские организации и проекты.

Методология. Встречи проводились в режиме полуструктурированных интервью без дословной записи. Опросник был разработан на основе технического задания, составленного сотрудниками «Казахстанского союза ЛЖВ» и проекта ПОТЕНЦИАЛ/USAID. Все встречи проводились только в присутствии представителей организаций, инициировавших создание Сети.

Города для посещения, а также организации и инициативные группы, с которыми были проведены встречи, определялись по согласованию между представителями проекта ПОТЕНЦИАЛ/USAID, НПО-ЛЖВ, входящих в инициативную

группу Сети, и экспертом. В результате были выбраны следующие населенные пункты:

- Казахстан: Алматы, Усть-Каменогорск, Шымкент;
- Кыргызстан: Бишкек, Ош, Токмок, Дмитровка;
- Таджикистан: Душанбе, Ходжент, Курган-Тюбе;
- Узбекистан: Ташкент, Навои, Наманган.

Всего эксперт встретился с более чем 100 респондентами.

Параллельно со встречами была проведена работа по повышению потенциала местных НПО-ЛЖВ в оценке потребностей ЛЖВ как основы для эффективного планирования и оценки проводимых проектов и программ. Для этого в каждой стране для сотрудников НПО-ЛЖВ и активистов из числа ЛЖВ были проведены мини-семинары по теме «Оценка нужд», после которых участники выполняли практическое упражнение – сбор данных о нуждах ЛЖВ в их городе/области и существующих услугах для удовлетворения этих нужд.

Результаты

Краткий обзор ситуации. Единичные случаи ВИЧ-инфекции в Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане и Узбекистане были официально зарегистрированы еще в конце 80-х годов прошлого века. Все были связаны с сексуальными контактами в гомо- и гетеросексуальных парах.

В начале 2000 гг. ситуация начала динамично меняться и во всех странах ежегодно стали регистрировать десятки и сотни новых случаев заражения ВИЧ у мужчин и женщин, употребляющих наркотики инъекционным способом (ПИН). Эта тенденция сохраняется до сих пор, и инъекционный путь заражения ВИЧ является ведущим в развитии эпидемии ВИЧ-инфекции в странах. В середине 2000 г. в регионе были также зарегистрированы несколько вспышек внутрибольничного заражения ВИЧ среди детей. Кроме этого, анализ регистрации новых случаев ВИЧ-инфекции в последние годы указывает на рост половых пути передачи ВИЧ, особенно среди половых партнеров ПИН, что создает предпосылки для трансформации эпидемии из концентрированной в генерализованную форму.

Сегодня, по оценкам UNAIDS⁴, в этих четырех странах насчитывается более 40 тыс. случаев заражения ВИЧ. Самый быстрый эпидемический процесс идет в Узбекистане. Там число случаев заражения с 2001 г. по 2008 г. выросло в 8 раз, тогда как в остальных трех странах рост был в 4 раза.

¹ Термином «люди, живущие с ВИЧ» или ЛЖВ, здесь называются как те, кто сам инфицирован ВИЧ, так и те, кто пострадал от эпидемии ВИЧ-инфекции не будучи инфицирован, в первую очередь это члены семей и близкие друзья инфицированных ВИЧ людей.

² «Резолюция рабочей встречи по вопросу создания Сети ЛЖВ Центральной Азии», 26 февраля 2009 г., Алматы, Казахстан.

³ Там же.

⁴ «2008 Report on the global AIDS epidemic», UNAIDS, 2008, <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/default.asp>

В каждой из стран есть национальные программы противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции и ее негативным социально-экономическим последствиям. Во всех странах АРВТ доступна для значительной части нуждающихся в ней ЛЖВ. Проблемы с доступностью АРВТ до сих пор остаются у ЛЖВ, употребляющих наркотики или живущих в отдаленных сельских районах. В странах ведется работа по профилактике распространения ВИЧ-инфекции среди наиболее уязвимых групп населения – ПИН, секс-работниц, заключенных, трудовых мигрантов и других. Среди уязвимых групп, наименее охваченных профилактическими программами можно назвать МСМ и население сельских районов. При высокой доступности тестирования консультирование до и после теста остается слабо развитым.

Отдельные проекты по оказанию уязвимым группам населения и ЛЖВ информационной и психологической поддержки и социальной помощи были начаты еще в конце 90-х годов прошлого века. Значительное расширение данных услуг началось в 2004–2005 годах, после получения странами грантов от Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (далее – ГФ). Сегодня эти услуги в основном направлены на семьи, в которых живут инфицированные ВИЧ дети, и отчасти на ПИН и секс-работниц. В рамках социальной помощи ЛЖВ могут получить продуктовые наборы, помощь в восстановлении утраченных документов и в получении государственных пособий (перечисленное выше обычно называется «социальным сопровождением»). В рамках информационной и психологической поддержки для ЛЖВ проводятся модерлируемые сотрудниками организаций информационные мероприятия с интерактивными элементами, которые респонденты часто называли «группами самопомощи»⁵. Также в некоторых городах доступны консультации психолога и юриста.

Страны, в которых Сеть планирует начать свою работу, относятся к разным категориям по уровню дохода. Так, Казахстан относится к странам с уровнем дохода «выше среднего», а остальные три страны – к тем, у кого доход «низкий».⁶

⁵ Есть и другие примеры необычного употребления тех или иных терминов. Так аутрич-работников и социальных работников часто называли «волонтерами». Во всех странах Основного получателя средств ГФ называют «Глобальным фондом», и если собеседник говорит о «решении, принятом Глобальным фондом», то стоит уточнить: кем именно было принято это решение? Никто из респондентов не дал удовлетворительного объяснения, зачем искажается смысл терминов. Важно отметить, что, некорректное использование терминов затрудняет понимание ситуации и оценку эффективности проводимой работы.

⁶ <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DATASTATISTICS/0,,contentMDK:20420458~menuPK:64133156~pagePK:64133150~piPK:64133175~theSitePK:239419,00.html>

⁷ «Региональная стратегия по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции в Центральной Азии» (вариант для обсуждения), ЕВРАЗЭС, февраль 2009.

⁸ <http://www.theglobalfund.org/en/>

⁹ «Нужды людей, живущих с ВИЧ в Республике Казахстан», ПРООН, Алматы, 2005 г.; «Отчет по результатам социологического опроса людей, живущих с ВИЧ/СПИДом», Общественное объединение по защите интересов людей, живущих с ВИЧ/СПИДом «Коз караш», Бишкек, 2006 г.; «Отчет по результатам оценки среди ЛЖВ», AFEW, Бишкек, 2008 г.; «Качественный анализ для оценки социальных последствий ВИЧ/СПИДа и определение приоритетов адвокации в Узбекистане», UNDP, Ташкент, 2008 г.

Для реализации программ противодействия распространению и негативным последствиям ВИЧ-инфекции каждая страна получает финансовую и методическую поддержку от международных и иностранных организаций и агентств. По оценкам респондентов, донорские финансы в указанных программах составляют от 50–60% (Казахстан) до 85–90% (Киргизстан и Таджикистан). Работа и развитие НПО-ЛЖВ, за редким исключением, полностью финансируется из средств, предоставляемых международными или иностранными донорами. Вероятнее всего, в перспективе 3–5 лет ситуация с источниками финансирования, в том числе финансирования для НПО-ЛЖВ, не изменится⁷.

Самым большим финансовым донором является ГФ, который в рамках восьми раундов грантов предоставил указанным странам около 190 млн долларов США⁸ для противодействия распространению ВИЧ-инфекции и негативным последствиям эпидемии (включая уже переданные деньги и обязательства).

Значительная финансовая помощь оказывается правительственными агентствами международного развития (USAID, DFID, GTZ, MATRA, программы Европейского Союза) в рамках региональных или национальных проектов (например, проекты CAAP, CARHAP, ПОТЕНЦИАЛ/USAID) и неправительственными донорами (OSI, Aga Khan Foundation, Tides Foundation, amfAR).

Методическая помощь, содействие в привлечении финансов и управлении программами предоставляют агентства и программы ООН, международные неправительственные организации, такие как JSI, AFEW, GRM International, World Vision, International HIV/AIDS Alliance, PSI International, Christian Aid.

Оценка потребностей ЛЖВ в получении различных психосоциальных и медицинских услуг и их доступность

Потребность ЛЖВ в психосоциальной помощи и поддержке. В исследованиях потребностей ЛЖВ, проведенных в указанных странах в 2004–2008 гг.⁹, одной из главных потребностей ЛЖВ названо обеспечение продуктами пита-

ния, жильем, и работой. В рамках встреч, проведенных экспертом в апреле–мае 2009 г., респонденты в Кыргызстане, Таджикистане и Узбекистане сообщили, что приоритетом для ЛЖВ являются все те же потребности. Только в Казахстане обеспечение продуктами питания не было на первом месте: как и в 2007 г.¹⁰, первыми в списке там стоят вопросы стигмы и дискриминации, доступность медицинской помощи и трудоустройство. Но даже в Казахстане лишь 15% от всех ЛЖВ можно отнести к социально адаптированным и способным полностью обеспечивать себя (то есть имеющих образование не ниже среднего, стабильное жилье и работу)¹¹.

Причин того, что ситуация не изменилась или изменилась незначительно, может быть несколько:

1. Программы помощи и поддержки для ЛЖВ развиваются медленнее, чем растет число новых случаев заражения.

2. Отсутствие соответствующих услуг или их низкая эффективность.

3. Статичность и ограниченность в представлении о возможных позитивных поведенческих практиках ЛЖВ и в содержании проектов и услуг. (Один из респондентов назвал эту ситуацию «интеллектуальным дефицитом».)

Учитывая относительную «молодость» активного эпидемического процесса, низкий уровень доходов жителей стран и то, что значительное число ЛЖВ относятся к маргинализированным группам населения, наиболее вероятными могут быть первые две причины. Хотя третья тоже должна быть принята во внимание.

Наибольшее число ВИЧ-позитивных респондентов, опрошенных АФЕУ в Казахстане и Кыргызстане в 2007–2008 гг.¹² нуждались в лечении таких сопутствующих ВИЧ инфекций, как туберкулез (10% от выборки в Казахстане и 8% в Кыргызстане) и гепатит С (почти половина от выборки в Кыргызстане). Лечение туберкулеза предоставляется в рамках государственных программ и проектов, финансируемых из грантов ГФ. Лечение гепатита С доступно лишь единицам.

В рамках встреч в апреле–мае 2009 г. респонденты называли примерно те же медицинские потребности, отмечая, что приверженность лечению является значительной проблемой. Кроме этого, респонденты почти единогласно добавляли к лечению ВИЧ и туберкулеза потребность в наркологической помощи. Врач Центра семейной медицины в г. Токмок (Кыргызстан)

так охарактеризовала ситуацию: «Умирают-то в основном от наркотиков».

Многие ЛЖВ, как ПИН, так и не употребляющие наркотики, с которыми прошли встречи, говорили о переживаемых ими стрессах, длительных депрессивных состояниях и других расстройствах, которые можно определить как неврозы.

В отчете АФЕУ¹³ также есть описание этого: «... жизнь после определения их ВИЧ-статуса изменилась. Многие переживают эмоциональный кризис осмысления своего статуса и отношения к жизни. ...Пребывание в вечном страхе – типичное состояние для многих респондентов». Но в апреле–мае 2009 г. никто из респондентов из числа врачей или сотрудников международных организаций не сообщил о развитии в странах услуг в области психического здоровья ЛЖВ.

Вероятно, одной из причин депрессивных состояний и неврозов может быть низкое качество или отсутствие консультирования до и после теста на ВИЧ. В упомянутых выше исследованиях АФЕУ говорится, что лишь около половины ВИЧ-позитивных получили консультирование до теста и не более 75% – консультирование после теста, которое сводилось к общим рекомендациям по здоровому образу жизни и информированию об ответственности за умышленное заражение.

В рамках встреч в апреле–мае 2009 г. респонденты в Кыргызстане, например, рассказывали, что некоторым женщинам из сельских районов, чьи дети были инфицированы, врачи сказали, что ничем помочь нельзя и нужно просто ждать, пока ребенок умрет. Другой женщине, также из села в Кыргызстане, при получении положительного результата теста врач сказал, что ей не о чем беспокоиться, так как вирус, найденный у нее, сам пройдет года через три.

Эти случаи единичны, но они активно обсуждаются другими ЛЖВ, становясь основой для страхов и мифов.

Доступность услуг медицинской и немедицинской помощи для ЛЖВ. Медицинская помощь и уход. АРВТ является главной частью медицинской помощи для ЛЖВ. Сейчас эти лекарства закупаются за счет грантов ГФ, поэтому их доступность на среднесрочную перспективу стабильна, но в долгосрочной перспективе жестко обусловлена продолжением финансирования со стороны ГФ или других доноров. Но доступность АРВТ зависит не только от наличия финансов.

¹⁰ «Усиление потенциала организаций на базе сообщества и социальная интеграция людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), в Казахстане», АФЕУ, Алматы, 2008 г.

¹¹ «Усиление потенциала организаций на базе сообщества и социальная интеграция людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), в Казахстане», АФЕУ, Алматы, 2008 г.

¹² «Усиление потенциала организаций на базе сообщества и социальная интеграция людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), в Казахстане», АФЕУ, Алматы, 2008 г.; «Отчет по результатам оценки среди ЛЖВ», АФЕУ, Бишкек, 2008 г.

¹³ «Усиление потенциала организаций на базе сообщества и социальная интеграция людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), в Казахстане», АФЕУ, Алматы, 2008 г.

ПИН являются самой крупной группой ЛЖВ. Сексуальные контакты без презервативов с ПИН/ЛЖВ стали причиной значительного роста новых случаев ВИЧ среди женщин в последние годы.

Кроме того, более 70% зарегистрированных сегодня случаев заражения ВИЧ в регионе связано с инъекциями наркотиков, эта практика продолжается и после получения человеком диагноза «ВИЧ-инфекция»: по оценкам респондентов, от 70 до 85% тех, кто заразился при инъекциях наркотиков, продолжают употреблять наркотики тем же способом. Учитывая, что многие ПИН в недавнем прошлом отбывали наказание в местах лишения свободы, где наблюдается значительное распространение туберкулеза, в том числе и мультирезистентного, или находятся там на данный момент, можно предположить, что уровень распространения туберкулеза среди них может быть высок^{14, 15}.

Часть врачей, с которыми проводились встречи в апреле–мае 2009 г., считают, что из-за низкой приверженности ПИН к лечению назначать им АРВТ нет смысла, и что лечение туберкулеза они прерывают сразу, как только со стороны врача снижается контроль за приемом лекарств. Другие врачи готовы назначать АРВТ ПИН, но тоже считают, что эффективность этого мала в связи с отсутствием приверженности к лечению у этой группы ПИН.

Заместительная терапия опиоидной зависимости (ЗТ) является ключевым компонентом обеспечения приверженности ПИН к лечению. В Казахстане ЗТ внедрена в виде пилотных проектов в двух городах (Темиртау и Павлодар); в Кыргызстане метадон доступен в трех областях (Чуй, Бишкек, Ош), но только в крупных населенных пунктах; в Узбекистане заместительную терапию в ограниченном объеме проводят бупренорфином. В Таджикистане, несмотря на планы начать ЗТ в 2009 г., соответствующий приказ Минздрава еще не был подписан. Во всех странах финансирование ЗТ ведется из грантов ГФ.

По мнению респондентов, существующие программы ЗТ имеют низкое качество: они ограничиваются только выдачей метадона или бупренорфина и не включают необходимого объема работы по социализации клиентов. Это приводит к восприятию ЗТ частью клиентов и специалистов как бесполезной, или даже еще более вредной, чем употребление нелегальных наркотиков. Респонденты сообщали о случаях, когда клиенты ЗТ параллельно с приемом мета-

дона или бупренорфина принимают другие психоактивные вещества, не рекомендованные им врачом (от димедрола до героина).

Таким образом, доступность для ПИН АРВТ и профилактики, и лечения туберкулеза является одной из потребностей, которая сегодня не удовлетворяется в должном объеме.

Программы лечения наркозависимости, основанные на отказе от употребления наркотиков (детоксикация с последующей психологической и социальной адаптацией и реабилитацией), есть во всех странах, но либо их пропускная способность мала, либо качество низкое или не подтверждено.

Другой проблемой, снижающей доступность и эффективность АРВТ, является ограниченный доступ ЛЖВ к качественной и своевременной диагностике. В первую очередь, это касается мониторинга вирусной нагрузки. Даже в Казахстане, где данный тест доступен, около половины ВИЧ-позитивных не проходили его в течение последнего года¹⁶. Доступность диагностики и лечения оппортунистических и сопутствующих заболеваний также низка; 43% ВИЧ-позитивных в Казахстане считают, что не получают необходимую им медицинскую помощь, и еще 28% считают, что получают ее не всегда, когда она нужна¹⁷.

У этой проблемы есть несколько причин. Первая – ограниченная доступность диагностики для ЛЖВ, живущих за пределами столичных городов. Вторая – низкая приверженность ЛЖВ к диспансеризации (что является частью приверженности к лечению). Значительная часть ВИЧ-позитивных после получения диагноза не посещают врача вплоть до того момента, пока их состояние здоровья не ухудшится ощутимо. И третья – стигма по отношению к ЛЖВ со стороны части медицинских специалистов.

Важно отметить, что отношения между специалистом и пациентом/клиентом, кроме технических и юридических аспектов, имеют еще и очень сильную эмоциональную составляющую. Многие специалисты считают ВИЧ-позитивных «виновными» и «плохими» и почти все находятся в состоянии эмоционального выгорания. А ЛЖВ, не имея необходимых знаний о лечении ВИЧ-инфекции и сопутствующих заболеваний и не получая должной психологической поддержки, переживают длительные депрессии, переходящие со временем в неврозы. С такими исходными эффективное взаимодействие выглядит маловероятным.

¹⁴ По данным NIDA, потребители наркотиков, использующие инъекции как способ употребления, рискуют заразиться туберкулезом в 2–6 раз больше, чем те, кто наркотики не употребляет (http://www.drugabuse.gov/Nida_Notes/NNVol14N2/tearoff.html).

¹⁵ «Collaborative TB and HIV Services for Drug Users», Christian Gunneberg, WHO, IHRA Conference, Bangkok, 2009.

¹⁶ По результатам анкетирования, проведенного местными НПО в апреле–мае 2009 г. Всего в каждой из четырех стран было опрошено не менее 30 ВИЧ-позитивных людей.

¹⁷ «Усиление потенциала организаций на базе сообщества и социальная интеграция людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), в Казахстане», AFEW, Алматы, 2008 г.

Паллиативная помощь ни в одном, ни во втором варианте¹⁸ не доступна ни в одной из стран.

Немедицинская помощь и поддержка. ВИЧ-инфекция не передается воздушно-капельным или фекально-оральным путем, поэтому нет необходимости изолировать ВИЧ-инфицированного от окружающих. ВИЧ-инфекция является медленно текущим заболеванием, с момента заражения ВИЧ до развития серьезных нарушений работы иммунной системы проходит в среднем от 7 до 8 лет. Существующие лекарства (АРВТ) обеспечивают возможность восстановления функционирования иммунной системы и, как следствие, хорошего самочувствия и способности к самообеспечению для инфицированного ВИЧ человека на срок, сравнимый со средней длительностью жизни человека, не инфицированного ВИЧ. То есть, значительную часть времени после заражения ВИЧ человек живет вместе с другими людьми вне медицинских учреждений. Те же лекарства позволяют ВИЧ-позитивным людям рожать здоровых детей.

Учитывая, что инфицированный ВИЧ человек продолжает жить в обществе, риски для его здоровья и его эмоциональные состояния затрагивают тех людей, которые входят в его ближайшее окружение. Они могут переживать сильный дистресс из-за наличия у их близкого опасной болезни, а в случае экономической или социальной зависимости, могут серьезно пострадать, если их близкий подвергнется дискриминации, утратит работоспособность или умрет. Все это делает немедицинские услуги для ЛЖВ очень важной частью комплекса противодействия негативным последствиям эпидемии ВИЧ-инфекции.

Немедицинская помощь и поддержка являются слаборазвитой частью комплекса услуг для ЛЖВ в Центральной Азии. На сегодня для ЛЖВ доступна только гуманитарная помощь, минимальная информационная поддержка (базовая информация о ВИЧ-инфекции и АРВТ). Консультации психолога доступны лишь незначительному числу ЛЖВ. В странах нет психологов, специализирующихся на работе с ЛЖВ, и, насколько можно судить по сообщениям респондентов, психологическая помощь сегодня сосредоточена только на снижении интенсивности дистресса. В силу отсутствия продуманных и обеспеченных ресурсами волонтерских программ, среди ЛЖВ существуют лишь единичные группы взаимопомощи. Нет программ, направленных на помощь и поддержку семьи в целом: как тем, где есть ВИЧ-инфицированные члены, так и тем, чьи близкие умерли в связи с осложнениями, вызванными ВИЧ-инфекцией.

Помощь в виде продуктов питания, одежды, денег или билетов для проезда до места лечения и обратно поступает от международных организаций, таких как Продовольственная программа ООН, AFEW и проектов, финансируемых ГФ. НПО-ЛЖВ имеют хороший опыт в организации прозрачного процесса распределения гуманитарной помощи (например, «Гули Сурх», Таджикистан, «Крик журавля», Кыргызстан, Инициативная группа ЛЖВ г. Навои, Узбекистан).

По оценкам респондентов, программы гуманитарной помощи регулярно или эпизодически охватывают до 5–7% от зарегистрированных в странах ЛЖВ. Основную массу ее получателей составляют семьи, где есть ВИЧ-инфицированные дети. Другие группы ЛЖВ имеют очень ограниченный доступ к такой помощи.

В результате, ЛЖВ остаются социально изолированными, неуспешными, подтверждая этим распространенные в обществе мнения о них, как о людях, чья жизнь не стоит внимания, укрепляя, таким образом, существующую стигму.

Оценка потенциала НПО ЛЖВ в регионе

Ресурсы и потенциал НПО ЛЖВ для предоставления услуг и поддержки ЛЖВ на местном уровне. Число НПО-ЛЖВ в странах, где проводилась оценка, пока мало. Так в Казахстане и Кыргызстане таких организаций около 10 в каждой стране, в Таджикистане – до 5, а в Узбекистане – 1. В данный момент наблюдается активный процесс создания новых НПО-ЛЖВ (несколько инициативных групп в Казахстане; по 1–2 в Кыргызстане и Таджикистане; 6–7 инициативных групп в Узбекистане, которые хотят зарегистрироваться как сетевые НПО). Такая ситуация, в принципе, соответствует тому, как протекают эпидемические процессы в странах.

В каждой стране есть НПО-ЛЖВ, существующие 3 и более года и обладающие опытом предоставления ЛЖВ социальной поддержки и помощи в доступе к необходимым медицинским услугам («Виктория», «Шапагат», «Казахстанский союз ЛЖВ» в Казахстане; «СПИН+» и «Гули Сурх» в Таджикистане; «Ишонч ва Хает» в Узбекистане; «Ранар», «Матрица 2005» в Кыргызстане). Большинство же НПО-ЛЖВ появились совсем недавно. По сообщению респондентов, практически все НПО-ЛЖВ были созданы при косвенной или прямой поддержке международных структур и на данный момент живут почти исключительно за счет ресурсов, предоставляемых международными организациями и структурами. Исключение составляет только Казах-

¹⁸ Есть две трактовки того, что такое паллиативная помощь. *Первая* – традиционная. Она предполагает помощь, уход и поддержку для умирающих пациентов. *Вторая*, предложенная в 1990 г. Всемирной организацией здравоохранения, гласит: «Паллиативная помощь является подходом, улучшающим качество жизни пациентов и их семей, столкнувшихся с опасной для жизни болезнью, путем облегчения боли и управления другими симптомами, причиняющими страдания и подрывающими силы. Паллиативную помощь надлежит оказывать с момента постановки диагноза опасной для жизни болезни и на всем протяжении болезни» (<http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2007/np31/ru/index.html>).

стан, где сегодня НПО-ЛЖВ, наравне с другими неправительственными некоммерческими организациями, имеют доступ к муниципальным грантам. Хотя размеры этих грантов очень скромные, и процедура их получения не всегда прозрачна.

Связи и сотрудничество с местными и национальными государственными медицинскими и немедицинскими учреждениями являются одним из ключевых ресурсов НПО-ЛЖВ, позволяющим им оказывать помощь и поддержку ЛЖВ на местном уровне. Государственные учреждения (центры СПИД, больницы, наркологические диспансеры и прочие) относятся к НПО-ЛЖВ позитивно или нейтрально и сотрудничают с ними в той или иной мере. Практически все НПО-ЛЖВ, с которыми проводились встречи, имеют партнерские отношения или координируют свою работу с государственными медицинскими учреждениями.

Отношение правительственных структур к НПО-ЛЖВ в разных странах различное. В Казахстане начался процесс интеграции НПО-ЛЖВ в национальные программы через вовлечение их в процессы принятия решений («Казахстанский союз ЛЖВ», ОФ «Шапагат», ОФ «Защита детей от СПИДа») и муниципальные гранты (ОО «Куат», «Ассоциация СПИД-сервисных организаций»). В Киргизстане и Таджикистане правительственные структуры скорее мирятся с существованием НПО-ЛЖВ, стараясь, по возможности, не обращать на них внимания. В Узбекистане ситуация менее однозначная: с одной стороны правительство старается как можно более полно контролировать деятельность любых негосударственных объединений, с другой стороны, наблюдается попытка найти компромисс путем создания координирующего зонтичного НПО, как например НАННОУз.

Во всех странах НПО-ЛЖВ вовлечены в реализацию национальных программ противодействия распространению ВИЧ-инфекции в той их части, где речь идет об оказании ЛЖВ социальной помощи и поддержки. Чаще всего они играют роль конечного сервис-провайдера, выполняя созданные государственными структурами и/или международными организациями программы, и в лишь малой степени влияют на решения, принимаемые на национальном уровне по поводу распределения средств, имеющихся для предоставления помощи и поддержки ЛЖВ.

Отношения НПО-ЛЖВ друг с другом – один из наиболее сложных и существенных моментов, который влияет на их потенциал в оказании помощи и поддержки для ЛЖВ. В Казахстане отношения можно охарактеризовать как мягкое соперничество. Более половины из существующих там НПО-ЛЖВ созданы при активной поддержке «Казахстанского союза ЛЖВ» и объединены в национальную сеть вместе с давно существующими НПО-ЛЖВ, такими как «Шапагат» или «Виктория». Между организациями есть со-

перничество, но нет конфликта, что позволяет скоординированно строить отношения с донорами и правительством и обеспечивать всем участникам национальной сети ресурсы для работы. В Таджикистане, в связи с тем, что организаций мало и они не пересекаются географически или по целевым группам, открытого конфликта нет, хотя нет и активного сотрудничества.

В Киргизстане ситуация совершенно иная и отношения между частью организаций можно охарактеризовать как открытый и активный конфликт, что существенно снижает их потенциал в привлечении ресурсов и развитии услуг. Насколько удалось выяснить, конфликты между организациями больше связаны не с разницей во взглядах на потребности ЛЖВ или методы работы, а с личными конфликтами между лидерами НПО-ЛЖВ.

Вопрос конструктивного и устойчивого лидерства играет важную роль, учитывая, что практически все существующие на данный момент НПО-ЛЖВ являются «лидер-ориентированными», то есть их существование и деятельность является результатом инициативы одного–двух людей, а не устойчивым механизмом сообщества. Кроме этого, между лидерами ЛЖВ отсутствует взаимная поддержка в виде системы согласования общих приоритетов и взаимной поддержки, когда разные НПО-ЛЖВ и лидеры помогают друг другу в выполнении взятых обязательств перед донорами, правительством и обществом. Данная ситуация отчасти может объясняться тем, что большинство ЛЖВ-НПО в странах были созданы недавно и для создания сильного сообщества ЛЖВ должно еще пройти некоторое время.

Кроме уже упомянутых конфликтов между лидерами НПО-ЛЖВ, еще одним существенным фактом, влияющим на работу НПО-ЛЖВ, является то, что часть социально активных ЛЖВ являются наркозависимыми.

Как показывает опыт разных стран (Украины, Великобритании, Голландии, США и других), сама зависимость у лидеров сообщества является решаемой проблемой, если наркологическая помощь в стране доступна. Более серьезной проблемой является отсутствие стратегической поддержки для лидеров ЛЖВ со стороны правительственных структур и международных организаций, включая их обучение и помощь в профилактике эмоционального выгорания.

На сегодня НПО-ЛЖВ оказывают ЛЖВ следующую помощь и поддержку:

- распределение гуманитарной помощи (продуктовых наборов и одежды);
- информирование о ВИЧ-инфекции и АРВТ, и о туберкулезе и его лечении;
- консультации «равный–равному» и группы взаимопомощи;
- помощь в получении или восстановлении утраченных документов (паспортов);

- помощь в получении необходимых медицинских услуг, включая лечение наркотической зависимости (детоксикация и последующая психосоциальная реабилитация);
- помощь в получении консультации психолога;
- социальная поддержка ЛЖВ друг друга в рамках волонтерских программ.

Почти все НПО-ЛЖВ используют для информирования ЛЖВ о ВИЧ, туберкулезе и их лечении информационные материалы, предоставленные им другими организациями (проект ПОТЕНЦИАЛ, AFEW, центрами СПИД). Часть НПО-ЛЖВ издают свои материалы, копируя наиболее интересные с их точки зрения примеры (продукции International HIV/AIDS Alliance — Ukraine, Украинской сети ЛЖВ, European AIDS Treatment Group (EATG, проект STEP)).

НПО-ЛЖВ испытывают потребность в информационных материалах на национальных языках, но таких материалов мало, и можно предположить, что их качество не высокое в силу отсутствия развитого и устоявшегося набора терминов в узбекском, кыргызском, таджикском, казахском и русском языках. Влияет почти полное отсутствие знания английского языка, являющегося основным в международном общении по поводу ВИЧ-инфекции и «поставляющим» большинство терминов.

Кроме распространения информационных материалов, все НПО-ЛЖВ проводят групповые занятия (называемые, в зависимости от требований донора, то «семинарами», то «группами самопомощи»). Часто эти занятия ведут специалисты из центров СПИД или других медицинских учреждений. Участниками чаще всего являются ЛЖВ, относящиеся к ПИН, к заключенным или к женщинам, в семьях которых есть дети, инфицированные ВИЧ.

Некоторые НПО-ЛЖВ имеют успешный опыт организации групп поддержки (например, «Жан Жолдас», «Куат», «Защита детей от СПИДа», Казахстан; «Матрица 2005» и «Крик журавля», Кыргызстан; Инициативные группы ЛЖВ городах Навои и Ташкент, «Ишонч ва Хаёт», Узбекистан), и групп взаимопомощи («СПИН+», Таджикистан). Этот опыт получен ими в рамках работы в проектах снижения вреда и реабилитационных программах для наркозависимых, основанных на принципе «терапевтического сообщества» («СПИН+» и «Матрица 2005»). Организации, не работавшие в программах снижения вреда, смогли успешно использовать существующие

традиционные локальные социальные сети («Крик журавля» и «Защита детей от СПИДа»). Общественный фонд «Куат» проводит группы поддержки в больнице, где ЛЖВ получают медицинскую помощь. Ведущими групп поддержки являются в основном медицинские специалисты и психологи.

Консультации, основанные на принципе «равный—равному», проводятся всеми НПО-ЛЖВ и являются одной из их ключевых услуг. В рамках этой работы клиенты ЛЖВ получают не столько информацию, сколько эмоциональную поддержку, что в ситуации высокого уровня стигматизации в отношении ЛЖВ, особенно относящихся к ПИН и МСМ, является важным.

Однако у НПО-ЛЖВ нет ясного понимания того, что такое равное консультирование¹⁹, и, как следствие, не существует системы подготовки равных консультантов и не проводится профилактики эмоционального выгорания среди консультантов.

Несмотря на то, что все НПО-ЛЖВ ведут информационные мероприятия, уровень информированности их собственных сотрудников остается низким. Специалисты государственных учреждений часто говорили, что знания у некоторых равных консультантов и лидеров из числа ЛЖВ ограничены, что затрудняет сотрудничество. По их оценке, многие равные консультанты и лидеры не могут грамотно объяснить, зачем нужно проходить диспансеризацию не реже двух раз в году или какие побочные эффекты и как часто могут наблюдаться при приеме АРВ-препаратов.

Все НПО-ЛЖВ помогают своим клиентам получить доступ к различным медицинским услугам, консультациям психолога и многие содействуют в восстановлении документов. Система направления для получения медицинских услуг основана на договоренностях о сотрудничестве между НПО-ЛЖВ и государственными медицинскими учреждениями. Группы ЛЖВ, которые чаще всего являются пользователями данных услуг НПО-ЛЖВ, это активные ПИН и ЛЖВ, живущие далеко от места расположения государственных учреждений (бедные жители сельских районов). У других ЛЖВ, в принципе, нет сложностей с обращением за помощью напрямую в те учреждения, где есть необходимые им услуги. То есть, фактически, «помощь в получении медицинских услуг» в реальности является аутрич-работой для привлечения труднодоступных групп — ПИН и жителей отдаленных районов — к прохождению тестирования и диспансеризации.

¹⁹ Существуют два варианта организации консультирования «равный—равному». *Первый*, и, вероятно, более продуктивный — это ведущаяся специалистом по социальной работе или психологом волонтерская программа, которая является частью социальной адаптации ЛЖВ. Получая обучение, выступая в роли консультанта, и получая поддержку по ходу своей деятельности как консультант, ВИЧ-позитивный человек приобретает знания, навыки и опыт, которые позволяют ему через некоторое время стать более уверенным в себе, более способным заботиться о себе и своих близких. Получив все это, человек выходит из программы, освобождая место для следующего. *Второй* — когда на роль консультанта учат/ищут кого-то из ЛЖВ, чтобы он стал постоянным сотрудником организации, ответственным за консультирование, имеющим профессиональные навыки и знания, необходимые консультанту, и знающим на собственном опыте, что такое жизнь с ВИЧ.

Социальная поддержка ЛЖВ друг друга в рамках волонтерских программ. Это самая важная деятельность НПО-ЛЖВ, так как она помогает сплочению сообщества и преодолению последствий стигмы и дискриминации в ежедневной жизни ЛЖВ. Пока, к сожалению, она ведется эпизодически, неструктурированно и в малых объемах (например, в «Крике журавля» и «Матрице 2005», Кыргызстан; «Жан Жолдас», Казахстан; «Гули Сурх», Таджикистан; инициативных группах ЛЖВ в г. Навои и Ташкент, Узбекистан). Наиболее распространенной деятельностью в рамках этой взаимной поддержки является помощь по дому и забота о детях, визиты друг к другу, если кто-то заболел и лежит дома или в больнице, а также обсуждение текущих событий в жизни друг друга. Объединение людей для решения ежедневных нужд и забот очень важно для создания вокруг ЛЖВ и членов их семей поддерживающего социального окружения, защищающего их от последствий стигмы и позволяющего справляться с психологическими проблемами, возникающими в связи с ВИЧ-статусом.

Как видно, пока варианты взаимной поддержки, которую ЛЖВ готовы давать друг другу, ограничены. Возможно, дефицит идей по этому поводу связан именно с отсутствием внимания НПО-ЛЖВ к развитию волонтерских программ для взаимной поддержки между ЛЖВ: обычно, чем больше и интенсивнее опыт, тем больше рождается новых идей и открывается новых возможностей.

Очень интересно, что чаще всего эта взаимная поддержка идет вне рамок каких-либо проектов и грантов. Как только НПО-ЛЖВ начинает активно участвовать в каких-либо программах, активность взаимной поддержки между ЛЖВ, участвующими в НПО-ЛЖВ в качестве сотрудников или добровольцев, снижается. Специальных программ, помогающих ЛЖВ создавать такие социальные мини-сети (социальные центры), не проводится ни в одной из стран.

Материальная база НПО-ЛЖВ. В своем большинстве НПО-ЛЖВ не обладают необходимой материальной базой. Например, у многих НПО-ЛЖВ есть 1–2 технически устаревших компьютера, принтер, телефонный и факсовый аппарат. Некоторые вновь образованные организации вообще не имеют компьютеров. Офисные помещения есть почти у всех организаций, включая некоторые инициативные группы (в Узбекистане, например). Но лишь у единиц эти помещения позволяют предоставлять ЛЖВ качественные услуги — проводить групповые встречи и семинары в достаточной по размеру комнате, выделить отдельную комнату психологу или врачу, консультирующему клиентов, организовать сам офис отдельно от помещений, где идет работа с клиентами («СПИН+», Таджикистан; «Крик журавля» и «Матрица 2005»,

Кыргызстан; «Ассоциация СПИД-сервисных организаций» и «Защита детей от СПИДа», Казахстан). К тому же офисы арендуются, то есть будут потеряны, как только закончится финансирование организации из внешних источников.

Кадровый состав НПО-ЛЖВ. Состав сотрудников НПО-ЛЖВ смешанный — в них работают как сами ЛЖВ, так и специалисты, напрямую не затронутые ВИЧ-инфекцией и являющиеся сотрудниками государственных учреждений (центров СПИД, научно-исследовательских институтов и прочих). По мнению некоторых респондентов, участие в работе НПО сотрудников государственных учреждений может быть фактором, обеспечивающим стабильность существования организации, так как эти сотрудники имеют доход от основного места работы, а значит, могут поддерживать деятельность даже в отсутствие финансирования работы НПО-ЛЖВ. Кроме того, они могут способствовать выстраиванию партнерских отношений с государственными учреждениями и правительственными структурами, используя свои связи и статус специалистов.

ЛЖВ чаще всего выступают в роли руководителей НПО-ЛЖВ (лидеры) или ведут работу, не требующую долгосрочной специальной подготовки — аутрич-работник или «социальный работник». Во многих НПО-ЛЖВ есть очень опытные и профессиональные аутрич-работники и социальные работники из числа ЛЖВ.

Связь НПО-ЛЖВ с сообществом ЛЖВ. Основываясь на оценках респондентов, на данный момент во всех четырех странах число ЛЖВ, участвующих в работе НПО-ЛЖВ, других НПО и государственных учреждений как оплачиваемые сотрудники, может быть более 130: около 40 в Казахстане и столько же в Кыргызстане и в Узбекистане, и около 15 в Таджикистане. За неполные полтора года (с января 2008 г. по апрель 2009 г.) они, в сумме, могли оказать ту или иную помощь и поддержку не менее чем 2500–3000 ЛЖВ в этих странах: до 1500 ЛЖВ в Казахстане, до 1000 ЛЖВ — в Узбекистане, до 300 — в Кыргызстане и около 200 ЛЖВ в Таджикистане.

Качество управления организацией и реализуемыми проектами. Как отмечалось выше, практически все НПО-ЛЖВ являются «лидер-ориентированными», поэтому их работа зависит, в первую очередь, от того, какими знаниями и навыками обладают лидеры этих организаций и как они видят текущую ситуацию и перспективу.

Одна из респонденток в Таджикистане высказала мнение, что в бедных странах с низким уровнем доходов многие жители, в том числе и сотрудники НПО-ЛЖВ, не видят себя в перспективе 12 месяцев (12 месяцев — наиболее распространенный срок планирования проектов). Люди постоянно находятся в поиске средств к существованию, что требует от них быть гибкими и быстро реагировать на любую возможность заработать. Поэтому они просто не

строят конкретных планов и не формулируют конкретные ожидаемые результаты дольше, чем на 3–4 месяца. Это делает работу НПО-ЛЖВ неустойчивой, ориентированной на планы доноров и безответственной по отношению к клиентам («нет денег – нет работы»). Конечно, быстро изменить стиль и временные рамки планирования сотен сотрудников НПО-ЛЖВ в регионе невозможно. Но оказывая поддержку местным лидерам ЛЖВ, помогая им в приобретении необходимых знаний и навыков, вовлекая в совместные длительные проекты на национальном уровне, можно обеспечить должный уровень устойчивости и ответственности НПО-ЛЖВ, можно усилить «скелет сообщества».

По оценке респондентов из международных организаций, основными областями, где требуется улучшение навыков НПО-ЛЖВ, являются анализ ситуации, включая оценку потребностей, мониторинг и оценка проводимой работы и навыки подготовки заявок на финансирование и отчетов о проведенной работе.

По мнению респондентов из числа сотрудников государственных учреждений, главными проблемными НПО-ЛЖВ являются плохое знание ими специфики работы государственных учреждений и правительственных организаций, а также не эффективный обмен информацией, а точнее – не информирование ключевых партнеров (правительства и государственных учреждений) о проводимой НПО-ЛЖВ работе, ее результатах и планах на будущее.

По оценке самих менеджеров НПО-ЛЖВ, главной проблемной областью, где им нужна поддержка, является привлечение финансирования и обучение сотрудников.

На основе полученных в ходе исследования данных можно заключить, что опыт управления НПО-ЛЖВ основан на управлении проектами, длительность которых не превышала одного года, и может быть оценен как скромный:

- за исключением «Казахстанского союза ЛЖВ», ни одна из НПО-ЛЖВ не имеет опыта управления субгрантовыми программами;

- ни одна из НПО-ЛЖВ не имеет опыта управления долгосрочными программами, длящимися два и более года, и включающими в себя несколько взаимосвязанных, параллельно идущих проектов;

- ни одна из НПО-ЛЖВ не имеет собственной системы мониторинга и оценки, ориентированной на работу всей организации, а не отдельно взятого гранта, и основанной на потребностях сотрудников организации, а не требованиях доноров;

- лишь единицы из НПО-ЛЖВ проводили стратегическое планирование и имеют принятый стратегический план;

- лишь единицы имеют политики в области внутреннего управления, а также координации и партнерства с другими организациями;

- ни одна из НПО-ЛЖВ не имеет программы повышения потенциала сотрудников и волонтеров, включая профилактику эмоционального выгорания;

- ни одна из НПО-ЛЖВ не имеет политики в отношении привлечения ЛЖВ к участию в работе в качестве сотрудников или волонтеров, включающую создание для ЛЖВ условий работы, учитывающих их потребности в связи с положительным ВИЧ-статусом.

В силу отсутствия стратегического видения целей и перспектив деятельности, довольно часто положительный опыт, приобретенный ЛЖВ в ходе работы, может быть проигнорирован, забыт, а собранная информация – утрачена.

Сотрудник центра СПИД, также работающий в проекте поддержки ПИН в одной из стран, в ответ на вопрос о том, как используется информация, которую аутрич-работники могут собрать в ходе своей работы, сказал, что эта информация «никак не используется, она никому из специалистов не нужна». Не используется эта информация и НПО-ЛЖВ.

Удачные примеры взаимодействия между НПО-ЛЖВ и местными государственными учреждениями. Важно отметить, что, за исключением совсем недавно созданных, все НПО-ЛЖВ участвуют в реализации проектов, финансируемых из грантов ГФ или агентств международного развития и что в значительной степени это произошло благодаря условиям доноров и поддержке агентств и программ ООН. Именно участие в этих проектах создало возможность для НПО-ЛЖВ начать сотрудничество с государственными учреждениями.

В силу того, что большая часть НПО-ЛЖВ создана не так давно, схема их сотрудничества с государственными учреждениями примерно одинакова. Во всех случаях сотрудничество основано на следующем распределении обязанностей между НПО-ЛЖВ и государственными учреждениями:

- государственные учреждения оказывают медицинскую помощь и предоставляют консультацию специалистов;

- НПО-ЛЖВ занимаются привлечением представителей наиболее труднодоступных групп населения к тестированию и диспансеризации, оказывают психологическую поддержку, помогают распределять гуманитарную помощь, оказывают поддержку для сохранения приверженности лечению, помогают с восстановлением документов и с оформлением документов для получения ЛЖВ пенсий и пособий от государственных служб социальной защиты.

Таким образом, НПО-ЛЖВ создают поддерживающую среду для обеспечения эффективности медицинской помощи, оказываемой государственными учреждениями.

Ниже приведены два наиболее интересных примера сотрудничества НПО-ЛЖВ и государственных учреждений.

ОФ «Куат», Казахстан. Усть-Каменогорск расположен в Восточно-Казахстанской области, где темпы прироста новых случаев ВИЧ-инфекции одни из самых высоких в Казахстане. Но, пока число ВИЧ-позитивных в самом городе невелико и в силу значительной стигмы по отношению к ним в обществе, привлечь ЛЖВ на групповые встречи и индивидуальные консультации в офис НПО сложно. Наиболее реалистично организовывать консультационные и информационно-обучающие мероприятия в то время, когда ЛЖВ получают лечение в стационаре. Но администрация больницы опасалась, что равные консультанты из числа ЛЖВ могут быть причиной нарушения режима в больнице.

ОФ «Куат» принял на работу врача инфекциониста, задачей которого является организация и проведение регулярных посещений ЛЖВ, находящихся в больнице. Такой вариант полностью устроил администрацию больницы, и в результате уже около года там проводятся регулярные семинары и консультации для ЛЖВ. Также ЛЖВ получают информацию об ОФ «Куат».

ОФ «Матрица 2005», Кыргызстан. Некоторые антиретровирусные лекарства (эфавиренц и невирапин, например) влияют на метаболизм метадона и вызывают симптомы, схожие с синдромом отмены. Если пациенту одновременно предписан прием одного из этих препаратов и метадона, то дозу метадона необходимо увеличить и/или разбивать на 2 приема.

Выдача метадона в г. Бишкек осуществляется на базе наркологического диспансера и проводится один раз в день. Одной из пациенток ЗТ, для предотвращения симптоматики синдрома отмены, требовалось разбить ежедневную дозу метадона на 2 приема, но сотрудники наркодиспансера не хотели оставаться на работе несколько лишних часов, чтобы ждать прихода всего одной пациентки.

По инициативе ОФ «Матрица 2005», выдача метадона для этой пациентки была организована на базе этого НПО-ЛЖВ. Медицинская сестра, работающая в «Матрице 2005» получает в наркологическом диспансере двухдневную дозу метадона для данной пациентки и выдает ей метадон в помещении «Матрицы 2005». Для хранения метадона в организации выделен сейф, ведется журнал учета, аналогичный подобному журналу в наркодиспансере. Процедура получения и выдачи метадона согласована с центром СПИД и наркологическим диспансером.

Потенциал НПО ЛЖВ для участия в процессах принятия решений на региональном, национальном, местном уровнях. В основном работа НПО-ЛЖВ сконцентрирована на местном уровне. Поэтому подавляющее большинство НПО-ЛЖВ имеют опыт участия в процессах принятия решений только на уровне города или области. Но, учитывая специфику финансирования, когда подавляющая часть средств приходит из международных организаций или национального

бюджета, и большое количество этических вопросов, возникающих при организации и реализации программ профилактики и лечения, что сильно политизирует всю работу, связанную с ВИЧ-инфекцией, на местном уровне принимается лишь очень незначительная часть решений. Почти все решения принимаются на национальном и международном уровнях, и только их исполнение зависит от местных медицинских и социальных учреждений, административных и законодательных органов государства.

На данный момент лишь единицы из существующих НПО-ЛЖВ целенаправленно (осознанно) участвуют в процессах принятия решений на национальном и региональном уровнях. К ним относятся: «Казахстанский союз ЛЖВ», Казахстан; «СПИН+», Таджикистан; «Гули Сурх», Таджикистан; «Ишонч ва Хает»²⁰, Узбекистан; «Защита детей от СПИДа»²¹, Казахстан.

Потенциал развития партнерства и участия в принятии решений. Потенциал участия в принятии решений состоит из:

- доступа к лицам, принимающим решения и лидерам общественного мнения;
- возможности предоставлять информацию, которая важна для принятия качественных решений, и анализировать ее;
- возможности способствовать реализации принятых решений.

Доступ к лицам, принимающим решения. На сегодня НПО-ЛЖВ имеют много возможностей для широкого и регулярного доступа к людям, принимающим решения, как в государственных структурах, так и в международных организациях. Практически все НПО-ЛЖВ имеют взаимодействие с местными или национальными государственными учреждениями, оказывающими ЛЖВ помощь и поддержку. Представители ЛЖВ есть в страновых координационных комитетах (за исключением Узбекистана, где СКК был недавно реструктурирован и представителей ЛЖВ там пока нет). В каждой стране НПО-ЛЖВ или активисты из числа ЛЖВ регулярно приглашаются для участия во встречах, организуемых агентствами и программами ООН или международными организациями и проектами.

Все координационные структуры, международные и региональные сетевые объединения имеют веб-сайты и электронные рассылки, в рамках которых можно не только получать информацию, но и распространять свою информацию, инициировать дискуссии.

Следующие координационные структуры и сетевые объединения, работающие в Центральной Азии, имеют активные электронные рассылки:

- страновые координационные комитеты;

²⁰ Недавно руководство организацией сменилось. Новые руководители такого опыта не имеют.

²¹ Недавно руководство организацией сменилось. Новые руководители такого опыта не имеют.

- тематические группы ООН по ВИЧ/СПИДу;
- национальные сети СПИД-сервисных НПО (есть в Казахстане и Кыргызстане);
- национальные сети НПО, работающих в области снижения вреда от употребления наркотиков (есть в Казахстане и Кыргызстане);
- национальные сети ЛЖВ (есть в Казахстане и Кыргызстане);
- «Восточноевропейское и Центральноеазиатское объединение ЛЖВ» (ВЦО ЛЖВ);
- Евразийская сеть снижения вреда (EHRN);
- International Treatment Preparedness Coalition (индивидуальное членство).

Веб-сайты есть у каждой международной организации и проекта, работающего в Центральной Азии.

Представители НПО-ЛЖВ или их партнерских организаций входят в организационные и тематические комитеты международных конференций (например, Камила Фатыхова, НАННОУз, Узбекистан, входит в Комитет «Лидерство» международной конференции по СПИДу, Вена, 2010 г.), что дает возможность влиять на выбор тем и спикеров этих конференций.

Возможность предоставлять информацию, которая важна для принятия качественных решений, и анализировать ее. Такая возможность у НПО-ЛЖВ есть. Они могут:

- собирать данные о поведении (включая рискованное в плане передачи ВИЧ) и потребностях наименее доступных для государственных учреждений и международных организации групп ЛЖВ – ПИН, МСМ, ЛЖВ, проживающих в сельских районах;
- помогать в планировании и обеспечении качества исследований, затрагивающих интересы ЛЖВ (например, создавая этические комитеты исследований);
- помогать в оценке планируемых, текущих и завершенных программ помощи и поддержки для ЛЖВ (*client driven evaluation*), включая анализ причин недостаточной приверженности ЛЖВ лечению.

За редким исключением, все НПО-ЛЖВ уже имеют опыт сотрудничества с государственными учреждениями и международными организациями в планировании и проведении исследований, включая дозорный эпиднадзор. Также некоторые из НПО-ЛЖВ выступали в роли инициаторов исследований.

Возможность способствовать реализации принятых решений. НПО-ЛЖВ имеют хорошие связи с разными группами ЛЖВ, и опыт сотрудничества с местными учреждениями, и могут выступать как в роли непосредственных исполнителей принятых решений, так и в роли адвокатов этих решений на местном уровне.

Кроме того, имея опыт поиска финансирования и привлечения волонтеров, НПО-ЛЖВ могут способствовать привлечению дополнительных ресурсов для реализации принятых решений:

- привлекать к работе ЛЖВ и их близких/друзей в качестве волонтеров;
- привлекать внимание и поддержку со стороны международного сообщества через международные сетевые объединения, в которых они участвуют, и мероприятия, такие как международные конференции например;
- проводить активный фандрайзинг среди международных фондов и агентств, а иногда и среди местного бизнеса (примеры получения поддержки от коммерческих организаций для мероприятий и программ, направленных на поддержку ЛЖВ, существуют в Казахстане – «Казахстанский союз ЛЖВ», ОФ «Защитим детей от СПИДа», в Кыргызстане – ОФ «Крик журавля» и в Узбекистане – НАННОУз).

Препятствия для реализации имеющегося потенциала. Основными препятствиями для реализации имеющегося потенциала НПО-ЛЖВ для участия в принятии решений и выстраивания партнерств на национальном и региональном уровнях являются:

- отсутствие скоординированной и ясной позиции по поводу стратегических приоритетов и эффективных подходов в развитии помощи и поддержки ЛЖВ;
- слабый механизм легитимного представительства интересов местных НПО-ЛЖВ на национальном, региональном и международном уровнях (такой механизм есть только в Казахстане в виде «Казахстанского союза ЛЖВ»);
- слабая коммуникация между собой и с партнерами, в том числе в отношении решения конфликтов;
- недостаток опыта в организации устойчивых волонтерских программ для вовлечения ЛЖВ;
- отсутствие устойчивой и эффективной внешней поддержки для местных лидеров из общества ЛЖВ.

Выводы и рекомендации

Общие выводы и рекомендации:

1. НПО-ЛЖВ обеспечивают социальную поддержку наиболее социально уязвимым ВИЧ-инфицированным и их семьям. Тем самым они являются важным потенциальным партнером для правительств и международных организаций в повышении качества мер, нацеленных на обеспечение универсального доступа к профилактике, лечению, помощи и поддержке в связи с ВИЧ-инфекцией.

2. НПО-ЛЖВ, как и сообщество ЛЖВ, еще молоды и только проходят процесс формирования. Все они сегодня являются лидер-ориентированными, поэтому поддержка лидеров из числа ЛЖВ является критически важной для обеспечения дальнейшего развития НПО-ЛЖВ и для сплочения сообщества ЛЖВ.

3. В основном НПО-ЛЖВ ведут свою деятельность на местном уровне. Но многие важ-

ные для ЛЖВ решения принимаются на уровне страны или региона. Для участия в принятии этих решений НПО-ЛЖВ нужно развивать партнерство друг с другом, создавать сетевые объединения на уровне стран и региона, что требует прозрачного процесса согласования между НПО-ЛЖВ приоритетов деятельности и демократического процесса делегирования представительских функций.

4. Сегодня основными партнерами НПО-ЛЖВ являются международные организации и местные государственные учреждения. Для дальнейшего развития НПО-ЛЖВ и их эффективного и конструктивного участия в процессах принятия решений на национальном и региональном уровнях, НПО-ЛЖВ нужно развивать конструктивное партнерство с правительственными структурами, а также с НПО, созданными другими сообществами, затронутыми эпидемией ВИЧ-инфекции.

5. Ресурсы, которые сегодня используют НПО-ЛЖВ, предоставляются международными организациями. К сожалению, предлагаемая ими помощь и поддержка нестабильны и в некоторых случаях не совпадают с приоритетными интересами ЛЖВ. Для устойчивой работы и более точного учета потребностей сообщества, НПО-ЛЖВ необходимо использовать ресурсы, имеющиеся внутри самого сообщества, создавая условия для развития взаимопомощи между членами сообщества. Также важно способствовать широкому и значимому вовлечению ЛЖВ в процессы принятия решений и реализацию программ на местном, национальном и региональном уровнях.

Рекомендации по приоритетному развитию потенциала НПО-ЛЖВ:

1. НПО-ЛЖВ важно укреплять и расширять их связь с местными сообществами. При этом роль НПО должна заключаться в выявлении проблем членов местного сообщества, мобилизации внутренних ресурсов сообществ для решения этих проблем и построении эффективного партнерства с органами власти, другими НПО и международными организациями. При невозможности НПО ЛЖВ наладить устойчивую связь с сообществом и выполнять вышеперечисленные функции есть риск, что сегодняшние НПО-ЛЖВ прекратят свое существование или превратятся в НПО «широкого спектра», не представляющими интересы какого-либо конкретного уязвимого сообщества. Тем самым они утратят свою уникальность и перестанут быть важными партнерами для государственных ин-

ститутов и учреждений и международных организаций.

В связи с этим, первой задачей в развитии потенциала НПО-ЛЖВ является внедрение компонентов взаимопомощи между членами сообществ как способа их вовлечения в работу организации во все проекты и программы НПО-ЛЖВ и их объединений.

НПО-ЛЖВ должны включить в свои рабочие планы мероприятия по организации взаимопомощи между представителями уязвимых сообществ и включить в свои органограммы структуры и инструменты, позволяющие участвовать в их работе широкому кругу представителей сообщества. Наиболее простыми из таких инструментов и структур могут быть наблюдательные советы сообщества и регулярные опросы клиентов о качестве и актуальности предоставляемой НПО-ЛЖВ помощи и поддержки.

Государственные институты и международные организации могут способствовать развитию НПО ЛЖВ, включив сотрудничество представителей сообществ в работе НПО-ЛЖВ в список условий для участия в грантовых конкурсах и проектах, поддержанных ГФАТМ, и предоставив техническую поддержку для обучения лидеров и сотрудников НПО-ЛЖВ созданию и поддержке волонтерских программ взаимопомощи. Как показывает опыт разных стран, наиболее эффективной является взаимопомощь в виде консультирования «равный—равному»²², группы взаимопомощи^{23, 24} и волонтерские программы социального сопровождения, построенные по принципу *buddy-care*^{25, 26, 27}.

2. НПО-ЛЖВ должны уделять адекватное внимание профессиональному и личностному развитию своих сотрудников и волонтеров, в том числе профилактике эмоционального выгорания. Для выполнения этой задачи НПО-ЛЖВ необходимо регулярно (как минимум ежегодно) проводить оценку потенциала своих сотрудников и волонтеров и планировать их обучение и другую поддержку. Принимая во внимание, что значительная часть лидеров и сотрудников НПО-ЛЖВ сами относятся к уязвимым группам, такая работа будет иметь двойной положительный результат — оказание поддержки представителям уязвимых групп и развитие потенциала организации. Учитывая, что многие лидеры и активисты НПО-ЛЖВ имеют химические зависимости, важно выстроить хорошие партнерские отношения с наркологическими и психиатрическими службами, чтобы люди, в первую очередь активисты и лидеры НПО-ЛЖВ, имеющие проблемы, связанные с зависимостями

²² По поводу консультирования «равный—равному» см. примечание 18 выше.

²³ Carlton T., Beck R., Allen H., «Self-support groups for HIV seropositive people», *American Rehabilitation*, Autumn 1993.

²⁴ Недзельский Н., «Поддержка людей, живущих с ВИЧ», ИНФО+, 2003.

²⁵ Velentgas P., Bynum C., Zierler S., «The Buddy Volunteer Commitment in AIDS Care», *Am. J. Public Health*, 1990; **80**, 1378–1380.

²⁶ Zuyderduin J.R., «The buddy system of care and support for and by women living with HIV or AIDS in Botswana», *Int. Conf. AIDS*, 2004, Jul. 11–16; **15**, abstract no. MoPeD3752.

²⁷ Burrage J., Demi A., «Buddy Programs for People Infected With HIV», *J. Assoc. Nurses in AIDS care*, 2003, Vol. 14, Issue 1, p. 52–62.

ми, могли вовремя обращаться за профессиональной помощью и получать эту помощь.

Государственные институты и международные организации могут способствовать этому, позволив (а лучше — рекомендовав!) направлять до 10%²⁸ от получаемых в рамках грантов и тендеров средств на мероприятия по повышению потенциала сотрудников и волонтеров организации.

3. Местным НПО-ЛЖВ необходимо разработать согласованную друг с другом и простую в использовании систему мониторинга и оценки качества своей деятельности. Не получая сами для себя и не предоставляя окружающим ясных и достоверных данных о результатах своей работы, НПО-ЛЖВ не смогут привлекать представителей сообщества к поддержке работы организации, проводить долгосрочное планирование и строить взаимодействие с ключевыми партнерами из числа правительственных учреждений и институтов и международных организаций.

Важно, чтобы индикаторы для мониторинга и оценки отражали, в первую очередь, потребности самой организации и представляемого ею сообщества. Для этого НПО-ЛЖВ нужно переходить от ситуационного проектного планирования в ответ на грантовые программы и тендеры к программному (долгосрочному, на 2–3 года) планированию, когда цели и мероприятия определяются, исходя из потребностей местных сообществ.

Для выполнения этой задачи НПО-ЛЖВ должны расширить спектр ресурсов, которые они могут использовать для реализации своей деятельности. В первую очередь, за счет внутренних ресурсов сообществ, представители которых создали организацию (например, время волонтеров, связи и материальные ресурсы, имеющиеся у представителей сообществ).

Государственные и международные партнеры НПО-ЛЖВ могут способствовать этому, меняя принципы поддержки работы НПО-ЛЖВ, постепенно уменьшая финансирование отдельных краткосрочных проектов и расширяя долгосрочные партнерские программы с НПО-ЛЖВ, основанные на согласовании и совместном достижении долгосрочных целей.

²⁸ Друкер П. «Задачи менеджмента в 21 веке», «Вильямс», Москва, 2007 г.

Рекомендации о роли Региональной сети в оказании поддержки местным НПО-ЛЖВ и их лидерам. Роль Сети в оказании поддержки местным НПО-ЛЖВ заключается в создании условий для обмена информацией и координации между ними, и представления интересов и мнения местных НПО-ЛЖВ в процессах принятия решений на национальном и региональном уровнях.

В первую очередь, это обобщение и анализ потребностей и интересов сообществ и местных НПО-ЛЖВ, и помощь им в выработке общей согласованной позиции, которая может быть представлена правительствам и региональным партнерам (адвокация и представление интересов).

Для обеспечения обмена между местными НПО-ЛЖВ информацией и опытом, а также для согласования общей позиции в диалоге с правительствами и региональными партнерами, Сеть должна способствовать выработке согласованных стандартов качества работы НПО-ЛЖВ и единой профессиональной терминологии.

Кроме того, Сеть может стать инициатором региональных программ, в реализацию которых могут быть вовлечены многие местные НПО-ЛЖВ. Тематика для таких программ могут служить как общие потребности самих организаций, например в обучении и поддержке сотрудников и волонтеров, так и интересы сообществ, например мигрантов и их семей, или национальных меньшинств и населения приграничных районов.

Искренняя признательность коллегам и друзьям, без помощи и деятельного участия которых провести данную работу было бы невозможно: А. Дерябиной, Е. Кудусовой, З. Мусаевой, Р. Назаровой, С. Ашимовой (проект ПОТЕНЦИАЛ/USAID), Б. Тургунбаеву («Ассоциация СПИД-сервисных организаций», Шымкент), Е. Калиниченко (ОФ «Terra Sana»), Е. Яковлевой, И. Ибрагимову, Н. Шумской (AFEW), К. Фатыховой (НАННОУз), К. Алсеитову (ОФ «Балакай-Шымкент»), Л. Аманжоловой, Н. Аманжолову (Казахстанский союз ЛЖВ), М. Смелянской (IHRD), Н. Саиру (ОФ «Куат»), П. Джамолову (НО «СПИН+»), Р. Сарбаеву (НАННОУз), С. Камиловой (НО «Гули Сурх»), С. Прадлоу (проект CARHAP), Т. Шумилиной (UNAIDS).

АСИ

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

ВИЧ-инфицированные челябинцы готовы объединяться для решения проблем

Региональный форум отделения Всероссийской общественной организации «Объединение людей, живущих с ВИЧ» прошел в Челябинске. В нем приняли участие как члены организации, так и те, кто только намерен ими стать. По словам представителя НКО в Челябинской об-

ласти Антона Рязанцева, цель форума — начать работу по созданию плана действий для решения проблем ВИЧ-инфицированных с их непосредственным участием. В июне 2010 года региональное отделение НКО намерено провести на эту тему слет с участием представителей региональных властей и общественных организаций. Форум проходил в преддверии стратегического планирования ВО ЛЖВ.

«Звезды против СПИДа» в Орле

В октябре 2009 г. в Орловском Городском центре культуры (ДК ДорМаш) был представлен уникальный международный фотопроjekt Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) «Звезды против СПИДа».

Участники проекта – 25 актрис, журналисты, редакторы, певицы, спортсменки и другие известные женщины России и Украины – считают своим долгом громко и открыто говорить о толерантности и снижении стигмы по отношению к людям, живущим с ВИЧ. Им всем небезразлично, что сегодня Россия и Украина являются лидерами в Европе по количеству новых зарегистрированных случаев заболевания ВИЧ-инфекцией. Сегодня в мире более 33 миллионов людей ВИЧ-инфицированы. В России количество официально зарегистрированных ВИЧ-инфицированных приближается к 600 тыс., т.е. примерно все население двух городов, таких как Орел, живет с ВИЧ, и это только официальная статистика. Российские исследователи предполагают, что из трех ВИЧ-положительных людей в России только один знает о своем ВИЧ-статусе, двое – еще не представляют, что столкнулись с этой проблемой. Ежедневно диагноз ВИЧ получают более 110–120 россиян, причем каждый 8-й из 10 людей, живущих с ВИЧ, моложе 30 лет.

В Орловской области уровень распространенности заболевания пока остается невысоким. По официальным данным 1121 жителей Орловской области живут с диагнозом ВИЧ. Однако статистика неумолима – каждый год регистрируется более 100 новых случаев ВИЧ-инфекции. Важно отметить все большее количество случаев ВИЧ-инфекции среди девушек и женщин, которые получили ВИЧ при сексуальных контактах.

К сожалению, информированность нашего населения о ВИЧ оставляет желать лучшего. Отсюда появляются всевозможные страхи и растет дискриминация по отношению к людям, живущим с ВИЧ. Невежество и бездействие способствуют эпидемии СПИДа. В наших руках сохранить свое здоровье и помочь тем, кто оказался один на один с диагнозом ВИЧ.

Панорамные фотопортреты для проекта «Звезды против СПИДа» выполнены известным фотографом Сержем Головачем. Среди участниц проекта – актрисы Марина Александрова, Дина Корзун, певица Диана Гурцкая, телеведущие Елена Ханга и Татьяна Миткова, олимпийская чемпионка и депутат Государственной думы Светлана Хоркина, прима-балерина Большого театра Светлана Захарова и др.





Не случайно ЮНЭЙДС обратился за поддержкой проекта «Звезды против СПИДа» к женщинам. Во все времена женщина являлась хранительницей очага, заботящейся о продолжении рода, здоровье и благополучии семьи. Своим участием они говорят: «Проблему ВИЧ/СПИДа надо обсуждать громко, преодолевая негласные запреты и предубеждения в обществе. Надо сделать так, чтобы грамотной информацией о ВИЧ владел каждый и чтобы в обществе присутствовала толерантность по отношению к людям, живущим с ВИЧ».

Этот проект о любви к самому себе и близким, уважении друг друга, терпимости и понимании, побуждает каждого задуматься об этих вечных и столь актуальных сегодня ценностях.

Фотограф Серж Головач сумел выразить эту боль, это сострадание и сопереживание в портрете каждой участницы проекта «Звезды против СПИДа». Двадцать пять его панорамных портретов создают особое поле, в котором чувствуются и тревога, и красота, и надежда.

На открытии фотовыставки выступали представители администрации города, был организован круглый стол на тему «Эффективное взаимодействие государственных, некоммерческих организаций, работающих в области ВИЧ/СПИД в г. Орле и социальная ответственность бизнеса и СМИ».

В рамках пресс-конференции прошла презентация нового городского Интернет-портала, посвященного проблематике ВИЧ/СПИДа и наркомании в Орловской области, который был разработан Орловской общественной организацией «Феникс ПЛЮС». Планируется, что открытие Интернет-портала станет частью информационно-профилактической кампании среди молодежи Орловской области, которую обещала поддержать компания ООО «Кока-Кола Боттлерз Орел».

Мероприятия организованы Орловским областным СПИД-центром и ООО «Феникс ПЛЮС» при поддержке Всероссийского объединения людей, живущих с ВИЧ.

Дмитрий Медведев: «Национальные проекты стали одной из самых удачных социальных программ за последние 20 лет»

Дмитрий Медведев провел первое в 2010 году заседание Совета по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике, посвященное вопросам образования, здравоохранения и демографии.

Открывая заседание, Президент подчеркнул, что работа с национальными проектами остается одним из приоритетов в сфере государственного развития. По его словам, нацпроекты доказали свою эффективность и стали одной из самых удачных социальных программ за последние 20 лет, «масштабной и в достаточной мере универсальной».

В частности, результатом реализации нацпроекта в сфере здравоохранения стало снижение младенческой и материнской смертности, а также рост рождаемости. В августе 2009 года впервые за последние 20 лет рождаемость превысила смертность, отметил Президент.

Среди основных успехов и приоритетов национально-го проекта в сфере здравоохранения Президент назвал рост числа женщин и детей, получающих высокотехнологичную медицинскую помощь, внедрение технологий выхаживания новорожденных, поддержку семей, которые имеют детей.

1 января 2011 года завершается первый этап реализации плана мероприятий концепции демографической политики. Чтобы выполнить намеченные показатели, по мнению Президента России, необходимо последовательно внедрять современные технологии выхаживания детей первого года жизни и обеспечивать дальнейшее развитие сети перинатальных центров, уделять особое внимание здоровому образу жизни детей и подростков, в том числе профилактике алкоголизма и наркомании, развитию физической культуры, спорта, обеспечению здорового и полноценного питания.

Кроме того, органам власти субъектов федерации необходимо активно взаимодействовать с общественными и благотворительными организациями с целью реализации программ помощи детям и женщинам, в том числе детям-сиротам, семьям с детьми-инвалидами, а также неблагополучным семьям. Президент напомнил правительству и законодательной власти о необходимости завершить разработку законодательства, направленного на повышение эффективности работы благотворительных организаций по поддержке семей с детьми.

Германия выделит Кыргызстану более 4 миллионов евро на борьбу с ВИЧ/СПИДом

Министр финансов Кыргызской Республики и представитель немецкого государственного банка развития KfW подписали договор о выделении свыше 4 миллионов евро на финансирование программы противодействия ВИЧ/ СПИДу в Кыргызстане.

Выделяемые средства планируется использовать, в частности, для модернизации банков донорской крови на национальном и областном уровнях, приобретения и установки оборудования и систем тестирования, оплаты консультативных услуг специалистов.

Руководство реализацией программы будет осуществляться Министерством здравоохранения Кыргызской Республики и Федеральным министерством экономического сотрудничества и развития Германии.

Германия является самым крупным донором Кыргызстана в сфере здравоохранения — на сегодняшний день об-

щий объем оказанной ею помощи составляет 85 миллионов евро.

Основные направления сотрудничества включают борьбу с туберкулезом, ВИЧ/СПИДом, улучшение помощи матерям и детям путем создания экстренной специализированной медицинской службы. Совместно с другими международными партнерами Германия поддерживает реформу здравоохранения Кыргызстана — «Манас таалими».

С начала сотрудничества Германия предоставила Кыргызстану на цели развития 240 млн. евро, из которых 188 млн евро — через немецкий государственный банк развития KfW для реализации различных проектов в финансовой, медицинской и энергетической сферах.

Специалисты связывают рост подростковых беременностей в США с реализацией программ, основанных на пропаганде воздержания

Как показало исследование, проведенное в Институте Гуттмахера (Guttmacher Institute) и опубликованное в январе, в США с 2006 года начал регистрироваться рост числа беременностей среди подростков. Всего в 2006 году забеременели 7% американок в возрасте от 15 до 19 лет (71,5 на 1000 женщин данного возраста). Это было максимальным показателем для развитых западных стран.

Рост числа беременностей в возрастной группе от 15 до 19 лет в 2006 году (сразу на 3% по сравнению с предыдущим годом) отмечен впервые после относительно долгой стабилизации периода 1990-х годов. Также в 2006 году на 4% возросло число родов и на 1% — число аборт у девушек подросткового возраста.

Ранее устойчивый рост числа беременностей, а также аборт среди подростков и молодых женщин в возрасте от 20–24 лет отмечался в США с начала 1970-х до начала 1990-х годов, после чего фиксировалось устойчивое снижение как числа беременностей, так и числа аборт в этой возрастной группе. По мнению исследователей, основной причиной низкого числа беременностей в 1995–2002 годах среди 18–19 летних девушек (и приблизительно в 75% процентах случаев среди девушек 15–17 лет) было более активное использование методов контрацепции в тот период.

По словам директора внутренних исследований Института Гуттмахера Ларри Файнера (Larry Finer), пока неясно, является ли наблюдаемый рост числа подростковых беременностей началом продолжительной тенденции или лишь временным всплеском. Однако, отметил Файнер, по времени рост совпал с увеличением финансирования программ, направленных на пропаганду воздержания от брачных связей, при одновременном сокращении программ обучения основам сексуальных отношений и правилам защищенного секса. С конца 1990-х годов на программы пропаганды воздержания было потрачено около 1,3 млрд долларов, в том числе за время правления Джорджа Буша (2001–2009 гг.) — более 100 млн. долларов из федерального бюджета и приблизительно 50 млн. долларов из бюджетов штатов.

В федеральном бюджете на 2010 год, разработанном администрацией Барака Обамы, предусмотрено снижение расходов на программы, ориентированные исключительно на пропаганду воздержания от внебрачных связей, и увеличение финансирования более комплексных образовательных программ, основанных на современных медицинских данных и содержащих информацию, соответствующую возрастным особенностям целевой аудитории.

<http://www.HIVpolicy.ru/>



8 800 200 5555

РАВНЫЙ-РАВНОМУ

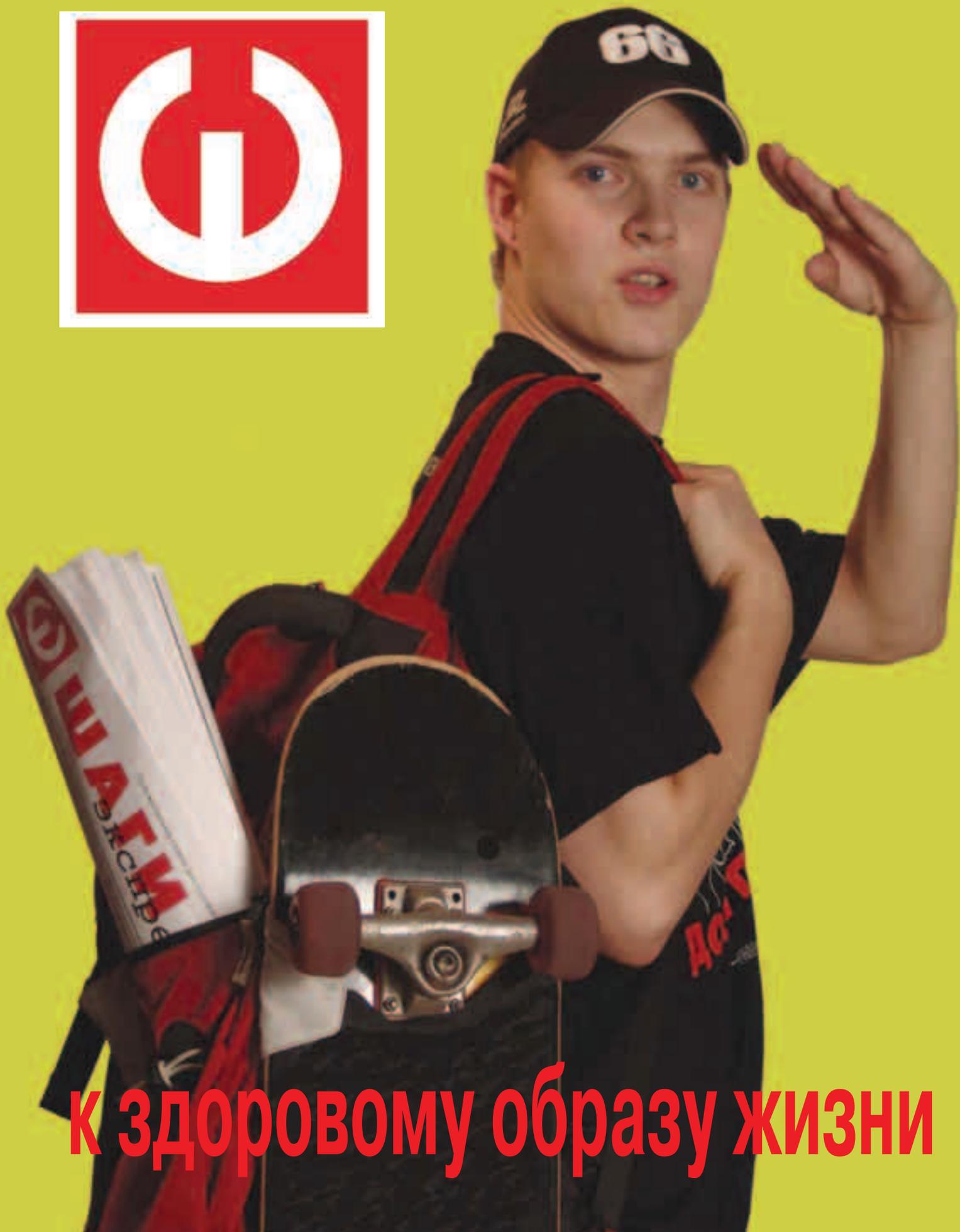
ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ-ПОЛОЖИТЕЛЬНОМУ

ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ

«ШАГИ»

www.hiv-aids.ru

С газетой «Шаги экспресс»



к здоровому образу жизни