

ШАГИ

№ 4/2009

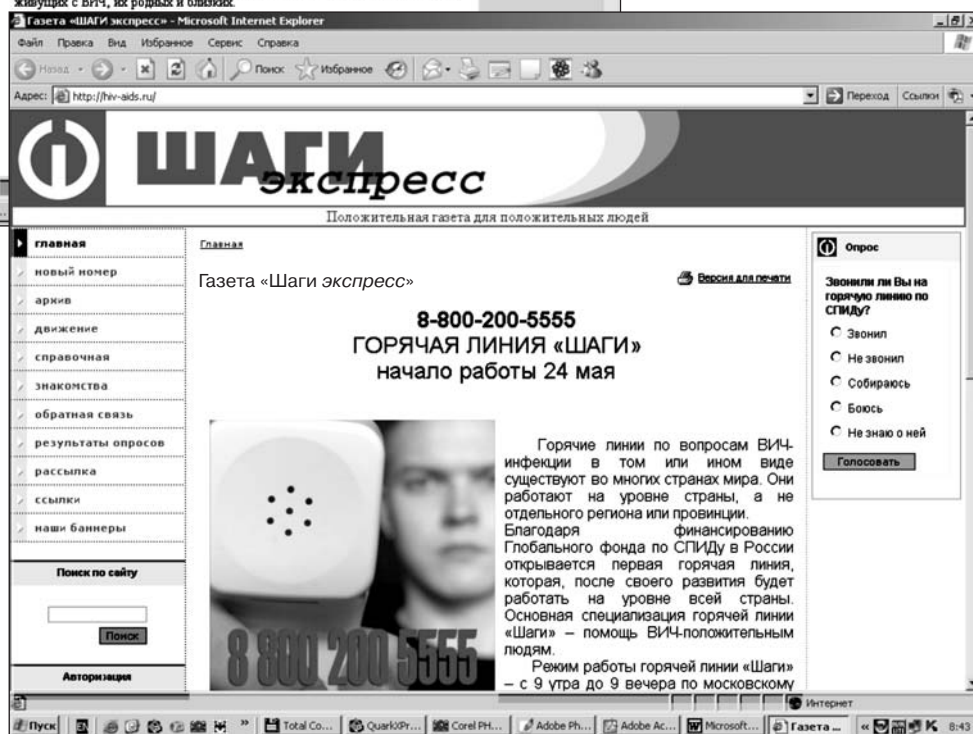
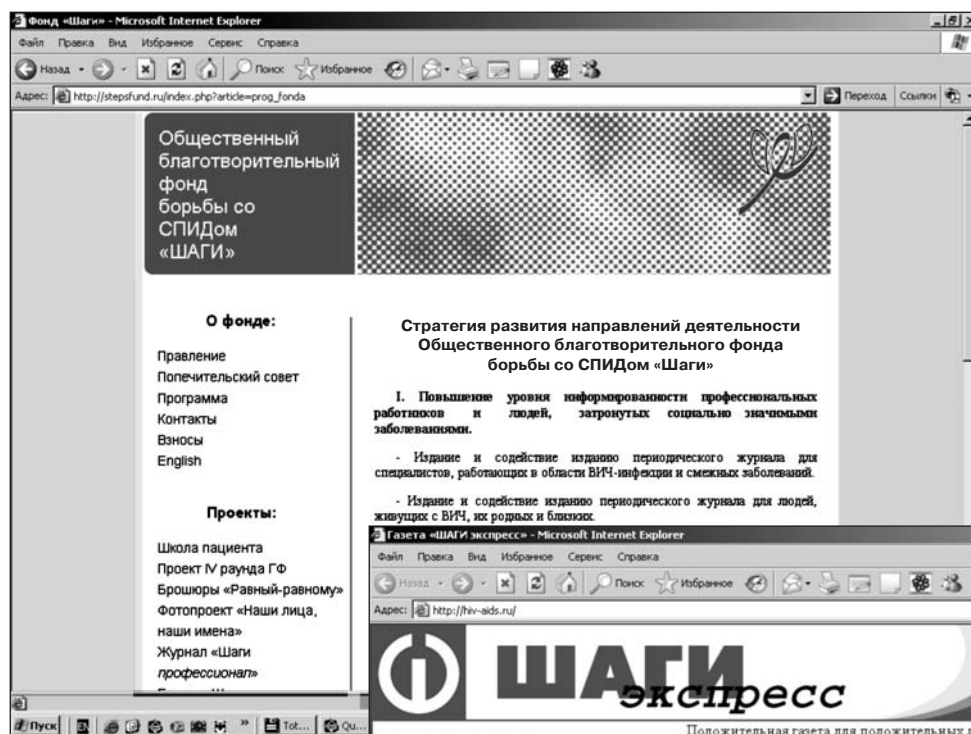
профессионал

*«Сегодня основная необходимость —
объединение всех сил».*

Стр. 14



Александр Цеханович



Сайты фонда «Шаги»
и газеты «Шаги экспресс»

www.stepsfund.ru

www.hiv-aids.ru

СОДЕРЖАНИЕ

Первая Всероссийская конференция ВО «Объединение людей, живущих с ВИЧ»	2
Лица	
Александр Цеханович: «Сегодня основная необходимость — объединение всех сил»	14
Протокол заседания жюри Всероссийского конкурса «ВИЧ/СПИД. Знать — значит жить» (Москва, 29 июня 2009 года)	24
Обзоры мировых медицинских журналов	26
Эпидемия в числах — группы населения повышенного риска	42
ИППП, в том числе ВИЧ, среди MSM. Проблемы и пути решения Т.Ф. Бондаренко	54
В помощь лечащему врачу	
Препараты, используемые для лечения ВИЧ-инфекции	77
Организация комплексной профилактики ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С среди уязвимых групп населения	85
Непридуманные истории	
Мир не без добрых людей	92
Вести отовсюду	41, 52, 76, 84, 90, 93
Статистика	
Справка о ситуации по ВИЧ-инфекции на 30 июня 2009 года	95

«ШАГИ профессионал» № 4 (19) 2009 г.

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

Главный редактор: В.А. Пчелин.

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

Адрес редакции: 105062 Москва, а/я 302, «ШАГИ профессионал».

Телефон/факс: (495) 917-8068.

Электронная почта: editor@hiv-aids.ru

Интернет-версия по адресу: www.stepsfund.ru

Издание зарегистрировано в Федеральной службе по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия РФ. Регистрационное удостоверение ПИ № ФС77-24534, ISSN 1990-4606.

Верстка и компьютерное обеспечение: РОФ «Шаги». Тираж 1000 экз. Распространяется бесплатно.

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



Первая Всероссийская конференция ВО «Объединение людей, живущих с ВИЧ»

**«ВОО ЛЖВ:
актуальные вопросы развития»
29 июня – 3 июля 2009 года г. Москва,
Голицыно**

В подмосковном учебно-методическом центре «Голицыно» при поддержке Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), Программы развития ООН (ПРООН) и фонда «Российское здравоохранение» с 29 июня по 3 июля 2009 года проходила Первая общероссийская конференция Всероссийского объединения людей, живущих с ВИЧ (ВО ЛЖВ), на тему «ВОО ЛЖВ: актуальные вопросы развития». Ранее подобных форумов в России не проводилось.

В подмосковном учебно-методическом центре «Голицыно» при поддержке Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), Программы развития ООН (ПРООН) и фонда «Российское здравоохранение» с 29 июня по 3 июля 2009 года проходила Первая общероссийская конференция Всероссийского объединения людей, живущих с ВИЧ (ВО ЛЖВ), на тему «ВО ЛЖВ: актуальные вопросы развития». Ранее подобных форумов в России не проводилось.

Двумя основными проблемами ВИЧ-терапии делегаты форума считают недостаточность мер профилактики и отсутствие квалифицированных медицинских кадров. Недостаток внимания к профилактике подтверждает и структура бюджетных расходов: в 2009 году в рамках национального проекта «Здоровье» на лечение и диагностику ВИЧ выделяется 8,9 млрд рублей, а на профилактику — 400 млн рублей. По оценкам Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, ежегодно зараженных становится больше на 10–15% и при этом теми же темпами сокращается в стране число врачей-инфекционистов.

Общероссийская конференция Всероссийского объединения людей, живущих с ВИЧ (ВО ЛЖВ), собрала в подмосковном учебно-методическом центре «Голицыно» координаторов региональных организаций пациентов, инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), и чиновников отечественной системы здравоохранения.

Основными темами беседы стали финансирование борьбы с инфекцией, потребности врачей и пациентов, нехватка медицинских кадров, лекарственное обеспечение. И если денег, а соответственно, лекарств более или менее хватает, то с квалифицированными специалистами все наоборот.

Бюджетные ножницы

По общему мнению участников форума, основных проблем в ВИЧ-терапии две. Главная — отсутствие профилактических мер. Схожей точки зрения придерживается и глава Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом Вадим Покровский, который также считает недостаточность профилактических мер одним из самых болезненных вопросов.

Это мнение хорошо иллюстрирует структура государственных затрат на борьбу с инфекцией. В 2009 году в рамках Нацпроекта «Здоровье» на программу борьбы с ВИЧ/СПИДом из бюджета ресурсы выделены беспрецедентные — 9,3 млрд руб., из них на диагностику и лечение предусмотрено 8,9 млрд, а на профилактические меры — 400 млн руб. В следующем году затраты на лечение и диагностику ВИЧ составят 11,55 млрд руб., а на профилактику потратят все те же 400 млн.

«Эта модель очень похожа на ножницы: число инфицированных все увеличивается и на лекарственные препараты приходится выделять огромные средства просто из-за того, что никаких мер не принимается для профилактики. Допустим, в тех же США ежегодно на профилактику выделяется по 3 доллара на человека, то есть в 10 раз больше, чем у нас. У них процент прироста зараженных ниже, однако с проблемой справиться все равно не могут», — пояснил Покровский.

Другие источники

В борьбе с распространением вируса также задействованы средства из других источников. Например, фонд «Российское здравоохранение» (подразделение Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией), бюджет которого формируют различные международные организации, до 2010 года предоставляет лекарства мигрантам, иностранцам и людям из группы риска и других групп на сумму 120 млн долларов.

В 2011 году, когда фонд завершит финансирование программ профилактики, правительство России добавит в госпрограмму 1 млрд рублей на профилактику инфекции. К этому времени должен быть обеспечен полный доступ больных СПИДом к лекарственной терапии, а к 2015 году массовое распространение инфекции должно быть прекращено. Эти планы Россия озвучивает на международных правительственных встречах, в частности, на встречах «Большой восьмерки». Однако ряд вопросов не решен.

Кадровый голод

Вторая проблема — тотальная нехватка медицинского персонала. «Помощь ВИЧ-инфицированным оказывают врачи-инфекционисты, — рассказывает Вадим Покровский. — Сейчас это практически вымирающая специальность. Можно наблюдать огромный отток кадров, люди уходят в практическую медицину. Основная причина — слишком маленькие зарплаты, у врачей практических специальностей они значительно больше. Сегодня государство выделяет миллиарды рублей, но предполагается, что пойдут они лишь на лекарства, а проблему с кадрами регионы должны решать сами. Хотя это очень сложно, ведь как раз в регионах проблема стоит особенно остро. Зачастую в районе просто нет инфекциониста».

Когда в районе не оказывается нужного специалиста, людям, страдающим ВИЧ, приходится ездить в районный центр СПИДа, то есть тратить на это собственные время и деньги. По данным В. Покровского, ежегодно число зараженных увеличивается на 10–15%, пропорционально сокращается и число врачей. То есть потребность растет, а ресурсы падают.

«При этом инфекционисты — важная специальность. ВИЧ ведь не единственное поле их деятельности. Допустим, случится эпидемия гриппа — и что, кто будет людей лечить?» — резонно задает вопрос В. Покровский.

Когда врачи не хотят

Пациенты тоже высказывают претензии к медикам, и главным образом, из-за низкой квалификации. Также среди проблем называют отсутствие необходимой специализации, косность мышления и нежелание вникать в проблемы больных. Участники пациентских организаций отмечают, что медикам, которые еще 25 лет назад называли ВИЧ «чумой XX века», ведущей к неизбежной гибели человека, сегодня трудно перестроиться на современный лозунг «С этой болезнью можно жить». И если в региональных центрах СПИДа врачи еще обладают достаточной квалификацией, то медицинский персонал в обычных, неспециализированных больницах и поликлиниках вести грамотную работу по лечению и профилактике ВИЧ не может.

«В первом квартале 2009 года мы провели соцопрос среди гинекологов и организаторов здравоохранения в Оренбурге, где зашкаливающая инфицированность и где международные организации проводили уже пять крупных проектов по профилактике ВИЧ/СПИДа. Получили ужасающую статистику, — говорит генеральный директор российской ассоциации «Народонаселение и развитие» Любовь Ерофеева. — 78% отвечавших врачей декларируют свою лояльность к пациентам с ВИЧ. При этом 70% из них считают для себя жизненно важным знать статус пациента, 43% из них поделились бы этой информацией с коллегами. А 18% медиков готовы в повседневной жизни прекратить отношения с ВИЧ-инфицированными».

При этом, по ее словам, 57% медиков считают, что должны работать по профилактике ВИЧ, но им не хватает денег, времени и знаний.

Даже в крупных городах непрофильные лечебно-профилактические организации отказывают в госпитализации при обычных заболева-

ниях, специалисты женских консультаций не знают, как вести инфицированных беременных, в неспециализированных роддомах мало кто из врачей готов принимать у них роды.

Координатор ВО ЛЖВ в Ростове-на-Дону Наталья Цуник сама рассказывает, что когда она пришла рожать, первое, что услышала в отделении: «Вот только вас нам и не хватало!» По ее словам, специалисты женских консультаций зачастую и не пытаются воспитать у инфицированных женщин приверженность к терапии, не умеют и не хотят профессионально работать по профилактике.

«Большая часть ВИЧ-инфицированных женщин получает в центрах по борьбе со СПИДом дорогие лекарства и тут же их выбрасывает», — возмущается она.

Советник по информационной политике и связям с общественностью ЮНЭЙДС Анна Черняховская объясняет подобное отношение россиянок к препаратам бытующим мифом о вредности лекарства для ребенка. Именно медики, по ее словам, обязаны бороться с такого рода предрассудками, но не делают этого.

Любовь, жизнь, вера

Вместе с тем участники конференции отмечают, что современное российское общество стало более терпимым по отношению к больным ВИЧ/СПИДом. «Проблема дискриминации ВИЧ-инфицированных накручена и раздута, — уверен координатор ВО ЛЖВ по Тверской области Денис Казаков. — Чиновники открыто нас уже не прогоняют, ведь такое отношение — признак невежества и несовременности. А от медперсонала можно запросто услышать: «Не будем вас лечить». Сначала врач выставит вас за дверь, потом отчитывается перед начальством, что с ВИЧ-инфицированными проблем нет».

В свою очередь координатор по Ленинградской области Сергей Волков полагает, что толерантность в целом растет: «Я провел эксперимент: сообщил о своем статусе в службу занятости — и из четырех работодателей мне отказал только один».



Председатель координационного совета ВО ЛЖВ Владимир Маяновский говорит, что главная задача объединения — повысить качество жизни каждого человека, затронутого эпидемией ВИЧ/СПИДа в России. Ключевой вопрос для организации — определить свои лоббистские силы, уточнить возможности для эффективного противостояния эпидемии ВИЧ/СПИДа и взаимодействия с государством. Как отмечает Анна Черняховская, сегодня у ВО ЛЖВ есть и структура, и лидеры, и партнеры за рубежом, члены организации ведут группы взаимопомощи, поддерживают Общероссийскую Горячую линию, особое внимание уделяют женщинам и детям, живущим с ВИЧ, оказывают паллиативную (улучшающую качество жизни больного и его семьи) помощь обреченным больным, поддерживают освободившихся из мест лишения свободы. Неспроста аббревиатуру названия организации ее члены расшифровывают как «Любовь, жизнь, вера».

Темпы распространения ВИЧ в России не сокращаются

Сегодня в мире проживают 36 млн человек, зараженных ВИЧ. От этого вируса ежегодно умирают 2 млн человек. В то же время каждый год регистрируется 2,7 млн новых инфицированных. По данным Роспотребнадзора, только в 2008 году в России выявлено 50 167 носителей вируса. По состоянию на 1 января текущего года в стране официально зарегистрировано 469 016 зараженных СПИДом россиян. Большинство из них (62%) были инфицированы через наркотики, свыше 30% заразились через гетеросексуальные связи. По мнению специалистов, существенного сокращения темпов распространения болезни в РФ не происходит. По количеству инфицированных ВИЧ лидируют 15 российских регионов, в которых проживают 70% носителей вируса. В первую очередь это Иркутская, Челябинская, Оренбургская, Самарская, Ленинградская области, Ханты-Мансийский автономный округ. Так, сегодня в Самарской и Иркутской областях 8% мужчин (в каждом регионе) в возрасте от 15 до 30 лет являются носителями инфекции. Меньше всего инфицированных в Липецкой области. Сейчас в России проходят лечение 50 тыс. ВИЧ-инфицированных. По состоянию на май 2009 года на учете в центрах по борьбе с ВИЧ/СПИДом состоят 134 тыс. человек, и это только 35% официально зарегистрированных носителей инфекции. Практически все пациенты имеют доступ к лекарствам. При надлежащем отношении к лечению инфицированные женщины рожают здоровых младенцев. Детей, рожденных инфицированными матерями, в РФ зарегистрировано 30 тыс. человек. Из них 4,5 тыс. абсолютно здоровы, а 2,5 тыс. по разным причинам инфицированы. Остальные находятся под наблюдением.

Нужно ли объединяться в общественную организацию для того, чтобы бороться с болезнью?

Елена Малышева (ведущая телепрограммы «Здоровье»): «Мы работаем с ассоциациями пациентов больных раком и видим, как они помогают друг другу буквально во всем: например, в получении инвалидности, бесплатных лекарств. Поэтому я считаю, что подобные объединения (пациентов, родителей больных детей и так далее), безусловно, нужны, потому что люди реально приходят на помощь друг другу».

Мария Арбатова (писательница, общественный деятель): «В общественные организации люди объединяются тогда, когда исчерпывают возможность защищаться поодиночке. И совершенно не важно, продиктовано это материальными проблемами, как у дольщиков; проблемами сохранения среды обитания, как у борцов с точечной застройкой или у ВИЧ-инфицированных, пытающихся коллективом выжить в нашей стране. Ни для кого не секрет, что бесплатное медицинское обслуживание у нас в стране деградировало настолько, что даже трудно представить себе, с каким масштабом нарушения прав и унижением сталкивается инфицированный, если даже более-менее здоровый и выносливый не может добиться приема бесплатного врача-специалиста даже в центре Москвы. И он вынужден идти в платную клинику, где его поджидает врач, инструктированные бизнес-планом учреждения «сколько денег нужно отжать в среднем с пациента». Построение гражданского общества и заключается в том, чтобы люди объединялись в группы по защите собственных интересов и заставляли государство исполнять законы».

Игорь Трунов (адвокат, доктор юридических наук, профессор): «Нужна реформа нашего здравоохранения. Оно, бедное, перешло к нам по наследству от СССР и сейчас представляет собой непонятно что. Ведь сегодня даже нет закона, который бы регламентировал наше здравоохранение. Нужно четко определить правила игры. Скажем, сейчас есть определенная форма помощи государства в части дорогостоящего лечения некоторых болезней. У нас есть объединения, например, против СПИДа, туберкулеза, гепатита и так далее. И если бы они направили свою энергию в нужное русло, то есть в сторону лоббирования законодательных изменений, которые сегодня необходимы для реформы нашего здравоохранения, то тогда просто нужно выкидывать лозунг, мол, объединяйтесь! Вот тогда от этих объединений многим действительно бы стало легче. А сейчас расходуется много средств, но все они уходят, как вода сквозь песок. Сама по себе система неэффективна, и она давно уже устарела. Объединяться только ради того, чтобы психологически поддерживать друг друга, по-моему, не стоит».

Николай Герасименко (первый зампред комитета Госдумы по охране здоровья [фракция «Единая Россия»] академик Российской академии медицинских наук): «Да, в принципе в такую организацию нужно объединяться, потому что государство и медицинские учреждения решают далеко не все. А в таких аспектах, как, например, отказ от курения, борьба с алкогольной зависимостью, здоровый образ жизни и тому подобное, во всем мире одну из главных ролей играют именно общественные организации. Или, скажем, есть ассоциация больных сахарным диабетом, что тоже очень важно для таких больных. Я знаю, что эта организация очень активно действует, часто бывая в Министерстве здравоохранения и социального развития, а также в других организациях. Ведь инсулин и другие сахаропонижающие препараты для такого рода больных являются просто жизненно необходимыми. Так что подобного рода общественные организации приносят большую пользу. А ведь таких общественных объединений раньше было гораздо меньше. На мой взгляд, эти организации являются своего рода ответной реакцией на весь этот чиновничий беспредел, который сегодня творится в здравоохранении. Пациентов не лечат, гоняют по кругу и просто издеваются над ними. Вот они и стали объединяться в некие организации для того, чтобы защищать свои права. Сделать это их заставляет сама жизнь — такое вот веяние времени! Когда в поликлиниках была хорошая организация лечения, такие организации были менее востребованы.

Развитие и продвижение «равного» консультирования для людей, живущих с ВИЧ

«Термином «консультирование равных равными» обозначается специальная форма консультирования, при которой люди с определенной проблемой консультируют людей, столкнувшихся с подобной проблемой.

При этом отправным пунктом является осознание того, что люди, находящиеся в определенной ситуации, доверительнее всего могут принять помощь от людей, которые сами уже пережили такие же или похожие ситуации».

*Карл Роджерс
американский вербальный терапевт*

Этот подход был разработан в период американского «Движения независимой жизни» высокосоциальными людьми с ограниченными возможностями. Они сопротивлялись опеке со стороны экспертов-неинвалидов, веривших, будто бы знают, что для людей с ограничениями лучше всего. Напротив, инвалиды в своей области считали экспертами самих себя, так как обладали достаточной компетенцией распознать желания и нужды людей с ограниченными возможностями, и реализовать их при помощи

собственных стратегий. Так родилась концепция консультирования равных равными. Эта идея стала основой для «равного» консультирования в других областях. В нашем случае ВИЧ-положительные люди консультируют ВИЧ-положительных людей в качестве экспертов в определенной области.

Преимущества «равного» консультирования:

- Отсутствует иерархия. Консультант учится у консультируемого.

- Чуткое и сопереживающее слушание.
- Помощь в открытии собственных сил.
- Общая разработка решений.
- Отсутствие «патентованных» решений.
- Правильное «декодирование» проблем.
- Наличие времени и места, достаточного для консультации.

- Отсутствие дискриминации, оценки, осуждения.

Сложность продвижения «равного» консультирования состоит в том, что нет «ответственного» и «ответственности» за консультирование, а также понятных и прозрачных для государственных структур регламентов. В этом случае ВО ЛЖВ выступает перед этими структурами в качестве ответственного за «равное» консультирование. Для этого ВО ЛЖВ разрабатывает методики и стандарты, понятные для государственных медицинских учреждений.

На основании анализа собранных методик была разработана концепция «равного» консультирования для Всероссийского объединения ЛЖВ. Обучающие мероприятия основаны на авторской методике, а в систему отчетов легла методика, разработанная в проекте ГЛОБУС.

В настоящее время модель проходит апробацию в компонентах: обучение, оценка полученных знаний, навык применения знаний, система отчетности, мониторинг и системы повышения квалификации, специализации и супервизий.

Итогом апробации и предыдущих мероприятий станет Стандарт «равного» консультирования для Всероссийского объединения людей, живущих с ВИЧ. Использование данного стандарта будет обязательным для людей, консультирующих от имени Объединения.

Под внедрением Стандарта подразумеваются адвокативные мероприятия, направленные на признание института «равного» консультирования ВО ЛЖВ со стороны государства, медицинских работников и учреждений, чиновников, гражданского общества. Индикатором внедрения станет заключение договоров/соглашений с государственными медицинскими учреждениями на работу на их территории «равных» консультантов

После сбора достаточной информации через систему мониторинга, супервизий, в том числе от государственных медицинских учреждений, планируется развитие Стандарта «равного» консультирования по компонентам: обучение, повышение квалификации, система отчетности.

Сертификация «равных» консультантов

В рамках конференции Всероссийской общественной организации «Объединение людей, живущих с ВИЧ» проходила сертификация «равных» консультантов. Сертификат, выданный ВОО «Объединение ЛЖВ» говорит о том, что данный консультант не только прошел обучение, но и сдал экзамен, разработанный объединением и одобренный экзаменационной комиссией, в которую входят не только представители сообщества ЛЖВ, но также представители некоммерческих организаций. Данный сертификат дает право, после проведения соответствующих переговоров, заключать договоры с организациями от имени ВОО «Объединение ЛЖВ» для проведения консультаций, в том числе на территории медицинских учреждений. Помимо прав, у владельца сертификата, при условии подписания договора с ВОО «Объединение ЛЖВ», появляется обязанность, в частности, вести учет консультаций по разработанной в Организации документации, участвовать в «пациентском» мониторинге, участвовать в супервизиях, проводимых Организацией.

Разработанная адвокационная стратегия институализации «равного» консультирования дает надежду на то, что со временем «равные» консультанты, получившие сертификаты и работающие от имени ВОО «Объединение ЛЖВ» будут получать соответствующее вознаграждение за свою работу.

Сертификация ранее прошедших обучение «равных» консультантов во время конференции проходила по следующей схеме: письменный тест на знания и устный тест на знания.

Письменный экзамен заключался в том, что соискатели заполняли тест, в котором блоками были даны вопросы об основах ВИЧ-инфекции, течении заболевания, препаратах, принятии диагноза и др. Таким образом были оценены знания соискателей.

Устный экзамен заключался в беседе с предполагаемым пациентом. Консультация проходила в течение 5–10 минут. Оценивали консультацию четыре специалиста, имеющие большой опыт в консультировании.

По результатам письменного экзамена выставлялись баллы согласно количеству правильных ответов в вопроснике. Баллы суммировались, и к началу устного экзамена вывешивался список с результатами письменного экзамена соискателей. По итогам письменного экзамена соискатели, набравшие проходной балл, были допущены к устному экзамену.

Во время устного экзамена каждый из четырех экспертов (три экзаменатора и предполагаемый пациент) оценивали соискателя по определенным критериям, таким как:

- навык ведения беседы;
- использование в консультации структуры беседы;

- умение слушать, слышать, анализировать;
- использование информационных блоков;
- использование личного опыта и/или «равности» и др.

По каждому критерию каждым из экспертов выставлялись баллы по 10-балльной системе, а также были даны комментарии по поводу консультации. Далее баллы экспертов суммировались и была выставлена единая оценка по каждому соискателю.

После окончания всех консультаций, экзаменационная комиссия принимала решение, основываясь на письменном и устном экзаменах о сертификации каждого соискателя. Если по мнению экзаменационной комиссии соискатель не показал хороших результатов, то ему были даны рекомендации в том, что именно у соискателя не получается и на что необходимо обратить внимание. В этом случае сертификат выдан не был.

После принятия решения экзаменационная комиссия составила протокол сертификации, который являлся основанием для выдачи сертификационных свидетельств. Всего в письменном экзамене приняло участие 83 человека, в устном — 32.

Сама церемония выдачи свидетельств проходила во время общей конференции.

РЕЗОЛЮЦИЯ

Итоговый документ Конференции Всероссийской общественной организации «Объединение людей, живущих с ВИЧ» «ВОО ЛЖВ: актуальные вопросы развития»

Московская область, УМЦ «Голицыно»,
3 июля 2009 года

Мы, участники конференции Всероссийской общественной организации «Объединение людей, живущих с ВИЧ» «ВОО ЛЖВ: актуальные вопросы развития», состоявшейся 29 июня — 3 июля 2009 года, представляющие более 50 организаций сообщества людей, живущих с ВИЧ, из 54 регионов Российской Федерации, ссылаясь на Конституцию Российской Федерации, Декларацию ООН о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом 2001 г., Принцип расширения участия людей, живущих с ВИЧ, в противодействии эпидемии, озвученный в Декларации Парижского саммита по СПИДу 1994 г., цели универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке для людей, живущих с ВИЧ, заявляем о необходимости межсекторного взаимодействия и укрепления сотрудничества между сообществом людей, живущих с ВИЧ и государством, гражданским обществом и бизнес-сообществом с целью повышения эффективности совместных усилий в ответ на эпидемию.

Для обеспечения устойчивого развития ВОО «Объединение ЛЖВ» считаем необходимым:

Внутреннее развитие

- Разработать и внедрить в ВОО «Объединение ЛЖВ» систему мониторинга и оценки эффективности предоставляемых услуг для ЛЖВ с целью повышения качества предоставляемого сервиса (пациентский мониторинг).

- Для достижения целей ВОО «Объединение ЛЖВ» считаем необходимым организацию работы «Школы лидеров» для постоянного повышения профессиональных навыков участников ВОО «Объединение ЛЖВ».

- Развивать и укреплять окружные и тематические комитеты сообщества по направлениям деятельности ВОО «Объединение ЛЖВ» (реабилитация химической зависимости, женщины и дети, немедицинский сервис, места лишения свободы, лечение, адвокация, информация).

- Продолжать развитие единого коллцентра горячих линий ВОО «Объединение ЛЖВ» как доверенных «точек входа» с предоставлением информации по темам: ВИЧ/СПИД, вирусные гепатиты, реабилитация, туберкулез.

- Развивать площадки коммуникации ВОО «Объединение ЛЖВ» как единое информационное поле, включая создание и развитие собственных СМИ (периодические издания, «Интернет-радио», и др.).

- Проводить обучение и развивать институт «равного» консультирования среди участников объединения.

- Создать этический комитет сообщества для обеспечения условий, при которых предоставляемые людям, живущим с ВИЧ, сервисы будут свободны от стигмы в отношении различных социальных групп.

Сотрудничество с государством

- Считаем необходимым развивать участие ВОО «Объединение ЛЖВ» в работе координационных механизмов государственных структур на этапах разработки, обсуждения и принятия решений по всем вопросам, касающимся противодействия распространению эпидемии ВИЧ/СПИДа.

- Считаем важным инициировать дискуссию по проблемам людей, живущих с ВИЧ, через Общественную палату РФ и региональные Общественные палаты.

- Заявляем о заинтересованности в продвижении законодательной инициативы о льготном налогообложении для бизнес-сообществ, осуществляющих благотворительную деятельность, направленную на программы в области ВИЧ/СПИДа.

- Предлагаем инициировать процесс пересмотра Постановления Правительства № 542 от 1 мая 1996 года о запрете на усыновление, попе-

чительство и опекунов ВИЧ-положительными людьми.

- Предлагаем разработку нормативно-правового документа, гарантирующего обеспечение детей, рожденных от ВИЧ-положительных матерей, искусственными заменителями грудного молока.

- Считаем важным обратить внимание общества на необходимость изменения стереотипного видения роли людей, живущих с ВИЧ, в распространении эпидемии и целесообразности уголовного преследования при добровольных сексуальных отношениях и инициировать проведение анализа существующих позиций «за» и «против» пересмотра ст.122 УК РФ. Внесение в данную статью четких, не требующих иного толкования формулировок, основанных на методах доказательной медицины.

- Готовы сотрудничать для разработки и внедрения эффективных и прозрачных механизмов финансирования НКО из государственного бюджета на различных уровнях, включая разработку и внедрение эффективных механизмов социальных и других заказов от государства на различных уровнях.

- Считаем залогом успеха в противодействии эпидемии ВИЧ/СПИДа в РФ финансирование программ ВОО «Объединение ЛЖВ», направленных на профилактику, уход и поддержку при ВИЧ-инфекции из государственного бюджета и рассматриваем государство основным стратегическим партнером.

- Исходя из сложившейся в стране сложной ситуации в сфере предоставления услуг для людей, находящихся в зависимости от употребления психоактивных веществ, обращаем внимание на отсутствие эффективной и доступной системы реабилитации. Предлагаем свое участие в реализации комплексных программ по социальному сопровождению, реабилитации и ресоциализации.

- Считаем необходимым обратить внимание государственных структур на проблему нарушения конфиденциальности диагноза в детских медицинских и образовательных учреждениях.

- Предлагаем включить информационный блок по вопросам, связанным с ВИЧ-инфекцией, как обязательный компонент в образовательные программы для сотрудников детских медицинских и образовательных учреждений.

- Призываем все заинтересованные стороны обратить самое пристальное внимание на острую ситуацию с доступом к лечению, сложившуюся в местах лишения свободы и выражаем готовность принять участие в мерах по улучшению ситуации.

- Считаем необходимым развитие комплексной службы социального сопровождения людей, живущих с ВИЧ, в Российской Федерации и готовы принимать участие в данной деятельности.

- Считаем необходимым разработать и внедрить стандарты и нормы специализированной

паллиативной помощи для ВИЧ-положительных людей.

- Считаем необходимым разработку и внедрение стандартов «равного» консультирования с целью дальнейшей интеграции данной методики в систему общественного здравоохранения в Российской Федерации.

Внешнее сотрудничество

- Считаем приоритетным направлением развитие и укрепление партнерских отношений с организациями, объединениями и инициативными группами гражданского общества, работающими на территории Российской Федерации.

- Считаем одним из важных направлений развитие партнерских и деловых отношений с международными организациями, профильными сетями и пациентскими организациями и объединениями.

- Рассматриваем основными партнерами вышеупомянутые организации в странах постсоветского пространства.

- Считаем необходимым участие в процессе формирования политики, направленной на снятие ограничений на передвижение людей, живущих с ВИЧ, а также на обеспечение внутренних мигрантов полноценной медицинской помощью.

- ВОО «Объединение ЛЖВ» выражает свою озабоченность прекращением работы Глобального фонда в Российской Федерации, что негативно скажется на уровне предоставляемого сервиса для ЛЖВ в России и, как следствие, по нашему мнению, приведет к ухудшению ситуации по ВИЧ/СПИДу в целом.

- Развивать сотрудничество с религиозными и конфессиональными организациями.

- Выражаем намерение развивать сотрудничество с бизнес-сообществом, частным сектором.

Взаимодействие со СМИ

- Мы считаем необходимым обратить внимание СМИ на федеральном и региональном уровнях на качество и актуальность публикаций на тему ВИЧ/СПИДа и готовы оказывать содействие по предоставлению достоверной информации на тему противодействия ВИЧ-инфекции. Инструментом для этого могут служить коммуникационные ресурсы ВОО «Объединение ЛЖВ».

Всероссийская общественная организация «Объединение людей, живущих с ВИЧ» призывает всех заинтересованных лиц и организации активно участвовать в противодействии ВИЧ-инфекции, а также в снижении последствий эпидемии.

***Координационный совет
ВОО «Объединение ЛЖВ»***

Отклики

Любить. Жить. Верить.

На регистрации участникам были розданы ярко-оранжевые футболки с буквами ЛЖВ и расшифровкой «Любовь. Жизнь. Вера», что для многих стало символичным. После регистрации все собрались в конференц-зале на официальное открытие, которое началось с приветственного слова председателя ВОО «Объединение ЛЖВ» Владимира Маяновского, после чего выступали представители Роспотребнадзора (Л.А. Деметьева), ЮНЭЙДС (Екатерина Юсупова), фонда «Российское здравоохранение» (Иван Варенцов).

В перерывах между презентациями любой участник конференции мог задать свои вопросы. Актуальными стали вопросы: о бесплатном предоставлении заменителей грудного молока для детей, рожденных от ВИЧ-положительных женщин; об увеличении финансирования программ профилактики ВИЧ/СПИДа и лечения при ВИЧ-инфекции; о развитии института «равного» консультирования.

Выступающими было отмечено, что потенциал ВОО «Объединение ЛЖВ» востребован как в формировании качественной системы услуг для лиц, вовлеченных в эпидемию ВИЧ, и развития стратегии лечения населения РФ, уязвимого в ВИЧ/СПИДе, так и в процессе взаимодействия на государственном и международном уровнях в области противодействия эпидемии ВИЧ.

Далее был представлен подробный отчет председателя Корсовета ВОО «Объединение ЛЖВ», в котором были отражены достижения, проблемы и перспективы дальнейшего развития «Объединения ЛЖВ».

Первая половина дня закончилась презентацией опыта сетевого взаимодействия в рамках Восточноевропейского и Центральноазиатского объединения ЛЖВ, с которым у ВОО «Объединение ЛЖВ» давние дружеские отношения.

Вторая часть дня началась с презентации Белорусской сети ЛЖВ, которая отражала специфику и опыт своей страны. Далее участникам конференции была представлена развернутая презентация об эффективной адвокации, как необходимого условия политических перспектив ВОО «Объединение ЛЖВ». Особое внимание привлекло предложение создания Школы лидеров «Объединения ЛЖВ», как одно из аспектов необходимости качественного представительства ВОО «Объединение ЛЖВ» в государственных и международных структурах.

Российской ассоциацией планирования семьи, которую представляла Любовь Ерофеева, было отмечено: «С целью снижения стигмы среди медицинских работников требуется на территориях РФ создать систему партнерского взаимодействия учреждений службы охраны репро-

дуктивного здоровья и НПО в области ВИЧ, а также центра СПИД, используя традиционные и инновационные формы работы с обязательным участием равных консультантов из ВОО «Объединение ЛЖВ».

О необходимости развития и продвижения «равного» консультирования для людей, живущих с ВИЧ, было также сказано исполнительным директором ВОО «Объединение ЛЖВ» Игорем Пчелиным.

Далее представители округов перешли к обсуждению ситуаций в регионах, поиску возможностей решения озвученных проблем и планированию дальнейшей работы как в отдельных регионах, так и в своих округах в целом, которое продлилось и весь следующий день.

Основным и ярким неофициальным событием конференции стало проведение волейбольного турнира между федеральными округами. От каждого федерального округа формировалась команда из 6 человек, которые отстаивали честь округа.

В последующие дни проходили работы Всероссийских общественных комитетов сообщества ЛЖВ (ВОКС), сертификация равных консультантов и заседания Координационного совета.

Антон Р.

Привет ВСЕМ-ВСЕМ из Беларуси!

До сих пор под впечатлением от прошедшей конференции. Хочется поблагодарить за все. Спасибо большое за приглашение. Лично на меня огромное впечатление произвело все происходящее, я буду рада поддерживать отношения с представителями дружественной России. От лица нашей организации говорю о готовности к дальнейшему сотрудничеству.

На конференции ВО ЛЖВ мы с Оксаной присутствовали в качестве гостей и представляли РОО «Белорусское сообщество ЛЖВ». То есть это мне сначала казалось, что мы будем просто гостями. Я, как человек недавно работающий в нашей организации, ехала с целью «слушать и

учиться». Получилось не совсем так, как я думала, но об этом чуть позже.

С самого начала хочу уточнить: то, что будет здесь написано, — мое. Мои мысли, мои впечатления, мои чувства, эмоции и выводы.

Я очень волновалась перед поездкой, ведь для меня прошедшая конференция была первым мероприятием такого масштаба. Нужно было сделать презентацию «БС ЛЖВ». Будучи не только человеком с «положительным» ВИЧ-статусом, но и представителем организации, я понимала степень своей ответственности перед сообществом. И я очень ценю доверие, оказанное мне.

Сильное впечатление произвела презентация ВО ЛЖВ. Знаете, удивительно, как за такой небольшой промежуток времени люди смогли столько добиться! Забегая вперед скажу, что записывала себе в блокнот достижения, отмеченные в докладах представителей федеральных округов, работающих в различных направлениях. Это была очень важная для меня информация, ведь если наше сообщество столкнется с трудностями при выполнении подобных задач, я буду уже знать к кому обратиться за помощью, чтобы узнать, как это сделали вы и попробовать пойти той же дорогой.

А еще меня приятно удивила ваша открытость. Когда ребята разделились на ВОКСы и стали заниматься разработкой стратегического плана (каждый ВОКС в своей области), Игорь Пчелин сказал нам с Оксаной: «Вы можете участвовать в работе любого ВОКСа, можете заходить в любые аудитории». Каждая из нас выбрала для себя наиболее интересующие сферы деятельности. Оксана работала в ВОКСе «Матери и дети», а я чередовала ВОКСы «Информация» и «Адвокация». Очень жаль, что нельзя быть одновременно в нескольких местах. Я люблю учиться, и желание узнать все и сразу, быть везде, по вечерам выливалось в головную боль.

Так вот, возвращаясь к началу, мы не были сторонними наблюдателями. Мы работали наравне со всеми. Рассказывали об опыте нашей организации, выслушивали опыт россиян, а по-



том старались сложить общую информацию в четкую, логичную и понятную цепочку. Тешу себя надеждой, что кое-что получилось.

Во время конференции проводились экзамены для «равных» консультантов. Я не участвовала. Во-первых, не готовилась, а во-вторых, у нас совсем другие названия препаратов АРВТ. Зато искренне радовалась на церемонии вручения сертификатов тем, кто успешно сдал и письменный, и устный экзамены.

По вечерам, в качестве досуговых мероприятий, проводились соревнования по волейболу. Не очень я сильна в этом виде спорта, поэтому была рядовым болельщиком. «Болела» за команду ПФО — так уж вышло, что именно среди поволжцев нашлись особенно близкие и родные по духу мне люди. Если честно, сначала злилась немного: ну что, скажите, делать далеким от спорта участникам конференции?! А потом подумала и поняла, что организаторы мероприятия все сделали правильно. Потому что командные виды спорта, как, впрочем, совместное преодоление любых трудностей, сближают даже самых разных людей. И это чувствовалось во время игры.

Вечером последнего дня конференции организаторы устроили конкурс красоты «Мисс Позитив-2009». Здорово, весело, креативно. Я восхищаюсь девушками-конкурсантками, но сама не рискнула участвовать. Разные люди. Разные таланты. Каждый интересен по-своему. Во время паузы, когда судьи решали, кому вручить пальму первенства, конкурс перерос в творческий вечер. Кто-то читал стихи, кто-то пел. Я, само собой, тоже «блеснула» — рассказывала свой стишок «Разговор с равнодушным». И приз мне дали, шоколадку. Вкууусно!

А если серьезно, то очень здорово все было. Столько энергии получаешь, когда видишь рядом с собой почти двести таких же, как ты, человек. Когда чувствуешь свою сопричастность со всем происходящим. Чувствуешь себя частью чего-то большого и сильного. Понимаешь, что находишься рядом с людьми, к которым можно обратиться за помощью, да и сам оказываешься достаточно сильным, чтобы поддержать, если за помощью обратятся к тебе.

Как бы ни банально звучала фраза «Вместе мы можем сделать то, что в одиночку нам не под силу», если пользоваться ей в жизни, она РАБОТАЕТ. Давайте продолжать сотрудничать, ведь действуя сообща, мы действительно становимся сильнее.

Огромное спасибо вам за то, что вы пригласили нас принять участие в конференции.

И еще. Мне очень жаль, что не получилось попрощаться с каждым из вас — участником конференции. Для тех, кто захочет дальнейшего сотрудничества, координаты «БС ЛЖВ» есть у организаторов мероприятия. Мы будем рады вам. Появляйтесь!

Анна Н.



Все мои ожидания были перевыполнены многократно

Все дни конференции пролетели как миг. Обычно на конференциях по вечерам бывает возможность пообщаться с друзьями и коллегами, поделиться опытом или поспорить о том, как лучше устроить работу по уходу и поддержке людей с ВИЧ. Но в этот раз, к сожалению, эта возможность была ограничена для меня, так как мы очень поздно заканчивали работать, особенно в последние два дня, когда мы ложились спать в 5 утра.

По вечерам проходили соревнования по волейболу. Это была командная игра, когда каждый федеральный округ собрал команду и эти команды соревновались между собой. Когда я узнал о том, что по вечерам будут соревнования по волейболу, честно говоря, отнесся скептически, полагая, что есть более насущные проблемы и полно работы. Но когда в один из вечеров случайно зашел в спортзал и посидел 5 минут, я понял, как это важно. Мне трудно передать атмосферу соревнований, но я сразу почувствовал командный дух и позитивные эмоции. Я, конечно же, начал болеть за ЦФО и, честно говоря, у меня потом горло болело — я так включился в свою роль болельщика, что сразу же начал кричать с группой поддержки, пытаясь перекричать дружную группу поддержки.

У меня были прагматичные ожидания от конференции, но уезжая я понял, что встреча прошла продуктивно и все мои ожидания были перевыполнены многократно. Важным результатом для меня явилось то, что я понял, какие проблемы существуют у ВО ЛЖВ, на которые стоит обратить внимание, а также появилось понимание, какие ресурсы есть для решения потребностей людей с ВИЧ.

Большое спасибо организаторам конференции и в особенности Игорю Пчелину, Алексею Ясковичу и Лене, благодаря которым все работало слаженно. Это еще раз доказывает, что когда есть сильная команда, результаты ее работы прекрасные!

Жека

Порадовало чувство единой команды

Безусловно, такие конференции нужны! Любая конференция — это хороший стимул к дальнейшей работе. Хочется отметить, что несмотря на немалую трату времени на политические вопросы внутри объединения, конференция все же была РАБОЧЕЙ. Это прежде всего работа ВОКСов, сертификация «равных» консультантов и, конечно же, стратегическое планирование ВО. А то, что мой родной ЦФО на КС в основном занимался политикой — это вполне нормально. Мы выбираем лидеров, которым хочется доверять и с которыми в дальнейшем нам работать. Нужно понимать, что несмотря на достижения ВО, объединение находится на новом витке, на этапе становления структурированной и, будем надеяться, хорошо организованной команды. Но для этого необходимо прежде всего команду обучать. Хочется надеяться, что в объединении вырастут свои хорошо подготовленные, профессиональные тренеры и правозащитники. Есть еще предложение: организовать работу ВОКСа по профилактике.

Что порадовало на конференции, так это чувство единой команды, а также инициатива и импровизация, как по рабочим моментам, так и по творчеству: создание ВОКСа по информации, проведение конкурса «Мисс Позитив» и проведение групп взаимопомощи. Отличной была идея, воплощенная в жизнь, проведения спортивного турнира по волейболу! Команда

поддержки из ПФО может претендовать на звание «лучших болельщиц-кричаалок в мире»!

Порадовало появление группы на сайте vkontakte с лозунгом конференции: «Любить. Жить. Верить». Всем ностальгирующим по конференции и тем, кто не смог участвовать, совету вступить в эту группу.

Желаю ВОО ЛЖВ достигнуть все поставленные перед собой цели!

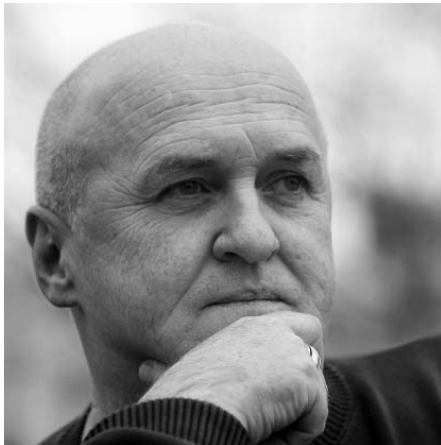
С любовью к ВОО ЛЖВ,

Ольга Д. (Тамбов)

P.S. В день отъезда похолодало, и меня спасла футболка с аббревиатурой ЛЖВ, на которую обратили внимание молодые люди в метро. Усталость была у меня, что называется «на лице», ребята схватили мою сумку и я на бегу к Павелецкому вокзалу отвечала на их вопросы о конференции ВОО ЛЖВ. Футболку выпросить им не удалось. Подходила к вагону с мыслью, что теперь нужно «отключиться» и просто не думать ни о чем, усталость была просто «на пике». Но при входе в вагон, меня встретила с улыбкой и вопросом: «А вы так открыто и гордо несете свой статус?» молодая пара. Это были тоже участники конференции, семейная пара из Саратова. Конференция продолжается!

Редакция выражает признательность Ирине ВЛАСОВОЙ, Александре МЕРЦАЛОВОЙ и Никите СОРОКИНУ («Газета.ру») за информационную поддержку.





Александр Цеханович:

«Сегодня основная необходимость — объединение всех сил»

Санкт-Петербургский благотворительный общественный фонд медико-социальных программ «Гуманитарное действие» — одна из крупнейших и старейших благотворительных общественных организаций Санкт-Петербурга, оказывающая комплексную медицинскую, социальную, правовую и психологическую помощь беспризорным и безнадзорным детям и подросткам, потребителям инъекционных наркотиков, женщинам, вовлеченным в сферу оказания сексуальных услуг, а также людям, живущим с ВИЧ/СПИДом. Ведущим направлением работы является оказание комплексных услуг группам населения, наиболее затронутым эпидемией ВИЧ, в том числе профилактика ВИЧ-инфекции в группах риска.

Сегодня у нас в гостях директор программ благотворительного фонда «Гуманитарное действие» Александр ЦЕХАНОВИЧ.

— Первый вопрос традиционный: с чего все начиналось?

— Это было в начале 1993 года. Я был тогда сотрудником Института истории. И вот однажды звонит мне моя хорошая подруга из Парижа и говорит: «Саша, у меня к тебе большая просьба. Есть такая серьезная организация, «Врачи мира» называется. Они хотят приехать к вам и посмотреть, чем можно помочь проблеме уличных детей. Поможешь найти контакты людей, которые этим у вас занимаются?»

Я был, конечно, удивлен, потому что, хоть и видел оборванцев около метро, но, честно говоря, как, наверное, и любой другой обыватель только ворчал себе под нос: «Куда родители смотрят?», а так вот всерьез никогда не задумывался, что на самом деле надо ведь с этим что-то делать. И я согласился помочь. Нашел контакты, и к нам приехала первая французская миссия с ознакомительным визитом. Походили, посмотрели, потом спрашивают меня: «Не можешь нам на первых порах?» А надо сказать, что пока я их сопровождал, мне и самому стала интересна эта тема. Я увидел этот мир как бы с другой стороны, с изнаночной. И я вновь согласился, и два года был волонтером в этой организации — «Врачи мира», помогал как мог.

В 1995 году открыли наш первый проект — Центр работы с уличными детьми, где я уже стал

координатором. Подобрал себе команду хороших ребят, и начали работать. И вот тут первое, с чем мы столкнулись, это с проблемой наркомании среди подростков. И хотя тогда уже началось проникновение тяжелых наркотиков в наш город, но дети еще не были затронуты ими.

Тем не менее мы были в растерянности. Сообщили в Париж, что в связи со сложившейся ситуацией, нам необходим психолог. Париж дал добро, нашли ставку. Но уже в скором времени нам стало ясно, что один психолог не решит проблему наркозависимости всего Питера. Тогда «Врачи мира» прислали вторую ознакомительную миссию, уже со специалистами по наркотикам. Ознакомившись с ситуацией они нам сказали: «Ребята! Вас ждет большая проблема. Судя по тому, что мы увидели, в скором времени вас ожидает вспышка эпидемии ВИЧ-инфекции».

Дело в том, что во Франции к тому времени, они уже прошли весь этот путь, и потому те симптомы, которые они увидели у нас в Питере, им были хорошо знакомы. И сказали, что нас ждет. Я, естественно, тогда не поверил. Мы все тогда были пленниками тезиса о том, что эпидемия обойдет Россию стороной. В Питере на тот период было зарегистрировано всего около 20 случаев ВИЧ-инфекции и, если мне не изменяет память, всего один или два связывались с приемом наркотиков.

Но, к сожалению, французы были правы, когда предрекали большую проблему. Они-то понимали законы развития эпидемии, в отличие от нас. И жили не мифическими тезисами, а реальностью.

Вот тогда, с их подачи, и появилась у нас программа «Снижение вреда». Честно признаюсь: я был слегка в ужасе, потому что до этого времени я с наркоманами вообще не встречался. А тут такая каша заварилась: французы автобус купили — мобильный пункт профилактики. Такие автобусы действуют во всех крупных городах Франции: большой автобус переоборудуют для работы среди потребителей наркотиков в местах их скопления.

Мы тогда решили: «Или пандемия, или наша программа». Нас поддержали эпидемиологи. Чиновники и сотрудники милиции сначала не понимали сути проекта, считая, что он является едва ли не рекламой наркотиков. Но потом и они одобрили это начинание.

А суть работы автобуса такова: начинается все с установления простого человеческого контакта, необходимого для того, чтобы создать у человека мотивацию на изменение своего поведения и изменение отношения к собственному здоровью. Затем, когда достигается доверие, мо-

лодым людям предлагают прямо на месте сдать кровь на ВИЧ, причем не спрашивая документов, а просто присваивая номер. Если обнаруживается вирус или другое опасное заболевание, например, гепатит, то соцработник выдает направление в больницу. В медучреждении прием пациентов ведут врачи, с которыми у нас заключены договоры. Впрочем, договоры — это уже некое формальное закрепление результатов длительного процесса их обучения подходам в работе с наркозависимыми и включения их в эту работу. Такое обучение специалисты организации постоянно проводят для сотрудников профильных медицинских учреждений. Эти доктора знают, с кем им приходится иметь дело, и не допускают осуждения и пренебрежения к пациентам.

А тогда, в уже далеком 1997 году, для меня в очередной раз началось открытие мира, теперь уже мира, связанного с наркотиками. На самом деле тяжелый был опыт. Но интересный. Тяжелый в том смысле, что, как я уже говорил, я с этим никогда не сталкивался, а потому часто были проблемы, возникающие из-за расхождения моего представления о правильности в работе с наркозависимыми и представлениями некоторых моих коллег. Тем не менее это была замечательная школа.



— Что было потом?

— С 2001 года мы уже без финансовой поддержки Парижа все делали самостоятельно. И все эти годы мы старались и стараемся не уходить от реальной жизни и соответственно корректировать программу. Я думаю, что именно поэтому она до сих пор работает. Постоянно какие-то обсуждения, постоянный анализ происходящего, контакт с людьми, для которых, собственно, мы и работаем, ориентирование на их потребности, их нужды. Люди доверяют нам, приходят со всеми своими болячками. И мы должны найти ответ на их вопросы и помочь решить их проблемы. Потому что иначе нам просто перестанут доверять.

То, что происходит с программой сегодня, принято называть «дальнейшее развитие снижения вреда». Наверное это правильный термин, поскольку «снижение вреда» сегодня это далеко не только и не столько обмен шприцев, с которого все начиналось. Сегодня «снижение вреда» — это программа разработки и внедрения в общественное здравоохранение алгоритма оказания комплексной помощи наркозависимым: от консультирования по вопросам минимизации отрицательных последствий употребления наркотиков и обмена шприцев до полной реабилитации. До сих пор далеко не все понимают или не хотят понять суть программ «снижения вреда» и считают их чем-то вроде пособничества наркомаман, недопустимой работой, поскольку она поддерживает наркоманов в их желании употреблять наркотики. Как правило, так говорят люди, которые не сталкивались в реальной жизни с этой проблемой. На самом деле программа «снижения вреда» — это точка входа в сообщество, точка входа в проблему и точка отсчета на пути позитивных изменений в жизни наркозависимого. Цели, которые сегодня ставит перед собой наша программа «снижения вреда», достигаются путем обеспечения специалистами организации индивидуального комплексного ме-

дикосоциального сопровождения, что возможно только при условии тесного взаимодействия с сотрудниками государственных структур здравоохранения.

— С какими партнерскими организациями Вы сотрудничаете?

— На сегодняшний день у нас около 40 доверенных медицинских организаций, с которыми мы работаем, которые оказывают помощь наркозависимым в лечении соматических заболеваний, при ведении беременности. Для нас главное, чтобы наркозависимый впервые задумался о себе, своем состоянии, своем здоровье, увидел бы возможность другой жизни — без наркотиков. Сопровождение — это очень серьезный процесс. Это прежде всего создание для человека установки на изменение поведения. Человек должен сам понять, для чего это ему нужно.

Именно поэтому работа в рамках сопровождения является очень кропотливой. Примерно 600 человек в год проходит у нас через службу кэйс-менеджмента. Это те люди, которых мы ведем по разным ступенькам системы здравоохранения. А всего примерно 5000 человек в год проходят через наши низкопороговые программы. Что это за программы? Первая — это уличные дети. Вторая — это, логичным образом выросшая из первой, программа «Снижения вреда», т.е. профилактики и помощи наркозависимым. Третья (выросшая из второй) — программа профилактики и помощи уличным секс-работникам. Просто в какой-то момент мы стали замечать, что в профилактический автобус начали приходить девушки немножко специфичной профессии. И стало ясно, что обычное консультирование, которое проходит в автобусе, для них не годится, потому что не касается именно их специфичных проблем. Для них консультирование должно проходить в других условиях и с другими акцентами. Поэтому для этой группы мы организовали другой профилактический автобус.

Таким образом мы имеем три базовые низкопороговые программы, из которых складывается четвертая — индивидуального комплексного медикосоциального сопровождения, которая является закономерным продолжением всех наших низкопороговых программ. И на сегодняшний день эта программа становится основной. В ней работают «равные» консультанты, социальные работники, психологи, а также специалисты-наркологи, доверенные врачи профильных учреждений, помогающие человеку, образно говоря, начать карабкаться вверх. Принципиально важно не заставлять человека, не толкать его или делать вместо него, а подсказать, помочь, объяснить и сделать так, чтобы человек начал действовать сам. С нашей поддержкой, естественно. Потому что если стараться делать вместо человека, то ничего не изменится. Надо сформировать



ровать в нем устойчивую мотивацию на изменение своей жизни и привить ему некоторые навыки, необходимые для того, чтобы ее (жизнь) менять. И естественно, высшей целью таких изменений в жизни человека мы видим уход из наркотиков.

Конечно было бы утопично ставить своей целью полный отказ от наркотиков всех участников программы. По некоторым данным мировых специалистов, где-то 30% наркозависимых никогда и ни при каких условиях, просто в силу физиологических особенностей, не смогут оставить наркотики. Собственно, если говорить о заместительной терапии, которая тоже считается частью программы «снижения вреда», то она нужна именно для этой части людей. Я знаю таких людей, они с нами уже много лет. Это люди, которые физически не могут оставить наркотики, несмотря на отчаянные попытки. Иногда эти попытки заканчиваются смертельным исходом. И это тяжелее всего переносить, зная, что человек мог бы еще жить и быть здоровым. Или относительно здоровым.

И когда порой я слышу споры о заместительной терапии, то понимаю, что они ведутся в абстрактной плоскости. Без обсуждения деталей. Активисты, которые в основном об этом и говорят, как правило, не специалисты по вопросам зависимости и ее лечения. Поэтому в спорах заметен такой разброс во мнениях по вопросу о заместительной терапии — от полного отрицания до превознесения ее как панацеи от всех бед. На самом деле истина, как всегда, лежит где-то посередине. Но чтобы увидеть эту истину, чтобы оценить достоинства или недостатки этой программы, нам нужны специалисты. Не приглашенные заморские специалисты, а те люди, которые в ежедневной работе сталкиваются с нашими проблемами, с нашей реальностью и которые искренне хотят помочь людям, попавшим в беду. Однако вопрос о заместительной терапии у нас сегодня сильно политизирован. Можно принимать или не принимать это, но факт остается фактом. И сегодня, когда проблема наркопотребления и тесно связанная с ней проблема роста заболеваемости ВИЧ представляют собой одну из сложнейших задач здравоохранения, необходимо уходить от политизированности. Понятие заместительной терапии сугубо медицинское, медицинские специалисты и должны это обсуждать. А то ввиду нехватки таких специалистов и недостаточного их привлечения к решению проблемы, мы, представители гражданского общества, на конференциях о чем-то спорим, рассуждаем, но нам не хватает поддержки профессионалов, и ситуация не меняется.

До сих пор программы «снижения вреда» у многих ассоциируются лишь с обменом шприцев и раздачей презервативов, и имеют весьма



формальную поддержку властей. Причина этого зачастую кроется в том, что представители программ «снижения вреда» сами не могут или не умеют донести до широких масс, что же на самом деле представляют из себя эти программы. А ведь они основаны на контакте с человеком, ставшим маргиналом, живущим уличной жизнью, наркозависимым, и предполагают кропотливую мотивационную работу, направленную на создание у человека устойчивой мотивации на безопасное поведение, на внимание к своему здоровью, на отказ от наркотиков. И все это невозможно без того, чтобы увидеть в среднестатистическом наркомане человека, личность, с его индивидуальными особенностями и проблемами. В этом смысле программа «снижения вреда» — это также пространство, в котором начинается процесс реабилитации человеческого достоинства наркозависимого. А без этого невозможно говорить о дальнейшей психосоциальной реабилитации человека, прекратившего употреблять наркотики.

При этом есть позиция Госнарконконтроля, с которым необходимо работать. Необходимо работать не одной Всероссийской сети снижения вреда или проектам по отдельности. Нужны общие усилия вместе с Минздравом, с Всероссийским объединением людей, живущих с ВИЧ, но им надо все это объяснить. Не однобоко, как это порой делается сейчас, а всесторонне. Люди должны понимать, за что они отдают свои голоса. И совершенно очевидно, что сегодня надо добиваться единства в рядах разных организаций. Сетевых прежде всего. И находить. Собственно, решение лежит на поверхности — без встреч и обсуждения мы не сможем найти общего решения. Надо и дальше проводить рабочие встречи и конференции. Причем без «ура-патриотических» лозунгов, а просто объясняя на пальцах: что? зачем? почему? Только тогда можно что-то сделать, чего-то добиться. Сегодня основная необходимость — объединение всех сил.

— Есть ли статистика по наркопотребителям в Санкт-Петербурге?

— В Санкт-Петербурге, по данным экспресс-оценки, проводившейся в рамках проекта «ГЛОБУС», насчитывается от 150 до 250 тысяч потребителей наркотиков. В минувшем году в рамках программы «Снижения вреда» с декабря 2008 года по 31 января 2009 года было роздано на условиях обмена 67 835 шприцев, собрано же использованных 68 490. Все обратившиеся к нам наркозависимые были обеспечены спиртовыми салфетками, инъекционными иглами, профилактическими материалами. В автобус, в котором проводится работа, ежедневно обращается около 100 человек. Очень сложно найти подходящий момент для консультирования каждого клиента — и людей слишком много, и клиенты не всегда приходят в адекватном состоянии. Од-

нако именно здесь сотрудники программы устанавливают первый контакт с участниками программы. Часто установить такой контакт помогает тест на ВИЧ и связанные с ним до- и посттестовые консультирования. В 2008 году прямо в автобусе было проведено 160 тестов на ВИЧ, у 49 человек он дал положительный результат. Тест на ВИЧ и гепатиты часто служит отправной точкой индивидуального сопровождения. Однако у наших клиентов есть и другие очень сложные проблемы, которые мы стремимся помочь им решить, а их решение также является частью процесса сопровождения.

— Кризис, о котором сейчас все говорят, как-то сказался на Вашей работе?

— Нет, мировой финансовый кризис пока не затронул финансовую сторону наших проектов, так как западные доноры продолжают выполнять свои обязательства. Но к осени 2009 года заканчивается финансирование Глобального фонда, будут сворачивать донорскую деятельность ряд агентств ООН, поэтому мы пребываем в тревожном состоянии, так как о социальной ответственности российского бизнеса, тем более в условиях кризиса и по отношению к нашим клиентам, говорить пока рано. Напомню, что наши программы в настоящее время охватывают в Санкт-Петербурге такие группы, как: уличные дети и подростки, мигранты, работницы коммерческого секса и наркозависимые. И если говорить о кризисе, то его экономические последствия (ухудшение материального положения многих семей, потеря родителями работы) привели к тому, что за последние полгода увеличилось число уличных детей и подростков, 105 таких детей были выявлены нами только за последние два месяца.

— Вы начали свой рассказ как раз с уличных детей. Мне бы хотелось поподробнее об этом.

— С уличными детьми несколько другая специфика работы, чем со взрослыми. Там свое сопровождение, хотя принципиально схема та же. Но проблем больше, потому что подавляющее большинство их страдает той или иной формой зависимости. И если взрослых наркоманов еще как-то можно держать в поле зрения, то юных, уличных, у которых нет семьи, которые ночуют по подвалам и чердакам, как их удерживать? Конечно, наши сотрудники ведут постоянную аутич-работу на улицах, на «тусовках». Однако как решать проблему лечения от наркозависимости, если они живут на улице? Есть дружественное нам наркологическое отделение при 3-й детской инфекционной больнице, с которым мы работаем. Госпитализируем и стараемся, чтобы они оставались там подольше. После лечения в этом отделении детей раньше определяли в наш партнерский центр — там и наша

мобильная школа для них работала. Но сегодня этот центр реабилитации подростков не работает — деньги закончились и нет его. А у города, в связи все с тем же кризисом, тоже нет средств на его содержание. Вот и продолжаем уличных подростков, употребляющих психоактивные вещества, отправлять все в ту же больницу № 3. Там же теперь работает и наша мобильная школа. Однако скольким из них в состоянии помочь это отделение, в котором ограниченное количество мест и специалистов? Да и нет возможности обеспечивать необходимую последующую реабилитацию. А самое главное — эти дети и подростки чаще всего, несмотря на наши усилия, остаются на улице. И это сегодня основная проблема. Ведь по сути, в отличие от сложившихся каких-то стереотипов, уличные подростки не ожесточенные, они не отвергают мир, они просто ждут. У них есть надежда, что кто-то наконец придет и поможет им. А не дождавшись, они снова выходят на улицу. И самое страшное, что многие становятся ВИЧ-инфицированными. И тогда уже их надо лечить. И вот тут возникает следующая проблема: если взрослых ВИЧ-положительных наркоманов, благодаря хорошему сотрудничеству, прежде всего, с Боткинской больницей, мы пристраиваем на антиретровирусную терапию и помогаем соблюдать приверженность, то как лечить подростков, которые дома-то не живут и мало чего понимают в приверженности? И первоочередные задачи у них другие: как выжить, где найти поесть?

В настоящее время в Санкт-Петербурге, по разным данным, насчитывается около 10 тысяч уличных детей и подростков, при этом около 40% из них инфицированы ВИЧ, подавляющее большинство страдают от тех или иных зависимостей.

К тому же сейчас уличные дети стали уже иными, чем были в девяностые годы, — они, если можно так сказать, переместились с улиц во дворы, в клубную культуру. Они зачастую выглядят более прилично, при этом девочки нередко становятся содержанками, мальчики продают наркотики и тоже занимаются проституцией. И мы уже видим плоды девяностых годов — на наших глазах выросли уличные дети перестроечной поры, многим из них никто не смог помочь, они дезадаптированы и пополнили ряды бездомных.

— Но может, как-то привлечь всеобщее внимание к этой проблеме?

— В период предвыборной президентской компании мы, в числе других организаций, занимающихся вопросами помощи безнадзорным детям и подросткам, профилактикой поведения высокой степени риска среди детей и молодежи, подписали обращение к властям Санкт-Петербурга и в средства массовой информации.

Вот прочтите:

Обращение государственных и общественных организаций, занимающихся вопросами помощи безнадзорным детям и подросткам, профилактикой поведения высокой степени риска среди детей и молодежи, к властям Санкт-Петербурга и в средства массовой информации

Уважаемые господа!

Мы начинаем свое обращение с цитаты из послания президента России Владимира Путина к Совету Федерации потому, что знаем эту проблему с самой острой ее стороны: мы каждый день из года в год пытаемся вернуть к нормальной жизни сотни, тысячи уличных детей и подростков. Стараемся увести их с улицы, собираем по подвалам, отмываем, лечим, делаем все от нас зависящее, чтобы они не вернулись снова на улицу. Именно мы знаем ситуацию с безнадзорностью и сиротством в Петербурге и России не по официальным отчетам власти накануне очередной выборной кампании, а изнутри. И с сожалением можем утверждать: безнадзорных детей и асоциальных молодых людей до 18 лет и старше за последнее время становится больше, несмотря на выделяемые для решения этой проблемы миллионные дотации. Деньги расходуются, а дети и подростки по-прежнему гниют на чердаках и подвалах, умирают от гепатитов и ВИЧ, зарабатывают на жизнь и наркотики проституцией, приобщаются к криминальной деятельности.

Точной статистики — сколько же юных россиян ведет асоциальный образ жизни — фактически нет. В середине 2002 года на парламентских слушаниях в Госдуме была озвучена цифра — 3 млн беспризорников по стране. Накануне Дня защиты детей в 2006 году прозвучали очередные данные: почти миллион детей-сирот живет в социозащитных учреждениях, на улице обитает, по данным разных организаций, от 2 до 5 млн. Но самое сильное впечатление производят даже не цифры, а выводы комиссии ООН, обследовавшей уровень социальной защиты детей в мире: после России в этом списке стоят только африканские страны, где идут гражданские войны, — российских детей, хотя бы не привлекают к участию в военных действиях.

По данным Комитета по труду и социальной защите населения Санкт-Петербурга и Регионального центра «Семья», общее количество детей до 17 лет за последние 15 лет в нашем городе неуклонно снижается. Одна из причин этого — высокая смертность среди безнадзорных детей и подростков. А ведь они могли бы стать полноценными гражданами России, создать семьи, родить и вырастить собственных детей. Подобные потери наша страна уже несла, это были последствия мировых войн — не родившиеся дети погибших солдат. Война давно закончилась, а

мы продолжаем терять миллионы детей сейчас и в будущем — воспитанники детских домов и безнадзорные дети не создают полноценных семей и выпадают из демографического процесса.

Опыт цивилизованного решения таких проблем есть и в мире, и в России. В самый острый период перестройки, когда на улицы российских городов буквально хлынули беспризорники, им на помощь пришли не только государственные учреждения, но и общественные, благотворительные фонды и организации, появились примеры эффективной гражданской инициативы — семейные детские дома, частные приюты. Не все получалось, не все шло гладко, но был и положительный опыт: в Петербурге — открытие первых в России социальных гостиниц для уличных детей, работа института уличной социальной службы («Институт подростка»). В Самарской области действует созданная на основе мирового опыта система, которая практически избавила регион от уродливого порождения социализма — детских домов. Там есть солидная служба социально-психологической помощи приемным родителям, взявшим на воспитание детей из сиротских учреждений. Конечно, не все получалось идеально, но, к сожалению, исправление ошибок пошло по традиционному для России пути — «давить и не пущать». Довольно быстро, благодаря принятым государством мерам, была практически парализована общественная инициатива. А ведь сейчас ситуация на улице намного тяжелее, чем 5–10 лет назад. По данным Благотворительной общественной организации «Детский кризисный центр», подростки 12–16 лет практически на 100% страдают химической зависимостью. Поскольку употреблять психоактивные вещества они начинают очень рано, большинство из них страдает тяжелыми хроническими заболеваниями, инфекционными болезнями, они не способны адекватно оценить свое состояние и осознать проблему. По данным Благотворительного общественного фонда «Гуманитарное действие» 35% уличных детей заражены гепатитами, а 25% безнадзорных ВИЧ-инфицированы.

К сожалению, современное российское общество не отличается милосердием и сочувствием: к воспитанникам детских домов, интернатов и приютов россияне относятся скорее как к людям третьего сорта — их редко берут на воспитание в семьи, в обществе бытует мнение, что почти все они интеллектуально или психически неполноценные. И нынешнее российское законодательство практически не помогает решить проблему сиротства. На улице уже выросло целое поколение молодых людей, которым сейчас больше 18 лет и которых теперь крайне тяжело вернуть к нормальной жизни. Подростков и молодых людей, прошедших медицинскую реабилитацию и первичную социализацию, нигде учить, их не берут на работу, им нигде жить. Общество само опять выталкивает их на улицу.

Мы не снимаем ответственности с себя и готовы дальше работать в этой области. Но мы хотим — мы настаиваем! — на цивилизованном и реальном диалоге между всеми заинтересованными сторонами: властью, государственными, общественными организациями, СМИ и всем обществом. И очень надеюсь, что и власть и общество прислушаются к нашим предложениям.

Мы предлагаем:

- изменить законодательство так, чтобы детей-сирот стало бы престижно и выгодно брать на воспитание в семьи, чтобы такую семью поддерживали бы социально-психологические службы, чтобы такая семья пользовалась уважением и почетом в обществе;

- создать систему специальных служб для работы непосредственно в семьях кризисных детей — в их состав должны входить социальные работники, психологи, медики, юристы и другие специалисты;

- создать систему более эффективного взаимодействия между государственными и негосударственными социозащитными организациями и учреждениями:

- законодательно закрепить возможности инспектора по опеке и попечительству;

- издать распорядительный акт о закреплении ребенка учреждением в другом субъекте федерации — по месту фактического пребывания ребенка, включая сюда перевод средств на его содержание;

- создать систему лечебно-реабилитационных учреждений закрытого типа длительного пребывания для несовершеннолетних, страдающих тяжелыми формами химической зависимости (учреждений такого типа нет пока в России, но они есть в Европе, и, в частности, в Финляндии);

- создать систему учебно-производственных мастерских на базе предприятий (предусмотреть систему поощрений работодателям) или систему производственного ученичества для детей, не окончивших школы и училища.

Мы готовы представить более подробные проекты всех этих мероприятий и принять участие в их дальнейшей разработке.

— Этот документ возымел действие?

— Обращение так и не увидело свет. Тем не менее, нельзя сказать, что власти ничего не делают — делают. Сегодня в каждом районе города, создаются отделения экстренной помощи детям и подросткам, оказавшимся в сложной жизненной ситуации — названия могут отличаться, однако суть остается той же — комплексная помощь уличным детям и подросткам. Надо сказать, что модель работы, принятая на вооружение этими отделениями, разрабатывалась нами в сотрудничестве с администрацией одного из районов города. Однако эти центры во мно-

гом не используют свой потенциал, поскольку не имеют достаточного опыта работы с такой группой. Именно поэтому одним из важнейших направлений нашей работы является обучение сотрудников государственных структур.

Есть еще одна проблема — когда бездомными подростками начинают заниматься структуры правоохранительных органов. В силу своей специфики они ограничиваются кратковременным помещением подростка или ребенка во временный изолятор, выясняют кто он, а потом просто возвращают в детский дом, откуда чаще всего и пополняется эта группа. Через день-два подростки снова появляются на улицах. Итог — проблема не решается.

И пока мы договариваемся между собой, бездомные дети уже все для себя решили. Они придумали, как жить, где мыться, питаться, получать первичную медпомощь. И получается, что они живут своей жизнью, а мы только пытаемся за ними успеть.

Существуют и специализированные медицинские учреждения, оказывающие помощь нашей группе. К примеру, городской консультативно-диагностический центр «Ювента». В принципе он создан для работы по вопросам репродуктивного здоровья со всеми подростками города. Но два года назад центр предоставил нам помещение, где сотрудники нашей организации принимают бездомных детей и, если необходимо, используют медицинский потенциал «Ювенты». В центре ребенок бесплатно может получить любой вариант лечения и профилактики заболеваний, в том числе и контрацепцию. В «Ювенте» не отказывают в помощи ни одному ребенку. Единственная проблема — подростка нужно привести, они не приходят сами, боятся врачей. Что касается лечения, то сразу возникает следующая проблема: бездомным детям нужен не только первичный медосмотр — им необходимо серьезное лечение, так как во многих случаях речь идет о ВИЧ. Некоторая медицинская помощь оказывается, но лечение такого заболевания должно проходить в течение всей жизни. Человеку нужно регулярно принимать препараты и проходить обследования. А когда дети живут не дома, а на улице, это невозможно.

— Какие проекты Вы планируете в настоящее время?

— В прошлом году при финансовой поддержке Европейского союза мы начали осуществлять проект «Равные жизненные возможности для уличных детей и подростков Санкт-Петербурга», который призван обеспечить уличным детям доступ к базовым социальным и медицинским услугам. Финансовая поддержка проекта составит 300 тысяч евро. Нашими ключевыми партнерами в реализации проекта выступают: государственный центр репродуктивного здоровья детей и подростков «Ювента», Городской

центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, а также «Датская церковная помощь» — ведущее датское гуманитарное агентство.

В рамках этого проекта предусмотрены и уже проводятся тренинги для специалистов-медиков, направленные на обучение работе с такими детьми и на повышение уровня толерантности к ним; ряд круглых столов с представителями некоммерческих организаций, юристами и законодателями, с целью предложить изменения в федеральное и региональное законодательство по улучшению доступа к социальным услугам для таких детей. Кроме того, запланировано исследование, призванное выявить отношение общества к уличным детям, а также актуализировать и детализировать наше видение этих детей. Это исследование проведут социологи Санкт-Петербургского государственного университета.

Но самое главное — средства будут направлены на работу с уличными детьми, на выявление их и привлечение к нашим программам. Мы предлагаем подросткам на первых порах просто попытаться изменить жизнь — даем возможность помыться и привести себя в порядок, пройти медицинское обследование, попытаться отказаться от зависимостей. У нас есть занятия арт- и музыкотерапией, а также лесная терапия — выезды в лес. К примеру, в апреле ребята открыли после восстановления дот времен войны под Сестрорецком.

— На какое время рассчитан проект?

— На два года. Мы рассчитываем, что в рамках проекта более 5 тыс. молодых людей получат информацию о своих правах и возможностях. Внутри проекта, кроме работы с уличными детьми, предполагается большое количество встреч, круглых столов, а также, как я уже говорил, обучающих тренингов для представителей государственных учреждений, занимающихся проблемами уличных детей и молодежи.

Кроме того, мы хотим обратить внимание законодательных органов на то, что есть такие вещи, которых нет в законах или они заложены таким образом, что в реальности оказывать помощь невозможно. Например, в медицинском законодательстве написано, что помощь должна быть оказана настолько, чтобы человек не принес вред обществу. А что с человеком будет дальше?

А у детей должна быть возможность своими глазами увидеть, как может быть по-другому, и чем раньше, тем лучше. Ведь когда подростки приспосабливаются к жизни на улице, «вытащить» их в нормальную жизнь гораздо сложнее, а иногда и невозможно.

— Пару вопросов, касающихся лично Вас. Я слышал, что Вы знакомы с директором Глобального фонда по борьбе со СПИДом Мишелем Казачкиным?



— Да, мне повезло познакомиться с Мишелем в 1995 году, когда мы работали с ним в программах «Врачей мира». С этого времени мы регулярно встречались с Мишелем, и он всегда был открыт для оказания любой помощи. Его приверженность делу в организации доступа к лечению для потребителей наркотиков в Санкт-Петербурге была ключевым моментом для организации программы кейс-менеджмента, которую сегодня наш фонд «Гуманитарное действие» реализует совместно с больницей имени Боткина. Выдающийся профессионализм и огромная человечность являются теми качествами, которые, несомненно, делают его подлинным лидером мирового движения по борьбе со СПИДом.

— Второй вопрос: в 2005 году Вы были награждены международной премией «За выдающийся вклад в дело защиты прав человека среди лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом и пострадавших от СПИДа». Что это за премия?

— Да, действительно, был такой факт в моей биографии. Однако эта награда вручена не лично мне, а всей нашей организации. Эта награда присуждается Канадской правовой сетью по ВИЧ/СПИДу и Комитетом наблюдения за правами человека. Ежегодно присуждаются две наг-

рады: одна — представителю Канады, другая — представителю любой страны мира. В 2005 году этой чести были удостоены мы. Я вообще считаю, что мне очень повезло в этой жизни — рядом со мной трудятся такие люди, благодаря которым в этом мире что-то меняется в лучшую сторону. И эта награда — несомненное признание работы всей организации, каждого из ее членов.

— И напоследок: что бы Вы хотели сказать нашим читателям?

— Нерешенных обществом и государством проблем все еще много. К теме ВИЧ/СПИДа население нашего города в последнее время стало относиться «прохладно». Ну, надоело. Да и кризис опять же. Но не следует забывать, что Санкт-Петербург является одним из регионов, наиболее вовлеченных в эпидемию, ежегодно выявляются несколько тысяч новых случаев. Думается, что никто не хотел бы быть в их числе, но, к сожалению, это реальность сегодняшнего дня и в зоне риска вполне благополучные люди, наши близкие и дети. Это трагедия.

Но любую трагедию в конце концов можно победить. А для этого надо бороться. И не поодиночке, а только объединив усилия.

Беседу вел спецкорр Евгений Шуманский

НИКОГДА!

Победители конкурса 2009

Протокол заседания жюри Всероссийского конкурса

«ВИЧ/СПИД. Знать — значит жить»

Москва, 29 июня 2009 года

Председатель жюри: **Беляева В.В.** (ведущий научный сотрудник Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом).

Присутствовали: члены жюри Всероссийского конкурса: Колосова Н.Г., Маланова Е.М., Беляева В.В., Рыльникова И.Л.

В ходе работы Жюри были приняты следующие решения:

1. Номинация № 1 «Лучший пропагандистский проект года по противодействию распространения ВИЧ/СПИДа в России (включая: видеоролики, наружную рекламу, анимационные и флеш-ролики и Интернет-сайты)».

1.1. В номинации № 1 «Лучший пропагандистский проект года по противодействию распространения ВИЧ/СПИДа в России» присудить:

- I место — работе № 01—041 (ГУЗ «Клинический центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями» департамента здравоохранения Краснодарского края, Краснодар).

- II место — работе № 01—022 (Региональный общественный благотворительный фонд борьбы со СПИДом «Шаги», Москва)*.

- III место — работе № 01—091 (ГУСО «Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», Екатеринбург).

2. Номинация № 2 «Лучшая полиграфическая работа года по профилактике ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С среди молодежи».

2.1. В номинации № 2 «Лучшая полиграфическая работа года по профилактике ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С среди молодежи» присудить:

- I место — работе № 02—092 (ГУСО «Свердловский областной центр по профилактике и

борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», Екатеринбург).

- II место — работе № 02—070 (Владивостокская общественная организация «Жизнь», Владивосток).

- III место — работе № 02—049 (ГУЗ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями» Министерства здравоохранения Республики Татарстан, Казань).

3. Номинация № 3 «Лучшая полиграфическая работа года для родных и близких, осуществляющих уход и поддержку людям с ВИЧ в стадии СПИДа».

3.1. В номинации № 3 «Лучшая полиграфическая работа года для родных и близких, осуществляющих уход и поддержку людям с ВИЧ в стадии СПИДа» присудить:

- I место — работе № 03—046 (ГУЗ «Липецкий областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», Липецк).

- II место — работе № 03—011 (Государственное лечебно-профилактическое учреждение Тюменской области «Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», Тюмень).

- III место — работе № 03—093 (ГУСО «Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», Екатеринбург).

4. Номинация № 4 «Лучшая полиграфическая работа года по профилактике вертикальной передачи ВИЧ-инфекции».

4.1. В номинации № 4 «Лучшая полиграфическая работа года по профилактике вертикальной передачи ВИЧ-инфекции» присудить:

- I место — работе № 04—053 (Иркутское областное отделение Общероссийской общественной организации «Российский Красный Крест», Иркутск).

- II место — работе № 04—025 (ГУЗ «Оренбургский областной центр по профилактике и борь-

* В конкурсе участвовал журнал «Шаги профессионал».

бе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», Оренбург).

- III место — работе № 04—050 (ГУЗ Краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, Чита).

5. Номинация № 5 «Лучшая полиграфическая работа года по профилактике ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С среди специфических групп риска (мигранты, дальнбойщики)».

5.1. В номинации № 5 «Лучшая полиграфическая работа года по профилактике ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С среди специфических групп риска (мигранты, дальнбойщики)» присудить:

- I место — работе № 05—109 (Фонд «Центр социального развития и информации», Москва).
- II место — работе № 05—107 (Областной Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», Ульяновск).
- III место — работе № 05—094 (ГУСО «Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», Екатеринбург).

6. Номинация № 6 «Лучшая полиграфическая работа года по формированию приверженности антиретровирусной терапии у людей, живущих с ВИЧ».

6.1. В номинации № 6 «Лучшая полиграфическая работа года по профилактике ВИЧ-инфекции, среди людей, живущих с ВИЧ» присудить:

- I место — работе № 06—038 (АКОО «Позитивное настроение», Барнаул).
- II место — работе № 06—095 (ГУСО «Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», Екатеринбург).
- III место — работе № 06—078 (ОГУЗ «Тамбовская инфекционная больница», Тамбов).

7. Номинация № 7 «Лучшая полиграфическая работа года по профилактике ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики».

7.1. В номинации № 7 «Лучшая полиграфическая работа года по профилактике ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики» присудить:

- I место — работе № 07—016 (Орловская региональная общественная организация по борьбе со СПИДом «Феникс ПЛЮС», Орел).
- II место — работе № 07—060 (Саратовское региональное отделение Общероссийского общественного благотворительного фонда «Нет алкоголизму и наркомании» (СРО РБФ НАН, Саратов).
- III место — работе № 07—089 (ТРАОО «Покорение», Тюмень).

8. Номинация № 8 «Лучшая полиграфическая работа года по профилактике профессионального заражения медицинских работников».

8.1. В номинации № 8 «Лучшая полиграфическая работа года по профилактике профессионального заражения медицинских работников» присудить:

- I место — работе № 08—032 («Калужский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», Калуга).
- II место — работе № 08—096 (ГУСО «Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», Екатеринбург).
- III место — работе № 08—102 (Воронежский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, Воронеж).

9. Номинация № 9 «Лучшая полиграфическая работа года по профилактике ВИЧ-инфекции среди лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы».

9.1. В номинации № 9 «Лучшая полиграфическая работа года по профилактике ВИЧ-инфекции среди лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы» присудить:

- I место — работе № 09—026 (ГУЗ «Оренбургский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», Оренбург).
- II место — работе № 09—088 (ТРАОО «Покорение», Тюмень).
- III место — работе № 09—097 (ГУСО «Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», Екатеринбург).

10. Номинация № 10 «Лучшая полиграфическая работа года по юридическим аспектам проблематики ВИЧ/СПИДа и вопросам прав человека в контексте эпидемии ВИЧ/СПИДа»

10.1. В номинации № 10 «Лучшая полиграфическая работа года по юридическим аспектам проблематики ВИЧ/СПИДа и вопросам прав человека в контексте эпидемии ВИЧ/СПИДа» присудить:

- I место — работе № 10—098 (Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, Улан-Удэ).
- II место — работе № 09—048 (ГУЗ «Липецкий областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», Липецк).
- III место — работе № 09—065 (Фонд социальной поддержки и охраны здоровья «Позитивная волна», Санкт-Петербург).

Председатель жюри:

Беляева В.В.

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.

РАННЕЕ НАЧАЛО АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ МЛАДЕНЦЕВ ЗНАЧИТЕЛЬНО СОКРАЩАЕТ ЧАСТОТУ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ

22.04.2009

В отсутствие высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) около 20% ВИЧ-1-инфицированных в результате вертикальной трансмиссии детей, родившихся в промышленно развитых странах, прогрессируют до СПИДа или умирают в течение первого года жизни. Внедрение в практику ВААРТ с середины 1990-х гг. и использование ее у ВИЧ-инфицированных детей, начиная с первых месяцев жизни, позволило приостановить быстрое прогрессирование болезни и улучшить прогноз. Однако отсутствие достаточных сведений о фармакокинетике антиретровирусных препаратов у младенцев и недостаток соответствующих лекарственных форм для них приводит к различным негативным проявлениям ВААРТ, в том числе отсроченной токсичности, повышенному риску развития лекарственной резистентности, что ограничивает возможности лечения. Недостаток доказательной базы и несогласованность существующих в различных странах Европы рекомендаций по оптимальным срокам начала терапии явились поводом для проведения многоцентрового исследования с целью оценить эффективность ранней антиретровирусной терапии (АРТ) у бессимптомных ВИЧ-инфицированных младенцев.

Методы исследования. В исследование включили 13 когорт детей ($n = 327$), родившихся за период с 01.09.1996 г. по 31.12.2004 г. в 11 европейских странах. Критерии включения: рождение от ВИЧ-инфицированной матери, антиретровирусная профилактика в течение первых трех дней после рождения, подтверждение ВИЧ-инфекции как минимум двумя позитивными тестами в первые 3 месяца (91 день) жизни. Самые большие когорты детей были во Франции ($n = 96$), Великобритании/Ирландии ($n = 52$) и Италии ($n = 53$). «Локальные когорты» из медицинских центров Германии, Бельгии и Испа-

нии насчитывали 65 младенцев, другие когорты из Центральной и Восточной Европы включали в общей сложности 61 младенца. Исследователи регистрировали демографические показатели, сведения о течении беременности, профилактике ВИЧ-инфекции, ВААРТ, стадии заболевания (по классификации CDC), данные иммунологических и вирусологических исследований, начиная с рождения ребенка. Анализ проводили в двух группах детей: 1 — группа раннего лечения (РЛ), если АРТ начинали до 3-месячного возраста ребенка; 2 — группа отсроченного лечения (ОЛ), если АРТ не начинали до 3-х мес. жизни. Конечной точкой исследования были СПИД (стадия С по классификации CDC) или смерть от любой причины.

Результаты исследования. В окончательный анализ включили 210 ВИЧ-инфицированных младенцев. Медиана наблюдения составила 58 (колебания 35–89) месяцев. Около 20% детей родились в срок до 37 нед. Грудное вскармливание регистрировалось крайне редко. Уровень CD4 значительно варьировал у детей различных когорт, наименьшим он был в Италии. Медиана возраста начала АРТ существенно колебалась в различных когортах: от 2 мес. во Франции до 5 мес. в Великобритании/Ирландии ($p = 0,002$). К 1 году АРТ получали 95% детей, однако в Великобритании/Ирландии этот показатель был ниже (79%; $p = 0,001$). Подобная тенденция отмечалась и в отношении раннего начала АРТ. Во Франции 68% детей вошли в группу РЛ, в «локальных когортах» — 75%, а в Великобритании/Ирландии — лишь 37%. В общей сложности РЛ-группу составили 124 младенца, а ОЛ-группу — 86. Обе группы не различались по исходным характеристикам и длительности наблюдения.

За период исследования у 21 младенца развился СПИД, а 3 умерли. Риск СПИД/смерти сильно варьировал в различных когортах ($p < 0,001$) и был максимальным у детей Великобритании/Ирландии. Ни один из исходных показателей, относящихся к беременности, родам или младенческому периоду, не был взаимосвязан с неблагоприятным исходом.

Среди детей РЛ-группы СПИД развился у 4-х, а двое умерли. У младенцев ОЛ-группы АРТ в течение первого года жизни была начата у 58, в

том числе у 6 из-за прогрессирования заболевания до стадии СПИДа. Среди детей ОЛ-группы СПИД отмечен у 6 через несколько недель или месяцев после начала АРТ, а один ребенок, так и не получавший АРТ, умер. Из оставшихся 28 детей ОЛ-группы, у которых АРТ не была начата на первом году жизни, СПИД был выявлен в 6 случаях.

Суммарный риск развития СПИДа/смерти был значительно выше у младенцев ОЛ-группы и составил 11,7% к возрасту 1 год (против 1,6% у детей РЛ-группы) и 21,5% к 5 годам (против 4,6% соответственно; $p < 0,001$). Отсроченное лечение ассоциировалось с повышенным риском прогрессирования ВИЧ-инфекции (отношение риска [ОР] — 5,0; 95% доверительный интервал [ДИ]: 2,0–12,6; $p = 0,001$), который сохранялся высоким и при многофакторном анализе с поправкой на такие показатели как АРТ в течение беременности и родов, гестационный возраст и вес при рождении, процент CD4 и др. Раннее использование ВААРТ (комбинация как минимум трех антиретровирусных препаратов), напротив, снижало риск прогрессирования заболевания почти в 8 раз (ОР — 7,9; 95% ДИ: 2,3–27,6; $p < 0,001$).

Выводы. Раннее (до 3-х месяцев жизни) начало АРТ у младенцев, ВИЧ-инфицированных в перинатальном периоде, значительно снижает прогрессирование заболевания до СПИДа или смертельного исхода. Максимальный протективный эффект ВААРТ у ВИЧ-инфицированных детей отмечается при раннем начале лечения.

Результаты этого первого анализа эффективности ранней АРТ среди младенцев, родившихся в развитых странах Европы, совпадают с данными, полученными при проведении рандомизированных исследований в Южной Африке. Предшествующие рекомендации по срокам начала АРТ, ориентированные на такие показатели как относительное число CD4 или вирусная нагрузка, оказались несостоятельными, поскольку данные биологические маркеры — ненадежные предикторы прогрессирования заболевания у ВИЧ-инфицированных младенцев. Отсроченное начало АРТ в настоящее время не может оставаться вариантом выбора тактики лечения у ВИЧ-инфицированных младенцев. Авторы подчеркивают необходимость пересмотра рекомендаций по АРТ у младенцев как в промышленно развитых, так и в бедных странах.

Раннее начало ВААРТ сразу же после подтверждения вертикальной трансмиссии у младенца достаточно проблематично в рутинной медицинской практике. Важную роль в подобных случаях играет понимание родителей о необходимости лечения их младенца, доступность детских форм антиретровирусных препаратов с возможностью их четкого дозирования. Наилучший режим АРТ у младенцев — предмет продолжающейся до настоящего времени дискуссии.

Источник. Goetghebuer Tessaa et al. Effect of early antiretroviral therapy on the risk of AIDS/death in HIV-infected infants: ART before age 3 months dramatically reduces AIDS/death. *AIDS*, 2009; Vol. 23 (5); 597–604.

БОЛЕЕ РАННЕЕ НАЧАЛО АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ИМЕЕТ ЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА

29.04.2009

С совершенствованием и удешевлением антиретровирусной терапии (АРТ) появилась возможность раньше начинать лечение ВИЧ-инфицированных пациентов. В то же время в литературе появилось множество сообщений о том, что ранняя антиретровирусная терапия позволяет предотвратить необратимые изменения иммунной системы и в долгосрочном плане является значительно более эффективной. Американские и канадские ученые провели большое исследование проблемы инициации антиретровирусной терапии в той или иной стадии заболевания. Их результаты опубликованы в одном из апрельских номеров «New England Journal of Medicine».

Методы исследования. Были проанализированы данные большой исследовательской сети North American AIDS Cohort Collaboration on Research and Design (NA-ACCORD), включающей 22 исследовательские группы, работающие в 60 центрах по оказанию помощи больным с ВИЧ. Исследователи провели параллельный анализ двух когорт больных, которые получали помощь в 1996–2005 гг. и до момента включения в исследование не имели в анамнезе СПИД-индикаторных заболеваний и не получали АРТ. Когорты были отобраны из 67 527 больных. Для первой когорты отбирали больных с числом CD4-лимфоцитов от 351 до 500 кл/мкл, а для второй — больных с CD4 > 500 кл/мкл.

Внутри каждой когорты исследователи сравнивали относительный риск смерти больных, начавших АРТ при указанных значениях числа CD4, и больных, у которых АРТ была начата при более низких значениях числа CD4.

Результаты исследования. В первую когорту (CD4 351–500 кл/мкл) вошли 8362 больных, за которыми наблюдали почти 24 000 человеко-лет. Их них 2084 (25%) пациента начали АРТ при указанных значениях числа CD4, а остальные — отсрочили терапию до снижения числа CD4 ниже 351 кл/мкл. Во вторую когорту (CD4 > 500 кл/мкл) вошли 9155 больных, за которыми наблюдали почти 27 000 человеко-лет. Из них 2220 (24%) пациентов начали АРТ, а остальные — отложили до того момента, когда число CD4 было < 500 кл/мкл. В обеих когортах больные, получившие раннюю терапию, были старше, среди

них было больше мужчин и представителей белой расы, но они реже начинали АРТ с режима, содержащего усиленный ритонавиром ингибитор протеазы.

В первой когорте умерли 137 больных в группе ранней терапии (1,6 на 100 человеко-лет) и 238 больных в группе отсроченной терапии: отношение рисков (ОР) — 1,69; 95% ДИ 1,26–2,26, $p < 0,001$. Во второй когорте умерли 113 больных в группе ранней терапии (1,3 на 100 человеко-лет) и 198 больных в группе отсроченной терапии: ОР — 1,94; 95% ДИ 1,37–2,79; $p < 0,0001$. Многочисленные поправки на такие факторы, как возраст, пол, уровень вирусной нагрузки, вид режима АРТ, вирусный гепатит С, календарный год и т.д., не принесли существенных изменений в полученные результаты.

Выводы. Благодаря большому числу участников исследования и его длительности его авторам удалось использовать самую надежную конечную точку — риск смерти. Исследование показало, что по сравнению с больными, отсрочившими начало терапии до момента, когда уровень CD4-клеток опускается ниже соответствующего порогового значения, у пациентов, начавших АРТ при числе CD4 ≥ 351 кл/мкл, имело место снижение риска смерти на 69%, а у больных, начавших АРТ при CD4 ≥ 500 кл/мкл, — 94% снижение риска смерти.

Комбинированная АРТ стала широко доступной для лечения больных начиная с 1996 г., и действующие в те времена рекомендации предполагали начало АРТ при числе CD4 равном 500 кл/мкл. Однако опасения развития резистентности ВИЧ, плохой приверженности длительной терапии и токсических эффектов привели к тому, что пороговое значение CD4, при котором рекомендуется начать терапию, снизилось в разных странах до 200–350 кл/мкл. «Существенный прогресс в нашем понимании роли ВИЧ-инфекции в системном воспалении и активации иммунной системы, приводящим в свою очередь к необратимым изменениям иммунной системы и органов, привел к возобновлению интереса к раннему началу лечения ВИЧ-инфекции», — пишут исследователи.

Источник. M.M. Kitahata et al. Effect of Early versus Deferred Antiretroviral Therapy for HIV on Survival. *N. Engl. J. Med.*, Apr. 1, 2009 [Epub ahead of print].

МОКСИФЛОКСАЦИН МОЖЕТ УЛУЧШИТЬ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА И СОКРАТИТЬ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КУРСА ТЕРАПИИ

29.04.2009

Основными задачами совершенствования противотуберкулезного лечения являются следующие: сокращение длительности курса лече-

ния, уменьшение числа назначаемых препаратов, преодоление резистентности возбудителя. Было высказано предположение, что если заменить этамбутол (этот препарат в основном нужен для предотвращения развития устойчивости *M. tuberculosis*) на новый фторхинолоновый препарат моксифлоксацин (*moxifloxacin*), лечение туберкулеза пойдет активнее, и мокрота раньше очистится от возбудителя. Международный коллектив ученых из Бразилии и США во главе с М.В. Conde (университет Рио-де-Жанейро) провел клиническое испытание применения моксифлоксацина в качестве препарата первой линии для лечения туберкулеза. Результаты испытания опубликованы в журнале «Lancet» за 4 апреля 2009 г.

Методы исследования. Это двойное слепое контролируемое исследование проходило в больнице в Рио-де-Жанейро. Включались больные 18 лет и старше с открытым туберкулезом легких (минимум один положительный мазок, соответствующая клинко-рентгенологическая картина), ранее от туберкулеза не лечившиеся. Критерии исключения: гемоглобин < 70 г/л, АлТ(АсТ) более чем втрое и/или креатинин крови более чем вдвое выше нормы, интервал QT на ЭКГ > 450 мс, беременность и лактация, силикотуберкулез, непереносимость фторхинолонов в прошлом, ВИЧ-инфекция с числом CD4-лимфоцитов < 200 кл/мкл. Уже после рандомизации исключали тех больных, у которых из мокроты роста культуры *M. tuberculosis* не было или если полученная культура была устойчива к изониазиду, рифампицину или этамбутолу. Больных рандомизировали в две группы: на моксифлоксацин 400 мг + плацебо вместо этамбутола раз в сутки или на этамбутол 15–20 мг/кг + плацебо вместо моксифлоксацина тоже раз в сутки.

Кроме того, все больные получали изониазид 300 мг, рифампицин 450 мг (при весе тела до 50 кг) или 600 мг при весе > 50 кг и пиразинамид 20–25 мг/кг. Препараты принимались под непосредственным наблюдением (DOT) 1 раз в сутки 5 дней в неделю. К концу восьмой недели больных переводили, уже без маскировки, еще на четыре месяца приема изониазида и пиразинамида 2 раза в неделю. Моксифлоксацин и плацебо были предоставлены компанией Bayer Healthcare (Вест Хейвен, США), остальные противотуберкулезные препараты — бразильской фирмой Farmanguinhos. Больные посещали клинику для обследования один раз в неделю, раз в неделю у них отбирали мокроту для микроскопии и посева. Основная конечная точка — доля больных с отрицательным посевом мокроты после восьми недель лечения. Длительность прослеживания составила минимум 12 мес. после 6 мес. лечения. Незвестные результаты лечения учитывали как отрицательные. Основной анализ проводился по намеченному лечению.

Результаты исследования. С октября 2004 г. по март 2007 г. 74 человека рандомизированы в

группу моксифлоксацина и 72 — этамбутола. Средний возраст составил в группе моксифлоксацина 32,7 года, в группе этамбутола — 35,7 лет. Женщин было соответственно 46 и 31%, ВИЧ-инфекция — у 4 и 3%, курильщиков — 39 и 51%, длительность лечения до вступления в исследование — 3,2 и 2,5 дня. Все различия оказались статистически недостоверны, за исключением того, что в группе моксифлоксацина у больных был меньше вес (54,3 против 58,2 кг), а процент больных с полостями в легких — выше (80 против 57%).

Моксифлоксацин показал хорошие результаты. К 8-й неделе лечения отрицательные посевы мокроты получены у 59/74 (80%) пациентов в группе моксифлоксацина против 45/72 (63%) больных в группе этамбутола (разница в 17,2%, 95% доверительный интервал (ДИ) 2,8–31,7; $p = 0,03$). В анализе по протоколу (среди больных, с известными результатами посева мокроты на восьмой неделе), отрицательные посевы были у 59/64 (92%) больных в группе моксифлоксацина против 45/61 (74%) в группе этамбутола (разница 18,4%; 95% ДИ 5,6–31,3; $p = 0,006$). На всем протяжении лечения в группе моксифлоксацина санация мокроты происходила быстрее, начиная уже с первой недели: 9/69 (13%) против 2/68 (3%), $p = 0,003$. Медиана времени до получения мокроты, отрицательной по туберкулезу, составила 35,0 дней (межквартильный интервал, МКИ, 22,0–55,0) в группе моксифлоксацина против 48,5 дней (МКИ 41,0–56,0) в группе этамбутола. Те же результаты показал и анализ с помощью метода логистической регрессии, как однофакторный, так и многофакторный. Лечение моксифлоксацином ассоциировалось с лучшими шансами на санацию мокроты ($p = 0,0009$).

В однофакторном анализе больные с положительным посевом мокроты к 8-й неделе оказались на 2,5 года старше; однако многофакторный анализ этого не подтвердил. Кроме того, чаще продолжали выделять микобактерии в мокроте те больные, у которых при поступлении в исследование было более 10 бактерий туберкулеза в поле зрения под большим увеличением. Частота неблагоприятных событий между группами существенно не различалась, составив в общей сложности по восемь случаев в каждой группе, всего у 12 больных. Только одно из них (тяжелая кожная реакция у больного группы этамбутола) было связано с испытываемыми препаратами.

Умерли всего 8 человек, причем на протяжении приема исследуемых препаратов по одному в каждой группе. Прекратили прием препаратов двое пациентов на моксифлоксацине (один — из-за тошноты и рвоты, другой — из-за парестезий и атаксии) и трое больных в группе этамбутола. Значимых изменений интервала QT отмечено не было. Рецидив туберкулеза подтвержден у семи больных (5%): у троих в группе моксифлоксацина (через 11, 16 и 27 мес. после отмены лечения) и у четверых в группе этамбутола (че-

рез 6, 7, 22 и 32 мес.). Исследование культуры, изолированной у 6 из этих 7 больных, не показало признаков резистентности к изониазиду и рифампицину.

Выводы. Моксифлоксацин значительно ускорял и улучшал очищение мокроты больных туберкулезом от возбудителя. Препарат хорошо переносился, не влияя на длительность интервала QT. Авторы приходят к заключению, что использование моксифлоксацина может сократить на несколько месяцев длительность лечения туберкулеза и положительно сказаться на результатах лечения больных с возбудителем, устойчивым к препаратам первого ряда. Насколько реальны эти выводы, покажут текущие испытания моксифлоксацина.

В сопутствующей редакционной статье результаты исследования оцениваются положительно, однако подчеркивается исключительная важность точного следования современным клиническим рекомендациям для победы над туберкулезом.

Источники. Conde M.B. et al. Moxifloxacin versus ethambutol in the initial treatment of tuberculosis: a double-blind, randomised, controlled phase II trial. *Lancet*, Apr. 4, 2009; 373 (9670), 1183–1189.

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ БЕРЕМЕННЫХ СВЯЗАНА С ПОВЫШЕННОЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА

06.05.2009

Ежегодно тысячи ВИЧ-инфицированных женщин беременеют, вынашивают детей и становятся матерями. Благодаря профилактике перинатального инфицирования, большинство детей рождаются свободными от ВИЧ. При этом внутриутробно плод в любом случае подвергается если не прямому, то опосредованному влиянию ВИЧ-инфекции. Тайландские инфекционисты и перинатологи провели исследования с целью определить вероятность задержки внутриутробного развития (ЗВУР) плода у ВИЧ-инфицированных матерей. ЗВУР (росто-весовые характеристики ниже 10-го процентиля для срока гестации) является состоянием, связанным с множеством причин и механизмов. Ежегодно в мире рождается до 30 млн новорожденных с синдромом ЗВУР.

Методы исследования. Был выполнен вторичный анализ данных исследования Perinatal HIV Prevention Trial-1 (исследование профилактики перинатальной передачи ВИЧ), которое было проведено в Таиланде в 1997–1999 гг. В исследование были включены 1436 беременных ВИЧ-инфицированных женщин.

Основной задачей данного анализа было определить распространенность ЗВУР в когорте и выявить факторы, с которыми связано его развитие.

Результаты исследования. В данный анализ была включена 1271 ВИЧ-инфицированная беременная женщина. В 58% случаев беременность была первой. Дородовая антиретровирусная профилактика проводилась исключительно зидовудином. На 26-й неделе беременности средние относительное и абсолютное числа CD4-клеток составили соответственно 20% и 200 кл/мкл, а средняя вирусная нагрузка — 8000 копий/мл; 2,7% новорожденных родились с ВИЧ-инфекцией. Средняя масса тела при рождении составила 2979 г.

ЗВУР была диагностирована у 7,9% новорожденных. Однофакторный анализ показал два фактора, влияющих на развитие синдрома — внутриутробное ВИЧ-инфицирование (отношение рисков [ОР] — 3,32; 95% ДИ 1,23–8,12; $p = 0,01$) и процент CD4-клеток (ОР 0,97 на 1%; 95% ДИ 0,94–0,99; $p = 0,05$). Многофакторный анализ с поправкой на сопутствующие факторы показал, что единственным ВИЧ-ассоциированным фактором, увеличивающим риск развития ЗВУР, был процент CD4-клеток. Снижение относительно числа CD4 на 1% приводило к повышению риска развития ЗВУР на 4% (ОР — 0,96; 95% ДИ 0,93–0,99; $p = 0,03$).

Из материнских факторов влияние на развитие ЗВУР оказывал также низкий индекс массы тела. Ни курение, ни употребление наркотиков не были связаны с повышенным риском ЗВУР в данной когорте.

Выводы. Таким образом, исследователям удалось показать, что иммунодефицит оказывает серьезное влияние на внутриутробное развитие плода, приводя к повышению риска такого синдрома как ЗВУР, который является неспецифическим признаком общего неблагополучия. Данные исследования позволяют врачам настоятельно советовать ВИЧ-инфицированным женщинам дожидаться восстановления иммунной системы под влиянием антиретровирусной терапии, прежде чем планировать беременность.

Источник. Cailhol, J., et al. Association of low CD4 cell count and intrauterine growth retardation in Thailand. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, Apr.1, 2009; **50**, 409–413, 2009.

РАК СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ РАЗВИВАЕТСЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ В 40 РАЗ ЧАЩЕ, ЧЕМ В ПОПУЛЯЦИИ В ЦЕЛОМ

**(по данным XVI конференции по ретровирусам
и оппортунистическим инфекциям)**

06.05.2009

Как известно, связанная с ВИЧ-инфекцией иммуносупрессия приводит к повышенному риску развития онкологических заболеваний.

Особое значение имеют раки, вызванные онкогенными вирусами. В литературе имеются сведения о том, что вирус Эпштейна–Барр, вызывающий лимфомы, связан также и с некоторыми формами назофарингеального рака (НФР) и рака слюнных желез, особенно с лимфоэпителиальной карциномой (ЛЭК). И НФР и ЛЭК являются в общей популяции редкими раками. Считается, что развитию ЛЭК предшествует воспаление слюнных желез, а оно значительно чаще встречается у ВИЧ-инфицированных, чем у свободных от ВИЧ лиц. Американские исследователи поставили задачу уточнить распространенность и заболеваемость онкологическими заболеваниями носоглотки и слюнных желез у больных с далеко зашедшей ВИЧ-инфекцией.

Методы исследования. Исследователи провели вторичный анализ данных *HIV/AIDS Cancer Match Study*. В ходе этого исследования изучалась эпидемиология онкологических заболеваний ВИЧ-инфицированных больных путем перекреста данных ВИЧ-регистра и регистра онкологических заболеваний девяти штатов США. Исследователи оценили данные 503 560 больных ВИЧ/СПИДом, которые были внесены в регистр в 1980–2002 гг. Отслеживались случаи раковых заболеваний, развившихся в течение 60 месяцев до или после постановки диагноза СПИДа. Для сравнения заболеваемости ВИЧ-инфицированных больных и населения в целом было определено стандартизованное отношение заболеваемости (СОЗ) для всех видов НФР и рака слюнных желез.

Результаты исследования. Средний возраст когорты составил 38 лет, 80% были мужчинами, самый частый путь заражения ВИЧ — секс мужчин с мужчинами.

В целом больные со СПИДом имели повышенный риск развития рака слюнных желез: 42 случая, СОЗ — 1,8 (риск увеличен почти в 2 раза), 95% ДИ 1,2–2,4; а также рака носоглотки: 36 случаев, СОЗ — 2,1, 95% ДИ 1,4–2,8. Однако для определенных гистологических видов рака, а именно ЛЭК слюнных желез и сквамозно-клеточной карциномы слюнных желез, риск был значительно более высоким. В 40 раз был повышен риск ЛЭК слюнных желез (7 случаев; СОЗ — 40,42; 95% ДИ 16,25–83,28) и в 5 раз был повышен риск сквамозно-клеточной карциномы слюнных желез (12 случаев, СОЗ — 5,1; 95% ДИ 2,6–8,9). При этом риск НФР был повышен в значительно меньшей степени: СОЗ для ЛЭК носоглотки — 1,9 (95% ДИ 0,5–4,8; $n = 4$), а СОЗ для сквамозно-клеточной карциномы носоглотки — 2,6 (95% ДИ 1,7–3,8; $n = 26$).

Степень повышения риска развития рака слюнных желез не зависела от календарного года/доступности антиретровирусного лечения.

Выводы. Исследователи констатируют повышение риска онкологических заболеваний носоглотки и слюнных желез у ВИЧ-инфицированных больных. При этом слюнные железы по-

ражаются значительно чаще, что очевидно связано как с потерей контроля над онкогенными вирусами, так и с данной специфической локализацией (особенностями кровоснабжения, лимфооттока и т.д.).

Источник. 40-Fold Elevated Risk for Lymphoepithelial Carcinoma of Salivary Gland among People with AIDS in the US. Kishor Bhatia, F. Shebl, and E. Engels. NCI, NIH, Bethesda, MD, Us. 16th CROI, February 8–11, 2009.

БЕРЕМЕННЫЕ ЖЕНЩИНЫ НИ В КОЕМ СЛУЧАЕ НЕ ДОЛЖНЫ ПРЕРЫВАТЬ НАЧАТУЮ АНТИРЕТРОВИРУСНУЮ ТЕРАПИЮ

13.05.2009

Успехи высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) и антиретровирусной профилактики вертикального заражения плода дали возможность большому числу ВИЧ-инфицированных женщин родить здоровых детей, так как средняя частота перинатальной передачи вируса при соблюдении всех правил снизилась до 1%. Считается, что антиретровирусные препараты не являются тератогенными, однако изучение этой темы продолжается. Опасения развития врожденных дефектов плода под воздействием препаратов заставляют часть женщин прерывать лечение во время беременности. Последствия такого перерыва ВААРТ изучали итальянские ученые, которые проанализировали большую проспективную когорту детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей.

Методы исследования. Исследователи воспользовались общенациональным регистром The Italian Register for HIV Infection in Children, куда заносятся данные обо всех детях, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей. Это проспективное многоцентровое когортное исследование было начато в 1985 г. Для каждого ребенка известны точные данные о беременности, родах и антиретровирусном лечении матери, в том числе о перерывах ВААРТ во время беременности. Исследователи использовали метод множественной логистической регрессии для того, чтобы определить влияние на вероятность перинатального заражения ребенка перерывов терапии, а также других факторов.

Результаты исследования. В исследование были включены 937 пар «ВИЧ-инфицированная мать — ребенок». Вирусная нагрузка на момент беременности была известна у 630 (67%) женщин и была неопределимой у большинства из них (72%).

Среди прерывавших лечение в ходе беременности у 81 (8,6%) женщины перерыв и последующее возобновление АРТ произошли в первый

триместр беременности и у 11 (1,2%) — в третий триместр. В первом триместре средний срок беременности, когда ВААРТ была прервана, было 6 недель, а средняя длительность перерыва составила 8 недель, а в третьем триместре эти показатели составили соответственно 32 недели и 6 недель. Только одна женщина, родившая неинфицированного ребенка, прерывала АРТ дважды — в первый и третий триместры. Наиболее часто прерывалась именно ВААРТ, т.е. трехкомпонентная терапия (74 из 651, 11%) по сравнению с терапией, содержащей два препарата (3 из 187 или 1,6%), и монотерапией (4 из 99 или 4%). Вирусная нагрузка у матерей, прерывавших и не прерывавших терапию, была сходной.

В целом в когорте частота передачи ВИЧ от матери ребенку составила 1,3% случаев (95% ДИ: 0,7–2,3%), т.е. зараженными оказались 12 детей. При этом частота передачи ВИЧ ребенку от матерей, прерывавших терапию в первом триместре, составила 4,9% (1,9–13,2%), а от матерей, прерывавших терапию в третьем триместре, — 18,2% (4,5–72,7%).

Анализ методом множественной логистической регрессии показал, что следующие факторы значительно повышают вероятность передачи ВИЧ от матери ребенку: монотерапия или двухпрепаратная терапия, перерыв АРТ в любой из триместров беременности, родоразрешение методом, отличным от планового кесарева сечения (вагинальное родоразрешение или экстренное кесарево сечение), и вирусная нагрузка на момент родоразрешения $>4,78 \log_{10}$ копий/мл. Вирусная нагрузка на момент родоразрешения $>4,78 \log_{10}$ копий/мл приводила к 30-кратному увеличению риска заражения ребенка по сравнению с вирусной нагрузкой $<2,6 \log_{10}$ копий/мл. Другие факторы, такие как число CD4-клеток матери на момент родов, триместр, в который АРТ была инициирована, пол ребенка, АРТ в ходе родов и АРТ в период новорожденности, не оказывали в данной когорте статистически значимого влияния на риск передачи ВИЧ от матери ребенку.

Выводы. Основным открытием своего исследования авторы считают тот факт, что только два фактора повышали риск передачи ВИЧ от матери ребенку — перерыв АРТ в любой из триместров беременности и высокая вирусная нагрузка на момент родов. То есть, несмотря на то, что и у врачей, и у беременных женщин остаются опасения в плане токсичности антиретровирусных препаратов для плода, они должны понимать, что перерывы начатой по соответствующим показаниям антиретровирусной терапии подвергают плод/ребенка высокому риску заражения ВИЧ.

Источник. L. Galli, et al. Is the Interruption of Antiretroviral Treatment During Pregnancy an Additional Major Risk Factor for Mother-to-Child Transmission of HIV Type 1? *Clinical Infectious Diseases* (2009), **48**, 1310–1317.

НОВЫЙ ИНГИБИТОР ПРОТЕАЗЫ ТЕЛАПРЕВИР УЛУЧШАЕТ ПРОДЛЕННЫЙ ВИРОЛОГИЧЕСКИЙ ОТВЕТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ВГС

13.05.2009

Современная схема лечения хронического вирусного гепатита С (пегинтерферон + рибавирин) приносит далеко не идеальные результаты, поэтому поиск новых препаратов продолжается. В частности, большие надежды возлагаются на телапревир (telaprevir), новый ингибитор протеазы, синтезированный специально для борьбы с вирусом гепатита С (ВГС), т.е. с учетом молекулярной структуры этого возбудителя. 30 апреля 2009 г. в «New England Journal of Medicine» опубликованы результаты двух контролируемых исследований, проходивших в рамках второй фазы клинических испытаний телапревира.

В первой статье речь идет о результатах исследования PROVE 1 (Protease Inhibition for Viral Evaluation 1, ингибирование протеазы для исследования вирусов). Это двойное слепое контролируемое исследование проходило в 37 центрах на территории США. Включались больные 18–65 лет, с хронической инфекцией ВГС 1-го генотипа, не получавшие ранее противовирусной терапии, серонегативные по HBsAg и ВИЧ, и имеющие абсолютное число нейтрофилов не менее 1500 на куб. мм, тромбоцитов — 90 000 на куб. мм, нормальный уровень гемоглобина. Исключались больные с декомпенсацией функции печени, с циррозом, опухолью печени или иными тяжелыми заболеваниями печени. Больных рандомизировали в четыре группы: группа Т12ПР24 получала телапревир (компания Vertex Pharmaceuticals) + пегинтерферон $\alpha 2a$ (Pegasys, Roche) и рибавирин (Copegus, Roche) на протяжении 12 недель, после чего больных оставляли на пегинтерфероне и рибавирине еще на 12 недель. В группе Т12ПР48 после первых 12 недель тех же трех препаратов, пегинтерферон и рибавирин продолжали еще 36 недель. Контрольная группа ПР48 получала плацебо вместо телапревира и пегинтерферон с рибавирином 12 недель, после чего продолжали пегинтерферон и рибавирин еще 36 недель (без плацебо). В группу с самым коротким курсом лечения, Т12ПР12, предназначенную для оценки эффективности очень короткого курса лечения, рандомизировали всего 20 человек, в 4 раза меньше, чем в остальные. Телапревир назначали по схеме: 1250 мг сразу, затем по 750 мг каждые 8 часов. При вирусологическом прорыве на протяжении первых 12 недель (повышение РНК ВГС на 1 $\log_{10}$ по сравнению с минимальным уровнем или повышение больше чем на 100 МЕ на 1 мл, если уровень РНК ВГС до этого был ниже порога чувствительности) больным отменяли телапревир и продолжали пегинтерферон и рибавирин до 48-й недели.

Основная конечная точка: доля больных в каждой группе, у которых к 24 неделе после окончания лечения уровень РНК ВГС оставался ниже порога чувствительности (продленный вирусологический ответ).

Всего с июня по сентябрь 2006 г. в исследование рандомизировали 263 больных; в анализ вошли 250 из них. Клинико-демографические характеристики между группами не различались, большинство (63%) — мужчины; средний возраст — 48,1 года. У 87% (218/250) базовый уровень РНК ВГС был не менее 800 000 МЕ.

Продленный вирусологический ответ достигнут у 61% (48/79) в группе Т12ПР24, по сравнению с 41% (31/75) в группе ПР48 ($p = 0,02$). В группе Т12ПР48 продленный вирусологический ответ отмечался у 67% (53/79) больных ($p = 0,002$ и 0,51 при сравнении с группами ПР48 и Т12ПР24), а в группе Т12ПР12 — у 35% (6/17). Быстрый вирусологический ответ, т.е. снижение РНК ВГС ниже порога определения к 4-й неделе также наблюдался чаще в группе ПР48 ($p < 0,001$).

Нормальный показатель АлТ при включении в исследование отмечался у 20% больных группы ПР48 и 25% групп телапревира. К концу лечения нормальная АлТ обнаруживалась у 75% больных группы ПР48 и 76% больных групп телапревира. Рецидив к окончанию лечения произошел только у одного из 41 больных (2%) Т12ПР24 соответственно у 3/51 (6%) Т12ПР48 и 3/9 (33%) Т12ПР12, 8/35 (23%) ПР48.

Вирусологический прорыв отмечен у 7% (12/175) в группах телапревира. Большая часть этих прорывов произошла на 1–4 неделях (у 9 из 12 больных), у остальных троих — на 5–12 неделях.

В группах телапревира чаще встречались сыпь, зуд, тошнота и понос. Во всех трех группах с телапревиром отказ от лечения в связи с неблагоприятными событиями был выше, чем в группе ПР48: соответственно 21 против 11%, в основном из-за сыпи.

Во второй статье свои результаты сообщает группа PROVE2, являющаяся европейским звеном испытания телапревира, проходившего в 28 центрах во Франции, Германии, Великобритании и Австрии. Включение больных в PROVE2 осуществлялось с 2 августа по 17 января 2007 г. Исследование имело сходные с PROVE критерии включения, однако проходило без полного слепого контроля. Больных рандомизировали в четыре группы: Т12ПР24, Т12ПР12, Т12П12 и ПР48. Тактика лечения была той же, что и в PROVE1. Основной конечной точкой также послужил продленный вирусологический ответ. Маскировка препаратов отменялась к 10-й неделе.

В анализ были включены 323 больных. Клинико-демографические характеристики между группами не различались.

Медиана времени снижения РНК ВГС ниже порога чувствительности составила 113 дней в группе ПР48, 28 — в группе Т12ПР24, 22 дня — в

группе Т12ПР12 и 29 дней — в группе Т12П12. Во всех группах телопревира доля больных с РНК ВГС ниже порога определения на 4–12 неделях была значимо выше по сравнению с контрольной группой ПР48. К 4-й неделе этот показатель составил 69% в Т12ПР24 и 80% в Т12ПР12 против 13% в ПР48 ($p < 0,001$). К 12 неделям РНК ВГС ниже порога чувствительности была у 73% Т12ПР24 (43% ПР48, $p < 0,001$), 62% Т12П12 ($p = 0,02$); к концу курса лечения — у 70% в Т12ПР24, у 80% — в Т12ПР12 и у 62% в Т12П12, против 55% в ПР48.

Продленный вирусологический ответ в группе ПР48 достигнут у 46% (38/82), а в группах Т12П12 и Т12ПР12 вместе взятых — у 48% (77/160), $p = 0,89$. В группе Т12ПР24 продленный вирусологический ответ достигнут у 47 из 61 закончивших курс лечения и у 9 из 20, прекративших его до 24 недели, т.е. у 69% больных (56/81), а это уже значимо выше, чем в ПР48 ($p = 0,004$). В группах Т12ПР12 и Т12П12 продленный вирусологический ответ не превышал таковой для ПР48.

Вирусологический прорыв к 12 неделе наблюдался у 1 из 82 больных группы ПР48 (1%), у 19 из 78 (24%) группы Т12П12, 1 из 82 (1%) группы Т12ПР12, и у 4 из 81 (5%) группы Т12ПР24. Рецидив имел место у 8 из 57 больных группы Т12ПР24 (14%), 19/63 (30%) группы Т12ПР12, 22/46 (48%) группы Т12П12 и 10/45 (22%) группы ПР48. Частота рецидивов в группе Т12ПР24 среди тех больных, у которых РНК ВГС перед этим была ниже порога определения на 4 и 12 неделях, составила 7% (3/45).

Повторно обследованы на 48-й неделе после отмены лечения 118 из 133 больных с продленным вирусологическим ответом: поздний рецидив произошел у двоих. Исследование РНК вируса подтвердило, что произошел рецидив первоначальной инфекции.

Среди 22 больных, у которых произошел вирусологический прорыв на протяжении первых 12 недель, у 9 (45%) обнаружилась резистентность невысокого уровня и у 12 (55%) — высокая резистентность. Это при том, что при вступлении в исследование резистентность, причем невысокая, обнаруживалась только у 1% исследованных ВГС. Среди тех, у кого рецидив произошел по окончании лечения, резистентность невысокого уровня обнаружена у 33 (79%), высокая резистентность — у 7 (17%).

Анализ методом логистической регрессии показал, что с продленным вирусологическим ответом ассоциировались только группа, в которую был рандомизирован больной, и уровень РНК ВГС до начала лечения ($p < 0,001$).

Из неблагоприятных событий в группах телопревира значимо чаще встречалась сыпь: у 51% (41/81) Т12ПР24, 63% (52/82) Т12ПР12 и 59% (46/78) Т12П12 против 35% (29/82) в группе ПР48. Медиана времени от начала лечения до появления сыпи составила от 9 до 12 дней. Кро-

ме того, телопревир отрицательно влиял на уровень гемоглобина.

Выводы. Оба исследования показали, что включение телопревира в схему лечения хронического вирусного гепатита С 1-го генотипа существенно (примерно с 49 до 65%) улучшает продленный вирусологический ответ и у большинства больных позволяет сократить длительность лечения до 24-х недель.

В сопутствующей редакционной статье д-р J.H. Hoofnagle из национальных институтов здоровья США в г. Бетезда, штат Мэриленд, отмечает, что телопревир знаменует новую эпоху в лечении хронического вирусного гепатита С, эпоху препаратов, целенаправленно синтезированных против ВГС, которые, вероятно, в комбинации с уже имеющимися средствами приведут к эффективному лечению этого заболевания.

Источники. J.G. McNutchison et al. Telaprevir with Peginterferon and Ribavirin for Chronic HCV Genotype 1 Infection. *N. Engl. J. Med.* (2009), **360**, 1827–1838. C. Hezode, M.D., et al. Telaprevir and Peginterferon with or without Ribavirin for Chronic HCV Infection. *N. Engl. J. Med.* (2009), **360**, 1839–1850.

СТАНОВИТСЯ ЛИ ВИЧ БОЛЕЕ ВИРУЛЕНТНЫМ В ХОДЕ ЭПИДЕМИИ?

13.05.2009

Число CD4-лимфоцитов является главным показателем, на основании которого оценивают состояние иммунной системы у ВИЧ-инфицированных больных. Этот же показатель используется как основной индикатор того, показана ли больному антиретровирусная терапия (АРТ). Предполагается, что снижение числа CD4-клеток происходит довольно медленно, и у вновь заразившегося больного от момента сероконверсии (появления антител к ВИЧ) до потребности в АРТ имеется «светлый» промежуток в несколько лет. В последнее время в литературе появились указания на то, что прогрессирование ВИЧ-инфекции протекает быстрее, чем в начале эпидемии, и больным приходится назначать АРТ вскоре после постановки диагноза. Ряд исследователей связывают это с возросшей вирулентностью ВИЧ. Разумеется, в данном вопросе возможна ошибка по причине того, что у большей части больных дата сероконверсии неизвестна. С целью оценить различие в скорости развития иммунодефицита в тот или иной период времени американские ученые провели исследование группы пациентов, которые заразились ВИЧ в различные календарные периоды и для которых была известна точная дата сероконверсии.

Методы исследования. Исследователи изучали динамику изменения числа CD4-клеток у ВИЧ-инфицированных больных с известной датой сероконверсии, которые наблюдались в 1985–2007 гг.

в рамках исследования TriService AIDS Clinical Consortium HIV Natural History Study <http://www.idcrp.org/tacc2.html>. Данное проспективное исследование представляет собой мониторинг всех ВИЧ-инфицированных больных, наблюдающихся в медицинских учреждениях американской армии, военно-морского флота и авиации (служащие, члены семей и пенсионеры). В данный анализ включались лица с подтвержденной ВИЧ-инфекцией и известной датой сероконверсии, у которых промежуток времени между последним отрицательным и первым положительным тестами на антитела к ВИЧ был менее 4-х лет. Все включенные в исследование должны были также иметь данные о числе CD4, полученные в первые 6 месяцев после постановки диагноза ВИЧ-инфекции (исходное число CD4-клеток). Исследователи использовали метод множественной линейной регрессии для изучения динамики числа CD4-клеток.

Результаты исследования. В исследование вошли 2174 ВИЧ-инфицированных больных, диагностированных с 1985 по 2007 гг. Средний возраст участников составил 29 ± 7 лет, 96% были мужчины. У 93% участников исходное число CD4-клеток было определено в первые 3 месяца после постановки диагноза ВИЧ-инфекции.

Исследователи установили, что среднее исходное число CD4-клеток в 1985–1990 гг. составило 632 кл/мкл, в 1991–1995 гг. — 553 кл/мкл, в 1996–2001 гг. — 493 кл/мкл и в 2002–2007 гг. — 514 кл/мкл. Различие в исходном числе CD4-клеток в 1985–1990 гг. и всех последующих периодов статистически достоверно ($P < 0,001$).

Уровни CD4, при которых согласно различным рекомендациям требуется лечение, соответственно <200 и <350 кл/мкл, определялись исходно у 2 и 12% больных в 1985–1990 гг., у 4 и 21% в 1991–1996 гг., у 5 и 26% в 1996–2001 гг. и у 5 и 25% в 2002–2007 гг.

Анализ данных методом множественной логистической регрессии с поправками на факторы, которые могли оказать влияние на уровни CD4-клеток, показал, что по сравнению с 1985–1990 гг. исходное число CD4-клеток было на 64 кл/мкл ниже в 1996–2001 гг. ($P < 0,001$), на 107 кл/мкл ниже в 1996–2001 гг. ($P < 0,001$) и на 102 кл/мкл ниже в 2002–2007 гг. ($P < 0,001$). Внутри временного промежутка 2002–2007 гг. не было отмечено различия в исходном числе CD4-клеток ($P = 0,98$). Сходные тенденции отмечались при анализе динамики процента CD4-клеток и при анализе общего числа лимфоцитов.

Выводы. Исследователи констатируют, что исходное значение числа CD4-клеток, определенное сразу после ВИЧ-сероконверсии, значительно снизилось в течение эпидемии ВИЧ-инфекции в США. Они считают, что это говорит о том, что вирус приспособился к организму хозяина и стал более вирулентным. Однако в последние несколько лет эта тенденция просматривается в меньшей степени, что связано с со-

вершенствованием высокоактивной антиретровирусной терапии, считают исследователи.

Источник. N. Crum-Cianflone, et al. Is HIV Becoming More Virulent? Initial CD4 Cell Counts among HIV Seroconverters during the Course of the HIV Epidemic: 1985–2007. *Clinical Infectious Diseases* (2009) **48**, 1285–92.

ОБ ОПТИМАЛЬНОМ МОМЕНТЕ НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОРОГОВЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ЧИСЛА CD4-КЛЕТОК ЯВНО ЗАНИЖЕНЫ

20.05.2009

Вопрос об оптимальном времени начала антиретровирусной терапии (АРТ) при ВИЧ-инфекции остается в центре внимания. В настоящее время рандомизированное исследование этой проблемы, в котором был бы подобран контингент однотипных больных, а распределение на группы происходило бы методом случайной выборки, практически невозможно. Поэтому ученые пытаются почерпнуть клинические доказательства из проспективных когортных исследований. Очередной анализ большого числа таких исследований опубликован в одном из последних номеров журнала «Lancet».

Методы исследования. Были использованы данные 15 когортных исследований ВИЧ-инфицированных больных, проведенных в США и Европе. Из этих когорт в данный анализ включались пациенты, которые до начала АРТ имели число CD4-лимфоцитов не менее 550 кл/мкл, не имели в анамнезе СПИДа и внутривенного наркопотребления и начали терапию после 1 января 1998 г., т.е. когда в общих чертах уже сложились те схемы АРТ, которые мы называем высокоактивной АРТ (ВААРТ) и которые используются в настоящее время. Исследователи провели также анализ больных (также не имевших на момент начала наблюдения СПИДа или наркомании и с $CD4 \geq 550$ кл/мкл), за которыми наблюдали в 1989–1995 гг., т.е. до внедрения ВААРТ, для того чтобы отследить все возможные неблагоприятные эффекты того или иного уровня CD4-клеток. Основной целью исследователей было сравнение последствий отсроченной АРТ и оценка исходов при начале АРТ при различных уровнях CD4-клеток с шагом в 100 кл/мкл.

Результаты исследования. В исследование включены 21 247 больных, наблюдавшихся в 1989–1995 гг., и 24 444 больных, наблюдавшихся после 1 января 1998 г. Из второй когорты 17% больных наблюдались более 6 лет после начала терапии. В целом когорты мало различались по основным исходным показателям. Среднегодовое снижение числа CD4-клеток составило в 1989–1995 гг.; 60 кл/мкл (95% ДИ 58–61). Среди начавших терапию 35% начали ее при CD4

201–350 кл/мкл, 23% — при 101–200 кл/мкл и 21% — при 351–550 кл/мкл.

Исследователи определили, что по сравнению с началом терапии при числе CD4 351–450 кл/мкл, терапия, отсроченная до момента, когда число CD4 станет равным 251–350 кл/мкл, связана с повышением частоты смерти и/или развития СПИДа на 28%: скорректированное отношение шансов (COP) — 1,28; 95% ДИ 1,04–1,57. При более высоких значениях числа CD4 не отмечалось повышения вероятности смерти/СПИДа при отсроченной терапии. COP летальных случаев для данного сравнения составило 1,13 (0,80–1,60).

Исследователи определили, что чем ниже было исходное число CD4, тем значительнее было отрицательное влияние факта отсроченной терапии. По сравнению с началом терапии при числе CD4 351–450 кл/мкл, начало терапии при CD4 равном 51–150 кл/мкл увеличило вероятность смерти/СПИДа почти в 6 раз (COP — 6,67; 95% ДИ 4,83–6,65), а вероятность только смерти — более чем в 2 раза (COP — 2,24; 95% ДИ 1,72–2,92). В одной из основных когорт, входящих в данное исследование, ART Cohort Collaboration (США), 37% больных начали АРТ при CD4 < 150 кл/мкл.

Выводы. Авторы исследования надеются, что результаты их работы помогут врачам и пациентам, решающим вопрос о времени начала АРТ. Они отмечают, что эволюция рекомендаций по первичной АРТ напоминает движение маятника — от энтузиазма в отношении раннего лечения в первые годы после создания АРТ до отсроченного лечения из опасений развития токсических эффектов и резистентности, и снова к призывам более раннего начала терапии. Авторы исследования считают, что согласно полученным ими данным, минимальным пороговым значением числа CD4-клеток, при котором должна начинаться АРТ, является 350 кл/мкл.

Источник. When To Start Consortium Timing of initiation of antiretroviral therapy in AIDS-free HIV-1-infected patients: a collaborative analysis of 18 HIV cohort studies. *Lancet* (2009), 373, 1352–1363.

ИНГИБИТОРЫ ПРОТЕАЗЫ И РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К РИФАМИЦИНУ

27.05.2009

Резистентность возбудителя туберкулеза (ТБ) к рифамицину (rifamycin) имеет особое значение, так как существует мнение, что именно рифамицин уничтожает *M. tuberculosis*, ответственные за рецидив этого заболевания. У больных с коинфекцией ТБ и ВИЧ, имеющих низкое число CD4-клеток, резистентность к рифамицину встречается непропорционально часто. Было замечено, что факторами, повышающими риск развития резистентности к рифамицину

могут быть: диссеминированный или внелегочный туберкулез, плохая приверженность лечению, перерывы терапии в начале лечения, а также предшествующее лечение рифабутином. У ВИЧ/ТБ инфицированных больных при назначении антиретровирусной терапии (АРТ) на основе ингибиторов протеазы рифамицин заменяют на рифабутин (rifabutin), так как последний в меньшей степени стимулирует цитохромную систему P450. В Нью-Йорке случаи резистентности к рифамицину встречались в последние годы крайне редко (1–2 случая в год). Поэтому особый интерес представляет опубликованное в «Clinical Infectious Diseases» за 15 мая 2009 г. наблюдение трех больных, у которых после полноценного курса лечения развился рецидив туберкулеза вследствие приобретенной на фоне АРТ резистентности к рифамицину.

Случай № 1. 42-летний мужчина, ВИЧ-положительный с 1999 г. До 2005 г. чувствовал себя хорошо. В марте 2005 г. у больного был диагностирован туберкулез (*M. tuberculosis* в мазке мокроты, без резистентности к препаратам). Больной получал лечение по системе DOT (прием препаратов под непосредственным наблюдением медработников) в туберкулезной клинике: 300 мг изониазида (isoniazid), 600 мг рифамицина, 1500 мг пиразинамида (pyrazinamide) и 800 мг этамбутола (ethambutol) в сутки на протяжении двух месяцев, затем изониазид 900 мг, рифамицин 600 мг, 3 раза в неделю, в течение 4-х месяцев. После 1-го месяца лечения и микроскопии, и посев мокроты были отрицательными. АРТ больной не получал. В январе 2006 г. он повторно обратился в клинику с лихорадкой, кашлем, числом CD4 30 кл/мкл. В мазках мокроты обнаружены кислотоустойчивые бактерии, в посевах — рост чувствительной к препаратам *M. tuberculosis*. Было возобновлено DOT лечение ТБ: 2 месяца рифамицин 600 мг, изониазид 300 мг и пиразинамид 2000 мг 1 раз в сутки, после чего оставили изониазид и рифамицин в той же дозе. Микроскопия и посев мокроты стали отрицательными через 3 недели лечения. В мае 2006 г. была начата АРТ: атазанавир (atazanavir) 300 мг + ритонавир (ritonavir) 100 мг — 1 раз в сутки, зидовудин (zidovudine) 300 мг и ламивудин (lamivudine) 150 мг 2 раза в сутки. Вместо рифамицина больного перевели на рифабутин, 150 мг через день. Ответ на АРТ оказался неудовлетворительным, атазанавир/ритонавир заменили на лопинавир (lopinavir) 400 мг и ритонавир 100 мг 2 раза в сутки. В июле 2006 г., после почти 7 мес. лечения, туберкулезные препараты были отменены. На новой схеме АРТ CD4 поднялись до 111 кл/мкл и больной почувствовал себя лучше. Однако в ноябре 2006 г. снова появилась лихорадка, снижение веса. Несмотря на повторные нормальные рентгенограммы грудной клетки из крови и мокроты были выделены *M. tuberculosis*, устойчивые к рифамицину. Исследование полиморфизма длины рестрикционных фрагментов,

так называемых «генетических отпечатков пальцев» (этой методикой исследуют все штаммы *M. tuberculosis*, изолированные в Нью-Йорке), подтвердило, что все 3 изолята идентичны, т.е. повторного заражения новым штаммом у больного не было.

Случай № 2. Мужчина 47 лет, ВИЧ-положительный с 1992 г., АРТ не получал, чувствовал себя хорошо. В июле 2006 г. число CD4-клеток упало до 30, а из крови, мочи и мокроты изолированы чувствительные к препаратам *M. tuberculosis*. Выделение этих не резистентных штаммов продолжалось на протяжении ноября 2006 г., так как больной плохо соблюдал схему приема препаратов. В декабре 2006 г. по указанию комиссии по здравоохранению Нью-Йорка его изолировали для проведения DOT. В течение месяца мазки и посевы мокроты на туберкулез стали отрицательными. Через 7 недель DOT (300 мг изониазида, 300 мг рифабутина, 1200 мг этамбутола и 2000 мг пиразинамида 1 раз в сутки) начали АРТ, также под прямым контролем: лопинавир/ритонавир 400/100 (мг) 2 раза в день, тенофовир (tenofovir) 300 мг 1 раз в сутки и эмтрицитабин (emtricitabine) 200 мг 1 раз в сутки. Ежедневный прием пиразинамида через 3 мес. лечения отменили, а рифабутин с изониазидом больной получал до 9 мес. Число CD4-клеток у него выросло до 134 кл/мкл. Больного выписали и он прекратил прием лекарств. Через 4 месяца он обратился в госпиталь с кашлем и потерей веса. Несмотря на нормальную рентгенограмму ОГК, в посевах мокроты изолирована устойчивая к рифамицину *M. tuberculosis*. Молекулярные характеристики подтвердили идентичность изолятов.

Случай № 3. О третьем ВИЧ-инфицированном больном с резистентным к рифамицину туберкулезом отделу здравоохранения Нью-Йорка стало известно в апреле 2008 г. Этому 43-летнему мужчине в апреле 2007 г. диагностировали диссеминированный туберкулез без лекарственной устойчивости; число CD4-клеток составило 51 кл/мкл. *M. tuberculosis* была высеяна из мокроты и материала биопсии медиастинальных лимфоузлов, хотя при микроскопии в этих пробах ничего не обнаружили. После интенсивного курса противотуберкулезного лечения (изониазид 300 мг, рифампин 600 мг, пиразинамид 1500 мг и этамбутол 800 мг 1 раз в сутки) мокрота санировалась. Больного перевели в центр по уходу. Лечение туберкулеза по этой схеме продолжали до августа 2007 г. Затем назначили АРТ (атазанавир 300 мг с ритонавиром 100 мг 1 раз в сутки, тенофовир 300 мг 1 раз в сутки и эмтрицитабин 200 мг 1 раз в сутки), а рифампицин заменили на рифабутин в дозе 150 мг 3 раза в неделю. До ноября 2007 г. больной получал рифабутин 150 мг 3 раза в неделю и изониазид 300 мг 1 раз в сутки. В апреле 2008 г. при числе CD4-клеток 26 кл/мкл у больного образовался абсцесс псевой мышцы. Из посевов мокроты и биоптата из псевой мыш-

цы получен рост устойчивой к рифамицину культуры *M. tuberculosis*. Молекулярные характеристики подтвердили идентичность штаммов.

Выводы. У всех приведенных больных с диссеминированным туберкулезом, первоначально вызванным штаммами без лекарственной устойчивости, при низких значениях числа CD4 на фоне противотуберкулезного лечения и АРТ появилась устойчивость возбудителя ТБ к рифамицину и произошел рецидив туберкулезной инфекции. Авторы считают, что это может быть связано с недостаточной концентрацией рифабутина в крови у некоторых больных с ВИЧ-инфекцией. Авторы статьи полагают, что до окончательного прояснения вопроса о дозировке рифабутина, у ВИЧ-инфицированных больных, получающих усиленные ритонавиром ингибиторы протеазы на фоне низких значений числа CD4-клеток, разумно проверять, достигает ли терапевтического уровня концентрация этого препарата в крови.

Источник. E.R. Jenny-Avital et al. Rifamycin-Resistant Mycobacterium tuberculosis in the Highly Active Antiretroviral Therapy Era: A Report of 3 Relapses with Acquired Rifampin Resistance following Alternate-Day Rifabutin and Boosted Protease Inhibitor Therapy. *Clinical Infectious Diseases* (2009) May 15, 48 (10), 1471–1474.

СТАВУДИН ПЛОХО СОЧЕТАЕТСЯ С ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ТЕРАПИЕЙ У БОЛЬНЫХ С КОИНФЕКЦИЕЙ ВИЧ И ТУБЕРКУЛЕЗА

27.05.2009

Больные, имеющие сочетанную инфекцию ВИЧ/туберкулез (ТБ), должны одновременно принимать антиретровирусные и противотуберкулезные препараты. Такая терапия неизбежно приводит к токсическим эффектам, выраженным в той или иной степени. Было замечено, что особенно плохо сочетаются противотуберкулезная терапия (ПТТ) и режимы антиретровирусной терапии (АРТ), содержащие ставудин (stavudin). В Южной Африке, где имеется большой контингент ВИЧ/ТБ коинфицированных больных, было проведено исследование с целью определить влияние ПТТ на риск замены ставудина на другой препарат в составе АРТ.

Методы исследования. Исследователи использовали данные Themba Lethu Clinical Cohort, проспективного когортного исследования, которое проходит в одной из крупнейших ВИЧ-клиник ЮАР. Больные в клинике бесплатно получают АРТ и наблюдаются по определенному протоколу, предполагающему осмотр/обследование 1 раз в 4 месяца. В данный анализ включались ВИЧ-инфицированные больные, нуждающиеся в терапии и получающие ставудин, из которых от-

бирались ВИЧ/ТБ-коинфицированные больные. ПТТ считалась любая изониазидсодержащая терапия по поводу легочного или внелегочного ТБ. В зависимости от времени начала ПТТ разделялась на: 1) продолжающуюся ПТТ — терапия начиналась за ≥ 15 дней до начала АРТ, 2) одновременную ПТТ — когда она и АРТ начинались с промежутком времени в 14 дней и 3) последовательную ПТТ — терапия начиналась через ≥ 15 дней после начала АРТ. Заменой ставудина (по любой причине) считалась замена только одного препарата в составе АРТ. Замена чаще всего была на зидовудин. Группами сравнения были ВИЧ-инфицированные больные, соответствующие изучаемым по основным характеристикам, но не получающие ПТТ.

Результаты исследования. Из 7066 ВИЧ-инфицированных больных, получавших ставудин в составе комплексной АРТ, у 1845 был диагностирован активный ТБ. Из 1845 продолжающуюся ПТТ получали 1272 больных, одновременную — 224 больных и последовательную — 349 больных.

Из 7066 больных за время наблюдения умерли 160 (3,7%), прекратили визиты в клинику 1219 (17,3%) и сменили ставудин/другие антиретровирусные препараты на другие — 1219 (17,3%). В свою очередь из 1219 больных у 842 отмечалась замена только ставудина. Общая частота замены только ставудина на другой препарат в составе АРТ была 12,4 на 100 человеко-лет. Как ожидалось, частота замены отмечалась тем чаще, чем дольше больной получал ставудинсодержащий режим.

Частота замены ставудина была значительно выше у больных на продолжающейся и одновременной ПТТ по сравнению с больными, не страдающими активным ТБ. Для продолжающейся ПТТ скорректированное отношение шансов (СОШ) замены ставудина (по сравнению с больными, не получавшими ПТТ) составило 3,18 в первые 2 мес. АРТ, 2,51 для 3–6 мес. АРТ и 1,19 в последующем. Для одновременной ПТТ эти цифры составили соответственно 6,60; 1,88 и 1,07. При этом при последовательной ПТТ частота замены ставудина в целом не отличалась от группы сравнения во все три указанных периода АРТ. Однако ранняя последовательная ПТТ (промежуток между началом АРТ и ПТТ 15–60 дней) также повышала эту частоту: СОШ замены ставудина равнялось 2,74 в первые 2 мес. АРТ.

Почти в половине случаев (43%) замена ставудина имела место по причине развития периферической нейропатии. Другими причинами замены были: липодистрофия (24%), молочный ацидоз или симптомная гиперлактатемия (20%), а также сочетание нескольких токсических проявлений.

Выводы. Исследователи отмечают, что больные, получающие одновременно ставудин и противотуберкулезные препараты, имеют повышенный риск развития токсических явлений и в первую очередь, периферической нейропатии.

Они предлагают мониторировать таких больных на предмет периферической нейропатии во время осмотров, а также при возможности избегать одновременного назначения ставудина и ПТТ.

Источник. D.J. Westreich, et al. Tuberculosis Treatment and Risk of Stavudine Substitution in First-Line Antiretroviral Therapy. *Clinical Infectious Diseases* (2009), **48**, 1617–23.

ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЕ В ОРИТ ДОЛЖНЫ ПОЛУЧАТЬ АНТИРЕТРОВИРУСНУЮ ТЕРАПИЮ

17.06.2009

Лечение ВИЧ-инфицированных больных в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) — сложная клиническая задача. Основной причиной госпитализации ВИЧ-инфицированных в ОРИТ остается дыхательная недостаточность, связанная с пневмоцистной пневмонией (ПП). Наряду с этим, в эру высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) такими причинами все чаще становятся не связанные со СПИДом заболевания. Назначать ли ВААРТ больным, поступившим в ОРИТ, является субъективным решением лечащего врача, так как по данному вопросу до сих пор не сложилось общепринятого мнения. В клинических исследованиях были определены следующие факторы риска смерти в ОРИТ ВИЧ-инфицированных больных: ПП, дыхательная недостаточность, требующая искусственной вентиляции легких (ИВЛ), низкий уровень альбумина крови и высокий балл по шкале АРАСНЕ. Бразильские ученые провели исследование с целью оценить влияние ВААРТ и перечисленных прогностических факторов на смертность ВИЧ-инфицированных больных в ОРИТ.

Методы исследования. Ретроспективное когортное исследование было проведено в 6-кочном инфекционном ОРИТ большого (2000 коек) клинического госпиталя в Сан-Пауло. Включались ВИЧ-инфицированные больные, поступившие в отделение в 1996–2006 гг. Исключались вторичное поступление больных, а также исключались больные, умершие в течение первых 24-х ч в ОРИТ, или для которых не было всей медицинской документации. Конечными точками были смертность в ОРИТ и смертность в течение 6 месяцев после поступления в ОРИТ.

Результаты исследования. В анализ были включены 278 ВИЧ-инфицированных больных, из которых выжило до выписки из ОРИТ 124 человека, а до выписки из госпиталя — 92 человека. Из этих 92-х больных 70 (76,1%) получали антиретровирусную терапию. Большинство когорты составили мужчины (71,6%). Лиц гетеросексуальной ориентации было 58,6%. Средний возраст когорты — 39,9 лет. Среднее время от первичной постановки диагноза ВИЧ-инфек-

ции до поступления в ОРИТ — 92 дня. У 38% больных ВИЧ-инфекция была впервые диагностирована при госпитализации в ОРИТ. Причиной большинства случаев госпитализации в ОРИТ были СПИД-индикаторные заболевания и низкий уровень CD4-лимфоцитов (средний — 39 кл/мкл). Более трети больных имели туберкулез (34,3%). Самыми частыми причинами поступления в ОРИТ были дыхательная недостаточность и сепсис — соответственно 33,1 и 31,3%. Большинство больных нуждались в ИВЛ (75,2%) и вазопрессорах (61,1%).

Средний балл по шкале APACHE составил 19, средний уровень сывороточного альбумина — 21 г/л, а средний уровень сывороточного лактат дегидрогеназы — 743 мг/дл. Среднее время пребывания в ОРИТ было 7 дней (межквартильный интервал [МКИ] 5–14), средняя продолжительность нахождения в стационаре — 26 дней (МКИ 13–52).

Многофакторный анализ методом логистической прогрессии показал, что независимыми предикторами смерти в ОРИТ были уровень CD4-лимфоцитов <50 кл/мкл (скорректированное отношение рисков [COR] — 2,10), сепсис, как основная причина госпитализации в ОРИТ (COR — 3,16), балл по шкале APACHE >19 (COR — 2,81) и ИВЛ в течение первых 24 ч в ОРИТ (COR — 3,92).

Основными факторами, влияющими на риск смерти в течение 6 месяцев после госпитализации в ОРИТ были следующие: календарный год госпитализации в ОРИТ (чем позже, тем лучше; COR — 0,9), внутривенное наркопотребление (COR — 1,69), сепсис как причина помещения в ОРИТ (COR — 1,37), прием АРТ во время нахождения в ОРИТ (COR — 0,5), балл по шкале APACHE >19 (COR — 2,18) и ИВЛ в течение первых 24 ч в ОРИТ (COR — 2,25).

Регрессионный анализ Кокса с поправками на многочисленные факторы показал, что АРТ во время пребывания в ОРИТ значительно снижала вероятность смерти ВИЧ-инфицированных больных: COR — 0,50; 95% ДИ 0,35–0,71. Исследователи определили, что положительное влияние АРТ было более выражено у больных с анамнезом АРТ до госпитализации (ОР — 0,46), чем у больных, которые не принимали АРТ ранее (ОР — 0,92). Более того, те больные, которые принимали АРТ до госпитализации и у которых она была отменена после поступления в ОРИТ, имели более высокий риск смерти, чем больные, которые продолжили терапию (ОР — 2,00).

В анализе, который просто сравнивал больных, начавших АРТ во время пребывания в ОРИТ ($n = 61$) и всех остальных ($n = 74$), АРТ также играла протективную роль в отношении вероятности смерти в течение 6 мес. от начала исследования (ОР — 0,55).

Чаще всего в ОРИТ назначался следующий вид АРТ: два НИОТ и ННИОТ (33,7%). Побочные эффекты АРТ отмечались у 18,1% пациен-

тов и чаще всего проявлялись в виде анемии (8,8%), панкреатита (2%) и лактоацидоза (2,9%). Анемия была у больных, получавших зидовудин, а панкреатит — у больных, получавших ставудин. Все побочные эффекты требовали либо смены, либо отмены АРТ. У троих больных с туберкулезом развился синдром иммунной реконструкции, однако отмена АРТ не потребовалась ни одному из них.

Выводы. Исследователи отмечают, что в проанализированной ими группе ВИЧ-инфицированных больных в ОРИТ, выживаемость зависела не только от общей тяжести состояния больных, но и от того, назначалась ли им АРТ. Они считают, что назрела необходимость проведения большого рандомизированного исследования, посвященного роли АРТ у ВИЧ-инфицированных больных, требующих интенсивной терапии.

Источник. J. Croda, et al. Benefit of antiretroviral therapy on survival of human immunodeficiency virus-infected patients admitted to an intensive care unit. *Crit. Care Med.* (2009) May, 37 (5), 1605–1611.

СУЩЕСТВУЕТ ЛИ ПОРОГОВОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ, ПРИ КОТОРОМ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЙ БОЛЬНОЙ СТАНОВИТСЯ АБСОЛЮТНО БЕЗОПАСЕН ДЛЯ ПОЛОВОГО ПАРТНЕРА?

24.06.2009

Миллионы людей живут в так называемых дискордантных по ВИЧ-инфекции парах, когда один из партнеров ВИЧ-положителен, а второй — ВИЧ-отрицателен. При успехах высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) большинство ВИЧ-инфицированных больных достигают неопределяемого уровня вирусной нагрузки (ВН). В такой ситуации встает вопрос о том, насколько велик риск заражения партнера и нет ли возможности прекратить использовать средства защиты при половых сношениях. В январе 2008 г. Швейцарская национальная комиссия по ВИЧ-инфекции опубликовала заявление, в котором впервые за все время эпидемии ВИЧ говорилось, что ВИЧ-инфицированные лица с неопределяемой ВН, принимающие ВААРТ и не имеющие сопутствующих инфекций, передающихся половым путем (ИППП), практически не представляют угрозу заражения для полового партнера, а вероятность такого заражения составляет не более 1 : 100 000. С момента публикации данное, так называемое «Швейцарское заявление», подвергается резкой критике со стороны большинства национальных агентств по борьбе с ВИЧ/СПИДом. Британские ученые попытались внести свою лепту в решение данной проблемы и провели метаанализ клинических исследований с целью определить вероят-

ность передачи ВИЧ в дискордантных гетеросексуальных парах в зависимости от величины вирусной нагрузки ВИЧ-инфицированного партнера, а также по возможности определить пороговое значение ВН, при котором ВИЧ-инфицированный больной становится незаразным.

Методы исследования. Исследователи провели поиск в базах данных медицинских публикаций Medline и Embase. Они отбирали продольные исследования серодискордантных пар, в которых регистрировалась передача ВИЧ, были известны показатели ВН ВИЧ-инфицированного партнера и принимает ли он ВААРТ. Исследователи отдельно проанализировали риск передачи ВИЧ в парах, в которых ВИЧ-инфицированный партнер получал ВААРТ, и в парах, в которых ВИЧ-инфицированный партнер не лечился.

Результаты исследования. В анализ были включены 11 когортных исследований, в которых приняли участие 5021 пар и имел место 461 случай передачи ВИЧ. Большинство исследований были проведены в Африке и только часть — в Европе. 43 пары были гомосексуальными, а остальные — гетеросексуальными.

Пять исследований пар, в которых ВИЧ-инфицированный партнер получал АРТ, охватили 1098 человеко-лет наблюдения. Ни в одном из данных исследований ВН и статус по ИППП не регистрировались одновременно. В целом риск передачи ВИЧ в указанных пяти исследованиях составил 0,46 (95% ДИ 0,19–1,09) на 100 человеко-лет (расчет сделан на основании 5 случаев заражения). Исследователи не нашли данных о минимальной ВН, при которой произошло заражение. Два из этих пяти исследований включали больных с неопределимой (<400 копий/мл) ВН. В них наблюдение составило 291 человеко-лет, и за это время не произошло ни одного случая передачи ВИЧ от партнера партнеру.

Десять исследований включали данные о парах, в которых ВИЧ-инфицированный партнер не принимал ВААРТ. Эти исследования объединили 9998 человеко-лет наблюдения. Общая средняя частота передачи ВИЧ в данных исследованиях (без поправок на ВН и ИППП) составила 5,64 (95% ДИ 3,28–9,70) на 100 человеко-лет. Для лиц с ВН < 400 копий/мл без учета ИППП эта частота составила 0,16 (95% ДИ 0,02–1,13) на 100 человеко-лет. Частота передачи ВИЧ резко возрастала с ростом ВН: 9,09 (95% ДИ 3,87–21,09) на 100 человеко-лет при ВН ≥ 50 000 копий/мл.

В восьми исследованиях была указана минимальная ВН при которой произошла передача ВИЧ. У троих больных ВН на момент заражения партнера была <1500 копий/мл: 362, 600 и 1497 копий/мл.

Исследователи не нашли достаточно данных для того, чтобы количественно оценить влияние на риск передачи ВИЧ таких факторов, как ИППП, использование презерватива, анальный или вагинальный виды полового акта.

Выводы. Авторы метаанализа считают, что им не удалось подтвердить или опровергнуть «Швейцарское заявление». Они полагают, что на сегодняшний день для этого нет достаточных клинических доказательств и исследования на эту тему необходимо продолжить.

Источник. Attia, Suzanna et al. Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: systematic review and meta-analysis. *AIDS* (2009) Apr 17 [Epub ahead of print].

ДОБАВЛЕНИЕ МАРАВИРОКА К РАБОТАЮЩЕЙ СХЕМЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ НЕ ПРИНОСИТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ЭФФЕКТА

01.07.2009

Новый антиретровирусный препарат маравирик (maraviroc, Celsentri/Selventry; Pfizer) является антагонистом хемокинового рецептора CCR5. Рецептор CCR5 клетки-мишени необходим для связывания ВИЧ с клеткой и для его проникновения внутрь клетки. Препарат уже показал высокую эффективность у больных с R5-тропизмом ВИЧ. Однако анализ на тропизм ВИЧ не всегда доступен в повседневной практике. Американские ученые провели испытание эффективности и безопасности маравирока у больных с не тропным к R5 ВИЧ или ВИЧ с двойным тропизмом. Результаты этого испытания опубликованы в «Journal of Infectious Diseases».

Методы исследования. В двойное слепое рандомизированное плацебо контролируемое испытание включались больные с длительным анамнезом антиретровирусной терапии (АРТ). Основными критериями включения были: факт приема трех и более классов антиретровирусных препаратов и/или резистентность ВИЧ к препаратам двух классов, вирусная нагрузка (ВН) ≥5000 копий/мл и лабораторно подтвержденный R5-тропизм ВИЧ. Исследование проводилось в 76 центрах Австралии, США, Канады и Европы. Для скрининга на тропизм ВИЧ использовали Trofile assay (Monogram Biosciences). Всем больным была подобрана максимально оптимизированная схема АРТ, содержащая обычные препараты. Затем пациентов рандомизировали в отношении 1 : 1 : 1 на маравирик 300 мг 2 раза в день, маравирик 300 мг 1 раз в день или плацебо. Основной конечной точкой было снижение ВН к 24-й неделе наблюдения.

Результаты исследования. В анализ были включены 167 ВИЧ-инфицированных больных с не тропным к R5 ВИЧ или ВИЧ с двойным тропизмом (соответственно 58, 57 и 52 больных получали маравирик 2 раза в день, маравирик 1 раз в день и плацебо). Среднее время с момента постановки диагноза ВИЧ-инфекции составило 13 лет (от 2 до 23), а средний уровень CD4-клеток —

50 кл/мкл (далеко зашедшая ВИЧ-инфекция). Средний возраст больных был 43–45 лет, >85% групп составили мужчины. ВН > 100 000 копий/мл отмечалась у ≈54% больных; 59% больных имели балл чувствительности ВИЧ ≤2.

Прием исследуемых препаратов до 24-й недели прекратили 38 (61%) больных в группе плацебо, 38 (60%) в группе принимавших маравирик 1 раз в день и 32 (53%) в группе принимавших маравирик 2 раза в день. Основной причиной отмены препаратов было отсутствие положительного эффекта.

Исследователи не обнаружили статистически значимых различий между группами по основной конечной точке. Среднее снижение ВН к 24-й неделе составило в группе плацебо 1,20 log₁₀ копий/мл, в группе принимавших маравирик 1 раз в день — 1,18 log₁₀ копий/мл и в группе принимавших маравирик 2 раза в день — 1,50 log₁₀ копий/мл. Несколько более высокий процент больных группы, принимавших маравирик 2 раза в день, достигли неопределимой вирусной нагрузки к 24-й неделе наблюдения: 27 против 21% в принимавших маравирик 1 раз в день и 16% в группе плацебо. Эти различия не достигли, однако, статистической значимости.

Средний прирост числа CD4-клеток составил 36 кл/мкл в группе плацебо, 60 кл/мкл в группе принимавших маравирик 1 раз в день и 62 кл/мкл в группе принимавших маравирик 2 раза в день. Однако в период времени от 24-й до 48-й недели наблюдения прирост числа CD4-клеток был незначительным, и различия между группами стали менее выраженными: прирост от начала исследования до 48-й недели наблюдения составил в группах соответственно 51, 65 и 78.

Частота побочных явлений была сходной во всех трех группах. Серьезные нежелательные явления чаще встречались в группах маравирока, однако ни одно из них не было расценено как связанное с его приемом. Отмечалось 7 случаев смерти, 3 — в группе плацебо и 4 — в группах маравирока. Ни одна из смертей не была связанной с терапией. Нарушения лабораторных показателей были редкими, и их частота была сходной во всех трех группах.

Выводы. Исследователи констатируют, что маравирик, назначенный в дополнение к оптимизированной антиретровирусной схеме у тяжелых ВИЧ-инфицированных больных с двойным или смешанным тропизмом ВИЧ не привел к большему, чем в группе плацебо, снижению ВН. При этом не было отмечено вреда от такого дополнения, и даже отмечался более выраженный, чем в группе плацебо, прирост числа CD4-клеток.

Источник. M. Saag, et al. A Double-Blind, Placebo-Controlled Trial of Maraviroc in Treatment-Experienced Patients Infected with Non-R5 HIV-1. *J. Infect. Dis.* (2009) Jun. 1; **199** (11), 1638–1647.

РИСК РАЗВИТИЯ СПИД-ИНДИКАТОРНЫХ ЛИМФОМ ЗАВИСИТ НЕ ТОЛЬКО ОТ ИММУННОГО СТАТУСА, НО И ОТ УРОВНЯ ВИРЕМИИ

08.07.2009

Неходжкинская лимфома (НХЛ), а также лимфомы других типов являются характерными СПИД-индикаторными онкологическими заболеваниями, распространенность которых была исключительно высокой среди ВИЧ-инфицированных больных до создания высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ). ВААРТ привела к резкому снижению заболеваемости лимфомами. Так, например, в когортах исследовательской группы CASCADE заболеваемость НХЛ снизилась в 1999–2002 гг. на 75% по сравнению с периодом до 1997 г. Основным фактором риска развития лимфом у ВИЧ-инфицированных является иммуносупрессия, что было доказано множеством исследований. Так как основной целью и желаемым результатом ВААРТ является именно нормализация числа CD4-лимфоцитов, то, казалось бы, что заболеваемость лимфомами должна снизиться среди ВИЧ-инфицированных на эффективной ВААРТ до уровня популяционной. Однако этого не происходит. В некоторых исследованиях было отмечено, что виремия (репликация вируса) также является фактором риска развития лимфом, причем независимым от числа CD4-клеток. Dr. Zaafaly и его коллеги провели исследование, целью которого было выяснить, действительно ли виремия, измеряемая вирусной нагрузкой ВИЧ (ВН), определяет риск развития лимфом у больных с нормальными уровнями CD4-клеток.

Методы исследования. Исследователи проанализировали данные непрерывного открытого когортного исследования ClinSurv (Clinical Surveillance of HIV Disease), в которое включаются все ВИЧ-инфицированные, живущие в нескольких городах Германии, и насчитывающего в настоящее время более 18 000 участников. Из них в настоящий анализ включались больные, получающие полноценную ВААРТ не менее 30 дней и достаточно долго наблюдающиеся. Определяемой ВН (виремией) считался уровень РНК ВИЧ > 500 копий/мл. Исследователи оценивали влияние на риск развития лимфом следующих факторов: исходная ВН, максимальная ВН, последняя ВН, а также кумулятивная ВН. Кумулятивная ВН оценивала величину и продолжительность определяемой ВН и измерялась в днях. При этом высокая кумулятивная ВН могла быть как у больных с длительно определяемой ВН, так и у больных с высокой ВН в течение короткого промежутка времени.

Результаты исследования. В исследование были включены 6022 больных, отвечающих критериям исследования. Всего в когорте зарегистрированы 284 случая лимфомы. Из них 185 случа-

ев были расценены как начавшиеся до ВААРТ и исключены из анализа. Оставшиеся 99 случаев были признаны начавшимися на фоне ВААРТ. Из 99 только для 66 случаев имелись достаточные данные по ВН и числу CD4-клеток. Эти 66 случаев и были проанализированы: 43 случая НХЛ (из них 11 случаев лимфомы Беркитта и 32 случая лимфомы не Беркитта), 8 случаев первичной лимфомы ЦНС и 15 случаев лимфомы неустановленного вида. Срок наблюдения составил в среднем 754 дня в группе больных с лимфомой и 1520 для больных без лимфомы.

Число CD4-клеток на момент начала ВААРТ было значительно ниже у больных с лимфомой — 90 против 204 кл/мкл ($P < 0,01$), а средняя ВН — выше: 5,14 копий/мл против 4,81 копий/мкл ($P < 0,01$).

Исследователи определили, что кумулятивная виремия является сильным независимым фактором повышенного риска развития лимфомы: каждые 2000 дней $\times \log$ РНК ВИЧ увеличивали риск на 67% (отношение шансов [ОШ] — 1,67; 95% ДИ 1,27–2,20). Сходное влияние ку-

мулятивной виремии было отмечено на риск всех лимфом, кроме первичной лимфомы ЦНС. Для лимфомы Беркитта эта связь была даже более выраженной (ОШ — 3,45).

Другими факторами повышенного риска развития лимфомы согласно данным многофакторного анализа были более старший возраст (1,42 на каждые +10 лет) и низкий уровень CD4-клеток (ОШ — 8,16 для CD4 < 200 кл/мкл).

Выводы. Авторы исследования отмечают, что кумулятивная виремия является сильным и независимым предиктором развития лимфомы у ВИЧ-инфицированных больных. Они считают, что результаты их исследования заставят врачей оптимизировать ВААРТ с тем, чтобы по возможности достичь вирусной супрессии у максимально большего числа больных и, тем самым, предотвратить развитие тяжелых осложнений ВИЧ-инфекции, в том числе лимфом.

Источник. A. Zoufaly, et al. Cumulative HIV Viremia during Highly Active Antiretroviral Therapy Is a Strong Predictor of AIDS-Related Lymphoma. *J. Infect. Dis.* (2009) Jul. 1; **200** (1), 79–87.

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

26.07.2009. США. POZ.ru. Известно, что комбинированная антиретровирусная терапия предотвращает риск оппортунистических инфекций, которые могут развиваться на фоне иммунодефицита, вызванного ВИЧ. Однако все больше недавних исследований указывают на то, что хроническая ВИЧ-инфекция связана с воспалительными процессами, которые повышают риск тех заболеваний, которые раньше не считались СПИД-ассоциированными. Вафаа Эль-Садр из Колумбийского университета (США) провела анализ этих исследований и того, какое значение они имеют для лечения людей с ВИЧ в обычной врачебной практике. Свои данные она представила на V Международной конференции по патогенезу, лечению и профилактике ВИЧ, которая завершилась недавно в Кейптауне (ЮАР). Эль-Садр была главным исследователем в клинических испытаниях перерывов в приеме антиретровирусной терапии — SMART. Эти испытания показали, что если люди прерывали прием терапии, когда их уровень CD4 становился выше 350 кл/мм³, то это не только повышало риск оппортунистических заболеваний и смерти, но и риск заболеваний, которые не связаны со СПИДом, в том числе сердечно-сосудистых заболеваний, а также печени и почек. Разнообразие таких рисков — начиная от неврологических нарушений до потери прочности костей — говорит о том, что размножение ВИЧ в организме оказывает системное негативное влияние. Эль-Садр считает, что это связано с процессами воспаления и коагуляции крови. В пользу этой гипотезы говорят исследования, которые показали, что некоторые биомаркеры воспаления и коагуляции выше у ВИЧ-положительных людей по сравнению с ВИЧ-отрицательными. Также показатели этих биомаркеров обычно растут при прогрессировании ВИЧ-инфекции или при прекращении приема терапии, но снижаются, если человек начал прием антиретровирусных препаратов. Эль-Садр говорит, что пришло время по-новому взглянуть на ВИЧ-инфекцию как заболевание. Традиционно считалось, что хроническая ВИЧ-инфекция включает длительный период «латентной» инфекции, когда вирус не причиняет вреда организму. Однако новые данные говорят о том, что даже во время «латентного» периода для человека может существовать повышенный риск заболеваний не связанных со

СПИДом. По словам Эль-Садр, размножение ВИЧ в организме причиняет невидимый ущерб, который может иметь отсроченные негативные последствия. Это снова ставит вопрос, когда же все-таки лучше начинать прием антиретровирусной терапии. Есть данные, что если начинать терапию при уровне CD4 выше 350 кл/мм³, то это связано с еще меньшим риском заболеваемости и смертности. Однако пока не ясно, каковы риски более раннего начала терапии, например, с точки зрения долгосрочной токсичности препаратов. Эль-Садр считает, что на этот вопрос должны ответить дополнительные клинические испытания, которые будут учитывать серьезные заболевания, не связанные со СПИДом, и биомаркеры. Она также предположила, что возможно к препаратам против ВИЧ необходимо добавить новую группу — препараты для снижения воспалительных процессов, например, статины.

25.07.2009. США. МедПортал. Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) запретило к показу рекламу лекарства от ВИЧ с участием известного баскетболиста «Мэджика» Джонсона. Недовольство надзорных органов вызвал промо-ролик лекарственного средства Калетра, производимого компанией Abbott. По мнению сотрудников FDA, в указанных видеоматериалах эффективность лекарства преувеличена, а информация о возможных побочных эффектах сведена к минимуму. Директор отделения FDA по контролю за сбытом лекарств Томас Абрамс заявил, что компанию-производителя обязали предоставить в надзорные органы план по распространению правдивой, не вводящей в заблуждение и полной информации о лекарственном средстве. На протяжении первых одиннадцати с половиной минут промо-ролика, привлечшего внимание FDA, баскетболист рассказывает о преимуществах Калетры. Информация о побочных эффектах лекарства дана в виде бегущей строки в конце ролика и, по мнению представителей FDA, не может привлечь внимание зрителя. Эрвин Джонсон живет с ВИЧ с 1991 года. В промо-ролике Джонсон рассказывал, что его заболевание перестало проявляться через пять лет после начала приема препарата.

ЭПИДЕМИЯ В ЧИСЛАХ – ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ ПОВЫШЕННОГО РИСКА*

Восточная Европа и СНГ остаются одним из немногих регионов мира, где уровень распространности ВИЧ продолжает расти.

В опубликованном в 2004 году Региональном докладе о ВИЧ/СПИДе в контексте человеческого развития в странах Восточной Европы и СНГ¹ высказывалось предостережение о растущей угрозе региональной эпидемии ВИЧ². Сейчас, через четыре года после публикации этого доклада, ВИЧ пустил глубокие корни в этом регионе. В то время как имеются признаки стабилизации показателей распространенности глобальной эпидемии на нынешнем уровне, Восточная Европа и СНГ остаются одним из нескольких регионов мира, где уровень распространности ВИЧ продолжает расти³. В регионе нет ни одного государства, которое бы не затронул ВИЧ, хотя некоторые страны несут на себе более тяжкое бремя этой болезни, особенно это касается европейской территории СНГ. С полным основанием можно считать, что регион «живет с ВИЧ» подобно тому, как живут с ВИЧ отдельные люди. И если людям приходится адаптироваться к своему ВИЧ-статусу, искать средства для поддержания своего здоровья и соблюдать жизненно важный режим лечения, то и государствам региона также необходимо изменить методы своей работы и научиться по-новому заботиться о нуждах разных групп населения ради будущих поколений.

Однако метафора о регионе, «живущем с ВИЧ», многогранна; она предполагает, что специфические меры в ответ на эпидемию на микроуровне, соответствующие особенностям данной страны, должны дополняться факторами на микроуровне, охватывающими такие области, как политика, экономика, культура, демография, меж-

дународные отношения, развитие и здравоохранение. В то время как основания для удовлетворения потребностей отдельных людей, живущих с ВИЧ, сформулированы довольно четко и базируются на принципах прав человека и всеобщего доступа к уходу, лечению и профилактике⁴, — рекомендации для государств по формулированию, осуществлению и мониторингу реализации этих принципов на практике не столь хорошо разработаны, так как данный процесс затрудняется присутствием многочисленных макроуровневых факторов.

ЗНАТЬ СВОЮ ЭПИДЕМИЮ

Вложение ресурса в целевые вмешательства и услуги для групп населения повышенного риска дают значительно более эффективные результаты, достигающиеся относительно экономичными средствами.

По мере развития эпидемии в глобальных масштабах ЮНЭЙДС и другие ведущие международные организации все больше подчеркивают необходимость «знать свою эпидемию» для разработки эффективного национального ответа с учетом ситуации на местах⁵. По-видимому, подобный подход особенно актуален в странах с умеренной или локальной эпидемией ВИЧ, например, в Восточной Европе и СНГ, где инвестиции ресурсов в целевые вмешательства и услуги для основных групп населения повышенного риска приводят к значительно более эффективным результатам, достигаемым относительно экономичными средствами. Знание особенностей своей эпидемии позволяет лицам, определяющим политику, правильно выбирать

* Региональный доклад о человеческом развитии, посвященный проблеме ВИЧ/СПИДа в странах Восточной Европы и СНГ «Жизнь с ВИЧ в странах Восточной Европы и СНГ. Последствия социальной изоляции», с. 5–16. Региональный центр ПРООН в Братиславе, декабрь 2008.

¹ Странами СНГ являются Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Украина и Узбекистан. В группу новых государств-членов ЕС и Турции входят Болгария, Кипр, Чешская Республика, Эстония, Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Румыния, Словакия, Словения и Турция. В западно-балканскую группу входят Албания, Босния и Герцеговина, Хорватия, бывшая Югославская Республика Македония, Черногория и Сербия. Эта классификация применяется в настоящем Докладе во всех случаях, если не оговорено иное.

² ПРООН, ВИЧ/СПИД в странах Восточной Европы и Содружества Независимых Государств. Как обратить эпидемию вспять: состояние проблемы и возможные решения, ПРООН: Братислава, 2004.

³ ЮНЭЙДС, Доклад о глобальной эпидемии СПИДа за 2008 год [2008 Report on the Global AIDS Epidemic], UN AIDS, Geneva, 2008.

⁴ ЮНЭЙДС, Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека [International guidelines on HIV/AIDS and human rights], UNAIDS, Geneva, 2006. См. также ВОЗ, ЮНЭЙДС, ЮНИСЕФ «В направлении всеобщего доступа: наращивание приоритетных действий в политическом секторе», отчет о ходе работ towards universal access: scaling up priority interventions in the policy sector: progress report], апрель 2007 г., UNAIDS, Geneva, 2007.

⁵ ЮНЭЙДС, Ежегодный доклад ЮНЭЙДС «Знать свою эпидемию» [UNAIDS annual report: knowing your epidemic], UNAIDS, Geneva, 2007; см. на сайте: http://data.unaids.org/pub/Report/2008/jcl535_annual_report07_en.pdf.

меры, необходимые для достижения всеобщего доступа к уходу, лечению и поддержке, а также оценивать, в какой степени государственные ресурсы, выделяемые на противодействие эпидемии ВИЧ, согласуются с потребностями на местах. На следующих страницах описываются основные факторы, способствующие распространению ВИЧ в регионе, анализ которых и лег в основу эффективных ответных мер.

В соответствии с программной классификацией ПРООН, применяемой в настоящем докладе, регион стран Восточной Европы и СНГ состоит из пяти субрегионов: члены Европейского Союза и кандидаты в члены ЕС, Западные Балканы, западные страны СНГ (Молдова, Беларусь, Российская Федерация и Украина), Кавказ и Центральная Азия. Субрегионы и входящие в них страны имеют разную историю, языки, культурные и религиозные традиции, а также свой путь развития. Вследствие многообразия внутри региона и внутри входящих в него государств, нет двух стран, в которых наблюдалась бы одинаковая эпидемиологическая ситуация, и нет единого подхода к противодействию ВИЧ и защите интересов людей, живущих с ВИЧ, который можно было бы повсеместно реализовать, используя универсальную методику.

Оценочное число людей, живущих с ВИЧ в странах Восточной Европы и СНГ, увеличилось примерно с 630 000 чел. в 2001 г. до 1,5 млн. чел. в 2007 г., что составляет прирост на 150%⁶. По данным ЮНЭЙДС, 87% новых случаев ВИЧ-инфекции в регионе приходится на Российскую Федерацию (66%) и Украину (21%). Уровень распространения ВИЧ в Эстонии также тревожно высок. В Центральной Азии и на Кавказе число впервые диагностированных случаев ВИЧ тоже растет, причем в Узбекистане регистрируется наибольшее число новых случаев ВИЧ среди стран Центральной Азии (рис. 1).

В европейской части региона за последние 10 лет наблюдалось устойчивое развитие эпидемии ВИЧ: в 2006 г. было официально зарегистрировано 86 912 новых случаев заболевания, причем более двух третей из них приходится на Восточную Европу. В странах Восточной Европы и СНГ пик заболеваемости ВИЧ-инфекцией был отмечен в 2001 г., когда число вновь диагностированных случаев составило 342,4 на 1 млн населения, а в 2003 г. этот показатель снизился до 174,3. Затем показатель вновь начал неуклонно возрастать и в 2006 г. достиг 210,8 случаев на

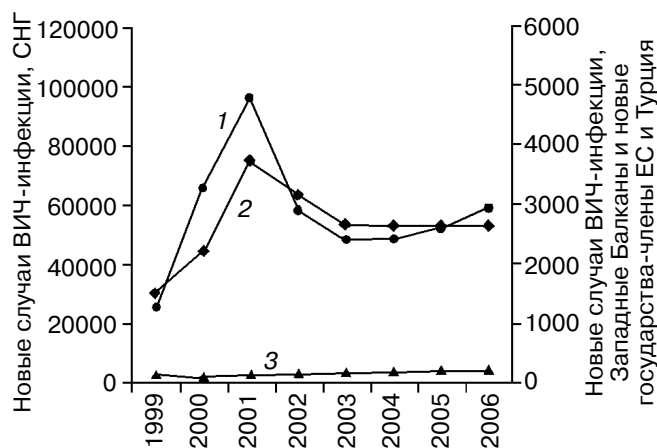


Рис. 1. Вновь диагностированные случаи ВИЧ в регионе. 1 — СНГ, 2 — новые государства-члены ЕС и Турция, 3 — Западные Балканы. Источник: EuroHIV, 2006а, отчет No. 75

1 млн населения. Для сравнения: в большинстве стран Центральной и Юго-Восточной Европы число новых случаев ВИЧ-инфекции с 1999 г. стабильно держалось на уровне менее 10 случаев на 1 млн населения⁷.

КОНЦЕНТРИРОВАННАЯ ИЛИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ?

Классификация стадий эпидемии СПИДа имеет важное значение с точки зрения выработки стратегии противодействия. Исследователи утверждают, что подробное и конкретное описание особенностей эпидемии важно для разработки эффективных политических рекомендаций, своевременного оповещения о риске заражения и действенной тактики сдерживания распространения заболевания⁸. Необходимо точно указать масштабы и границы распространения заболевания; число случаев; уровень смертности среди инфицированных; степень контагиозности и любые сопутствующие виды рискованного поведения, способствующие передаче вируса. Таким образом, хотя СПИД явно представляет собой пандемический процесс, связанный с одним заболеванием, вероятно, корректнее всего было бы описывать его как ряд культурно- или контекстно-обусловленных эпидемий⁹. При разработке мер, предпринимаемых органами здравоохранения и другими ведом-

⁶ ЮНЭЙДС и Всемирная организация здравоохранения. Восточная Европа и Центральная Азия: новейшая информация об эпидемии СПИДа: региональный обзор [Eastern Europe and Central Asia: AIDS epidemic update: Regional Summary]: UN AIDS, Geneva, 2008, см. на сайте: http://data.unaids.org/pub/Report/2008/jcl529_epibriefs_europe_casia_en.pdf.

⁷ EuroHIV, «Надзор за ВИЧ/СПИДом в Европе: годовой отчет за 2006 год» [HIV/AIDS Surveillance in Europe: End-year report 2006], Institut de veille sanitaire: Saint-Maurice, 2007. No. 75.

⁸ Грин М., Шварц Т., Мейшер Е., Лев Б., Левенталь А., Слатер П., Шемер Дж., «Когда эпидемия является эпидемией?» [When is an Epidemic an Epidemic?] *Israel Medical Association Journal*, 4, 3–6. См. также Вилсон Д., Хаперин Д.Т. (2008). «Знать свою эпидемию — ключ к эффективному противодействию»: полезный подход, если его правильно применять [«Know your epidemic, know your response»: a useful approach, if we get it right]. *Lancet*, 372, 423–426.

⁹ ВИЧ/СПИД: не одна эпидемия, а целое множество [HIV/AIDS: not one epidemic but many]. Редакционная статья, *Lancet*, 365, 1–2 (2004).

Таблица 1. Региональный обзор эпидемиологической ситуации (данные ЮНЭЙДС)

	2001	2007
Страны Восточной Европы и СНГ		
Взрослые и дети, живущие с ВИЧ	0,63 млн [0,49–1,1 млн]	1,5 млн [1,2–2,1 млн]
Вновь диагностированные случаи ВИЧ у взрослых и детей	230 000 [98 000–340 000]	150 000 [70 000–290 000]
Распространенность ВИЧ-инфекции среди взрослых (%)	0,4% [0,3–0,6%]	0,9% [0,7–1,2%]
Число смертей от СПИДа среди взрослых и детей	8000 [5500–14 000]	55 000 [42 000–88 000]
Западная и Центральная Европа		
Взрослые и дети, живущие с ВИЧ	0,62 млн [0,5–0,87 млн]	0,76 млн [0,6–1,1 млн]
Вновь диагностированные случаи ВИЧ у взрослых и детей	32 000 [19 000–76 000]	31 000 [19 000–86 000]
Распространенность ВИЧ-инфекции среди взрослых (%)	0,2% [0,1–0,3%]	0,3% [0,2–0,4%]
Число смертей от СПИДа среди взрослых и детей	10 000 [<15 000]	12 000 [<15 000]

Источник: ЮНЭЙДС, 2007 AIDS Epidemic Update. В квадратных скобках указан диапазон значений оценки.

ствами, необходимо должным образом учитывать местные факторы, определяющие эффективность профилактики, лечения и иных вмешательств.

Хотя СПИД явно представляет собой пандемический процесс, связанный с одним заболеванием, вероятно, корректнее всего было бы описывать его как ряд культурно- или контекстно-обусловленных эпидемий.

ЮНЭЙДС и Всемирная организация здравоохранения¹⁰ разработали руководство по классификации эпидемий СПИДа в соответствии со шкалой, включающей три стадии: эпидемия с низким показателем распространенности, концентрированная и генерализованная эпидемия (см. табл. 1, 2). Согласно этой концепции, разные уровни и типы эпидемий требуют разных ответов, что является одним из столпов подхода «Знать свою эпидемию — ключ к эффективному противодействию». Например, организация Family Health International¹¹, взяв за основу руководство ЮНЭЙДС, рекомендует, чтобы «на стадии концентрированной эпидемии государства продолжали серологический надзор за ВИЧ в группах с высокой степенью концентрации ВИЧ и начали проводить мониторинг распространения ВИЧ-инфекции среди широкого населения, особенно среди молодежи». В странах с концентрированной стадией эпидемии приоритетным должен стать биологический и поведенческий надзор за группами наибольшего риска, а также разработка целенаправленных профилактических вмешательств и лечеб-

ных программ, наряду с противодействием стигматизации этих групп. В странах с генерализованными эпидемиями следует использовать методы строгого антенатального и популяционного надзора в целях сдерживания распространения эпидемии, разрабатывать программы, направленные на изменение опасных форм социального поведения и вкладывать средства в развитие инфраструктуры здравоохранения, чтобы удовлетворить потребности в лечении больших групп населения, затронутых эпидемией.

Политика органов здравоохранения и системы социальной помощи должна ставить во главу угла обеспечение медицинских потребностей и прав тех групп населения, которые больше всего затронуты эпидемией или подвергаются повышенному риску; в то же время, необходимо повышать информированность широких масс населения и снижать уровень стигмы и дискриминации в обществе.

В некоторых регионах Эстонии, России и Украины, которые считаются странами с «локальными эпидемиями», все больше проявляются черты генерализованных эпидемий. В Украине, например, в 3-х регионах из 27 зарегистрирован показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин, превышающий 1%¹². По оценке ЮНЭЙДС, распространенность ВИЧ среди взрослого населения в этих странах перешагнула через пороговый показатель (>1%)¹³. В подобных условиях в целях сдерживания дальнейшего распространения эпидемии необходимо проведение дозорного эпиднадзора за ВИЧ среди групп населения повышенного

¹⁰ Рабочая группа ЮНЭЙДС/ВОЗ по надзору за глобальными ИППП, Руководящие принципы для надзора второго поколения [Guidelines for Second Generation Surveillance] (2000), см. на сайте: <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/Epidemiology/epiworkinggrp.asp>.

¹¹ Family Health International, «Behavioral Data Collection in HN-Related Risk Behaviors», см. на сайте: <http://www.fhi.org/en/HIV-AIDS/pub/fact/behavdatacol.htm>.

¹² Проект «Всесторонняя внешняя оценка национальных мер в ответ на СПИД в Украине» [Comprehensive External Evaluation of the National AIDS Response in Ukraine], UN AIDS, 2008, p. 21.

¹³ ЮНЭЙДС и Всемирная организация здравоохранения (2008), см. выше прим. 6.

Таблица 2. Критерии определения стадии эпидемии ВИЧ

Эпидемии с низким показателем распространенности	Уровень распространенности ВИЧ среди всего населения и групп повышенного риска <1%
Концентрированная эпидемия	Уровень распространенности ВИЧ среди всего населения <1%, а в группах повышенного риска >5%
Генерализованная эпидемия	Уровень распространенности ВИЧ среди всего населения >1%; поддерживается главным образом за счет передачи инфекции половым путем

риска и всего населения, а также вмешательств, направленных на стабилизацию и снижение передачи инфекции. Однако в том же докладе отмечается, что в этих странах ВИЧ концентрируется преимущественно в группах потребителей инъекционных наркотиков (ПИН); следующей группой повышенного риска являются их сексуальные партнеры. Это позволяет сделать вывод, что генерализованная эпидемия не развилась до национального уровня ни в одной из стран региона. Эксперты предполагают, что среди мужчин, вступающих в половые контакты с мужчинами, уровень распространенности ВИЧ достаточно высок, хотя это и не отражено в официальной статистике в силу отсутствия как целенаправленных исследований, так и существования социальных табу, затрудняющих возможность открытого признания в подобном поведении. «В таких ситуациях необходимы «комбинированные профилактические» меры — объединяющие поведенческий, общественный, структурный и биомедицинский подходы для одновременного воздействия на основные подгруппы повышенного риска, наряду с работой по устранению предпосылок для передачи инфекции среди населения в целом»¹⁴.

При локальных эпидемиях органы здравоохранения и социального обеспечения должны ставить во главу угла потребности в медицинской помощи и обеспечение прав тех групп населения, которые больше всего затронуты эпидемией, а также групп повышенного риска; в то же время необходимо усиливать информированность населения и снижать уровень стигмы и дискриминации в обществе. К группам населения, которым грозит максимальный риск, относятся люди, употребляющие инъекционные наркотики, мужчины, вступающие в половые контакты с мужчинами, а также работники коммерческого секса. Приоритетного внимания

заслуживают также партнеры людей, входящих в эти группы. К другим уязвимым группам населения можно отнести заключенных, мигрантов и этнические меньшинства. Попытки представлять и отстаивать интересы этих групп неизбежно связаны с преодолением исторически сложившихся проблем, обусловленных стигмой, маргинализацией, бедностью, дискриминацией и моральным осуждением этих групп.

ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ В СТРАНАХ ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЫ И СОДРУЖЕСТВА НЕЗАВИСИМЫХ ГОСУДАРСТВ

В большинстве новых случаев ВИЧ, зарегистрированных в регионе, инфекция передавалась потребителями инъекционных наркотиков (ПИН). Однако в динамике распространения эпидемии в регионе в целом прослеживаются три волны: первая, подобная взрыву, соответствует стремительному распространению инфекции среди ПИН; за ней следует вторая, более медленная, но обширная волна передачи инфекции половым путем; а третья, недавно выявленная волна характеризуется передачей инфекции от матери ребенку.

Инъекционное потребление наркотиков. Инъекционное потребление наркотиков является доминирующим путем передачи в 11 странах региона. Из 59 866 вновь выявленных случаев в 2006 г. (распространенность 210,8 на 1 млн населения), 62% приходится на потребителей инъекционных наркотиков¹⁵. Отмеченный в 2001 г. пик ВИЧ-инфекции в Восточной Европе был обусловлен ростом новых случаев ВИЧ среди ПИН; большая часть из них была зарегистрирована в Российской Федерации и Украине. Оценки распространенности ВИЧ среди ПИН в регионе остаются крайне неоднородными. Во многих странах Центральной Европы наблюдается низкая распространенность ВИЧ, а доля впервые диагностированных случаев ВИЧ среди ПИН обычно составляет менее 10% и имеет тенденцию к снижению. В некоторых странах, в частности, на востоке Европы, около 10 лет назад наблюдалось быстрое распространение эпидемии, что привело к появлению значительной группы людей, живущих с ВИЧ. Рост случаев гетеросексуальной передачи ВИЧ в Восточной Европе частично вызван передачей инфекции от ВИЧ-положительных ПИН их сексуальным партнерам.

Важно отмечать региональные и внутригосударственные различия в показателях распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, т.к. крупные национальные

¹⁴ Меерсон М.Х., О'Мали Дж., Сервадда Д., Аписук С. История и проблема профилактики ВИЧ [The history and challenge of HIV prevention]. *Lancet*, 372, 475–488 (2008).

¹⁵ EuroHIV, «Надзор за ВИЧ/СПИДом в Европе: полугодовой отчет за 2007 год» [«HIV/AIDS Surveillance in Europe: Mid-year report 2007»], Institut de veille sanitaire: Saint-Maurice, 2007. No. 76; данные о путях передачи инфекции отсутствуют в 23 936 случаях.

исследования могут не отражать изменчивость показателей по отдельным регионам или городам. Во многих городах и регионах Восточной Европы показатели распространенности ВИЧ превышают общенациональный уровень, что может свидетельствовать о наличии локальных вспышек ВИЧ среди отдельных групп ПИН. Например в России показатель распространенности ВИЧ в выборках ПИН варьирует от 3% в Волгограде до 14% в Москве¹⁶. Для сравнения, в Украине в 9 из 10 городов, где проводились аналогичные исследования среди ПИН, уровень распространенности ВИЧ превышал 20%, что свидетельствует о более масштабной эпидемии в этой группе населения.

Гетеросексуальная передача. По имеющимся сведениям, гетеросексуальные контакты являются вторым по частоте способом передачи ВИЧ в регионе. Данные о впервые диагностированных случаях ВИЧ дают основания считать, что основные пути передачи меняются и что через ПИН эпидемия начала распространяться среди их сексуальных партнеров. В СНГ доля потребителей инъекционных наркотиков, живущих с ВИЧ, в период с 2002 по 2006 год снизилась с 79 до 62%¹⁷, но за то же время уровень инфицирования ВИЧ через гетеросексуальные контакты вырос с 20 до 37%¹⁸. На рис. 2 показана тенденция, характерная для региона в целом — относительное снижение распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН и относительный рост удельного веса гетеросексуальных половых контактов как причины ВИЧ-инфицирования в Украине в период с 1987 по 2007 год.

В этой тенденции прослеживается и явный гендерный аспект, поскольку повышается уязвимость женщин к ВИЧ-инфекции. В прошлом большинство зарегистрированных случаев ВИЧ в регионе приходилось на лица мужского пола, что отражает преобладание мужчин среди ПИН. Однако в 2006 г. удельный вес женщин составил 41% от 59 862 новых случаев ВИЧ-инфекции в Восточной Европе и СНГ. Некоторые из этих женщин сами принадлежат к сообществу ПИН и/или имеют многочисленных половых партнеров в силу своей причастности к секс-бизнесу. Однако возрастающее число случаев ВИЧ среди женщин, по всей видимости, указывает на рост передачи ВИЧ гетеросексуальным путем, особенно от употребляющих наркотики мужчин и мужчин-бисексуалов их сексуальным партнерам-женщинам¹⁹.

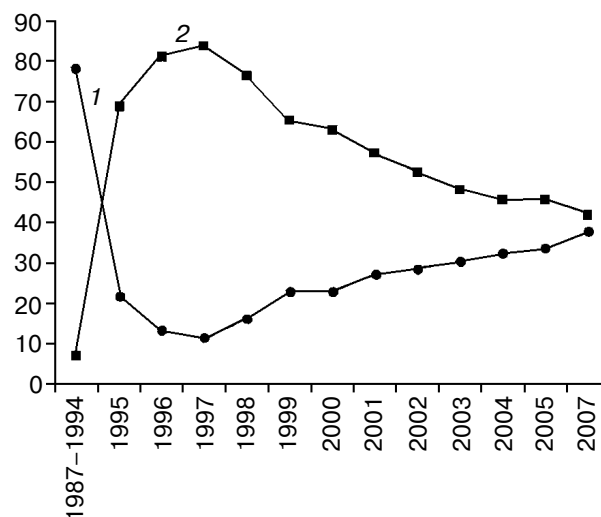


Рис. 2. Динамика распространения ВИЧ-инфекции в Украине с 1987 по 2007 год. 1 — передача половым путем, %; 2 — передача при потреблении инъекционных наркотиков, %. Источник: Оценка уязвимости к ВИЧ в Украине [Vulnerability Assessment of People Living With HIV in Ukraine], Третий проект доклада, 10 декабря 2007 г.

Например, в Докладе о ситуации с ВИЧ/СПИДом в Российской Федерации за 2005 год, представленном на Специальной сессии Генеральной ассамблеи ООН, отмечается, что 65,3% мужчин-ПИН имеют сексуальные контакты с женщинами, не употребляющими инъекционные наркотики²⁰. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы прояснить механизмы этой взаимосвязи и разработать соответствующие профилактические вмешательства.

Секс-бизнес. Численность работников секс-бизнеса в странах Восточной Европы и СНГ возросла вследствие социальных, экономических и политических перемен, которые вынуждают женщин (как и некоторых мужчин) становиться коммерческими секс-работниками, чтобы зарабатывать себе на жизнь. Работники секс-бизнеса, которые не пользуются презервативами постоянно, рискуют заразиться вследствие высокой частоты половых контактов с множеством разных партнеров. Они также подвергаются риску из-за употребления наркотиков и использования нестерильным инъекционным инструментарием. По данным исследований, подобные привычки имеют широкое распространение в сообществах работников коммерческого секса

¹⁶ EuroHIV, «Надзор за ВИЧ/СПИДом в Европе: полугодовой отчет за 2007 год» [HIV/AIDS Surveillance in Europe: Mid-year report 2007] Institut de Veille Sanitaire: Saint-Maurice, 2007. No. 76 (ссылка на российское исследование, Подек Т., Плат Л., Максимова С., Кошкина Е., Латишевская Н., Хикман М. и др. Распространенность ВИЧ, гепатита С и сифилиса среди потребителей инъекционных наркотиков [Prevalence of HIV, hepatitis C and syphilis among injecting drug users in Russia: a multi-city study]. Addiction 2006; **101**, 252–266.

¹⁷ EuroHIV, 2007, см. выше прим. 7; No. 75 собственные расчеты. Включаются только случаи, по которым известно, каким путем произошла передача инфекции.

¹⁸ Там же.

¹⁹ Там же.

²⁰ Доклад по Российской Федерации за 2005 г. на Специальной сессии Генеральной ассамблеи ООН [Russian Federation 2005 UNGASS report].

Таблица 3. Уровень ВИЧ-инфекции, потребления инъекционных наркотиков и пользования презервативами среди женщин, работающих в секс-бизнесе в некоторых странах и городах Восточной и Центральной Европы, 2000–2005 гг. (данные разных исследований с использованием различных методик)

Страна	Год (кол-во респондентов, <i>n</i>)	Процент ПИН среди женщин, работающих в секс-бизнесе	Уровень распространенности ВИЧ	Пользование презервативами (%) и показатель
Азербайджан	2003 (<i>n</i> = 200)	1%	9%	9% показатель не определен
Грузия (Тбилиси)	2002 (<i>n</i> = 158)	1%	0%	72% в прошлом месяце
Казахстан	2005 (<i>n</i> = 1,960)	12%	2%	72% на момент интервью
Кыргызстан (Бишкек, Ош)	2004 (<i>n</i> = 352)	5%	2%	82% при последнем контакте
Латвия	2002 (<i>n</i> = 92)	80%	16%	80% в прошлом месяце
Рига	2004 (<i>n</i> = 93)	53%*	18%	
Литва	2005 (кол-во респондентов не указано)		0%	70% при последнем контакте
Республика Молдова (Кишинев)	2003 (<i>n</i> = 151)	11%	5%	82% при последнем контакте
Российская Федерация				
Екатеринбург	2003 (<i>n</i> = 149)	27%	15%	68% при последнем контакте
Москва	2003 (<i>n</i> = 135)	5%	14%	96% при последнем контакте
Санкт-Петербург	2003 (<i>n</i> = 108)	93%	48%	93% при последнем контакте
Тольятти	2001 (<i>n</i> = 77)	100%	62%	
Украина	2001 (<i>n</i> = 646)	35%	20%	
Узбекистан	2004 (кол-во респондентов не указано)		10%	53% при последнем контакте
Болгария	2005 (<i>n</i> = 874)	16%	2%	
Польша	2002 (<i>n</i> = 400)	2%	2%	89% при последнем контакте

* Процент ПИН среди ВИЧ-положительных респондентов.

Источник: EuroHIV, 2006b. Надзор в Европе: среднегодовой отчет за 2006 г. [Surveillance in Europe: Mid-year report 2006] No.74.

по всему региону²¹. Также важно отметить, что секс-бизнес влияет на распространение ВИЧ из одной страны в другую. Пересекать границы могут как работники секс-бизнеса, так и их клиенты. Некоторые работники секс-бизнеса добровольно мигрируют по разным причинам, в том числе, стремясь повысить свои заработки. Кроме того, значительно возросло число женщин и девушек из региона, ставших жертвами международной торговли людьми, которая часто заканчивается работой в секс-бизнесе в странах Западной и Центральной Европы или Ближнего Востока²² (табл. 3).

Появляется все больше свидетельств того, что в Восточной Европе и СНГ существует скрытая эпидемия среди МСМ, которые зачастую оказываются загнанными в подполье под давлением жесткой стигмы, дискриминации и даже преследований.

Секс между мужчинами. Термин «мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами» (МСМ) подразумевает как мужчин, которые отождествляют себя с геями, так и тех, кто не считает себя таковыми, но вступают в половые контакты с мужчинами при определенных обстоятель-

²¹ EuroHIV, Надзор в Европе: полугодовой отчет за 2006 г. [Surveillance in Europe: Mid-year report 2006], French Institute for Public Health Surveillance: Saint-Maurice, 2007. No. 74.

²² Зиммерман С., Юн К., Шваб И., Ватте С., Трапполин Л., Трепете М. и др. (2003). Риск для здоровья и последствия торговли женщинами и подростками. Результаты европейского исследования [The health risks and consequences of trafficking in women and adolescents. Findings from a European study]. London School of Hygiene and Tropical Medicine, UK.

ствах. Хотя это сообщество в Западной Европе давно входит в группу населения повышенного риска, ситуация с МСМ в странах Восточной Европы и СНГ отличается меньшей определенностью из-за недостатка данных и поведенческой информации, по сравнению с другими группами, которые подвержены повышенному риску.

Тем не менее появляется все больше подтвержденной информации о скрытой эпидемии в Восточной Европе и СНГ среди МСМ, которые зачастую загнаны в подполье под давлением резкого усиления стигмы, дискриминации и даже преследований. Отказ от уголовного преследования за однополые сексуальные связи является относительно новым явлением в большинстве стран региона, за исключением Туркменистана и Узбекистана, где такие отношения по-прежнему считаются преступными и влекут за собой уголовную ответственность²³. Поэтому маловероятно, чтобы МСМ в этих странах открыто обращались за помощью, несмотря на то, что они относятся к группе населения повышенного риска. Например, в Украине, по имеющимся оценкам, около 60 процентов МСМ не проверяли свой ВИЧ-статус²⁴.

В табл. 4 собраны данные исследований о распространенности ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, начиная с 1996 г., свидетельствующие о том, что в регионе высока вероятность наличия локальной эпидемии среди МСМ, а также о необходимости более систематического и последовательного сбора данных в каждой стране для разработки соответствующих целенаправленных ответных мер²⁵.

Кроме того, важно учитывать тот факт, что некоторые МСМ также вступают в половые отношения с женщинами, в некоторых случаях под влиянием общественного мнения, диктующего необходимость соблюдать традиционные нормы поведения²⁶. Этот фактор необходимо учитывать при разработке профилактических мер в отношении МСМ для сдерживания передачи ВИЧ как при однополых, так и при гетеросексуальных контактах.

Ситуация в тюрьмах. Высокая распространенность ВИЧ среди заключенных свидетельствует об одновременном распространении инфекции вследствие употребления инъекционных наркотиков и незащищенного секса в этой группе населения. По имеющимся оценкам, показатель распространенности ВИЧ в тюрьмах от

3,5 до 10 раз выше, чем среди населения в целом. По состоянию на январь 2007 года в украинской пенитенциарной системе было 4695 ВИЧ-положительных заключенных²⁷, и уровень распространенности ВИЧ в этой группе вырос с 6% в 1999 г. до 14% в 2006 г.²⁸. Среди заключенных в Самаре (Российская Федерация) также отмечался высокий уровень распространенности ВИЧ — 12,2% по данным на 2005 г., однако эти цифры не являются репрезентативными на национальном уровне²⁹. Оценочные показатели распространенности ВИЧ среди заключенных в других странах региона приводятся в табл. 5.

Передача ВИЧ через инфицированную донорскую кровь. В последнее время в странах Восточной Европы было зарегистрировано небольшое число случаев гемотрансфузионной передачи ВИЧ-инфекции, однако недавние вспышки в Казахстане и Кыргызстане были связаны с переливанием крови. В Восточной Европе частота выявления ВИЧ в донорской крови резко возросла с менее чем 1 случая на 100 тыс. ед. донорской крови в 1995 г., до 37,6 случаев на 100 тыс. ед. донорской крови в 2006 г.; этот рост подчеркивает необходимость контроля, мониторинга и регулирования работы с образцами крови.

Эта тенденция резко контрастирует с ситуацией в странах Западной Европы, где показатель распространенности ВИЧ среди образцов донорской крови снизился с 5,2 случаев на 100 000 единиц донорской крови в 1990 году до 1,2 в 2006 году. В Центральной Европе в тот же период показатель встречаемости ВИЧ в донорской крови незначительно вырос с 1,6 случаев на 100 тыс. ед. донорской крови в 1990 г. до максимум 3,8 случаев в 2006 г. Наиболее опасный и тревожный рост числа ВИЧ-положительных образцов донорской крови произошел в Украине, где данный показатель вырос с 2,1 случаев на 100 тыс. ед. донорской крови в 1995 г. до 128,4 в 2004 г., причем с тех пор этот показатель стабилизировался и в 2006 г. составил 127,1 на 100 тыс. ед. донорской крови.

Беспокойство относительно безопасности банков донорской крови в регионе отражает значительный упадок инфраструктуры систем здравоохранения стран СНГ в годы переходного периода. Эти страны испытывали трудности в обеспечении надлежащего скрининга донорской крови на ВИЧ, проведении качественного тестирования и повышении стандартов работы

²³ ВОЗ. «Прогресс в реализации Дублинской декларации о партнерстве в борьбе с ВИЧ/СПИДом в Европе и Центральной Азии» [«Progress on implementing the Dublin Declaration on partnerships to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia»], ВОЗ, 2008, с. 14.

²⁴ Там же, с. 95.

²⁵ Таблица воспроизводится по материалам презентации Центра сотрудничества ВОЗ по надзору за ВИЧ, Загреб, Хорватия, июнь 2008 г.

²⁶ ВОЗ 2008, см. выше прим. 21, с. 107.

²⁷ Государственное управление Украины по вопросам правоприменения, 2007 г.

²⁸ ПРООН «Оценка уязвимости людей, живущих с ВИЧ в Украине» [Evaluating the vulnerability of people living with HIV in Ukraine, UNDP, Kiev, 2008], с. 15.

²⁹ Дробневский Ф.А. и др. (2005). Туберкулез, распространенность серотипа и потребление инъекционных наркотиков среди заключенных [Tuberculosis, HIV seroprevalence and intravenous drug abuse in prisoners]. *Eur. Respir. J.*, 26 (2), 298–304.

Таблица 4. Распространенность ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, по данным за период с 1996 г.

Страна и год проведения исследования	Метод исследования	Размер выборки	Оценочная распространенность ВИЧ
Армения, Ереван, 2007	«Снежный ком»	100	2
Беларусь, Минск, 2007	нерепрезентативная выборка (НВ)	279	0
Болгария, София и Варна, 2006	НВ	199	0
Хорватия, Загреб, 2006	выборка, проводимая респондентами (ВПр)	360	4,5
Эстония, Таллин и Харью, 2007	ВПр	59	5
Грузия, Тбилиси, 2005	ВПр	70	4,2
Казахстан, несколько мест, 2007	НВ	450	0
Кыргызстан, Бишкек, 2006	НВ	100	1
Латвия, Рига, 1998	В	242	5
Молдова, Кишинев, 2007	НВ	94	4,8
Польша, несколько городов, 2004	НВ	404	4,7
Российская Федерация: Томск, 2003	НВ	114	0
Екатеринбург, 2003	НВ	124	4,8
Москва, 2005	выборка по месту и времени (ВМВ)	303	0,9
Санкт-Петербург, 2005	ВМВ	217	3,8
Красноярск, 2006	ВПр	267	0,8
Пермь, 2006	ВПр	239	2,2
Нижний Новгород, 2006	НВ	108	9,3
Словакия, Братислава, 1996	НВ	170 124	5,4 1,6
Словения, Любляна, 2006	НВ	136	2,1
Турция, Анкара, 2006	НВ	166	1,8
Украина: несколько городов, 2007*	ВПр	359	9
Киев		90	4,4
Кривой Рог		100	8
Николаев		100	10
Одесса		69	23,2
Узбекистан, Ташкент, 2006	НВ	102	10,8

* Средний показатель по четырем городам составлял 9,0%.

Источник: Боксисевич И., Вончина Л., Мунц М. ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами в Центральной и Восточной Европе: обзор 27 стран [HIV among Men Who Have Sex with Men in Central, and Eastern Europe: A Review of 27 Countries], WHO EURO, 2008, Draft.

станций переливания крови. По данным исследования³⁰, недавно проведенного в Центральной Азии, точность определения ВИЧ в лабораториях станций переливания крови составляла

всего 55%. Еще большую озабоченность вызывает тот факт, что в некоторых медицинских учреждениях Центральной Азии донорская кровь вообще не подвергается проверке³¹.

³⁰ Всемирный банк, Службы переливания крови в системах здравоохранения стран Центральной Азии: ясная и существующая опасность распространения ВИЧ/СПИДа и других инфекционных заболеваний [Blood Services in Central Asian Health Systems: A Clear and Present Danger of Spreading and Other Infectious Diseases]. Washington, DC: World Bank (2008), см. на сайте: <http://sitere-sources.worldbank.org/INTECAREGTOPHEANUT/Resources/cabloodbankstudy.pdf>, дата последнего обращения: 10 июня 2008 года.

³¹ Там же.

Таблица 5. Исследования распространенности ВИЧ среди заключенных

Страна	Группа населения	Число лиц, прошедших тестирование	ЛЖВ, %	Примечания
Болгария, София (2005)	заключенные-ПИН	115	2,6	диагностическое тестирование
Армения (2002)	заключенные	438	5,5	серологическое исследование, уровень ВИЧ среди заключенных-ПИН – 10%
Казахстан (2006)	заключенные	22 428	1,6	диагностическое тестирование, 45% заключенных являются ПИН
Латвия (2006)	заключенные	2600	4,4	диагностическое тестирование; доля ПИН среди ЛЖВ 60–90%

Источник: EuroHIV, 2007 г., отчет No. 76.

Вертикальная передача. Большинство детей, живущих с ВИЧ, получают инфекцию от матери во время беременности, родов или грудного вскармливания. По данным Всемирной организации здравоохранения³², при отсутствии вмешательств риск такой передачи мог бы достигать 30% в группах, не практикующих грудное вскармливание, а при грудном вскармливании ВИЧ-положительной матерью он возрастает до 45%. В предыдущие годы случаи передачи инфекции от матери ребенку встречались достаточно редко, но сегодня они отмечаются все чаще, поскольку в регионе растет число женщин, живущих с ВИЧ. В России, например, в 2004 г. 43% новых случаев ВИЧ приходилось на долю женщин³³, причем 90% из них составляли женщины репродуктивного возраста. Оценочный показатель рождаемости от ВИЧ-положительных женщин в России и Украине в 2007 г. составлял 8000 и 3430 соответственно.³⁴ В Украине³⁵ ВИЧ-серопозитивность среди беременных женщин возросла с 0,12% в 1998 г. до 0,34% в 2004 г. По недавним оценкам в 24% случаев ВИЧ среди беременных женщин заражение происходит при употреблении инъекционных наркотиков, а в 39% случаев — половым путем³⁶.

Осуществление мер по комплексной профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР) (включая прием женщинами во время

беременности и родов антиретровирусных препаратов, выборочное применение операции кесаревого сечения, полный отказ от грудного вскармливания) может существенно снизить риск вертикальной передачи с 20–45 до 1,2%³⁷. ППМР в России и Украине показывают обнадеживающие результаты с постоянно повышающимся уровнем охвата услугами (84 и 90%)³⁸ и снижением передачи вируса от матери ребенку³⁹.

Однако в регионе, по сравнению с более обеспеченными странами, ощущается дефицит трех элементов, необходимых для проведения успешных вмешательств: готовность системы здравоохранения к осуществлению мер по снижению риска заражения ВИЧ-инфекции, соответствующий уровень подготовки медицинского персонала и информированность женщин (табл. 6).

Мигрантам угрожает риск заражения ВИЧ-инфекцией, когда они отправляются в страны со значительно более высокими показателями распространенности ВИЧ, и, в свою очередь, те же самые мигранты по возвращении домой способствуют повышению риска ВИЧ-инфицирования для своих партнеров. Сами по себе мигранты не являются причиной передачи ВИЧ. Однако несовершенная политика и законодательство, препятствия для получения услуг по профилактике, лече-

³² ВОЗ, Антиретровирусные препараты для лечения беременных женщин и профилактики ВИЧ-инфекции у младенцев: за всеобщий доступ: рекомендации для органов здравоохранения [Anti retroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: towards universal access: recommendations for a public health approach], WHO: Geneva, 2006, см. на сайте: <http://www.who.int/entity/hiv/pub/guidelines/pmtctguidelines3.pdf>

³³ <http://www.hivpolicy.ru/topics/?id=48>.

³⁴ 2007 Национальные отчеты по достижению ССГА ООН России и Украины.

³⁵ Всемирный банк, Социально-экономическое значение ВИЧ/СПИДа в Украине [Socioeconomic Impact of HIV/AIDS in Ukraine]. Washington, DC: World Bank, 2006.

³⁶ Собственные расчеты на основе EuroHIV, 2007, Report No. 75.

³⁷ Купер Е.Р. и др. Комбинация антиретровирусных стратегий для лечения ВИЧ-1-инфицированных беременных женщин и профилактики перинатальной передачи ВИЧ-1 [Combination antiretroviral strategies for the treatment of pregnant HIV-1-infected women and prevention of perinatal HIV-1 transmission]. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, **29**, 484–94 (2002).

³⁸ Ресурсный центр по изучению политики в сфере ВИЧ/СПИДа [Resource Centre for HIV/AIDS Policy Research], Russia [<http://www.hiv-policy.ru/publications/index.php?section=50&id=66>] 01.10.2008.

³⁹ Ресурсный центр по изучению политики в сфере ВИЧ/СПИДа [Resource Centre for HIV/AIDS Policy Research], Russia. [<http://www.hiv-policy.ru/topics/?id=48>] 01.10.2008.

Таблица 6. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку в странах региона

Страна	Охват дородовым наблюдением (%) 1997–2005 гг.*	Примерная численность ВИЧ-положительных беременных женщин, 2005	% ВИЧ-положительных беременных женщин, получавших антиретровирусное лечение для профилактики ППМР, 2007 г.**
Албания	91	<100	
Армения	93	<100	
Азербайджан	70	<200	88,2
Беларусь	100		
Босния и Герцеговина	99	<100	68
Грузия	95	<500	68
Казахстан	91	<100	1,5
Кыргызстан	97		
Македония, Б.Ю.Р.	81	<500	85
Республика Молдова	98	33	
Черногория			
Румыния	94	6800	87
Российская Федерация		<100	<1
Таджикистан	71		
Турция	81		
Туркменистан	98	2400	93
Украина			
Узбекистан	97	<500	

* Приводятся наиболее свежие из доступных данных, полученных в течение периода, указанного в заголовке колонки; пустые графы означают отсутствие данных.

** Показатель, используемый в материалах Специальной сессии Генеральной ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу 2001.

Источник: использована информация ВОЗ, ЮНЭЙДС, ЮНИСЕФ, 2007 г. «Дети и СПИД. Критический обзор» [«Children and AIDS. A stocktaking report»].

нию и уходу, а также высокая стоимость таких услуг повышают их уязвимость к ВИЧ.

Мобильность и уязвимость к ВИЧ. Миграция и мобильность населения в целом являются важным фактором растущей уязвимости к ВИЧ в государствах Восточной Европы и СНГ. В развитых странах удельный вес мигрантов составляет около 9% от общей численности населения⁴⁰. И регион Восточной Европы, и СНГ в этом отношении не являются исключением. Если не принимать во внимание миграцию между развитыми странами, на него приходится треть от общей мировой эмиграции и иммиграции⁴¹. В 2007 г. Россия оказалась на втором месте в мире по числу принятых мигрантов (13 млн человек), а Украина — на четвертом (7 млн человек).

Мигранты подвержены социальной уязвимости на самых разных уровнях. У них часто нет легального статуса, прав, информации, экономической независимости и доступа к услугам. Мигранты также уязвимы в отношении ВИЧ. Обычно при отъезде мигранты имеют относительно хорошее состояние здоровья — этот феномен называют «эффектом здорового мигранта»⁴². Однако мигрантам угрожает риск инфицирования ВИЧ-инфекцией, когда они отправляются в страны со значительно более высокими показателями распространенности ВИЧ, и, в свою очередь, возвращаясь домой, мигранты могут увеличивать риск ВИЧ-инфицирования для своих партнеров⁴³. Риск «привезти домой инфекционную болезнь» усугубляется и наличием структурных барьеров для доступа мигрантов

⁴⁰ ОЭСР, Согласованность политики развития: миграция и развивающиеся страны [Policy coherence for development: Migration and developing countries], Executive Summary, 2007.

⁴¹ Али Мансур и Брюс Квиллин: Миграция и денежные переводы: Восточная Европа и страны бывшего Советского Союза [Migration and Remittances: Eastern Europe and the Former Soviet Union]. Всемирный банк, январь 2007 г., с. 3 в главе «Обзор».

⁴² Разум О., Джан А., Влетнер М., Райтмайер П. Тенденции в уровнях материнской смертности среди женщин немецкой и немемецкой национальности в Западной Германии в период с 1980 по 1996 гг. [Trends in maternal mortality ratio among women of German and non-German nationality in West Germany, 1980 to 1996]. *Int. J. Epidemiol.*, 1999; **28**, 919–24.

⁴³ ЮНЭЙДС, «СПИД в Содружестве Независимых Государств» [«AIDS in the Commonwealth of Independent States»] MAP Report 2008, с. 66.

к услугам здравоохранения и лечению симптомов в принимающих странах⁴⁴. Например, в Азербайджане 45% официально зарегистрированных случаев ВИЧ, согласно имеющимся данным, приходится на долю тех, кто инфицировался во время пребывания за рубежом. В Таджикистане 56% всех случаев заражения ВИЧ выявлены среди сезонных рабочих, выезжающих на работу за границу, а результаты недавно проведенного исследования дают основания считать, что показатель распространенности ВИЧ среди возвращающихся домой мигрантов почти в 20 раз превышает средний показатель по стране для взрослого населения. Мобильность играет важную роль в передаче ВИЧ и в странах Западной Европы. Например, 43% людей, живущих с ВИЧ в Нидерландах, родились за границей.

Важно понимать, что сами по себе мигранты не являются причиной передачи ВИЧ. Несовременная политика и законодательство, препятствия для получения услуг по профилактике, лечению и уходу, а также высокая стоимость таких услуг повышают уязвимость мигрантов к ВИЧ. Кроме того, учитывая характер эпидемии в Европе и СНГ, мигрантам, обычно приезжающим из стран с относительно низким показателем распространенности ВИЧ, в принимающей стране грозит большая опасность заражения. И хотя в регионе расширяется всеобщий доступ к услугам для ВИЧ-положительных лиц, мигранты все чаще остаются «на обочине». Жесткая правоприменительная практика и неблагоприятное отношение культивируют у мигрантов страх — ведь раскрытие положительного ВИЧ-статуса часто приводит к немедленной и бесповоротной депортации и утрате источника дохода. В период с 2003 по 2008 год большинство мигрантов обращались за юридической поддержкой в один из ведущих правовых центров в Кыргызстане именно в связи с тем, что медицинские учреждения отказывали в помощи ВИЧ-положительным лицам. Этот факт служит наглядным примером дискриминационного отношения к мигрантам и, в частности, к потребностям ВИЧ-положительных мигрантов в медицинской по-

мощи. Как и в случае с мужчинами, вступающими в половые отношения с мужчинами, многие национальные системы эпиднадзора за ВИЧ не проводят целевых исследований среди мигрантов, а в планах противодействия ВИЧ-инфекции им зачастую вообще не уделяется никакого внимания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выше дан общий обзор путей распространения ВИЧ и динамики изменений конкретных факторов риска, развития эпидемии ВИЧ в регионе. Как следует из эпидемиологического обзора, регион в целом действительно живет с ВИЧ, и эта ситуация будет сохраняться в течение длительного времени, однако страны региона различаются по уровню распространенности и заболеваемости ВИЧ/СПИДом и степени стигмы. Нередко эпидемиологическая обстановка варьирует и внутри страны, а также отмечаются различия в степени успешности многочисленных программ противодействия ВИЧ.

Несмотря на продолжающиеся политические дебаты и различные эпидемиологические тенденции в регионе, есть один руководящий принцип, который предлагает ясный и последовательный подход к реагированию на ВИЧ в странах Восточной Европы и СНГ: «знать свою эпидемию — ключ к эффективному противодействию». Из этого принципа следует, что в этом регионе, как и любом другом, нельзя подходить ко всем странам «с одной меркой», а главным условием успешного противодействия эпидемии ВИЧ является развитие необходимого потенциала, с учетом национальных нужд и особенностей. На практике этот подход означает, что усилия и ресурсы следует направлять прежде всего на оценку масштабов и характера распространения эпидемии ВИЧ и анализ специфических местных факторов, способствующих развитию эпидемии, а также социального и культурного контекста, в котором предстоит разрабатывать, совершенствовать и осуществлять программу ответных мер.

⁴⁴ Матик С., Жазарус Дж.В., Донахью М.С., ВИЧ/СПИД в Европе: движение от смертного приговора к лечению хронического заболевания [HIV/AIDS in Europe: Moving from death sentence to chronic disease management]. World Health Organization, Europe, Copenhagen, 2006.

24.07.2009. Беларусь. БЕЛТА. Глобальный фонд выделил Беларуси грант на борьбу со СПИДом на 2010–2014 гг. в размере 24 млн евро. Об этом на пресс-конференции сообщила руководитель проекта Глобального фонда по Беларуси Мария Кирова. В Минске 23 июля подписано соглашение о выделении нового гранта на поддержание национальных усилий в борьбе с распространением ВИЧ-инфекции. Это соглашение предусматривает финансирование мероприятий на первые два года в объеме 9,5 млн евро (из

них на приобретение медикаментов и оборудования будет потрачено около 4 млн евро). По истечении данного срока будет рассмотрен вопрос о выделении остальной суммы гранта. Это обычная форма работы Глобального фонда: финансирование выделяется на основании достижений результатов первого двухгодичного этапа реализации. Акцент при реализации мероприятий в рамках нового гранта ГФ будет сделан на профилактику ВИЧ среди самых уязвимых групп населения, расширение доступа к АРВ-препаратами.

ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ «ШАГИ»

8800 200 5555



НА ЛИНИИ ДЕЖУРЯТ ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ КОНСУЛЬТАНТЫ

ВСЕ ЗВОНКИ БЕСПЛАТНЫ

МЫ ЗНАЕМ, КАК С ЭТИМ ЖИТЬ

ИППП, В ТОМ ЧИСЛЕ ВИЧ, СРЕДИ МСМ. ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Т.Ф. Бондаренко*

Настоящий материал посвящен практическим вопросам работы с мужчинами, имеющими сексуальные контакты с мужчинами, в свете проблем инфекционных заболеваний, передаваемых половым путем и ВИЧ-инфекции. Поэтому он будет интересен врачам, работающим в области венерических заболеваний, дерматологии, урологии, проктологии и других специальностей, а также специалистам, работающим в сфере профилактики ВИЧ/ИППП среди МСМ. Мы надеемся, что поможем в приобретении знаний и навыков, необходимых для эффективной коммуникации с пациентами нетрадиционной сексуальной ориентации.

ИНФЕКЦИОННО ОПАСНОЕ ПОВЕДЕНИЕ МСМ – КОМПЛЕКСНАЯ ПРОБЛЕМА

Почти все врачи сталкиваются с пациентами-мужчинами, которые имеют сексуальные контакты с другими мужчинами, но мало кто из них задумывается, что оказание медицинской помощи этому контингенту имеет свои особенности. В медицинских вузах подобные вопросы не освещаются, общество во многих регионах России табуирует темы сексуальных отношений между мужчинами, многие врачи не хотят или не могут увидеть проблемы МСМ.

А может быть, проблемы действительно надуманные?.. Давайте вместе шаг за шагом разберемся.

Трудно сказать, какое количество мужчин практикует гомосексуальные половые контакты. Так, в 2003 г. в Великобритании был опубликован научный отчет в журнале «Behavioral Neuroscience», где однозначно делался вывод, что сексуальная ориентация обусловлена природой и около 4% мужчин и 3% женщин являются биологически гомосексуальными (что подтверждает данные Альфреда Кинзи еще 1948 г.: 3–6% мужчин и 1–3% женщин — исключительно гомосексуальны). Но сексуальная ориентация и сексуальное поведение понятия очень разные. Многие мужчины, вступающие в сексуальные отношения с другими мужчинами не считают себя гомосексуалами. В ряде обществ определение сексуальной ориентации основано на том, в какой роли — активной или пассивной — выступает мужчина. Если при анальных половых контактах роль активная, мужчина считает

себя гетеросексуальным. Во всем мире значительная часть МСМ вступают в сексуальные сношения с женщинами и нередко женаты. Не нужно забывать, что существуют учреждения, где мужчины проводят длительное время исключительно в мужском окружении — в тюрьмах, армии, мужских учебных заведениях, где секс между мужчинами может быть обычным делом. Группа МСМ не ограничивается наличием гомосексуальных мужчин, в нее входят также бисексуальные, гетеросексуальные мужчины и трансгендеры (люди, относящие себя к противоположному полу: транссвеститы и транссексуалы; поскольку они на виду, их нередко воспринимают как стереотип всех МСМ, хотя составляют очень незначительный процент от всех МСМ). Американские ученые в начале века провели широкомасштабные исследования и сделали вывод, что количество МСМ в различных странах колеблется от 5 до 15% населения. Таким образом, зная количество жителей вашего региона или города, вы можете предположить, сколько мужчин имеет сексуальные контакты с мужчинами.

МСМ не стало больше в абсолютных цифрах, они стали более открытые и «видные» окружающим: возросло количество мест встреч — «плешек», баров и гимнастических залов для геев, организованных социальных групп и групп, проводящих различные, в том числе социальные, кампании, проводятся открыто гей-парады. Современные СМИ обсуждают «новости» этой группы, в Интернете созданы порталы, где мужчины знакомятся с мужчинами, обсуждают проблемы и т.п. В больших городах концентрация гомосексуалов всегда была выше и их сообщества более открыты. Нужно признать, что МСМ становятся неотъемлемой частью нашей действительности, особенности которой нужно знать.

Далее рассмотрим особенности и риски МСМ в области сексуального здоровья и сексуального поведения.

* РОО «СПИД инфосвязь» в рамках проекта «Референс-центр по работе с МСМ: профилактика, лечение и социальное сопровождение» при финансовой поддержке фонда «Российское здравоохранение» в рамках программы «Развитие стратегии населения РФ, уязвимого к ВИЧ/СПИДу» Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией. Дайджест № 3, Москва 2007.

Высокий риск заражения инфекциями при половых контактах между мужчинами связывают преимущественно с незащищенным (презервативами) анальным сексом. Доказано, что при этой форме полового акта чаще, чем при вагинальных контактах, наблюдается травматизация покровов как инсертивного (вводящего), так и рецептивного (принимающего) партнера. Фактор повреждения покровов обуславливает возникновение «входных ворот» для передачи заболевания, что определяет возрастающую возможность проникновения инфекций из организма зараженного партнера в организм партнера незараженного. Эякулят инсертивного партнера, кровь или воспалительные экссудаты являются непосредственными факторами передачи. Различные воспалительные или деструктивные процессы половых органов партнеров или в области ануса или в прямой кишке могут способствовать травматизации и проникновению инфекции.

Кроме анально-генитальных контактов, к заражению могут приводить и орально-анальные, и орально-генитальные. Передача инфекций в таких контактах менее вероятна, чем в анально-генитальных. Допускается передача инфекций с биологическими выделениями, попавшими на сексуальные игрушки типа фаллоимитатора и т.п. Возможность передачи инфекций при орально-оральных контактах, то есть при поцелуях, представляется крайне редкой, кроме случаев контакта с язвенными поражениями партнера (первичный сифилис и герпес) в области губ и ротовой полости.

Из инфекционных заболеваний наиболее значимыми для МСМ являются ИППП, включая ВИЧ и гепатиты, а также гастроинтестинальные инфекции. Наличие ИППП значительно увеличивает риск передачи ВИЧ. Нередко ИППП в анальном отверстии протекают бессимптомно.

По данным ЮНЭЙДС не менее 5–10% всех случаев ВИЧ-инфекции во всем мире приходятся на долю сексуальной передачи от мужчины к мужчине, хотя на местах эти цифры значительно отличаются. Приведем данные распространности ВИЧ среди МСМ по некоторым регионам за 2005 г.: Таиланд — 28,3%, Колумбия — 20%, Австралия — 35%, Индия — 17%, США (афроамериканцы) — 46%, Казахстан — 0,4%, Екатеринбург (Россия) — 4,8%. Сейчас ВИЧ занимает 2–4 место среди ИППП по частоте заражения среди МСМ. По данным CDC (Центры по контролю за заболеваниями, США) в 2004 г. 64% всех новых случаев сифилиса отмечено среди МСМ. В Англии с 1997 г. по 2003 г. заболеваемость сифилисом среди МСМ выросла на 1421%, во Франции с 2000 г. по 2003 г. — на 1154%. Отмечен рост заболеваемости ректальной гонореей среди МСМ: в США с 1999 г. по 2001 г. на 146%, в Уэльсе с 1997 г. по 2002 г. на 100%. Началась «тихая эпидемия» венерической

лимфогранулемы: в Нидерландах в 2003 г. было зарегистрировано 30 случаев среди МСМ, в 2004 г. в 2 раза больше — 62 случая.

Еще одна группа инфекционных заболеваний связана с половым (главным образом орально-анальным) путем передачи у МСМ и вызывает поражения желудочно-кишечного тракта. К этой группе относятся амебиаз, шигеллез, криптоспиридиоз. Заражение может происходить через предметы или руки (палец, кулак), побывавшие в анусе, путем прямого контакта с фекалиями, при снятии презерватива после анального секса. Медицинским работникам следует обращать внимание на такие жалобы пациентов, как боли в животе, тошнота, рвота, лихорадка, диарея, возможно с кровью. Анализ полового поведения заболевших мужчин выявил, что риск заражения повышается при частой смене половых партнеров, практике активного проникающего анального секса и посещения специальных мест (например, темных комнат) для занятия сексом.

Увеличение ИППП среди МСМ всегда указывает на увеличение рискованности сексуального поведения мужчин.

Исследования во многих странах в последнее десятилетие показывают рост рискованного сексуального поведения среди МСМ, что ставит их под угрозу инфицирования ИППП/ВИЧ. Анализ сексуального поведения среди МСМ в Лондоне, который последовательно проводился в 1996–1998 гг. и охватил 6671 респондента, показал рост рискованного сексуального поведения: каждый год количество незащищенных анальных контактов увеличивалось — 32, 36 и 38% соответственно (BMJ, 2000). С 1999 г. по 2001 г. 10 568 МСМ из Сан-Франциско приняли участие в исследовании, которое указало на возрастающую популярность любой формы анального секса (в активной или пассивной роли). В 1999 г. к разным формам анального секса прибегали 67% МСМ, в 2001 г. их количество возросло до 74%. Количество респондентов, сообщивших о практике незащищенного анального секса, возросло с 32 до 38%; а количество респондентов, сообщивших о незащищенном анальном сексе с двумя и более партнерами, возросло с 18 до 32% (*Am. J. Public Health*, 09.02). По данным исследований в России в 2003–2006 гг., приблизительно каждый третий анальный сексуальный контакт у МСМ был без презерватива. При опросе одной из основных причин, по которой презерватив не использовался, было мнение о том, что в нем нет необходимости (более половины ответов). Были такие ответы: «презерватива не оказалось под рукой», «не люблю презервативы». Следует отметить, что в последние годы наметилась тенденция более частого использования презервативов со случайным (непостоянным) партнером, но постоянное применение презерватива с постоянным партнером отмечалось только 20–30% МСМ.

Исследования, проводящиеся среди МСМ, указывают на наличие связи между непостоянным использованием презервативов и употреблением алкоголя и наркотиков. Например, исследование среди МСМ в шести городах США показало, что высокий риск незащищенного секса был связан с интенсивным употреблением алкоголя, а также галлюциногенов и стимуляторов. Исследование, проведенное в Калифорнии, показало, что мужчины, принимающие не инъекционный метамфетамин, имеют больше сексуальных партнеров, более сексуально активны, чаще практикуют анальный секс и реже используют презервативы. В последние годы все большую популярность среди МСМ приобретает препарат «Виагра», который употребляется как отдельно, так и в комбинации с наркотиками; 32% из 837 опрошенных МСМ в США (2003 г.) принимающие этот препарат, сообщили, что склонны практиковать опасный (незащищенный) секс, имеют сексуальные отношения с многочисленными партнерами.

В США и Западной Европе появился феномен под названием «ВИЧ-оптимизм». Это связано с тем, что с 1996 г. появилась высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ) и СПИД перестал считаться смертельным заболеванием. Как показывают исследования, «оптимистичные» ВИЧ-инфицированные и неинфицированные мужчины чаще практикуют рискованный секс, чем другие.

Следует перечислить некоторые психологические факторы, оказывающие сильное влияние как на здоровье МСМ в целом, так и на сексуальное поведение в частности. К ним относятся депрессия, гомофобия окружающих и нередко со стороны самого себя (личное негативное отношение к своей гомосексуальности), чувство одиночества, страх перед знакомством и вступлением в сексуальные отношения, чувство вины перед семьей, что не оправдал надежды и ожидания, страх быть непонятым и т.п. Все это создает предпосылки и способствует высокому уровню потребления алкоголя и других психотропных средств. Ряд исследований значимо показал, что уровень потребления алкоголя среди гомосексуальных мужчин выше, чем среди гетеросексуальных. Алкоголь оказывает влияние на рискованное сексуальное поведение через снятие запретов, снижение уровня контроля над ситуацией. Научно доказано в Университете Калифорнии (США), что алкоголь повышает уровень восприимчивости слизистой оболочки ротовой полости к вирусу иммунодефицита, что увеличивает вероятность заражения ВИЧ у принимающего партнера во время орально-генитального незащищенного контакта.

Помимо непосредственных показателей риска поведения МСМ следует также отметить внешние факторы, способствующие вовлечению в рискованное поведение. Например, одним из условий частой смены партнеров является

наличие возможности быстрого и нередко анонимного знакомства с целью вступления в сексуальный контакт. В разных городах такую возможность предоставляют популярные места встреч, ночные клубы, сауны, парки. Условия, сопутствующие подобного рода сексуальным контактам, нередко сопряжены с отсутствием полноценных условий для безопасного поведения. В местах встреч для сексуального общения недостаточно доступны презервативы. Во многих местах сбора МСМ есть так называемые «темные комнаты» для анонимного и однократного секса в паре или в группе. Кроме популярных мест для очных знакомств все больше востребованы Интернет-сайты с целью поиска партнеров для секса. Как показывают международные исследования в этой области, поиск сексуальных партнеров через Интернет и последующие сексуальные контакты с этими партнерами представляют особо высокий риск.

Общеизвестно, что мужчины, находящиеся длительное время на регулярной военной службе, а также в местах заключения, нередко подвергаются риску незащищенного анального секса. Гомосексуальные контакты между военнослужащими имеют компенсаторную функцию и происходят из-за закрытости мест прохождения службы и отсутствия возможности вступать в сексуальные контакты с женщинами. Места заключения являются еще одним примером среды, в которой распространены компенсаторные сексуальные контакты между мужчинами, но при этом такие контакты еще символизируют неформальную иерархию заключенных и осуществляются, как правило, насильно. Исследование на выборке 1100 из мужчин от 18 до 80 лет, отбывавших сроки заключения в пенитенциарных учреждениях России, показало, что 85–90% мужчин вступали в сексуальные отношения с другими мужчинами заключенными, причем 8–10% регулярно вступали в анальные контакты в пассивной роли. Презервативы обычно не использовались. Отмечено, что официальная позиция администраций мест заключения часто игнорирует наличие сексуальных контактов между заключенными и презервативы соответственно запрещены или недоступны.

Проблемы сексуального насилия кажутся на первый взгляд не очень характерными для мужского сообщества. Однако и мужчины становятся жертвами насилия. Это и сексуальные домогательства по отношению к мальчикам, и изнасилования мужчин, и нападения на мужчин, подозреваемых в гомосексуальности. Это также проблема распространенности физического насилия между мужчинами, которых заставляют думать, что насилие единственный способ доказать свою «мужественность».

Юноши нередко вступают в сексуальные отношения с юношами своей возрастной группы. Иногда возникают сексуальные отношения с более взрослыми мужчинами. Такие взаимоотно-

ношения могут возникать по взаимному согласию, но могут носить насильственный и жестокий характер. В любом случае младший партнер находится в более уязвимом положении, так как может не знать об инфекционных и других опасностях незащищенного секса, не умеет отстаивать свою позицию, а вероятность инфекции у старшего партнера намного выше (было больше половых партнеров и незащищенных половых контактов).

В большинстве стран, в том числе и в России, определенная доля сексуальных контактов происходит на коммерческой основе. Многие сексуальные услуги предоставляются неформально с ожиданием какого-то минимального подарка. Для некоторых мужчин эта деятельность является профессией и основным источником дохода. У них нередко есть жена или постоянная партнерша, они не считают себя гомосексуалистами.

Нередко мужчины, занятые в сфере коммерческого секса, оказываются в слабой позиции при переговорах с клиентом и не могут настаивать на безопасном сексе. В 2–3% случаев они сталкиваются с прямым физическим принуждением и сексуальным насилием.

Проблемы МСМ в области здоровья, сексуального здоровья и сопряженных с этим жизненных ситуаций разнообразны. Зная и учитывая эти проблемы, специалистам будет легче находить контакт и выстраивать тактику поведения с МСМ, объяснять и предлагать ту или иную схему обследования и лечения, проводить профилактику инфекций, передаваемых половым путем, в том числе ВИЧ.

ОБЗОР ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РИСКОВ МСМ. ОПЫТ РОССИИ И БЛИЖНЕГО ЗАРУБЕЖЬЯ

В статье приведены результаты анализа социальных, поведенческих и медицинских данных эпидемиологического исследования среди МСМ. Возможно, обилие цифр покажется кому-то скучным, но ценители фактов смогут найти для себя немало интересной информации о реальных людях, реальном месте и времени.

Эпидемиологические исследования среди МСМ в зарубежных странах начались и активно проводятся с начала 90-х гг. Первое эпидемиологическое исследование среди МСМ в России было проведено в Санкт-Петербурге в 1992 г. Стремительный рост ВИЧ-инфекции в России заставил обратить пристальное внимание на гомосексуальный путь передачи и его роль в развитии эпидемии. С 2002 г. надзорные эпидемиологические исследования за ВИЧ-инфекцией среди МСМ проводились во многих регионах России и ближнего зарубежья: Казахстан (2002 г., 2005 г.), Кишинев (Молдавия, 2003 г.), Томск (2003 г.),

Екатеринбург (2003 г.), Санкт-Петербург (2000 г.), Кыргызстан (2001–2002 гг.), Москва (2002 г., 2006 г.) и др.

Эффективность профилактики ИППП/ВИЧ тесно связана со знанием поведенческих, социальных рисков определенных групп. Эпидемиологические данные показывают, насколько инфекционно-опасную модель поведения практикуют МСМ. Для сравнения мы взяли два крупных города — Москва и Алматы, а также Нижегородскую область (респонденты набирались в нескольких небольших городах области).

Результаты эпидемического надзора ВИЧ/ИППП среди МСМ в клинике «Санам», Москва, 2006 г. Клиника, где проводились настоящие исследования, существует в Москве в течение 16 лет и является неотъемлемой частью Фонда поддержки и развития профилактических программ «Санам» (фонд по многим направлениям работы стал приемником Ассоциации по профилактике инфекций, передаваемых половым путем «Санам»). Многие годы клиника работает с группами повышенного риска по ИППП и ВИЧ, в том числе уязвимыми и дискриминируемыми группами населения: женщинами секс-работницами (СР), бездомными и безнадзорными детьми, наркоманами, молодежью, мужчинами, имеющими сексуальные отношения с мужчинами (МСМ). Фонд успешно проводит различные научно-исследовательские проекты при поддержке и сотрудничестве с такими организациями, как USAID, CDC, PSI, «СПИД инфосвязь» и другими.

В 2004–2006 гг. мы проводили исследования по определению распространенности ИППП и ВИЧ среди популяции МСМ. Информация о работе кабинета в клинике для МСМ распространялась на местах «обычных» встреч целевой группы аутрич-работниками партнерских организаций и через равных консультантов. Барьер недоверия и настороженности по отношению к новому медицинскому сервису преодолевался несколько месяцев. Но после первых 10–15 посещений клиники и донесения правдивой информации до мужчин о соблюдении конфиденциальности, доброжелательности и индивидуальном подходе к проблемам пациентов, поток пациентов резко увеличился. Прием и обследование проводились бесплатно.

Объем лабораторных исследований был следующий: анализ крови на ВИЧ (HIV1/2-Determin), сифилис (RPR, RPGA), гепатит С; мазки из уретры, заднего прохода с последующей микроскопией на выявление гонореи, трихомониаза, кандидоза и других бактериальных инфекций; соскоб из уретры для последующего выявления хламидиоза и генитального герпеса методом ПЦР. В комплекс обследования обязательно были включены сбор данных по социально-демографическим вопросам, анамнез по общим заболеваниям и ИППП/ВИЧ, половой анамнез,

сбор данных для определения риска заражения ИППП/ВИЧ (в том числе употребление наркотиков, алкоголя, нанесение татуировок, переливания крови, сексуальное и другое насилие). Врачебный осмотр включал: полный осмотр кожных покровов тела, конечностей, волосистой части головы; осмотр слизистых ротовой полости и гортани, заднего прохода, уретры; пальпацию лимфатических узлов головы, шеи, подмышечной, паховой и локтевой групп. Все пациенты прошли до- и послетестовое консультирование о ВИЧ у психолога клиники. В случае положительного анализа на ВИЧ консультирование для поддержки и снятия тяжелых психологических состояний проводилось при необходимости несколько раз.

Группа МСМ, посетившая клинику, была неоднородна по составу. Там присутствовали и лица, практикующие сексуальные контакты только с мужчинами (гомосексуалы, или геи), и лица, имеющие половые контакты и с женщинами, и с мужчинами (бисексуалы), некоторые мужчины приходили в женской одежде и с ярким макияжем. Среди МСМ в крупных городах, где данная группа становится более открыта, последние 10 лет все больше появляется мужчин, оказывающих сексуальные услуги за вознаграждение (деньги, ночлег, еду, наркотики и другое). В нашей когорте они были также представлены, хотя открыто об оказании секс-услуг многие предпочитали не говорить. Большая часть мужчин — иногородние, не имеющие свободного доступа к бесплатным медицинским услугам.

Распределение по возрасту от 15 до 42 лет таково: 15–18 лет — 20%, 19–25 лет — 57%, 26–35 лет — 15%, 36–42 года — 8%. Средний возраст 24 года. Каждый пятый пациент кабинета — это подросток!

По уровню образования МСМ распределились так: незаконченное среднее — 37,5%, законченное среднее — 22,5%, среднее специальное, незаконченное и законченное высшее образование — 40%.

По возрасту начала оказания коммерческих сексуальных услуг мужчины распределились так: с 14–18 лет — 27%, с 19–25 лет — 11%, с 26–32 лет — 2%, остальные МСМ (60%) не сказали, что имеют сексуальные контакты, оказываемые за вознаграждение.

Пациентам из секс-бизнеса задавался вопрос о количестве клиентов и некоммерческих партнеров за последний месяц. Среднее число клиентов по ответам МСМ — 15,5 чел. (от 1 до 55 чел.), а некоммерческих партнеров — 11,2 чел. (от 1 до 80). Наиболее активными в секс-бизнесе оказались мужчины 18, 25 и 27 лет.

На вопрос об употреблении внутривенных наркотиков 6,9% ответили утвердительно, об употреблении других видов наркотиков сказали 32,6% МСМ.

Применение стимулирующих веществ при последнем половом контакте (самим или парт-

нером) отметили: в 63,6% случаев алкоголь и в 3,6% случаев наркотики.

Факты физического насилия (в том числе и сексуального) за последний месяц отметили 11,6% МСМ. Для сравнения приведем цифры физического насилия в отношении женщин коммерческого секс бизнеса, работающих на московских улицах — 22,6%.

На вопрос, какой *тип половых контактов с последним партнером*, ответы такие: анальный + вагинальный + оральный — 36,6%, анальный + вагинальный — 4,9%, анальный + оральный — 29,3%, анальный — 22%, оральный — 7,3%. Ответы подтверждают бисексуальные контакты большого числа мужчин.

При оценке степени риска заражения ИППП/ВИЧ на одном из первых мест стоит вопрос об использовании презервативов, а как индикатор, подтверждающий значимость для пациента применения средств защиты, задается вопрос об использовании презерватива при последнем половом контакте. Наши пациенты ответили так: с последним клиентом 77,4% из них использовали презерватив, при последнем контакте с постоянным партнером — только 30% применили презерватив. Хорошо известно, что смена постоянных партнеров в течение года у МСМ может происходить несколько раз. Этот факт подтверждали наши пациенты: за время обследования приводили с собой в клинику на обследование другого постоянного партнера.

При сборе информации о перенесенных ранее инфекционных заболеваниях и обследованиях было выявлено, что 69,8% пациентов ранее проходили тестирование на ВИЧ (2% обратились в клинику, зная о своем положительном результате); 39,6% имели в анамнезе ИППП (28,6% из них лечились от сифилиса, 61,9% — от гонореи).

После проведенного клинико-диагностического обследования были выявлены следующие ИППП: сифилис — 11,6%, гонорея — 16,2%, хламидиоз — 9,5%, кондиломы (все случаи в перианальной области) — 8%, генитальный герпес — 1,4%, уретриты (НГУ) — 5,7%. В том числе выявлено в 12% ВИЧ (подтверждено иммуноблотом), в 12,9% — гепатит С, в 12% — чесотка.

Все пациенты получили полный курс лечения в соответствии с поставленными диагнозами. В случаях выявления гепатита С и ВИЧ-инфекции проводились беседы о необходимости обращения за медицинской помощью, наблюдением и лечением к врачам-инфекционистам и в СПИД-центры по месту жительства, поскольку в этом случае помощь будет оказана бесплатно.

Данные, полученные в разные годы в клинике «Санам» при обследовании уязвимых групп населения на ИППП/ВИЧ, приведены в табл. 1.

Выводы

1. Группа МСМ в Москве включает в себя гомосексуалов, бисексуалов, трансвеститов, гете-

Таблица 1. Данные, полученные в разные годы в клинике «Санам» при обследовании уязвимых групп населения на ИППП/ВИЧ

ИППП	МСМ, 2002 г., %	МСМ, 2006 г., %	Женщины КСР, 2006 г., %
ВИЧ	18,3	12,9	4,6
Сифилис	2,1	11,6	9,4
Гонорея	1,0	16,2	2,6
Хламидиоз	2,1	9,5	18,3
Кондиломы	7,5	8,0	1,0
Гепатит С	3,1	12,9	—
Трихомониаз	—	—	6,2
Генитальный герпес	—	1,4	1,0
Чесотка	—	12	1,0

росексуалов, которые нередко вступают в половые отношения с мужчинами за вознаграждение.

2. Среди МСМ высок уровень потребления алкоголя и наркотиков.

3. Применение презервативов с постоянными партнерами в 2,5 раза реже, чем с клиентами. Частая смена постоянных партнеров и не использование барьерных средств защиты ставит 70% МСМ в группу высокого риска заражения ВИЧ/ИППП.

4. Высокий уровень заболеваемости ИППП, в том числе вирусными — гепатит С, кондиломы, ВИЧ-инфекция.

5. ВИЧ-инфекция в среде МСМ передается преимущественно половым путем, только 6,9% из обследованных указали на использование внутривенных наркотиков.

6. Сравнительный анализ данных 2002 г. и 2006 г. по заболеваемости ИППП указывает на значительный рост сифилиса, гонореи, хламидиоза и гепатита С среди МСМ в Москве.

7. Женщины секс-работницы в Москве в целом менее инфицированы ИППП/ВИЧ, чем группа МСМ.

8. Медицинским и социальным службам нужно усилить работу по привлечению МСМ в клиники Москвы для диагностики и лечения ИППП/ВИЧ, а также профилактическую деятельность, направленную на повышение информированности МСМ о заболеваниях и инфекционно-опасном поведении в отношении ВИЧ/ИППП.

Дозорный эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией среди МСМ в Алматы (Казахстан) 2005 г. Проведено выборочное обследование 230 МСМ Алматы. Участие было полностью анонимное, добровольное. Условия забора крови и вопросы анкетирования были схожи с предыдущим исследованием.

Распределение по возрасту: 16–19 лет — 6%, 20–24 года — 33%, 25–29 лет — 31%, 30–34 года — 15%, 35 и старше — 14%. Средний возраст составил 27 лет (нижняя граница 17 лет, верхняя 50 лет).

На момент исследования 7% сказали, что женаты или живут с женщиной, 16% живут с постоянным партнером-мужчиной, 8% живут с постоянными партнерами мужчиной и женщиной, 65% не женаты и не имеют постоянного партнера, 5% не дали ответа.

Виды сексуальных контактов МСМ: оральные — 2%, анальные — 3%, оральные + анальные — 92%, другие — 3%.

Среднее количество половых партнеров среди МСМ в течение последних 3-х месяцев: всего — 3,0, постоянных — 1, непостоянных — 2, коммерческих — 1.

Бисексуальные контакты практиковали 38% МСМ, т.е. они являются «мостовыми группами» для общего населения.

Имели сексуальные отношения повышенного риска с коммерческим или непостоянным партнером 71,2%. Использовали презерватив при последнем половом контакте с постоянным партнером 46%, с непостоянным — 87%, с коммерческим — в 100% случаев.

11,7% МСМ имели хотя бы один симптом ИППП; у 7% наблюдались выделения из полового члена, у 0,4% выделения из анального отверстия, 7,8% отмечали жжение при мочеиспускании.

При симптомах ИППП 27% МСМ в возрасте 25 лет и старше не обратились за лечением, а из тех, кто моложе 25 лет, 44% остались без лечения инфекционных заболеваний урогенитального тракта.

Распространенность среди МСМ ВИЧ 0,4%, гепатит С — 5,7%, сифилис — 3%.

Дозорный эпиднадзор, проведенный среди МСМ в Нижегородской области в 2006 г. Средний возраст мужчин, принимавших участие в исследовании, составлял 24 года, с вариацией от 17 до 46 лет.

Средняя продолжительность обучения в вузе — 13,6 лет.

В табл. 2 приведена зависимость характера сексуальной жизни от семейного статуса МСМ (средние значения).

26,9% мужчин имели опыт употребления наркотиков.

В большинстве случаев первая проба наркотического вещества происходила в 15–19 лет (57,1%), реже — в 20–24 года (28,6%), и еще реже в 10–14 лет (14,3%). Основным наркотиком, который МСМ употребляли не инъекционным способом, являлись препараты конопли (66,7%). Имели опыт употребления наркотических веществ инъекционным способом в течение жизни 11,1% МСМ.

Употребляли алкоголь несколько раз в неделю 50,9%, реже 1 раза в неделю 42,6% и практически каждый день — 5,6% МСМ.

Таблица 2. Зависимость характера сексуальной жизни от семейного статуса МСМ (средние значения)

Характеристики	Одинокие	Проживают	
		с мужчиной	с женщиной
Возраст, лет	22,05	27	36,75
Сексуальный дебют, лет	15,91	15,67	14,5
Гомосексуальный дебют, лет	17,25	17,7	17,5
Общее число партнеров	5,93	6,04	4,33
Постоянных партнеров	2,4	1,7	1,67
Коммерческих партнеров	4,5	1	—
Случайных партнеров	6,16	6,5	2,67
Партнеров-женщин	3	2	1

Средний возраст первого сексуального опыта с мужчиной составил 17,4 лет с вариацией от 6 до 30 лет.

Среднее количество сексуальных партнеров за полгода — 5,9 (от 1 до 30). Среднее количество «постоянных» партнеров — 2,2 с вариацией от 1 до 11; «коммерческих» партнеров — 3,3 (от 1 до 5); «случайных» партнеров — 6,1 (от 1 до 25).

В течение года 2,8% МСМ подверглись сексуальному насилию.

В течение последних 6 месяцев оральные половые контакты имели 89,8% мужчин, при этом среднее количество партнеров-мужчин составило 5,6 с вариацией от 1 до 30. Никогда за последние полгода не использовали презервативы при оральных половых контактах 36,1% МСМ; всегда использовали презервативы лишь 23,7% МСМ.

В течение последних 6 месяцев анальные половые контакты имели 86,1% мужчин, среднее количество партнеров-мужчин — 4,6 (от 1 до 30). Среднее число случаев «активной» сексуальной роли — 19,9 (от 1 до 200), «пассивной» — 21,2 (от 1 до 500). Не использовали презерватива при последнем анальном половом контакте 32,3% (30 МСМ). Ни разу за последние полгода не использовали презервативы при анальных сексе 12,0% МСМ; всегда использовали — 48,9% МСМ.

За последние полгода в половые контакты с женщинами вступали 39,6% МСМ. Среднее количество партнеров-женщин составило 2,8 (от 1 до 15). Не использовали презерватива при последнем половом контакте с женщиной 47,6%

МСМ. Во время половых контактов с женщинами все время использовали презервативы — 38,1% МСМ, 23,8% — никогда их не использовали.

При последнем половом акте с постоянным партнером презерватив использовали лишь 55,7%. При последнем половом акте со случайным половым партнером 78,9% МСМ.

Основной причиной не использования презерватива было мнение, что в нем нет необходимости (44,3%). А также: нелюбовь к презервативам — 18% мужчин, не пришло в голову его использовать — 11,5%, не оказалось презерватива под рукой — 6,6%, против использования презерватива возражал партнер — 3,3%.

Об ИППП были осведомлены все мужчины в исследовании. Диагноз ИППП в предшествующие исследованию 12 месяцев поставлен 5,6% МСМ (6 чел.). Из них болели грибковыми инфекциями (кандидозом) 2 чел., трихомониазом — 2, гонореей — 2 и герпесом генитальным — 1 чел. Почти все (97,2%) мужчины знали о вирусных гепатитах. Диагноз вирусного гепатита С в течение последних 12 месяцев был поставлен 2,8% (3 чел.). Инфицированы ВИЧ 9,3% МСМ.

Сравнительный анализ результатов исследований. Средний возраст МСМ в Москве и Нижегородской области ниже, чем в Казахстане. О бисексуальных половых контактах чаще сообщали МСМ в Москве (более 50%), чем в других городах (38 и 39,6%). Это можно объяснить большим числом мужчин, предоставляющих сексуальные услуги за деньги, что подтверждается их ответами о количестве коммерческих половых партнеров за последний месяц. Среднее количество таких партнеров в Москве — 15,5, Алматы — 1, Нижегородской области — 6,1.

Использование презерватива во время последнего полового сношения с постоянным партнером было самое низкое в Москве — только 30% МСМ применили средство защиты, в Алматы — 46% имели последний защищенный секс с постоянным партнером, в Нижегородской области 55,7% МСМ применили презерватив.

Использование презерватива во время последнего полового акта со случайным половым партнером самое редкое опять в Москве — 77,4%, чаще применяли презерватив в Нижегородской области — 78,9%, а чаще всего среди МСМ Алматы — 87%.

Употребление внутривенных наркотических средств выше в Нижегородской области — 11,1%, по сравнению с Москвой, где о внутривенном употреблении наркотиков сказали 6,9% МСМ.

Вывод: наиболее рискованное сексуальное поведение практикуют МСМ Москвы, что отражается на цифрах заболеваемости ИППП.

Исследование среди московских МСМ включало объемное клинико-диагностическое обследование на ИППП/ВИЧ. В других исследованиях цифры распространенности заболева-

ний основаны на опросах самих МСМ, когда и чем они болели и от каких заболеваний лечились. Исключение составляют цифры распространенности ВИЧ, гепатита С и в некоторых исследованиях сифилиса, когда выводы делались на основании анализов крови, взятой у респондентов.

Таким образом, мы видим, насколько не проста группа МСМ и при разработке программ профилактики нужно знать и учитывать местные особенности.

ИППП И ВИЧ: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ, ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ, ЛЕЧЕНИЕ

Сами ИППП — большая проблема здравоохранения многих стран. Поэтому проекты профилактики ВИЧ должны включать выявление и лечение инфекций, и ИППП/ВИЧ-образование.

Важность выявления, лечения и профилактики ИППП в связи с ростом ВИЧ-инфекции во всех слоях населения, включая и МСМ, подтверждают многие исследования. Американские ученые провели ретроспективное исследование 4455 ВИЧ-инфицированных, страдающих заболеваниями, передаваемыми половым путем (ЗППП) в восьми клиниках. В этой группе распространение язвенных заболеваний гениталий — 4,9–45%, не язвенных — 8–61% и других ЗППП — 13,9–65,9%. В зависимости от лечения ЗППП в этих клиниках максимальное снижение передачи ВИЧ составило 9,2–53,7% при язвенных заболеваниях гениталий, 15,8–51,1% при неязвенных и 20,2–64,2% при любых других ЗППП. Данные изучения вероятности передачи ВИЧ показывают, что при лечении ЗППП на 44% уменьшается передача ВИЧ-инфекции.

Чтобы определить уровень заболеваемости ЗППП ВИЧ-инфицированных в Испании 38 месяцев вели проспективное обследование 986 мужчин и женщин. В анамнезе 684 пациентов были ЗППП: в 26% лобковый педикулез, 22% гонорея, 13% сифилис, 11% генитальный кандидоз, 10% остроконечные кондиломы, 5% НГУ, 4% генитальный герпес и 2% трихомониаз. За время исследования новые случаи ЗППП диагностированы у 258 (22%) человек, что показывает высокую распространенность ЗППП среди ВИЧ-инфицированных в Испании.

Количество случаев сифилиса в Нью-Йорке с 2000 г. по 2001 г. удвоилось (по отчету Центра по контролю за заболеваемостью). Статистика Отдела здравоохранения показывает, что 93% случаев диагностированы среди мужчин, 81% — МСМ.

По данным «British Medical Journal» (04.2007) распространенность гонореи среди МСМ — 16%, хламидиоза — 11%. Из 599 обследованных на эти инфекции 18% не знали о ней и не лечились. Распределение хламидиоза по топическо-

му диагнозу: фарингеальный — 1,2%, уретральный — 4,3%, ректальный — 6,5%; а гонореи: фарингеальная — 7,3%, уретральная — 7,2%, ректальная — 7,3%.

С 2001 г. по 2004 г. велось проспективное исследование 1427 гомосексуальных ВИЧ-отрицательных мужчин в Сиднее. Установлены заболеваемость уретральной и анальной формами гонореи и хламидиоза и факторы риска. Результаты для уретральной гонореи — 3,49, анальной гонореи — 2,96 случая на 100 человеко-лет, для уретрального хламидиоза — 7,43, анального хламидиоза — 4,98 случая на 100 человеко-лет. Уретральная инфекция четко ассоциируется с незащищенным проникающим (инсертивным) анальным сексом и частым проникающим оральным сексом. Анальная инфекция ассоциируется с принимающим (рецептивным) незащищенным анальным сексом и иными рецептивными анальными сексуальными практиками: фингеринг (проникновение пальца в анус), римминг (вылизывание ануса).

Распространенность ИППП среди МСМ в России и ближнем зарубежье (из эпидемиологических отчетов о надзоре среди МСМ) приведена в табл. 3.

По официальной статистике заболеваемость ИППП в России с 1997 г. по 2006 г. снизилась в 6 раз. К оценке официальных цифр нужно подходить критически с учетом изменений в сфере оказания медицинских услуг населению. Образовался постоянно пополняющийся сектор частных клиник с платными медицинскими услугами. Общеизвестно, что венерология является одной из самых востребованных медицинских специальностей в них, но, к сожалению, мало клиник дают сведения о реальной заболеваемости пациентов. Другим фактором снижения «официальной заболеваемости» может быть доступ населения к антибиотикам в аптеках, бесконтрольное со стороны врачей их применение. Широки и возможности в получении популярной и профессиональной информации из СМИ и Интернета.

Заболевания, характеризующиеся генитальными язвами — это сифилис, генитальный герпес и шанкрод (практически не встречается в России). Наиболее распространенной причиной генитальных язв является генитальный герпес. Не все язвы в генитальной области вызваны заболеваниями, передаваемыми половым путем. Даже после проведения полного обследования у 25% пациентов с язвами лабораторное подтверждение диагноза ИППП получить не удастся.

СИФИЛИС

Системное заболевание, вызываемое *Treponema pallidum*. Лечение может быть направлено на элиминацию симптомов первичной инфекции (язва или шанкр), вторичной (разнообразные

Таблица 3. Распространенность ИППП среди MSM в России и ближнем зарубежье (из эпидемиологических отчетов о надзоре среди MSM)

ИППП	Санкт-Петербург, 2000 г., %	Казахстан, 2003 г., %	Казахстан, 2005 г., %	Томск, 2003 г., %	Екатеринбург, 2003 г., %	Кишинев, 2003 г., %	Москва, 2002 г., %	Москва, 2006 г., %
ВИЧ		0	0,4	0	4,8	1,7	18,3	12,9
Гепатит С		1	5,7			11,5	3,1	12,9
Сифилис	10	0	3	4,0	1,3 15,3*	1,7 12,1*	2,1	11,6
Гонорея				2,0	5,3	0,8	1,0	16,2
Хламидиоз	5			0,7	0,6	0,8	2,1	9,5
Трихомониаз				1,3	2,6	5,0		
Кандидоз				0,7	0,6	0,8		
Генитальный герпес					0,6	0,8		1,4
Кондиломы							7,5	8,0
<i>Симптомы</i>								
Выделения из уретры		7	7			10,8		
Жжение при мочеиспускании		13	7,8			21,7		
Выделения анальные		1	0,4					

* Лабораторное исследование крови на наличие антител к *Tr. pallidum*.

виды сыпи и поражений слизистых и кожи, лимфоаденопатию) или третичной инфекции (нарушения со стороны сердца, глаз, слуховые нарушения и гуммозные нарушения).

Скрытый сифилис диагностируется, когда у пациента отсутствуют признаки заболевания, но наблюдаются положительные серологические реакции. Пациенты со скрытым сифилисом с длительностью заболевания не более года классифицируются как больные с ранним скрытым сифилисом, если у пациентов наблюдались: а) документированная сероконверсия; б) явные симптомы и признаки первичного или вторичного сифилиса; в) половые контакты с партнерами, имеющими первичный, вторичный или ранний скрытый сифилис. Во всех других случаях диагностируется поздний скрытый сифилис или сифилис с неизвестной продолжительностью. Всех пациентов с неустановленной продолжительностью сифилиса нужно вести как больных с поздним скрытым сифилисом. У всех пациентов со скрытым сифилисом необходимо тщательно осмотреть все доступные слизистые оболочки (полость рта, перинеум у женщин, внутреннюю поверхность препуциального мешка у необрезанных мужчин) для выявления возможных поражений.

Третичный сифилис характеризуется появлением гумм или поражением сердечно-сосудистой системы.

Нейросифилис — поражение центральной нервной системы может наблюдаться при любой стадии заболевания. Если у пациента с сифилисом наблюдаются клинические признаки поражения нервной системы (например, симптомы со стороны зрения и слуха, парезы черепно-мозговых нервов, признаки менингита), необходимо исследовать спинномозговую жидкость (СМЖ). Все пациенты с сифилисом должны быть тестированы на ВИЧ.

Диагностика осуществляется с помощью двух типов тестов: а) нетрепонемных — VDRL (Venereal Disease Research Laboratory), RPR (Rapid Plasma Reagin) и б) трепонемных — реакция агглютинации бледной спирохеты (ТРНА — *Treponema pallidum* Haemagglutination Assay), реакция микроагглютинации бледной спирохеты (МНА-ТР), реакция агглютинации частиц *Treponema pallidum* (ТРПА — *Treponema pallidum* particle agglutination), флуоресцентный тест адсорбции трепонемных антител (FTA-abs. test), трепонемный иммуноферментный анализ ИФА/IgG, IgG-иммуноблоттинг для *Treponema pallidum*.

Наиболее точные методы диагностики раннего сифилиса: микроскопия в темном поле и метод прямой иммунофлуоресценции (ПИФ) для очагов в полости рта или других очагов, где возможно заражение комменсальными трепонемами. Возможно применение и полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Ранний сифилис — схемы лечения. Применяют инъекции дурантных пенициллинов однократно. Использование раствора лидокаина в качестве части растворителя уменьшает дискомфорт от инъекции.

При непереносимости пенициллиновой группы врач подбирает индивидуально препарат из другой группы антибактериальных препаратов.

Поздний латентный сифилис. Применяются те же препараты, что и при ранних формах заболевания, но продолжительность лечения значительно увеличивается.

Особенности сифилитической инфекции у ВИЧ-позитивных пациентов. Серологические тесты на сифилис у пациентов с сопутствующей ВИЧ-инфекцией обычно надежны для постановки диагноза сифилиса и оценки результата лечения. Имеются сообщения о ложноотрицательных и ложноположительных тестах, а также замедленном проявлении серореактивности. У ВИЧ-инфицированных с клиническим подозрением на сифилис и (повторяющейся) отрицательной серологией на сифилис рекомендуется провести другие диагностические тесты, кроме первичного скринингового, например, гистологический, иммунофлуоресцентный анализ или ПЦР с материалом, полученным при биопсии из клинически подозрительного очага поражения и прямую микроскопию эксудата очагов раннего сифилиса на спирохеты.

ВИЧ-инфицированные пациенты с ранним сифилисом имеют несколько повышенный риск раннего сифилитического поражения нервной системы или глаз и более высокую степень неэффективности лечения бензатинпенициллином, включая более частые серологические рецидивы. Поэтому важно вести последующий контроль.

По наблюдениям зарубежных и российских врачей у ВИЧ-положительных пациентов твердый шанкр может быть представлен язвенным дефектом, осложненным вторичной инфекцией, вплоть до гангренизации, нередко отмечается экстрагенитальная локализация. Чаше выявляются множественные шанкры, вторичный сифилис: множественные папулы, с необычным многообразием, обилием, распространенностью и субъективными ощущениями в виде сильного зуда. Бывают необычные сифилиды: алопецийные папулы, крупные очаги алопеции и плоские узлы. В некоторых случаях наблюдается увеличение лимфоузлов многих групп, причем все они плотноэластичной консистенции и безболезненные. Существует повышенный риск развития неврологических осложнений. Установ-

лено развитие паренхиматозных форм нейросифилиса в пределах одного года заболевания. Описаны случаи сифилитического энцефалита и сифилитического гепатита, ассоциированных с ВИЧ-инфекцией. Отделяемое сифилидов, по заключениям бактериологической лаборатории, содержит необычайно большое количество бледных трепонем.

Рекомендуется исследование СМЖ, как часть первичной диагностической программы для ВИЧ-инфицированных пациентов с поздним латентным сифилисом или латентным сифилисом неизвестной продолжительности. А также 2 года после лечения раннего сифилиса.

Лечение сифилиса у пациентов с сопутствующей ВИЧ-инфекцией проводится так же, как и для неинфицированных ВИЧ, но значение имеет тщательный последующий контроль.

Пациентов следует предупредить о возможных реакциях организма на лечение. В помещении (процедурном кабинете) для лечения должны быть предусмотрены средства неотложной помощи.

ГЕНИТАЛЬНЫЙ ГЕРПЕС — РЕЦИДИВИРУЮЩЕЕ ПОЖИЗНЕННОЕ ВИРУСНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

Герпес является одной из самых распространенных вирусных инфекций человека и представляет собой серьезную медико-социальную проблему. Свыше 90% людей инфицировано вирусом простого герпеса (ВПГ) и до 20% из них имеют те или иные клинические проявления инфекции. Обладая нейродерматропизмом, ВПГ поражает кожу и слизистые оболочки (чаще всего на лице и в области половых органов), центральную нервную систему (менингиты, энцефалиты), глаза (конъюнктивиты, кератиты).

Генитальный герпес вызывают два серотипа вируса простого герпеса: ВПГ-1 и ВПГ-2; наиболее часто ВПГ-2. Заболевание передается преимущественно при сексуальных контактах от больного генитальный герпесом. Нередко генитальный герпес передается от лиц, не имеющих симптомов заболевания на момент полового контакта или даже не знающих о том, что они инфицированы. Факторами, способствующими проявлению и/или рецидивированию генитального герпеса, являются: снижение иммунологической реактивности, переохлаждение и перегрев организма, интеркуррентные заболевания, медицинские манипуляции, а также некоторые психические и физиологические состояния (стресс и т.п.).

У 10–20% инфицированных заболевание характеризуется определенными клиническими проявлениями, способными рецидивировать. Первое проявление герпес-вирусной инфекции, как правило, протекает более бурно, чем последующие рецидивы. У части пациентов они не продолжительны. У большинства инфицирован-

ных лиц клинические проявления генитального герпеса отсутствуют.

В продромальном периоде больные отмечают зуд, жжение или боль, затем появляются высыпания в виде отдельных или сгруппированных везикулезных элементов величиной 2–3 мм на эритематозном основании, имеющих тенденцию к возвратным проявлениям на том же месте. Высыпания могут сопровождаться нарушением общего состояния: недомоганием, головной болью, субфебрильной температурой, нарушением сна. В дальнейшем везикулы вскрываются с образованием эрозивной поверхности неправильных очертаний. Характерная локализация генитального герпеса у мужчин — головка полового члена, крайняя плоть, уретра.

В связи с разнообразием клинических проявлений генитального герпеса и частым его сочетанием с другими урогенитальными инфекциями, имеющими сходную симптоматику, все более важным становится идентификация возбудителя заболевания.

Лабораторная диагностика. Используются такие методы диагностики:

- вирусологические методы обнаружения и идентификации вирусов простого герпеса;
- полимеразная цепная реакция;
- методы выявления антигенов вирусов простого герпеса: иммунофлуоресцентный и иммуноферментный анализ;
- выявление антител с помощью ИФА;
- цитоморфологические методы.

Рекомендуется проведение повторного исследования (2–4 раза в течение 5–7 дней) материала из различных очагов инфекции.

Лечение генитального герпеса. Лечение больных генитальным герпесом, особенно хронических рецидивирующих форм, представляет значительные методические и практические трудности. Это объясняется персистенцией вируса герпеса в организме, развитием иммунодефицитного состояния, обусловленного недостаточностью различных звеньев иммунной системы и ее неспособностью элиминировать вирус из организма. Следует иметь в виду, что частые обострения заболевания, наличие поражений в области гениталий, низкая эффективность многих испытанных пациентом методов лечения приводят к значительному ухудшению физического и психического состояния больных, выраженному снижению качества их жизни.

Длительность, интенсивность и объем терапии больных генитальным герпесом определяются клинической формой, стадией и тяжестью течения процесса. Рекомендуется тщательное анамнестическое и клинико-лабораторное обследование пациента с целью оценки состояния иммунной системы и сопутствующей патологии.

Схемы лечения первичного клинического эпизода и рецидивирующего генитального герпеса врач подбирает индивидуально, используя современные противовирусные таблетирован-

ные препараты и препараты местного действия. Длительность лечения: 5–10 дней.

Разработаны и успешно применяются методы супрессивной терапии для предупреждения рецидивов тяжелого течения генитального герпеса, длительностью от нескольких месяцев до нескольких лет.

Ежедневная супрессивная терапия предупреждает развитие рецидивов у 60–90% больных, а 25–30% пациентов надолго избавляются от последующих эпизодов генитального герпеса.

Местные противовирусные препараты (мази, гели, растворы) назначают больным простым герпесом с умеренно выраженной клинической симптоматикой на коже в ранние сроки развития заболевания 3–5 раз в сутки в течение 5–10 дней.

Уже 15–20 лет как появились противовирусные препараты разного действия для лечения больных генитальным герпесом. Сведения об их эффективности весьма разноречивы, поэтому очень важно до начала лечения проконсультироваться у специалиста.

Вакцинопрофилактика рецидивов. В ряде стран для профилактики рецидивов генитального герпеса созданы и испытаны противогерпетические вакцины. Выпускаемая отечественная герпетическая поливакцина включает циклы вакцинации (1–2 в год), состоящие из внутрикожных введений препарата. Совершенствование вакцинации герпетической инфекции продолжается.

Консультирование пациентов с генитальным герпесом должно включать следующие позиции:

- нужно рассказать о естественном течении заболевания, подчеркнув возможность потенциального риска повторных эпизодов, бессимптомного вирусоносительства и половой передачи инфекции;
- следует проинформировать, что существует супрессивная и эпизодическая противовирусная терапия;
- рекомендовать сообщать существующим и будущим половым партнерам о том, что они инфицированы генитальным герпесом;
- информировать о том, что половая передача ВПГ может происходить во время бессимптомного периода заболевания;
- рекомендовать воздерживаться от половых контактов во время появления герпетических высыпаний или продромальных явлений;
- латексные презервативы при постоянном и правильном использовании могут снизить риск заражения, если инфицированные области защищены презервативом.

Половых партнеров пациентов с генитальным герпесом, следует обследовать и при наличии у них проявлений герпеса — лечить.

ВИЧ и генитальный герпес. Лица со сниженным иммунитетом могут иметь продолжительные эпизоды генитального, перианального или орального герпеса с выраженными симптомами

заболевания. Поражения, вызванные ВПГ, широко распространены среди пациентов, инфицированных ВИЧ, и могут быть тяжелыми, болезненными и атипичными.

Исследования по выявлению и типированию методом ПЦР вируса простого герпеса, показали высокий процент его присутствия в перианальных язвенных поражениях у 41-го пациента со СПИДом. При этом типирование ВПГ методами иммунодота и ПЦР показало, что 35 из 36 (97,2%) ВПГ-положительных образцов содержали ВПГ-2 (*J. Clin. Microbiol.*, 03.1998).

Периодическая или супрессивная терапия противовирусными средствами часто оказывается успешной.

Схемы лечения герпеса для ВИЧ-инфицированных предполагают обычные или повышенные дозы противовирусных препаратов при продолжительности лечения 5–10 дней.

Отмечены случаи ацикловиррезистентного генитального герпеса, что требует от врача особого внимания при наблюдении за регрессом клинических симптомов заболевания и своевременного назначения препаратов других групп.

Лечение генитального герпеса замедляет развитие ВИЧ, если пациент инфицирован обоими вирусами. Исследование, которое дало такие результаты было проведено в Буркина Фасо (Восточная Африка). Тесты проведены у 140 женщин, инфицированных герпес-вирусом и ВИЧ. Все женщины получали лечение 500 мг валацикловира перорально 2 раза в день в течение 3-х мес. Лечение герпетической инфекции помогло снизить уровень вируса в крови больных. По мере лечения выявленное количество вируса уменьшалось.

ЗАБОЛЕВАНИЯ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕСЯ УРЕТРИТОМ

Уретрит — это инфекционное заболевание, характеризующееся гнойно-слизистыми или гнойными выделениями из уретры и, иногда, дизурией и жжением при мочеиспускании. Широко распространена бессимптомная инфекция. Бактериальными патогенами, клиническое значение которых подтверждено в развитии уретрита у мужчин, являются *N. gonorrhoeae* и *C. trachomatis*.

Клиницисты должны подтверждать диагноз уретрита. Уретрит считается подтвержденным при наличии любого из признаков:

- слизисто-гнойные или гнойные выделения;
- в мазке из секрета уретры, окрашенного по Грамму, определяется 5 и более лейкоцитов в поле зрения в иммерсионной системе;
- положительный тест на лейкоцитарную эстеразу в первой порции мочи или обнаружение при микроскопии 10 и более лейкоцитов при большом увеличении.

В связи с высокой распространенностью смешанной гонорейно-хламидийной инфекции во многих международных руководствах рекомендуют проводить лечение, направленное на обе инфекции.

ХЛАМИДИЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Chlamydia trachomatis относится к безусловно патогенным для человека микроорганизмам, а урогенитальный хламидиоз — к наиболее распространенным ЗППП. Регистрация хламидиоза в России началась с 1994 г., и официальные статистика показывает ежегодное удвоение случаев впервые установленной хламидийной инфекции.

Урогенитальный хламидиоз не имеет специфических клинических проявлений и патогномичных симптомов, обычно протекает торпидно, мало- или бессимптомно. Чаще всего первоначальный очаг инфекции у мужчин — слизистая уретры. *C. trachomatis* может поражать и другие слизистые, покрытые цилиндрическим эпителием — прямая кишка, конъюнктива глаза и глотка. При болезни Рейтера *C. trachomatis* могут обнаружиться в синовиальной жидкости.

Из заболеваний, которые хламидии способны вызывать у мужчин, чаще всего встречается уретрит и его осложнения: эпидидимит, простатит, а также проктит. Все чаще у MSM выявляется хламидийное поражение глотки. По данным исследования, проведенного в клинике для MSM в Швеции, подобная локализация хламидийной инфекции встречается в последние годы не реже, чем в 15% случаев. Для хламидийного процесса, в отличие от гонорейного, характерно наличие более длительного инкубационного периода (10–14 дней).

У мужчин по данным уретроскопического исследования при хроническом хламидийном уретрите наиболее четко диагностируются явления мягкого инфильтрата задней уретры и колликулит. У больных мужчин первая прозрачная на вид порция мочи содержит много плавающих и оседающих на дно нитей.

Так как для хламидиоза более характерно малосимптомное и латентное течение, особенно в сочетании с другими инфекционными возбудителями, основное значение имеет лабораторная диагностика.

Лабораторная диагностика. Обследование на наличие хламидий даже при отсутствии симптомов заболевания рекомендуется проводить лицам, входящим в группы риска, сексуально активным, особо подверженным заражению хламидийной инфекцией, если они часто меняют половых партнеров и не пользуются барьерными контрацептивами.

Основные методы обнаружения хламидий: иммунофлуоресцентный, иммуноферментный, серологический, методы выделения возбудителя в культуре клеток и методы ДНК-диагностики

(полимеразная и лигазная цепная реакция, ДНК-зонды). Каждый из них имеет преимущества и недостатки. Раннее обнаружение хламидий является настолько важной предпосылкой предупреждения осложнений, что часто приходится использовать комбинацию методов обследования. Риск от использования антибиотиков при ложноположительных результатах значительно меньше, чем от длительного существования хламидийной инфекции в организме без своевременной терапии.

Для массовых скрининговых обследований предпочтительно использовать иммуноферментный метод. Современные серологические методики, способные обнаруживать не только IgG, но также IgA и IgM, особенно важны для выявления инфекции в труднодоступных для взятия соскобного материала местах, осложненном течении уrogenитального хламидиоза и болезни Рейтера. Культуральный метод очень важен при подозрении на наличие персистирующей инфекции, поскольку способствует выявлению цитоплазматических включений, характерных для такого течения хламидийной инфекции. Наиболее современные методы ДНК-диагностики, но они требуют исключительно высокого качества реагентов и четкости соблюдения технологической цепочки от забора материала до интерпретации результатов.

Установление излеченности уrogenитального хламидиоза следует проводить с учетом метода диагностики. Культуральное исследование проводится не ранее, чем через 2–3 недели после лечения в связи с возможностью получения ложноотрицательных результатов. Прямой иммунофлуоресцентный тест или ПЦР могут дать ложноположительные результаты до 3–4 недель после лечения из-за возможного сохранения нежизнеспособных микроорганизмов и их остатков.

Обнаружение хламидий после этих сроков требует повторного курса противохламидийной терапии препаратами других групп. Лабораторное обследование до и после лечения целесообразно вести в той же лаборатории, теми же диагностическими тестами.

Схемы лечения врач подбирает индивидуально, основываясь на анамнестических, лабораторных и клинических данных длительности и тяжести течения и проявления заболевания.

Критериями излеченности уrogenитального хламидиоза являются отрицательные результаты лабораторного исследования, отсутствие клинических симптомов заболевания. Следует также принимать во внимание данные обследования половых партнеров.

Больных хламидиозом следует информировать, что их половые партнеры подлежат обследованию, а при необходимости и лечению. Следует рекомендовать воздерживаться от половых контактов без барьерного предохранения, пока он и партнеры не будут излечены.

ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ

Гонорея — инфекционное заболевание, вызванное грамотрицательным диплококком *Neisseria gonorrhoeae*, является одним из наиболее широко распространенных инфекционных заболеваний.

Инфицирование мужчин гонореей, как правило, ведет к появлению субъективных симптомов, что вынуждает их обратиться за медицинской помощью и лечиться достаточно быстро для предупреждения осложнений, но недостаточно для предупреждения передачи инфекции. В США количество новых случаев гонококковой инфекции оценивается в 600 тыс. в год.

Лабораторная диагностика. Диагноз гонореи подтверждается на основании лабораторного обнаружения гонококка с типичными морфологическими и тинкториальными свойствами, обнаружения антигена гонококка или нуклеиновой кислоты в клинических образцах. Для выявления гонококка используется микроскопическое и культуральное исследование.

Целесообразность использования различных методов провокации пока вызывает обоснованные сомнения и является предметом проведения специальных научных исследований.

Рекомендуемые схемы лечения. Выбор схем лечения гонококковой инфекции зависит от клинической картины и анатомической локализации заболевания, чувствительности штаммов *N. gonorrhoeae* к противомикробным препаратам и ограничений к их назначению, возможности ассоциации инфекции с другими заболеваниями, передаваемыми половым путем, оценки развития побочных эффектов проводимой терапии.

В связи с высоким риском сочетанной гонорейно-хламидийной инфекции при невозможности диагностики уrogenитального хламидиоза больным гонореей следует назначать противомикробные препараты, эффективные и в отношении *Chlamydia trachomatis*.

Для лечения неосложненного гонококкового уретрита и проктита врач индивидуально может рекомендовать однократную дозу антибактериального препарата (перорально или внутримышечно) или предложить схему лечения таблетированными препаратами в течение нескольких дней.

Все чаще выявляют устойчивость штаммов гонококков к хинолонам. Исследования 2002 г. выявили устойчивость к хинолонам 79% изолятов во Франции, 7,5% в Японии, 9,8% в Великобритании и 1,9% в США. В США с 2001 г. по 2002 г. она выросла с 0,7 до 1,9%, а в Калифорнии за год с 7 до 16% устойчивых штаммов. Многие ученые считают, что надежным схемам лечения хинолонами жить недолго и лекарственная устойчивость гонореи, вероятно, спровоцирована теми же причинами, что и появление других «супермикробов» — беспорядочным употреблением антибиотиков без необходимости.

Центр по контролю и профилактике заболеваний США (CDC) в рекомендациях по лечению гонореи у МСМ указывает на необходимость *исключения из схем лечения хинолонов*.

Неосложненная гонококковая инфекция глотки. Гонококковую инфекцию глотки намного труднее вылечить, чем инфекцию урогенитальной локализации. Для лечения применяют цефтриаксон и ципрофлоксацин, которые эффективны более чем в 90% случаев. Встречается также хламидийная коинфекция глотки. Для лечения гонококкового конъюнктивита применяется цефтриаксон.

Целесообразна организация региональных центров Контроля за изменением чувствительности выделенных штаммов гонококков к основным группам антибиотиков (пенициллинам, тетрациклинам, цефалоспорином, хинолонам и спектиномицину). При обнаружении в регионах β -лактамазопродуцирующих штаммов *N. gonorrhoeae* целесообразно назначать препараты, не содержащие β -лактаманного кольца или подавляющие активность β -лактамазы (потенцированные клавуланатом — аугментин, амоксиклав).

Лечение гонококковой инфекции нижних отделов мочеполовой системы с осложнениями, верхних отделов и органов малого таза следует осуществлять в стационарных условиях. Тактика терапии зависит от характера клинического течения гонореи. Так, при абсцедировании параретральных желез наряду с противомикробными препаратами, эффективными в отношении *N. gonorrhoeae*, необходимо использовать соответствующие патогенетические, физиотерапевтические и хирургические методы лечения.

К установлению критерия излеченности гонореи приступают через 7–10 дней после завершения курса лечения. Этими критериями являются: отсутствие субъективных и объективных симптомов заболевания, отрицательные результаты микроскопического и культурального исследований. При наличии клинико-лабораторных данных, свидетельствующих о сохранении воспалительного процесса, рекомендуется повторное обследование с обязательным культуральным исследованием и исключением сопутствующих инфекций.

Гонококки, обнаруженные после проведения лечения, чаще всего являются следствием реинфекции. При установлении рецидива гонореи необходимо осуществлять культуральное исследование с определением чувствительности гонококка к антибиотикам.

Половые партнеры больных гонореей подлежат обследованию и лечению, если половой контакт имел место за 60 дней до появления симптомов заболевания у пациента. В случае субъективно бессимптомного течения гонореи обследованию и лечению подлежат половые партнеры, имевшие половой контакт в течение 60 дней до установления диагноза гонореи.

Гонококковая инфекция: взаимосвязь с ВИЧ-инфекцией. Эпидемиологические исследования

выявили интересную взаимосвязь гонореи и ВИЧ-инфекции. У ВИЧ-инфицированных мужчин гонококковый уретрит увеличивает концентрацию свободного ВИЧ в жидкой части спермы и концентрацию внутриклеточного ВИЧ в отделяемом из мочеиспускательного канала. Лечение гонореи ведет к исчезновению ВИЧ из спермы и отделяемого из мочеиспускательного канала либо существенно снижает концентрацию вируса в них.

В США определяли тенденцию в распространенности ВИЧ-инфекции, ассоциированной с гонореей, у пациентов клиник ЗППП в Нью-Йорке в 1990–1997 гг. ($n = 94\,577$). Распространенность ВИЧ-инфекции среди больных гонореей мужчин оставалась стабильной (14–16%) в 1990–1997 гг. и ассоциировалась с гомо- и бисексуальными контактами, возрастом старше 25 лет и белой расой. За 9 лет сохранилась строгая ассоциация между ВИЧ-инфекцией и гонореей, несмотря на то, что распространенность этих инфекций снижалась. Эти данные подтверждают, что диагноз гонореи — важный показатель рискованного сексуального поведения.

УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ТРИХОМОНИАЗ

Инфекционное воспалительное ЗППП, вызывается простейшим *Trichomonas vaginalis*. По данным из литературы широкого распространения в среде МСМ не выявлено.

Основными очагами поражения при урогенитальном трихомониазе являются мочеиспускательный канал у мужчин. У мужчин трихомонады могут вызывать поражение предстательной железы, семенных пузырьков, придатков яичек, куперовых желез.

Может развиваться восходящая инфекция мочевыводящих путей и почек (цистит, пиелит, пиелонефрит). Осложнения при трихомонадных уретритах у мужчин встречаются чаще, чем при гонорее. Клиническая картина трихомонадных простатитов, везикулитов, эпидидимитов отличается от таковой гонорейной этиологии, протекающей, как правило, более бурно. При затяжном течении возможно образование одиночных или множественных стриктур уретры.

Лабораторная диагностика. Диагноз урогенитального трихомониаза устанавливается при обязательном обнаружении *T. vaginalis* путем лабораторного исследования. Для лабораторной диагностики трихомониаза применяются следующие методы: исследование влажного препарата; исследование препарата, окрашенного 1%-ным раствором метиленового синего и по Граму (последняя окраска позволяет одновременно идентифицировать *T. vaginalis* и *N. gonorrhoeae*); культуральное исследование.

Из-за общности путей заражения урогенитальный трихомониаз нередко сочетается с другими ЗППП, поэтому больных следует соответ-

ственно обследовать. В случае сопутствующих урогенитальных инфекций (ассоциаций) их лечение проводится одновременно.

Схема лечения урогенитального трихомониаза. Современные методы лечения больных урогенитальным трихомониазом основаны на использовании протистоцидных средств общего действия. Лечение следует проводить при обнаружении *T. vaginalis* независимо от признаков воспалительного процесса.

Лечение назначает врач индивидуально в виде однократной дозы соответствующего препарата (например, метронидазол) или схему приема лекарств в течение 5–7 дней.

Некоторые штаммы *T. vaginalis* имеют сниженную чувствительность к метронидазолу. Однако применение более высоких доз препарата дает терапевтический эффект при инфекциях, вызванных такими штаммами.

К установлению критериев излеченности мочевого трихомониаза приступают через 7–10 дней после завершения лечения с помощью микроскопического и культурального методов исследования.

Больных урогенитальным трихомониазом следует информировать о необходимости обследования и лечения половых партнеров, воздержания от половых сношений до излечения.

Лица с ВИЧ-инфекцией и трихомониазом должны получать такое же лечение, как и лица без ВИЧ-инфекции.

ПАПИЛЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ (СИНОНИМЫ: КОНДИЛОМЫ, ГЕНИТАЛЬНЫЕ БОРОДАВКИ)

Вирус папилломы человека (ВПЧ) из подгруппы А семейства *Papovaviridae*. Насчитывается более 70 типов ВПЧ, из них с заболеваниями урогенитальной области ассоциированы определенные типы, из которых выделены разновидности низкого — ВПЧ 6 и 11, среднего — ВПЧ 31, 33, 35 и высокого онкогенного риска — ВПЧ 16 и 18.

Клинические проявления, вызванные указанными типами ВПЧ в аногенитальной области, многообразны.

Характерной особенностью этой патологии является поражение молодых больных. ВПЧ рассматривается в качестве возможного этиологического фактора анального рака. Изучается синергизм действия ВПЧ, ВПГ-2, цитомегаловируса в инициации канцерогенеза.

Заболевание передается преимущественно половым и контактно-бытовым путем, при медицинских исследованиях. Факторами, способствующими появлению или рецидиву ВПЧ, являются: снижение иммунологической реактивности, переохлаждение, интеркуррентные заболевания (в основном вирусной этиологии).

Характерная локализация кондилом: головка и тело полового члена, крайняя плоть, мошонка, перианальная область, анус и редко полость рта. Интраанальные бородавки встречаются преимущественно у пациентов, практикующих рецетивный половой акт. В зависимости от размера и анатомического расположения кондиломы могут быть болезненными, легко травмирующимися, зудящими, хотя обычно симптомы отсутствуют. Пациенты с видимыми кондиломами могут быть одновременно инфицированы множеством типов ВПЧ.

Вызванные ВПЧ поражения морфологически различны. Выделяют несколько клинико-морфологических типов проявлений ВПЧ-инфекции в аногенитальной области: остроконечные кондиломы, папиллярные кондиломы (с экзофитным ростом), плоские кондиломы, интраэпителиальные кондиломы (с эндофитным ростом). Отдельно выделяют гигантскую кондилому Бушке—Левенштейна.

Инвертированные (или эндофитные) кондиломы во многих отношениях идентичны плоским кондиломам, однако они обладают способностью псевдоинвазивного проникновения в подлежащую строму или в отверстия желез. Эндофитные кондиломы обладают многими морфологическими признаками, напоминающими карциному *in situ*, поэтому считаются предраком.

Лабораторная диагностика. Клиническая диагностика аногенитальных кондилом обычно не представляет затруднений. Проблемы возникают при диагностике на ранних стадиях заболевания, когда кондиломы очень малы и похожи на шероховатость поверхности. При этом капиллярная сеть не видна, заметны лишь расширенные сосуды в виде точек. Основным методом диагностики является цитологическое исследование биоптатов или мазков. Наличие койлоцитоза в биоптате считается наилучшим критерием ВПЧ-инфекции половых путей. Метод полимеразной цепной реакции может применяться при малосимптомных или бессимптомных формах заболевания, а также для определения типа вируса.

Лечение. Цель терапии — удаление экзофитных кондилом. Различные терапевтические методы в 50–94% случаев эффективны в отношении наружных генитальных кондилом, уровень рецидивов около 25% за 3 месяца после лечения. Рецидивы генитальных кондилом чаще связаны с реактивацией инфекции, а не с реинфекцией от половых партнеров. При отсутствии терапии генитальные кондиломы могут разрешаться сами собой, оставаться без изменения или прогрессировать. Нельзя исключить персистирования ВПЧ даже при отсутствии клинических проявлений. Следует избегать дорогих, токсичных схем лечения, и процедур, связанных со скарификацией.

Методы лечения аногенитальных кондилом:

1. Применение цитотоксических препаратов в виде растворов и гелей (например, подофиллин).

2. Деструктивные методы — физические (криодеструкция, лазеротерапия, диатермокоагуляция, электрохирургическое иссечение), химические (трихлоруксусная кислота и другие).

3. Иммунологические методы — α - β - γ -интерфероны.

4. Комбинированные методы — сочетание применения различных методов лечения (криотерапия, лазерное иссечение, электрокоагуляция, диатермокоагуляция, озонотерапия).

5. Мазевая терапия (имиквимод).

В Великобритании и США оценивали безопасность и иммунный ответ местного применения имиквинода для лечения наружных аногенитальных бородавок (НАГБ) у ВИЧ-инфицированных. Для чего вели проспективное рандомизированное двойное слепое контролируемое исследование 97 ВИЧ-инфицированных мужчин и 3-х ВИЧ-инфицированных женщин с НАГБ. Пациенты наносили на область поражения 5%-ный имиквимод на 8 ± 2 часов, 3 раза в неделю в течение 16 недель. Безопасность лечения оценивали по частоте появления и тяжести местных кожных реакций и других побочных эффектов, и по данным клинических лабораторных тестов. Полное излечение НАГБ зарегистрировано у 11%, сокращение площади поражения не менее 50% у 38% пациентов. Местное лечение кремом не влияло на течение ВИЧ-инфекции, уменьшило площади поражений и в большинстве случаев не вызвало выраженных кожных реакций. Значит, имиквимод может использоваться для лечения НАГБ ВИЧ-инфицированных пациентов.

В отверстии уретры кондиломы удаляются криотерапией жидким азотом или подофиллином 10–25% в настойке бензоина.

Для анальных кондилом рекомендуются трихлоруксусная или дихлоруксусная кислота 80–90% или хирургическое удаление.

При правильном проведении лечения осложнения наступают редко. Пациента следует предупредить, что после применения иссекающего удаления кондилом часто образуются гипо- или гиперпигментированные рубцы. Лечение в редких случаях приводит к нарушающим трудоспособность пациента хроническим болевым синдромам или гиперестезии на месте лечения.

Лечение половых партнеров. Рекомендуется осмотр половых партнеров. Пациентов с экзофитными аногенитальными кондиломами следует предупредить, что они контагиозны к неинфицированным партнерам. Хотя большинство из них уже инфицировано вирусом в субклинической форме, даже если у них нет видимых кондилом. Неизвестно, столь же контагиозны пациенты с субклинической ВПЧ-инфекцией, как и пациенты с экзофитными кондиломами.

Кондиломы ВИЧ-инфицированных пациентов часто содержат ВПЧ высокой степени онкогенного риска. В отдельных случаях эти поражения претерпевают диспластические изменения, частота появления которых точно не изве-

стна. Очевидно, лечение кондилом у ВИЧ-инфицированных должно проводиться преимущественно хирургическими методами и предваряться проведением биопсии.

У ВИЧ-инфицированных чаще отмечаются аногенитальные выраженные диспластические поражения, вызванные ВПЧ с множественной и диффузной их локализацией. Необходимо немедленное лечение лазером или хирургическое вмешательство.

УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ

Урогенитальный кандидоз является актуальной междисциплинарной проблемой. Кандидоз — заболевание слизистых оболочек, кожи и внутренних органов, вызванное дрожжеподобными грибами рода *Candida*. Поражение мочевого тракта — одно из наиболее частых проявлений кандидоза. Среди МСМ половой путь передачи кандидоза наиболее вероятен. Урогенитальный кандидоз в 90% случаев вызывается *Candida albicans*.

Характерные проявления урогенитального кандидоза мужчин: уретрит, баланит или баланопостит с эритематозными очагами беловато-серого налета. Отмечаются субъективные ощущения: зуд, жжение, болезненные мочеиспускания и расчесы.

Лабораторная диагностика. Диагноз урогенитального кандидоза устанавливается при наличии клинических проявлений заболевания и микроскопического выявления грибов рода *Candida* с преобладанием вегетирующих форм (почкование, псевдомицелий). Наиболее достоверным методом лабораторного исследования является культуральный с количественным учетом колоний грибов. Обнаружение грибов при отсутствии симптомов не является показанием к назначению лечения, так как они периодически могут выявляться и у здоровых людей.

Лечение острого урогенитального кандидоза. Для острых форм обычно применяется местное лечение.

Крем, мазь и раствор наносят тонким слоем на пораженные участки кожи и слизистых 2–3 раза в сутки и осторожно втирают. Курс лечения в среднем составляет 7–10 дней.

Критериями излеченности урогенитального кандидоза являются исчезновение клинических проявлений заболевания, отрицательные результаты микробиологического исследования. Сроки наблюдения индивидуальны в зависимости от длительности, характера клинических проявлений, распространенности.

Больных урогенитальным кандидозом следует информировать, что их партнерам рекомендуется обследование и, возможно, лечение. Больным рекомендуется воздерживаться от половых контактов до излечения или применять барьерные методы предохранения.

ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗ ВЕНЕРИЧЕСКИЙ

Венерическую лимфогранулему (син.: паховый лимфогранулематоз) относят к классическим ЗППП. Возбудитель — *Chlamydia trachomatis* серологических типов L1–L3.

Это заболевание распространено в тропических и субтропических странах Южной Америки, Западной и Восточной Африки, Юго-Восточной Азии, в портовых городах Европы. В США ежегодно регистрируется от 500 до 1000 случаев венерической лимфогранулемы.

Немногочисленные случаи, встречающиеся в России, являются «привозными». Заражение в большинстве случаев происходит при половых контактах, значительно реже — бытовым путем. Инкубационный период от 5 до 21 суток.

Заболевание начинается с бугорка или прыжка на месте внедрения возбудителя (обычно на половых органах), который быстро исчезает или может остаться незамеченным. Через 1–4 недели увеличиваются регионарные лимфатические узлы (у мужчин чаще паховые). Пораженные лимфатические узлы при этом уплотняются, становятся болезненными, спаиваются между собой. Кожа над узлами приобретает цвет — от розового до синюшно-красного. Со временем лимфатические узлы вскрываются с выделением желтоватого гноя.

У активных гомосексуальных мужчин может наблюдаться проктит или воспалительные изменения околоректальной или перианальной лимфотической ткани, что в результате может вести к образованию фистул и стриктур. Иногда в месте инокуляции образуется самоограничивающаяся генитальная язва.

Возможные осложнения: свищ заднего прохода, пузырнопрямокишечный свищ, свищ мочеиспускательного канала, свищ мошонки, а также слоновость половых органов, сужение прямой кишки, сужение мочеиспускательного канала.

Диагностика основана на клинической картине и результатах лабораторных исследований (РИФ, ИФА, посев).

Схемы лечения врач подбирает индивидуально — прием антибиотиков в течение 21 дня.

Важно сообщить о заболевании *половым партнерам*, даже если их ничего не беспокоит, и убедить пройти обследование и лечение. Бессимптомное течение не снижает риска развития осложнений.

С конца 2003 г. продолжается вспышка проктитов, являющихся проявлением венерического лимфогранулематоза (LGV). Первые сообщения были из Нидерландов, откуда заболевание перешло в соседние европейские страны и Великобританию, и сейчас регистрируется в США и Канаде. До сих пор только MSM были затронуты инфекцией, большая часть из них ВИЧ-инфицированы. Хотя эти инфекции, которые могут быть вызваны LGV сероварами L1, L2, L2a

и L3, часто характеризуются серьезными воспалительными симптомами, диагностируются несвоевременно или неправильно, что увеличивает и риск передачи инфекции, и развитие серьезных осложнений. Успех в лечении проктита лимфогранулематозного требует применения антибактериального препарата в течение 3-х недель с последующим контрольным обследованием, тогда как в случае простого хламидийного проктита, вызванного сероваром D-K, 1-недельный курс будет достаточен.

ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ СИНДРОМЫ

Включают: проктит, проктолит, энтерит. Обследование при таких синдромах предусматривает: аноскопию или сигмоидоскопию, микроскопическое и культуральное исследование фекалий.

Проктит — воспаление, ограничивающееся прямой кишкой (дистальная часть 10–12 см), сопровождается болью в аноректальной области, тенезмами и выделениями из прямой кишки. Гонококковая, хламидийная инфекции, бледная трепонема и вирус простого герпеса — наиболее частые возбудители ЗППП, при которых поражается прямая кишка. У ВИЧ-инфицированных пациентов проктит, вызванный ВПГ, может протекать особенно тяжело. Проктит возникает в основном у лиц, практикующих рецептивный анальный секс.

Проктолит ассоциируется с симптомами проктита, поносом, спазмами в кишечнике и воспалением слизистой толстого кишечника более 12 см от анального отверстия. Патогенные микроорганизмы: *Campylobacter* spp., *Shigella* spp., *Entamoeba histolytica* и редко *C. trachomatis* (серовары, вызывающие ВЛГ). Проктолит может возникнуть при оральном или орально-фекальном контакте.

Энтерит обычно сопровождается поносом и спазмами в кишечнике без признаков проктита и проктолита. Он возникает у людей, сексуальная практика которых включает орально-фекальные контакты. Если возникает вспышка среди социальной или сексуальной сети MSM, медработники должны иметь в виду сексуальный путь передачи и распространения и проводить соответствующее консультирование. У пациентов с ВИЧ-инфекцией могут выявляться инфекции, которые обычно половым путем не передаются, включая *Mycobacterium aviumintracellulare*, *Salmonella* spp., *Cryptosporidium*, *Microsporidium*, *Isospora*. Кроме того, энтерит может быть первым проявлением ВИЧ-инфекции. Лечение проводится в соответствии с диагнозом.

Схема лечения острого проктита. Если обнаруживается выделение гноя из прямой кишки или в мазке выделений из прямой кишки, окрашенном по Граму, выявляются полиморфно-

ядерные лейкоциты, до получения результатов лабораторных исследований можно назначить цефтриаксон однократно плюс доксициклин в течение 7 дней.

Если у пациента перианальные болезненные язвы или аноскопией выявлены язвы на слизистой оболочке, предварительное лечение должно включать препараты для генитального герпеса.

Последующее наблюдение зависит от типа возбудителя и тяжести клинических симптомов. Реинфекцию трудно отличить от неэффективного лечения.

Партнеры пациентов с кишечными ИППП должны быть обследованы на все заболевания, обнаруженные у этих пациентов.

ЗАБОЛЕВАНИЕ АНУСА И ПРЯМОЙ КИШКИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

Все ВИЧ-инфицированные пациенты с заболеваниями ануса и прямой кишки, обратившиеся в клинику колоректальной хирургии в Чикаго зарегистрированы. У всех провели биопсию под анестезией и получили материал для культурального исследования из любых подозрительных поражений. Проанализированы данные 180 ВИЧ-инфицированных пациентов с аноректальными симптомами. В группе гомосексуальные и бисексуальные мужчины (55%), ПИН (15%), гетеросексуалы (12%) и другие (18%). Среднее время от постановки диагноза ВИЧ-инфекции до появления аноректальных симптомов составило 48 мес. Среднее количество лимфоцитов CD4 — 160 клеток/мм³. Чаще всего пациенты жаловались на боль (57%), на появление опухоли или бородавок (28%), на кровотечение из прямой кишки (12%), выделения из прямой кишки (11%) и зуд (6%); 24% пациентов предъявляли множественные жалобы. Наиболее распространенной патологией были анальные кондиломы (43%), из которых 10% ассоциировались с анальной интраэпителиальной неоплазией. Из некондиломатозных поражений чаще всего встречались анальные язвы (32%); у большинства этих пациентов (91%) основной жалобой была боль в аноректальной области. Некоторые из этих язв были связаны с ВПГ-инфекцией (12%) и ЦМВ-инфекцией (7%). Однако большинство язв — идиопатические, при отрицательных результатах культивирования и исследования биоптатов. Другие поражения: фистулы (14%), абсцессы (12%), геморрой (6%) и злокачественные новообразования (2 случая саркомы Капоши, 1 случай неходжкинской гранулемы и 1 случай плоскоклеточной карциномы). Более чем одно поражение в аноректальной области обнаружено у 16% пациентов. У ВИЧ-инфицированных широко распространены аноректальные поражения, в основном — анальные кондиломы и болезненные язвы. В большинстве случаев язвенных поражений ре-

зультаты культурального исследования и исследования биоптатов отрицательные. Отмечена высокая вероятность неоплазий у этой группы.

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ МСМ

Совсем недавно специалисты по психическому здоровью считали долгом помочь гомосексуалам изменить их сексуальную ориентацию. Медицинский взгляд до 70-х годов был преимущественно негативным. Расширение научных знаний обогатило представления о сексуальности и вытеснило многие культуральные мифы о гомосексуальности. Всемирная организация здравоохранения исключила гомосексуальность из своего списка ментальных расстройств в 1991 г., а из Международной классификации болезней в 1992 г.

Приведем данные одного медицинского исследования, которое было опубликовано на страницах научного журнала «British Medical Journal». Как выяснили исследователи, ни одному из пациентов с гомосексуальной ориентацией вмешательство медиков не помогло.

В исследовании приняли участие 29 мужчин и две женщины от 27 до 83 лет. Период становления ориентации каждого из участников пришелся на время, когда гомосексуализм считался заболеванием. В большинстве случаев на лечение настояли не правоохранительные органы, а члены семьи. Хотя семеро из участников состояли в браке, ни один из них не назвал лечение полезным. В большинстве случаев оно привело лишь к социальной изоляции и появлению чувства стыда. Самыми популярными методиками лечения гомосексуалистов были электрошок, гормональная терапия, психоанализ и религиозные беседы. В связи с полученными данными исследователи отметили опасность перелома моральных, религиозных или социальных норм в психиатрию. Ученые допускают, что лечение способно изменить сексуальные предпочтения, однако отрицательные эффекты такого вмешательства однозначно превышают возможную пользу.

Западная культура стала намного лояльнее относиться к индивидуальным различиям и к правам отдельных групп, что в свою очередь повлияло на восприятие и мышление профессионалов. В России более медленно, но неизбежно происходят такие же перемены.

Мы выросли в обществе, где гомосексуальность считалась грехом, преступлением или патологией. Как члены медицинских профессий, призванные через научные знания помогать людям, консультанты должны осознавать, что им также внушалась негативная информация о гомосексуалах. Хорошая проверка на готовность работать с МСМ — возможность в открытой форме задавать им вопросы о сексуальной активности, как гетеросексуальным клиентам. Ког-

да специалист уверен, что не испытывает гомофобии, он готов консультировать МСМ. Проще говоря, специалисту необходимо глубоко проанализировать собственные предубеждения и негативные впечатления.

Создание дружественной атмосферы для МСМ в медицинском учреждении — предпосылка успешной работы. Нужно учитывать каждый аспект работы, поскольку беседы на темы сексуальной ориентации, раскрытие информации, касающейся сексуальной принадлежности, могут вызвать у пациента недоверие и тревогу. Чтобы избежать этого, нужно создать комфортную, доверительную атмосферу. Важным шагом может стать распространение информации о вашей практике (кабинете, клинике) среди МСМ. Пути распространения от простых листовок и брошюр, передаваемых аутич-командой (социальными работниками) в местах сбора и досуга МСМ, до дружественных МСМ Интернет-сайтов. Продемонстрируйте свое дружеское расположение и позитивный имидж в целевой группе.

Подготовка сотрудников медицинского учреждения играет важную роль в формировании среды, в которой МСМ сможет чувствовать себя безопасно. В программу обучения надо включить:

- употребление корректных форм и определений при обращении к пациентам;
- знакомство с базисной информацией о медицинских проблемах МСМ (ИППП/ВИЧ, употребление наркотиков, алкоголя, депрессия, дискриминация в социуме и т.п.);
- знание медицинских и социальных показаний для направления МСМ к другим специалистам или в дружественные службы (например, юридические).

Списки ресурсов и рекомендации о технике общения значительно снизят тревогу медперсонала во время контактов с МСМ.

Прием у врача. Как показывают исследования и опыт работы с МСМ в Западных странах, врачи не могут оказать адекватную помощь пациенту, если не знают о его сексуальной ориентации. С другой стороны, врач, консультант может создать настолько доверительную, не осуждающую обстановку беседы, что успех опроса, обследования и лечения пациента будет очевиден. Врач, консультант не должен давать оценки сексуальной практике пациента, он может обсудить в нейтральных выражениях некоторые рискованные для заражения ИППП/ВИЧ моменты сексуальной жизни клиента. Делать разные предположения неправильно. Во-первых, можно обидеть пациента, во-вторых, предположения могут быть неправильно поняты пациентом, трактовка может значительно отличаться от вашей. Например, предположение, основанное на внешнем виде и поведении пациента об «активной» или «пассивной» роли в сексе, часто ошибочно. Многие стереотипы не подтверждаются опытом — многие гомосексуалы играют и активную, и пассивную сексуальную роль.

Нужно помнить, что далеко не все МСМ воспринимают себя, как гомосексуалов, приняли гомосексуальную ориентацию. Есть мужчины, которые страдают от высокого уровня внутренней гомофобии, негативного образа себя.

Врачу следует обращать внимание на слова и обороты, которые он использует в процессе общения, употреблять открытые вопросы и гендерно нейтральные выражения. Например:

Нежелательно произносить	Желательно произносить
семейный статус	статус отношений
супруга, жена	сексуальный партнер
активный, пассивный	вводящий, принимающий
гей, гомосексуал	мужчина, имеющий секс с мужчиной
Живете с женщиной?	Какие виды сексуальных контактов практикуете?

Для создания дружественной атмосферы рекомендуется:

- в опросе показывайте свою непредвзятость;
- сообщите, что сексуальный анамнез — часть вашей работы;
- говорите о сексуальном поведении, а не об ориентации;
- оцените уровень знаний пациента о степени риска заражения ИППП в зависимости от типа сексуальных практик;
- если что-то непонятно, попросите пациента расшифровать термины; уважайте право пациента не разговаривать на какие-либо темы, предложите обсудить это позже.

Оценка степени рискованности инфекционно-опасного поведения пациента — обязательный компонент консультации врача по профилактике ИППП/ВИЧ.

Этот алгоритм беседы основан на модели, предложенной Региональным тренинговым центром по СПИДу «Mountain-Plains».

- Оценивайте риск у каждого пациента даже в тех случаях, когда у вас есть доказательства, что его поведение меняется.
- Данная оценка должна быть частью комплексной оценки состояния здоровья, включая вопросы о домашнем насилии, употреблении наркотиков и др.
- Дайте понять пациенту, что обсуждение сексуального здоровья является рутинной частью обследования, а понимание сексуального поведения пациента необходимо для предоставления качественной помощи. Можно обсудить с пациентом, какая часть информации попадет в историю болезни.
- Старайтесь не употреблять термины (см. примеры выше).
- При сборе анамнеза старайтесь избегать оценочных предложений по поводу возраста,

семейного статуса, инвалидности и других характеристик пациента.

- Вопросы о сексуальном поведении должны быть четко сформулированы и непредвзяты.
- Соберите анамнез по ИППП.
- Если ответы пациента указывают на высокий уровень риска заражения ИППП/ВИЧ, уточните ситуации и возможные причины, способствующие этому (депрессии, употребление наркотиков, алкоголя и др.).
- При оценке риска учитывайте все ответы пациента.

Принципы обследования

- Индивидуально выберете объем обследования.
- Из множества методов исследования выберете оптимальный.
- В зависимости от ситуации выберете место взятия материала (мочеиспускательный канал, глотка, прямая кишка, конъюнктив).
 - Определяя время взятия материала, учитывайте время возможного заражения, сопутствующие заболевания и прием лекарств (исследование в инкубационном периоде, а также в течение 3–4 недель после приема антибиотиков, может оказаться недостоверным).
- Правильно производите забор материала для исследования.
- Результаты исследований интерпретируйте индивидуально.
- Всегда помните о том, что возможны ложноположительные и ложноотрицательные результаты.

Скрининг ВИЧ/ИППП среди МСМ. Иммунизация против гепатитов А и В: вакцинируйте, если человек не иммунизирован или подумайте о выявлении антител.

Для пациента низкого риска (моногамный, постоянно использует презерватив, не практикует принимающий анальный секс):

- подумайте о тесте на ВПГ-2;
- проводите обследование ежегодно:
 - на сифилис,
 - на хламидийную и гонорейную инфекции (ректальную и фарингеальную).

Для пациента с высоким риском (множественные или анонимные сексуальные партнеры, практикует принимающий анальный секс, ИППП как маркер высокого риска):

- обследование каждые 3–6 месяцев на ВИЧ/ИППП;
- обследуйте на наличие анального рака:
 - кондилома (ВПЧ),
 - ВИЧ-инфекция,
 - рассмотрите возможность проведения РАР-теста слизистой ануса (мазок на атипичные клетки),
 - проводите РАР-тест *ежегодно*, если ВИЧ+,
 - проводите РАР-тест *каждые 2–3 года*, если ВИЧ–.

Собирайте анамнез и проводите физическое обследование, по крайней мере, раз в год. Делайте скрининг относительно депрессии, расстройств пищевого поведения, злоупотребления алкоголем, наркотиками и табакокурения.

При выявлении дополнительных проблем со здоровьем или социальных трудностей направляйте пациента к специалистам соответствующих медицинских профессий и в соцслужбы поддержки.

ПРОФИЛАКТИКА

Чтобы оказать реальное воздействие на человека и мотивировать его на отказ от инфекционно-опасного для заражения ИППП/ВИЧ поведения, программы воздействия должны осуществляться на различных уровнях: общественном, групповом и индивидуальном. Мы рассмотрим принципы и методы проведения профилактических мероприятий для предупреждения передачи ИППП/ВИЧ среди МСМ на индивидуальном уровне.

Ценность и эффективность индивидуальных методов работы в группах риска показана в исследованиях американских ученых. Согласно анализу Дэвида Холтгрейва, эксперта по профилактике ВИЧ, и его коллег, массовое тестирование на ВИЧ может выявить 57 тыс. случаев ВИЧ в год. Но программа, которая направлена на людей с наибольшим риском — по месту их проживания, доступу к медицинским услугам и рискованному поведению — поможет выявить 188 тыс. случаев из примерно 300 тыс. людей в США, которые не знают, что у них ВИЧ. При этом количество денег, затраченных на эти программы, не отличается. Так национальная программа, направленная на людей из уязвимых групп и предлагающая качественное консультирование, могла бы выявить в три раза больше людей с ВИЧ и предотвратить в четыре раза больше новых случаев ВИЧ-инфекции.

Информирование МСМ о способах предупреждения заражения является важнейшим методом профилактики ВИЧ/СПИДа, но при распространении этой информации необходимо учитывать отдельные особенности этой группы. Из опыта других стран известно, что благодаря постоянным связям внутри сообщества, обучение МСМ может быть в значительной степени более эффективно, чем в других уязвимых к ВИЧ/СПИД группах населения.

Следует отметить, что создание длительного устойчивого партнерства между МСМ является фактором, снижающим риск распространения ВИЧ. Постоянное использование презервативов при половых контактах является наиболее надежным способом предупреждения заражения, как при гомосексуальных контактах, так и при гетеросексуальных. Показано, что исполь-

зование презервативов снижает риск передачи ВИЧ в 300–500 раз. При анальных половых актах, при которых презерватив подвергается большей степени механического воздействия, повышающего риск разрыва, рекомендуется использовать более прочные (часто специально маркированные) презервативы и смазывающие вещества (лубриканты).

При всех способах информирования следует обратить внимание МСМ на правильное использование презерватива.

Следует обратить внимание, что эффективность предупреждения заражения ВИЧ с помощью других средств, кроме презерватива, а именно, «профилактических растворов», смазок и т.п. не доказана.

Наряду с рекомендациями использовать презервативы МСМ могут быть предложены другие способы «менее опасного секса»: поцелуи, петтинг и т.п.

Во всех случаях распространения информации следует предоставлять также сведения о возможности безопасного обследования на наличие ИППП/ВИЧ и о доступности их лечения.

Соблюдение режима толерантности к МСМ обязательно для успеха мероприятий профилактики ВИЧ. Стигматизация и дискриминация МСМ (гомофобия) – часто встречающиеся факторы неэффективной профилактики. Любые проявления гомофобии, проникшие в информационные материалы, могут привести к тому, что МСМ не будут воспринимать и полезную для них информацию. Элементы агрессии гетеросексуального большинства часто не ощущаются гетеросексуалами, могут обнаруживаться, например, в утверждении, что «гомосексуальные связи угрожают вам СПИДом». Информация о путях предупреждения заражения ВИЧ среди МСМ должна быть нейтральной, например: «презерватив защищает от заражения и при гомосексуальных, и при гетеросексуальных контактах».

Традиционно считается, что наибольшего эффекта в области профилактики ВИЧ среди МСМ удастся достигнуть, привлекая к работе МСМ, действующих внутри этого закрытого сообщества.

Групповое обучение МСМ целесообразно осуществлять в местах их общения, созданных самими МСМ, например, в клубах, кабаре и т.п. Целесообразно организовывать места общения МСМ, живущих с ВИЧ, что имеет значение также для поддержания их приверженности к лечению. Для работы в этих местах предпочтительно использование принципа «равный обучает равного». Это могут быть как добровольцы, так и лица, работающие по контракту с государственными учреждениями или общественными организациями. Для обучения МСМ в этих местах могут использоваться тематические лекции, вечера и разные зрелищные мероприятия. В клубах МСМ целесообразно распространять на-

глядную агитацию (листовки, плакаты и т.п.), организовать свободный доступ к презервативам.

Многие МСМ имеют доступ и интерес к Интернету, что можно широко использовать для просвещения о предупреждении заражения ВИЧ и соответствующей информации о профилактике ИППП/ВИЧ, возможности пройти обследование на ВИЧ и т.п. На Интернет-сайтах, посвященных профилактике ВИЧ/СПИДа, целесообразно помещать специальную информацию для МСМ и тщательно следить за соблюдением толерантности. Сайты для МСМ целесообразно использовать для демонстрации фильмов соответствующей тематики.

Для обучения МСМ наиболее эффективно консультирование. Оно может быть индивидуальным или групповым, в условиях, если консультируемая группа небольшая: половые партнеры, друзья. Консультирование о профилактике заражения ИППП/ВИЧ может проводиться и медицинским врачебным или средним персоналом, получившим соответствующее обучение, и специально обученными лицами без медицинского или педагогического образования, в том числе рекрутированными МСМ или ВИЧ-инфицированными. Все консультанты должны быть хорошо осведомлены об образе жизни и проблемах МСМ и строго придерживаться принципов толерантности.

В особенности работа консультантов из числа МСМ может быть эффективна вне лечебно-профилактической системы, в местах, где собираются МСМ (outreach – аутрич-практика). При аутрич используется не только консультирование, но и другие формы распространения информации: листовки, буклеты.

Консультирование ВИЧ-инфицированных МСМ принципиально не отличается от консультирования других лиц, живущих с ВИЧ. Консультант должен быть готов обсуждать с МСМ проблемы, связанные с половой жизнью. Для усиления профилактического влияния консультации ВИЧ-инфицированных МСМ следует обратить внимание на возможность распространения резистентных штаммов ВИЧ, и риск инфицирования сопутствующими инфекциями, что нередко при незащищенных половых контактах МСМ, живущих с ВИЧ.

Многочисленные поведенческие и социальные исследования показали, что программы профилактики наиболее эффективны тогда, когда они используются в сообществе, на которое они рассчитаны, поддерживаются этим сообществом, используют язык, принятый в сообществе, и разрабатываются кем-то, кто является представителем сообщества, которому доверяют. Консультационные воздействия должны быть продолжительными, должны использовать все информационные каналы и должны ставить целью обучение и формирование навыков. Пожалуй, самый важный момент заключается в том, что послы не должны базироваться на

чувстве страха. Скорее, они должны быть сексуально позитивными, то есть должны укреплять ощущение бисексуальной и геевской сексуальности.

Консультативные профилактические программы для мужчин должны сосредотачиваться и на общих вопросах здоровья, а не только на сексуальных. Необходимо поощрять мужчин обсуждать проблемы с партнерами, а также брать на себя ответственность за свое здоровье и благополучие. Программы, которые просто упирают на негативные последствия секса, обычно неэффективны. Образование должно начинаться с подросткового возраста и помогать молодым мужчинам принимать обдуманные решения в вопросах сексуальности и употребления химических веществ.

Вопросы мужской сексуальности очень важны в работах в области СПИДа. Это значит, что мужчинам нужно больше, чем разговоры о предохранении от ВИЧ и ИППП. Нужна помощь в понимании значения секса в их жизни, их сексуальных желаний и того, что на них влияет, их сексуального поведения (его причин и последствий).

Одно из наиболее успешных направлений работы с МСМ — создание центров, где МСМ могут общаться, получить консультации и лечение ИППП. Такие центры предоставляют удобную базу для оказания медицинской, психологической и социальной помощи МСМ.

Что осложняет профилактику? Мужчин в обществе не учат и не поощряют заботиться о собственном здоровье. Между детскими прививками и поздними заболеваниями простаты большинство мужчин вообще не появляются у врача. Негативные стереотипы в отношении поиска помощи и медицинских служб («мужчины не жалуются», «настоящие мужчины не ходят по врачам»). Мужчины редко тестируются на ВИЧ, обращаются за лечением и приходят в назначенное время к врачу.

Поощрение обществом, и даже требование в гомосексуальном сообществе, рискованного сексуального поведения, чтобы доказать, что ты «настоящий мужчина». Например, во время танцевальных вечеринок с употреблением стимулирующих веществ и сексом по кругу.

Многие мужчины не только не обладают достаточными знаниями о ВИЧ и ИППП, но считают, что это их не касается. Мужчины также могут не обращаться в СПИД-сервисные организации, опасаясь, что о них осуждающе подумают как о гомосексуалах.

Мужские презервативы надевают чаще сами мужчины, так что именно они контролируют основное средство профилактики ВИЧ. Мужчины могут беспокоиться о возможной беременности, ВИЧ и ИППП, но большинство из них испытывают неловкость при обсуждении этих вопросов с партнером. Некоторые мужчины ждут, что об этом заговорит партнер, а если он

или она этого не делает, то не используют презерватив.

Еще одним фактором повышенного риска можно назвать особенности поведения на первом этапе гомосексуальной активности «новичков» — мужчин, которые только определяются со своей сексуальной ориентацией и находятся на стадии экспериментирования. Утверждение о том, что «новички рискуют больше» справедливо также в отношении других групп — секс-работников, наркопотребителей, подростков, вступающих в первые сексуальные контакты. Связано это с тем, что на стадии первых попыток и экспериментирования на первый план выходят эмоциональные переживания: «как я выгляжу», «все ли правильно я делаю», «как не показаться глупым». В этот момент человек не задумывается о здоровье и безопасности.

Мужчины с низким уровнем доходов и жизни, в том числе молодые люди, которые не успели в силу многих причин почувствовать уверенность в себе и твердую жизненную опору, могут быть настолько погружены в решение ежедневных проблем выживания, что они перевешивают такие опасности, как ВИЧ/ИППП. Реальность нищеты, насилия и наркозависимости заставляет многих молодых мужчин чувствовать, что они все равно не доживут до старости.

МСМ редко составляют четко очерченную социальную группу, более того, в большинстве регионов они крайне разобщены. Например, мужчины с бисексуальной ориентацией могут вообще не считать себя МСМ. Совершенно отдельные группы составляют МСМ из состоятельных и малообеспеченных слоев общества, МСМ, занимающиеся коммерческим сексом. Подобные различия необходимо выявить при предварительном исследовании и учесть при разработке профилактических мероприятий.

Геи и бисексуалы — достаточно «закрытая» социальная группа. Раскрытие гомосексуальной ориентации при обращении за медицинской помощью или консультацией может послужить поводом для осуждения, дискриминации и оказания некачественных медицинских услуг. Чтобы не раскрывать свой статус и не обсуждать с врачом возможные пути заражения, многие геи при необходимости предпочитают заняться самолечением. Это ограничивает возможности проведения профилактической работы в медицинских учреждениях.

У многих МСМ сексуальные связи случайны, кратковременны и анонимны. Поэтому они могут недооценивать последствия этих сексуальных контактов, поскольку не относят себя к гомосексуалам.

В среде МСМ присутствуют различные вымыслы о возможности заражения ВИЧ. Например, очень распространено заблуждение, что «активный» партнер не рискует заразиться ВИЧ и другими ИППП. Или миф о том, что презервативы пропускают ВИЧ, поэтому использова-

ние презерватива для мужчин не имеет большого смысла.

Наиболее сложной может быть задача охвата лечебно-профилактической работой МСМ, занимающихся коммерческим сексом.

Нет хорошего обеспечения и доступности лубрикантов. Во многих регионах, из-за отсутствия водорастворимых увлажняющих средств мужчины пользуются смазкой на основе масел.

Это привело к ложному убеждению о ненадежности презервативов.

Предрассудки, стигматизация, дискриминация, неприязнь по отношению к мужчинам, практикующим секс с мужчинами, мешают им получить информацию и помощь.

Приходится с сожалением признать: медицинская система в целом и большинство медработников пока не готовы работать с МСМ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Руководство по лечению заболеваний, передаваемых половым путем, 2002, CDC, перевод на русский язык и публикация: Санам, Москва, 2003.
2. Работа с мужчинами для профилактики и лечения ВИЧ, UNAIDS, Коллекция ЮНЭЙДС «Лучшая практика», 2007.
3. ВИЧ и мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, в Азии и тихоокеанском регионе, UNAIDS, Коллекция ЮНЭЙДС «Лучшая практика», 2006.
4. СПИД и сексуальные отношения между мужчинами, UNAIDS, Технический обзор, 2000.
5. Ю. Саранков, Медицинские потребности и проблемы мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами, СПИД Фонд Восток–Запад, 2006.
6. Дозорный надзор за ВИЧ-инфекцией в группах лиц с рискованным поведением в республике Азербайджан, республике Молдова и Российской Федерации, Отчет по проекту ВОЗ, 2003–2004.
7. Ю.А. Амирханян, Мужчины, практикующие секс с мужчинами: проблема ВИЧ/СПИДа (обзор поведенческих исследований и шаги выхода из кризиса), Санкт-Петербург, 2005.

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

25.07.2009. США. POZ.ru. Препарат Селзенстри (маравирик) так же эффективен, как и давно одобренный препарат ифавиренц (Сустива, Стокрин) для ВИЧ-положительных пациентов, которые впервые начинают прием антиретровирусной терапии. Об этом говорится в результатах клинических испытаний, которые продолжались 96 недель, хотя более ранние испытания показали, что Селзенстри может быть менее эффективен. Новые данные, которые были получены с помощью усовершенствованного анализа на тропизм, были представлены на V Международной конференции по патогенезу, лечению и профилактике ВИЧ, которая завершилась в Кейптауне (ЮАР). Селзенстри, который производится компанией Pfizer, уже доказал свою безопасность и эффективность для пациентов, которые ранее неудачно принимали другие препараты. Это первый препарат, который относится к так называемым ингибиторам CCR5. В отличие от большинства других препаратов, он действует не на сам вирус, а на рецептор на поверхности клеток человека, который необходим ВИЧ для проникновения. В этом исследовании половина пациентов, ранее не принимавших терапию, принимали 300 мг Селзенстри 1 или 2 раза в день или же ифавиренц. Обе группы также принимали Комбивир (зидовудин и ламивудин). Через 16 недель исследования прием Селзенстри один раз в день был остановлен, так как он приводил к более плохим результатам вирусной нагрузки. На начало исследования все пациенты с вирусной нагрузкой более 2000 копий/мл прошли тест на тропизм. Этот тест определяет, использует ли ВИЧ в их организме рецептор CCR5 для проникновения в клетку. Дело в том, что некоторые штаммы вируса используют другой рецептор — CXCR4 и на них такой препарат, как Селзенстри, не действует. Ранее в испытаниях пациентов сканировали с помощью старой версии теста на тропизм — Monogram Bioscience's Trofile. Однако он определяет штаммы, использующие CXCR4, только если они составляют более 10% всех вирусов. Однако новые анализы Monogram могут выявить эти штаммы, даже если они составляют 0,3% образца. Ранее, при использовании старого теста, у 69,3% участников, принимавших Сустиву, и у 65,3% участников, принимавших Селзенстри, вирусная нагрузка была ниже 50 копий/мл через 48 недель лечения. В данном исследовании разница в 4,2% была статистически значимой, т.е. Селзенстри был менее эффективен. Однако когда был

проведен повторный анализ данных с помощью более чувствительного анализа, оказалось, что 15% участников обладали штаммами CXCR4, которые не были выявлены тестом. Когда их исключили из обработки данных, разницы между двумя группами не было. В данном исследовании по истечении уже 96 недель у 58% пациентов, принимавших Селзенстри, была неопределяемая вирусная нагрузка, по сравнению с 62% пациентов, принимавших Сустиву. Повышение уровня клеток CD4 также было сравнимым в двух группах. Через 96 недель, также как и через 48 недель, наиболее часто пациенты сообщали о следующих побочных эффектах Селзенстри: тошнота, головная боль, хроническая усталость и головокружение. Компания Pfizer планирует добиваться в США одобрения Селзенстри для людей, которые впервые начинают прием терапии против ВИЧ.

23.07.2009. Санкт-Петербург. Российская газета. Губернатор Петербурга Валентина Матвиенко на заседании городского правительства поручила разработать программу бесплатного распространения презервативов. Воплощать идею в конкретные мероприятия предстоит председателю комитета по культуре Антону Губанкову, так как именно он обратил внимание на проблему в ходе обсуждения вопроса о профилактике ВИЧ. «Я случайно зашел в аптеку и обнаружил, что три презерватива стоят больше ста рублей. Это слишком дорого для молодежи», — рассказал он. Идею бесплатной раздачи презервативов в общественных местах, таких как бары, рестораны и даже вузы, поддержала глава комитета по государственному контролю, использованию и охране памятников истории и культуры Вера Дементьева. «Существует европейская практика раздачи презервативов через автоматы. Не так это дорого. В школах это может быть чересчур радикально, а в вузах можно было бы, тем более что многие просто стесняются их покупать», — считает она. Валентина Матвиенко уже наметила конкретные способы решения проблемы бесплатной раздачи средств профилактики. «Давайте подумаем с НКО, спонсорами, как это организовать. Не надо прятать голову под крыло и делать вид, что ничего не происходит. Бесплатная раздача презервативов — нормальная практика во всем мире. Может быть, подумать, как это организовать в рамках госзакупки», — предложила губернатор. Соответствующая программа должна быть разработана уже к осени этого года.

ПРЕПАРАТЫ, ИСПОЛЬЗУЮЩИЕСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ (данный обзор приведен только для ознакомления)*



ЗИАГЕН

Химическое название: **абакавир**
Торговое название: **Зиаген™**
Сокращение: **ABC**
Класс: **нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы**

Абакавир используется в основе терапии. Включение абакавира в комбинацию антиретровирусных препаратов приводит к замедлению и даже к обратному развитию липодистрофии.

Следует знать, что приблизительно у 5% людей, принимающих абакавир, возможно развитие реакции гиперчувствительности. Симптомы гиперчувствительности (жар, слабость, сильная тошнота, диарея, боль в животе, боль в горле, кашель, удушье, сыпь) появляются преимущественно в течение первых 6 недель от начала приема препарата. Ощущения усугубляются при продолжении лечения, могут представлять угрозу для жизни и исчезают после отмены абакавира в течение 24–48 часов.

Пациенты, у которых возникли описанные проявления возможной гиперчувствительности, должны немедленно обратиться к врачу. На основании симптомов врач ставит диагноз и может принять решение об отмене препарата. В этом случае лечение препаратами, содержащими абакавир (Зиаген™, Кивекса™, Тризивир™), никогда не должно возобновляться в дальнейшем. Все дело в том, что в течение нескольких часов после повторного возобновления терапии абакавиром могут развиваться гораздо более тяжелые симптомы, вплоть до угрожающих жизни.

Рекомендации по питанию. Нет особых рекомендаций по питанию. Не зависит от приема пищи.

Время приема. Нет особых рекомендаций.

Беременность. Данных недостаточно. Прием возможен только при назначении врачом, если возможная польза для матери превышает потенциальный риск для плода!

Взаимодействия с другими лекарствами. Возможно взаимодействие с этанолом и метадонном. При совместном приеме необходима консультация врача.



ВИДЕКС

Химическое название: **диданозин**
Торговое название: **Видекс™, Видекс ЕС™**
Сокращение: **ddI**
Класс: **нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы**

Данный препарат используется в антиретровирусной терапии достаточно давно. Значимыми серьезными побочными эффектами этого препарата являются периферическая нейропатия (заболевание характеризуется прежде всего сильными болями в конечностях) и панкреатит (поражение поджелудочной железы). Также следует отметить уменьшение числа клеток крови — гранулоцитов и кровяных телец — тромбоцитов.

Нельзя принимать данный препарат с алкоголем! Есть риск развития острого панкреатита.

Диданозин способен вступать во взаимодействие со многими другими препаратами. В этом случае возможно усиление побочных эффектов. Поэтому во время применения диданозина необходимо консультироваться с врачом о совместном приеме любых других препаратов.

В современных комбинациях диданозин не применяется вместе со ставудином из-за взаимного усиления и быстрого развития побочных эффектов.

Рекомендации по питанию. Принимать на голодный желудок.

Время приема. Нет особых рекомендаций.

Беременность. Проходит через плаценту. Во время беременности препарат следует принимать только после консультации с лечащим врачом! Применение в сочетании со ставудином не рекомендуется.



РЕТРОВИР, ТИМАЗИД

Химическое название: **азидотимидин, зидовудин**
Торговое название: **Ретровир™, Тимазид™, Зидо-Эйч™ и др.**

* «Нужна ли мне терапия?», РОФ «Шаги», Москва, 2009.

Сокращение: AZT, ZDV

Класс: нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы

Первый препарат, который начали использовать для лечения ВИЧ-инфекции. Изначально применялся для монотерапии, но с появлением других препаратов, вошел во многие комбинации антиретровирусных препаратов. В качестве одного из компонентов зидовудин входит в состав препаратов Комбивир™ и Тризивир™.

В число значимых побочных эффектов зидовудина входят анемия (так называемое «малокровие») и липодистрофия. Последняя характеризуется внешним изменением распределения подкожного жира, но также серьезно влияет и на внутреннее состояние организма. Если человек страдает серьезной анемией, это может быть противопоказанием к применению зидовудина и его аналогов. При применении этого препарата необходимо регулярно проверять уровень гемоглобина и липидов в крови.

Зидовудин применяется как постконтактное профилактическое средство, а также для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку во время беременности и родов.

Рекомендации по питанию. Нет особых рекомендаций по питанию. Не зависит от приема пищи.

Время приема. Нет особых рекомендаций.

Беременность. Проходит через плаценту. Предпочтительный препарат для применения у беременных. В целях профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку не рекомендуется применять в первые 12 недель беременности. Препарат следует принимать только после консультации с лечащим врачом!

Взаимодействия с другими лекарствами. Не рекомендуется применять вместе с рибавирином. Перед приемом таких препаратов, как аспирин, кодеин, морфин, индометацин, кетопрофен, напроксен, оксазепам, лоразепам, циметидин, клофибрат, дапсон, изопринозин и других препаратов длительного лечения, необходимо вместе с врачом оценить возможные лекарственные взаимодействия.

Нельзя назначать зидовудин одновременно с другими препаратами, вызывающими нарушение картины крови.



ЭПИВИР

Химическое название: ламивудин

Торговое название: Эпивир™

Сокращение: ЗТС

Класс: нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы

Ламивудин используется достаточно часто и входит во многие комбинации. Этот препарат отличается хорошей переносимостью, побоч-

ных эффектов его действия зафиксировано очень мало. Но при этом у пациентов, принимающих ламивудин, может достаточно быстро возникнуть резистентность к препарату.

Ламивудин в качестве одного из компонентов входит в состав Комбивира™ и Тризивира™.

Также препарат одобрен для лечения гепатита В (Зеффикс™).

Применяется как один из препаратов для постконтактной профилактики, в том числе среди медицинских работников.

Рекомендации по питанию. Нет особых рекомендаций по питанию. Не зависит от приема пищи.

Время приема. Нет особых рекомендаций.

Беременность. Проходит через плаценту. Предпочтительный препарат для применения у беременных. Препарат следует принимать только после консультации с лечащим врачом!

Взаимодействия с другими лекарствами. Вероятность неблагоприятного взаимодействия ламивудина с другими препаратами крайне низка. Пациентам с почечной недостаточностью необходимо соблюдать осторожность при одновременном применении ламивудина и триметоприма.

При наличии гепатита В необходима консультация врача.



КОМБИВИР

Химическое название: зидовудин + ламивудин

Торговое название: Комбивир™

Сокращение: ZDV + ЗТС

Класс: нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы

В состав Комбивира входят два компонента: ламивудин и зидовудин, поэтому побочные эффекты, которые могут возникнуть при применении этого препарата, такие же, как при отдельном применении ламивудина и зидовудина (см. соответствующие статьи).

В настоящее время Комбивир часто используется для лечения ВИЧ-инфекции в России. Как и другие комбинированные препараты, он облегчает режим приема и приверженность к терапии.

Не применяется для лечения ВИЧ-инфекции у детей.

Прием Комбивира противопоказан у людей с тяжелой степенью нейтропении (снижение числа нейтрофилов в крови) и анемии («малокровие»). При гепатитах необходимо консультироваться с врачом.

Рекомендации по питанию. Нет особых рекомендаций по питанию. Не зависит от приема пищи.

Время приема. Нет особых рекомендаций.

Беременность. См. зидовудин и ламивудин.

Взаимодействия с другими лекарствами. Не

рекомендуется применять вместе с рибавирином. Перед приемом таких препаратов, как аспирин, кодеин, морфин, индометацин, кетопрофен, напроксен, оксазепам, лоразепам, циметидин, клофибрат, дапсон, изопринозин и других препаратов длительного лечения, необходимо вместе с врачом оценить возможные лекарственные взаимодействия.

Пациентам с почечной недостаточностью необходимо соблюдать осторожность при одновременном применении триметоприма.



КИВЕКСА

Химическое название: **абакавир + ламивудин**

Торговое название: **Кивекса™**

Сокращение: **ABC + ЗТС**

Класс: **нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы**

В состав Кивексы входят два компонента: ламивудин и абакавир, поэтому побочные эффекты, которые могут возникнуть при применении этого препарата, такие же, как при отдельном применении ламивудина и абакавира (см. соответствующие статьи). Пожалуй, наиболее значимым из них является реакция гиперчувствительности, возникающая примерно у 5% людей, принимающих абакавир.

Прием Кивексы очень удобен, т.к. назначается одна таблетка один раз в сутки. На настоящий момент времени этот препарат является единственным комбинированным препаратом, зарегистрированным в России, с подобной схемой приема.

Рекомендации по питанию. Нет особых рекомендаций по питанию. Не зависит от приема пищи.

Время приема. Нет особых рекомендаций.

Беременность. Данных недостаточно. Прием возможен только при назначении врачом, если возможная польза для матери превышает потенциальный риск для плода!

Взаимодействия с другими лекарствами. Возможно взаимодействие с этанолом и метадонем. Необходима консультация врача.

Пациентам с почечной недостаточностью необходимо соблюдать осторожность при одновременном применении триметоприма.



ТРИЗИВИР

Химическое название: **абакавир + ламивудин + зидовудин**

Торговое название: **Тризивир™**

Сокращение: **ABC+ЗТС+ZDV**

Класс: **нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы**

Первый комбинированный препарат, сочетающий в себе три активных компонента: абакавир, ламивудин, зидовудин. При приеме Тризивира могут возникнуть такие же побочные эффекты, как при приеме отдельных препаратов абакавир, ламивудин, зидовудин (см. соответствующие статьи). В первую очередь следует помнить, что приблизительно у 5% людей, принимающих абакавир, возможно развитие реакции гиперчувствительности, а также о возможном развитии анемии и липодистрофии при приеме зидовудина.

Тризивир обычно назначается дисциплинированным пациентам с очень хорошей приверженностью к лечению. При пропуске приема препарата возможно быстрое развитие устойчивости ВИЧ ко всем трем компонентам.

Рекомендации по питанию. Нет особых рекомендаций по питанию. Не зависит от приема пищи.

Время приема. Нет особых рекомендаций.

Беременность. Данных недостаточно. Прием возможен только при назначении врачом, если возможная польза для матери превышает потенциальный риск для плода!

Взаимодействия с другими лекарствами. См. абакавир, зидовудин и ламивудин.



ЗЕРИТ

Химическое название: **ставудин**

Торговое название: **Зерит™, Стаг™, Актосав™**

Сокращение: **d4T**

Класс: **нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы**

Наиболее ярко выраженными побочными эффектами ставудина являются липодистрофия, нарушение липидного обмена и периферическая нейропатия.

В современных комбинациях ставудин не применяется вместе с диданозином из-за взаимного усиления и быстрого развития побочных эффектов. Также ставудин не назначают вместе с зидовудином и фосфазидом.

В период применения ставудина необходимо проводить врачебный контроль функций печени и почек и наблюдать такие показатели крови, как АЛТ, АСТ, уровень липидов в крови.

Рекомендации по питанию. Нет особых рекомендаций по питанию. Не зависит от приема пищи.

Время приема. Нет особых рекомендаций.

Беременность. Проходит через плаценту. Во время беременности препарат следует принимать только после консультации с лечащим врачом! Применение в сочетании с диданозином не рекомендуется.

Взаимодействия с другими лекарствами. Не рекомендован совместный прием с диданозином,

зидовудином, фосфазидом. Не рекомендуется сопутствующий прием лекарственных средств, вызывающих периферические неврологические расстройства (хлорамфеникол, цисплатин, дапсон, этамбутол, этионамид, гидралазин, изониазид, препараты лития, метронидазол, нитрофураны, фенитоин, винкристин).

Осторожно применять с другими гепатотоксичными препаратами.



ФОСФАЗИД (НИКАВИР)

Химическое название: фосфазид

Торговое название: Никавир™

Сокращение: Ф-АЗТ

Класс: нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы

Фосфазид является производным зидовудина и по принципу действия и по побочным эффектам схож с последним.

В число побочных действий фосфазида входят реакции со стороны пищеварительной системы: тошнота, диарея, а также, как и в случае с зидовудином, анемия и липодистрофия.

Рекомендации по питанию. Нет особых рекомендаций по питанию. Не зависит от приема пищи.

Время приема. Нет особых рекомендаций.

Беременность. Проходит через плаценту. Во время беременности препарат следует принимать только после консультации с лечащим врачом!

Взаимодействия с другими лекарствами. Не назначают в комбинации со ставудином и зидовудином.



ВИРАМУН

Химическое название: невирапин

Торговое название: Вирамун™

Сокращение: NVP

Класс: ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы

Этот препарат часто используется для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку во время родов, если у беременной женщины количество CD4-лимфоцитов меньше 250 клеток. Не рекомендуется назначать женщинам с количеством CD4-лимфоцитов больше 250 и мужчинам с количеством CD4 больше 400 клеток из-за угрозы поражения печени.

Наиболее частым побочным эффектом невирапина является сыпь. Гораздо реже (примерно в 2% случаев) могут возникнуть серьезные или даже опасные для жизни кожные реакции. Невирапин не рекомендуется людям с хроническими гепатитами, т.к. этот препарат может быть токсичным для печени. Наибольший риск

развития описанных реакций отмечается в первые 6 недель лечения.

Рекомендации по питанию. Нет особых рекомендаций по питанию. Не зависит от приема пищи.

Время приема. Нет особых рекомендаций.

Беременность. Проходит через плаценту. Предпочтительный препарат для применения у беременных с количеством CD4-лимфоцитов < 250 клеток/мл. Препарат следует принимать только после консультации с лечащим врачом!

Взаимодействия с другими лекарствами. Может снижать концентрацию индинавира, ритонавира, саквинавира, нелфинавира при совместном применении. Снижает концентрацию в крови пероральных контрацептивов.

Рифампицин и невирапин, а также кетоконазол и невирапин не должны применяться одновременно. Одновременное назначение невирапина и препаратов, содержащих зверобой, может привести к утрате вирусологической эффективности.



ИНТЕЛЕНС

Химическое название: этравирин

Торговое название: Интеленс™

Сокращение: ETR

Класс: ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы

Новый препарат класса ненуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы, который появился в России в 2008 году.

Самыми частыми наблюдавшимися побочными эффектами препарата были кожная сыпь, диарея, тошнота и повышение уровня триглицеридов в крови.

Рекомендации по питанию. Рекомендуется принимать после еды.

Время приема. Нет особых рекомендаций.

Беременность. Данных недостаточно. Прием возможен только при назначении врачом, если возможная польза для матери превышает потенциальный риск для плода!

Взаимодействия с другими лекарствами. Не следует применять в комбинации с рифампицином и рифапентином.

Этравирин нельзя применять одновременно с препаратами, содержащими экстракт зверобоя.



СТОКРИН

Химическое название: ифавиренц, эфавиренц

Торговое название: Стокрин™

Сокращение: EFV

Класс: ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы

Один из наиболее часто используемых препаратов в первой линии АРВ-терапии в России. Из-за проникновения в нервные клетки может вызывать побочные эффекты со стороны центральной нервной системы, такие как чувство тревоги, галлюцинации, ночные кошмары. Обычно это побочное действие прекращается после первых нескольких недель приема препарата. При низкой приверженности к лечению возможно быстрое развитие резистентности ВИЧ к ифавиренцу.

Стокрин — один из препаратов, который нельзя употреблять вместе с алкоголем и другими психоактивными веществами! Людям, принимающим такие вещества, нужно быть особенно осторожными при одновременном приеме Стокрин.

Нельзя применять Стокрин во время беременности и женщинам, планирующим забеременеть! Также препарат не рекомендуется людям, чья работа связана с управлением транспортом и сложными механизмами.

Рекомендации по питанию. Принимать на голодный желудок.

Время приема. Строго рекомендуется принимать Стокрин перед сном! Если в графике вашей работы бывают ночные смены, поговорите с врачом о замене этого препарата или измените график работы.

Беременность. Имеется риск для плода! Не назначается при беременности!

Взаимодействия с другими лекарствами. Психоактивные вещества при совместном приеме усиливают влияние ифавиренца на ЦНС. Изменяет концентрацию гормональных контрацептивов. Не применяют при противотуберкулезной терапии.



РЕАТАЗ

Химическое название: атазанавир
Торговое название: Реатаз™
Сокращение: ATV
Класс: ингибитор протеазы

Самым распространенным побочным эффектом атазанавира является повышение содержания билирубина в крови, что в свою очередь приводит к пожелтению кожи и белков глаз, выраженному в разной степени. Данный эффект обратим и исчезает при отмене препарата. Для его контроля необходимо сдавать анализы крови, назначаемые врачом.

Такие побочные эффекты, как липодистрофия, изменение уровней липидов в крови, диарея при приеме атазанавира возникают относительно редко. В некоторых случаях может наблюдаться сыпь.

Возможно также нарушение сердечного ритма.

Препарат может применяться один раз в сутки совместно с ритонавиром, который усиливает

его действие, но также может назначаться и без ритонавира.

Рекомендации по питанию. Принимать во время еды.

Время приема. Нет особых рекомендаций.

Беременность. Данных недостаточно. Прием возможен только при назначении врачом, если возможная польза для матери превышает потенциальный риск для плода!

Взаимодействия с другими лекарствами. Если в комбинацию входит диданозин, то принимать его необходимо спустя два часа после приема атазанавира.

Не рекомендован совместный прием атазанавира и препаратов, снижающих кислотность содержимого желудка (антацидов, ингибиторов протонной помпы).

Атазанавир увеличивает действие некоторых иммунодепрессантов и макролидных антибиотиков, поэтому необходима консультация врача, мониторинг и корректировка доз.

Не рекомендуется совместный прием с пероральными контрацептивами.

Как и все ингибиторы протеазы влияет на действие противотуберкулезных препаратов. Не рекомендуется принимать совместно с рифампицином, доза рифабутина нуждается в коррекции, которую проводит врач.

Ингибиторы протеазы нельзя применять одновременно с препаратами, содержащими экстракт зверобоя.



ПРЕЗИСТА

Химическое название: дарунавир
Торговое название: Презиста™
Сокращение: DRV
Класс: ингибитор протеазы

Дарунавир наряду с атазанавиром и фосампrenaвиром является ингибитором протеазы нового поколения с хорошим прогнозом в отношении лечения ВИЧ-инфекции. Особенно это касается тех пациентов, у которых уже выработалась устойчивость к другим ингибиторам протеазы с большой клинической историей. Дарунавир применяется только совместно с другим ингибитором протеазы — ритонавиром.

Дарунавир не рекомендован детям и подросткам до 18 лет. Исследования у пациентов с нарушениями функции печени не проводились.

Из побочных эффектов выделяют: диарею, тошноту, боль в животе, головную боль. На фоне приема дарунавира с ритонавиром иногда может развиваться липодистрофия.

Рекомендации по питанию. Принимать во время еды.

Время приема. Нет особых рекомендаций.

Беременность. Данных недостаточно. Прием возможен только при назначении врачом, если

возможная польза для матери превышает потенциальный риск для плода!

Взаимодействия с другими лекарствами. Как и все ингибиторы протеазы влияет на действие противотуберкулезных препаратов. Комбинацию дарунавир/ритонавир нельзя использовать одновременно с рифампицином.

Комбинацию дарунавир/ритонавир нельзя применять одновременно с препаратами, содержащими экстракт зверобоя.



КРИКСИВАН

Химическое название: **индинавир**

Торговое название: **Криксиван™**

Сокращение: **IDV**

Класс: **ингибитор протеазы**

На сегодняшний день индинавир используется меньше, чем другие ингибиторы протеазы, из-за его побочных эффектов и быстро развивающейся резистентности ВИЧ. При приеме этого препарата нужно пить много жидкости, поскольку он выводится из организма через почки. Может вызывать липодистрофию, диабет, боли в области почек, образование камней в почках. При частых пропусках приема быстро развивается резистентность ВИЧ к Криксивану.

Рекомендации по питанию. Если индинавир принимается в комбинации с ритонавиром, то оба эти препарата нужно принимать во время еды.

Если в комбинации с индинавиром нет ритонавира, то его следует принимать только на пустой желудок.

При приеме Криксивана необходимо пить не менее 6 стаканов жидкости в день для предотвращения образования камней в почках. Не запивать грейпфрутовым соком.

Время приема. Нет особых рекомендаций.

Беременность. Данных недостаточно. Прием возможен только при назначении врачом, если возможная польза для матери превышает потенциальный риск для плода!

Взаимодействия с другими лекарствами. Если в комбинацию с индинавиром входит диданозин, то принимать эти препараты следует с разницей не менее 1 часа. Не принимать с рифампицином и циметидином!

Одновременно не назначать с атемизолом, цизапридом, мидазоламом и терфинадином.

Индинавир, как и все другие ингибиторы протеазы, нельзя применять одновременно с препаратами, содержащими экстракт зверобоя.



КАЛЕТРА

Химическое название: **лопинавир + ритонавир**

Торговое название: **Калетра™**

Сокращение: **LPV/r**

Класс: **ингибиторы протеазы**

Калетра, зарегистрированная в 2000 году, долгое время была «золотым стандартом» лечения ВИЧ-инфекции. Несмотря на появление других эффективных препаратов данного класса, она по сей день остается наиболее часто назначаемым ингибитором протеазы в России. В состав Калетры уже входит «усилитель», или бустер, ритонавир.

Распространенными побочными эффектами Калетры являются реакции со стороны пищеварительной системы, в особенности диарея. Осторожными при приеме этого препарата нужно быть людям, склонным к диабету, сердечно-сосудистым заболеваниям и ожирению. При приеме Калетры необходимо регулярно проверять уровень глюкозы, холестерина и триглицеридов в крови.

Этот препарат не назначают детям до 2 лет.

Рекомендации по питанию. Капсулы необходимо принимать во время еды. Прием таблеток не зависит от приема пищи.

Время приема. Если Калетра принимается в комбинации с диданозином, то его нужно принимать за час до или через 2 часа после приема Калетры.

Беременность. Данных недостаточно. Прием возможен только при назначении врачом, если возможная польза для матери превышает потенциальный риск для плода!

Взаимодействия с другими лекарствами. Как и все ингибиторы протеазы влияет на действие противотуберкулезных препаратов. Прием Калетры с определенными антигистаминами, успокоительными или снотворными средствами, антиаритмиками или варфарином может привести к потенциально серьезным или опасным для жизни последствиям. Необходима консультация врача.

Калетру, как и другие ингибиторы протеазы, нельзя применять одновременно с препаратами, содержащими экстракт зверобоя.



ВИРАСЕПТ

Химическое название: **нелфинавир**

Торговое название: **Вирасепт®**

Сокращение: **NFV**

Класс: **ингибитор протеазы**

Самый неприятный побочный эффект этого препарата — диарея. Кроме того, нелфинавир нужно принимать на полный желудок или с жирной пищей. При появлении побочных эффектов, нужно обратиться к врачу, чтобы он назначил препараты, устраняющие диарею. Самим принимать антидиарейные препараты не рекомендуется, поскольку многие из них замедляют моторику кишечника и неблагоприятно влияют

на кишечную микрофлору. Еще один недостаток нелфинавира — увеличение массы тела. Это результат того, что его прием должен сочетаться с жирной пищей.

Рекомендации по питанию. Необходимо принимать с пищей, в которую входят жиры. Несовместим с продуктами, имеющими кислую реакцию (в т.ч. апельсиновым и яблочным соками). Прием на голодный желудок не рекомендован.

Время приема. Нет особых рекомендаций.

Беременность. Данных недостаточно. Прием возможен только при назначении врачом, если возможная польза для матери превышает потенциальный риск для плода!

Взаимодействия с другими лекарствами. Не рекомендовано принимать совместно с ритонавиром в качестве усилителя.

Как и все ингибиторы протеазы влияет на действие противотуберкулезных препаратов. При приеме рифабутина и рифампицина необходима консультация врача.

Некоторые контрацептивные препараты могут оказаться неэффективными при приеме нелфинавира.

Нелфинавир, как и другие ингибиторы протеазы, нельзя применять одновременно с препаратами, содержащими экстракт зверобоя.



НОРВИР

Химическое название: ритонавир

Торговое название: Норвир™, Ритонавир-100™

Сокращение: RTV

Класс: ингибитор протеазы

Ритонавир не используется как самостоятельный препарат, а только как дополнение в качестве «усилителя» к другим ингибиторам протеазы (за исключением нелфинавира). Иначе его еще называют «бустером». В качестве одного из компонентов ритонавир входит в состав комбинированного препарата Калетра.

Из побочных эффектов можно выделить липодистрофию, панкреатит, аллергию, головкружение, диарею, тошноту, неприятные ощущения в животе. Побочные эффекты «усиленных» ингибиторов протеазы часто связаны именно с присутствием в комбинации ритонавира. В период лечения необходимо регулярно проводить клинический и биохимический анализ крови.

Рекомендации по питанию. Принимать во время еды.

Время приема. Разница, между приемом ритонавира и диданозина должна составлять не менее 2,5 часов.

Беременность. Данных недостаточно. Прием возможен только при назначении врачом, если возможная польза для матери превышает потенциальный риск для плода!

Взаимодействия с другими лекарствами. Прием ритонавира может приводить к повышению концентрации некоторых препаратов, вследствие чего развиваются тяжелые побочные эффекты. При приеме любого препарата необходима консультация с врачом. Вступает во взаимодействие с противотуберкулезными препаратами.



ИНВИРАЗА

Химическое название: саквинавир

Торговое название: Инвироза™, Фортоваза™

Сокращение: SQV

Класс: ингибитор протеазы

Саквинавир применяется только вместе с ритонавиром в качестве усилителя. Ранее, когда саквинавир выпускался в желатиновых капсулах, прием этого препарата был не слишком удобен. Но с появлением таблеток саквинавира эту проблему удалось устранить.

При приеме саквинавира могут возникнуть нежелательные реакции со стороны пищеварительной системы: тошнота, диарея. Риск изменения липидов в крови не очень велик, но, тем не менее, при приеме саквинавира необходимо контролировать уровни холестерина и триглицеридов крови. В период лечения необходим также мониторинг уровня глюкозы в связи с возможностью развития сахарного диабета.

Рекомендации по питанию. Принимать не позже чем через 2 часа после еды.

Время приема. Нет особых рекомендаций.

Беременность. Данных недостаточно. Прием возможен только при назначении врачом, если возможная польза для матери превышает потенциальный риск для плода!

Взаимодействия с другими лекарствами. Следует избегать одновременного приема анксиолитиков — противотревожных препаратов (мидазолам, триазолам) из-за возможности возникновения длительного седативного эффекта.

Может потребоваться коррекция доз при одновременном применении с рядом препаратов. Ваш лечащий врач должен быть в курсе всех препаратов, которые Вы принимаете совместно с саквинавиром.



ТЕЛЗИР

Химическое название: фосампренавир

Торговое название: Телзир™

Сокращение: FPV

Класс: ингибитор протеазы

Фосампренавир рекомендуется для начала антиретровирусной терапии как в сочетании с ритонавиром, так и без него.

Фосампренавир является эффективным препаратом для ВИЧ-инфицированных пациентов с сопутствующими вирусными гепатитами. В отличие от некоторых других ингибиторов протеазы фосампренавир может приниматься одновременно с антацидами и ингибиторами протонной помпы, антидепрессантами, пероральными антидиабетическими препаратами.

Распространенными побочными эффектами фосампренавира являются реакции со стороны пищеварительной системы, в частности диарея. Также можно отметить возможное развитие липодистрофии. Осторожными при приеме этого препарата нужно быть людям с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Рекомендации по питанию. Нет особых рекомендаций по питанию. Не зависит от приема пищи.

Время приема. Нет особых рекомендаций.

Беременность. Данных недостаточно. Прием возможен только при назначении врачом, если возможная польза для матери превышает потенциальный риск для плода!

Взаимодействия с другими лекарствами. Как и все ингибиторы протеазы влияет на действие противотуберкулезных препаратов. Не рекомендуется принимать совместно с рифампицином, доза рифабутина нуждается в коррекции, которую проводит врач.

Фосампренавир, как и другие ингибиторы протеазы, нельзя применять одновременно с препаратами, содержащими экстракт зверобоя.



ФУЗЕОН

Химическое название: энфувиртид

Торговое название: Фузеон™

Сокращение: Т-20

Класс: ингибитор слияния

Первый и пока единственный на сегодняшний день препарат из группы ингибиторов слияния, зарегистрированный в России. Блокирует проникновение ВИЧ внутрь клетки, чем принципиально отличается от действия других препаратов. Из-за сложности приема используется в основном как дополнительный препарат при развитии множественной резистентности ВИЧ к другим препаратам. Вводится подкожно в переднюю стенку бедра, плеча или брюшины. Из побочных эффектов выделяют местные реак-

ции: боль, раздражение в месте укола, уплотнение, зуд. Применяется только в качестве инъекционного средства.

Рекомендации по питанию. Не зависит от приема пищи.

Время приема. Приготовленный раствор должен храниться в холодильнике не более 24 часов. Перед применением не рекомендуется сильно взбалтывать.

Беременность. Данных недостаточно. Прием возможен только при назначении врачом, если возможная польза для матери превышает потенциальный риск для плода!

Взаимодействия с другими лекарствами. Разводить препарат следует только раствором для инъекций!



ИСЕНТРЕСС

Химическое название: ралтегравир

Торговое название: Исентресс™

Сокращение: RAL

Класс: ингибитор интегразы

Единственный зарегистрированный на данный момент препарат нового класса ингибиторов интегразы в мире. Т.к. препарат этот новый, он используется у пациентов с уже развившейся резистентностью ВИЧ на фоне приема других антиретровирусных препаратов.

Ралтегравир усваивается не так, как многие другие типы препаратов, и может назначаться в комбинации с большинством известных лекарственных средств.

Отмеченные побочные эффекты: диарея, тошнота, головная боль. В ходе клинических исследований у некоторых пациентов отмечался повышенный уровень фермента креатинкиназы, что может способствовать развитию заболеваний мышц.

Рекомендации по питанию. Нет особых рекомендаций по питанию. Не зависит от приема пищи.

Время приема. Нет особых рекомендаций.

Беременность. Данных недостаточно. Прием возможен только при назначении врачом, если возможная польза для матери превышает потенциальный риск для плода!

Взаимодействия с другими лекарствами. При приеме любого препарата одновременно с ралтегравиром необходима консультация с врачом.

Принимаются заявки на участие в I Российском национальном конгрессе по наркологии

С 24 по 27 ноября 2009 г. в Москве соберутся ведущие отечественные и зарубежные ученые в области наркологии, главные наркологи органов Управления здравоохранением субъектов РФ, практикующие врачи-наркологи, представители образовательных учреждений, реабилитационных центров и общественных организаций, занятых научно-исследовательской, педагогической и практической работой в области наркологии и смежных дисциплин. Конгресс организует Национальный научный центр наркологии при поддержке Министерства здравоохранения и социального развития России с участием Национального наркологического общества (ННО). В программе: лекции, пленарные доклады, симпозиумы, III пленум правления ННО. Полная программа будет размещена на сайте ННО www.nsam.ru за полтора месяца до начала конгресса. Участие платное. Заявки и тезисы выступлений принимаются до 1 августа по эл. почте: e.borisova@mail.ru, msmirnovskaya@mail.ru. Тезисы также принимаются на дискете по адресу: 119002 Москва, М. Могилицевский пер., 4-а, редакция журнала «Вопросы наркологии». Елена Борисова тел.: (499)241-9690, эл. почта: e.borisova@mail.ru, medscilaw@mail.ru

ОРГАНИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В и С СРЕДИ УЯЗВИМЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ*

ПРОГРАММА ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В и С СРЕДИ МИГРАНТОВ

В настоящее время, в условиях стремительного развития экономики, расширения сферы производства товаров и услуг, Россия является страной, привлекательной для притока рабочей силы из стран СНГ и дальнего зарубежья, как легально, так и нелегально. Областные центры с развитой инфраструктурой сферы торговли, услуг, строительства, со сравнительно высоким уровнем заработной платы также являются местом сосредоточения и пунктом перераспределения большого количества мигрантов. По различным данным, ежегодно приток мигрантов в Россию составляет около 300 тыс. человек, а количество находящихся на территории России — от 700 тыс. человек (по официальной статистике) до 8–12 миллионов — по неофициальной статистике.

Все лица, въезжающие на территорию Российской Федерации сроком более чем на 3 месяца, должны получить сертификат «Об отсутствии ВИЧ-инфекции», отсутствие которого не позволит придать легитимный статус пребыванию мигранта в России.

Разрешение на временное проживание, вид на жительство в РФ иностранному гражданину не выдаются, а ранее выданные разрешение или вид на жительство аннулируются, если данный иностранный гражданин «не имеет сертификата об отсутствии у него заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»¹. При подаче заявления на получение разрешения на временное проживание или вида на жительство, иностранный гражданин должен предоставить ряд документов, в том числе сертификат об отсутствии у него (членов его семьи)

ВИЧ-инфекции². Кроме этого, российская виза на въезд в РФ иностранным гражданам и лицам без гражданства, прибывающим в РФ на срок свыше трех месяцев выдается только при предоставлении сертификата об отсутствии у них ВИЧ-инфекции³. Данные нормы на сегодняшний день носят императивный (не допускающий отступлений) характер.

Основанием отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание или вида на жительство иностранным гражданам и лицам без гражданства является наличие у данных лиц ВИЧ-инфекции⁴.

Если при оформлении документов будет установлен факт ВИЧ, то будет немедленно инициирована процедура депортации мигранта и запрет посещать Россию в течение 5 лет, о чем будет сделана соответствующая отметка в документах. Трудовые мигранты, знающие о своем положительном ВИЧ-статусе, часто скрывают его, чтобы максимально продлить срок своего пребывания в РФ. Для большей части мигрантов основной причиной пребывания в РФ является возможность получения заработка, что во многом определяет их поведение в отношении других сфер жизни — в заботе о собственном здоровье, условиях жизни и труда. Забота о своем здоровье не является приоритетом.

Проблема миграции в таком масштабе является для страны новой. Новой является и ее взаимосвязь с проблемой эпидемии ВИЧ-инфекции. Это делает мигрантов целевой группой (ЦГ) для программ по профилактике ВИЧ, чего не зафиксировано в предыдущее десятилетие.

Мигранты уязвимы в плане охраны здоровья и профилактики ВИЧ/ИППП в силу ряда причин:

- незнание или плохое владение русским языком;

* Из кн. «Унифицированное руководство по организации комплексной профилактики ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С среди уязвимых групп населения в гражданском секторе». М., ОИЗ, 2007.

¹ Ст. 7 и 9 Федерального закона (ФЗ) «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации».

² Постановление Правительства РФ № 789 от 1 ноября 2002 года «Об утверждении положения о выдаче иностранным гражданам и лицам без гражданства разрешения на временное проживание».

³ Ст. 10 ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».

⁴ Ст. 7 и 9 Федерального закона от 25 июля 2002 года № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в РФ», а также в Постановлении Правительства РФ № 188 от 2 апреля 2003 года.

- низкий уровень образования (характерен для людей, нанимаемых на строительство объектов, нелегальных мигрантов и лиц, занимающихся попрошайничеством);

- низкий уровень знаний о путях передачи и профилактики ВИЧ-инфекции.

Так, результаты ЭОС среди мигрантов, проведенной ОИЗ в 2007 году в пяти городах РФ, в ходе которой были опрошены 500 мигрантов, свидетельствуют о том, что 41% опрошенных полагают, что ВИЧ может передаваться через укусы комара, 34% считают, что ВИЧ передается через использование общей посуды, и такая же доля полагает, что ВИЧ передается через кашель и чихание.

- незнание законов и определяемых ими прав иностранных граждан на территории РФ;

- вовлечение женщин-мигранток в сексуальную эксплуатацию;

- отсутствие и/или невозможность получения информации о профилактике социально значимых заболеваний, доступном медицинском, психологическом и социальном сервисе для граждан, находящихся на территории РФ.

Особенностью бизнеса секс-услуг в Москве и нескольких других крупных городах является вытеснение женщин-резидентов женщинами-мигрантками с рынка потребления секс-услуг. Но второй особенностью является изолированность, усиленная такими факторами, как:

- незнание языка;

- отсутствие документов;

- наличие жесткого контроля со стороны криминального этнического сообщества.

Следует отметить, что данная тенденция характерна преимущественно для Москвы.

В остальных регионах коммерческие секс-работники представлены в основном резидентами или приезжими из районов области или сопредельных регионов. Основная группа мигрантов представлена людьми, работающими на стройках и предприятиях.

К положительным моментам следует отнести то, что мигранты-рабочие стремятся придать своему нахождению в стране законный статус, однако их возможности существенно ограничены языковым барьером и социокультурной изолированностью.

Деятельность Программы профилактики ВИЧ среди мигрантов должна быть ориентирована прежде всего на установление доверительных отношений с целевой группой, преодоление недоверия и страха со стороны представителей ЦГ. Так как значимым препятствием для реализации программы является языковой барьер, то необходимо как можно активнее и эффективнее привлекать равных консультантов из представителей ЦГ.

Работа равных консультантов в программах по профилактике ВИЧ/ИППП среди мигрантов имеет особо важное значение, так как эти люди говорят на том же языке, что и целевая группа,

являются представителями той же национальности, знают культурные и бытовые особенности группы, что в значительной мере повышает доверие к ним и распространяемой через них информации.

В этой связи необходимы комплексные программы профилактики ВИЧ/ИППП, доступные (низкопороговые) медицинские и социальные сервисы, предоставляющие услуги по диагностике и лечению, социальные учреждения, оказывающие помощь в восстановлении прав, распространяемых на иностранных граждан на территории России. А также широкомасштабная работа по привлечению и мотивированию мигрантов на обращение в эти учреждения.

Следует отметить, что деятельность программы по профилактике ВИЧ среди мигрантов может претерпеть существенные изменения, если будет изменено Российское законодательство в сторону гуманизации отношения к ВИЧ-позитивным иностранным гражданам, особенно гражданам СНГ; а также при изменении закона будут учтены права семьи и ребенка.

В настоящий момент при поддержке Открытого Института Здоровья в нескольких регионах России реализуется пилотная Программа по профилактике ВИЧ-инфекции среди мигрантов. Деятельность этих проектов даст неоценимый опыт и практическую базу для создания проектов подобного рода в других областях и регионах. Основной целевой группой проектов являются трудовые мигранты, как наиболее доступная и многочисленная группа в условиях реализации новой стратегии профилактики среди новой целевой группы.

Программа по профилактике ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов

Цель Программы. Противодействие распространению эпидемии ВИЧ/СПИДа и вирусных гепатитов В и С среди трудовых мигрантов на территории Российской Федерации через предоставление достоверной информации по ВИЧ/СПИДу и о доступных медицинских и социально-психологических услугах.

Задачи Программы:

- формирование доверия у целевой группы по отношению к Программе;

- повышение уровня знаний мигрантов по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С, ИППП;

- развитие социальных навыков, необходимых в условиях пребывания на территории России;

- оказание психологической поддержки;

- привлечение целевой группы к получению услуг Программы;

- привлечение целевой группы и формирование приверженности к медицинским службам, осуществляющим профилактику, диагностику и лечение социально значимых болезней, и к службам, оказывающим социальную помощь;

- профилактика полового и вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции от женщин мигрантов с положительным ВИЧ-статусом;
- обучение и сопровождение деятельности равных консультантов;
- изучение поведенческих рисков целевой группы, влияния на них различных факторов, с целью планирования и модификации профилактических воздействий;
- установление и поддержание тесных партнерских отношений со смежными и медицинскими, и социальными службами.

Целевые группы Программы. Мигранты из стран СНГ и других зарубежных стран, работающие в различных сферах в городах РФ.

Опосредованные целевые группы и их роль в реализации Программы:

1. Территориальное Управление Роспотребнадзора — консультативная и методическая помощь, предоставление сотрудников для проведения тематических лекций в организованных группах мигрантов на предприятиях, предоставление статистической информации сотрудникам Программы.
2. Региональный центр по профилактике и борьбе со СПИДом и ИЗ — диагностика, консультативная и методическая помощь.
3. Кожно-венерологические диспансеры — диагностика и лечение инфекций, передаваемых половым путем.
4. Правозащитные организации — консультативная помощь.
5. Ассоциация национально-культурных организаций — консультативная помощь, помощь при разработке информационных материалов, участие добровольцев в деятельности по проекту.
6. Центр социально-правовой защиты иностранных граждан — консультативная помощь, помощь при разработке информационных материалов, участие добровольцев в деятельности по проекту.
7. Миграционная служба субъектов РФ — предоставление статистических данных о численности легальных мигрантов, география и специализация трудовой активности, распространение информационно-профилактических материалов для вновь прибывших мигрантов.
8. Религиозные организации — помощь в обеспечении доступа к целевой группе, платформа для размещения адаптированных информационных материалов, справочной информации, использование существующих услуг религиозных общин, например, помощь в оформлении документов, в получении медицинского сервиса.
9. Владельцы и руководители фирм и организаций, использующих труд мигрантов, — приглашение к сотрудничеству в реализации Программы, привлечение в качестве сотрудников/консультантов Программы, помощь в обеспечении доступа к целевой группе.

10. Владельцы точек «национального» общественного питания — приглашение к сотрудничеству в реализации Программы, привлечение в качестве сотрудников/консультантов Программы, помощь в обеспечении доступа к целевой группе.

Функционирование программы:

График и тематика проводимых профилактических семинаров/лекций/акций и консультаций специалистов зависят от потребностей клиентов Программы, возможностей работодателя в случае проведения организованных профилактических мероприятий на базе трудовой деятельности мигрантов, а также графика и тематической направленности культурных национальных мероприятий.

По мере развития работы Программы категория привлеченных организаций и лиц меняется от опосредованной целевой группы — до участников, консультантов, союзников по адвокативной деятельности.

ПРОГРАММА ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В И С СРЕДИ БЕСПРИЗОРНЫХ/БЕЗНАДЗОРНЫХ ДЕТЕЙ

С началом перестройки в прошлом веке Россия вступила в эпоху социальных катаклизмов, бурного политического и экономического изменения жизни общества. Ряд локальных вооруженных конфликтов, распад Советского Союза вызвали серьезные изменения в демографической ситуации. Резко усилилось социальное неравенство, возросла смертность среди населения. Все эти процессы неизбежно привели к тому, что уровень социальной напряженности в обществе значительно возрос, что, в свою очередь, привело к обострению ситуации с положением детей как самой уязвимой части этого общества.

За последние два десятилетия Россия столкнулась с проблемой беспризорности/безнадзорности детей, которая в Советском Союзе считалась решенной. По разным оценкам, на улицах городов находится от 300 тыс. до 1,5 млн беспризорных/безнадзорных детей, так называемых уличных детей. Столь существенная разница в оценке численности этой уязвимой части населения связана с тем, что подсчет затруднен из-за закрытости групп, отсутствия документов, нежелания правоохранительных органов признавать эту проблему, невнимания со стороны органов местной власти, наличия в обществе стереотипов и предрассудков по отношению к беспризорникам.

Определения представителей группы

Безнадзорный — несовершеннолетний, контроль за поведением которого отсутствует вслед-

ствие неисполнения или ненадлежащего исполнения обязанностей по его воспитанию, обучению и (или) содержанию со стороны родителей или иных законных представителей либо должностных лиц⁵.

Беспризорный — безнадзорный, не имеющий места жительства и (или) места пребывания⁶.

Причины беспризорности и безнадзорности:

- смерть одного или обоих родителей;
- зависимость родителей ребенка от алкоголя и наркотиков;
- психологическое и физическое насилие по отношению к ребенку в семье;
- нахождение одного или обоих родителей в местах лишения свободы;
- невозможность обеспечения ребенка из-за низкого материального достатка;
- отсутствие возможности получить регистрацию для ребенка-мигранта;
- неприемлемые условия содержания и воспитания детей и подростков в специализированных школах-интернатах и приютах.

Также частая причина безнадзорности — это высокая занятость родителей с целью получения материального достатка, как резидентная, так и миграционная (родители уезжают в другой город, регион на «заработки», оставляя ребенка родственникам или знакомым).

Особую уязвимость этой социальной группе придает детский возраст, незнание ребенком своих прав. Ситуация такова, что общество не готово защищать права ребенка. Даже при наличии информации о своих правах, ребенок не может их отстаивать законным путем, особенно если это ребенок из младшей возрастной группы.

Беспризорные/безнадзорные дети активно используются криминальным сообществом для вовлечения в преступную деятельность. В различных регионах до 25% преступлений и правонарушений совершают несовершеннолетние. Кроме этого, происходит активное вовлечение детей в потребление психоактивных веществ. Типичной является ситуация с токсикоманией, ранним началом потребления алкоголя и его суррогатов, а также наркотиков. Зависимость формируется у ребенка значительно быстрее, в силу особенностей организма. Зависимости от психоактивных веществ у пациентов детского возраста значительно труднее поддаются коррекции и реабилитации.

Существует определенная зависимость от времени пребывания ребенка на улице и потребления ПАВ, а также вовлечение в коммерческую секс-работу. Ребенок или подросток, находящийся в условиях улицы более одного месяца,

в большинстве случаев вовлекается в потребление алкоголя, ингаляционное употребление ПАВ (клея), а затем и потребление наркотиков. Ребенок (подросток), находящийся в условиях улицы более шести месяцев, как правило, имеет эпизоды оказания сексуальных услуг за плату (деньги, наркотики, еда, алкоголь, одежда и т.д.). Кроме этого, недостаток поддержки, понимания, любви и заботы, то есть то, что обычно объединено под понятие «близость», подменяется на понятие «секс», что служит основой для промискуитетного поведения. Таким образом, создаются условия для вовлечения детей и подростков в коммерческую секс-работу.

Вовлечение беспризорных/безнадзорных малолетних в коммерческую секс-работу происходит активно, с использованием психологического и физического насилия. С точки зрения криминального сообщества дети представляют собой наиболее удобную группу людей для эксплуатации, так как не могут противостоять психологическому и физическому насилию. Как указывается в преамбуле Рекомендации Комитета министров Совета Европы № R(91)11 государствам-членам относительно эксплуатации секса в целях наживы, порнографии, проституции, торговли детьми и несовершеннолетними (09.09.1991), сексуальный опыт может быть вреден для психосоциального развития ребенка и несовершеннолетнего.

Ребенок в силу своего возраста имеет малый уровень знаний о своем здоровье, способах защиты. Если обычный средний возраст полового дебюта составляет 15,6 лет, то у беспризорных детей это 12,5–13 лет. К моменту полового дебюта ребенок практически не имеет знаний о профилактике и контрацепции, не обладает информацией о ВИЧ/ИППП, путях передачи, способах защиты от инфицирования. Организм ребенка наиболее уязвим для инфицирования из-за транзитного возрастного иммунодефицита, незрелости органов и систем. Как сказано в Декларации ООН по правам ребенка: «Дети мира уязвимы, ранимы и беззащитны».

Таким образом, ребенок незащищен вследствие своей психологической и физической незрелости. Ему трудно принимать самостоятельные решения, так как он зависим от окружающих, испытывает страх перед медицинскими работниками, органами внутренних дел, социального обеспечения.

Исходя из вышеизложенного очевидно, что программа по профилактике ВИЧ/ИППП среди беспризорных/безнадзорных детей имеет ряд существенных отличий от таких программ в других уязвимых группах.

Наиболее оптимальным подходом с точки зрения организации профилактической программы для уличных детей является ее интеграция в общее реабилитационное пространство, которое представляет собой территориальную систему учреждений, служб, ведомственных и

⁵ Ст. 1 Федерального закона от 24 июня 1999 года № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних».

⁶ Ст. 1 Федерального закона от 24 июня 1999 года № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних».

общественных структур, принимающих участие в профилактике социальной дезадаптации несовершеннолетних и их реабилитации.

Это позволит организациям, работающим в области ВИЧ/СПИДа:

во-первых, согласовать с компетентными органами формы и методы работы с уличными детьми, информационную базу Программы;

во-вторых, определить допустимые границы профилактических вмешательств Программы с учетом действующего законодательства;

в-третьих, осуществлять взаимодействие с кругом специалистов и организаций, составляющих реабилитационное пространство, по решению проблем уличных детей, выходящих за рамки деятельности по профилактике ВИЧ-инфекции.

Программа по профилактике ВИЧ-инфекции среди беспризорных/безнадзорных детей

Цель программы. Содействие в получении комплексной медицинской, психологической и социальной помощи беспризорным/безнадзорным детям и подросткам, минимизация негативных последствий, связанных с их жизнью на улице, повышение уровня знаний о ВИЧ.

По сути — это программа для ориентации ребенка к добровольному обращению в специализированные социальные учреждения в рамках действия программы для оказания ему социально-психологической помощи и защиты его интересов. Если же ребенок ВИЧ-инфицирован, то только ресоциализация дает ему возможность получать квалифицированную медицинскую и социальную помощь.

Задачи:

- создание комплексного межсекторального взаимодействия государственных и негосударственных организаций по внедрению и реализации Программы;

- формирование доверия у целевой группы по отношению к Программе;

- привлечение скрытых групп беспризорников путем аутрич-работы, информирование о ВИЧ/ВГ/ИППП в пределах, не нарушающих законодательные нормы;

- формирование доверительного отношения детей к органам социальной и медицинской помощи, общественным организациям;

- сопровождение ребенка в органы социальной, психологической и медицинской помощи, учреждения реабилитации и ресоциализации;

- сопровождение ребенка для оказания медицинской помощи;

- повышение уровня информированности по профилактике ВИЧ/ВГ/ИППП/наркотизации сотрудников организаций, работающих с детьми (медицинские и социальные учреждения).

Опосредованные целевые группы и их роль в реализации Программы:

- комиссия по делам несовершеннолетних — согласование деятельности Программы, координация работы Программы в общей структуре реабилитационного пространства;

- приюты и приемники-распределители для беспризорных/безнадзорных детей — оказание срочной социальной и правовой помощи;

- кризисные центры для женщин и девочек, подвергшихся насилию, — неотложная помощь в критических ситуациях для девочек, подвергшихся насилию, включая квалифицированную психологическую помощь;

- педиатрические службы — обследование и лечение детей с общесоматической патологией (особенно с неотложными состояниями), доступ к плановой и экстренной вакцинации, консультации специалистов;

- детские психиатрические отделения — оказание консультативной и лечебно-диагностической помощи детям;

- подразделение по делам несовершеннолетних органов внутренних дел — консультативная помощь, оказание помощи детям, подвергшимся противоправным действиям, доступ к детям, задержанным за различные правонарушения, органы МВД служат источником информации о местах локализации групп беспризорных детей и других статистических данных;

- центр СПИД — услуги по обследованию, оказанию медицинской помощи ВИЧ-позитивным детям, а также получение АРВТ;

- инфекционная больница — обследование, диагностика и лечение инфекционной патологии;

- наркология — наркологическая, токсикологическая, реабилитационная и профилактическая помощь;

- КВД — обследование, диагностика и лечение заразных кожных болезней и инфекций, передаваемых половым путем; привлечение специалистов для информационной работы (лекции и беседы).

Отличительной особенностью деятельности программы является ее направленность на социальное сопровождение с последующей реабилитацией ребенка. В программах по профилактике ВИЧ среди беспризорных детей не рекомендуется производить распространение презервативов, а также распространение информации о безопасных сексуальных практиках.

Наиболее эффективный вид деятельности в Программе — аутрич, т.к. уличные дети с недоверием относятся к службам соцзащиты и приютам. Аутрич среди беспризорных/безнадзорных детей должны осуществлять люди, имеющие высшее педагогическое образование и специальную подготовку для работы в этой группе.

При подготовке деятельности программы необходим тщательный отбор не только персонала, но и грамотное составление информационных материалов, используемых для общения с детьми. Все материалы информационного ха-

рактера должны быть подвергнуты тщательной экспертизе для выяснения их соответствия законодательным актам, действующим на территории РФ. Информационные и обучающие материалы для сотрудников программ также должны соответствовать этому требованию.

Законодательная база РФ для деятельности программ профилактики среди детей:

- пункт 1 ст. 4 Федерального закона «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ (в ред. Федеральных законов от 20.07.2000 № 103-ФЗ, от 22.08.2004 № 122-ФЗ, от 21.12.2004 № 170-ФЗ), устанавливающего в качестве целей государственной политики в интересах детей содействие физическому, интеллектуальному, психическому, духовному и нравственному развитию детей;

- пункт 1 ст. 14 «Защита ребенка от информации, пропаганды и агитации, наносящих вред его здоровью, нравственному и духовному развитию» указанного Федерального закона, устанавливающего, что органы государственной власти Российской Федерации принимают меры по защите ребенка от информации, пропаганды и агитации, наносящих вред его здоровью, нравственному и духовному развитию, в том числе от распространения печатной продукции, аудио- и видеопроductии, пропагандирующей насилие и жестокость, порнографию, антиобщественное поведение.

Проведение проверки соответствия деятельности программы по профилактике среди детей правовой базе РФ может быть инициировано на любом этапе деятельности по запросу компетентных органов, а также родителей и законных представителей детей — участников программы.

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

23.07.2009. Санкт-Петербург. На заседании Санкт-Петербургского правительства принято постановление «О мероприятиях по профилактике заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции) в Санкт-Петербурге на 2010–2012 годы». По данным комитета по здравоохранению, по уровню распространенности вируса иммунодефицита город занимает 5-е место среди субъектов Российской Федерации и 1-е место в Северо-Западном федеральном округе. Общее число официально зарегистрированных горожан с ВИЧ-инфекцией в Санкт-Петербурге на 1 января 2009 года превысило 30 тысяч, однако их реальное количество в три-четыре раза больше. Это объясняется тем, что многие лица из высокоуязвимых к ВИЧ групп населения не обращаются в медицинские учреждения для обследования. Ежегодное количество вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции не уменьшается и составляет 3500–4000 человек. При этом на фоне 20%-ного роста заболеваемости, отмеченного в целом по России, ситуация в Петербурге остается относительно стабильной. Ежегодно тест на ВИЧ проходят 500 тыс. петербуржцев. В программе предусмотрен целый комплекс совместных действий различных комитетов по сдерживанию эпидемии. Среди приоритетных направлений — развитие системы информирования населения о проблеме СПИДа, оказание помощи всем обратившимся в медицинские учреждения, улучшение диагностики, меры по защите медицинского персонала учреждений, а также улучшение химиопрофилактики беременных женщин и новорожденных детей. Кроме того, будет создана специализированная лабораторная база и единая сеть для мониторинга ситуации. На выполнение программы по профилактике ВИЧ потребуется 1 млрд 193 млн рублей. В эту сумму входят, в частности, лекарственное обеспечение и техническое оснащение медицинских учреждений. Подводя итоги обсуждения программы, губернатор Валентина Матвиенко отметила необходимость тщательного анализа причин распространения ВИЧ-инфекции. «Мы должны задуматься, как остановить рост заболеваемости. И в первую очередь — нужно уделять больше внимания информированности населения, а также искать возможности расширения обследования на ВИЧ», — сказала она. Губернатор поддержала предложение вице-губернатора Аллы Маниловой — интенсивнее использовать ресурс социальной рекламы и проводить кампании по профилактике ВИЧ в средствах массовой информации.

21.07.2009. Германия. Deutsche Welle. В Германии вступает в силу закон, разрешающий использовать искусственный героин для лечения больных наркозависимостью. Об этом сообщила в понедельник в Берлине уполномоченная правительства ФРГ по вопросам наркомании Сабине Бетцинг. Применение этого вещества по медицинским показаниям она назвала «серьезной составляющей», которая позволит уменьшить число летальных исходов. Согласно этому закону, в процессе лечения больные будут получать препарат диаморфин — но только под наблюдением врача и в специальных клиниках. Выдавать его будут пациентам старше 23 лет, зависимым от наркотиков не менее пяти лет, при условии, что эти люди дважды прошли курс лечения, который так и не принес результата. Препарат оплатит касса медицинского страхования. До настоящего времени диаморфин использовали лишь в ходе экспериментальных проектов в ряде немецких городов. Цель проекта — под контролем врачей сократить потребление наркотиков в целом. Это в свою очередь должно привести к уменьшению количества смертных случаев среди наркозависимых. В 2008 году число летальных исходов, по словам Бетцинг, снова возросло и составило 1449 случаев. Ситуация осложняется тем, что у многих наркобольшных имеется целый ряд сопутствующих заболеваний: ВИЧ-инфекция, гепатит и другие хронические болезни.

22.07.2009. Севастополь. е-Крым. Севастопольский городской совет попросил Верховную Раду Украины ввести высшую меру наказания за незаконное производство, хранение и распространение наркотиков. По данным пресс-службы депутата Дмитрия Белика, в решении горсовета, которое поддержал 51 депутат из 59 присутствовавших, также предлагается Севастопольской городской государственной администрации разработать городскую программу по противодействию распространению наркотических средств и формированию у молодежи здорового образа жизни. Кроме того, горсовет намерен просить парламент отменить акты, касающиеся внедрения заместительной поддерживающей терапии для инъекционных наркоманов с использованием метадона гидрохлорида и бупренорфина гидрохлорида. По данным председателя Севастопольской городской администрации Сергея Куницына, в июне правоохранители раскрыли факт перевозки и реализации наркотиков, к которой был причастен заместитель главы Гагаринского районного совета Севастополя, член Партии регионов.

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

Но и вы
тоже
обещайте
не баловаться

НАРКОТИКАМИ !!!



Мир не без добрых людей

Каждая мать знает, что растить ребенка — это огромное счастье и огромная ответственность. В моем случае ответственности выпало на несколько порядков выше, ведь у моего сына Миши — ВИЧ. Когда Мише было 7 лет (2005 г.), количество клеток CD4 составляло всего 38 единиц. Его физическое состояние было очень тяжелым. Тогда мы и начали принимать АРВ-терапию. Иммунологические показатели медленно, но все же росли. К концу первого года приема препаратов CD4 выросло до 145. Сын потихоньку набирал в весе, росте, стал значительно реже болеть. Но все же определенные проблемы со здоровьем остались неразрешенными.

Осенью прошлого года в клуб «Світанок», клиентом которого я являюсь, обратилась немецкая журналистка. Цель — съемки документального фильма о ВИЧ-позитивных людях. Я и мой сын дали согласие на интервью с «открытыми» лицами, т.к. фильм должен был демонстрироваться только на территории Германии. В процессе съемок мы много общались с Габи (так зовут немецкую журналистку). Я рассказала Габи, что здоровье моего сына, несмотря на проводимую АРВ-терапию, оставляет желать лучшего. В его медицинской карточке записаны такие диагнозы, как липодистрофия, кардиомиопатия, саркома Капоши, гепатомегалия и др. Причем многие диагнозы не были окончательными. Они и не подтверждались как стопроцентные и не отвергались как ошибочные. Такое вот подвешенное состояние. И что с этим делать, какой курс лечения необходимо проходить и нужно ли лечиться вообще? Больше вопросов, чем ответов. Выслушав мою историю, Габи пообещала предпринять все от нее зависящее для того, чтобы Миша прошел всестороннее обследование в одной из клиник Берлина.

В своей жизни я слышала немало обещаний, поэтому особых надежд не питала. Каково же было мое удивление, когда в феврале этого года мне сообщили, что Габи собрала сумму, необходимую для поездки в Германию. Как выяснилось позже, документальный фильм Габи произвел в Германии большой резонанс. В результате две школы города Берлина собрали для нас деньги на авиабилеты, а господин Мрос пожертвовал свои сбережения на необходимые клинические обследования. Кстати, господин Мрос работает простым инженером на заводе и самостоятельно вырастил троих детей. Большую помощь в оформлении визы, покупке авиабилетов оказал господин Нико Ланге — представитель фонда Конрада Аденауэра в Украине. Именно господин Ланге организовал приезд немецкой

журналистки в клуб «Світанок» для проведения съемок документального фильма об эпидемии ВИЧ в Украине, в котором приняли участие мы с Мишей и люди, употребляющие инъекционные наркотики в Донецке. Кроме того, он помог улучшить интерьер игровой комнаты в детском центре клуба «Світанок». Честно говоря, никак не ожидала, что в нашем достаточно жестоком и равнодушном мире есть столько добросердечных людей. Ведь эти люди помогают просто так, не требуя ничего взамен.

1-го июня мы благополучно приземлились на немецкой земле. Габи не только встретила нас в аэропорту, но и радушно распахнула перед нами двери своего дома. Все 10 дней нашего пребывания в Берлине мы с Мишей жили в ее квартире. За эти 10 дней произошло столько событий, что вряд ли их можно втиснуть в рамки одной статьи. Начну с самого главного — многие пугающие диагнозы, которые были поставлены нам в Донецке (к примеру, саркома Капоши, кардиомиопатия), в Берлине не подтвердились. Больше всего мы переживали из-за саркомы Капоши, но врачи берлинской клиники «Sharite» развеяли все наши опасения. К сожалению, у Миши по-прежнему имеется хроническое рожистое воспаление. Это заболевание требует определенного и длительного лечения, но все же оно вполне контролируемо. В процессе приема АРВ-терапии у Миши развилась липодистрофия, и мы очень переживали, не придется ли снова менять схему приема АРВ-препаратов. И в этой ситуации нас снова ожидали хорошие новости. Нынешняя схема работает эффективно, ведь иммунологический анализ показал прекрасный результат — количество CD4 составляет 750 клеток. А что касается липодистрофии, то ее можно контролировать с помощью физических упражнений и специальной диеты. Печень сына тоже оказалась в порядке.

Разумеется, пребывание в Германии не ограничилось одними обследованиями и анализами. Мы никогда не забудем, как нас встречали в берлинских школах. Тех самых, которые собрали деньги на авиабилеты. Ребята основательно подготовились к встрече гостей из Украины. К нашему немалому удивлению они знали об Украине больше, чем мы с Мишей! Даже нарисовали карту нашей страны. Причем самостоятельно. Мы много разговаривали, но вовсе не о СПИДе. Нас принимали как хороших друзей, у которых есть немало общих тем для интересного и плодотворного общения.

Благодаря щедрости наших новых немецких друзей мы посетили Политехнический музей,

зоопарк, Потсдамский замок, аквапарк и многие другие интереснейшие места. Во время прогулок по Берлину нас часто сопровождал фотограф Оле. В ближайшем будущем он планирует организовать благотворительную выставку-продажу своих работ. За время нашего пребывания в

Германии нам посчастливилось познакомиться с таким большим количеством замечательных людей, что волей-неволей осознаешь истинность известного изречения: «Мир не без добрых людей...»

Ольга

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

21.07.2009. Липецк. Юные липчане прошли «Летнюю школу волонтеров». Посвящение в волонтеры после обучения в летней школе, организованной специалистами Липецкого областного СПИД-центра, состоялось 20 июля в оздоровительном комплексе «Звездный». 30 юных липчан разного возраста торжественно произнесли клятву честно исполнять волонтерский долг, посвятить знания и умения предупреждению распространения ВИЧ-инфекции и наркомании. Проект «Летняя школа волонтеров», направленный на создание условий для развития молодежных инициатив в сфере профилактики наркомании и СПИДа, действует в регионе второй год на средства областного гранта и объединяет молодых добровольцев из многих городов и районов Липецкой области. Обучающая программа включает в себя тренинги, мастер-классы и учебные занятия по направлениям «Здоровье», «Волонтерство/Лидерство» и «Методики и технологии работы с молодежью». Реализация проекта позволит придать новый импульс профилактической работе по борьбе с наркоманией и СПИДом, пропаганде спорта, здорового образа жизни, в целом развитию молодежного добровольческого движения, которое всемерно поддерживает глава администрации Липецкой области Олег Королев.

21.07.2009. Свердловская обл. AIDS.ru. 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 СПИД-центр. 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, которая 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 тыс. людей с ВИЧ получают терапию. Перебои с поставками препаратов могли бы серьезно отразиться на их здоровье. Как пишет сайт областного Центра по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, на время отсутствия централизованных поставок были направлены запросы и получены препараты на сумму более 100 млн рублей из резервного фонда Федерального центра СПИД, Глобального фонда, областного бюджета. Помогли с препаратами областные центры СПИД Саратова, Иркутска, Тюмени, Краснодара, Тольятти, Барнаула. Безвозмездно предоставили антиретровирусные препараты фармкомпания GlaxoSmith-Kline и Макиз-Фарма. Благодаря предпринятым действиям отмены терапии по причине отсутствия препаратов в Свердловской области не было.

21.07.2009. ЮАР. AIDS.ru. ЮАР начала испытания собственной вакцины против СПИДа, передает Associated Press. О начале клинических испытаний сообщил Энтони Мбеву, президент государственного Совета по медицинским исследованиям. Безопасность вакцины будут тестировать на 36 здоровых добровольцах. Ранее начались испытания этой

же вакцины на 12 добровольцах из США. Вакцина-кандидат была разработана специалистами Кейптаунского университета при поддержке американского Национального института здоровья (НИН). Южно-Африканская Республика ведет работы по созданию вакцины против СПИДа с 1999 года, в проекте приняли участие более 250 ученых и технических специалистов. Это первая вакцина-кандидат, разработанная в развивающейся стране. Южноафриканские ученые остановили свой выбор на ДНК-вакцине, считанной на субтип С – наиболее распространенную в стране разновидность ВИЧ. Эпидемия СПИДа в ЮАР является одной из наиболее масштабных: в этом государстве с ВИЧ живут около 6 миллионов человек, то есть 18% населения. В 2007 году ЮАР стала местом проведения испытаний вакцины компании Merck, ставших наиболее серьезным провалом за всю историю поисков вакцины против СПИДа. Испытания были прекращены досрочно, когда выяснилось, что вакцина-кандидат не только не снижала, но наоборот повышала риск передачи ВИЧ.

20.07.2009. США. Новости Америки. Согласно исследованию ученых американских Центров по контролю и профилактике заболеваний (CDC), в 2006 и 2007 годах увеличилось число случаев подростковой беременности. Исследователи выяснили, что в последние годы у подростков и молодых людей появилось больше проблем, связанных с сексуальным и репродуктивным здоровьем, по сравнению с предыдущими годами. Согласно результатам исследования, примерно одна треть подростков до восемнадцати лет не были знакомы со способами предотвращения ранней беременности. Анализ, проведенный специалистами CDC, показал, что в 2004 году было около 745 тыс. беременностей среди женщин в возрасте моложе 20 лет, среди них 16 тыс. случаев беременности у девочек в возрасте от 10 до 14 лет. В последние годы среди молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет увеличилось количество случаев заболевания сифилисом. В 2006 году у примерно 1 млн американцев в возрасте от 15 до 24 лет выявлены хламидиоз, гонорея или сифилис.

20.07.2009. Молодова. AIDS.ru. В кишиневском СПИД-центре начала работу «зеленая телефонная линия», сообщает агентство «Новости-Молдова» со ссылкой на Национальный научно-практический центр профилактической медицины. Данная услуга позволит увеличить доступ населения страны к информации о ВИЧ и других инфекциях, передающихся половым путем. Как сообщил «Комсомольской правде в Молдавии» в Национальном научно-практическом центре профилактической медицины, цель этой услуги в предоставлении консультаций о путях передачи ВИЧ-инфекции, методах ее профилактики и лечения заболевания, а также в обеспечении доступа населения к конфиденциальным консультациям и обследованиям. Городские и междугородные звонки бесплатные. Телефонной службой 0-800-80808 можно воспользоваться бесплатно, шесть дней в неделю (с понедельника по субботу), с 8 часов утра до 8 вечера.

20.07.2009. Барнаул. АСИ. В Алтайском крае будет увеличено финансирование программы борьбы с туберкулезом. Об этом заявила эксперт Комитета зеленого света (КЗС) док-

тор Гунта Дравниче (Латвия) в ходе рабочего визита на Алтай в составе комиссии представителей международных организаций. В нее также вошли представители международной некоммерческой организации «Партнеры во имя здоровья» в России Тамара Тонкель и Раис Мазитов. Визит связан с началом реализации в Алтайском крае в 2008 году проекта по диагностике и лечению туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ), который в свою очередь осуществляется в рамках проекта Глобального фонда в РФ. Он нацелен на повышение доступности дорогостоящих препаратов, необходимых для лечения туберкулеза с МЛУ. За счет активной работы с некоммерческими международными организациями Алтайский край в 2008–2009 годах получил ресурсы для борьбы с туберкулезом с МЛУ на сумму 123 млн рублей, в том числе лекарственные средства, оборудование, транспорт, средства на социальную поддержку больных туберкулезом и обеспечение инфекционного контроля. Эксперты дали высокую оценку реализации проекта и признали эффективность принимаемых в крае противотуберкулезных мер, а также высокую приверженность власти и органов здравоохранения к решению проблем борьбы с туберкулезом; успешную реализацию и текущие достижения программы.

16.07.2009. Казань. Татар-информ. В рамках Года спорта и здорового образа жизни в Татарстане в казанских вузах планируется установить специальные терминалы по продаже средств контрацепции и женской гигиены. С этим предложением выступила производственная компания «Вендсервис». По словам заместителя директора компании Юлии Цейзик, такие аппараты, размещенные в местах общего пользования, позволяют не только организовать дополнительный сервис для студентов, но и использовать ненавязчивую возможность борьбы с распространением ВИЧ-инфекции, ИППП и наркомании в молодежной среде. Не случайно акцию уже поддержал Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД и министерство по делам молодежи, спорту и туризму Республики Татарстан. В настоящий момент ведутся переговоры с проректорами высших учебных заведений, которые должны разрешить установку терминалов в учебных корпусах. Уже сейчас 20 терминалов работают в торговых комплексах, ночных клубах, кинотеатрах и барах города и пользуются повышенным спросом у горожан, сообщает пресс-служба министерства по делам молодежи, спорту и туризму Республики Татарстан. Важно и то, что терминалы являясь собственным продуктом компании. Поэтому ей нетрудно будет обеспечить спецтерминалами всех желающих.

16.07.2009. США. POZ.ru. Как сообщает Reuters, постоянное и правильное использование презервативов может защитить людей от генитального герпеса, хотя и не во всех случаях. Об этом говорится в результатах нового исследования, опубликованного в журнале «Archives of Internal Medicine». «Важно именно постоянно использовать презервативы», — говорит доктор Эмили Т. Мартин из Института детских больничных исследований Вашингтонского университета (США), главный исследователь. Генитальный герпес вызывается вирусом простого герпеса-2. Инфекция является неизлечимой и может вызывать болезненные язвочки в области гениталий. Существуют препараты, которые могут подавлять вирус герпеса и лечить его проявления, хотя они и не избавляют от него полностью. При ВИЧ-инфекции герпес-2 является одной из оппортунистических инфекций, которые могут привести к серьезным осложнениям на стадии СПИДа. Давно было доказано, что презервативы очень эффективны для профилактики ВИЧ, хламидиоза, гонореи и других инфекций, передаваемых половым путем. Однако данные о том, могут ли презервативы быть барьером для герпеса-2, оставались противоречивыми. Исследователи проанализировали данные шести разных исследований о распространении герпеса-2 и использовании презервативов, в которых в общей сложности участвовали 5284 человека, чтобы получить более определенный ответ. У всех участников не было герпеса-2 на на-

чало исследований. В дальнейшем, обычно в течение года, 415 человек инфицировались генитальным герпесом. Для людей, которые сообщали, что всегда пользуются презервативами, вероятность инфицироваться герпесом-2 была на 30% ниже, чем для тех, кто не пользовался презервативами. При этом вероятность инфекции явно зависела от количества незащищенных половых актов. Авторы отмечают, что презервативы предоставляют только частичную защиту от герпеса-2, поскольку этот вирус может передаваться при контакте кожи с кожей, а это возможно и при надежном презервативе. Более того, даже если у человека нет видимых язвочек, вирус может передаться партнеру во время секса. Тем не менее, Мартин отмечает: «30% — это частичная защита, но все-таки это защита».

15.07.2009. Италия. Ремедиум. 8–10 июля 2009 года состоялся саммит «Группы восьми» в Аквиле (Италия) под лозунгом «Люди прежде всего». Главными вопросами итальянского председательства в «Группе восьми» стали экономический кризис и поддержка развития в различных сферах, включая стимулирование международной торговли, здравоохранение, изменение климата, развитие бедных государств и стран Африки, доступ к воде и санитария, образование и др. В саммите помимо «восьмерки» приняли участие делегации 40 государств, представляющих 80% мировой экономики. Руководитель Роспотребнадзора Геннадий Онищенко принял участие в работе по обеспечению деятельности российской делегации на саммите. По мнению участников саммита, международное сообщество переживает один из наиболее серьезных экономических и финансовых кризисов. Для преодоления этого кризиса необходимо в полной мере осознать его социальный аспект и сделать людей центром ответных действий правительств. Проблемы здравоохранения и борьбы с инфекционными болезнями традиционно были на повестке дня «Группы восьми». Италия также уделила этому особое внимание. Ключевые темы охватывают: борьбу со СПИДом, туберкулезом и малярией, укрепление систем здравоохранения, снижение младенческой и материнской смертности. Основываясь на опыте создания в 2001 году по инициативе «Группы восьми» Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, страны «восьмерки», включая Россию, продолжают реализацию программ по борьбе со СПИДом и другими эпидемиями, в том числе с привлечением инновационных форм финансирования. В 2006 году Российская Федерация в ходе своего председательства в «Группе восьми» впервые сделала инфекционные болезни одной из трех приоритетных областей для обсуждения на саммите. Принятое лидерами в Санкт-Петербурге заявление «Борьба с инфекционными болезнями» во многом определило долгосрочную глобальную стратегию противодействия угрозам здоровью, связанным с распространением эпидемий. Сегодня Российская Федерация принимает самое активное участие в международных программах по борьбе с инфекционными болезнями, включая противодействие гриппу и подготовку к возможной пандемии, интенсификацию исследований в области разработки вакцин против ВИЧ-инфекции, оказание содействия странам Африки и Центральной Азии в борьбе с малярией и другими инфекционными болезнями, укрепление международной сети по ликвидации эпидемических последствий стихийных бедствий, создание и запуск международной инициативы «Механизм предварительных обязательств по закупкам вакцин». Кроме того, Россия в 2006 году отказалась от статуса реципиента Глобального фонда для борьбы со СПИДом, став донором этого фонда, как другие страны «Группы восьми». Приняв это решение, Россия взяла обязательство перевести на национальное финансирование все социально значимые проекты по профилактике ВИЧ, осуществляемые российскими некоммерческими организациями. По итогам саммита «Группы восьми» в Аквиле лидерами были приняты документы по вопросам глобального здравоохранения, в подготовке которых непосредственное участие принимали специалисты Роспотребнадзора.

СПРАВКА

о ситуации по ВИЧ-инфекции на 30 июня 2009 года

По данным, предоставленным Российским научно-методическим центром по профилактике и борьбе со СПИДом, на 30 июня 2009 г. всего в России зарегистрировано (с начала учета 01.01.1987 г.) **494 074** ВИЧ-инфицированных.

Ниже приводится таблица количества ВИЧ-инфицированных по регионам.

Регион	Количество ВИЧ-инфицированных					Из них больны СПИДом				Кроме того на 30.06.09*
	всего	детей	рождены от ВИЧ+ матерей	из них умерло		всего	детей	из них умерло		
				всего	детей			всего	детей	
Без определен. места жител.	7070	23	1	363	0	47	0	31	0	50
Республика Башкортостан	8286	71	65	714	3	40	3	40	3	364
Республика Бурятия	3454	55	40	598	8	256	2	174	2	195
Республика Дагестан	1226	9	3	178	6	42	4	40	4	10
Кабардино-Балкарская респ.	406	1	1	60	0	7	0	7	0	6
Республика Калмыкия	213	75	3	79	45	124	68	69	39	9
Республика Карелия	648	3	1	2	0	1	0	1	0	5
Республика Коми	1181	6	2	103	0	25	0	24	0	73
Республика Марий Эл	729	2	1	82	0	12	0	8	0	69
Республика Мордовия	704	4	2	46	1	7	1	7	1	53
Республика Северная Осетия	694	5	5	123	1	13	1	12	1	43
Республика Татарстан	10 049	39	17	722	3	53	1	53	1	76
Республика Тыва	35	1	0	2	0	2	0	2	0	0
Удмуртская республика	3794	36	21	18	0	5	0	4	0	350
Чечня	1171	33	25	186	10	77	5	55	4	24
Чувашская Республика	926	3	1	114	0	33	0	18	0	10
Республика Саха (Якутия)	675	3	1	47	0	15	0	15	0	2
Алтайский край	8634	29	16	190	1	193	2	64	1	72
Краснодарский край	7856	75	68	1901	9	914	6	912	6	640
Красноярский край	9559	48	23	101	0	3	0	3	0	1148
Приморский край	8232	78	65	1908	11	171	0	157	0	447
Ставропольский край	797	21	4	150	8	45	10	36	7	29
Хабаровский край	1323	4	2	42	0	17	0	15	0	48
Амурская область	266	2	1	5	1	3	1	3	1	3
Архангельская область	351	5	2	40	0	9	0	9	0	9
Астраханская область	388	5	1	43	1	28	1	12	1	22
Белгородская область	741	5	2	82	0	14	0	14	0	101
Брянская область	1430	9	8	169	0	22	0	18	0	107
Владимирская область	2195	16	9	243	0	53	0	49	0	171
Волгоградская область	6533	93	32	578	32	127	40	101	28	378
Вологодская область	1297	9	1	154	1	60	0	60	0	18
Воронежская область	762	8	7	101	0	38	0	29	0	70
Нижегородская область	5899	52	27	120	1	16	0	16	0	137
Ивановская область	4782	52	38	336	4	28	2	26	2	255
Иркутская область	26 895	277	135	1781	18	104	4	92	3	1250
Калининградская область	6530	33	18	1845	7	218	3	213	1	291
Тверская область	6947	108	94	643	7	220	4	173	3	614
Калужская область	1434	13	11	192	2	40	1	37	1	134
Камчатская область	116	0	0	1	0	1	0	0	0	0
Кемеровская область	13 954	87	50	149	0	14	0	12	0	73
Кировская область	398	2	1	29	0	8	0	7	0	10

Регион	Количество ВИЧ-инфицированных					Из них больны СПИДом				Кроме того на 30.06.09*
	всего	детей	рождены от ВИЧ+ матерей	из них умерло		всего	детей	из них умерло		
				всего	детей			всего	детей	
Костромская область	1370	12	8	76	0	7	0	7	0	63
Самарская область	37 160	305	224	2414	6	231	0	165	0	809
Курганская область	2305	7	1	10	0	0	0	0	0	95
Курская область	590	3	3	27	0	4	0	4	0	59
Ленинградская область	15 662	141	94	360	1	19	1	14	1	601
Липецкая область	360	3	3	38	0	12	0	12	0	22
Магаданская область	109	2	2	5	0	2	0	1	0	3
Московская область	33 273	334	235	3698	11	225	5	204	3	1220
Мурманская область	2940	12	7	65	0	48	1	17	0	60
Новгородская область	1203	15	11	156	1	95	1	54	0	108
Новосибирская область	5688	21	14	63	3	10	2	7	2	23
Омская область	1952	1	1	64	0	2	0	2	0	17
Оренбургская область	19 325	129	80	124	1	8	0	8	0	1730
Орловская область	1133	3	2	148	0	60	0	38	0	54
Пензенская область	1342	4	0	171	0	23	0	21	0	17
Пермская область	9938	76	58	782	3	26	0	26	0	15
Псковская область	448	4	1	43	0	13	0	9	0	2
Ростовская область	4674	132	8	756	64	190	64	172	49	486
Рязанская область	2419	12	12	460	0	119	0	119	0	245
Саратовская область	9169	91	83	994	2	138	0	131	0	421
Сахалинская область	262	5	3	34	0	7	0	8	0	3
Свердловская область	40 900	574	463	4019	26	961	8	958	8	1714
Смоленская область	974	10	6	120	2	18	1	17	1	66
Тамбовская область	791	7	6	95	1	13	1	11	1	48
Томская область	1113	11	8	108	0	7	0	6	0	107
Тульская область	5413	35	28	844	2	205	3	149	2	310
Тюменская область	9282	82	55	269	2	14	0	14	0	1353
Ульяновская область	9441	93	82	1096	7	553	5	248	2	528
Челябинская область	20 751	171	130	42	0	5	0	4	0	2320
Читинская область	2539	10	4	26	1	9	0	3	0	52
Ярославская область	1348	5	3	138	0	75	1	50	0	88
МОСКВА	34 359	221	176	496	4	336	6	136	1	199
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ	40 822	168	75	1780	6	102	3	54	1	679
Республика Ингушетия	695	4	3	105	0	7	0	7	0	13
Агинский Бурятский АО	6	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Усть-Ордынск. Бурятск. АО	353	2	1	5	0	0	0	0	0	6
Еврейская АО	57	0	0	1	0	1	0	0	0	2
Чукотский АО	44	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Таймырский АО	53	0	0	1	0	0	0	0	0	8
Республика Алтай	133	0	0	7	0	2	0	2	0	2
Карачаево-Черкесская респ.	127	3	1	17	1	1	0	1	0	12
Республика Хакассия	288	2	2	2	0	0	0	0	0	2
Эвенкийский АО	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Корякский АО	5	1	0	2	1	1	1	1	1	0
Республика Адыгея	294	2	1	34	0	6	0	6	0	12
Ненецкий АО	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ямало-Ненецкий АО	1506	5	2	116	0	18	0	17	0	39
Ханты-Мансийский АО	12 822	47	27	1376	1	101	0	101	0	1223
Коми-Пермяцкий АО	32	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Всего	494 074	4165	2727	35 428	326	6779	262	5422	181	22 207

* Кумулятивное количество детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, находящихся на диспансерном наблюдении до установления диагноза.



8 800 200 5555

РАВНЫЙ-РАВНОМУ
ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ-ПОЛОЖИТЕЛЬНОМУ

ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ

«ШАГИ»

www.hiv-aids.ru

С газетой «Шаги экспресс»



к здоровому образу жизни