

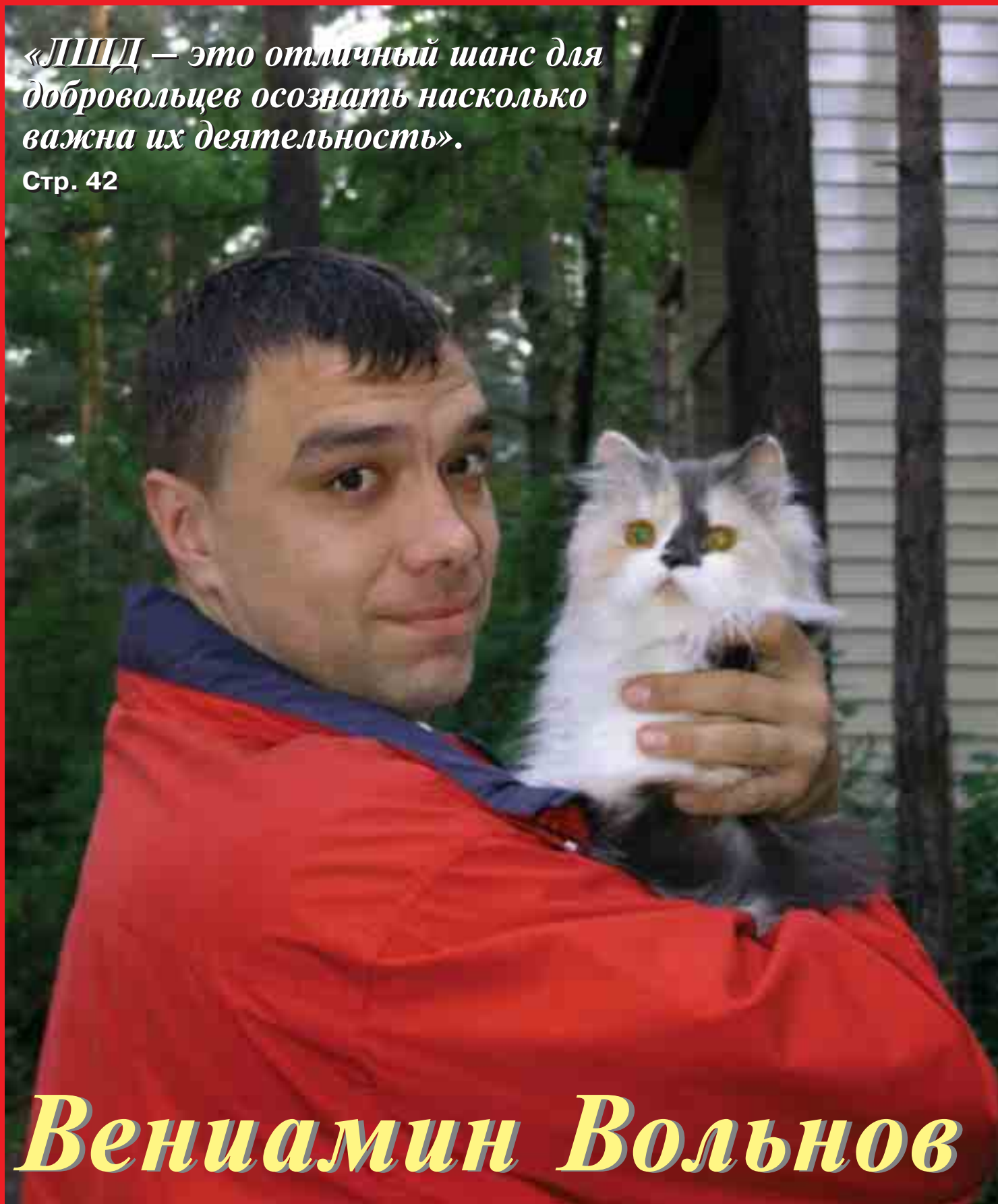
ШАГИ

№ 3/2008

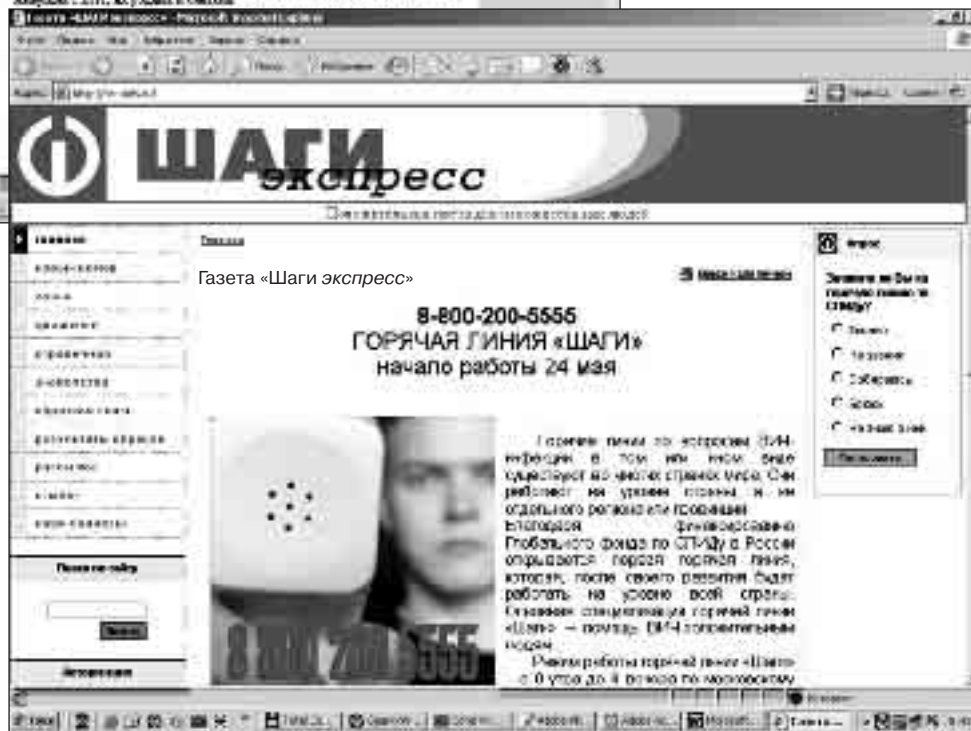
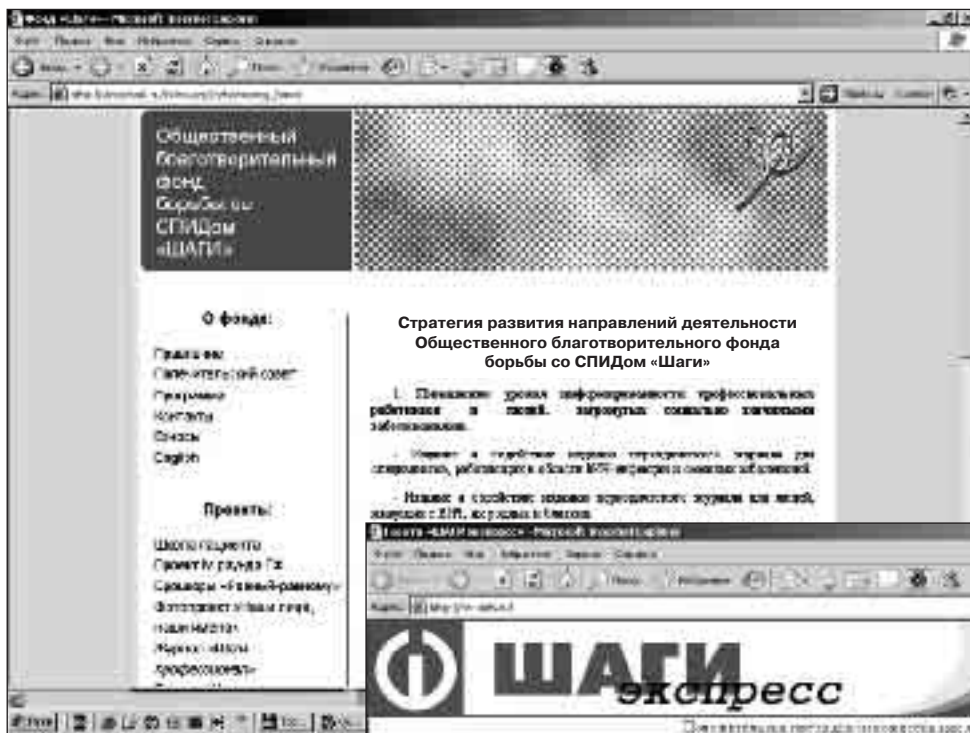
профессионал

«ЛШД — это отличный шанс для добровольцев осознать насколько важна их деятельность».

Стр. 42



Вениамин Вольнов



Сайты фонда «Шаги»

и газеты «Шаги экспресс»

www.stepsfund.ru

www.hiv-aids.ru

СОДЕРЖАНИЕ

Вторая конференция по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии	2
«Объединим мир против СПИДа». Заседание высокого уровня в Нью-Йорке	16
Доклад гражданского общества «Россия на пути к всеобщему доступу к профилактике, лечению и поддержке при ВИЧ/СПИДе»	20
Документы	
Письмо директора программы Глобального фонда (IV раунд) Д.А. Голяева всем заинтересованным лицам, в связи с поступающей информацией о проблемах с лекарственным обеспечением регионов Российской Федерации	36
Лица	
Вениамин Вольнов: «ЛШД – это отличный шанс для добровольцев осознать насколько важна их деятельность»	42
Обзоры мировых медицинских журналов	52
Обретите веру в жизнь	
Некоторые проблемы окормления ВИЧ-инфицированных на приходе <i>Игумен Мефодий (Кондратьев)</i>	69
Проза	
Оркестр продолжал играть... (отрывки из книги Р. Шилтса, окончание)	74
Проекты	
Дмитрий Филиппов: «LaSky – единственная в России масштабная программа по профилактике ВИЧ среди MSM»	85
Это нужно знать	
Чтобы избежать проблем со здоровьем	89
Вести отовсюду	68, 84, 88

«ШАГИ профессионал» № 3 (13) 2008 г.

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

Главный редактор: В.А. Пчелин.

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

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

Телефон/факс: (495) 917-8068.

Электронная почта: editor@hiv-aids.ru

Интернет-версия по адресу: www.stepsfund.ru

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

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

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



С 3 по 5 мая 2008 года в Москве состоялась вторая региональная Конференция по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. В конференции приняли участие более 2000 человек из всех государств-членов СНГ, а также стран Восточной Европы, Центральной Азии.

Конференция предоставила возможность политическим и общественным лидерам, ученым и исследователям, медицинским специалистам, людям, живущим с ВИЧ, и представителям гражданского общества обсудить наиболее острые проблемы, связанные с распространением эпидемии ВИЧ-инфекции.

Дискуссии в ходе конференции продемонстрировали важность изучения характера и региональных особенностей эпидемии, а также общее согласие с принципами декларации Специальной сессии по ВИЧ/СПИДу Генеральной ассамблеи ООН и подтвердили приверженность участников конференции действиям по достижению цели всеобщего доступа к профилактике, лечению и уходу при ВИЧ-инфекции, целей Дублинской декларации о партнерстве в борьбе с ВИЧ/СПИДом в Европе и Центральной Азии и соблюдению принципов, отраженных в итоговом заявлении «Большой восьмерки» по борьбе с инфекционными заболеваниями, принятом в Санкт-Петербурге в 2006 году.

Участники конференции отметили ключевые особенности эпидемии в регионах, включая значительную роль инфицирования при инъекционном употреблении наркотиков, преоблада-

ние в структуре сочетанной ВИЧ-ассоциированной патологии туберкулеза и вирусных гепатитов, а также быстрый рост числа людей, нуждающихся в АРВ-терапии. Конференция приветствовала несомненные положительные тенденции и открывшиеся возможности для эффективного противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции в регионах, включая увеличение финансирования, политическую поддержку, укрепление роли организаций гражданского общества и активное вовлечение в противодействие ВИЧ-инфекции сообществ, затронутых эпидемией.

Отмечен прогресс в развитии национальных и региональных инициатив по поддержке научных исследований в области ВИЧ/СПИДа.

Вместе с тем, требует больших усилий реализация комплексных подходов к обеспечению качества жизни людей, живущих с ВИЧ, включая такие компоненты, как доступ к услугам репродуктивного и сексуального здоровья, планирования семьи, усыновления детей, социальной и психологической помощи, а также трудоустройства.

Конференция еще раз показала, что реализация некоторых мероприятий по борьбе с ВИЧ/СПИДом в ряде стран может вступать в конф-

ликт с национальным законодательством или вызывать неприятие со стороны части общества. Несмотря на то, что ВИЧ/СПИД представляет собой комплексную общественную проблему, до сих пор остается недостаточным межсекторальное взаимодействие и вовлечение в борьбу с эпидемией представителей образования, средств массовой информации и частных лиц.

Тон дискуссий на конференции указал на серьезную обеспокоенность большинства участников следующими ключевыми тенденциями:

- Общее отставание от реальных потребностей программ профилактики ВИЧ-инфекции, в особенности комплексной профилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции с обеспечением доступа к заменителям грудного молока, а также профилактики ВИЧ/СПИДа среди уязвимых групп населения, таких как потребители инъекционных наркотиков, лица, оказывающие секс-услуги за плату, мужчины, вступающие в сексуальные отношения с мужчинами. Новым явлением, требующим внимания в контексте доступа к услугам здравоохранения, включая профилактику и лечение ВИЧ/СПИДа, становится нелегальная миграция.

- Неприемлемо высокий уровень стигмы и дискриминации людей, живущих с ВИЧ, а также представителей уязвимых групп населения.

- Недостаточный доступ к АРВ-терапии для людей, находящихся в местах лишения свободы.

- Распространение в регионах ряда инициатив, пропагандирующих научно-необоснованные и зачастую псевдонаучные методы лечения ВИЧ/СПИДа.

- Низкий охват программами медико-социального сопровождения и поддержки, включая программы по приверженности лечению у людей, получающих АРВ-терапию, на фоне общего расширения доступа к лечению ВИЧ-инфекции.

- Несовершенство процедур организации закупок АРВ-препаратов, являющееся общей проблемой для ряда стран.

- Низкий уровень доступа к полноценной и качественной наркологической помощи на фоне

той роли, которую в распространении ВИЧ-инфекции играет употребление инъекционных наркотиков.

- Недостаточная вовлеченность служб общественного здравоохранения и медицинских учреждений в программы оказания помощи людям, живущим с ВИЧ.

- Неадекватность ответа на фоне нарастающей проблемы ВИЧ-ассоциированных заболеваний, в особенности туберкулеза и гепатитов В и С.

- Возрастающее количество детей, уязвимых к инфицированию путем вертикальной передачи, что является приоритетной и требующей неотложных действий проблемой.

- Отсутствие оценки ситуации с распространением ВИЧ-инфекции в уязвимой группе мужчин, вступающих в сексуальные отношения с мужчинами.

- Недостаточный во многих странах региона уровень вовлечения гражданского общества в процесс принятия решений и выполнения принципов полного вовлечения людей, живущих с ВИЧ, в процесс принятия решений, что требует дополнительных усилий по развитию институтов гражданского общества в сфере противодействия ВИЧ/СПИДу.

- Отсутствие механизмов для продолжения мероприятий по борьбе с ВИЧ/СПИДом за счет национальных средств после прекращения международных проектов и снижения внешнего финансирования, происходящего на фоне экономического роста во многих странах.

Конференция продемонстрировала, что сотрудничество между государственными организациями, представителями гражданского общества, организациями людей, живущих с ВИЧ, религиозными организациями, средствами массовой информации, представителями частного сектора и всеми другими заинтересованными сторонами является абсолютно необходимым для эффективного противодействия эпидемии в странах Восточной Европы и Центральной Азии.





День первый: «Знай эпидемию»



Открывая пленарное заседание, руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, главный государственный санитарный врач РФ Геннадий Онищенко приветствовал участников конференции и сообщил, что конференция собрала более 2000 делегатов из 50 стран Восточной Европы и Центральной Азии, а также США, Великобритании, Германии, Сербии, Албании. 37% участников составляли представители государственных учреждений, 38% – негосударственных и общественных объединений, 20% – делегаты от сообщества людей, живущих с ВИЧ, 5% – представители частного сектора.

В адрес конференции поступило приветствие Правительства РФ, в котором подтверждены обязательства РФ по координации усилий в противодействии эпидемии в регионе, взятые «Большой восьмеркой» в 2006 году.

Выступая от имени российских законодателей, депутат Госдумы от фракции «Единая Россия» Татьяна Яковлева сказала о значении международного сотрудничества в противодействии эпидемии, а также о необходимости консолидации представителей всех секторов общества, отметив в качестве наиболее актуальных проблем усилен-

ные работы в сфере профилактики ВИЧ-инфекции, правовой поддержки ЛЖВ, решение вопросов государственного финансирования НГО.

Представитель сообщества ЛЖВ Владимир Маяновский (Россия) заявил о возросшем потенциале организаций ЛЖВ и их готовности к равноправному сотрудничеству с государством в реализации национальных программ.

Людмила Унтура, директор организации «Детство для всех» (Молдавия), остановилась на гендерных проблемах эпидемии и выразила надежду на то, что голос женщин будет услышан при разработке государственных стратегий помощи ВИЧ-инфицированным людям и инициативы женских организаций будут поддержаны.

В докладе Геннадия Онищенко была дана общая характеристика эпидемии ВИЧ-инфекции, а также определены основные задачи и трудности противодействия ей в РФ и странах региона. В России по-прежнему преобладает парентеральный способ передачи ВИЧ в среде потребителей внутривенных наркотиков, однако отмечена динамика роста случаев гетеросексуальной передачи в сфере секс-услуг. Регистрируется распространенность заболевания среди мигрантов. Несмотря на повышение доступности АРВ-терапии, для большинства стран региона говорить о приближении к всеобщему доступу пока преждевременно. Регистрируется рост числа случаев на поздней стадии СПИДа, с наличием вторичных заболеваний и повышение смертности, связанной с ВИЧ-инфекцией.

В последние годы внимание государства к проблемам ВИЧ/СПИДа значительно возросло. Российское правительство демонстрирует политическую приверженность и финансовую поддержку противодействию эпидемии. Совершенствуется нормативно-правовая база мероприятий: изданы постановления, приказы, стандарты лечения. Значительно улучшена лабораторно-



диагностическая база медучреждений, особое внимание уделяется подготовке кадров в среде медицинских работников.

Беспрецедентен рост государственного финансирования в области профилактики, диагностики и лечения ВИЧ/СПИДа — в 2007 году оно достигло 9,7 млрд руб. Россия взяла на себя обязательство к 2010 г. компенсировать средства, предоставленные Глобальным фондом по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией на программы в РФ. Лечение в 2007 г. было предоставлено более чем 23 тыс. пациентов, что составляет 68% от числа нуждающихся в АРВ-терапии. Охват профилактикой беременных составил 90%.

В связи с этим особенно остро стоит вопрос об эффективности проводимых мероприятий. Необходима сбалансированность мер по лечению и профилактике. Достижению лучших результатов препятствует стигматизация в отношении представителей групп риска — потребителей внутривенных наркотиков, секс-работников, мужчин, имеющих секс с мужчинами. Недооценена до сих пор и роль сообщества ЛЖВ и НКО, которые следует более активно привлекать к участию в государственных программах, отработывая механизмы их финансирования. Все заинтересованные стороны должны стать участниками мероприятий по противодействию эпидемии.

Исполнительный директор ЮНЭЙДС Питер Пиот отметил, что, несмотря на определенные успехи в решении проблем на международном уровне, эпидемия в странах Восточной Европы продолжает расти. Основными проблемами являются недостаточность профилактических мероприятий и низкий доступ к профилактике и лечению в группах повышенного риска. ЮНЭЙДС продолжает продвигать программы по снижению вреда и приветствует внедрение программ заместительной терапии при лечении ЛЖВ-потребителей инъекционных наркотиков, доказавших свою эффективность во многих странах. Особое значение в борьбе со стигмой и дискриминацией имеют информационные кампании, направленные на преодоление стигмы и дискриминации ЛЖВ, они должны проводиться в школах, церквях, на рабочих местах.

Исполнительный директор Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией Мишель Казачкин высоко оценил прецедент, созданный Россией, перешедшей из разряда реципиентов Глобального фонда в доноры. В качестве основной задачи борьбы с эпидемией г-н Казачкин определил принятие ответных мер, основанных на наличии ресурсов, учете местных потребностей, обоснованных научными данными, и создании благоприятной среды, когда право и общественное здравоохранение дополняют друг друга.

Исполнительный директор Международного общества по СПИДу Крейг Мак-Клор ска-

зал: «Изменения последних двадцати лет привели к огромному росту благосостояния во многих частях региона. Однако далеко не все могут воспользоваться плодами этих обнадеживающих перемен — экономические и социальные изменения не отражаются на положении многих представителей групп, наиболее уязвимых к ВИЧ-инфекции: женщин и девочек, мужчин, практикующих секс с мужчинами, потребителей инъекционных наркотиков, секс-работников, мигрантов и заключенных. Работники системы здравоохранения зачастую не могут или не хотят оказывать им помощь».

Выступивший в заключение пленарного заседания заместитель директора Института «Открытое общество» Алексей Бобрик напомнил о предстоящем завершении программ Глобального фонда и переходе НКО на местные источники финансирования. Он призвал обеспечить преемственность программ, разработав поэтапный план передачи проектов от доноров на госфинансирование.

В тот же день состоялась пресс-конференция, в которой приняли участие руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Геннадий Онищенко, исполнительный директор Международного общества по СПИДу Крейг Мак-Клор, исполнительный директор ЮНЭЙДС д-р Питер Пиот, исполнительный директор Глобального фонда профессор Мишель Казачкин. Было отмечено, что социальная структура ВИЧ в регионе меняется: сегодня более 40% новых случаев ВИЧ-инфекции приходится на женщин и около 37% связаны с незащищенными гетеросексуальными контактами (что на 17% больше, чем в 2002 году). Отвечая на вопросы журналистов, Геннадий Онищенко отметил общий прогресс в борьбе с эпидемией и сказал: «Наша задача заключается в том, чтобы ВИЧ-инфицированные люди жили столько же, сколько живут их здоровые ровесники. Сегодня государство берет на себя ответственность за их лечение, но не менее важно, чтобы и пациенты ответственно относились к лечению».





День второй: «Развитие межсекторального подхода к профилактике»

• Пленарная сессия была целиком посвящена вопросам профилактики ВИЧ. Гундо Вейлер, руководитель группы по ВИЧ/СПИДу регионального офиса ВОЗ в Украине, рассказал о комплексных мероприятиях, проводимых в этой стране. Андрей Козлов, научный руководитель ГосНИИ особо чистых биопрепаратов и Биомедицинского центра в Санкт-Петербурге, говоря о научной платформе для разработки вакцины против ВИЧ, уделил немалое внимание одной из самых трудных проблем, с которыми приходится иметь дело разработчикам вакцины. Он рассказал о формировании когорты испытуемых, принадлежащих к группе риска – в Санкт-Петербурге такая когорта из 520 человек впервые была создана в 2002–2003 гг. В течение нескольких лет ученые наблюдали за поведением членов когорты и сделали немало важных выводов о распространении инфекции.

Представляя доклад заведующей лабораторией по разработке средств иммунопрофилактики Государственного научного центра «Вектор» Ларисы Карпенко о проекте вакцины против ВИЧ, сопредседатель сессии, представитель генерального секретаря ООН по вопросам ВИЧ в Восточной Европе Ларс Каллинг упомянул о многочисленных разочарованиях, с которыми в последнее время пришлось столкнуться ученым, работающим над этой проблемой. Впрочем, Лариса Карпенко постаралась убедить присутствующих в том, что для оптимизма тоже есть основания. Она рассказала о последней разработке сотрудников «Вектора», кандидатной вакцине «КомбиВИЧвак», которая оказалась эффективной в тестах на животных и сейчас проходит ряд экспертиз перед началом клинических испытаний. Для ее создания ученым удалось сконструировать искусственный белок, состоящий из кусочков белков трех основных подти-

пов ВИЧ-1. Частицы вакцины, полученной в результате, составляют приблизительно 100 нанометров и близки по размеру к вирусам ВИЧ. Снаружи они «обернуты» еще одним белком, принадлежащим вирусу иммунодефицита человека. Вакцина, изобретенная в «Векторе», принадлежит к типу «самособирающихся» препаратов. «В организм вводится ДНК-вакцина, совершенно безопасная для человека, – сказала Карпенко. – Потом производится синтез РНК и лишь затем синтез белка».

Анна Дубровская, представитель организации «Голос АнтиСПИД» из Башкортостана, рассказала о гендерных аспектах профилактики ВИЧ. Кстати, она заменила коллегу с Украины, доклад которой стоял в повестке заседания, – та не смогла приехать на конференцию из-за невозможности получить заместительную терапию в России. Дубровская отметила, что профилактические программы против ВИЧ не всегда адаптированы к реалиям, с которыми сталкиваются женщины. Например, многие реабилитационные центры имеют одно общее спальное помещение – получается, что им могут воспользоваться только мужчины. По статистике 20% женщин узнают о том, что они ВИЧ-позитивны, только в родах. Чтобы ограничить возможности вертикальной передачи ВИЧ, необходимы три лекарственных препарата – в этом случае вероятность, что ребенок получит от матери вирус иммунодефицита, сводится практически к нулю. Однако такие препараты доступны далеко не всем. Завершая заседание, национальный координатор по СПИДу Роспотребнадзора Александр Голиусов отметил, что Анна Дубровская затронула одну из самых больших проблем, связанных с темой СПИДа.

• Доклад Юрия Россинского – заместителя директора Республиканского научно-практи-



ческого центра медико-социальных программ наркомании (Казахстан) — был посвящен теме «Диагностика и коррекция высоких поведенческих рисков среди детей и подростков». На основании 7-летнего исследования, в которое были вовлечены около 10 000 респондентов, было выявлено доминирующее влияние психического здоровья личности на сопротивляемость к употреблению наркотиков.

Докладчик сообщил о разработке новой эффективной программы по ранней диагностике предрасположенности к употреблению наркотиков у людей от 9 до 32 лет, учитывающей биологические, социальные и психологические факторы.

Андрей Гериш, консультант по вопросам профилактики наркомании, алкоголизма и ВИЧ/СПИДа Министерства образования РФ, подчеркнул важность не только принятия официальных мер по профилактике ВИЧ среди организованной молодежи, но и необходимость квалифицированного подхода к проблеме: «Хочется бить по рукам инициаторов, которые неквалифицированными программами портят дело, и тех, кто не хочет видеть всей опасности эпидемии в России».

Александр Цеханович, генеральный директор НПО «Гуманитарное действие», сделал доклад на тему «Барьеры на пути реализации профилактических программ среди неорганизованной молодежи». Он заявил, что сегодня в Санкт-Петербурге проживает около 2000 беспризорных и около 16 000 безнадзорных детей, из них 40% заражены ВИЧ. Причиной тому — уличный образ жизни, ранние беспорядочные сексуальные связи, а также наркомания. Докладчик подчеркнул, что эта группа риска фактически лишена эффективной социальной защиты и мало подвержена лечению вследствие ряда причин: например, отсутствия необходимых документов или нежелания вести здоровый образ жизни. Александр Цеханович также заметил, что если в 1999 г. первый наркотический опыт среди детей улиц приходился в среднем на 17–18 лет, то по данным 2007 г. он приходится на 12–13.

• На сессии «Ресурсы и условия для обеспечения устойчивости программ профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, осуществляемых российскими НПО, после завершения проектов Глобального фонда и Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в 2009–2010 годах» на вопросы представителей российских НКО, работающих в области противодействия ВИЧ/СПИДу, ответили главный санитарный врач РФ Геннадий Онищенко и помощник президента РФ Игорь Шувалов. Представители власти подтвердили намерение государства и дальше оказывать политическую поддержку НКО, работающим в области ВИЧ/СПИДа, сказав о важности проводимых ими информационно-профилактических проектов и работы с наиболее

уязвимыми группами. Была отмечена необходимость развития механизмов государственного финансирования НКО и продолжения диалога всех заинтересованных сторон при определении форм и методов работы по противодействию ВИЧ/СПИДу, которая до сих пор неоднозначно воспринимается обществом. Именно НКО могут и должны взять на себя задачу изменения общественного сознания, предоставив информацию и призвав россиян, особенно молодежь, к более ответственному отношению к собственному здоровью.

• Площадка для диалога сообществ «БЕСЕДКА» открыла свои двери для представителей сообществ и всех желающих в неформальной обстановке обсудить наболевшие проблемы жизни с ВИЧ.

Вопрос о раскрытии статуса остается нерешенным для многих. Именно этот вопрос обсуждался на специальной сессии «Беседки» 5 мая с участниками ток-шоу «Спорная территория» и Матвеем Гананольским. Люди, представляющие разные страны СНГ, поделились своими аргументами «за» и «против», рассказали о том, что им пришлось пережить, говоря о ВИЧ с окружающими, и о том, что мы вместе можем и должны сделать, чтобы раскрытие статуса перестало быть подвигом. Гостями «Беседки» уже были Мишель Казачкин и Питер Пиот. Они отвечали на острые вопросы о продвижении программ снижения вреда и заместительной терапии, о продолжении программ лечения после окончания грантов Глобального фонда и судьбах людей, получающих антиретровирусные препараты, о перспективах партнерства правительственных и ВИЧ-сервисных организаций.

«Очень важно, что впервые на конференции подобного уровня неформальная часть вообще состоится и представители сообщества получат шанс быть услышанными прессой, правительствами, международными организациями. Они получают уникальную возможность для обмена опытом», — сказал Владимир Жовтяк, президент Восточноевропейского и Центрально-Азиатского объединения ЛЖВ-организаций.





День третий: «Увеличение доступа к интегрированной поддержке и уходу»

• Пленарная сессия третьего дня конференции была целиком посвящена программам АРВ-терапии.

Наталья Леончук, исполнительный директор секретариата Восточно-Европейского и Центрально-Азиатского объединения организаций ЛЖВ (Украина) посвятила свое выступление анализу программ АРВ-терапии в странах СНГ: Кыргызстане, России, Украине, Молдове, Азербайджане, Казахстане, а также в Эстонии. По данным представительств ЛЖВ этих стран и членов неправительственных организаций, сегодня АРВ-терапию в этих странах получают около 10% ВИЧ-инфицированных людей. Основное внимание Н. Леончук уделила перебоям с поставками препаратов и рассказала о сложностях их регистрации в этих странах (так, в России стоимость регистрации препарата составляет 18 000 долларов и занимает 9 месяцев). Сложившаяся ситуация часто приводит к прерыванию АРВ-терапии, негативно отражается на продолжительности и качестве жизни пациентов.

Карлос дель Рио, руководитель клинических исследований в области СПИДа Университета Эмори (США), представил доклад «Лечение туберкулеза у людей, живущих с ВИЧ». Он отметил, что эффективная борьба со СПИДом невозможна без достаточного внимания к проблеме туберкулеза. Эпидемии лекарственно-устойчивого туберкулеза являются результатом плохой организации программ по борьбе с туберкулезом, что и привело к снижению эффективности лечения до 75% и повышению показателя смертности у пациентов с ВИЧ. Карлос дель Рио призвал к комплексному подходу в борьбе с туберкулезом,



включая проведение краткосрочных исследований по ШЛУ ТБ и улучшение доступа к АРВ-терапии в рамках совместных мероприятий по ТБ/ВИЧ.

Педро Кан, заведующий отделением инфекционных заболеваний больницы Хуана Фернандеса (Аргентина), рассказал о последних мировых разработках в области АРВ-терапии. Он заявил, что многочисленные исследования свидетельствуют о возможности предупреждать и лечить ВИЧ-инфекцию, и подчеркнул важность ранней диагностики и незамедлительного применения АРВ-терапии.

• На сессии «Преодолевая барьеры к всеобщему доступу к качественному лечению» Саодат Олимова, заместитель директора исследовательского центра «Шарк» (Душанбе) и Рухшона Курбанова, старший программный ассистент Международной организации по миграции, привлекли внимание собравшихся к проблемам трудовой миграции, которые, как все очевиднее становится в последнее время, часто напрямую



связаны с распространением ВИЧ. Это понятно — в стране приема доступ к лечению для приезжих во многих случаях ограничен, особенно при нелегальной миграции, а рискованное поведение, наоборот, распространено.

Обсуждая доклад, участники дискуссии вспомнили о том, что в России ВИЧ входит в перечень особо опасных инфекций, которые дают властям право отозвать у мигранта разрешение на проживание, а это значит, что возможность для него получать АРВ-терапию будет полностью исключена. Рухсона Курбанова отметила, что вскоре ситуация может измениться. Российские государственные структуры впервые проявили реальный интерес к этой теме. Сейчас ведутся переговоры об открытии в Москве кабинета для обследования и лечения мигрантов-таджиков. Используя опыт других стран, можно было бы создать в России и сеть СПИД-сервисных организаций, которые взяли бы на себя лечение мигрантов.

Раминта Штуйките, директор Евроазиатской сети снижения вреда, рассказала о моделях организации мультидисциплинарной работы с ВИЧ в разных странах.

- Участники сателлитной сессии, проведенной Управлением ООН по борьбе с наркотиками и преступностью, рассуждали о дилемме: с одной стороны, надо бороться с наркотиками и их распространением, с другой — необходимо гуманно обращаться с теми, кто уже начал их употреблять, ведь это помогает снизить темпы распространения ВИЧ. Михаил Голиченко, сотрудник Управления ООН по борьбе с наркотиками и преступностью, ссылаясь на опыт американских исследователей, показал, что увеличение репрессивных мер по отношению к потребителям инъекционных наркотиков не уменьшает распространения наркомании, но значительно увеличивает риск ВИЧ. Александр Зеличенко, начальник Центра по реформированию органов внутренних дел Министерства внутренних дел Кыргызской республики, рассказал об ус-

пешном опыте образовательных программ по ВИЧ для работников правоохранительных органов.

- На сессии «Улучшение доступа к лечению и поддержке: роль сообщества» были рассмотрены проблемы повышения приверженности ВААРТ в наиболее уязвимых группах населения.

Профессор Казанского медицинского университета Владимир Менделевич напомнил, что около 60% новых случаев ВИЧ-инфицирования происходит в среде потребителей инъекционных наркотиков. Это повышает роль врачей-наркологов в лечении ВИЧ/СПИДа. Однако в современной российской наркологии существуют серьезные проблемы: даже официальные данные — годовая ремиссии у 8% пациентов после курса лечения — свидетельствуют о недопустимо низком качестве этого вида медицинской помощи. Это связано с закрытостью российской наркологии от мировой науки и практики, в частности, в России до сих пор запрещены доказавшие свою эффективность программы заместительной терапии для потребителей инъекционных наркотиков. Профессор В. Менделевич подчеркнул роль сообщества ЛЖВ в лоббировании этих программ.

Найля Михайлова рассказала о хороших результатах в обеспечении приверженности лечению, которых удалось добиться специалистам мультипрофессиональной команды Оренбургского областного центра по борьбе со СПИДом, в составе которой, кроме медиков, социальные работники и сотрудники некоммерческих организаций. Именно такая форма работы позволяет обеспечить равноправный недискриминационный доступ к лечению и формированию приверженности у пациентов-потребителей инъекционных наркотиков: их показатели не отличаются от приверженности лиц, не употребляющих наркотики.

Интересный опыт работы с ВИЧ-инфицированными в тюрьмах представила Мадина Токомбаева (Кыргызстан). Сеть снижения вреда в Кыргызстане ведет проект по созданию служб





социального сопровождения ВИЧ-инфицированных в пенитенциарной системе, в рамках которого ведется равное консультирование и обмен шприцев. Присутствовавший на секции представитель Минюста Кыргызстана добавил, что в данном случае «политическая воля опередила законодательство», и де-факто проекты уже проводятся, а сейчас подготовлены поправки в законодательство о легитимизации этих проектов в тюрьмах и колониях.

- Оценивая результаты Второй региональной конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии на итоговой пресс-конференции, исполнительный директор Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией Мишель Казачкин поблагодарил организаторов за предоставленную возможность обсуждения проблем региона с лицами, принимающими решения в этой сфере, отметив при этом существующие разногласия по отдельным вопросам, например, использование программ заместительной терапии для потребителей инъекционных наркотиков. Говоря об изменениях, произошедших в регионе за прошедшие два года, он отметил прогресс в развитии диалога гражданского общества с властью, назвав его открытым и дружественным, и выразил надежду, что благодаря возросшему и устойчивому финансированию удастся достичь универсального доступа к лечению, профилактике и уходу в регионе.

Исполнительный директор Международного общества по ВИЧ/СПИДу Крейг Мак-Клор назвал конференцию очень продуктивной. Сотрудничество государства со специалистами, работающими в области противодействия ВИЧ/СПИДу, дает хорошие результаты. На конференции шел откровенный живой диалог о проблемах и угрозах эпидемии, и вернувшись домой, участники конференции смогут более эффективно продолжить свою работу.

Геннадий Онищенко поблагодарил сопредседателей конференции. Он сказал, что их участие не было формальным. По его мнению, в

России за последние несколько лет произошли системные сдвиги в профилактике ВИЧ. «В какой-то части мы сломали стену, существовавшую между людьми, живущими с ВИЧ, и остальным миром, — сказал Онищенко. — Стигма, дискриминация — в этом виноваты все мы. Но сейчас надо не искать виновных, а идти дальше».

- На церемонии закрытия конференции вступительное слово взяла министр здравоохранения Т. Голикова. Она сказала: «За последние два года проведены беспрецедентные проекты и программы по борьбе с ВИЧ». Кроме того, Т. Голикова заявила, что все проекты и программы, проводимые Глобальным фондом, будут продолжены правительством РФ в рамках обычной плановой работы и заверила присутствующих, что сегодня в стране есть механизмы финансирования этих программ и средства на них. Так, в 2008—2010 гг. на борьбу с ВИЧ отведено в государственном бюджете около 30 млрд рублей.

Далее выступили участники конференции. Представители Молодежной деревни (молодежного объединения по борьбе с ВИЧ) призвали правительство обеспечить универсальный доступ к лечению и профилактике ВИЧ всем группам молодежи и выразили готовность вовлекать молодежь в эти программы.

Академик В. Покровский подвел научные итоги конференции, отметив, что в регионы внедряется генодиагностика — система для определения устойчивости ВИЧ, а в области эпидемиологии активно проводятся исследования по восприимчивости и устойчивости ВИЧ к определенным препаратам. Он сказал, что разработка вакцины от вируса в начале пути, и призвал уделять больше внимания профилактике ВИЧ.

Представители гражданского общества ЛЖВ назвали конференцию переломной: в прошлом году десятки тысяч людей стали получать АРВ-терапию.

В заключение Г. Онищенко поблагодарил всех участников конференции за плодотворную работу.





Страны СНГ: испытание СПИДом

Согласно оценкам экспертов, около 150 000 человек в странах Восточной Европы и Центральной Азии были инфицированы ВИЧ в 2007 году. Таким образом, количество людей, живущих со СПИДом в нашем регионе, достигло 1,6 миллиона. В 2006 году почти 90% новых зарегистрированных случаев ВИЧ пришлось на Российскую Федерацию (66%) и Украину (21%). Число новых случаев растет в Азербайджане, Грузии, Казахстане, Киргизии, Молдове, Таджикистане и Узбекистане.

Глобальный фонд борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией — самый крупный в мире финансовый механизм для расширения доступа к лечению и профилактике наиболее уязвимых групп населения — уже несколько лет работает на территории восточноевропейских и постсоветских стран, обеспечивая их ресурсами для ответа на эпидемию.

Исполнительный директор Глобального фонда Мишель Казачкин, побывавший в Москве, дал интервью РИА Новости.

— Г-н Казачкин, какие шаги по реализации идей Фонда предпринимались в последнее время на территории бывших соцстран?

— Благодаря программам Глобального фонда антиретровирусное лечение стало возможным для 33 000 людей, 300 программ реализуются только в России, повысилась информированность людей по вопросам СПИДа. Тем не менее проблем еще достаточно: доступ к терапии людей, употребляющих наркотики, на очень низком уровне — около 10%. А это серьезная проблема, учитывая то обстоятельство, что инъекционное потребление наркотиков — пока еще основной путь передачи вируса в этом регионе. Без расширения доступа к лечению, без программ снижения вреда и других практик, которые доказали свою эффективность в других регионах, остановить эпидемию будет невозможно.

— Означает ли это, что пока что признаков улучшения ситуации с ВИЧ/СПИДом в странах СНГ нет?

— Несмотря на то, что в абсолютных цифрах количество случаев ВИЧ-инфекции в Евразийском регионе еще далеко от уровня эпидемии в некоторых других географических районах планеты, согласно официальной статистике, здесь живет приблизительно 1,6 млн ВИЧ-положительных людей. Но самая тревожная тенденция — прирост новых инфицированных, причем в основном это молодежь до 30 лет в самом трудоспособном и детородном возрасте. Лидирующее

место занимают Россия и Украина. В странах Кавказа и Средней Азии ситуация еще не угрожающая, но им тоже нужно быть готовым к приближающейся эпидемии, особенно в условиях активной трудовой миграции в регионе.

— Как изменились задачи Глобального фонда с момента его основания в 2002 году?

— Тогда все «акционеры» Глобального фонда — правительства, представители гражданского общества, мировые лидеры, международные организации — задались единственным вопросом: что делать с эпидемией? На тот момент было очевидно, что граждане, проживающие в богатых странах, имеют доступ к информации, к лечению и профилактике, а население, живущее в бедных странах, лишено таких возможностей. Поэтому мы определили основную задачу Фонда как обеспечение не имеющих доступа к терапии и профилактике людей ко всему, что существует на сегодняшний день. Тогда же мы приняли решение, что не будем финансировать исследования в области СПИДа, поскольку на этот счет финансирования вполне достаточно. Этот вирус изучается в мире как никакой другой. К примеру, Институт здоровья США выделяет около 3 миллиардов долларов в год на исследовательские программы, Французское исследовательское агентство, которое я в свое время возглавлял, имеет бюджет около 120 миллионов долларов в год. В последнее время частные фонды стали активно финансировать исследовательские программы — Гейтс инвестирует ог-

ромные средства в эту деятельность. Так что мы взаимно дополняем друг друга.

— Каковы перспективы работы Глобального фонда в Восточной Европе и Центральной Азии?

— Сейчас Исполнительный комитет рассматривает критерии, которым должна соответствовать страна, чтобы быть получателем грантов Глобального фонда. Для всех становится очевидным стремительный экономический рост региона. Государства, которые еще недавно были в категории стран с низкими доходами, переходят в группы со средним или высоким доходом. В некоторых случаях это происходит благодаря высоким ценам на нефть и газ. И естественно, внимание со стороны донорского сообщества к беднейшим не может быть таким же, как к тем странам, которые в состоянии перенаправить свои доходы на улучшение здравоохранения. Как это происходит сегодня в России, которая активно переходит от внешнего финансирования программ к самостоятельному выделению средств на лечение, в первую очередь, эпидемических заболеваний. Россия из получателя грантов Глобального фонда постепенно становится его донором. То есть теперь государство использует деньги фонда для решения острых проблем, но затем эти деньги вернутся в фонд, чтобы работать в других странах. Это очень хороший прецедент. Если и другие соседи России примут эту формулу софинансирования примерно в объеме 35% для активизации ответа на эпидемию, то, скажем, к 2015 г. возвращенные деньги Глобальный фонд направит на помощь другим бедствующим жителям мира.

Но проблема еще состоит в том, что зачастую в новых независимых странах увеличение доходов происходит непропорционально: богатые становятся богаче, бедные — беднее. Хочу подчеркнуть, что мы понимаем неравномерность экономического роста и пытаемся сделать все возможное, чтобы продлить присутствие Глобального фонда в постсоветских странах, ко-

торые переживают быстрое развитие, но еще не в состоянии обеспечить всех своих граждан необходимым лечением.

Прежде всего мы выделяем финансирование на усиление возможностей ВИЧ-сервисных организаций, в которых должны быть соединены усилия государственных структур и общественного сектора.

— Почему Глобальный фонд не в полной мере использует свой «финансовый вес» для изменения ситуации в тех странах, законодательства которых не отвечают современным требованиям, к примеру, там, где запрещены программы снижения вреда или заместительной терапии?

— Время, когда кто-то извне решал внутренние вопросы в той или иной стране, прошло. Политика Глобального фонда не осуществляется группой бюрократов или группой доноров для финансового давления на правительства в части законодательных инициатив. Но я настроен оптимистически. Этот регион не сможет долго оставаться в стороне от процессов, происходящих в мире, не сможет страна оставаться единственным государством, отрицающим всемирно признанные практики снижения вреда заболевания.

— Что значит «победить СПИД» в нашем регионе?

— Победить СПИД — не значит уменьшить количество инфицированных людей. Напротив, мы надеемся, что эта цифра будет увеличиваться, потому что ВИЧ-инфицированные люди будут жить полноценной и долгой жизнью благодаря расширенному доступу к антиретровирусной терапии. Требуется другое — работать над уменьшением новых инфекций, мобилизовав все возможные человеческие, финансовые и институциональные ресурсы. В одиночку — будь то даже самый мощный госаппарат — победить СПИД невозможно.



18 мая – Всемирный день памяти людей, умерших от СПИДа

GLOBAL
AIDSLink
PUBLISHED BY THE GLOBAL HEALTH COUNCIL
www.globalaidlink.org November/December 2007 #136



25 Years of AIDS Candlelight Memorial Parallels
History of AIDS Epidemic

FIGHTING FOR OUR LIVES



AN AIDS CANDLELIGHT MARCH

A personal expression to honor the dead and support the living.

SAN FRANCISCO

7:30 P.M.

FROM CASTRO & MARKET
TO U.N. PLAZA/CIVIC CENTER

BRING CANDLE

INFO / AIDS & KS FOUNDATION
(415) 864-4376

NEW YORK

8:00 P.M.

FROM SHERIDAN SQUARE
TO FEDERAL BUILDING

BRING CANDLE AND WEAR
BLACK ARMBAND WITH
PINK TRIANGLE

INFO / GMHC HOTLINE
(212) 855-4902

MONDAY, MAY 2, 1983

DESIGNED BY DARYL ELLIOTT / TYPE BY DARYL ELLIOTT / PHOTOGRAPH BY MARIO TESTA

25 лет мемориалу «Горящая свеча» и

25 YEARS of INTERNATIONAL AIDS CANDLELIGHT MEMORIAL

1981

- Центр по контролю за заболеваниями (США) докладывает о первых случаях специфичной пневмонии у 5 молодых мужчин-геев.

1982

- Центр по контролю за заболеваниями (США) дает формулировку новому заболеванию, как синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), а также объявляет четыре группы риска: мужчины, практикующие секс с мужчинами, потребители внутривенных наркотиков, выходцы из Гаити, люди с заболеванием гемофилии.
- Появление первых случаев СПИДа в Африке.

1983

- Первый мемориал «Горящая свеча» проходит в Сан-Франциско (США).



1984

- Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) обнаружен Люком Монтанье (Институт Луи Пастера, Франция) и Робертом Галлом (Национальный онкологический институт, США).



1997

- В мире насчитывается 30 млн людей, живущих со СПИДом.



1996

- Организация Объединенных Наций (ООН) возлагает на ЮНЭЙДС координацию действий по борьбе со СПИДом.

- В Бразилии начато производство АРВ-препаратов.

1995

- XII Международный мемориал «Горящая свеча» проходит в 250 городах и 45 странах.



1994

- Среди американцев 25–44 лет СПИД является лидером смертельных случаев.

1999

- СПИД называют «Убийца номер один в Африке».



2000

- XIII Международная конференция по СПИДу проходит в Дурбане (ЮАР). Это первая развивающаяся страна, принимающая подобную конференцию.

2001

- Генеральный секретарь ООН Кофи Аннан призывает к организации Глобального фонда для борьбы со СПИДом в мире.
- ЮНЭЙДС созывает первую Специальную сессию, посвященную СПИДу (UNGASS).

2002

- ВИЧ – лидер смертельных случаев в мире среди возрастной группы 15–49 лет.

- Глобальный фонд объявляет открытие первого раунда грантов.

Дню памяти людей, умерших от СПИДа

Parallels History of AIDS Epidemic



1985

- Три тысячи участников собрались на первую Международную конференцию по СПИДу, проходящую в Атланте (США).
- FDA (США) выдал первую лицензию на тест, обнаруживающий антитела к ВИЧ.
- Двенадцатилетний американский подросток Райан Уайт, живущий с ВИЧ, был выгнан из средней школы.
- Мемориал «Горящая свеча» объявлен всемирным.
- Появление первых случаев СПИДа в Китае.
- Клив Джонс создает первый квилт в память о людях, умерших от СПИДа.

1986

- Президент США Р. Рейган впервые публично говорит о СПИДе.
- Появление первых случаев СПИДа в России и Индии.



1987

- Первый антиретровирусный препарат Зидовудин (АЗТ) разрешен к применению в США.
- Появление первых случаев СПИДа в 127 странах.
- Женщины названы группой, в которой наиболее быстро растет заболевание ВИЧ-инфекцией.

1992

- FDA (США) выдал первую лицензию на «быстрый» тест на ВИЧ, результат которого получают в течение 10 мин.

1991

- Барбара Буш выставила горящую свечу в окне Белого дома.
- Принято решение перенести Всемирную конференцию по СПИДу 1992 г. из Бостона (США) в Амстердам (Голландия), потому что правительство США запрещает въезд ВИЧ-положительным людям.

1990

- В мире зарегистрировано 8 млн случаев ВИЧ-инфекции.
- В возрасте 18-ти лет умирает Райан Уайт.



1989

- Мемориал «Горящая свеча» проходит в 180 городах и 32 странах. В Азии, на Среднем Востоке и Восточной Европе мемориал проходит в первый раз.



2003

- Президент США анонсирует программу PEPFAR, в рамках которой в течение пяти лет на ВИЧ, туберкулез и малярию будет потрачено 15 млрд долларов.

2006

- ЮНЭЙДС оценивает приблизительное количество людей, живущих с ВИЧ в мире, как 39,5 миллионов.



2007

- Мемориал «Горящая свеча» проходит в 119 странах.
- В России создана правительственная комиссия по СПИДу.

Global Health Council
www.globalhealth.org

Kaiser Timeline
www.HI.org/timeline/
www.kaiserfamilyfoundation.org

PBS
www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/aids/cron/

UNAIDS
http://data.unaids.org/publications/2005/12/Maps_2005_EpiUpdate_eng.pdf



«Объединим мир против СПИДа»

Заседание высокого уровня в Нью-Йорке

Заседание высокого уровня «Объединим мир против СПИДа», проводимое в Нью-Йорке в рамках Генеральной ассамблеи Организации объединенных наций, было посвящено обзору достижений в осуществлении Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом 2001 г. и Политической декларации по ВИЧ/СПИДу 2006 г. В ходе заседания оценивались проблемы, связанные с достижением заявленной глобальной цели всеобщего доступа к профилактике, лечению и медико-социальной поддержке при ВИЧ/СПИДе к 2010 г.

Накануне заседания Генеральный секретарь ООН Пан Ги Мун представил на рассмотрение государств-членов всеобъемлющий аналитический доклад, в основу которого легли национальные отчеты 147 государств-членов, в том числе Российской Федерации.

В своем выступлении Пан Ги Мун отметил, что на конец прошлого года 3 млн человек в странах с низким и средним уровнями дохода имели доступ к антиретровирусной терапии. Обнадеживают тенденции в оказании помощи женщинам и детям. На сегодняшний день все больше матерей имеют доступ к мерам профилактики передачи ВИЧ младенцам. Больше

ВИЧ-инфицированных детей получают помощь в виде лечения и программ по уходу.

Тем не менее, в прошлом году было зарегистрировано 2,5 млн новых случаев инфицирования ВИЧ. Более 2 млн человек умерли от этой болезни. В мире было в два раза больше людей, нуждавшихся в антиретровирусной терапии, чем тех, кто имел к ней доступ. Такая ситуация, по мнению Генерального секретаря ООН, совершенно неприемлема.

По словам Пан Ги Муна, задача сейчас состоит в том, чтобы, опираясь на уже достигнутое, устранить существующие пробелы и умножить усилия в предстоящие годы. Добиться этого можно только при условии повышения приверженности делу борьбы со СПИДом и увеличения объема выделяемых на это финансовых средств.

Пан Ги Мун напомнил о том, что текущий год является знаковым во многих отношениях. В сентябре состоится сессия Ассамблеи для рассмотрения прогресса в деле достижения целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, — на полпути к установленному 2015 г. Прекращение и обращение вспять распространения СПИДа — это не самоцель, а



Пан Ги Мун

непременное условие достижения почти всех других целей.

В этом году также отмечается шестидесятая годовщина принятия Всеобщей декларации прав человека. По мнению Пан Ги Муна, поражает то, что спустя шесть десятилетий после принятия Декларации все еще существует дискриминация в отношении представителей групп риска, а также стигматизация ВИЧ-инфицированных. Это не только загоняет вирус в подполье, но и является вызовом общей человечности. Что же касается мира в целом, то Генеральный секретарь ООН призвал изменить законы, способствующие сохранению стигматизации и дискриминации, включая снятие ограничений на поездки ВИЧ-инфицированных лиц.

В заключение своего выступления Пан Ги Мун произнес слова благодарности в адрес Исполнительного директора ЮНЭЙДС Питера Пиота в связи с уходом последнего в отставку.

Официальную делегацию Российской Федерации на заседании возглавил руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

(Роспотребнадзор) Геннадий Онищенко. В делегацию вошли представители федеральных органов исполнительной и законодательной власти, ведущих российских общественных организаций, работающих в сфере противодействия ВИЧ/СПИДу, и сообщества людей, живущих с ВИЧ.

На заседании был представлен Национальный доклад Российской Федерации о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Кроме того, делегаты могли ознакомиться с Докладом гражданского общества России «Россия на пути к всеобщему доступу к профилактике, лечению и поддержке при ВИЧ/СПИДе». Оба документа содержат отчет о ходе выполнения российскими государственными и общественными организациями Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом.

Отвечая на вопросы журналистов и выступая на заседании, Г. Онищенко отметил, что в России ежегодно выявляют около 35–40 тыс. ВИЧ-инфицированных. Этот показатель свидетельствует о снижении числа заболевших в сравнении с 2001 г., когда в России за год было зарегистрировано около 80 тыс. ВИЧ-инфицированных. Из федерального бюджета на 2007–2008 гг. на диагностику и лечение ВИЧ-инфекции и меры профилактики было выделено 450 млн долларов. Эта сумма, по словам Г. Онищенко, в десятки раз превышает уровень финансирования предшествующего периода.

Г. Онищенко сообщил, что в рамках Приоритетного национального проекта «Здоровье» за последний год в России были обследованы 23 млн человек. В настоящее время в России антиретровирусную терапию получают более 35 тыс. пациентов. Свыше 90% ВИЧ-инфицированных беременных женщин прошли химиопрофилактику. По данным Г. Онищенко, число незараженных детей, родившихся от больных СПИДом или ВИЧ-инфицированных матерей в России, соответствует среднеевропейскому уровню.

Г. Онищенко проинформировал собравшихся о реализации в России более 300 проектов по



Члены российской делегации в зале заседаний



На трибуне Г. Онищенко



Фотовыставка «Автопробег СПИД–СТОП!» в здании ООН

профилактике ВИЧ/СПИДа, а также о наращивании объемов финансирования неправительственных организаций, занимающихся борьбой с эпидемией. Однако, по мнению руководителя Роспотребнадзора, профилактические программы в России работают еще недостаточно хорошо. «Нам надо больше думать о том, как бы сделать так, чтобы люди не заражались, а не только о том, как лечить заразившихся», — прокомментировал он ситуацию.

Г. Онищенко отметил, что в ряде российских исследовательских центров продолжают работы по созданию вакцины против ВИЧ. На эти цели в декабре прошлого года правительство выделило более 1 млрд руб. на три года. «Однако ждать скорых результатов не приходится, поскольку такие исследования крайне сложны», — добавил он.

Отдельно Г. Онищенко остановился на международной финансовой помощи, получаемой Россией. Он подчеркнул, что Россия самостоятельно «обеспечивает у себя противодействие СПИДу».

В заключение Г. Онищенко заявил о готовности Российской Федерации принять на себя лидерство в регионе Восточной Европы и Цент-

ральной Азии по ряду аспектов противодействия эпидемии, понимая его, прежде всего, как ответственность в расширении технического, финансового и организационного содействия странам региона.

В здании ООН была развернута фотовыставка «СПИД–СТОП!», посвященная автопробегу Владивосток–Москва, одному из наиболее эффективных профилактических мероприятий, которое было включено в страновой доклад на специальной сессии Генеральной ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу, как лучшая практика. Автопробег был организован и проведен при поддержке фонда «Российское здравоохранение».

В ходе заседания было организовано широкое обсуждение проблем профилактики, лечения ВИЧ-инфекции, а также вопросов поддержки и ухода за людьми, живущими с ВИЧ. На дискуссионных форумах обсуждались следующие темы:

- использование результатов и ускорение прогресса в направлении обеспечения всеобщего доступа к профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа к 2010 г. и достижения целей развития тысячелетия в сфере здравоохранения;
- обеспечение лидерства и политической поддержки в странах с концентрированными эпидемиями;
- ВИЧ/СПИД — проблема будущих поколений, требующая принятия долгосрочных мер;
- феминизация эпидемии: гендерные аспекты противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа.

Обсуждения были открыты для представителей государств-членов, наблюдателей и представителей гражданского общества.

На заседании были представлены неправительственные организации со всего мира. 10 июня



Г. Онищенко осматривает фотовыставку



Члены российской делегации Д. Алексева и А. Перышкина



состоялись интерактивные слушания с участием представителей гражданского общества и государств-членов ООН. Участники говорили о мифах и реалиях, связанных с расширением доступа к мерам профилактики и всеобщего доступа ВИЧ-инфицированных к лечению.

Выступая перед участниками этих слушаний, представитель Международного совета СПИД-сервисных организаций (ИКАСО) Марк Хейвуд обратил внимание на важное значение

соблюдения прав человека при осуществлении мер в ответ на СПИД. По его словам, это «обязанность правительств, а не выбор, и обязанность гражданского общества – заставить правительства обеспечить стандарты, которые они признали на бумаге».

Источники: Роспотребнадзор, Центр новостей ООН, ЮНЭЙДС, фонд «Российское здравоохранение»



Члены российской делегации на встрече с М. Казачкиным. Слева направо: В. Маяновский (ВО ЛЖВ), Д. Алексеева («Фокус-Медиа»), М. Шегай (ФРЗ), М. Казачкин (Глобальный фонд), А. Перышкина («СПИД инфосвязь») и А. Панкратов (ФРЗ)

Доклад гражданского общества «Россия на пути к всеобщему доступу к профилактике, лечению и поддержке при ВИЧ/СПИДе»

Доклад подготовлен Всероссийской сетью снижения вреда, Национальным форумом некоммерческих организаций, работающих в области ВИЧ/СПИДа, и Всероссийским объединением людей, живущих с ВИЧ (ВО ЛЖВ), при поддержке Евразийской сети снижения вреда (ЕССВ) и Международной коалиции по готовности к лечению ВИЧ/СПИДа (ИТРС) в Восточной Европе и Центральной Азии, благодаря финансовой помощи Института «Открытое общество».*

Доклад был бы невозможен без поддержки и участия представителей некоммерческих организаций, а также вклада государственных и международных организаций. Авторы выражают благодарность РОО «Сообщество ЛЖВ», Общественному благотворительному фонду борьбы со СПИДом «Шаги», НКО «Трансатлантические партнеры против СПИДа». Особую признательность три всероссийские сети выражают лично Анастасии Агафоновой, Дональдосу Андзолису и его команде, Нази Арутюнян, Асе Бидординовой, Алексею Бурлаку, Григорию Вергусу, Денису Ефремову, Татьяне Евлампиевой, Денису Годлевскому, Юлии Кандинской, Жене Марон, Владимиру Маяновскому, Даше Очерет, Игорю Пчелину, Геннадию Рошупкину, Людмиле Семеновой, Шоне Шоннинг, Раминте Штуйките.

Этот доклад был подготовлен совместными усилиями трех российских сетей, которые объединяют представителей гражданского общества. Его цель — привлечь внимание к жизненно важным вопросам, связанным с достижением в России к 2010 году универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке людей, живущих с ВИЧ, и тем самым восполнить информацию, содержащуюся в Национальном докладе по выполнению Декларации приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом и других отчетах, представленных от РФ на Специальной сессии Генеральной ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу 2008 года (UNGASS-2008).

В Российской Федерации продолжает развиваться эпидемия ВИЧ-инфекции: на 31 декабря 2007 г. были зарегистрированы 416 113 случаев заражения ВИЧ. Наиболее затронутыми эпидемией группами являются потребители инъекционных наркотиков, а также секс-работники, мужчины, имеющие секс с мужчинами, заключенные, а также их сексуальные партнеры¹. В России постоянно увеличивается количество пациентов, нуждающихся в антиретровирусной терапии. В последние годы началось значительное расширение охвата программами профилактики, лечения, ухода и поддержки, но, несмотря на определенный прогресс, наметившийся в достижении целей универсального доступа к 2008 г., необходимо преодолеть множество сложностей, чтобы достигнуть целей 2010 года.

Тринадцать приоритетных вопросов, которые были сформулированы представителями гражданского общества в ходе подготовки Национального доклада на UNGASS-2008, но не были в него включены

1. Проблемы, связанные с планированием закупок и поставок АРВ-препаратов и с поддержкой приверженности терапии.
2. Недостаточная эффективность механизмов участия представителей НКО и ЛЖВ в работе единой национальной системы мониторинга и оценки.
3. Отсутствие у государства четкой позиции в отношении программ снижения вреда. Низкая вовлеченность программ снижения вреда в процесс предоставления АРВ-терапии. Отсутствие широкого доступа к научно обоснованным программам наркологического лечения и реабилитации для наркозависимых лиц в России.
4. Ограниченный доступ к услугам по добровольному тестированию и консультированию, основанным на принципах добровольности, конфиденциальности и согласия.
5. Отсутствие единой комплексной программы профилактики, в том числе среди подростков и молодежи. Низкий уровень вовлеченности в деятельность, связанную с ВИЧ/СПИДом, учреждений системы образования, социальных и прочих служб.

* Издано ЕССВ и ИТРС ВЕЦА, июнь 2008 год. Мнения, изложенные в данной публикации, могут не всегда совпадать с позицией Евразийской сети снижения вреда (ЕССВ), Международной коалиции по готовности к лечению ВИЧ/СПИДа и Института «Открытое общество».

¹ Национальный доклад РФ для UNGASS-2008 — www.unaids.org

6. Несовершенство механизмов финансовой поддержки общественных организаций, работающих в области противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции, из государственных источников.

7. Нарушение права на репродуктивное здоровье в отношении дискордантных пар.

8. Законодательный запрет на усыновление ребенка из детского дома людьми, живущими с ВИЧ.

9. Трудности с доступом к диагностике и лечению в пенитенциарных учреждениях.

10. Невозможность обеспечения лечением беспризорных детей.

11. Ограничения в доступе к заменителям грудного молока, адаптированным для детей, рожденных от ВИЧ-положительных матерей.

12. Недостаток ресурсов (персонала, времени, финансов) и синдром стгорания в государственных и негосударственных организациях. Необходимость подготовки и переподготовки специалистов в области ВИЧ/СПИДа и смежных областях для работы по профилактике и лечению.

13. Проблемы при получении АРВ-терапии в случае смены места жительства (внутренняя миграция) для граждан РФ.

Основные рекомендуемые меры для обеспечения универсального доступа к услугам по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ-инфекцией в РФ

В сфере профилактики необходимо:

- обеспечить должное финансирование профилактических программ для проведения широкомасштабных национальных кампаний, в частности, направленных на уязвимые группы; сформулировать единые подходы к проведению профилактических вмешательств, основанные на принципах рационального использования средств и лучшей мировой практике;

- выработать единый долгосрочный стратегический подход к разработке и реализации программ профилактики ВИЧ-инфекции, направленных на молодежь, потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) и другие уязвимые группы населения; создать нормативную базу для профилактики ВИЧ-инфекции среди ПИН, которая бы соответствовала международным стандартам;

- систематически проводить научные исследования (для определения численности уязвимых групп, выявления рискованных практик и т.д., факторов, способствующих/препятствующих заражению и т.п.);

- обсудить эффективные методы профилактики и лечения ВИЧ-инфекции и наркозависимости, включая заместительную терапию;

- развивать единую систему мониторинга и оценки выполнения задач в области профилактики ВИЧ-инфекции, поставленных в рамках Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения Федеральной целевой про-

граммы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007–2011 годы»; обеспечить доступность результатов мониторинга для всех заинтересованных сторон; способствовать формированию системы поведенческого эпиднадзора на национальном уровне;

- обсудить перспективы развития эффективных механизмов взаимодействия государственных структур, организаций гражданского общества и НКО в реализации программ противодействия социально значимым заболеваниям на заседании Правительственной комиссии по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита (ВИЧ-инфекции).

В сфере лечения необходимо:

- разработать и внедрить национальные протоколы по лечению ВИЧ-инфекции;

- усовершенствовать систему координации мероприятий по обеспечению лечением и поддержкой при ВИЧ-инфекции и других социально значимых заболеваниях (наркозависимость, туберкулез, вирусные гепатиты);

- разработать нормативную базу и интегрировать институт равных консультантов и социального сопровождения в систему лечения и поддержки пациентов с ВИЧ-инфекцией; обеспечить соответствующее обучение специалистов и подготовку равных консультантов;

- во всех регионах РФ для всех пациентов обеспечить своевременный и бесплатный доступ к обследованию на резистентность и обследованию, необходимому для назначения АРВ-терапии;

- усовершенствовать систему организации закупок и распределений АРВ-препаратов, тест-систем, оборудования и т.д. для обеспечения непрерывности в кратко- и долгосрочной перспективе лечения и оценки эффективности этого лечения;

- обеспечить высокий профессиональный уровень врачей и медицинского персонала СПИД-центров; своевременно предоставлять им необходимую для грамотного назначения АРВ-терапии информацию, в том числе в случаях, связанных с употреблением наркотиков;

- найти источники финансирования для решения вопросов диагностики и лечения ВИЧ-инфекции в пенитенциарной системе. Наладить взаимодействие между учреждениями системы исполнения наказаний со СПИД-центрами.

НКО и активисты выражают готовность к участию в процессе достижения национальных целей универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции в России к 2010 году. Важно полноценное участие общественных организаций и активистов в разработке стратегии по ВИЧ/СПИДу, а также в создании и работе единой национальной системы мониторинга и оценки (МиО) (в частности, при подготовке Национального доклада).

О процессе подготовки Национального доклада по выполнению Декларации приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом были проинформированы более 250 организаций и активистов. Непосредственное участие в его разработке приняли Всероссийское объединение людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), Всероссийская сеть снижения вреда и Национальный форум некоммерческих организаций, которые выступили с идеей создания альтернативного доклада для Специальной сессии Генеральной ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу 2008 года (UNGASS-2008). В основе альтернативного доклада – предложения, поступившие от НКО и активистов в ходе их работы над Национальным докладом, а также материалы Ресурсного центра по изучению политики в сфере ВИЧ/СПИДа НКО «Трансатлантические партнеры против СПИДа» и национальных совещаний по вопросам обеспечения в Российской Федерации универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции (2005 и 2008 годов). Подготовка альтернативного доклада осуществлялась при поддержке Евразийской сети снижения вреда (ЕССВ) и Международной коалиции по готовности к лечению (ИТРС) Восточной Европы и Центральной Азии.

Представители общественных организаций и активисты приветствовали инициативу государства по вовлечению в процесс подготовки Национального доклада представителей гражданского общества. Бесспорно важным моментом было признано включение в доклад информации о деятельности государственных структур и национальных проектов, которая стала возможной благодаря значительному увеличению ежегодного финансирования из федерального бюджета.

Вместе с тем, по мнению представителей гражданского общества, информация, представленная в одном из ключевых разделов Национального доклада «Основные проблемы и меры их устранения», не в полной мере отражает фактическую ситуацию по ВИЧ-инфекции в России. В докладе недостаточно освещена роль НКО и почти ничего не сказано о роли и опыте проектов, реализуемых государственными учреждениями и НКО в регионах на средства из местных и внебюджетных источников финансирования. Подчеркивая вклад государства и НКО в дело борьбы с эпидемией, не анализируются результаты их деятельности и достижения, а также проблемы, с которыми сталкиваются люди, на которых нацелена их деятельность: медицинские специалисты, дети, молодежь, люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ), потребители инъекционных наркотиков (ПИН), мужчины, имеющие сексуальные отношения с мужчинами (МСМ), коммерческие секс-работники (КСР), осужденные, внутренние и внешние мигранты. Эта информация является необходимым поясняющим дополнением и подтверждением статистики,

направляемой в Объединенную программу ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС). НКО и активисты движения имеют доступ к самым закрытым и бесправным группам, зачастую подвергающимся стигматизации и дискриминации. В этой связи, они могут быть источником объективной информации о рискованных практиках поведения и проблемах, препятствующих предоставлению и получению услуг профилактики и лечения, проведению мониторинга и оценки, разработки стратегии и определения ответных мер на местном и национальном уровнях.

Приоритетные вопросы, сформулированные представителями НКО и активистами в ходе подготовки Национального доклада, – впервые предпринятая попытка обсуждения наиболее сложных препятствий на пути обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции в Российской Федерации. Это приглашение к диалогу и поиску решений, а также направление для дальнейших действий (совместных или с разграничением обязанностей между представителями соответствующих секторов общества).

Цель альтернативного доклада – дополнить Национальный доклад и другие доклады, заявленные от России на UNGASS-2008, информацией по наиболее актуальным проблемам, препятствующим достижению универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции в России.

Краткое описание ситуации

Общее число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции среди граждан России на 31 декабря 2007 года составило 416 113 человек. Обеспокоенность экспертов вызывает факт ежегодного увеличения количества новых случаев ВИЧ-инфекции, начиная с 2004 года².

Год	Кол-во новых случаев
2003	36 350
2004	33 757
2005	35 684
2006	39 642
2007	44 475

За последние шесть лет увеличивалось абсолютное и относительное число случаев заражения ВИЧ-инфекцией при гетеросексуальных контактах. С 2006 г. вновь увеличивается доля случаев заражения ВИЧ-инфекцией, связанных с инъекционным употреблением наркотиков. Наиболее значимыми группами в развитии эпидемии ВИЧ-инфекции являются ПИН, МСМ, КСР, лица, отбывающие наказание в местах ли-

² Прогресс в обеспечении универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции в Российской Федерации. // Материалы совещания. – М., 2008.

шения свободы, и сексуальные партнеры всех указанных групп³.

Особенностью эпидемии ВИЧ-инфекции в России является постоянное увеличение количества пациентов, нуждающихся в антиретровирусной терапии. Пик заражения пришелся на 1997–2001 гг. и в основном затронул потребителей инъекционных наркотиков. Многие из этих людей до сих пор не знают о своем заражении. Это значительно осложняет ситуацию, так как делает крайне проблематичным прогнозирование реального количества нуждающихся в лечении.

Приоритетными направлениями в деле борьбы с ВИЧ/СПИДом в РФ до 2010 года являются профилактика и расширение доступа к АРВ-терапии.

В частности, Россией поставлены амбициозные цели в области профилактики – «охват молодежи в возрасте 15–24 лет профилактическими программами по ВИЧ-инфекции – 95%» и «охват уязвимых групп – ПИН, КСР и МСМ – профилактическими программами – не менее 30%».

Одна из важнейших национальных задач по достижению универсального доступа к профилактике, лечению и диагностике в связи с ВИЧ-инфекцией – достижение «охвата антиретровирусной терапией не менее 80% всех нуждающихся ЛЖВ к 2010 году».

Плановый показатель на 2007 год – «обеспечение терапией не менее 30 000 ВИЧ-инфицированных в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи» – был выявлен на основании заявок органов управления здравоохранения субъектов РФ, составленных согласно рекомендованным критериям с целью определения объема препаратов для лечения ВИЧ-инфекции (показатель 13–20% от числа зарегистрированных пациентов был принят как показатель достаточности охвата АРВ-терапией)⁴.

Приоритетные проблемы, разделяемые НКО и государственными структурами, включенные в Национальный доклад

По мнению представителей гражданского общества, раздел Национального доклада, связанный с проблемами, не полностью отражает ситуацию и существующие барьеры на пути обеспечения всеобщего доступа к профилактике и лечению при ВИЧ-инфекции. В частности в этот раздел не вошли две трети предложений гражданского общества.

³ Национальный доклад РФ для UNGASS-2008 – www.unaids.org

⁴ Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека «О направлении критериев для определения объема заявок на антиретровирусные препараты и диагностические средства на 2007 год», № 0100/11323-06-32 от 20 октября 2006 г.

Важно отметить, что по ряду проблем представители государственных структур разделяют озабоченность НКО и активистов, что было отражено в Национальном докладе.

Проблемы, сформулированные представителями гражданского общества и вошедшие в Национальный доклад.

1. Непрозрачность системы регистрации и закупок, перебои в поставках.

2. Слабое вовлечение в работу, связанную с ВИЧ/СПИДом, образовательных учреждений, службы социальной защиты, прочих социальных служб.

3. Проблемы с доступом к полноценному тестированию (в основном, к тестированию на резистентность).

4. Туберкулез и вирусные гепатиты. Отсутствие интеграции лечения туберкулеза, вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции.

Проблемы, представленные в Национальном докладе (сохранена нумерация Национального доклада).

7. Требуется дальнейшего совершенствования система управления лекарственным обеспечением в отношении АРВ.

5. Слабое развитие программ по формированию приверженности к АРВ-терапии и социальному сопровождению ЛЖВ, недостаточное вовлечение социальных служб.

4. Недостаточный охват ежегодным обследованием людей, живущих с ВИЧ (в том числе на количество CD4-клеток и уровень вирусной нагрузки), согласно стандарту РФ по оказанию медицинской помощи для назначения ВААРТ, выявления и лечения оппортунистических и сопутствующих заболеваний.

3. Недостаточно эффективное взаимодействие служб, занимающихся вопросами выявления и лечения больных социально значимыми заболеваниями: ВИЧ-инфекцией, наркоманией, туберкулезом, вирусными гепатитами, ИППП.

Тринадцать вопросов, сформулированных представителями гражданского общества в ходе подготовки Национального доклада для UNGASS-2008 и недостаточно отраженных в нем

В данном разделе представлены приоритетные, с точки зрения гражданского общества, проблемы, которые были направлены его представителями на рассмотрение в рабочую группу, но не вошли в текст Национального доклада. Сформулированные представителями НКО и активистами в процессе подготовки Национального доклада, они задают направление для диалога, поиска решений и определения дальнейших действий.

1. Проблемы, связанные с планированием, закупками и распределением АРВ-препаратов, перебои в их поставках и назначении приводят к негативным последствиям для здоровья ЛЖВ (вынуж-

денному прерыванию курса лечения, отказу от терапии). Представители государственных структур, НКО и активисты признают необходимость совершенствования механизмов и системы управления лекарственным обеспечением в отношении АРВ-терапии. Закупки тест-систем и лекарственных препаратов для проведения АРВ-терапии в рамках Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения осуществляются централизованно. Затем препараты, в соответствии с ранее поданными заявками, направляются в регионы. По прогнозам специалистов региональных СПИД-центров, препараты, заявленные на 2008 год, начнут поступать только в сентябре. Возможные в этой ситуации перебои с поставками могут оказаться причиной вынужденных перерывов в лечении и изменений схем лечения не по медицинским показаниям, а в связи с отсутствием того или иного препарата, что создает серьезные препятствия для достижения пациентами приверженности.

В День памяти людей, умерших от СПИДа, РОО «Сообщество ЛЖВ» проинформировала общественность и СМИ о том, что имевшие место в 2006 и 2007 годах проблемы, обусловленные закупкой препаратов, могут возникнуть и в этом году: «Для закупки антиретровирусных препаратов Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию проводит открытый аукцион, по результатам которого заключаются контракты с поставщиками лекарств. С момента заключения контрактов до того, как препараты окажутся в регионах, обычно проходит несколько месяцев. В 2007 году между аукционом и первыми поставками прошло около 3-х месяцев. Даже если аукцион на поставку препаратов в 2008 году состоится вовремя (он был запланирован на 28 мая 2008 года), то, судя по опыту прошлого года, пациенты получат эти препараты не ранее конца лета».

В 2008 году для нуждающихся в АРВ-терапии ЛЖВ могут возникнуть дополнительные сложности из-за очередной административной реформы: «Ситуацию усложняет тот факт, что Росздрав, который в данном аукционе выступает государственным заказчиком, был упразднен⁵, из-за чего возникают серьезные сомнения в том, что аукцион сможет состояться в запланированный срок, так как функции Росздрава вряд ли за такое время могут быть распределены и встроены в другие структуры согласно Указу Президента»⁶.

По мнению директора РОО «Сообщество ЛЖВ» Сергея Смирнова, «если это [связанные с поставками препаратов проблемы] произойдет в третий раз, в чем никто не заинтересован, то

можно будет констатировать определенную системность в нарушении взятых на себя государством обязательств. Может создаться впечатление, что бюрократические барьеры преобладают над необходимостью обеспечить людей жизненно важным лечением. Это вызывает сомнения в том, что забота государства о здоровье своих граждан имеет место не «для профформы» и не напоказ»⁷.

Следующая проблема тесно связана с вопросами лечения. Представители НКО и активисты говорят о недостаточном развитии программ по формированию приверженности к АРВ-терапии и социальному сопровождению для людей, живущих с ВИЧ, недостаточном вовлечении социальных служб. Представители государственных структур, в свою очередь, отмечают слабое вовлечение в деятельность, связанную с ВИЧ/СПИДом, образовательных учреждений, службы социальной защиты и прочих социальных служб.

В 2006 году 64% всех случаев прекращения приема АРВ-препаратов были обусловлены употреблением наркотиков, сменой места жительства, привлечением к уголовной ответственности, 18% – побочными эффектами терапии (в частности, сердечной и печеночной недостаточностью), 7% – смертью пациентов и 11% – отсутствием необходимых препаратов⁸.

2. Недостаточная эффективность механизмов участия представителей НКО и ЛЖВ в работе единой национальной системы мониторинга и оценки. Существующие в РФ элементы системы мониторинга и оценки ситуации по ВИЧ/СПИДу являются фрагментарными и часто не связаны друг с другом. Сбором и анализом данных на национальном уровне занимаются Федеральный СПИД-центр, Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения (ФГУ ЦНИИОИЗ МЗ РФ) и Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. При Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека существует аналитическая группа, которая занимается мониторингом и оценкой эффективности проектов и программ противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции. Статистические данные, получаемые Федеральным СПИД-центром из всех регионов России (тестирование, выявленные случаи ВИЧ-инфекции и т.д.) и Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (из разных ведомств, институтов и НКО, участвующих в реализации проектов национального уровня), служат основой для фор-

⁵ Указ Президента РФ «Вопросы системы и структуры федеральных органов исполнительной власти» от 12 мая 2008 года. www.kremlin.ru/text/docs/2008/05/200501.shtm

⁶ День памяти о лекарствах /пресс-релиз РОО «Сообщество ЛЖВ» от 16 мая 2008 года.

⁷ Там же.

⁸ Результаты реализации Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в области противодействия ВИЧ/СПИДу 2006–2007 годы. / Презентация Л.А. Дементьевой. //Материалы совещания. – М., 2008.

мирования программ реагирования. В этой связи, задачей аналитической группы является проведение масштабной работы в области мониторинга и оценки, с привлечением всех секторов общества огромной страны России (следует отметить, что в группе МиО работают всего два специалиста).

Помимо аналитической группы есть еще рабочая экспертная группа (РЭГ), созданная Координационным советом по ВИЧ/СПИДу РФ. РЭГ состоит из представителей государственных органов, общественных объединений и организаций, работающих в области профилактики ВИЧ/СПИДа на территории России. «Цель РЭГ – оказание поддержки Правительству РФ, развитие и внедрение национальных стандартов и целей по МиО, проведение исследований, основывающихся на национальных и международных принципах и практике...»⁹. Количество представителей НКО в РЭГ постоянно сокращается. На сайте группы по МиО (www.infomio.ru) нет информации о возможности принять участие в ее работе, нет описания деятельности, рабочего плана и списка участников РЭГ.

Данные от НКО собираются нерегулярно и в сжатые сроки. Не существует стандартизованного подхода к проведению поведенческого эпиднадзора, на основании которого можно было бы делать выводы о распространении эпидемии в уязвимых группах (среди таких подходов: города с численностью населения более 1 млн человек, портовые и приграничные города, вовлечение в процесс эпиднадзора второго поколения всех федеральных округов и т.д.). При отсутствии прозрачных, общеизвестных и доступных всем участникам процесса механизмов сбора информации оперативно удается получить данные лишь от нескольких НКО, принимающих участие в программах или проектах национального уровня. При этом игнорируется опыт более 200 СПИД-сервисных НКО, работающих в различных регионах России. Система мониторинга и оценки должна распространяться на все субъекты данного процесса (как государственные, так и негосударственные учреждения, работающие в области ВИЧ/СПИДа) и быть направлена на централизованный сбор информации по заранее определенным критериям, с использованием единых инструментов и методологии для всех регионов страны. Только таким образом она может быть действительно эффективной для оценки ситуации, принятия решений и выработки стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в РФ.

Для полноценного и более активного участия гражданского общества в разработке и развитии системы мониторинга и оценки в России необходимо совершенствовать механизмы при-

влечения НКО и затронутых эпидемией сообществ – получателей услуг, предоставляемых государственными и негосударственными СПИД-сервисными организациями. Важно задействовать механизмы обеспечения участия гражданского общества, доказавшие свою эффективность в процессе работы над национальными целями универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции и подготовки Национального доклада для UNGASS 2008¹⁰.

Регулярное распространение информации, своевременное направление запросов, обучающие мероприятия на национальном уровне во всех регионах России будут способствовать созданию и эффективному функционированию единой системы мониторинга и оценки. Единая система МиО должна быть тесно связана с совместной разработкой государственными организациями и НКО национальной стратегии противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции. При этом государство должно выделять соответствующие ресурсы для проведения мероприятий по МиО и стратегического планирования.

3. Отсутствие у государства четкой позиции в отношении программ снижения вреда. Недостаточная роль программ снижения вреда в предоставлении АРВ-терапии. Отсутствие широкого доступа к научно обоснованным программам наркологического лечения и реабилитации для наркозависимых лиц в России. В стране, где 83% всех зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции связаны с употреблением наркотиков, лечение наркозависимости должно играть крайне важную роль в профилактике ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), обеспечении этой целевой группе доступа к лечению и поддержке приверженности к АРВ-терапии. В России нет адекватной государственной системы психосоциальной поддержки (реабилитации) после детоксикации, отсутствует система реабилитации ПИН (в том числе интегрированная в систему Федеральной службы исполнения наказаний – ФСИН России), действует законодательный запрет на замещение терапии (ЗТ). Ситуация еще более усугубляется высокой степенью дискриминации и стигматизации ПИН. На фоне незначительных возможностей помощи людям, страдающим наркозависимостью, серьезным препятствием для их обращения в специализированные учреждения является принятая система обязательной постановки на наркологический учет, которая может повлечь такие негативные последствия, как например отчисление из учебного учреждения или увольнение с работы.

В 2007 году международная правозащитная организация Хьюман Райтс Вотч (HRW) высту-

⁹ www.infomio.ru/content/view/13/28/

¹⁰ Отчет «О вовлеченности гражданского общества Российской Федерации в процесс подготовки Национального доклада РФ для Специальной сессии Генеральной ассамблеи ООН (ССГАООН/ UNGASS)». //Международная коалиция по готовности к лечению.

пила с докладом «Право на реабилитацию». Доклад был построен на основании проведенных HRW исследований в Казани, Калининграде и Пензе. Согласно его результатам, «подавляющее большинство наркозависимых лиц в России не имеют доступа к лечебным методикам с подтвержденной эффективностью»¹¹. Исследование HRW, вкуче с исследованием Фонда медико-социальных реформ ФРОНТЭЙДС, были направлены в ICASO с целью использования при подготовке альтернативного доклада для UNGASS-2008¹². Активисты признали, что доклад HRW затрагивает важные вопросы в области обеспечения лечения наркозависимости и других услуг, непосредственно связанных с обеспечением универсального доступа к профилактике и лечению при ВИЧ-инфекции.

В целях обеспечения универсального доступа к профилактике и лечению при ВИЧ-инфекции Всемирная организация здравоохранения, Агентство ООН по наркотикам и преступности и Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДУ рекомендуют использовать комплексный подход к оказанию помощи потребителям наркотиков. Одним из препятствий к реализации этих рекомендаций и обеспечению универсального доступа к профилактике и лечению при ВИЧ-инфекции среди ПИН в России является законодательный запрет на использование программ заместительной терапии.

Существенную поддержку в организации доступа для ПИН к услугам специализированной службы оказывают программы снижения вреда. На данный момент в 40 регионах РФ реализуются более 80 проектов снижения вреда. О признании необходимости профилактики ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и других негативных последствий употребления наркотиков свидетельствует тот факт, что проекты снижения вреда финансируются из государственных источников, Приоритетного национального проекта «Здоровье», Всемирного Банка, проектов Глобального фонда*, а также из местных бюджетов в ряде регионов.

Юридический статус программ снижения вреда закреплен указом Президента РФ «О внесении в декабре 2003 года поправок в 230 статью УК РФ «Склонение к употреблению наркотических средств или психотропных веществ»: «Действие настоящей статьи не распространяется на случаи пропаганды применения в целях профилактики ВИЧ-инфекции и других опасных инфекционных заболеваний соответствующи-

щих инструментов и оборудования, используемых для употребления наркотических средств и психотропных веществ, если эти деяния осуществлялись по согласованию с органами исполнительной власти в области здравоохранения и органами по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ»¹³. За выработку единой позиции и выпуск документа с целью реализации поправки к статье 230 УК РФ отвечают Федеральная служба Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков (ФСКН РФ) и Министерство здравоохранения и социального развития РФ.

Разработанный экспертами проект документа Минздравсоцразвития РФ передал в ФСКН РФ еще в 2005 году. Но, по данным на май 2008 года, ФСКН РФ не исполнил соответствующий пункт собственной программы¹⁴. При этом подразделения ФСКН на региональном и местном уровнях часто объясняют собственное негативное отношение и действия (бездействие) именно отсутствием документов и соответствующих инструкций со стороны руководства.

На практике препятствиями к широкомасштабной реализации профилактических программ, направленных на наиболее затронутую и уязвимую к ВИЧ-инфекции и вирусным гепатитам группу ПИН, являются недостаточный уровень межведомственного взаимодействия и неисполнение ведомственных планов.

По информации, предоставляемой проектами и программами СВ, в настоящее время охват ПИН профилактическими мероприятиями на территориях, где они работают, составляет от 6 до 30%. Согласно Национальным целям по достижению универсального доступа, к 2010 году в РФ повсеместно должен быть преодолен 30%-ный охват ПИН.

Проблемы ВИЧ/СПИДа и наркозависимости существуют во всех регионах РФ, но проекты СВ реализуются менее чем в половине из них. Нерешенные административные и методические вопросы затрудняют процессы расширения деятельности проектов и обеспечения охвата целевой аудитории профилактикой и лечением. Разработка мероприятий осложняется еще и отсутствием объективных данных по численности группы ПИН, так как научные исследования проводятся крайне редко и нерегулярно.

4. Недостаточный доступ к добровольному консультированию и тестированию на ВИЧ-инфекцию с применением принципов конфиденциальности и согласия. Необходимость повышения

* Финансирование ГФ будет полностью возмещено правительством РФ: «Россия намерена компенсировать Глобальному фонду до 2010 года сумму около 270 млн долларов, которые направлялись Глобальным фондом на проекты в Российской Федерации». www.g8russia.ru/docs/10.html

¹¹ ВИЧ/СПИД в Восточной Европе и Центральной Азии. — 2008, апрель. www.itpcru.org/%D0%B4%D0%B3%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%B2%D0%BA%D0%B0_%D0%BA_ungass_2008/cs_involvement

¹² Право на реабилитацию. Проблемы лечения наркозависимости в Российской Федерации с точки зрения международных стандартов. — «Хьюман Райтс Вотч в России» (HRW), 2007.

¹³ www.icaso.org/countries_NR.html

¹⁴ Федеральный закон «О внесении изменений и дополнений в Уголовный кодекс Российской Федерации» от 8 декабря 2003 г., № 162-ФЗ, ст. 1 (157). www.rg.ru/2003/12/16/kodeks.html

качества до- и послетестового консультирования. В настоящее время в России проводится масштабное тестирование населения. По данным, представленным в Национальном докладе РФ для UNGASS-2008, в области тестирования и консультирования достигнут универсальный доступ. В 2007 году порядка 20–24 млн человек (15–17% населения РФ) прошли обследование на ВИЧ-инфекцию, из них 10% (34) – мужчины и женщины в возрасте от 15 до 49 лет – прошли его в течение последних 12 месяцев.

Право на получение до- и послетестового консультирования (ДКТ) закреплено законодательно¹⁵. Разработаны методические рекомендации «О проведении исследования на ВИЧ-инфекцию»¹⁶, которые соответствуют принципам ВОЗ и ЮНЭЙДС. В данный момент разрабатывается Национальное руководство по консультированию¹⁷.

В то же время следует отметить, что на практике информация, которую НКО получают от людей, прошедших тестирование, свидетельствует об отсутствии или недостаточно высоком качестве ДКТ. Сведения о нарушении принципов конфиденциальности и добровольности при проведении тестирования или не предоставлении до- и послетестового консультирования регулярно поступают на «Горячую линию» по вопросам ВИЧ-инфекции «Шаги».

Исследование, проведенное проектом «Симона+» в 2007 году, подтвердило отсутствие или ненадлежащее качество до- и послетестового консультирования, возникающее вследствие недостатка человеческих, финансовых или временных ресурсов**. Это также было подчеркнуто региональными представителями, принявшими участие в окружных встречах РОО «Сообщество ЛЖВ». Тестирование крайне редко доступно в рамках таких низкопороговых программ, как программы обмена шприцев.

Проблемы с обеспечением и доступом к ДКТ были сформулированы в ходе Первой национальной консультации (2005 г.)¹⁸. Участники отметили, что на данный момент обеспечен высокий уровень охвата послетестовым консультированием в случае выявления ВИЧ-инфекции, но при этом низкий уровень охвата до- и послетестовым консультированием в медицинских учреждениях вне системы СПИД-центров. Наряду с этим также существует проблема значительного расширения категории лиц, которые «де-факто» подвергаются обязательному тести-

рованию на ВИЧ-инфекцию (начиная от беременных и заканчивая работниками РЖД). Эти люди также не получают до- и послетестового консультирования. В регионах отмечаются случаи несоблюдения п. 7 ст. 7 ФЗ № 38 «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)», что выражается в неправомерном взимании платы за медицинское освидетельствование на ВИЧ-инфекцию с российских граждан в государственных учреждениях системы здравоохранения.

Основные препятствия для предоставления до- и послетестового консультирования:

- дефицит кадров, недостаток штата;
- консультирование не входит в перечень медицинских услуг и, соответственно, не оплачивается;
- ограниченное время на прием одного пациента (10 минут), тогда как на проведение качественного консультирования его требуется в два раза больше (20 минут, согласно рекомендациям);
- недооценка профилактического эффекта от ДКТ как наиболее эффективного механизма изменения поведения людей на менее рискованное;
- в некоторых регионах недостаточно развит или отсутствует институт равного консультирования;
- отсутствует механизм контроля качества предоставляемых услуг консультирования и даже фактов проведения консультирования – за исключением опроса пациентов (анкетирования), которые чаще всего проводятся международными организациями¹⁹.

Факты отсутствия до- и послетестового консультирования на местах и низкого качества предоставляемых услуг вследствие недостаточности финансирования, нехватки кадров и ограниченности времени были подтверждены материалами проекта «Симона+» (2007 г.). Об этом, в частности, говорили представителями регионов – участники окружных встреч Всероссийского объединения ЛЖВ.

5. Отсутствие единой комплексной программы профилактики, в том числе среди подростков и молодежи. Слабое вовлечение в работу в области ВИЧ/СПИДа учреждений системы образования, социальных и прочих служб. Необходимость реализации профилактических программ среди подростков и молодежи неоднократно отмеча-

** www.icaso.org/countries_NR.html

¹⁵ Федеральная целевая программа «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2005–2009 гг.».

¹⁶ Федеральный закон РФ № 38-ФЗ от 30 марта 1995 г. «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», п. 6 ст. 7.

¹⁷ Методические рекомендации «О проведении исследования на ВИЧ-инфекцию» от 6 августа 2007 г., № 5950-РХ.

¹⁸ Отчетная карта по профилактике ВИЧ-инфекции среди девушек и молодых женщин в России. – Международная федерация планирования семьи (IPPF) под эгидой Глобальной коалиции женщин и СПИДа при поддержке фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА) и организации «Молодые позитивные», 2008.

¹⁹ Национальная консультация по вопросу обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции в Российской Федерации, 15–16 декабря 2005 г.

лась на всех уровнях. К 2010 году планируется достичь 100%-го охвата учащейся молодежи РФ. Но на сегодняшний день нет национальных данных по охвату подростков и молодежи информационными и образовательными мероприятиями. При этом важно учитывать, что представленная категория населения не является однородной. Большинство реализуемых мероприятий направлено, прежде всего, на организованных подростков и молодежь. С одной стороны, это дает возможность более четко представлять себе количественный состав группы и изучать ее качественные характеристики (образ жизни, рискованные практики поведения и т.д.). С другой стороны, внутри этой категории отсутствуют некоторые данные, например, по охвату школьников учебными программами в области ВИЧ/СПИДа. Как правило, учитывается только работа, осуществляемая государственными структурами в этом направлении, оставляя за рамками все профилактические мероприятия, проводимые НКО. Естественно, все это не может дать полной картины — ни по количественным показателям, ни по особенностям взаимодействия с отдельными категориями: работающей молодежью, не организованными подростками, детьми-сиротами и т.д.

Участниками 1-й конференции «Гражданское общество в противодействии ВИЧ/СПИДу в РФ» (Москва, январь 2008 г.) в качестве основных трудностей, возникающих при осуществлении профилактической работы с подростками и молодежью, были выделены следующие:

- отсутствие единой стратегии профилактической работы среди подростков и молодежи (согласование подходов, методов работы, посланий и пропагандируемых норм поведения);
- недостаток (а в некоторых регионах — отсутствие) качественных информационных материалов, разработанных для той или иной конкретной группы (с учетом ее потребностей и особенностей);
- сложности (иногда — отсутствие) взаимодействия между системами образования, здравоохранения, социальными службами и НКО;
- слабое и некачественное освещение темы ВИЧ-инфекции в СМИ;
- недостаточное количество обученных специалистов, работающих с данной группой, ресурсов, кадров;
- географическая локализация услуг и работы (разрыв между городом и сельскими районами);
- перерывы в реализации программ;
- отсутствие государственной поддержки НКО, работающим в области профилактики ВИЧ-инфекции среди подростков и молодежи и профилактики в целом;
- низкая мотивация у молодежи, родителей, педагогов.

По мнению членов Национального форума НКО, работающих в области ВИЧ/СПИДа, основными условиями для обеспечения успешнос-

ти профилактики ВИЧ-инфекции являются следующие:

- Все усилия программ профилактики ВИЧ-инфекции должны основываться на защите, уважении и призыве к соблюдению прав человека. Соблюдение прав человека снижает уязвимость к ВИЧ/СПИДу и предупреждает стигму и дискриминацию в отношении ЛЖВ и других уязвимых групп.

- Программы профилактики ВИЧ-инфекции необходимо дифференцировать и адаптировать на местном уровне с учетом эпидемиологических, экономических, социальных и культурных особенностей. Адаптация профилактических программ к местным условиям обязательно должна быть результатом равноправного диалога полномочных и легитимных представителей органов власти, политиков, организаций гражданского общества, экспертных и научных сообществ. Вывод о несоответствии тех или иных компонентов профилактических программ социальным, культурным или иным особенностям не может быть основан только на декларируемой точке зрения формальных общественных лидеров. Этим решается проблема разрозненных и противоречивых программ и посланий, которые могут быть реализованы в одной и той же группе.

- Мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции должны основываться на реальных фактах. Это также относится к проблеме продолжающегося табуирования темы безопасного сексуального поведения и включения компонента по менее опасному сексуальному поведению в профилактические программы для молодежи. Программам следует учитывать факт необходимости доносить информацию, касающуюся таких вопросов, как воздержание, более позднее начало половой жизни, взаимная верность, уменьшение числа половых партнеров, комплексное и правильное сексуальное воспитание.

- Программы профилактики должны использовать все признанные эффективными меры вмешательства, что подразумевает вовлечение и координацию усилий с учреждениями системы образования, здравоохранения, социальными службами, а также вовлечение НКО, работающих с подростками и молодежью.

- Следует признать, что результаты усилий по профилактике ВИЧ-инфекции станут очевидными только в долгосрочном плане, в связи с чем требуется постоянная (долгосрочная и устойчивая) поддержка, в том числе направленная на проведение исследований и разработку новых технологий.

- Масштаб, охват и интенсивность программ профилактики должны быть достаточными для кардинального изменения ситуации.

- Необходимы обязательное участие в планировании, осуществлении и оценке программ профилактики ВИЧ-инфекции на местном уровне представителей целевых групп и применение принципа «равный—равному».

6. Несовершенство механизмов финансовой поддержки общественных организаций, работающих в сфере противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции, из государственных источников. На фоне экономического роста в РФ происходит постепенное сворачивание программ международных доноров. В этой связи представители общественного сектора выражают обеспокоенность тем, что существующие программы и системы получения НКО государственной финансовой поддержки по причине их крайне сложных требований к оформлению (на всех этапах: подача заявки, отчетность, механизмы получения средств) являются затруднительными для большинства организаций, работающих в регионах.

На федеральном уровне поддержка НКО осуществляется на основании коммерческих контрактов, что автоматически исключает те организации, которые не имеют права на осуществление коммерческой деятельности в соответствии с законом и/или уставом (что обусловлено их организационно-правовой формой). Некоторые НКО могут работать по коммерческим контрактам в рамках уставных целей, но ни государству, ни им самим не выгодно и крайне затруднительно использование статуса общественной организации как коммерческой структуры. В подобных условиях теряется смысл существования НКО. К тому же, финансирование из целевой программы на федеральном и на региональном уровнях не может быть напрямую им передано.

Реализация «государственного заказа» становится невозможной при отсутствии у НКО «свободных» средств из других источников. На встрече представителей НКО, работающих в РФ, с помощником Президента РФ И. Шуваловым во время Второй международной конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа (ЕЕСААС) было сказано, что организации, получая деньги из государственного бюджета на реализацию проекта авансом, приобретают порядка 30% от необходимой суммы и потому вынуждены перераспределять средства из других источников (чаще всего ими оказываются международные доноры) на реализацию государственного заказа. Расчет по государственным проектам происходит либо по их завершении, либо на финальной стадии. В большинстве случаев НКО не ведут коммерческой деятельности, и в отличие от коммерческих структур, не имеют дохода и прибыли. Таким образом, большая часть НКО, особенно региональных, не имеют возможности работать на условиях, предлагаемых на данный момент государством.

На региональном уровне ситуация усугубляется построением новых взаимоотношений между федеральным центром и местными властями (в вопросах финансирования, законодательства и т.п.). Например, НКО может быть включена в местную целевую программу в качестве исполнителя некоторых «пунктов» данной

программы, однако финансирование на реализацию этих «пунктов» не получит, если на местном уровне нет законов, разрешающих передачу финансовых ресурсов НКО.

Представители крупных НКО («Консорциум НКО по реализации проектов Глобального фонда» (3-й раунд), фонд «Российское здравоохранение» и т.д.) и небольших местных организаций выразили сильную обеспокоенность предстоящим уходом из региона Глобального фонда и, вместе с тем, отсутствием у государства программ, отвечающих реальным потребностям гражданского сектора.

7. Нарушение права на репродуктивное здоровье для дискордантных пар. В РФ увеличивается число дискордантных пар и, в связи с этим, все более актуальными становятся вопросы очистки семенной жидкости и экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

Единственная клиника в РФ, предоставляющая услуги по очистке семенной жидкости для ЛЖВ, находится в Санкт-Петербурге. К сожалению, несмотря на весьма высокую стоимость этой процедуры (более 1000 евро), в клинике не произошло ни одного успешного оплодотворения.

Дискордантные пары практически лишены возможности воспользоваться данным медицинским сервисом. В большинстве случаев после нескольких безуспешных попыток прибегнуть к искусственному оплодотворению они начинают практиковать незащищенный секс, что влечет за собой угрозу заражения и женщины, и будущего ребенка. Стоимость той же процедуры ЭКО в частных клиниках во много раз превышает государственные расценки (порядка 2–2,5 тыс. евро).

Перечисленным проблема не исчерпывается. Проведение ЭКО для ВИЧ-положительных женщин и женщин, инфицированных гепатитом С, со слов медицинских работников, отказывающихся им в предоставлении данного сервиса, запрещено приказом Минздравсоцразвития РФ. Этот запрет еще больше подталкивает дискордантные пары к практике рискованного поведения. Более того, после оплодотворения естественным путем многие женщины боятся идти на прием к врачу, что может иметь негативные последствия и для будущей матери.

Врачи, в свою очередь, до сих пор советуют дискордантным парам не иметь собственных детей и в случае беременности делать аборт (что, в частности, было зафиксировано в клиниках Уфы и Санкт-Петербурга).

8. Законодательный запрет на усыновление ребенка из детского дома людьми, живущими с ВИЧ. Не менее важной проблемой является законодательный запрет на усыновление ребенка из детского дома ВИЧ-положительными родителями. Согласно приказу Минздрава СССР № 40 от 31.01.91 г., «ребенок не может быть передан на усыновление лицам, имеющим психические заболевания, ... страдающим в настоящее время

алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, венерическим заболеванием, ВИЧ-инфекцией...»²⁰. Документ и принятая практика осложняют решение вопроса социальной адаптации детей, живущих с ВИЧ, социальных сирот и детей ВИЧ-положительных родителей.

Приказ был издан 17 лет назад, когда количество зарегистрированных случаев за период 1987–1995 гг. не превышало 1090 человек, не было доступной АРВ-терапии, и смертность составляла не более 37% (407 человек)²¹.

По данным Федерального СПИД-центра, в 2008 году количество людей, живущих с ВИЧ, включая детей, выросло в 400 раз. За эти годы государству приходилось брать на себя ответственность за все большее количество детей, живущих с ВИЧ или рожденных ВИЧ-положительными родителями и оставленных ими. Но, вместе с тем, государством были приняты меры по улучшению качества жизни ЛЖВ, у граждан РФ появились гарантия и возможность получать бесплатно АРВ-терапию, за счет лечения и более ранней диагностики ВИЧ-инфекции увеличилась продолжительность жизни ЛЖВ. Закономерным в этой ситуации было бы относиться к ЛЖВ и семьям, в которых уже есть ВИЧ-положительные, как к потенциальным усыновителям – правда, лишь при условии изменения законодательства об усыновлении.

В 2005 году в ходе первой национальной консультации по вопросам универсального доступа были предложены следующие пути решения данной проблемы:

- изменение законодательной базы в отношении усыновления ЛЖВ ВИЧ-положительных детей;
- разработка механизма контроля за исполнением закона;
- внедрение технологий профилактики социального сиротства;
- внедрение ранней диагностики для детей, рожденных ВИЧ-положительными матерями;
- медико-социальный патронаж детей до 1,5 лет на дому²².

Но к 2008 г. не произошло никаких изменений в нормативной базе, регулирующей вопросы усыновления или иных форм обеспечения достойного качества жизни для детей, живущих с ВИЧ, или рожденных ВИЧ-положительными матерями, оставленными на попечение государства и находящимися в специализированных учреждениях. Не было и обсуждений по профилактике социального сиротства с участием НКО и активистов.

²⁰ Национальная консультация по вопросу обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции в Российской Федерации, 15–16 декабря 2005 г.

²¹ www.infopravo.by.ru/fed1991/ch02/akt12063.shtml

²² Официально зарегистрированные случаи ВИЧ-инфекции в РФ, 1 января 1987 г. – 31 декабря 2007 г. (по данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом МЗ РФ).

9. Трудности с доступом к диагностике и лечению в пенитенциарных учреждениях. Достижению целей универсального доступа в пенитенциарных учреждениях РФ препятствует целый комплекс проблем. К числу наиболее существенных относятся задержки в поставках и нерегулярные поставки АРВ-препаратов и диагностикомов в учреждения Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН России), которые делают невозможным соблюдение схем АРВ-терапии. Требуются дополнительные расходы на реализацию механизмов распределения лекарственных средств из восьми Федеральных медицинских учреждений ФСИН России в территориальные органы.

С одной стороны, существующая законодательная база не позволяет передавать диагностикомы из системы здравоохранения в учреждения УИС без участия центров по профилактике и борьбе со СПИДом. С другой стороны, отсутствие лабораторной базы и врачей-специалистов осложняет проведение обследований на наличие ВИЧ-инфекции и назначение АРВ-терапии.

Не налажен механизм приема препаратов и контроля за лечением у ЛЖВ при проведении следственных экспериментов и нахождения в СИЗО.

Смертельно опасная для жизни ситуация возникает в случае коинфекции ВИЧ и туберкулеза. Дело в том, что, несмотря на наличие диагноза ВИЧ-инфекция, согласно приказу Минюста РФ от 16.08.2006 г. № 263 «Об утверждении перечней лечебно-профилактических и лечебных исправительных учреждений уголовно-исполнительной системы для оказания медицинской помощи осужденным», всех инфицированных туберкулезом лиц, находящихся в местах лишения свободы, необходимо переводить в специализированные учреждения. При коинфекции ВИЧ и туберкулеза пациенты получают противотуберкулезные препараты. Диагностика, связанная с ВИЧ-инфекцией (тесты на ВИЧ, уровень CD4-клеток и вирусную нагрузку), а также АРВ-терапия в большинстве случаев оказываются недоступными.

В результате ВИЧ-инфекция начинает прогрессировать, состояние здоровья пациентов ухудшается. В случае возникновения угрозы для жизни их переводят в специализированную тюремную больницу и оформляют документы на условно-досрочное освобождение (УДО).

По утверждению родных и близких осужденных, в 2006–2007 гг. в некоторых регионах РФ назначение терапии происходило несвоевременно из-за недостаточного взаимодействия служб ФСИН и СПИД-центров. Из-за бюрократических проволочек процесс принятия решения об условно-досрочном освобождении ЛЖВ на IV стадии ВИЧ-инфекции растянулся на продолжительный срок, что в ряде случаев привело к летальным исходам. Как сообщила мать умершего осужденного, долгожданное, но

невыстребованные АРВ-препараты выдали ей на руки с оставшимися после смерти сына личными вещами. Таким образом, оказалось, что в данном регионе не налажена или не работает система возврата дорогостоящих препаратов в СПИД-центр и соответствующего их учета.

10. Невозможность обеспечения лечением уличных детей. Точных данных о количестве ВИЧ-инфицированных беспризорных детей в РФ не существует. По оценкам, количество беспризорных детей в России составляет от 2 до 5 млн^{23, 24}. По результатам исследования БОФ МСП «Гуманитарное действие», проведенного совместно с организацией «Врачи мира», оценочное количество уличных детей в Санкт-Петербурге составляет порядка 15 тыс., 40% из которых являются носителями ВИЧ-инфекции, 80% — употребляют инъекционные наркотики и оказывают сексуальные услуги за плату.

В РФ отсутствуют центры социальной реабилитации и адаптации для беспризорных детей, не разработаны программы их социализации. Эта целевая группа не попадает в поле зрения существующей государственной системы помощи детям. По сути, в данном направлении государством не ведется никакой работы. Нескольких проектов, существующих на базе НКО, явно недостаточно для решения всех вопросов, в том числе связанных с профилактикой и лечением ВИЧ-инфекции, гепатитов, ИППП. Необходимо взаимодействие государственных структур и НКО, выработка стратегий и обеспечение поддержки проектов, деятельность которых направлена на беспризорных детей.

11. Ограничения в доступе к заменителям грудного молока, адаптированным для детей, рожденных от ВИЧ-положительных матерей. Детальный анализ этой проблемы был проведен РОО «Ковчег Анти-СПИД» (Ростов-на-Дону). Во время Второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии (ЕЕСААС) его результаты были переданы Г.Г. Онищенко — руководителю Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, после чего проблема была включена в итоговый документ конференции.

Как известно, грудное вскармливание не рекомендуется (запрещено) в случае, если ребенок рожден от ВИЧ-положительной женщины. Данный запрет подпадает под действие ст. 122, ч. 1 УК РФ «Заражение ВИЧ-инфекцией. Заведомое поставление другого лица в опасность заражения ВИЧ-инфекцией».

Следовательно, ВИЧ-положительным матерям должен быть гарантирован доступ к заменителям грудного молока. В настоящее время госу-

дарством предусмотрено специальное ежемесячное пособие, размер которого в регионах составляет 300 руб. (9 евро). Учитывая розничные цены на питание, адаптированное для детей, рожденных от ВИЧ-положительных женщин, на первые 4 месяца жизни младенца требуется порядка 14 000 руб. — в среднем 3000 руб. в месяц (90 евро).

Многие ВИЧ-положительные женщины живут в малообеспеченных семьях. Для них искусственное вскармливание становится еще более серьезной проблемой, поскольку получаемым от государства пособием покрывается лишь десятая часть затрат на молочные смеси. Это может вынудить молодых мам перейти на вскармливание грудным молоком.

12. Недостаток ресурсов (персонала, времени, финансов) и профессиональное выгорание специалистов, работающих в государственных и негосударственных организациях. Данные опросов НКО²⁵ и медицинских специалистов свидетельствуют об актуальности проблем, обусловленных недостатком ресурсов (персонала, времени, финансов) и синдромом сгорания. Основными причинами этих явлений являются низкий уровень заработной платы, социальная незащищенность и отсутствие престижа таких профессий, как социальный работник, равный консультант и даже врач.

Основные причины синдрома сгорания и недостатка ресурсов, отмеченные врачами-клиницистами из Санкт-Петербурга²⁶:

- большая нагрузка — достигает 30 человек в день. Для сравнения: Стокгольм — 1600 пациентов и 12 врачей-инфекционистов, Санкт-Петербург — 31 000 пациентов и, в общей сложности, порядка 20 специалистов (работающих в СПИД-центре и в больнице им. Боткина);

- низкая заработная плата: кандидат медицинских наук с высшей категорией получает не более 17 000 руб. (до вычета налогов);

- острая нехватка социальных работников, психологов, медицинских сестер — клиницисты вынуждены выполнять их функции;

- отсутствие психологической помощи и поддержки специалистам и персоналу СПИД-центров и больниц. Такая помощь крайне необходима работающим с тяжелыми больными. На данный момент подобные услуги предоставляют только НКО. У государства НЕТ программ психологической помощи врачам.

Эксперты отмечают актуальность подготовки и переподготовки специалистов в области ВИЧ/СПИДа и в смежных областях для работы в области профилактики и лечения. Необходимо обучение по проведению ДКТ, оказанию психоло-

²³ www.afew.org/russian/statistics/HIVdata-RF.htm

²⁴ Officially Registered HIV Cases in Russian Federation 1 January 1987 through 31 December 2007 (based on data from Russian Federal AIDS Centre) www.afew.org/english/statistics/HIVdata-RF.htm

²⁵ Национальная консультация по вопросу обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции в Российской Федерации, 15–16 декабря 2005 г.

²⁶ kprf.ru/dep/51478.html

гической помощи ЛЖВ и соблюдению этических принципов. Недопустимо, если персонал СПИД-центров проявляет негативное отношение к ВИЧ-положительным людям. Состояние пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении, как правило, требует высокого уровня профессиональной и психологической подготовки врачей-инфекционистов и других медицинских специалистов.

«В России часто система поощрений сотрудников НКО строится на нематериальной основе и предоставлении отгулов. Повышение квалификации и обучение в основном происходят по личной инициативе и зачастую не находят одобрения у руководства, так как отнимают рабочее время. Мероприятия по профилактике синдрома сгорания организуются редко, но существует возможность получения психологической помощи, как индивидуальной, так и группового характера. В ряде организаций проводятся единичные мероприятия (например, ежегодные супервизии), но этого недостаточно для комплексного подхода к решению проблемы...»²⁷.

Данная проблема не менее актуальна и на государственном уровне. Но эффективных профилактических программ, направленных на предотвращение синдрома сгорания среди квалифицированных и опытных медицинских специалистов, в РФ так и не существует. Их отсутствие влечет за собой значительное снижение качества медицинских услуг и нарушение принципа сотрудничества в отношениях между врачом и пациентом.

Все эти вопросы актуальны не только для РФ, но и для всего региона. Их обсуждению была уделена специальная сессия ЕЕСААС, посвященная профилактике синдрома сгорания.

13. Ограничения в получении АРВ-терапии при смене места жительства (внутренней миграции) для граждан РФ. В РФ АРВ-терапия предоставляется только СПИД-центрами и только тем пациентам, которые состоят на учете. Если человек вынужден уехать из региона (например, в связи с поступлением на учебу или устройством на работу), ему необходимо перевести свои документы из СПИД-центра, в котором он находился на учете, в СПИД-центр по новому месту жительства. Данная процедура сопровождается множественными бюрократическими проволочками и чревата для ЛЖВ нарушениями приверженности и перерывом в лечении, что увеличивает риск возникновения резистентности и развития оппортунистических заболеваний.

Установленный порядок обеспечения пациентов бесплатными АРВ-препаратами также создает сложности для ЛЖВ, место проживания которых находится на значительном расстоянии от СПИД-центра.

²⁷ www.edinros.ru/news.html?id=124701

²⁸ Обзор «Условия труда социальных работников в сфере противодействия распространению ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Средней Азии». – Международная коалиция по готовности к лечению, март 2008.

Людям, не имеющим паспорта и определенного места жительства, очень сложно добиться получения АРВ-терапии.

В связи со всем перечисленным и учитывая рост числа пациентов, нуждающихся в АРВ-терапии, представляется целесообразным расширить круг учреждений и медицинских организаций (в том числе, муниципального характера), обладающих правом предоставления ЛЖВ бесплатных медицинских средств для лечения ВИЧ-инфекции в амбулаторных условиях.

Внешние мигранты имеют ограниченный доступ к профилактике ВИЧ-инфекции и официально не могут получить в России антиретровирусную терапию.

Рекомендуемые меры для обеспечения в РФ универсального доступа к услугам по профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции

Несмотря на проводимые в РФ мероприятия по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции количество новых случаев заражения продолжает увеличиваться. Представители общественных организаций и активисты предлагают на обсуждение ряд возможных решений данной проблемы, направленных на снижение темпов развития эпидемии и обеспечение универсального доступа к услугам по профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции. Рекомендации выработаны на основе результатов Национальных консультаций универсального доступа (2005, 2008 годы.), материалов Ресурсного центра по изучению политики в сфере ВИЧ/СПИДа²⁸, а также в ходе процесса постановки Целей универсального доступа 2010 г. (2007 г.) и работы над Национальным докладом для UNGASS-2008.

В сфере профилактики необходимо:

- признать на государственном уровне важность профилактики как ответной меры на эпидемию ВИЧ-инфекции; обеспечить должное финансирование программ, направленных на ПИН и другие уязвимые группы, а также на все население; сформулировать единые подходы к проведению профилактических вмешательств, основанных на научно доказанных фактах и подтвержденных мировой практикой;
- выработать единый долгосрочный стратегический подход к разработке и реализации программ профилактики ВИЧ-инфекции, направленных на молодежь, ПИН и другие наиболее уязвимые группы населения; создать нормативную базу профилактики ВИЧ-инфекции среди ПИН, которая бы соответствовала международным стандартам;
- разработать критерии/алгоритмы для сравнительной оценки эффективности программ,

направленных на одну и ту же аудиторию/возрастную группу. Представляется целесообразным в качестве индикатора использовать отношение новых случаев ВИЧ-инфекции в группе охвата к количеству затраченных средств;

- наладить систему подготовки специалистов в области профилактики ВИЧ-инфекции и снижения вреда; расширить участие НКО (в частности, сообществ, затронутых проблемами ВИЧ и наркозависимости) в программах профилактики, обеспечения приверженности лечению;

- систематически проводить научные исследования (для определения численности уязвимых групп, выявления рискованных практик и т.д., а также факторов, способствующих/препятствующих заражению и т.д.);

- обсудить эффективные методы профилактики и лечения ВИЧ-инфекции и наркозависимости, включая заместительную терапию;

- провести анализ потребностей; определить дефицит финансирования наиболее актуальных направлений; обеспечить необходимое финансирование, координацию и контроль за эффективным использованием средств и выполнением принятых решений в сфере противодействия распространению ВИЧ-инфекции;

- развивать единую систему мониторинга и оценки эффективности выполнения задач по профилактике ВИЧ-инфекции, сформулированных в рамках Приоритетного национального проекта «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007–2011 годы»; обеспечить доступность результатов мониторинга для всех заинтересованных сторон; способствовать формированию системы поведенческого эпиднадзора на национальном уровне;

- распространять информацию о доступности услуг по профилактике, диагностике, лечению, уходу, поддержке и реабилитации среди целевых групп, в том числе в наиболее посещаемых ими медицинских учреждениях;

- обеспечить условия для проведения качественного дотестового консультирования и консультирования в случае отрицательного результата при проведении медицинского освидетельствования на наличие антител к ВИЧ (в том числе в медицинских учреждениях общего профиля); обеспечить обучение медицинских работников для предотвращения случаев принудительного тестирования и нарушения конфиденциальности;

- включить консультирование в официальный перечень медицинских услуг; пересмотреть нормы нагрузки на врача и время приема на одного пациента; разработать программу подготовки и обеспечить подготовку квалифицированного персонала, осуществляющего консультирование; создать условия для проведения консультирования по принципу «равный—равному», в том числе для сексуальных партнеров ЛЖВ;

- изменить законодательную базу в отношении усыновления ВИЧ-положительных детей

семьями, в которых один или оба родителя являются ЛЖВ; разработать механизм контроля за надлежащим исполнением этого закона; внедрять технологии профилактики социального сиротства; внедрять идеи ранней диагностики для детей ВИЧ-положительных матерей и медико-социального патронажа детей до полутора лет на дому;

- решить вопрос об ограничении в доступе к заменителям грудного молока, адаптированным для детей, рожденных от ВИЧ-положительных матерей;

- наладить взаимодействие государственных структур и НКО, изучить опыт России и других стран, выработать стратегию и обеспечить государственное финансирование и поддержку проектов и программ среди беспризорных детей;

- совершенствовать существующие и создавать новые механизмы оказания государственной поддержки развитию НКО, в том числе механизмы долгосрочного финансирования общественных организаций из бюджетных и внебюджетных источников;

- обсудить перспективы развития эффективных механизмов взаимодействия государственных структур и организаций гражданского общества, а также активного участия НКО в реализации программ противодействия социально значимым заболеваниям на заседании Правительственной комиссии по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита (ВИЧ-инфекции).

Для достижения универсального доступа к лечению необходимо:

- завершить работу над национальными протоколами лечения ВИЧ-инфекции;

- обеспечить интегрированность подходов к диагностике, лечению и поддержке при наркозависимости, туберкулезе и вирусных гепатитах;

- увеличить штат сотрудников СПИД-центров и обеспечить адекватное обучение для врачей и других медицинских специалистов;

- изучить существующий в данной области опыт (Глобальный фонд, 3-й раунд, региональные проекты, проекты на базе Московской клинической больницы имени Боткина, проект Всероссийской сети снижения вреда и РОО «Сообщество ЛЖВ», и многие др.), а также опыт программ, направленных на формирование приверженности АРВ-терапии у ПИН, с участием медицинских специалистов, специалистов социальной службы и равных консультантов;

- повысить качество и доступность наркологической помощи ЛЖВ (включая программы заместительной терапии);

- взаимоинтеграция между СПИД-центрами, службами наркологической помощи, противотуберкулезными диспансерами и другими специализированными медицинскими учреждениями;

- внедрить и расширить подход социального сопровождения;
- укрепить институт равных консультантов из числа ЛЖВ, принимающих терапию;
- усовершенствовать схемы АРВ-терапии с использованием более качественных и современных препаратов;
- обеспечить ЛЖВ лечением вирусных гепатитов и оппортунистических инфекций;
- обеспечить бесперебойные поставки лекарственных средств в регионы РФ;
- усовершенствовать методы расчета количества пациентов, нуждающихся в терапии для обеспечения адекватного планирования долгосрочных программ;
- создать резервный фонд на базе Федерального СПИД-центра с целью снабжения регионов недостающими препаратами до начала поставок в рамках национального проекта;
- внедрить единую систему для мониторинга использования препаратов, которые получают российские регионы в рамках Приоритетного национального проекта «Здоровье» Федеральной программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями, 2007–2011 годы» и проектов Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, для анализа совокупных данных о доступности препаратов и обеспечения соответствия планов закупок и поставок региональным потребностям.
- разработать механизмы обмена препаратами и тест-системами между регионами;
- расширить охват ЛЖВ диспансерным наблюдением для соблюдения оптимальных сроков назначения терапии;
- обеспечить непрерывность лечения при смене места жительства пациента;
- обеспечить профилактику ВИЧ-инфекции и лечение для мигрантов;
- обеспечить непрерывность АРВ-терапии для осужденных и людей, находящихся под следствием;
- обеспечить непрерывность лечения и ответственного сопровождения для людей, которые освобождаются из мест лишения свободы;
- развивать системы оказания паллиативной помощи с привлечением социальных служб, религиозных конфессий (сестричество) и др.

Задача, которая стоит перед Россией, — выполнить Национальные цели универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции к 2010 году. Усилия

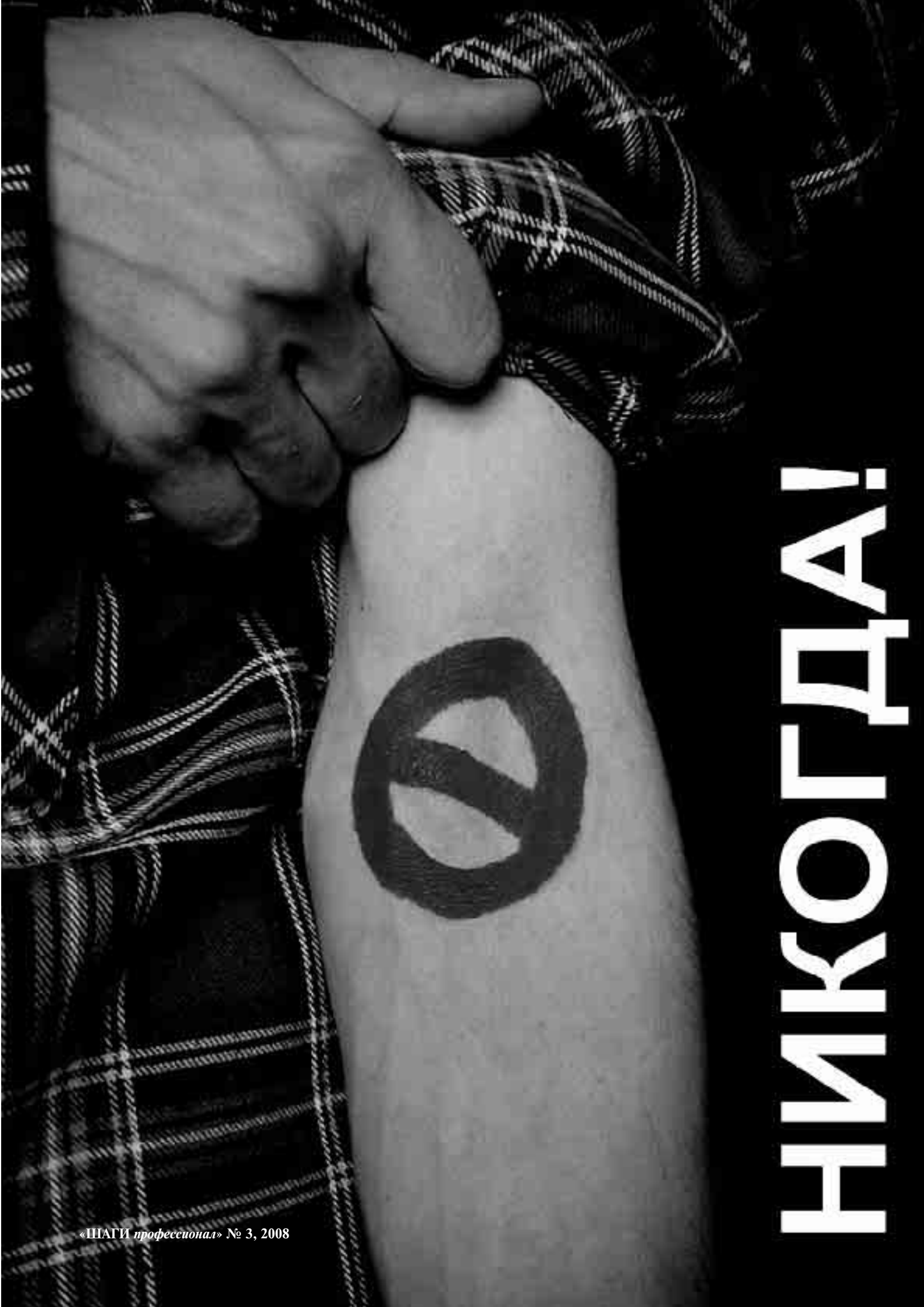
необходимо консолидировать уже сейчас: обсуждать и преодолевать в тесном сотрудничестве проблемы, представленные в Национальном докладе РФ для UNGASS-2008, Альтернативном докладе, подготовленном Фондом медико-социальных реформ ФРОНТЭЙДС и организацией «Хьюман Райтс Вотч» (HRW), Отчете о вовлечении гражданского общества и в данном документе. Важно полноценное участие общественных организаций и активистов в создании и работе единой национальной системы МиО (в частности, в подготовке Национального доклада). Это реальная возможность сбора объективной информации о ситуации в регионах России от непосредственных получателей услуг профилактики, лечения, ухода и поддержки, предоставляемых государственными учреждениями и НКО.

Началом всестороннего обсуждения можно считать два события 2008 года. Первое из них — это встреча представителей ЮНЭЙДС, Аналитической группы по МиО при Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, представитель сетевых организаций и экспертов от сообщества ЛЖВ, состоявшаяся во время проведения ЕЕСААС-2008. На этой встрече были определены возможные шаги к вовлечению всех секторов общества в процесс подготовки Национального доклада 2010 г.

Второе событие — это совещание на тему «Прогресс в обеспечении универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции в Российской Федерации». Совещание состоялось в Москве, когда процесс разработки данного доклада находился уже в финальной стадии. Его участниками были представители общественных и государственных организаций. Они обсудили большую часть проблем, представленных в нашем отчете. Национальная консультация — важный этап построения эффективной совместной работы по преодолению препятствий на пути достижения универсального доступа к 2010 году.

По мнению НКО и активистов, альтернативный доклад на сегодняшний день является инструментом обоснованного представления позиции гражданского общества. Безусловно, необходимо стремиться к тому, чтобы как можно больше информации от гражданского общества было включено в официальный Национальный доклад. А это, в свою очередь, требует широкого и своевременного вовлечения НКО и активистов в работу системы мониторинга и оценки и развития механизмов обмена данными.





НИКОГДА!

Фонд «Российское здравоохранение»

4-й Сыромятнический пер., д.3/5,
строен. 3 Москва

103000, Российская Федерация

Тел.(495) 258 38 80 / 258 38 81 / 258 38 82

Факс.(495) 258 38 84 / 787 24 38



Russian Health Care Foundation

Tel. +7 495 258 38 80 / 258 38 81 / 258 38 82

Fax. +7 495 258 38 83 / 787 24 38

28.06.2008 г.

Для всех заинтересованных лиц

Программа «Развитие стратегии лечения населения
Российской Федерации, уязвимого к ВИЧ/СПИДу»

Уважаемые коллеги!

В связи с поступающей информацией о проблемах с лекарственным обеспечением регионов Российской Федерации, информируем о мерах, принимаемых в рамках программы Глобального фонда (IV раунд).

1. Фонд «Российское здравоохранение» 01.02.2008 г. оформил договорные отношения с региональными СПИД-центрами по организации обеспечения АРВ-препаратами в рамках программы «Развитие стратегии лечения населения РФ, уязвимого к ВИЧ/СПИДу». Все лекарственные препараты поставляются на безвозмездной основе за счет средств Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. Перечень регионов и поставляемых препаратов Вы найдете в приложении № 1 к данному письму.

Лекарственные препараты в целях обеспечения универсального доступа к антиретровирусной терапии предназначены для лечения, в том числе следующих категорий лиц: мигранты; лица без определенного места жительства; лица, у которых временно отсутствует удостоверение личности; лица, находящиеся в учреждениях ФСИН; иностранные граждане.

На данный момент прошли таможенное оформление следующие препараты: Вирамун, Зерит, Калетра, Видекс, Комбивир, Эпивир. Препараты Зиаген и Стокрин на стадии таможенного оформления.

Отгрузка препарата Вирамун в регионы осуществлена в полном объеме в соответствии с подписанными договорами: 19 июня 2008 г. отправлен Вирамун в следующие города: Барнаул, Екатеринбург, Москва, Санкт-Петербург, Уфа, Ханты-Мансийск, Челябинск; 20 июня 2008 г. препараты отправлены в Кемерово, Алтай, Ленинградскую обл., Тюмень, Волгоград, Ульяновск, Пермь, Иркутск, Рязань, Иваново, Владивосток.

Поставка во Владикавказ и Калининград препаратов Калетра, Зерит, Комбивир и Эпи-

вир, а также реагентов для тестирования, планируется на 30 июня 2008 г.

Поставки в регионы АРВ-препаратов Калетра, Комбивир, Эпивир и Абакавир осуществляются в 2 этапа.

Первая партия Калетры отправлена 23 июня 2008 г. в Волгоград, Кемерово и Иркутск; 24 и 25 июня 2008 г. препарат отгружен в Уфу, в Алтайский край, Ленинградскую обл., Санкт-Петербург, Рязань и Иваново; 27 июня Калетра и Зерит отправлены в Федеральный центр и 30 июня – в Пермь, Екатеринбург, Ульяновск, Ханты-Мансийск, Тюмень и Приморский край.

С 27 по 30 июня началась отгрузка в регионы экспресс-тест-систем, а также препаратов Зерит и Видекс в полном объеме. С 02 по 05 июля 2008 г. намечена отгрузка препаратов в регионы: Стокрин – в полном объеме, Эпивир и Комбивир – первой партией. Поставка Абакавира и второй партии Комбивира, Эпивира и Калетры намечена на середину июля.

2. В 2007 г. фондом «Российское здравоохранение» были поставлены препараты в ФГУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора РФ в целях формирования резервного фонда антиретровирусных препаратов для устранения возможных перебоев в обеспечении лекарственными средствами пациентов в регионах Программы (в том числе, временно находящихся в различных регионах и не имеющих возможности приехать и получить АРВ-терапию по месту диспансерного учета). С октября 2007 г. по сегодняшний день из данного резервного фонда препараты поступают нуждающимся пациентам в соответствии с запросами от регионов и наличием соответствующих препаратов в резервном фонде. Список регионов и препаратов, направленных пациентам в этих регионах из резервного фонда, Вы найдете в приложении № 2 к данному письму.

3. В случае наличия достаточного запаса того или иного препарата в одном из регионов рабо-

ты Программы и недостатка в данном препарате в другом регионе необходимое количество препарата, переправляется фондом «Российское здравоохранение» в нуждающийся регион.

4. В рамках программы IV раунда Глобального фонда терапия для ВИЧ-положительных детей и беременных женщин не предусмотрена, однако, с учетом сложившегося положения фонд «Российское здравоохранение» обратился к руководству Глобального фонда с просьбой раз-

решить срочно закупить дополнительно антиретровирусные препараты для проведения перинатальной профилактики ВИЧ от матери ребенку и предоставлении АРВ-терапии ВИЧ-инфицированным детям.

В настоящее время фонд «Российское здравоохранение» проводит опрос регионов Программы на наличие потребности в терапии для профилактики вертикального пути передачи и детских форм препаратов.

С уважением,

Директор
проекта Глобального фонда



Д.А. Голяев

Приложение № 1

Регион	Наименование препарата	Количество поставляемых упаковок
Ханты-Мансийский автономный округ – Югра	Стокрин 600 мг № 30	1260
	Зерит 40 мг № 56	180
	Видекс 400 мг № 30	180
	Комбивир 450 мг № 60	1440
	Эпивир 150 мг № 60	180
	Зиаген 300 мг № 60	180
	Калетра 166,6 мг № 180	180
	Вирамун 200 мг № 60	300
Тюменская область	Стокрин 600 мг № 30	1080
	Зерит 40 мг № 56	432
	Комбивир 450 мг № 60	768
	Эпивир 150 мг № 60	432
	Калетра 166,6 мг № 180	48
	Вирамун 200 мг № 60	72
Приморский край	Стокрин 600 мг № 30	540
	Зерит 40 мг № 56	216
	Комбивир 450 мг № 60	384
	Эпивир 150 мг № 60	216
	Калетра 166,6 мг № 180	24
	Вирамун 200 мг № 60	36
Санкт-Петербург	Видекс 400 мг № 30	60
	Видекс 250 мг № 30	60
	Зиаген 300 мг № 60	120
	Калетра 166,6 мг № 180	360
	Вирамун 200 мг № 60	84
Свердловская область	Стокрин 600 мг № 30	9600
	Видекс 250 мг № 30	300

Регион	Наименование препарата	Количество поставляемых упаковок
Республика Башкортостан	Видекс 400 мг № 30	1200
	Комбивир 450 мг № 60	4193
	Калетра 166,6 мг № 180	1576
	Вирамун 200 мг № 60	1230
Республика Башкортостан	Стокрин 600 мг № 30	2040
	Зерит 30 мг № 56	120
	Зерит 40 мг № 56	240
	Видекс 400 мг № 30	240
	Комбивир 450 мг № 60	5040
	Эпивир 150 мг № 60	640
	Калетра 166,6 мг № 180	1080
	Вирамун 200 мг № 60	600
Ленинградская область	Стокрин 600 мг № 30	1836
	Зерит 40 мг № 56	564
	Видекс 400 мг № 30	72
	Комбивир 450 мг № 60	2772
	Эпивир 150 мг № 60	1872
	Зиаген 300 мг № 60	1236
	Калетра 166,6 мг № 180	1824
	Вирамун 200 мг № 60	984
Челябинская область	Стокрин 600 мг № 30	5600
	Зерит 30 мг № 56	2300
	Видекс 400 мг № 30	800
	Видекс 250 мг № 30	800
	Комбивир 450 мг № 60	6000
	Эпивир 150 мг № 60	2500
	Зиаген 300 мг № 60	1800
	Калетра 166,6 мг № 180	2160
Иркутская область	Вирамун 200 мг № 60	1200
	Стокрин 600 мг № 30	3002
	Зерит 40 мг № 56	1231
	Видекс 400 мг № 30	525
	Комбивир 450 мг № 60	3134
	Эпивир 150 мг № 60	1484
	Калетра 166,6 мг № 180	2095
	Калетра 166,6 мг № 180	2095
Кемеровская область	Стокрин 600 мг № 30	1584
	Зерит 40 мг № 56	396
	Видекс 400 мг № 30	924
	Комбивир 450 мг № 60	2796
	Эпивир 150 мг № 60	1188
	Зиаген 300 мг № 60	396
	Калетра 166,6 мг № 180	2640
	Вирамун 200 мг № 60	480
Республика Северная Осетия – Алания	Стокрин 600 мг № 30	1200
	Эпивир 150 мг № 60	1920
	Калетра 166,6 мг № 180	720
Алтайский край	Стокрин 600 мг № 30	3900
	Зерит 30 мг № 56	138
	Зерит 40 мг № 56	613

Регион	Наименование препарата	Количество поставляемых упаковок
	Видекс 400 мг № 30	1000
	Видекс 250 мг № 30	200
	Комбивир 450 мг № 60	4050
	Эпивир 150 мг № 60	750
	Зиаген 300 мг № 60	1200
	Калетра 166,6 мг № 180	1950
	Вирамун 200 мг № 60	150
Волгоградская область	Стокрин 600 мг № 30	13 500
	Зерит 30 мг № 56	900
	Зерит 40 мг № 56	1828
	Видекс 400 мг № 30	450
	Комбивир 450 мг № 60	17145
	Эпивир 150 мг № 60	3156
	Зиаген 300 мг № 60	450
	Калетра 166,6 мг № 180	5295
	Вирамун 200 мг № 60	1575
Ивановская область	Стокрин 600 мг № 30	150
	Комбивир 450 мг № 60	375
	Эпивир 150 мг № 60	375
	Калетра 166,6 мг № 180	600
Калининградская область	Стокрин 600 мг № 30	3588
	Зерит 40 мг № 56	2460
	Комбивир 450 мг № 60	1379
	Эпивир 150 мг № 60	2951
	Калетра 166,6 мг № 180	570
Рязанская область	Стокрин 600 мг № 30	780
	Зерит 30 мг № 56	60
	Зерит 40 мг № 56	60
	Видекс 400 мг № 30	360
	Видекс 250 мг № 30	360
	Комбивир 450 мг № 60	900
	Эпивир 150 мг № 60	480
	Зиаген 300 мг № 60	120
	Калетра 166,6 мг № 180	240
	Вирамун 200 мг № 60	60
Ульяновская область	Стокрин 600 мг № 30	1780
	Зерит 40 мг № 56	2280
	Видекс 400 мг № 30	900
	Комбивир 450 мг № 60	3480
	Эпивир 150 мг № 60	1500
	Зиаген 300 мг № 60	300
	Калетра 166,6 мг № 180	1800
	Вирамун 200 мг № 60	300
Пермский край	Стокрин 600 мг № 30	4680
	Зерит 40 мг № 56	1080
	Комбивир 450 мг № 60	5160
	Эпивир 150 мг № 60	1080
	Калетра 166,6 мг № 180	1320
	Вирамун 200 мг № 60	240

Приложение № 2

Регион	Наименование препарата	Количество поставляемых упаковок
Белгородская область	Стокрин 600 мг № 30	12
	Комбивир 450 мг № 60	80
	Калетра 166,6 мг № 180	100
Липецкая область	Стокрин 600 мг № 30	24
	Комбивир 450 мг № 60	48
	Калетра 166,6 мг № 180	24
Пермский край	Стокрин 600 мг № 30	2000
	Комбивир 450 мг № 60	2300
	Эпивир 150 мг № 60	80
	Вирамун 200 мг № 60	87
Вологодская область	Комбивир 450 мг № 60	300
	Калетра 166,6 мг № 180	120
	Эпивир 150 мг № 60	164
	Стокрин 600 мг № 30	10
	Зерит 40 мг № 56	30
Ямало-Ненецкий АО	Стокрин 600 мг № 30	75
	Комбивир 450 мг № 60	150
	Калетра 166,6 мг № 180	48
Алтайский край	Зиаген 300 мг № 60	23
	Калетра 166,6 мг № 180	40
Ярославская область	Стокрин 600 мг № 30	12
	Эпивир 150 мг № 60	12
	Калетра 166,6 мг № 180	12
Тульская область	Стокрин 600 мг № 30	26
	Зерит 30 мг № 56	15
	Зерит 40 мг № 56	28
	Эпивир 150 мг № 60	40
	Калетра 166,6 мг № 180	12
Республика Тыва	Стокрин 600 мг № 30	12
	Эпивир 150 мг № 60	24
Республика Удмуртия	Эпивир 150 мг № 60	40
	Комбивир 450 мг № 60	20

Регион	Наименование препарата	Количество поставляемых упаковок
Орловская область	Стокрин 600 мг № 30	336
	Эпивир 150 мг № 60	120
	Комбивир 450 мг № 60	360
	Зерит 30 мг № 56	33
	Зерит 40 мг № 56	33
Республика Якутия	Стокрин 600 мг № 30	12
	Комбивир 450 мг № 60	12
Архангельская область	Стокрин 600 мг № 30	48
	Зерит 40 мг № 56	26
	Комбивир 450 мг № 60	24
	Эпивир 150 мг № 60	24
Коми-Пермяцкий АО	Стокрин 600 мг № 30	100
	Комбивир 450 мг № 60	100
	Эпивир 150 мг № 60	100
Республика Карелия	Стокрин 600 мг № 30	316
	Зерит 40 мг № 56	360
	Эпивир 150 мг № 60	120
Читинская область	Стокрин 600 мг № 30	300
Красноярский край	Эпивир 150 мг № 60	80
Ивановская область	Стокрин 600 мг № 30	700
	Комбивир 450 мг № 60	700
Тамбовская область	Стокрин 600 мг № 30	12
	Комбивир 450 мг № 60	9
Курская область	Стокрин 600 мг № 30	130
Ханты-Мансийский автономный округ – Югра	Комбивир 450 мг № 60	40
	Вирамун 200 мг № 60	20
Астраханская область	Стокрин 600 мг № 30	36
	Комбивир 450 мг № 60	12



**Вениамин Вольнов:
«ЛШД – это отличный шанс
для добровольцев осознать
насколько важна их
деятельность»**

В течение восьми лет региональная общественная организация «Сибирская инициатива» проводит Летнюю школу добровольцев, которая стала уникальным форумом для волонтеров из России и других стран мира. Школа представляет собой своеобразную площадку, где добровольцы из различных организаций и регионов учатся, обмениваются опытом и знаниями, общаются и отдыхают.

Сегодня у нас в гостях директор Летней школы добровольцев Вениамин Вольнов.

Что такое ЛШД

ЛШД – Летняя школа добровольцев, которая стала уникальным форумом для волонтеров из России и других стран мира. Школа представляет собой своеобразную площадку, где добровольцы из различных организаций и регионов учатся, обмениваются опытом и знаниями, общаются и отдыхают.

Предысторией создания Школы стало начало реализации в Алтайском крае программы «Здоровье и развитие молодежи» Детского фонда ООН. РОО «Сибирская инициатива», являвшаяся ресурсным центром для всех участников программы в регионе, оказывала финансовую, информационную, техническую и методичес-

кую поддержку организациям и координировала их деятельность в рамках этой программы. Особое внимание всеми участниками уделялось развитию добровольческих инициатив. На базе организаций, задействованных в программе, осуществлялась систематическая работа с группами добровольцев (обучение, сопровождение организации мероприятий). И в каждом из девяти проектов программы в Алтайском крае работали не только специалисты, но и добровольцы. Самым ярким явлением в этом направлении стала Летняя школа добровольцев.

В 2001 и 2002 годах в работе ЛШД участвовали добровольцы из различных регионов России (Алтайский край, Новосибирская, Томская, Челябинская области). Школа стала примером масш-



ЛШД-2001

табного мероприятия, которое объединяло различные проекты в единую программу и способствовала взаимодействию между организациями.

В 2003 году инициаторами Летней школы добровольцев выступили Ассоциация организаций, работающих в области охраны здоровья молодежи, «ДОМ» и РОО «Сибирская инициатива». Финансовую поддержку оказали Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (UNAIDS), Программа развития ООН (UNDP) и канадско-российский проект «Российская сеть по профилактике ВИЧ-инфекции». Методическая помощь осуществлялась Министерством здравоохранения Российской Федерации.

В том же году Летняя школа добровольцев приобрела статус международной: ее участниками были добровольцы из организаций России, Молдовы, Украины, Казахстана, Таджикистана, Кыргызстана и США, работающих в области профилактики ВИЧ/СПИДа и других социально обусловленных заболеваний.

Где проводится ЛШД

Для проведения работы Летней школы добровольцев РОО «Сибирская инициатива» выбрала одно из красивейших мест России – Горный Алтай, территорию, находящуюся в самом центре Азии на границе сибирской тайги, казахстанских степей и полупустынь Монголии.

Это горная страна с чрезвычайно живописным ландшафтом, своеобразный «российский Тибет» в центре Евразии на стыке нескольких государств, природных зон и культурных миров. Рельеф местности характеризуется высокими хребтами, разделенными узкими и глубокими речными долинами, редкими широкими межгорными котлованами.

В верованиях алтайцев существенную роль играют различные культы, которые составляют целый комплекс законов бытия и запретов (табу). Большинство культов связано с хозяйствен-

ной деятельностью человека: кузнечное производство, скотоводство, земледелие, охота и др.

Посреди леса по левому берегу Катуня раскинулось озеро Ая – глубокая впадина, заполненная кристально-чистой водой, которая прогревается летом. Небольшое, но очень живописное, оно вот уже долгие годы притягивает к себе тысячи отдыхающих. Это одно из немногих озер Горного Алтая, прогреваемое солнцем и пригодное для купания.

На левом берегу Катуня расположены знаменитые Тавдинские пещеры, находящиеся в отвесных скалах и утесах. В прошлом эти пещеры служили жильем для человека. На дне одной из них при раскопках были обнаружены предметы гончарного производства и рыболовные принадлежности.

Уникальна Тавдинская карстовая арка. Она представляет собой редкую форму свода карстового туннеля, или пещеры, в виде широкого пролета моста, переходящего в арку. Блоки известняков громоздятся «бастионами» и «замками» в окружении сосновых и березово-сосновых лесов, круто обрывающихся к Катуню. С 1996 года Тавдинская карстовая арка имеет статус памятника природы республиканского значения.

Вот такая у нас природа. И именно это позволило нам органично соединить работу и обучение с отдыхом и познавательными мероприятиями. В программу работы Школы, кроме тренингов и семинаров, вошли сплавы по горным рекам, восхождение в горы, экскурсии в пещеры и прогулки на перевалы. Такой подход делает работу в Летней школе одним из мощных стимулов деятельности добровольцев и может рассматриваться как способ привлечения молодежи к решению многих проблем общества.

Первая Летняя школа

Первая Летняя школа добровольцев была проведена региональной общественной организа-



ЛШД-2002



Карел Де Рой, представитель Детского фонда ООН UNICEF в России:

«Вот уже более восьми лет Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) сотрудничает с РОО «Сибирская инициатива» по вопросам пропаганды здорового образа жизни, профилактики ВИЧ и наркозависимости среди молодежи в Алтайском крае.

Одной из важнейших совместных программ стала Летняя школа добровольцев, проводимая при поддержке ЮНИСЕФ с 2001 года.

Школа, которая проходит в одном из живописнейших мест России, дарит ребятам-добровольцам из самых разных регионов нашей страны уникальную возможность обменяться опытом, пообщаться, рассказать друг другу о своих программах по профилактике ВИЧ/СПИДа.

Как известно, молодежь всегда охотнее прислушивается к мнению сверстников, нежели к словам старшего поколения, вот почему так важно, чтобы добровольцы владели верной информацией и были в состоянии дать необходимый и своевременный совет сверстнику. Благодаря высококлассным специалистам, которые привлекаются к работе на Летней школе, она дает добровольцам возможность повысить свою квалификацию.

Хотелось бы пожелать, чтобы как можно большему числу волонтеров удалось поучаствовать в работе Школы, увозя с собой в разные точки России приобретенные знания и опыт!»

цией «Сибирская инициатива» в 2001 году при поддержке UNICEF в рамках программы «Здоровье и развитие молодежи». В первой ЛШД принимали участие около 50 человек из 4 субъектов РФ. Именно на первой Летней школе добровольцев были сформулированы ее основные цели, которые до сих пор являются определяющими при формировании программы Школ и подборе участников: популяризация идеи добровольчества и программ «равный—равному» среди молодежи России, а также создание условий для обмена информацией и опытом работы между добровольцами России.

Работа первой Летней школы добровольцев проводилась в Горном Алтае на базе «Царская охота» с 29 июля по 3 августа 2001 года, и эти дни участники Школы провели на берегах неповторимой по своей красоте горной реки Катунь.

В течение пяти дней проходили презентации проектов программы «Здоровье и развитие молодежи», круглые столы («Философские основы добровольчества», «Отношение общества к добровольчеству»), мастер-класс («Освещение доб-

ровольчества в СМИ»). Во время презентации проекта «Умей сказать НЕТ» Кризисного центра для мужчин, тренеры раскрыли тему конфликта, рассказали о его структуре и путях разрешения. На примере импровизированного конфликта они показали, как можно его избежать. Познавательной явилась информация, преподнесенная тренерами организации «Женский альянс». Их презентация проекта «Скажи НЕТ насилию» помогла осознать, что в своей жизни люди слишком часто испытывают и применяют насилие. А самым интересным участники признали мастер-класс «Освещение добровольчества в СМИ», во время работы которого им, кроме всего прочего, была предоставлена возможность выпустить оригинальную стенгазету.

Ну и конечно, во время проведения Летней школы всех участников вдохновили и до глубины души тронули великолепные экскурсии и походы на Камышинский водопад, Семинский перевал, в зуброводческое хозяйство. Незабываемыми стали для них подъем на обзорную гору, сплав по реке Катунь. Приверженцам экстре-



ЛШД-2003

Алексей Лысенков,
руководитель программы «СПИД. Скорая помощь»:

«Телекомпания «Пресэксперт» и я лично выражаем благодарность Летней школе добровольцев за помощь в создании телепередачи «СПИД. Скорая помощь». Мы считаем, что работа, которую Вы делаете по проведению обучающих семинаров и тренингов для волонтеров в рамках школы, является крайне важной и необходимой в деле профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИдом. Мы глубоко убеждены, что чем больше активистов будет вовлечено в данный процесс, тем больше шансов победить эпидемию и воспитать здоровое поколение. Нас также порадовало, что в данном мероприятии ежегодно принимает участие большое количество молодежи. Ребята не просто хорошо проводят время на природе, но обмениваются профессиональным опытом, обучаются новым методикам, приобретают знания, в том числе и на международном уровне.

От себя лично и от имени руководителя Всероссийского автопробега «СПИД-СТОП!» Юрия Непомнящих хочу также выразить благодарность Вам за активное участие в мероприятиях автопробега, за высокий уровень проведения лекций по профилактике ВИЧ/СПИДа в рамках акции «СПИД-СТОП!»»



мального спорта понравился сплав по ледяной горной реке с немалой порцией адреналина, а любителей природы удивил Семинский перевал — самая высокая точка Чуйского тракта (1894 м над уровнем моря). По-алтайски перевал называется Дьал-Менху, что в переводе означает «Вечная гора». Здесь кедровая тайга сменяется разнотравными субальпийскими лугами. На высшей точке перевала через Семинский хребет установлен памятный обелиск. Семинский перевал является своеобразной границей между «организационно-цивилизованным и дико-экзотическим» туризмом: после него туристические базы постепенно уступают место первозданной природе.

Помимо большого количества экскурсий, программу работы Летней школы добровольцев составляли интересные разнообразные праздники и представления. Кроме вечера знакомств, были проведены конкурс «Мисс и мистер Алтай-2001», карнавал и даже концерт бардовской песни. В последний вечер школы участники говорили об огромном желании когда-нибудь вер-

нуться в Горный Алтай и вновь с головой уйти в работу Летней школы добровольцев.

Летняя школа-2002

С 7 по 11 августа 2002 года на туристической базе «Шале Прискальный» работала «Летняя школа добровольцев-2002». Так же, как и первая, она была составной частью программы «Здоровье и развитие молодежи» Детского фонда ООН в Алтайском крае. Ее участниками стали 45 добровольцев из шести регионов России, работающих по этой программе.

Каждый день волонтеров начинался с работы разнообразных информационных блоков. Представленные темы были не просто актуальными, но и необходимыми для изучения и применения в добровольческой работе. Например, в первый день были рассмотрены такие вопросы, как: «Что такое добровольчество?», «Каким должен быть настоящий доброволец и какую работу он может выполнять?».



ЛШД-2004



Лидия Бардакова,
исполнительный представитель ЮНФПА в Российской Федерации:

«Я с удовольствием приняла Ваше предложение участвовать в работе школы и в результате получила много впечатлений и идей по продвижению движения равный–равному.

Я считаю, что Вы одни из тех смелых людей, которые не боятся трудностей во имя благого дела. Спасибо Вам за это.

С надеждой на дальнейшее сотрудничество.

Огромное спасибо всему Вашему замечательному коллективу».

На второй день изучались вопросы взаимодействия движения добровольчества и средств массовой информации. Участники пытались разобраться в различных жанрах СМИ: познакомились с правилами написания пресс-релиза, уяснили для себя, что такое «информационный повод».

Титул «Самая интересная тема Школы добровольцев-2002» участники отдали фандрейзингу, занятия по которому в последний день работы вели специально приглашенные представители организаций «Твой выбор» (Тверь) и «СПИД инфосвязь» (Москва).

Ежедневно после обеда добровольцев ждала вторая часть программы. Юные любители рафтинга по достоинству оценили сплав по бурной реке. Море брызг и купание в ледяной Катунь дали новый приток жизненной энергии. В последующие дни культурную программу составили экскурсии по уникальным местам Горного Алтая.

Добровольцы многое узнали, увидев массу интересного своими глазами. Например, они впервые общались с настоящим шаманом. Уважаемый местными жителями, он живет в обычном доме и на первый взгляд ничем не отличается от обычных селян. Однако рядом с домом шамана располагаются оригинальные постройки – так называемые типи. Именно в типи добровольцы и гостеприимный хозяин вели увлекательную беседу. Волонтеры задавали вопросы, а шаман, отвечая на них, рассказывал, как можно увидеть духов и когда они приходят. Эта встреча оставила очень противоречивые впечатления, и еще долго добровольцы спорили, вспоминая шамана и знакомство с его обрядами.

Во время еще одной экскурсии добровольцы посетили самое теплое озеро Горного Алтая – Аю. Купание в нем доставило всем огромное удовольствие, а самые отчаянные даже прокатились по канатной дороге над Аей.

Что же касается вечерних мероприятий во время работы Летней школы, то это, как говорится, отдельная история. Она состоит из безграничного творчества, соблюдения традиций, выдумок, веселья и искрометного смеха. Если в первый вечер состоялись знакомства и представления групп, то потом не было предела фантазиям. Взять, например, кефирную вечеринку, где добровольцы сами придумали

двух главных героев, наделив их веселыми именами – Йогуртный бабай и Кефирный король.

Последний вечер по традиции медленно перешел в прощальную ночь. Торжественным моментом стало официальное вручение дипломов участника Летней школы добровольцев. И вот начался долгожданный карнавал с массой веселых пародий на события во время проведенных здесь дней. Были разговоры у костра и обмен впечатлениями, и воспоминания обо всем происшедшем, и сожаления по поводу завершения работы Школы...

Заключительным этапом стала, конечно же, дискотека. Нужно заметить, что все мероприятия проводили сами участники Летней школы. И, как и в предыдущей Летней школе, на падающие звезды ребята загадывали желание приехать сюда на следующий год.



ЛШД-2005

Летняя школа-2003

В 2003 году работа Летней школы добровольцев впервые проводилась при поддержке Министерства здравоохранения РФ. И впервые в Школе участвовало такое большое количество добровольцев – 91 человек. Может быть поэтому и программа в том году была весьма разнообразной.

Программа проходила под символом строительства города, и участниками был выбран мэр Города. И еще, в тот год Летняя школа стала международной, поскольку, как я уже ранее говорил, в ней смогли принять участие добровольцы не только из России, но и из Молдовы, Украины, Казахстана, Таджикистана, Кыргызстана и США.

Прием в Летнюю школу проходил таким образом, что от каждого города или региона могли приехать не более двух-трех человек, поэтому внутри каждой организации шел принципиальный отбор ребят для участия в этом мероприятии. Можно с уверенностью сказать, что поездка к нам в Школу стала своеобразным поощрением ребят за их активную деятельность. Многие из них уже тогда надеялись попасть и в Летнюю школу-2004, но для этого им необходимо было не только проявить себя в Школе-2003, но и потом в течение года в своей организации. Таким образом Летняя школа добровольцев стала замечательным стимулом для их работы во многих направлениях общественной жизни.

Участники Школы-2003 представляли организации, работающие в сфере охраны здоровья населения. Особенно важной в деятельности добровольцев являлась профилактика таких социально обусловленных заболеваний, как ВИЧ/ СПИД и наркомания, исходя из чего и была построена программа.

Организаторы решили дать возможность волонтерам углубиться в изучение одной из сфер своей деятельности, поэтому обучающий блок Летней школы был поделен на несколько направлений. Участники могли выбрать одно из них соответственно своим интересам и увлечениям.

К примеру, направление «Здоровье». Участники, избравшие его, подробно изучали и рассматривали актуальные проблемы здоровья. Для них этот вопрос действительно представлял важный интерес, так как практически все они, используя различные формы работы, занимались пропагандой здорового образа жизни и профилактикой таких заболеваний, как ВИЧ/СПИД и наркомания.

Или взять направление «Фандрейзинг». Изучая его, ребята познакомились с технологиями, необходимыми в процессе поиска средств для реализации программы, проекта или акции. Во время работы секции фандрейзинга рассматривались способы привлечения финансовой поддержки инициатив, особенности написания заявки на грант и приемы поддержания отношений со спонсорами. Можно с уверенностью сказать, что участники этого направления



Гериш Андрей Анатольевич,
заместитель начальника отдела государственной политики по обеспечению безопасности деятельности обучающихся, воспитанников и профилактики асоциальных явлений Департамента воспитания, дополнительного образования и социальной защиты детей Минобрнауки России:

«Хочется поблагодарить организаторов и участников ежегодной Летней школы добровольцев, работающих в сфере охраны здоровья подростков и молодежи. На ней собираются молодые люди, заботящиеся не только о своем здоровье, но и пропагандирующие это среди своих ровесников во всех регионах России. Надеюсь, что эта традиция будет продолжена».



ЛШД-2006

уехали из Школы, имея уже конкретные результаты: они попытались написать реальный проект, который каждый сможет реализовать на месте.

Следующее направление – «Тренинг для тренеров». Совершенствование себя как тренера – главная идея этого направления. Многие добровольцы работают в своих организациях по принципу «Равный обучает равного» – самостоятельно проводят тренинги, семинары и информационные лекции для своих же сверстников. Поэтому в рамках этого направления рассматривались секреты эффективной фасилитации, вопросы управления работой группы, этапы ее развития, проблемы обратной связи во время и после тренинга. И хотя уровень познаний в этой области у каждого был свой, в результате тренинга он значительно повысился.

Еще одно направление – СМИ. Здесь рассматривались некоторые правила написания текста, особенности разработки концепции газеты, изучались креативные технологии. Результатом деятельности секции стала газета под названием «Шальная», выпущенная самими добровольцами, которые самостоятельно писали материалы, редактировали тексты, макетировали и верстали газету. В «Шальной» освещались все события, которыми на протяжении пяти дней жил «Город добровольцев».

Ну и наконец такое направление, как «Лидерство». В эту программу входили дискуссии о лидерстве, о том, почему люди становятся добровольцами, что их привлекает в этом движении. Во время работы секции «Лидерство» ее участники занимались отработкой навыков публичного выступления, планирования и проведения акций, рекламных кампаний. У добровольцев Летней школы-2003 даже появилась возможность самостоятельно спланировать и реализовать свою массовую шоу-акцию, что они и сделали с блеском.

Как обычно, во второй половине дня добровольцев ждал второй блок программ – турист-

ско-познавательный. Вряд ли кто-то сможет забыть захватывающий сплав по горной реке и экскурсию в известные Тавдинские пещеры.

Полтора часовой сплав стал одним из самых запоминающихся моментов пребывания в Школе: три лодки устремились вниз по течению, и через пару минут все сплавляющиеся были уже мокрыми, но безумно довольными и радостными от испытанного.

А экскурсия в Тавдинские пещеры подействовала на ребят просто завораживающе. Они с удивлением открывали для себя воинственный волшебный мир пещер, внутри которых скрывались сталактиты и наскальные рисунки, напоминающие то ли быль, то ли сказку. Экскурсовод рассказывала легенды и старинные предания, связанные с Тавдинскими пещерами, говорила о том, что многие места здесь обладают магической силой. Так, обойдя громадный камень на одном из выступов пещеры три раза, можно ждать исполнения загаданного желания.

Завершал каждый вечер Летней школы культурно-развлекательный блок. Ребята веселились сами и не давали скучать остальным, развлекая отдыхающих на турбазе забавными играми, шумными дискотеками и вечеринками.

«Город добровольцев»

Как я уже говорил, в тот год организаторам Летней школы пришла в голову такая идея – создать «Город добровольцев». А потому, как и в каждом городе, в нем должны быть и свои правила, и традиции, и развлечения – словом, своя особая жизнь. И на мой взгляд нам это удалось сделать. Взять хотя бы вечерние мероприятия, проходившие в формате жизни города (выборы, день города), или выпуск собственной газеты.

Как и в любом городе, в «Городе добровольцев» должен был быть свой мэр. И как в настоящей жизни, его должны были выбрать сами жители. Именно поэтому добровольцы Летней



ЛШД-2007

школы принимали участие в самых настоящих выборах, и кандидаты на этот пост были самые настоящие. На пост мэра избирался самый активный доброволец, которому участники Летней школы доверили право представлять волонтерское движение на различных съездах и конференциях. Почетность этой должности подвигла ребят на серьезное отношение к выборам: проводилась предвыборная агитация, готовились бюллетени для голосования, работали счетная комиссия и наблюдатели от различных групп и отрядов.

Неудивительно, что последний вечер Летней школы проходил в форме празднования Дня города. По праву это мероприятие торжественно открыл избранный мэр Города. Неформальная часть праздника, последовавшая за открытием, состояла из пародий на дни и события во время работы Летней школы. Завершился городской праздник посиделками и песнями у костра, обменом впечатлениями, дискотекой. Заключительным аккордом стал яркий фейерверк, осветивший ночное небо Горного Алтая.

Летняя школа-2008

В этом году Летняя школа будет проходить на той же турбазе «Шале Прискальный». Как и в предыдущие годы каждому участнику необходимо будет определить секцию соответственно его интересам. Выбрав направление, участник станет посещать данную группу в течение трех дней. В рамках выбранного направления планируются мастер-классы разных специалистов и осуществление игровой деятельности. Участники не могут менять группу во время прохождения школы. Распределение по секциям будет осуществляться в первый день работы Летней школы.

В первый день будет проведена ярмарка-презентация организаций-участников ЛШД-2008.

Помимо основной программы, предусмотренной для всех участников, 19 июля будут про-

ведены специальные мероприятия для представителей сетей «Танцуй ради жизни» (однодневная конференция), Y-PEER (однодневная рабочая встреча) и Сети молодежных информационных центров Алтайского края (однодневная конференция).

В рамках программы участники смогут проявить свои таланты и способности. К примеру, мы планируем, что 16, 17 и 18 июля с 16.00 до 19.00 у части групп не будет экскурсий и этим свободным временем ребята смогут распорядиться по-разному: кто-то захочет поиграть в спортивные игры или отдохнуть, позагорать, почитать. А кто-то в это же время вдруг захочет провести какое-то мероприятие – к примеру, мастер-класс, или дискуссию, или тренинг. Пожалуйста! Все это будет только приветствоваться. Но вся ответственность за организацию, рекламу и проведение какого-то мероприятия будет лежать на человеке, его инициировавшем. Надеюсь, что мы увидим реализацию молодежных инициатив в действии.

В этом году к участию были приглашены добровольцы организаций, работающих в области охраны здоровья и развития молодежи, в возрасте от 16 лет до 21 года и координаторы добровольческих проектов и программ (возраст значения не имел). Как правило, от одного субъекта РФ участвует до 5 человек – 4 добровольца и 1 координатор. Для участия в Летней школе-2008 кандидат проходил предварительную регистрацию (с 01 марта по 31 мая) и после завершения сбора заявок конкурсная комиссия проводила отбор участников, которые получили соответствующие уведомления по электронной почте. Если кто-то из уже утвержденных кандидатов по какой-то причине отказывался от участия в ЛШД, то освободившееся место предлагалось потенциальным кандидатам из листа ожидания. От места проживания до города Барнаула и обратно участники добираются самостоятельно. Организаторы ЛШД-2008 оплачивают проезд от Барнаула до места проведения мероприя-



«День города» в ЛШД и его избранный мэр

тия и обратно, а также проживание, питание и экскурсионное обслуживание участников, организацию культурной программы. От Барнаула до места проведения и обратно участники доставляются комфортабельными автобусами.

* * *

В заключение хочется сказать, что особенностью Летней школы добровольцев является то, что появившись как инициатива гражданского общества, она практически с первых лет существования была активно поддержана Роспотребнадзором и в течение ряда лет на конкурсной основе получает финансирование из федерального бюджета через Агентство по здравоохранению и социальному развитию РФ.

Тренерами и гостями Летних школ были представители органов государственной власти (Министерство образования и науки РФ, Роспотребнадзор и др.) агентств ООН, крупнейших международных и российских организаций (UNICEF, UNAIDS, UNODCP, UNFPA, AFEW, СПИД инфосвязь, «Фокус-медиа», фонда «Шаги», ассоциации «ДОМ» и других), Отдела Внешнецерковных связей Московского Патриархата.

В разные годы в работе Летней школы, помимо добровольцев из России, принимали участие представители Молдовы, Украины, Казахстана, Таджикистана, Кыргызстана, США, Швеции, Италии, Канады.

За годы проведения Летней школы было обучено более 700 молодых людей, представляющих около 170 государственных, муниципальных и общественных организаций.

В разных городах России и других стран мира живут молодые люди, называющие себя добровольцами, или волонтерами. И каждый день они делают что-то интересное и полезное. Им нравится помогать окружающим. Они молоды, полны энергии, идей и решимости изменить мир. Каждый из них в разной степени вносит свой вклад в решение проблем, существующих в обществе.

Добровольчество — это эффективный способ профилактики социально обусловленных забо-

леваний среди молодежи. Добровольцы способны и всегда готовы распространять необходимую информацию, пропагандировать определенные нормы поведения среди своих сверстников. Не надо забывать, что волонтеры сами по возрасту относятся к группе, в которой уровень заболеваемости ВИЧ/СПИДом в России наиболее высок, и в силу этого они способны наиболее эффективно воздействовать на эту группу.

Добровольцы — это новое поколение, которое несет с собой в общество свои взгляды и ценности. Их вклад может быть разным по объему и эффективности. Но Летняя школа добровольцев способна не только объединять, но и усилить их энергию, улучшить их знания, организовать продуктивное сотрудничество, способствовать их дальнейшему совершенствованию. Развитие добровольчества содержит в себе огромный потенциал, а Летняя школа является прекрасной площадкой для развития этого движения.

Нет сомнения в том, что необходимо и дальше поддерживать развитие молодежных добровольческих инициатив. Только таким путем можно воспитать в молодежи ответственность за свою жизнь и гордость за свою страну. Только так можно построить поистине гражданское общество. Летняя школа добровольцев всегда способствует достижению этой высокой цели, собирая на свои форумы самую активную, творческую и ответственную молодежь.

Летняя школа добровольцев для многих стала мечтой, к которой хочется настойчиво идти, и сказкой, в которой хочется непременно оказаться. Каждый ее участник верит, что традиция будет продолжена. Пусть не он, но кто-то другой уже в следующем году встретится в живописном уголке с новыми друзьями, узнает много нового, поверит, что невозможного не существует, и от этого станет чуточку счастливее.

Как написал в своих отзывах один из участников предыдущих Летних школ: «Молодость — пора светлых, ярких впечатлений. Так пусть всегда горит звездочка под названием «Летняя школа добровольцев».

Фото: Алексей Старостенко



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

Но и вы
тоже
обещайте
не баловаться

НАРКОТИКАМИ !!!



ОБЗОРЫ МИРОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ЖУРНАЛОВ

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

ПАЦИЕНТЫ, НАЧИНАЮЩИЕ АРТ С НИЗКИМ УРОВНЕМ CD4-КЛЕТОК, ИМЕЮТ ХОРОШИЙ ШАНС ДОСТИГНУТЬ НЕОПРЕДЕЛЯЕМЫХ УРОВНЕЙ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ

01.02.2008

Согласно британским данным, опубликованным в журнале «JAIDS» от 1 февраля, пациенты, которые начинают АРТ с низким уровнем CD4-клеток, имеют хороший шанс достигнуть и поддерживать неопределяемый уровень вирусной нагрузки. Исследование также показало, что, несмотря на низкий средний уровень клеток (20 клеток/ мм^3), после начала антиретровирусной терапии умерли лишь 5% пациентов.

В настоящее время рекомендовано начинать терапию, когда уровень CD4-клеток достигает показателя – 350 клеток/ мм^3 . Есть надежные доказательства того, что начало лечения при данном уровне клеток связано с хорошими долгосрочными результатами лечения.

Однако поздняя постановка диагноза является существенной проблемой для многих стран, включая Великобританию. Многим пациентам ставится диагноз тогда, когда их показатель CD4-клеток находится ниже рекомендованной границы для начала терапии. Некоторые люди уже страдают СПИД-ассоциированными заболеваниями, когда им ставят диагноз ВИЧ-инфекции, а во многих случаях они не проходили тестирование на ВИЧ, полагая, что имели низкий риск инфицирования. Другие люди старались оттянуть возможность тестирования из-за страха стигмы, сопровождающей ВИЧ, или они приехали в Великобританию из других стран с уже глубокой супрессией иммунной системы.

В 2001 г. приблизительно пятая часть пациентов, которые начали принимать терапию в Британии, имели показатель в 50 клеток/ мм^3 , и многим из этих пациентов диагноз ВИЧ-инфекции был поставлен поздно. Несмотря на то, что доступ к АРТ расширяется по всему миру, 25–55% пациентов в странах с ограниченными ресурсами начинают принимать терапию в состоянии тяжелого подавления иммунитета и уровнем клеток ниже 50 .

Даже если позднее начало приема антиретровирусной терапии является значимой пробле-

мой во многих странах, было проведено всего несколько исследований, которые оценивали результаты лечения среди пациентов, которые начинают лечение с показателем клеток ниже 50 клеток/ мм^3 .

Следовательно, начиная с 1996 г. британские исследователи в рамках проекта UK Collaborative HIV Cohort (UK CHIC) оценивали вирусологические результаты у пациентов, начавших терапию с очень низким показателем CD4-клеток. Они также подсчитали показатель выживаемости среди пациентов с тяжелой иммунной супрессией.

В исследовании приняли участие 1117 пациентов десяти больших центров по лечению ВИЧ/СПИДа на юго-востоке Англии и Эдинбурга, которые начали принимать терапию с низкими показателями CD4-клеток в период между 1997 и 2005 гг. У всех пациентов, когда они начали терапию, уровень CD4-клеток был ниже 50 , а вирусная нагрузка более 1000 копий/мл.

Пациенты были разбиты на 4 группы в зависимости от года, когда они начали получать терапию: 1997–1998 гг.; 1999–2000 гг.; 2001–2002 гг.; 2003–2005 гг.

Когда пациенты начали принимать терапию, средний уровень CD4-клеток составлял 20 клеток/ мм^3 . Средний возраст – 37 лет, 74% мужчины, и примерно 50% инфицировались через гетеросексуальный секс; 58% пациентов начали принимать терапию на основе нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы, 36% – схему с ингибиторами протеазы, 4% – тройную терапию с аналогами нуклеозидов (которая в настоящее время считается субоптимальной) и 2% – терапию со всеми тремя главными классов антиретровирусных препаратов. Начиная с 1999 г., пропорция пациентов, начавших принимать терапию на основе нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы стабильно сохранялась (примерно 68%), а 25% пациентов в этот период принимали схему, основанную на ингибиторах протеазы.

Двенадцать недель спустя после начала лечения у 80% пациентов уровень вирусной нагрузки стал ниже 400 копий/мл. На 48 неделю 83% пациентов достигли показателей ниже этого уровня.

Исследователи обнаружили, что определенные характеристики пациентов связаны с более

высокими шансами подавления вируса. Так у женщин чаще, чем у мужчин, вирусная нагрузка была ниже 400 копий/мл на 48 неделю лечения. Пациенты в возрасте также чаще достигали эффективного уровня подавления ВИЧ.

Обнаружена тенденция, что геи лучше реагировали на лечение, чем представители других уязвимых групп. Чернокожие пациенты реже имели хороший вирусологический ответ, чем белые пациенты, однако данное различие не имеет статистической значимости.

В 2003–2005 гг. исследователи определили, что показатели вероятности достижения вирусной нагрузки ниже 50 копий/мл на 48 неделю для женщин в возрасте 25, 25 и 45 лет, начавших терапию с уровнем CD4 ниже 50 клеток/мм³, составляет 71, 75 и 79% соответственно. Для мужчин показатели вероятности для тех же возрастов составили 68, 73 и 78%.

Среди пациентов, которые начали терапию после 1999 г., у 134 (15%) развился СПИД и 48 (5%) умерли. Исследователи выяснили, что вероятность выживания спустя 12 месяцев после начала лечения для тех, кто начал принимать терапию в период 1999–2000 гг., составляет 98%, для тех, кто начал терапию в 2001–2002 гг. равен 97 и 98% для тех, кто начал принимать терапию в 2003–2005 гг. Соответствующие показатели вероятности выживания без СПИДа (AIDS-free survival probabilities) для каждого из этих периодов были равны 81, 83 и 84%.

«Полезно заметить, что можно действительно быстро достигнуть подавления вируса у людей, начинающих терапию на далеко зашедшей стадии иммунодефицита», — делают выводы авторы исследования, добавляя, что «эти данные, несмотря на условия хорошо развитой медицинской инфраструктуры, являются полезным фактором для сравнения в отношении других наций, начинающих лечение на подобных уровнях иммунодефицита. Данная информация может быть ценной для оценки успеха антиретровирусной терапии в программах, направленных на расширение доступа к лечению».

Porter K., et al. Changes in outcome of persons initiating highly active antiretroviral therapy at a CD4 cell count less than 50 cells/mm³ (2008) *JAIDS*, 47, 202–205.

**У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМ
ИММУНОДЕФИЦИТОМ
АНТИРЕТРОВИРУСНУЮ ТЕРАПИЮ
ЛУЧШЕ ПРОДОЛЖАТЬ ДАЖЕ
ПРИ УСЛОВИИ ЕЕ НИЗКОЙ
ЭФФЕКТИВНОСТИ**

07.02.2008

Комбинированная антиретровирусная терапия (кАРТ) значительно улучшила качество жизни ВИЧ инфицированных больных, снизи-

ла риск развития СПИДа и смерти. Однако не у всех больных кАРТ одинаково эффективна. У части больных отмечается недостаточный контроль репликации ВИЧ, выражающийся в невозможности достичь стойкую вирусную супрессию, что связано с постепенным развитием резистентности ВИЧ к одному за другим антиретровирусным препаратам (АРП). Вирологическая неудача терапии влечет за собой ее иммунологическую неудачу, когда на фоне кАРТ уровень CD4-клеток остается у больного на низком уровне или снижается. Что же делать в ситуации, когда у больного высокорезистентный ВИЧ, исчерпаны возможности смены режима кАРТ, а улучшение не наступает? В такой ситуации возможны два пути: продолжать кАРТ, по возможности усилив ее, или прервать терапию с надеждой на то, что ВИЧ потеряет за время перерыва какие-то из мутаций резистентности. Группа французских ученых провела большое ретроспективное исследование с целью сравнить эти две тактики ведения больных с несостоятельностью/неудачей кАРТ.

Методы исследования. Использовались данные большого непрерывного проспективного исследования French Hospital Database on HIV (FHDH). В исследование FHDH включаются все ВИЧ-инфицированные больные старше 18 лет, получающие помощь в 68 университетских СПИД-центрах Франции. Настоящее исследование анализировало данные больных, включенных в FHDH в 2000–2005 гг., имеющих исходный (на момент включения в FHDH) подсчет CD4 < 200 кл/мкл, получавших ≥1 режима кАРТ в течение ≥6 месяцев без роста уровня CD4-клеток.

Исследователи сравнивали три группы больных: 1) группу перерыва кАРТ, в которой больные прерывали терапию на ≥3 месяца (группа перерыва), 2) группу больных, продолживших кАРТ и имеющих вирусную нагрузку (ВН) ≥500 копий/мл (группа определяемой ВН) и 3) группу больных, продолживших кАРТ и имеющих ВН <500 копий/мл (группа неопределяемой ВН). Исключались больные, принимавшие препараты, не входящие в три основных группы — НИОТ, ННИОТ и ИП. Больные отслеживались до конца 2005 г., смерти или последнего известного визита.

Результаты исследования. В исследование вошли 12 765 больных (72,2% — мужчины). Исходно 52,5% больных получали ИП-режим кАРТ, 27,7% — ННИОТ-режим и 19,8% — три НИОТ. В группу перерыва вошли 2399 больных, в группу определяемой ВН — 8783 и в группу неопределяемой ВН — 4773. Среднее число АРП, которые когда-либо получали больные, было соответственно 9, 9 и 7. Уровень CD4 < 50 кл/мкл на момент включения в исследование отмечался соответственно у 44, 23 и 10,4% больных.

Серьезные клинические события (СПИД-индикаторные инфекции, онкозаболевания, энцефалопатия и др.) отмечались чаще всего в группе перерыва кАРТ: частота возникновения

на 100 человеко-лет соответственно в первой, второй и третьей группах составила 18,5 (95% доверительный интервал [ДИ]: 16,6–20,5), 14,4% (95% ДИ: 13,7–15,2) и 4,9 (95% ДИ: 4,4–5,4). Эта зависимость сохранилась и после стратификации пациентов по уровню CD4 < 50 и 50–200 кл/мкл.

При расчете риска серьезных клинических событий исследователи определили, что по сравнению с группой перерыва кАРТ, риск был выше и в группе с неопределимой и в группе с определимой ВН: отношение рисков (ОР) соответственно – 0,38 (95% ДИ: 0,33–0,45) и 0,78 (0,69–0,87). Аналогично для событий вирусной этиологии ОР составил соответственно 0,59 (0,43–0,82) и 0,94 (0,74–1,19), протозойной этиологии – 0,23 (0,15–0,36) и 0,72 (0,55–0,94), грибковой этиологии – 0,20 (0,15–0,27) и 0,71 (0,60–0,84) и бактериальной этиологии – 0,52 (0,38–0,70) и 0,85 (0,67–1,07).

В целом риск серьезных клинических событий был на 22% ниже в группе определимой ВН и на 62% ниже в группе неопределимой ВН по сравнению с теми, у кого кАРТ была приостановлена.

Выводы. Авторы исследования констатируют, что у больных с тяжелым иммунодефицитом и определимой ВН продолжение кАРТ приводит к более низкому риску осложнений и СПИД-индикаторных заболеваний, чем перерыв кАРТ. «Таким образом, в ситуации, когда у больного с тяжелым иммунодефицитом нет больше никаких терапевтических вариантов, продолжение несостоятельного режима более предпочтительно, чем его прерывание», – пишут исследователи.

Источник. Isabelle Kousignian et al. Maintaining Antiretroviral Therapy Reduces the Risk of AIDS-Defining Events in Patients with Uncontrolled Viral Replication and Profound Immunodeficiency (2008) *Clinical Infectious Diseases*, **46**, 296–304.

ЗА ПОСЛЕДНИЕ 7 ЛЕТ СУЩЕСТВЕННО СНИЗИЛАСЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ И ОПОЯСЫВАЮЩИМ ГЕРПЕСОМ СРЕДИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

13.02.2008

Иммунная дисфункция у ВИЧ-инфицированных детей делает их восприимчивыми к вирусу *Varicella zoster* (VZV) – возбудителю ветряной оспы (ВО) и опоясывающего герпеса (ОГ). Известно, что заболеваемость инфекцией Herpes Zoster (HZ) среди ВИЧ-инфицированных детей в 7–20 раз выше по сравнению с их здоровыми сверстниками. Начиная с 1996 г. в США внедрена высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ), а с 1999 г. – иммунизация ВИЧ-инфицированных детей против VZV.

Данные о влиянии ВААРТ и вакцинации на заболеваемость и течение HZ-инфекции у ВИЧ-инфицированных детей весьма противоречивы. В связи с этим американские ученые провели ретроспективное когортное исследование с целью изучить: 1) заболеваемость инфекцией HZ среди перинатально ВИЧ-инфицированных детей в течение 1996–2006 гг.; 2) факторы риска первичной HZ-инфекции у ВИЧ-инфицированных детей, а также влияние ВААРТ и иммунизации против VZV на заболеваемость HZ-инфекцией среди них.

Методы исследования. Ученые использовали базу данных детской клиники для ВИЧ-инфицированных в Филадельфии. У детей и подростков с перинатальным ВИЧ-инфицированием, имевших ≥2 амбулаторных визитов за календарный год, регистрировали все случаи HZ-инфекции за 3 периода: 1 – до начала ВААРТ (1989–1996 гг.); 2 – после внедрения ВААРТ (1997–1999 гг.); 3 – после начала VZV вакцинации (2000–2006 гг.). Выделяли первичную VZV-инфекцию ([пVZVi], первый эпизод ВО), первичную HZ-инфекцию ([пHZi], первый эпизод ОГ), рецидивы ВО (рецидив VZVi) и ОГ (рецидив HZi). Анализировали демографические и эпидемиологические данные, результаты иммунизации против VZV, титры анти-VZV IgG. Для каждого случая HZ-инфекции оценивали тип ВААРТ, длительность режима ВААРТ, число и удельный вес CD4⁺-клеток, вирусную нагрузку – уровень РНК ВИЧ-1-плазмы, стадию ВИЧ-инфекции по классификации CDC, использование внутривенных иммуноглобулинов (ВВИГ) или VZ-иммуноглобулинов.

Результаты исследования. В исследование включили 256 ВИЧ-инфицированных пациентов, наблюдавшихся в общей сложности 1761 пациенто-лет; 59% были девочки, 76% – чернокожие, 14% – белые, 8% – латиноамериканцы. За весь период пVZVi отмечена у 71 пациента, пHZi – у 29 детей. Общая заболеваемость пVZVi была 40,9 на 1000 пациенто-лет (95% доверительный интервал [ДИ]: 30,4–53,9). У 4% детей развился рецидив VZVi. Среди вакцинированных детей (*n* = 57), получивших ≥1 дозы VZV вакцины, частота пVZVi составила 22,3 на 1000 (95% ДИ: 7,2–52,0). У 5 детей развилось поствакцинальное VZV заболевание. Из 71 пациента с пVZVi, наблюдавшихся в среднем 7,3 лет после инфекции, у 21 (29,6%) развился HZ. Общая заболеваемость HZ-инфекцией составила 17,4 на 1000 пациенто-лет (95% ДИ: 11,1–25,8). Анализ в зависимости от периода наблюдения показал, что частота HZ-инфекции в 1989–1996 гг. и 1997–1999 гг. была одинаковой (30,03 и 31,9 на 1000 пациенто-лет соответственно), однако в течение 2000–2006 гг. отмечено существенное (на 80%) ее снижение (6,5 на 1000; 95% ДИ: 2,11–15,21). Причем среди VZV вакцинированных детей частота HZ инфекции была еще ниже (4,5 на 1000; 95% ДИ: 1,1–24,8).

Медиана времени между pVZVi и пНЗи была 32 месяца, а между пНЗи и рецидивом НЗи — 34,8 месяцев. К моменту pVZVi 8,5% больных имели N-класс ВИЧ-инфекции; 14,3% — А; 22,8% — В; 35,7% — С; среди VZV-вакцинированных больных 31% имели N-класс; 11% — А; 20% — В; 25% — С. К моменту pVZVi большинство больных не получали ВААРТ, в то время как к моменту пНЗи почти половина (48,1%) пациентов лечилась ВААРТ. Медиана удельного веса CD4⁺ во время VZV-иммунизации была 34 против 29% во время pVZVi ($p = 0,001$); медиана РНК ВИЧ-1 плазмы — 200 против 2350 копий/мл соответственно. Положительные титры анти-VZV IgG после перенесенной естественной инфекции были у 72,2% пациентов, в то время как после VZV вакцинации — лишь у 41,5% детей.

ВААРТ и возраст >5 лет к моменту pVZVi были факторами, защищающими от последующего развития НЗ-инфекции. Пол, удельный вес CD4⁺, ВВИГ и осложненное течение pVZVi, напротив, не имели значимой взаимосвязи с развитием в дальнейшем НЗ-инфекции. Фактором риска развития НЗ-инфекции была латиноамериканская раса.

Выводы. Проведение VZV вакцинации и ВААРТ привело к существенному снижению заболеваемости НЗ-инфекцией среди перинатально ВИЧ-инфицированных детей. Частота НЗ-инфекции после 2000 г. снизилась на 80% по сравнению с предыдущим десятилетием, что, по мнению исследователей, явилось результатом сочетанного влияния VZV-иммунизации и использования ВААРТ у данной категории больных. Авторы подчеркивают, что снижение заболеваемости НЗ-инфекцией не было следствием улучшения иммунного статуса ВИЧ-инфицированных детей. Напротив, у них сохранялся VZV-специфический иммунодефицит на фоне проведения ВААРТ. Данные, полученные в ходе исследования, подтвердили необходимость и безопасность VZV-вакцинации ВИЧ-инфицированных детей.

Источник. Sarah M. Wood et al. Primary Varicella and Herpes Zoster Among HIV-Infected Children From 1989 to 2006 (2008) *Pediatrics*, **121**, e150–e156.

НЕВИРАПИН ЗАМЕДЛЯЕТ РАЗВИТИЕ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

13.02.2008

Инфекция вирусом гепатита С широко распространена среди ВИЧ-инфицированных. То, что ВИЧ способствует прогрессии вирусного гепатита С, хорошо известно, однако данных о влиянии высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) на развитие фиброза/цирроза печени при хронической инфекции ВГС недос-

таточно. Важный вклад в эту проблему сделали ученые из Испании. Результаты их кросс-секционного исследования опубликованы в «*Clinical Infectious Diseases*» за 1 января 2008 г.

Методы исследования. Авторы изучали зависимость между прогрессированием фиброза печени и длительностью ВААРТ как в целом, так и с учетом отдельных классов препаратов: ингибиторов протеаз (ИП), нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы (ННИОТ), а также эфавиренца (efavirenz) и невирапина (nevirapine) по отдельности. Включались больные, получавшие амбулаторное лечение ВИЧ-инфекции в крупной клинике в Мадриде и являвшиеся кандидатами на лечение ВГС, с подтвержденной инфекцией ВГС, без HbAg, с подсчетом CD4-клеток > 200 мкл, в отсутствие активных оппортунистических инфекций, наркомании и алкоголизма, а также без противопоказаний к интерферону- α и рибавирину. Всем таким пациентам с сентября 2000 г. амбулаторно выполнялась биопсия печени. В день биопсии пациенты подвергались клиническому и лабораторному исследованию, включая определение вирусной нагрузки и подсчет CD4. Фиброз оценивали по шкале METAVIR (0 — отсутствие фиброзных изменений, 4 — явный цирроз).

Результаты исследования. В исследование вошел 201 пациент, заразившийся ВИЧ и ВГС вследствие парентерального наркопотребления. Клинико-демографические характеристики были следующими: медиана возраста — 39 лет, 79,6% — мужчин, СПИД — у 33%, медиана подсчета CD4 составила 462, вирусная нагрузка (ВН) ниже 50 мл — у 74,6% участников, медиана длительности ВИЧ-инфекции — 21,3 года. У 57% отмечен генотип 1-го типа ВГС. Выраженность фиброза печени в баллах Metavir составила 0 у 0,5% пациентов, 1 — у 37,1%; 2 — у 31,9%; 3 — у 18,8% и 4 — у 11,7%. Медиана длительности ВААРТ к моменту биопсии печени была 4,3 года (межквартильный интервал [МКИ] 3,1–5,4).

У больных с фиброзом печени 3–4 балла длительность ВААРТ была меньше, чем у больных с подсчетом в 0–1 балл: 4,1 против 4,6 года. Доля пациентов с нагрузкой РНК ВГС > 850 000 мл была выше у пациентов с фиброзом 0–1 или 2 балла, чем у пациентов с фиброзом в 3–4 балла. С каждым годом ВААРТ снижалась вероятность развития тяжелого фиброза печени: на 1 год ВААРТ скорректированное (многофакторный анализ) отношение шансов (ОШ) для фиброза 3–4 балла по сравнению с фиброзом 0–1 балл составило 1,32 (95% доверительный интервал [ДИ]: 1,04–1,67). Отдельно для ННИОТ ОШ составило 1,64 (95% ДИ: 1,18–2,27), для эфавиренца — 1,54 (95% ДИ: 1,03–2,30), невирапина — 1,72 (95% ДИ: 1,15–2,78). Препараты класса ИП преимуществ в отношении фиброза печени не давали.

При сравнении фиброза 2 балла по сравнению с фиброзом 3–4 балла скорректированное ОШ на каждый год приема ННИОТ составило

1,51 (95% ДИ: 1,08–2,10), для неврирапина – 1,58 (95% ДИ: 1,06–2,37). Для ВААРТ в целом, ИП и эфавиренца такая закономерность не отмечалась. ОШ для скорости прогрессии фиброза $\leq 0,1$ балла в год против $> 0,1$ балла повышалось с каждым следующим годом ВААРТ – 1,31 (95% ДИ: 1,07–1,60), для ННИОТ – 1,33 (95% ДИ: 1,03–1,70), для неврирапина – 1,44 (95% ДИ: 1,07–1,95). Для ИП и эфавиренца такой зависимости не обнаружено.

Выводы. Авторам удалось доказать, что ННИОТ тормозят развитие фиброза у ВИЧ-инфицированных пациентов с вирусным гепатитом С, причем наиболее эффективным в этом плане оказался неврирапин. ИП на прогрессию фиброза не влияли. Необходимы проспективные исследования на данную тему, подчеркивают авторы.

Источник. Juan Berengue et al. Association between Exposure to Nevirapine and Reduced Liver Fibrosis Progression in Patients with HIV and Hepatitis C Virus Coinfection (2008) *Clin. Infect. Dis.*, **46** (1), 137–143.

ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЕ БОЛЬНЫЕ, НАЧИНАЮЩИЕ АНТИРЕТРОВИРУСНУЮ ТЕРАПИЮ НА СТАДИИ ГЛУБОКОГО ИММУНОДЕФИЦИТА, ИМЕЮТ ХОРОШИЕ ШАНСЫ НА ЕЕ УСПЕХ

20.02.2008

Проблема ранней диагностики ВИЧ-инфекции и своевременного ее лечения остается нерешенной для многих ВИЧ-инфицированных больных. И в развивающихся, и в промышленно развитых странах большая доля больных впервые обращается за помощью на стадии выраженного иммунодефицита. Так, в Великобритании у 22% больных на момент постановки диагноза ВИЧ-инфекции уровень CD4-клеток был < 50 кл/мкл. Очевидно, что в странах с менее развитыми системами помощи ВИЧ-инфицированным, таких больных значительно больше. Как же отвечают больные с далеко зашедшей ВИЧ-инфекцией на высокоактивную антиретровирусную терапию (ВААРТ) и каков их прогноз? Ответ на эти вопросы попытались получить британские ученые, воспользовавшись данными общенациональной когорты ВИЧ-инфицированных больных UK CHIC.

Методы исследования. Непрерывное общенациональное обсервационное исследование UK collaborative HIV cohort study (UK CHIC) было начато в Великобритании в 2001 г., а о части больных данные собирались начиная с 1996 г. В когорту UK CHIC входят все больные, наблюдающиеся в крупнейших ВИЧ-центрах Великобритании.

В данный анализ были включены больные, впервые начавшие ВААРТ при уровне CD4 < 50

кл/мкл и вирусной нагрузке (ВН) > 1000 копий/мл. Исследователи анализировали долю больных, достигших ВН < 400 копий/мл и < 50 копий/мл на 12, 24, 36 и 48 неделях ВААРТ. Результат ВААРТ оценивался также в зависимости от календарного года, в который была начата ВААРТ.

Результаты исследования. 1158 из 24 197 больных когорты впервые начали ВААРТ при CD4 < 50 кл/мкл. Из них был исключен 41 больной с ВН < 1000 копий/мл. В окончательный анализ включены 1117 больных, начавших ВААРТ с 1997 г. по 2005 г. при среднем уровне CD4-лимфоцитов 20 кл/мкл (межквартильный интервал [МКИ] 10–31). Средний возраст больных на момент инициации ВААРТ был 37 лет (32–43), большинство были мужского пола (74%), 41% заразились в ходе секса между мужчинами и 51% – в ходе гетеросексуальных отношений. Больным были назначены следующие режимы ВААРТ: основанные на нуклеозидных ингибиторах обратной транскриптазы – 649 (58%) больных, основанные на ингибиторах протеазы – 401 (36%) больных, три нуклеозидных ингибитора обратной транскриптазы – 40 (3,5%) больных и режим, содержащий препараты всех трех классов, – 26 (2,3%) больных.

На 12, 24, 36 и 49 неделях после инициации ВААРТ соответственно 80, 83, 85 и 83% больных достигли уровня ВН < 400 копий/мл. Среди начавших ВААРТ в 1999 г. и позже соответственно 49, 73, 75 и 77% больных достигли уровня ВН < 50 копий/мл в те же временные периоды от начала ВААРТ. Интересно, что процент достигших целевой ВН увеличивался с 1997 г. по 2003 г., а в 2003–2005 гг. этот рост прекратился и даже намечилось некоторое снижение.

Самым важным предиктором успешной вирусной супрессии до уровня ВН < 400 копий/мл был календарный год начала ВААРТ: по сравнению с 1997–1998 гг. отношение шансов [ОШ] было равным 2,49; 4,28 и 3,28 для начавших лечение в 1999–2000 гг., 2001–2002 гг. и 2003–2005 гг. соответственно. К 48 неделе лечения целевой ВН чаще достигали женщины, чем мужчины (ОШ 1,74; 95% доверительный интервал [ДИ]: 1,07–3,02) и более старшие больные, чем молодые (ОШ 1,46; 95% ДИ: 1,11–1,96 на каждые 10 лет возраста). Отмечалась также тенденция к более успешной ВААРТ у мужчин, имевших секс с мужчинами, и у больных с более низкой исходной ВН.

Среди больных, начавших ВААРТ в 1999 г. и позже у 148 (15%) был диагностирован СПИД и 48 умерли (5%). Выживаемость больных с далеко зашедшей ВИЧ-инфекцией (учитывалась смертность от всех причин) в течение 12 месяцев составила 97,7, 96,8 и 97,5% у начавших ВААРТ в 1999–2000 гг., 2001–2002 гг. и 2003–2005 гг.

Выводы. Результаты исследования показали, что ВН < 400 копий/мл – вполне достижимая цель даже для тех больных, которые начинают

ВААРТ при исключительно низких цифрах CD4⁺. Несмотря на то, что данные собраны в условиях хорошего уровня специализированной медицинской помощи и свободного доступа к ней ВИЧ-инфицированных больных, результаты исследования обнадеживают и могут служить своего рода сравнительным стандартом для программ по борьбе с ВИЧ-инфекцией.

Источник. Kholoud Porter et al. Changes in Outcome of Persons Initiating Highly Active Antiretroviral Therapy at a CD4 Count Less Than 50 Cells/mm³ (2008) *JAIDS*, **47**, 202–205.

ДОСТАТОЧНО ЛИ ОДНОКРАТНОГО БЫСТРОГО ТЕСТИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ?

20.02.2008

В США действуют национальные рекомендации об обязательном пренатальном скрининге беременных на ВИЧ-инфекцию методом определения сывороточных антител. Такое тестирование является частью программы по профилактике перинатального заражения и проводится однократно в первом триместре или при первом обращении беременной, если оно происходит позже. Достаточно ли такого тестирования, как составляющей профилактики перинатальной передачи ВИЧ от матери ребенку, — неизвестно, так как возможен пропуск диагностики случаев недавнего заражения или заражения, произошедшего во время беременности. Группа исследователей из университета штата Северная Каролина (США) провела большое исследование с целью определить распространенность у беременных острой ВИЧ-инфекции.

Методы исследования. Исследователи использовали данные программы STAT (Screening and Tracing Active Transmission), которая началась в Северной Каролине в 2002 г. В рамках этой программы во всех государственных кабинетах тестирования на ВИЧ повторному тестированию на РНК ВИЧ (методами амплификации и полимеразно-цепной реакции) подвергались все образцы, анализ которых методом быстрого тестирования дал отрицательный результат на антитела против ВИЧ. Всем больным, у которых в ходе программы выявлялась острая ВИЧ-инфекция, как можно быстрее сообщали о результатах, подвергали их подтверждающим анализам, консультированию и при необходимости направляли на специализированное наблюдение.

Инфицированным беременным женщинам сразу назначалась антиретровирусная терапия с целью профилактики вертикальной передачи ВИЧ. Их тщательно наблюдали до родов, а затем наблюдали и новорожденных. В данное ис-

следование вошли сведения, собранные между ноябрем 2002 г. и апрелем 2005 г.

Результаты исследования. За период времени, охваченный исследованием, были протестированы на ВИЧ 187 135 женщин. Из них 443 (0,2%) оказались ВИЧ-инфицированными, причем 428 (96,6%) из них были диагностированы при помощи быстрого теста, т.е. имели антитела к ВИЧ, а у 15 (3,4%) результаты тестирования на антитела были отрицательными, но в крови определялся РНК ВИЧ. В 83% случаев ВИЧ-инфицирование произошло путем гетеросексуального контакта; 5 из 15 женщин, которые имели острую ВИЧ-инфекцию, были беременными. Они были диагностированы на среднем сроке 15 недель (от 12 до 16 недель). Все они заразились путем гетеросексуального контакта. В течение ≤14 дней после подтверждения диагноза каждой из них была начата антиретровирусная терапия, а в родах они дополнительно получили зидовудин (внутривенно). Все 5 женщин родили детей, свободных от ВИЧ: результаты тестирования были отрицательными в первые 2 дня после рождения, в 4–6 недель и 4–6 месяцев.

Исследователи проанализировали также данные детей, рожденных в Северной Каролине с ВИЧ-инфекцией в течение периода времени, охваченного исследованием (2002–2005 гг.). Таких детей было шестеро и трое из них были рождены от матерей, которые проходили тестирование на ВИЧ в частных клиниках, не принимавших участие в STAT, имели отрицательный результат на антитела на ВИЧ, и на этом их обследование закончилось. Тестирование этих троих беременных проводилось между 12 и 18 неделями беременности и не повторялось в дальнейшем. Все трое новорожденных были на искусственном вскармливании с рождения, т.е. инфицирование, очевидно, произошло в родах. Ни одна из трех матерей не отмечала каких-то отчетливых симптомов острой ВИЧ-инфекции в период беременности или непосредственно перед ней. Всем трем ВИЧ-инфицированным детям диагноз был поставлен поздно: двоим — после того как мать оказалась ВИЧ-положительной в ходе следующей беременности, а одному — после того, как у него в возрасте 3-х месяцев развилась пневмоцистная пневмония.

Выводы. Исследователи отмечают, что достаточно большая доля (в данном случае — 50%) случаев перинатального заражения плода приходится на острую ВИЧ-инфекцию, развившуюся у матери уже в ходе беременности. Они считают, что помимо повторного быстрого тестирования беременных на антитела к ВИЧ во втором триместре беременности, алгоритмы, включающие тестирование на РНК ВИЧ, могут свести возможность такого инфицирования до минимума.

Источник. Patterson, Kristine B., et al. Frequent detection of acute HIV infection in pregnant women (2008) *AIDS*, **17**, 2303–2308.

АТАЗАНАВИР, ИНГИБИТОР ПРОТЕАЗЫ, КОТОРЫЙ МОЖНО ПРИНИМАТЬ ОДИН РАЗ В ДЕНЬ, ПОКАЗЫВАЕТ ХОРОШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

27.02.2008

Эффективность антиретровирусной терапии (АРТ) значительно снижается при плохой приверженности больного лечению. Приверженность, в свою очередь, страдает из-за необходимости постоянного приема трех-четырёх препаратов два-три раза в сутки. По этой причине ученые продолжают поиск препаратов, которые можно будет принимать раз в сутки. Первым ингибитором протеаз (ИП), пригодным для приема один раз в день, является атазанавир (atazanavir, АТВ). На данный момент времени существует как его чистая форма, так и усиленная ритонавиром (ritonavir, РТВ). Преимуществами усиления ИП ритонавиром является меньший риск развития мутаций резистентности, а недостатком — бóльшая токсичность, в частности, бóльший риск возникновения липидных нарушений. Международный коллектив исследователей во главе с учеными из Южной Африки испытал эффективность и безопасность обеих форм ритонавира — чистой и усиленной ритонавиром. Результаты исследования опубликованы в номере «JAIDS» за 1 февраля 2008 г.

Методы исследования. Проспективное рандомизированное открытое испытание проходило в 30 клиниках 10 стран Европы, Африки и обеих Америк. Включались нелеченные ранее ВИЧ-инфицированные больные с вирусной нагрузкой (ВН) равной 2000 копий/мл и больше. Исключались пациенты, принимавшие >7 дней нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ) или ИП, принимавшие >30 дней нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ), или любую АРТ в течение последнего месяца. Пациентов рандомизировали в две группы, одна из которых получала АТВ 300 мг один раз в сутки, усиленный РТВ (АТВ300/РТВ), а другая — атазанавир 400 мг один раз в сутки (АТВ400). Все больные принимали также ламивудин (lamivudine) 300 мг 1 раз в сутки и ставудин (stavudine) 1 раз в сутки в экспериментальной лекарственной форме с продленным высвобождением в дозе, рассчитанной на кг веса. Основная конечная точка: доля пациентов с ВН менее 400 копий/мл к 48 неделе лечения.

Результаты исследования. Всего в исследование включили 200 пациентов; 95 — в группу АТВ300/РТВ и 105 — в группу АТВ400. Группы АТВ300/РТВ и АТВ400 соответствовали друг другу по исходным клинико-демографическим признакам: соответственно средний возраст в группе составил 35 и 34 лет, мужчины — 73 и 70%, медиана ВН — 4,8 и 5,1 \log_{10} копий/мл; ВН > 100 000 копий/мл отмечалась у 42 и 52%, медиана подсчета CD4-клеток — 201 и 204 кл/мкл.

ВН < 400 копий/мл к 48 неделе была констатирована у 86% больных в группе АТВ300/РТВ и у 85% больных в группе АТВ400; разница — 1,5% (95% доверительный интервал [ДИ] — 8,2–11,1). ВН < 50 копий/мл отмечалась соответственно у 75 и 70%. Таким образом, АТВ300/РТВ показал себя не хуже, чем АТВ400.

Среди пациентов с исходной ВН < 100 000 мл к 48 неделе ВН < 400 копий/мл достигли 91% в группе АТВ300/РТВ и 92% АТВ400; а ВН < 50 мл — соответственно 87 и 82% пациентов. Среди больных с исходной ВН \geq 100 000 копий/мл к 48 неделе ВН < 400 была у 82 и 78%, а ВН < 50 копий/мл — у 63 и 58% пациентов. Медиана прироста CD4 к 48 неделе составила 174 кл/мкл в группе АТВ300/РТВ и 213 кл/мкл в группе АТВ400.

Вирологическая неудача терапии была констатирована у 3-х пациентов группы АТВ300/РТВ и 10 пациентов группы АТВ400. У 4 из 8 пациентов с вирусологической неудачей из группы АТВ400 наблюдались небольшие мутации (субституции) резистентности к ИП, равно как и у 1 из 3 пациентов группы АТВ300/РТВ. Отчетливые мутации резистентности к ИП были отмечены у 3 больных группы АТВ400. В группе АТВ300/РТВ крупных мутаций резистентности к ИП не наблюдалось. У 7 больных АТВ400 и у одного больного группы АТВ300/РТВ обнаружены мутации резистентности к НИОТ, возникшие в процессе лечения.

Неблагоприятные события ($n = 38$) наблюдались у 31 человека: у 15 — в группе АТВ300/РТВ и у 16 — в группе АТВ400. С лечением были связаны 2 из 38 неблагоприятных событий. У 8 больных в группе АТВ300/РТВ и у 1 больного на АТВ400 лечение было отменено по причине побочных явлений. Выраженные биохимические нарушения наблюдались в группах одинаково часто, однако некоторое повышение билирубина было чаще в группе АТВ300/РТВ (59% больных) по сравнению с группой АТВ400 (20% больных). Чаще в группе АТВ300/РТВ были и липидные нарушения: повышение триглицеридов отмечено у 30% больных против 18%, повышение холестерина — у 16 против 11% пациентов соответственно. Липидснижающие препараты были назначены 4% больных на АТВ300/РТВ и 3% — на АТВ400.

Выводы. В данном исследовании показана эффективность и безопасность АТВ, усиленного РТВ, и подтверждена эффективность и безопасность АТВ для не леченных ранее пациентов с ВИЧ-инфекцией. Вирологический ответ на лечение находился в данной группе больных в прямой зависимости от исходной вирусной нагрузки. Результаты продолжающегося сейчас крупного контролируемого сравнительного испытания АТВ300/РТВ и лопинавира/РТВ помогут прояснить особенности вирусологического ответа во всех подгруппах пациентов, указывают авторы. Исследование финансировалось компанией «Bristol-Myers Squibb».

Источник. Niel Malan D.R., et al. Efficacy and Safety of Atazanavir, With or Without Ritonavir, as Part of Once-Daily Highly Active Antiretroviral Therapy Regimens in Antiretroviral-Naive Patients (2008) *JAIDS*, 47(2), 161–167.

**БОЛЕЕ РАННЕЕ НАЧАЛО
ВЫСОКОАКТИВНОЙ
АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ
ДОСТАТОЧНО БЕЗОПАСНО С ТОЧКИ
ЗРЕНИЯ ТОКСИЧЕСКИХ ПОБОЧНЫХ
ЭФФЕКТОВ**

27.02.08

В последние годы в медицинской литературе идет активная дискуссия о более раннем начале высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ). В настоящее время рекомендуется отсрочить ВААРТ у асимптомных ВИЧ-инфицированных больных на неопределенное время, до достижения уровня CD4-клеток от 350 до <200 кл/мкл, в зависимости от национальных рекомендаций и других клинических показателей больного. Одной из основных целей такой рекомендации является стремление уменьшить период времени, в течение которого больной будет подвергаться ее побочным явлениям. Среди таких побочных явлений — анемия, периферическая нейропатия, почечная недостаточность, липодистрофия, дислипидемия и инсулинорезистентность. Доказано, что перечисленные состояния развиваются под воздействием антиретровирусных препаратов, однако они могут развиваться и у нелеченных больных, длительное время страдающих ВИЧ-инфекцией. Американская исследовательская группа HOPS (HIV Outpatient Study), которая ведет непрерывное исследование большой когорты ВИЧ-инфицированных больных, провела анализ с целью изучения побочных явлений ВААРТ, их зависимости от длительности терапии и их клинической значимости.

Методы исследования. Исследование HOPS было начато в 1993 г. и продолжается до сих пор. В нем принимают участие 9 амбулаторных ВИЧ-клиник 8 городов США. Подробные сведения о каждом больном участвующих клиник заносятся в электронную базу данных. В настоящее время исследование включает более 8200 больных.

Данное исследование было сфокусировано на периферической нейропатии, анемии и почечной недостаточности. Исследовалась частота возникновения этих явлений и факторы, которые на нее влияли. В числе таких факторов особое внимание уделялось уровню CD4-клеток на момент инициации ВААРТ. В данный анализ включались больные, которые начали ВААРТ, находясь под наблюдением HOPS и для которых

имелись подробные данные о состоянии до и на момент начала ВААРТ, включая несколько измерений CD4⁺.

Результаты исследования. В анализ были включены данные 2165 больных, которые наблюдались в составе HOPS ≥ 3 лет. Более 80% из них были мужчинами, более 60% — представителями белой расы. Однофакторный анализ показал, что факторами, ассоциированными с периферической нейропатией, были более старший возраст, исходная (на момент начала ВААРТ) $VH > 35\ 000$ копий/мл и исходный уровень CD4 < 200 кл/мкл. Факторами, ассоциированными с анемией, были женский пол, принадлежность к черной расе, исходный уровень CD4 < 200 кл/мкл и исходный Hb < 14,4 г/дл. С почечной недостаточностью были ассоциированы более старший возраст, черная раса, латиноамериканское происхождение, исходный уровень CD4 < 200 кл/мкл, исходный клиренс креатинина < 108,9 мл/мин и терапия аминогликозидами и триметопримсульфаметоксазолом в анамнезе.

Частота возникновения всех трех побочных эффектов была значительно ниже у больных с исходным уровнем CD4-клеток ≥ 200 кл/мкл по сравнению с теми, кто начинал ВААРТ при CD4 < 200 кл/мкл. Самой высокой частота данных побочных эффектов была в первые 6 месяцев ВААРТ, а затем постепенно снижалась.

Исследователи отдельно провели анализ частоты возникновения периферической нейропатии у больных, получавших ставудин и диданозин, и анализ частоты развития анемии у получавших зидовудин. Парадоксально, но они обнаружили значительное снижение частоты возникновения новых случаев и того и другого побочного явления по мере нахождения больного на режимах ВААРТ, содержащих данные препараты.

Многофакторный анализ методом Кокса показал, что факторами риска развития периферической нейропатии были исходный уровень CD4 < 200 кл/мкл (отношение рисков [ОР] 1,54; 95% ДИ: 1,22–1,96) и длительный прием ставудина (ОР 2,16; 95% ДИ: 1,64–2,86) или диданозина (ОР 1,34; 95% ДИ: 1,04–1,73). Факторами риска развития анемии оказались исходный уровень CD4 < 200 кл/мкл (ОР 1,68; 95% ДИ: 1,05–2,69) и длительный прием зидовудина (ОР 1,93; 95% ДИ 1,13–3,31), а факторами риска развития почечной недостаточности — более старший возраст (ОР на каждые +10 лет 1,50; 95% ДИ: 1,15–1,96), исходный уровень CD4 < 200 кл/мкл (ОР 2,22; 95% ДИ: 1,41–3,45) и прием зидовудина (ОР 2,02; 95% ДИ: 1,23–3,29). В данном анализе ни индинавир, ни тенофовир, ни аминогликозиды или триметопримсульфаметоксазол не были связаны с повышением риска почечной недостаточности.

После дополнительной поправки на каждый из факторов риска данных побочных эффектов уровень CD4-клеток < 200 кл/мкл (по сравне-

нию с CD4 \geq 200 кл/мкл) оказался сильным предиктором развития и периферической нейропатии (отношение шансов [ОШ] 1,54; $p < 0,001$), и анемии (ОШ 1,68; $p = 0,030$), и почечной недостаточности (ОШ 2,22; $p < 0,001$).

Был проведен также анализ подгрупп, на которые когорта была разбита по уровню CD4 на момент начала ВААРТ (<200, 201–350, 351–500 и 501–750 кл/мкл). При сравнении каждой страты с предыдущей оказалось, что больные, начинавшие ВААРТ при более высоких цифрах CD4, имели более низкую частоту возникновения всех трех побочных явлений, чем больные из предыдущей страты.

Выводы. Исследователи делают вывод, что инициация ВААРТ при уровне CD4-клеток \geq 200 кл/мкл снижает вероятность возникновения таких побочных эффектов как периферическая нейропатия, анемия и почечная недостаточность. Они полагают, что результаты их исследования могут быть использованы при выработке рекомендаций по более раннему началу ВААРТ.

Источник. Kenneth A. Lichtenstein, et al. Initiation of Antiretroviral Therapy at CD4 Cell Counts \geq 350 cells/mm³ Does Not Increase Incidence or Risk of Peripheral Neuropathy, Anemia, or Renal Insufficiency (2008) *JAIDS*, 47, 27–35.

В США УСИЛИЯ ПО БОРЬБЕ С СОЧЕТАННОЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ ДАЮТ ХОРОШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

05.03.2008

Как известно, эпидемии ВИЧ-инфекции и туберкулеза (ТБ) идут рука об руку. Причинами этого является то, что ВИЧ-инфицированные больные легко заражаются ТБ, а также, что обе инфекции поражают в первую очередь социально уязвимые слои населения. В США заболеваемость ТБ выросла на 20% в период первичной эпидемии ВИЧ-инфекции с 1985 по 1992 г., причем это произошло после 30 лет стойкого снижения заболеваемости. Ученые из Центра по контролю и профилактике болезней (США), университета Дюка (США) и Фонда инновационной новой диагностики (Швейцария) провели первое в своем роде эпидемиологическое исследование, изучившее распространенность и заболеваемость сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ во всех 50 штатах США.

Методы исследования. Исследователи проанализировали данные о заболеваемости ТБ с 1993 по 2004 г. во всех 50 штатах. Эти данные централизованно собирает американское национальное агентство, Центр по контролю и профилактике болезней (CDC <http://www.cdc.gov/>). Случаи ТБ, при которых у больного на момент постановки диагноза был положительным тест

на ВИЧ, рассматривались как сочетанная ТБ/ВИЧ-инфекция. А случаи с отрицательным или неизвестным статусом по ВИЧ (результаты тестирования неизвестны, тестирование не предлагалось, больной отказался от тестирования и т.д.) считались ТБ-инфекцией, не связанной с ВИЧ.

Результаты исследования. В 2004 г. по сравнению с 1993 г. доля ТБ-больных, протестированных на ВИЧ, выросла в 2 раза – с 36 до 72%. Заболеваемость (число новых случаев в год) сочетанной ТБ/ВИЧ-инфекцией снизилась в США с 3681 (15% от всех 25 108 случаев) в 1993 г. до 1187 (8% от всех 14 515 случаев) в 2004 г. С 1993 г. по 1995 г. заболеваемость ТБ/ВИЧ снизилась на 18%, с 1996 г. по 1999 г. – на 34% и с 2000 г. по 2004 г. – на 19%. С 1993 г. по 2004 г. заболеваемость сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ снизилась на 71% (с 1,4 до 0,4 на 100 тыс. населения) при том, что заболеваемость ТБ в целом снизилась только на 46% (с 8,3 до 4,5 на 100 тыс.). Исследователи также ставили задачу определить тенденции заболеваемости сочетанной инфекцией в различных демографических подгруппах. Возрастной подгруппой с наибольшей распространенностью ТБ/ВИЧ были лица в возрасте от 25 до 44 лет. Среди них же отмечалось наиболее выраженное снижение заболеваемости за изучаемый период. Та же закономерность отмечалась и в отношении полов: у мужчин распространенность сочетанной инфекцией была значительно выше, чем у женщин, и снижение ее было значительно более выраженным. Заболеваемость ТБ/ВИЧ оставалась достаточно стабильной среди эмигрантов (лица, рожденные вне США), а среди коренных американцев – снижалась. На Северо-Востоке, Западе, Среднем Западе и Юге страны заболеваемость ТБ/ВИЧ за изучаемый период снизилась соответственно на 81, 71, 60 и 53%.

Среди групп риска по ТБ заболеваемость ТБ/ВИЧ снизилась за изучаемый период на 46% среди бездомных, на 80% – среди лиц, находящихся в заключении, на 71% – среди внутривенных наркопотребителей, на 20% – среди больных алкоголизмом и на 7,1% – среди внутривенных наркопотребителей. Основное снижение заболеваемости ТБ/ВИЧ в группах риска произошло до 2000 г., тогда как с 2000 г. по 2003 г. во всех группах, за исключением лиц, находящихся в заключении, отмечался небольшой подъем заболеваемости.

Исследователи обнаружили значительные различия между ТБ/ВИЧ и просто ТБ-инфекцией в отношении клинической картины и лечения. У больных ТБ/ВИЧ значительно чаще развивались внелегочные формы ТБ. Частота случаев ТБ с мультилекарственной резистентностью у коинфицированных больных быстро снижалась в течение изучаемого периода (с 6,5% в 1993 г. до 2,2% в 2004 г.). Доля больных, получающих лечение исключительно под прямым

наблюдением (DOT), увеличилась среди больных ТБ/ВИЧ с 23,3% в 1993 г. до 53,9% в 2004 г., а среди больных ТБ, не связанным с ВИЧ, — с 21,2 до 55,4%. Доля больных, умерших во время лечения, снизилась за изучаемый период на 50% среди больных ТБ/ВИЧ и только на 28% — среди больных ТБ, не связанным с ВИЧ.

Выводы. Исследователи констатируют значительное снижение заболеваемости сочетанной ТБ/ВИЧ-инфекцией в США за последнюю декаду. Это связано с успехами антиретровирусной терапии и методов эпидемиологического контроля над ТБ, отмечают они. Эти успехи не должны привести к тому, что усилия по сдерживанию двух инфекций будут ослаблены, считают ученые. Перед лицом того факта, что в мире в целом заболеваемость ТБ/ВИЧ растет, только строгое следование всем возможным организационным, противоэпидемическим и терапевтическим мерам позволит сохранить достигнутый в отдельной стране прогресс, подчеркивают авторы исследования.

Источник. Rachel Albalak, et al. Trends in Tuberculosis/Human Immunodeficiency Virus Comorbidity, United States, 1993–2004 (2007) *Arch. Intern. Med.*, 167 (22), 2443–2452.

ЛИЦА, КОНТРОЛИРУЮЩИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ, ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ И ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ НЕОДНОРОДНОСТЬЮ

12.03.2008

За 25 лет изучения ВИЧ-инфекции известно немало случаев, когда ВИЧ-инфицированные лица остаются бессимптомными с нормальным числом CD4-клеток и неопределяемой вирусной нагрузкой (ВН) на плазму, несмотря на отсутствие антиретровирусной терапии (АРТ). Эти факты, свидетельствующие о возможности контроля над ВИЧ-инфекцией, стимулируют поиск механизмов, его обеспечивающих, с целью создания вакцины, которая помогла бы защитить ВИЧ-инфицированных от прогрессирования заболевания и предотвратила бы передачу инфекции другим людям.

Американские ученые провели исследование для того, чтобы выявить иммунологические и генетические факторы, ассоциированные с контролем над ВИЧ-инфекцией.

Методы исследования. В 1 группу ($n = 66$) включили лиц, способных к полному контролю ВИЧ-инфекции. ВН у них была либо неопределяемой (РНК ВИЧ < 50 копий/мл), либо эпизоды с повышением ВН до 1000 копий/мл составляли меньшинство. Эту группу назвали «элитные контроллеры» (ЭК). Вторая группа ($n = 60$) включала лиц, ВН которых была в пределах

50–2000 копий/мл («виремичные контроллеры»; ВК). Третью группу ($n = 30$) составили лица с прогрессирующей ВИЧ-инфекцией («хронические прогрессоры»; ХП). Пациенты всех трех групп никогда не получали АРТ. Генетические исследования включали HLA-типирование и выявление генов CCR5 Δ 32 и CCR2-64I, которые, как показано ранее, ассоциируются с медленным прогрессированием заболевания. Использовали набор тестов для выявления тех или иных компонентов иммунного ответа, в том числе: 1) определение числа мононуклеарных клеток в периферической крови (sfc/106 мононуклеаров), участвующих в интерферон (IFN)- γ энзимсвязанном иммуноспоте (Elispot), что специфично для CD8-Т-клеток при ВИЧ-инфекции; 2) выявление антигениндуцированного внутриклеточного (в CD4 и CD8) уровня IFN- γ и интерлейкина (IL)-2 методом флуориметрии (определение IFN- γ ⁺- и IL-2⁺-клеток). В качестве антигенов-индукторов использовали структурные гены ВИЧ — Gag (group-specific-antigens, кодирующий белки сердцевины вируса), Pol (polymerase) и Env (envelope), а также регуляторные гены ВИЧ — Nef, Tat, Rev, Vif, Vpr и Vpu; 3) определение нейтрализующих антител (Nab) — антител к антигенам ВИЧ в плазме.

Результаты исследования. Средний возраст ЭК был 47 (22–75), ВК — 48 (32–67) и ХП — 36 (18–70) лет; длительность ВИЧ-инфекции — 15 (9–22), 17 (13–25) и 5,5 (1–17) лет; мужчины составили 64, 78 и 80%; белокожие — 54, 58 и 57% соответственно. Абсолютное число CD4 различалось в трех группах и было достоверно выше у ЭК (884 против 602 и 295 кл/мм³ соответственно). HLA B57 выявлен у 44% ЭК и 33% ВК против 10% ХП, HLA B27 — у 15 и 20% против 3% соответственно. Суммарно все HLA-протективные аллели зарегистрированы у 68% пациентов 1-й группы и 60% 2-й группы (против 37% 3-й группы). Таким образом, примерно 1/3 лиц, контролирующих ВИЧ-инфекцию, не имели «защитных» HLA-генов. Гетерогенность контроллеров выявлена и по CCR5 и CCR2 генотипам. Гомозиготы по CCR5 Δ 32 гену не выявлены ни в одной группе контроллеров, а гетерозиготы встречались у 14% ЭК и у 22% ВК, что не отличалось от средних популяционных значений. Частота гомозигот по CCR2-64I генотипу также не различалась в группах ЭК (1%) и ВК (7%); $p = 0,84$.

ЭК отличались менее выраженным ВИЧ-специфичным ответом CD8-Т-клеток даже по сравнению с ВК. Несмотря на то, что ВИЧ-специфичные IFN- γ ⁺-клетки определялись во всех трех группах, наименьшее их количество было у ЭК (5428 sfc/106 мононуклеаров против 6253 у ВК и 8300 у ХП; $p = 0,007$). В то же время, в группе ЭК зарегистрирован как самый слабый, так и самый сильный ответ Т-клеток (от <500 до >25 000 sfc/106 мононуклеаров). Исключение из анализа носителей HLA B57 не повлияло на результаты в группах.

РЕАКЦИЮ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АБАКАВИРУ МОЖНО ПРЕДСКАЗАТЬ ПРИ ПОМОЩИ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ

12.03.2008

Главной целью иммунного ответа CD8 в группах контроллеров был групповой специфичный антиген ВИЧ – Gag. Положительный Gag-ответ (увеличение $>0,01\%$ IFN- γ^+ и IL-2 $^+$ CD8) был преобладающим в группах ЭК и ВК. Аналогичные результаты были получены, когда из анализа исключили HLA B57-позитивных лиц. Напротив, в группе ХП иммунный ответ на Gag, Pol и Nef был на примерно одинаковом уровне, а ответ CD8 на Env был достоверно выше, чем у ЭК и ВК.

Кроме того, ЭК отличались более высоким удельным весом IFN- γ^+ и IL-2 $^+$ CD4-клеток (медиана – 0,06 против 0,02% у ВК; $p = 0,02$; и 0,01% у ХП; $p = 0,02$). В группе ЭК также отмечен более высокий процент IFN- γ^+ и IL-2 $^+$ CD8-клеток (медиана – 0,05 против 0% у ВК, $p = 0,02$; и 0% у ХП, $p = 0,02$). Однако иммунный ответ CD8-клеток, секретирующих только IFN- γ , у ЭК был ниже (0,75% против 1,7 и 2,4% соответственно; $p = 0,06$).

Что касается гуморального ответа, то ЭК и ВК характеризовались выраженной неоднородностью по уровню Nab. В целом, в группе ЭК отмечены значительно более низкие титры Nab против различных штаммов вируса, хотя среди ЭК выявлялись лица как с высокими, так и с минимальными либо нулевыми Nab. Группы ВК и ХП, несмотря на огромную разницу по ВН (РНК ВИЧ 770 против 152 000 копий/мл) и CD4, не отличались по уровню Nab ($p = 0,5$).

Выводы. Лица, полностью контролирующие ВИЧ-инфекцию – это особая группа людей, отличающаяся даже от ВИЧ-инфицированных лиц с низким уровнем вiremии. Внутри группы элитных контроллеров отмечается генетическая и иммунологическая неоднородность. Главное отличие лиц, контролирующих ВИЧ-инфекцию, состоит в том, что иммунный ответ их Т-клеток направлен, прежде всего, против Gag-структурного гена вируса. Несмотря на преобладание среди контроллеров носителей протективных HLA B57 аллелей, преимущественный Gag-ответ был независим от HLA-генотипа. Показано, что для элитных контроллеров характерен более высокий уровень секреции IFN- γ и IL-2 CD4- и CD8-клетками. В то же время, выраженность их иммунного ответа, как клеточного, так и гуморального, колебалась в очень широких пределах, что свидетельствовало о крайней иммунной гетерогенности.

Таким образом, в основе контроля над ВИЧ-инфекцией лежит Gag-иммунный ответ. Это имеет немаловажное значение для создания вакцины первого поколения. В то же время, приходится констатировать, что ни один из изученных генетических и иммунологических факторов не являлся предиктором контроля над ВИЧ.

Источник. Florencia Pereyra, et al. Genetic and Immunologic Heterogeneity among Persons Who Control HIV Infection in the Absence of Therapy (2008) *The Journal of Infectious Diseases*, 197, 563–571.

Абакавир (abacavir), нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы (НИОТ), является эффективным антиретровирусным препаратом, дающим значительно меньшее число побочных явлений, чем НИОТ первого поколения. В частности, при его приеме реже развивается синдром липодистрофии. Еще одним достоинством абакавира является возможность его однократного приема в течение суток. Однако у части больных абакавир вызывает иммуногенную реакцию гиперчувствительности, которая может быть жизнеугрожающей, если препарат не был своевременно отменен или назначен вновь. Клинически реакция гиперчувствительности проявляется различными неспецифическими симптомами (лихорадка, сыпь, респираторные симптомы и др.), что затрудняет ее диагностику и очевидно приводит к достаточно большому числу случаев гипердиагностики. В различных исследованиях указывалась различная частота реакции гиперчувствительности к абакавиру – от 2 до 7%. В нескольких независимых исследованиях была выявлена взаимосвязь реакции гиперчувствительности к абакавиру и носительства аллели HLA-B*5701. Международная группа ученых провела исследование PREDICT (Prospective Randomized Evaluation of DNA Screening in a Clinical Trial) с целью определить диагностическую ценность так называемого фармакогенетического* тестирования больных на предрасположенность к реакции гиперчувствительности к абакавиру.

Методы исследования. В рандомизированное двойное слепое многоцентровое исследование включались ВИЧ-инфицированные больные, наблюдавшиеся в 265 центрах 19 стран мира. Больных рандомизировали либо на проспективный скрининг на носительство HLA-B*5701 и назначение абакавира только лицам, не являющимся его носителями (группа проспективного скрининга), либо на ретроспективный скрининг, когда всем больным назначался абакавир, а тестирование на HLA-B*5701 проводилось позднее (контрольная группа). Условием включения в исследование было отсутствие анамнеза приема абакавира. Тестирование на HLA-B*5701 проводилось в лаборатории центра иммунологических исследований города Перт (Западная Австралия) и Лабораторной корпорации США (LabCorp). Клинический диагноз реакции ги-

* Фармакогенетика – раздел медицинской генетики и фармакологии, изучающий характер реакций организма на лекарственные средства в зависимости от генетических факторов.

перчувствительности ставился главным исследователем каждого из ВИЧ-центров, участвующих в исследовании. После постановки такого диагноза прием абакавира немедленно прекращался. Больным с клиническим диагнозом гиперчувствительности через 6–10 недель после реакции проводился накожный тест с использованием пластыря, содержащего абакавир, и если он был положительным, диагноз считался иммунологически подтвержденным. Основной конечной точкой исследования явилась частота развития клинической и иммунологически подтвержденной реакций гиперчувствительности в обеих группах пациентов.

Результаты исследования. Всего 1956 больных были включены в исследование и рандомизированы в одну из групп. В окончательный анализ частоты реакции гиперчувствительности, основанный на клиническом диагнозе, были включены 803 больных группы проспективного скрининга и 847 больных контрольной группы. В анализ, основанный на иммунологически подтвержденном диагнозе, вошли 802 больных группы проспективного скрининга и 842 больных контрольной группы.

Исходные клинико-демографические характеристики были сходными в обеих группах рандомизации – около 84% больных белой расы, около 73% – больных мужского пола, средний возраст – 42 года, около 18% пациентов когда-либо получали антиретровирусное лечение. Всего 109 (5,6%) из 1956 больных оказались носителями HLA-B*5701, из них 49 – в контрольной группе и 60 – в группе проспективного скрининга. Последним 60 больным на основании результатов скрининга абакавир назначен не был.

И клинически диагностированные, и иммунологически подтвержденные реакции гиперчувствительности встречались значительно реже в группе проспективного скрининга, чем в контрольной группе: отношение шансов (ОШ) соответственно 0,40 (95% доверительный интервал [ДИ]: 0,25–0,62) и 0,03 (95% ДИ: 0–0,18) ($P < 0,001$ для обоих анализов). В группе проспективного скрининга ни один из клинически диагностированных случаев гиперчувствительности не был подтвержден иммунологически. Проспективное тестирование на носительство HLA-B*5701 позволило полностью исключить случаи иммунологически подтвержденных реакций гиперчувствительности: их частота составила 0% в группе проспективного скрининга против 2,7% в контрольной группе. Таким образом, негативная предсказательная ценность скрининга на HLA-B*5701 для иммунологически подтвержденной реакции гиперчувствительности составила 100%, а ее позитивная предсказательная ценность – 47,9%. Для клинически диагностированных случаев гиперчувствительности негативная предсказательная ценность тестирования составила 95,5%, а позитивная – 61,2%. Не-

обходимо отметить, что 19 (38,8%) из 49 больных контрольной группы, которые были носителями HLA-B*5701, хорошо переносили абакавир в течение периода наблюдения (6 недель).

Были обследованы 100 больных, которые хорошо переносили абакавир. Им были наклеены пластыри с абакавиром, и данный тест оказался отрицательным у всех: ни у одного из 100 больных не обнаружился ген HLA-B*5701. Больных контрольной группы, у которых развилась реакция гиперчувствительности, было 66. Для 61 из них были известны результаты накожного тестирования. Из них у 23 больных накожный тест был положительным, и они также были носителями HLA-B*5701. Из 38 больных с отрицательным накожным тестом 32 не были носителями HLA-B*5701, а 6 – были.

Симптомами реакции гиперчувствительности к абакавиру в данном исследовании были лихорадка, сыпь, желудочно-кишечные расстройства, тахикардия, гипотензия, миалгии, головкружения, головные боли. В среднем время от начала приема препарата до развития симптоматики составило 10 дней (медквартильный интервал 3–14) в группе проспективного скрининга и 9 (5–12) дней в контрольной группе. Все симптомы быстро исчезали после отмены препарата.

Выводы. Исследователи констатируют тот факт, что фармакогенетическое тестирование на носительство HLA-B*5701 и назначение абакавира в соответствии с его результатами значительно снизили риск развития реакции гиперчувствительности в исследуемой когорте больных. Тестирование на HLA-B*5701 может явиться одним из первых фармакогенетических тестов, которые будут внедрены в практику. Авторы исследования считают, что оно может быть рекомендовано для рутинного применения перед назначением абакавира.

Источник. Simon Mallal, et al. HLA-B*5701 Screening for Hypersensitivity to Abacavir (2008) *N. Engl. J. Med.*, 358, 568–579.

В ВЕЛИКОБРИТАНИИ ПРОДОЛЖАЕТ РАСТИ ВЫЖИВАЕМОСТЬ РАНО ДИАГНОСТИРОВАННЫХ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

19.03.2008

Предполагаемая выживаемость ВИЧ-инфицированных больных является показателем, важным как для больных и их лечащих врачей, так и для работников здравоохранения, планирующих программы по борьбе с ВИЧ-инфекцией. Известно, что выживаемость ВИЧ-инфицированных больных резко увеличилась после 1996 г., когда стала широко доступной высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ). Продолжает ли расти выживаемость больных в течение

последней декады – менее ясно. Британские ученые провели большое эпидемиологическое исследование с целью выявить тенденции в выживаемости ВИЧ-инфицированных больных после 1996 г.

Методы исследования. Исследователи использовали данные Британского регистра больных с ВИЧ-сероконверсией (UK Register of HIV Seroconverters) – когортного исследования, начатого в 1994 г. В регистр включают всех больных старше 16 лет, для которых приблизительно известна дата сероконверсии, интервал времени от последнего отрицательного до первого положительного теста составляет ≤ 3 лет (критерии включения, действовавшие с 1994 по 2004 гг.) или ≤ 12 месяцев (с 2004 г. по настоящее время). Таким образом, в Регистре фиксируются вновь инфицированные больные. Их детально обследуют при включении и ежегодно впоследствии. Данные о смерти больных исследователи брали из Регистра, а затем сверяли их со сведениями Британского агентства национальной статистики. В настоящий анализ вошли данные о случаях смерти, имевших место до 31 декабря 2005 г.

Результаты исследования. К августу 2006 г. в Регистр были включены 2275 больных с сероконверсией по ВИЧ из 126 центров Великобритании. Средний возраст больных на момент сероконверсии был 30 лет (межквартильный интервал [МКИ] 25–36 лет) и повышался с каждым последующим календарным годом. Средним годом сероконверсии был 1994 г. (1982–2006 гг.). Большинство больных были инфицированы в ходе секса мужчин с мужчинами (МСМ). В более поздние годы отмечалось значительное повышение доли больных, инфицированных в ходе гетеросексуальных отношений (8% – до 1996 г. против 19% в 2004–2006 гг.). Наблюдение за участниками составило 18 695 человеко-лет. За это время умерли 444 больных – 20% когорты. Многофакторный анализ с поправками на пол, возраст на момент сероконверсии, группу риска и короткий (< 30 дней) интервал от последнего отрицательного до первого положительного теста на ВИЧ показал значительное снижение летальности в каждый последующий календарный период по сравнению с 1994–1995 гг.: относительный риск (ОР) смерти составил 0,63 (95% доверительный интервал [ДИ]: 0,48–0,81) в 1996–1997 гг.; 0,24 (95% ДИ: 0,17–0,34) в 1998–1999 гг.; 0,14 (95% ДИ: 0,10–0,21) в 2000–2001 гг.; 0,08 (95% ДИ: 0,05–0,13) в 2002–2003 гг. и 0,03 (95% ДИ: 0,02–0,06) в 2004–2006 гг.

Как ожидалось, более старший возраст на момент сероконверсии был связан с повышенным риском смерти (отношение шансов [ОШ] – 1,49 на каждые 10 лет возраста). Группа риска ВИЧ-инфицирования также влияла на выживаемость: по сравнению с МСМ внутривенные наркопотребители имели больший риск смерти (ОШ – 1,53), жертвы профессиональной травмы зара-

женной иглой – еще больший риск (ОШ – 3,54), а заразившиеся в ходе гетеросексуальных отношений – сходный риск смерти (ОШ – 0,98). Возраст и короткий интервал до сероконверсии не влияли на величину риска смерти больных.

Исследователи использовали статистическую модель Кокса для определения взаимосвязи календарного периода и каждого из факторов. Они определили, что если до 1996 г. внутривенные наркопотребители имели сходный с МСМ риск смерти, то с течением времени их сравнительный риск стал намного выше (ОШ – 1,55 в 1996–1999 гг. против ОШ – 7,45 в 2000–2006 гг.). Влияние на выживаемость пола и возраста с течением времени не менялось.

В целом выживаемость ВИЧ-инфицированных больных возрастала с каждым новым календарным годом. Доля лиц, выживших в течение 5, 10 и 15 лет составила соответственно 87, 50 и $< 28\%$ до 1996 г., 91, 75 и 60% в 1996–1999 гг. и 99, 94 и 89% в 2000–2006 гг. Особенно заметно возросла выживаемость больных в возрасте 45 лет и старше (10-летняя выживаемость – 12% до 1996 г. против 83% в 2000–2006 гг.). Внутривенные наркопотребители имели и имеют наименьшую выживаемость из всех групп риска (10-летняя выживаемость в 2000–2006 гг. – 74 против 95% у МСМ и 98% у заразившихся в ходе гетеросексуальных отношений).

Охват больных ВААРТ стабильно возрастал с течением времени с 2% в 1996 г. до 8% в 1996–1997 гг., 33% – в 1998–1999 гг., 46% – в 2000–2001 гг., 52% – в 2002–2003 гг. и 58% в 2004–2006 гг. Средний интервал между сероконверсией и инициацией ВААРТ составил 3,9 лет (МКИ 1,8–9,2).

В 1996–1997 гг. более 60% больных начинали ВААРТ с режима, содержащего неусиленный ингибитор протеазы, в то время как, начиная с 1998 г., большинство начальных режимов имели в своей основе ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы (56% – в 1998–1999 гг., 76% – в 2000–2001 гг., 73% – в 2002–2003 гг. и 74% – в 2004–2006 гг. Начиная с 2000 г. стала возрастать доля начальных режимов ВААРТ, содержащих усиленный ингибитор протеазы (7, 15 и 20% соответственно в 2000–2001 гг., 2002–2003 гг. и 2004–2006 гг.).

Выводы. Исследователи констатируют тот факт, что выживаемость ВИЧ-инфицированных больных продолжает расти в течение последнего десятилетия и в том числе последних нескольких лет; 94% больных, диагностированных с ВИЧ-инфекцией в 2000–2006 гг. проживут более 10 лет. Исследователи отмечают, что члены данной когорты находятся в наиболее выгодном положении, т.к. их диагноз поставлен рано, и они имеют полный доступ к современной медицинской помощи и ВААРТ. Выживаемость больных в данной когорте является тем максимумом, которого можно достичь при нынешнем наборе антиретровирусных препаратов, считают авторы исследования.

Источник. Fiona M. Ewings, et al. Survival Following HIV Infection of a Cohort Followed up From Seroconversion in the UK (2008) *AIDS*, **22** (1), 89–95.

РИФАМПИЦИН НЕ СНИЖАЕТ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛОПИНАВИРА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

19.03.2008

Туберкулез (ТБ) – частая инфекция у ВИЧ-инфицированных детей в развивающихся странах. Согласно стандартам терапии для лечения ТБ используется короткий курс рифампицина (РИФ), механизм действия которого связан с индукцией ферментов цитохрома P450, особенно изоферментов CYP3A и P-гликопротеина. Ингибитор протеазы лопинавир (ЛПВ), назначаемый одновременно с ритонавиром (Р), является основой одного из режимов высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ), которая проводится детям от 6 мес. до 3 лет в Южной Африке. ЛПВ, как и РИФ, метаболизируется с участием изоферментов CYP3A и P-гликопротеина. Исследования с участием взрослых добровольцев показали, что одновременное назначение РИФ и ЛПВ/Р (в соотношении 4 : 1) приводило к снижению минимальной концентрации (C_{\min}) ЛПВ на 90–99%. В связи с чем не рекомендуется использование у взрослых такой комбинации препаратов. Ученые из Южной Африки провели сравнительное исследование с целью изучить фармакокинетику усиленного ритонавиром ЛПВ (ЛПВ/Р в соотношении 1 : 1) и РИФ при их одновременном назначении ВИЧ-инфицированным детям.

Методы исследования. Исследование проводили в двух группах детей: 1 группу составили 15 ТБ/ВИЧ-инфицированных детей, получавших ЛПВ/Р (ЛПВ/Р = 1 : 1; ЛПВ 230 мг/м² + Р 230 мг/м²) и курс противотуберкулезного лечения РИФ в течение 4 недель. Во 2 группу включили 15 ВИЧ-инфицированных детей, лечившихся ЛПВ/Р = 4 : 1 (ЛПВ 230 мг/м² + Р 57,5 мг/м²) не менее 4 недель. Кроме того, 22 (73%) ребенка получали ставудин + ламивудин, а 8 (27%) – ламивудин + зидовудин. В 8 образцах крови (исходно и через 2, 3, 4, 5, 6, 8 и 12 ч после приема лекарств) определяли концентрацию ЛПВ. У всех детей в течение 51 дня контролировали активность аланинаминотрансферазы (АЛТ) – маркера повреждения печени; определяли вирусную нагрузку (ВН).

Результаты исследования. Средний возраст детей 1 группы был 16 (14–24) мес.; вес – 8,6 (7,8–9,9) кг; 53% девочки; во 2 группе – 29 (22–34) мес.; 11,6 (10,5–13,4) кг и 67% соответственно. Медиана продолжительности ВААРТ составила 20 (4–173) недель. После 6 мес. ВААРТ ВН у 19 детей была неопределяемой (<50

копий/мл). Уровень АЛТ у 2-х детей (по 1 из каждой группы) был немного выше нормы. Средняя доза ЛПВ в обеих группах была несколько выше рекомендуемой (291,9 мг/м² в 1 группе и 265,2 мг/м² во 2 группе; $p = 0,034$).

Показатели фармакокинетики ЛПВ отличались большой вариабельностью. Медиана времени достижения максимальной концентрации (C_{\max}) ЛПВ составила 3,0 ч в 1-й группе и 3,9 ч во 2-й группе; медиана C_{\max} – 10,5 и 14,2 мг/л; медиана C_{\min} – 3,94 и 4,64 мг/л соответственно.

Исследователи проанализировали график кривой концентрации ЛПВ в зависимости от времени и площадь под этой кривой за 12 ч (ППК_{0–12}). В 1-й группе ППК_{0–12} была 80,9 мг/ч/л, во 2-й группе – 117,8 мг/ч/л.

Таким образом, в 1-й группе установлено существенное уменьшение C_{\max} ($p = 0,018$) и ППК_{0–12} ($p = 0,036$), однако разница в C_{\min} была недостоверной ($p = 0,468$). Ни один пациент 2-й группы не имел C_{\min} ЛПВ ниже, чем 1 мг/л. В 1-й группе у 2 детей C_{\min} ЛПВ была <1 мг/л.

Выводы. Введение дополнительной дозы Р (ЛПВ/Р = 1 : 1) привело к ослаблению угнетающего воздействия противотуберкулезного препарата РИФ на концентрацию ЛПВ у ВИЧ-инфицированных детей. Подавляющее влияние РИФ на ЛПВ проявлялось в снижении C_{\max} на 26%, а ППК_{0–12} на 31%. Однако дополнительное введение Р (ЛПВ/Р = 1 : 1) способствовало тому, что C_{\min} ЛПВ была все-таки выше минимально рекомендованной концентрации (1 мг/л) у большинства детей, лечившихся одновременно против ТБ с помощью РИФ.

Авторы пришли к выводу, что фармакокинетика лекарств у детей отличается от взрослых, и результаты исследований у взрослых нельзя автоматически переносить на детей. Кроме того, в патологических условиях (ТБ/ВИЧ-коинфекция) повышается концентрация белков, участвующих в транспорте лекарственных веществ.

ВИЧ-инфицированные дети хорошо перенесли дополнительное введение Р (ЛПВ/Р = 1 : 1) в комбинации с РИФ.

Источник. Yuan Ren, et al. Effect of Rifampicin on Lopinavir Pharmacokinetics in HIV-Infected Children With Tuberculosis, *JAIDS* (Epub ahead of print).

ОБЪЕКТИВНЫЕ И СУБЪЕКТИВНЫЕ ПРЕПЯТСТВИЯ, СТОЯЩИЕ НА ПУТИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАКЛЮЧЕННЫХ И БЫВШИХ ЗАКЛЮЧЕННЫХ В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

20.03.2008

Заболеваемость туберкулезом (ТБ) в Санкт-Петербурге и Ленинградской области составила в 2003 г. соответственно 40,0 и 64,6 на 100 тыс. населения. По известным причинам заболеваемость

мость и распространенность ТБ в местах заключения в России значительно выше, чем среди населения в целом. В 2003 г. среди 15 000 заключенных в Ленинградской области насчитывалось около 647 больных активным ТБ. Среди бывших заключенных заболеваемость ТБ также значительно (до 30%) выше, чем в среднем среди населения. Тюремная система Санкт-Петербурга состоит из 6 следственных изоляторов (СИЗО), восьми колоний и одного тюремного госпиталя. В 2003 г. в трех исправительных заведениях Ленинградской области была введена программа DOTS (Directly Observed Therapy, Short course – краткий курс терапии, проходящий под непосредственным наблюдением медицинских работников), а программа DOTS-Plus, направленная на лечение больных ТБ с множественной лекарственной резистентностью возбудителя, была недоступна. Как и во всех остальных регионах России, в Ленинградской области тюремная медицинская система страдает от недостатка финансирования, естественного оттока старшего поколения квалифицированных кадров, нехватки лабораторного и другого диагностического оборудования и противотуберкулезных препаратов второй линии. Отсутствуют необходимые условия для надлежащей изоляции больных, что повышает риск дальнейшего распространения ТБ среди заключенных и персонала.

Критической точкой в распространении ТБ из тюрем в общество является момент выхода больных заключенных на свободу. В идеале больной ТБ заключенный после выхода на свободу из одного из исправительных учреждений Ленинградской области должен продолжить лечение в одном из 17 противотуберкулезных диспансеров. Однако на деле тюремные медики просто посылают письмо в один из диспансеров с указанием имени больного, его последнего известного адреса и кратким эпикризом. Существует мало возможностей проверить и дать гарантию, что заключенный, вышедший на свободу с активным ТБ, обратится в диспансер. Международная группа исследователей в составе российских и американских ученых провела исследование с целью оценить преимущество противотуберкулезной системы в плане лечения больных ТБ, выходящих на свободу из исправительных учреждений и выявить препятствия, которые стоят на пути завершения такими больными полного курса лечения.

Методы исследования. Исследование проводилось в 2003 г. в Санкт-Петербурге и Ленинградской области. Опросник, предполагающий самостоятельное заполнение, был выдан 60 заключенным и 40 бывшим заключенным, проходящим лечение по поводу активного ТБ. Заключенные отбирались в тюремном госпитале, СИЗО и колонии, в которой содержались больные ТБ. Бывшие заключенные отбирались в двух противотуберкулезных диспансерах. Были проведены

интервью с шестью работниками тюремной медицинской системы и шестью работниками противотуберкулезных диспансеров. Исследователи составили список больных ТБ, вышедших на свободу в 2003 г., и сделали запрос в центральный противотуберкулезный диспансер с целью определить, обращались ли они за помощью.

Результаты исследования. 25% бывших заключенных считали себя лицами без определенного места жительства («бомжами»). Средний возраст заключенных составил 29,9 лет, средний возраст бывших заключенных – 40,7 лет; 83 и 85% соответственно были лицами мужского пола; 32,5% бывших заключенных жили в коммунальных квартирах и 32,5% – в отдельных квартирах. Около 25% заключенных и 70% бывших заключенных отметили, что настоящий курс лечения ТБ не является их первым противотуберкулезным курсом. 48 из 60 заключенных и 25 из 40 бывших заключенных принимали противотуберкулезные препараты на момент заполнения опросника. Бывшие заключенные переводились из одного исправительного учреждения в другое до 10 раз за время заключения (в среднем 3,2 раза).

Из 80 заключенных, вышедших на свободу в 2002 г. и имеющих в документации Санкт-Петербурга как место проживания, только 21 (26,3%) обратились в какой-то из городских противотуберкулезных диспансеров. Об остальных 59 (73,8%) не было найдено никаких данных ни в одном из диспансеров.

Заключенные и бывшие заключенные указали следующие социальные и личные проблемы, мешающие полноценному противотуберкулезному лечению: алкоголизм, наркомания, побочные эффекты противотуберкулезных препаратов, усугубляющиеся ВИЧ-инфекцией и заболеваниями печени, нехватка денег, отсутствие работы и легального места жительства, потеря связи с семьей, страх тюремного заключения, отсутствие жилья. Они также указывали на нерегулярность доступа к противотуберкулезным препаратам во время тюремного заключения, особенно в моменты перевода из одного учреждения в другое. Проинтервьюированные медицинские работники называли отсутствие страха перед болезнью и непонимание ее опасности одними из причин плохой приверженности заключенных противотуберкулезному лечению. Они указывали также, что больные заключенные стараются не достичь полного излечения ТБ, так как в таком случае они лишатся таких преимуществ, как хорошее питание и освобождение от работы.

Более половины заключенных, готовящихся к освобождению ($n = 44$), указали что останутся жить в Санкт-Петербурге. Около трети из них имели планы найти работу после освобождения, 59,3% собирались продолжить противотуберкулезное лечение, а 77,1% – обратиться в противотуберкулезные диспансеры Санкт-Петербурга.

Большинство опрошенных (93,1% заключенных и 79,5% бывших заключенных) выразили заинтересованность завершением полного курса противотуберкулезного лечения. В качестве возможного стимула, который заставит их это сделать заключенные называли получение внутреннего паспорта (58%), помощь с работой (50%), а бывшие заключенные — деньги (62%), продукты (58%) и помощь в получении работы (50%). Опрошенные медицинские работники положительно отзывались о возможностях использования материальных стимулов, направленных на завершение противотуберкулезного лечения данным контингентом больных.

Выводы. Исследователи отмечают, что несмотря на то, что многие из бывших заключенных относят себя к категории «бомж» и имеют другие проблемы с жильем, лишь немногие (около 25%) выбрали жилье в качестве возможного стимула к продолжению противотуберкулезного лечения. Отсутствие же паспорта большинство считает серьезной и трудно преодолимой проблемой. Авторы исследования обращают внимание на успех программы (частично финансируемой правительством Швеции), проводимой в противотуберкулезном диспансере № 8 Санкт-Петербурга, где явившимся на лечение бывшим заключенным выдается паспорт и оказывается помощь с пропиской.

Исследователи обращают внимание на то, что при оценке преемственности тюремной и гражданской противотуберкулезных служб данное исследование учитывало только заключенных, приговоренных к какому-то сроку, в то время как важно отслеживать и оправданных, — тех, кто выходит из СИЗО до или после суда. Они также составляют группу высокого риска по ТБ.

Опрошенные заключенные и бывшие заключенные указали на частые перерывы в противотуберкулезном лечении, даже в период заключения, а также на большое число побочных эффектов лечения, которые заставляют больных прерывать прием препаратов и на которые медицинский персонал не обращает должного внимания. Обе проблемы значительно снижают эффективность противотуберкулезного лечения в исправительных учреждениях.

Исследователи отмечают также, что противотуберкулезное лечение недостаточно стандартизировано в России, а в арсенале врачей нет методик оценки приверженности больных лечению.

Авторы исследования считают, что необходимы более тесные и официально регламентированные связи между медицинскими службами исправительных учреждений и гражданскими противотуберкулезными заведениями. Необходимо принять во внимание то, что вышедший на волю заключенный сталкивается с множеством материальных и социальных проблем (отсутствие жилья, алкогольная и наркотическая зависимости, повторные заключения, бед-

ность, коморбидные состояния и т.д.), которые встают на пути полноценного противотуберкулезного лечения. Очень небольшое число бывших заключенных обращаются в противотуберкулезные диспансеры, так как лечение ТБ не является их основной задачей. Авторы исследования полагают, что лучшим решением проблемы противотуберкулезного лечения бывших заключенных мог бы стать комплексный подход, учитывающий все проблемы, с которыми им приходится сталкиваться по выходе из исправительного учреждения. Такая социальная помощь, как решение вопроса о получении паспорта и прописки, снабжение продуктами питания, одеждой, какие-то небольшие денежные компенсации, а в более расширенном варианте — наркологическое консультирование, профессиональное обучение и решение проблемы жилья, могла бы стать основой программы для бывших заключенных и заключенных, готовящихся к выходу из тюрьмы, полагают исследователи.

Источник. R.S. Fry, et al. Barriers to completion of tuberculosis treatment among prisoners and former prisoners in St. Petersburg, Russia, *Int. J. Tuberc. Lung. Dis.*, 9 (9), 1027–1033.

В РОССИИ СНИЖАЕТСЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ НОВЫХ ВНУТРИВЕННЫХ НАРКОПОТРЕБИТЕЛЕЙ

26.03.2008

Мониторинг распространенности ВИЧ-инфекции и факторов риска, способствующих ВИЧ-инфицированию, имеет большое медико-социальное значение. Внутривенные наркопотребители (ВВНП) — группа высокого риска заражения ВИЧ, они способствуют сохранению и передаче вируса от человека к человеку. Исследования последних лет, проведенные в России, указывают на то, что эпидемия ВИЧ-инфекции может стать более генерализованной, не ограничиваясь группами риска, что связано, прежде всего, с заражением ВИЧ половым путем (ПП). Российские ученые совместно с коллегами из Великобритании изучили распространенность ВИЧ-инфекции и ассоциированных факторов риска среди новых ВВНП в 2001 г. и 2004 г. в крупном промышленном городе Тольятти (Самарская область, Россия).

Методы исследования. Использовали данные двух анонимных перекрестных исследований (опросов) среди ВВНП в 2001 г. ($n = 426$) и 2004 г. ($n = 476$). В анализ включили сведения о ВВНП, которые использовали инъекции лекарственных наркопрепаратов (ЛП) ≤ 3 лет. Их численность составила 138 человек в 2001 г. и 96 человек в 2004 г. У всех участников исследования проводили анализ образцов слюны на ВИЧ-антитела (анти-ВИЧ-1 или анти-ВИЧ-2).

Результаты исследования. Средний возраст ВВНП в 2001 г. был $20,7 \pm 3,9$ лет, в 2004 г. $19,6 \pm 3,3$ лет; удельный вес мужчин — 60,9 и 71,9%; посещали ВУЗ — 8 и 14%; имели постоянную работу — 25,5 и 15,6% соответственно.

В 2004 г. снизился удельный вес лиц, использовавших ежедневные инъекции ЛП (с 43,8% в 2001 г. до 4,2%; $p < 0,001$). Основным вводимым ЛП был героин (99,2 и 95,7% соответственно). Выявлены существенные различия в тактике проведения инъекций и связанных с ними факторах риска. Так, в 2004 г. ВВНП достоверно реже, чем в 2001 г., делали себе инъекции с применением уже использованных ранее игл/шприцев (8,3 против 31,9% в 2001 г.; $p < 0,001$); чтобы набрать ЛП, реже применяли фильтры, в которых ранее находились иглы/шприцы (18,7 против 60,9%; $p < 0,001$); менее часто набирали раствор ЛП из одного «донорского» шприца (6,3 против 33%; $p < 0,001$) или повторно использовали одну и ту же иглу для инъекций более одного раза (22,6 против 69,7%; $p < 0,001$).

К 2004 г. снизилось число ВВНП, имевших в анамнезе заболевания, передающиеся ПП (9,4 против 20,3% в 2001 г.; $p = 0,03$); однако остался без изменений удельный вес лиц, получавших ЛП, деньги и ценности в обмен на секс (11,5 против 17,6%; $p = 0,2$), лиц, арестованных милицией за прошедшие 12 мес. (~63%) или побывавших в тюрьме (~6%). Основным источником новых игл/шприцев для большинства ВВНП были аптеки (88,9% в 2001 г. и 91,6% в 2004 г.; $p = 0,19$). Увеличилось число лиц, когда-либо проходивших тестирование на ВИЧ (с 39,7 до 56,3%; $p = 0,01$).

Общая распространенность ВИЧ-инфекции среди ВВНП в 2001 г. была 56% и оставалась такой же высокой среди новых ВВНП — 55,2%. Общая распространенность ВИЧ-инфекции сре-

ди ВВНП в 2004 г. составила 38,5%, а среди новых ВВНП она снизилась до 11,5%.

Многофакторный анализ показал, что риск ВИЧ-инфекции повышался с каждым годом использования инъекций ЛП (отношение шансов $OR = 1,4$), при нарушении правил проведения инъекций, т.е. использовании для набора ЛП «донорских» шприцев ($OR = 3,1$). Риск ВИЧ-инфекции был выше среди лиц, занимавшихся сексом в обмен на ЛП и деньги ($OR = 2,5$). Напротив, фактором, приводившим к снижению риска ВИЧ-инфекции, было лечение от наркозависимости ($OR = 0,4$).

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о существенном снижении распространенности ВИЧ-инфекции среди новых ВВНП в Тольятти. Удельный вес ВИЧ-инфекции среди них уменьшился с 55% в 2001 г. до 11,5% в 2004 г. Среди факторов, существенно повышавших риск ВИЧ-инфекции, были нарушения правил инъекции, в том числе, набор ЛП из одного «донорского» шприца. Риск ВИЧ-инфекции повышался по мере увеличения «стажа» ВВНП, а также среди «работников коммерческого секса».

Результаты исследования подчеркивают особую роль обеспечения ВВНП стерильными инструментами для инъекций, что снижает риск ВИЧ-инфекции. Не менее важна помощь добровольцев в проведении тестирования на ВИЧ среди ВВНП.

По мнению авторов, результаты исследования можно перенести на другие города России и Восточной Европы, пережившие вспышки ВИЧ-инфекции в прошедшее десятилетие.

Источник. Lucy Platt et al. Changes in HIV Prevalence and Risk Among New Injecting Drug Users in a Russian City of High HIV Prevalence, *JAIDS* (Epub. ahead of print).

03.07.2008. Москва. kommersant.ru. Премьер Владимир Путин подписал постановление, радикально сокращающее перечень международных организаций, гранты которых подпадают под налоговые льготы. Из списка, состоявшего ранее из 101 организации, исчезли все крупные частные фонды, а осталось лишь 12 межправительственных объединений. Представители фондов, исключенных из перечня, опасаются, что решение правительства не только сократит объем грантов в социальной сфере, но и может означать новый виток нападков на западные НКО. Новый перечень международных организаций, гранты которых освобождаются от налога на прибыль в размере 24%, включает Комиссию европейских сообществ, Совет государств Балтийского моря, Совет министров северных стран, Международное агентство по атомной энергии, Организацию черноморско-экономического сотрудничества, Европейский фонд по поддержке совместного производства и распространения кинематографических и аудиовизуальных произведений, Объединенный институт ядерных исследований, а также несколько программ по линии ООН. В перечень вошли лишь межправительственные организации, и в нем не упо-

минаются частные фонды, известные грантовой деятельностью на территории России. Среди них Фонд Форда, Фонд Макартуров, фонд Charity Aid Foundation (CAF), фонд «Евразия» (США), Всемирный фонд дикой природы (Швейцария), Международный фонд защиты животных (Великобритания), Международная федерация обществ Красного Креста (Швейцария), Глобальный фонд по борьбе со СПИДом (Швейцария), Лондонское королевское общество (Великобритания) и другие. Для представителей западных частных фондов исчезновение из списка стало неожиданностью.

03.07.2008. Екатеринбург. www.apiural.ru. Специалисты областного СПИД-центра обратились к организациям Среднего Урала с просьбой выделить им дополнительный транспорт, чтобы оборудовать мобильные пункты обследования на ВИЧ. Как сообщили представители медучреждения, в России впервые реализуется инновационный проект «Мобильный пункт обследования на ВИЧ», задача которого — организация условий для добровольного освидетельствования жителей Свердловской области на ВИЧ-инфекцию.

Свято-Георгиевский приход, настоятелем которого является автор статьи, занимается реабилитацией наркозависимых с 1998 года. С 2002 года среди реабилитантов появились ВИЧ-положительные юноши, в последнее время они составляют почти половину от общего числа проходящих реабилитацию молодых людей. У служителей прихода накоплен некоторый опыт в работе с ЛЖВС, и, прежде всего, стало понятным, какие проблемы могут возникать при их духовном окормлении, при совместной жизни и общении с ними.

«Концепция участия Русской Православной Церкви в борьбе с распространением ВИЧ/СПИДа и работе с людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом» является в настоящее время основным документом, выражающим отношение Церкви к этой болезни и к заболевшим ею. Все сказанное в Концепции, на наш взгляд, тщательно продумано и выверено, не вызывает желания возражать. Но данный документ определяет только ряд основных церковных мнений о болезни, одобренных иерархией, и изначально не задумывался как всеобъемлющий труд по данной теме. Концепция не только допускает, но прямо предполагает дополнения в тех вопросах, которые лишь кратко затронуты в ней, и, конечно, есть важные аспекты проблемы, которые вовсе не рассмотрены в тексте Концепции.

С момента принятия Концепции церковными людьми, в том числе и служителями Свято-Георгиевского прихода, было высказано немало мнений, написан ряд статей, изданы брошюры по теме ВИЧ/СПИДа. Тем не менее, остается возможность, не повторяя себя и других, продолжать разговор о данной болезни. В настоящий момент хотелось бы высказать некоторые мысли по следующим вопросам:

- стигматизация ВИЧ-инфицированных в православной среде,
- вступление в брак православных ЛЖВС,
- возможность монашеского пострига для ВИЧ-инфицированных,
- возможность принятия священного сана для ВИЧ-инфицированных,
- почему ВИЧ/СПИДу уделяется несоразмерно большое внимание.

Стигматизация. ВИЧ-инфицированные не должны быть изгоями в православной среде, не должны чувствовать себя «прокаженными» в окружении здоровых людей. ВИЧ — не печать Божьего отвержения. ВИЧ — это призыв, а не проклятие.

* Информационный бюллетень КС РПЦ, март 2008.

Игумен Мефодий (Кондратьев)*

Некоторые проблемы окормления ВИЧ-инфици- рованных на приходе



К сожалению, отношение православной паствы к ВИЧ-инфицированным не слишком отличается от отношения к ним внецерковных людей, стигма присутствует по обе стороны церковной ограды.

В качестве оправдания негативного отношения к заболевшим выдвигается не до конца справедливый тезис, что заражению ВИЧ подвергаются самые отчаянные грешники (получили «по заслугам»). Что из того? Разве Евангелие учит презирать грешников? Не существует евангельского «оправдания» пренебрежению кем-либо. Более того, видение ближнего грешником само по себе является ошибкой. Сделаем краткий экскурс к основаниям православной аскетики, чтобы не погрешать против заболевших собратий. Ученый Иосиф Вриенос утверждает (может быть достаточно смело): «Существует четыре смертных греха, и если человек предастся одному из них, он не только не сможет покаяться, но и Бог не сможет услышать его молитву. Пороки эти: гордыня, неспособность любить, отношение к другим как к грешникам и желание причинить кому бы то ни было вред».

Христианин имеет право говорить: «я грешник» или «мы грешники», но утверждение «ты грешник» содержит серьезную ошибку.

Попробуем в этом разобраться. Что стоит за словами «я», «ты», «мы»? При изучении русского языка нас учили, что «мы» — множественное число от «я». За пределами грамматики это вполне ложное утверждение. «Множественного» от «я» просто не существует — «я» навсегда и повсюду единственно, и в этом веке и в будущем. Не было, нет и не будет иного «я», кроме меня самого. Мое сознание и восприятие себя самого (самосознание) ни при каких обстоятельствах не уравнивается с восприятием подобного мне, останется единственным, неповторимым и незаменимым. Человек никогда не отрешается от своего «я»: деперсонализация — это недостижимая мечта некоторых религий востока. Даже если «я» приду к последней степени единения со своим ближним (что по замыслу Бога должно произойти в Царстве будущего века — «да будут все едино, как Ты, Отче, во Мне, и Я в Тебе, [так] и они да будут в Нас едино» (Ин 17:21), наши с ним самосознания не сораствоятся друг другу. Потому что, согласно откровению, и в Боге есть три Самосознания при едином содержании сознания, при единстве воли, жизни, существа. Бог един, но Отец — не Сын и не Святой Дух, подобно Сын — не Отец и не Святой Дух, так же и Святой Дух — не Отец и не Сын.

«Я» всегда соотносено с «ты», в любви или, увы, в ненависти. Восприятие любого «ты» для человека всегда не только внешнее, но вместе и внутреннее, что особенно ясно, когда «Ты» — это Бог. И оно всегда качественно отличается от восприятия себя самого, каким бы глубоким не было единение в период общения. В общении

актуализируется единство «я» и «ты», в этом взаимоотноении двух личностей друг другу выявляется существование новой реальности — «мы». «Мы» — это не множественное число от «я», «мы» — это всегда «я» и «ты», как некое непосредственное и неразложимое единство. «Я» так же немислимо иначе, чем в качестве члена «мы», как «мы» немислимо иначе, чем в качестве единства «я» и «ты».

Итак, жизнь человека протекает на соприкосновении трех реальностей: «я», «ты», «мы». Возможности его относительно каждой из этих реальностей различаются радикально. Немало есть такого, что возможно относительно «я», но невозможно, а иногда и немислимо относительно «ты». Причем одни и те же действия, совершаемые человеком по отношению к «я» и по отношению к «ты», могут иметь противоположную нравственную оценку: добро явным образом становится злом, или наоборот. Одна и та же установка, одна и та же заповедь по-разному проявляет себя, когда исполняется по отношению к себе или к ближнему, хотя объективно, со стороны, оба равно являются представителями рода человеческого. Приведем несколько примеров.

- *укорение*: укорение себя — великая спасительная добродетель, укорение ближнего — грех;

- *отвержение*: отвержение себя прямо требуется Богом, отвержение ближнего Им же строго воспрещается;

- *смирение*: смирять себя требуется постоянно, но нет заповеди «смирять» ближнего; напротив, заповедано носить его немощи (да и невозможно никого помимо его желания «смирить», смирение неразрывно связано с личным выбором человека);

- *всеобъемлющая заповедь «все пути Господни милость и истина»*: правильное приложение этой заповеди по отношению к себе и к ближнему будет следующим: в любой ситуации следует требовать праведного поведения от себя, а к ближнему проявлять милость (снисхождение);

- *прощение обид*: можно заставить себя от сердца простить ближнего, но нельзя заставлять ближнего простить себя (к тому же невозможно заставить, можно только просить);

- *любовь*: человек может определить себя на любовь к ближнему, но не может (как бы ни хотел) заставить, вынудить ближнего любить себя (даже Бог не может, хотя очень ждет ответной любви);

- *грех*: видение себя грешником — не ложное, истинное видение, видение ближнего грешником — ошибочное (просто нет этого видения у нас).

Прокомментируем последнее утверждение. Священное Писание приводит немалое количество горьких свидетельств об изгнанном из рая человеке. «Бог с небес призрел на сынов человеческих, чтобы видеть, есть ли разумеющий, ищущий Бога. Все уклонились, сделали равно

непотребными; нет делающего добро, нет ни одного» (Пс. 52:3–7). «Всяк человек ложь» (Пс. 115:2). «Кто из вас без греха?» (Ин. 8:7). Разве мы ошибемся, если скажем, что всякий «из рожденных женами» грешник? Нет, если верим Откровению Божию. Но видим ли мы это сами? Относительно «я» и «мы» — да. Но относительно «ты» утверждение неверно: «кто из человеков знает, что в человеке, кроме духа человеческого, живущего в нем?» (1 Кор. 2:11–14). Чтобы право судить о грехе ближнего, нам необходимо непосредственно видеть сердечную мотивацию его поступков, но она сокрыта от нас. Мы не можем видеть кого-либо так, как видит человека его Создатель, потому что «человек смотрит на лице, а Господь смотрит на сердце» (1 Цар. 16:7). Нам просто не позволено выносить суд о брате: «ты грешник», — согласно заповеди «не судите» (Мф. 7:1). Бог прав, когда ты говоришь; мы не правы, высказывая аналогичное суждение. Поэтому что Он видит, а мы нет, мы только выдаем себя за зрячих.

Вспомним Евангельское повествование об исцелении слепорожденного. Апостолы, зная, что не дано человеку судить о грехе ближнего, спрашивают Учителя, проходя мимо слепца: «Равви! кто согрешил, он или родители его, что родился слепым? Иисус отвечал: не согрешил ни он, ни родители его» (Ин. 9:2–3). Фарисеи же, обращаясь к прозревшему во время устроенного ими по факту исцеления расследования, без тени сомнения утверждают обратное: «во грехах ты весь родился, и ты ли нас учишь?» (Ин. 9:34). Еще более грубую ошибку они совершают, когда вымучивают у исцеленного свидетельство против исцелившего его праведника: «воздай славу Богу; мы знаем, что Человек Тот грешник» (Ин. 9:24). Здесь фарисеи называют грешником единого безгрешного Спасителя мира. Слепые мнят себя зрячими прозорливцами и не страшатся ошибиться. Заканчивается Евангельская глава следующим диалогом: «некоторые из фарисеев, бывших с Ним, сказали Ему: неужели и мы слепы? Иисус сказал им: если бы вы были слепы, то не имели бы [на] [себе] греха; но как вы говорите, что видите, то грех остается на вас» (Ин. 9:40–41). Вот подсказка, которой следует воспользоваться. Будучи слепыми для суждения о грехах ближнего, будем и исповедовать себя слепыми, не дерзнем выдавать себя за зрячих.

Когда кто-либо ищет нашей помощи, например, ВИЧ-инфицированный молодой человек, не будем вдаваться в изыскания, насколько он грешен. Подумаем лучше о том, что мы сможем сделать для его спасения и благополучия. Несмотря на все выше сказанное, благоразумие подсказывает, учитывая существующие на сей день реалии, рекомендовать больному посвятить в тайну о своем ВИЧ-статусе самое ограниченное число прихожан, в первое время, может быть, одного только духовника. Горькая правда

состоит в том, что и не всякий духовник способен правильно отреагировать на выказанное ему заразившимся молодым человеком доверие. Но, слава Богу, духовники по большей части люди все же благоразумные и, к тому же, они обязаны хранить тайну исповеди. Большинство пастырей еще никогда не сталкивались с ВИЧ-инфицированными людьми потому, что их число относительно мало среди населения в целом и еще меньший процент они составляют среди православной паствы. Когда благоразумный священник услышит такое признание на исповеди, он осознает, что пришло время для него лично ознакомиться с проблемой и создать атмосферу благожелательного отношения к ВИЧ-положительным людям на вверенном ему приходе. Если на каком-то приходе появятся двое или трое ВИЧ-инфицированных, то с их согласия неплохо было бы духовнику познакомить их друг с другом, сохраняя тайну для остальных членов прихода (таким путем может быть создана приходская группа ЛЖВС, члены которой помогали бы друг другу в несении креста, возложенного на них болезнью). По мере улучшения отношения к ВИЧ-инфицированным, круг посвященных в тайну может быть увеличен.

Возможно, есть смысл подумать об организации православной группы ЛЖВС в мегаполисах, которую могли бы посещать ВИЧ-положительные члены сразу нескольких городских приходов. Эта группа верующих ЛЖВС должна быть открыта для участия в ее деятельности друзей и молодых родственников ВИЧ-инфицированных. Светские ЛЖВС для воцерковляющейся молодежи не подходят, потому что там царит иное мировоззрение, иной дух.

Вступление в брак православных ЛЖВС. Найти себе спутника жизни большая проблема. Для православного человека найти спутника жизни — тоже верующего — проблема вдвойне. Но для ВИЧ-инфицированного члена Церкви найти себе в среде верных спутника жизни — задача более сложная еще на порядок. Между тем создать семью, устроить семейный очаг, иметь детей ВИЧ-инфицированные желают не менее, чем здоровые люди.

Согласно Концепции, Церковь благословляет брак ВИЧ-инфицированных между собой (конкордантный брак) и считает возможным брак между ВИЧ-инфицированным и здоровым человеком (дискордантный брак). Можем ли мы помочь такому браку состояться? И который из двух перечисленных видов брака предпочтительнее?

Если посмотреть с точки зрения интересов ребенка, то лучше, когда один из родителей не является носителем вируса (лучше, если это будет мама). Но в отношениях мужа и жены при таком дискордантном браке неизбежно возникнет несколько трудно преодолимых искушений. Прежде всего, в случае ориентации на дискордантный брак пациенту придется столкнуться с

проблемой, не имеющей красивого решения: в какой момент следует заявить девушке (парню), с которой начинаешь выстраивать отношения, о своем положительном ВИЧ-статусе? Сказать сразу — глупо и стыдно, сказать, когда уже родилось глубокое чувство, — нечестно и больно. Так что приходится выбирать момент для откровения о себе где-то между «глупо» и «нечестно», и между «стыдно» и «больно». Но одинаково страшно открыть эту правду о себе с начала и до конца, с первых проявлений взаимного внимания до рождения всепоглощающего чувства. И это только первое по времени, но далеко не самое трудное испытание.

Когда ко мне приходят спрашивать относительно брака наркозависимого, находящегося в длительной ремиссии, и человека не знакомого с действием наркотиков (само собой разумеется, что оба верующие), то по большей части (хотя не всегда), ответы даются следующие. Наркозависимому и его представителям советую (не настаивая) сделать все от него (от них) зависящее, чтобы брак состоялся. Второй стороне — людям, далеким от мира наркопотребителей, желаю удержаться от этого брака. Исхожу из интересов именно тех людей, кто в данный момент вопрошает: не устраиваю и не расстраиваю браки исходя из интересов только одной из сторон. В целом не «за» и не «против» брака — «за» или «против» для кого-то конкретно.

Но если подобная ситуация возникнет относительно брака ВИЧ-инфицированного человека и здорового (в моей практике такого случая еще не было), то в меру своего понимания настроен обеим сторонам посоветовать удержаться от брака (опять же, не настаивая). Третий из заинтересованных в подобном браке, будущий ребенок, не спросит, поскольку его еще нет. Но если выяснится, что он есть, только еще не явился на свет Божий из чрева своей мамы, то самым фактом своего существования он лишит меня возможности препятствовать браку его родителей даже советом.

Если принять, что дискордантный брак менее приемлем с точки зрения как светского, так и церковного сообщества, и порождает большее число духовно-психологических проблем, чем брак конкордантный, то желательно выделить пространство, в котором ВИЧ-инфицированные юноши и девушки могли бы знакомиться и общаться друг с другом в неагрессивной по отношению к ним среде. Но, увы, пока подобных мест для общения просто православной молодежи даже в мегаполисах не создано в достаточной мере, для ВИЧ-инфицированной ее части их вовсе нет.

Возможность монашеского пострига для ВИЧ-инфицированных. Каждый пожелавший принять монашество, после прохождения положенного испытания, может быть пострижен. Нет основания выдумывать особые правила для ВИЧ-инфицированных. Но для монастыря, постригше-

го ВИЧ-положительного искателя иноческого жития, в будущем предвидится два искушения. Первое (по времени) может возникнуть, когда этот инок начнет принимать антиретровирусную терапию. Если монастырь находится не вблизи мегаполиса, где больной может получать лекарство и наблюдаться, а в сельской местности или в небольшом городе, то тайна о его болезни с большой вероятностью вскоре перестанет быть тайной для местного населения. В силу бытующих стереотипов, сразу возникнет мнение, поползут сплетни, что, по крайней мере, часть пострижеников монастыря — гомосексуалисты (люди нетрадиционной ориентации). Никакому монастырю такая «слава» о нем не нужна. Второе по времени искушение — необходимость ухода за монахом, когда он достигнет терминальной стадии заболевания: отправить его из обители в хоспис, сдать на попечение светских людей в период предсмертного испытания противно духу монашеской традиции. Впрочем, если монастырь живет в духе заповеданной Богом любви, второе испытание не отяготит братию, но первое будет крайне болезненным для монашеской общины в любом случае. В отношении женских монастырей первое искушение, по понятной причине, вообще не возникнет.

Возможность принятия священного сана для ВИЧ-инфицированных. Полного запрета к рукоположению ВИЧ-инфицированных нет, кроме общих для всех препятствий. То есть, если выяснится, что кандидат в священство блудник, или второбрачный, или воришка, или пьяница (наркоман), то его кандидатура должна быть отклонена на общих основаниях. Но если он заразился, например, в младенчестве от матери или при переливании крови в медицинском учреждении, то сама по себе болезнь не будет запретом к рукоположению. Но все же для всякого ВИЧ-инфицированного ставленника есть два серьезных препятствия, не являющиеся абсолютными:

- препятствия физического характера;
- препятствия социального характера.

Препятствия физического характера. Физические недостатки и недуги сами по себе не могут служить препятствием к посвящению. Препятствием являются лишь те телесные недостатки, которые затрудняют священнослужение. Антиретровирусная терапия, при которой больному необходимо принимать лекарство точно по расписанию, в том числе и в утренние часы (запивая водой или сопровождая обязательным приемом пищи), конечно, затрудняет священнодействие.

Препятствия социального характера. Клирики непременно должны иметь добрую репутацию, и не только у верных. По слову апостола Павла, *«Надлежит ему (епископу) также иметь доброе свидетельство от внешних, чтобы не впасть в нареkanie и сеть диавольскую»* (I Тим. 3:7). Репутация у больных ВИЧ/СПИДом крайне

низкая в нашем обществе. Одно дело спастись в общине, другое дело ее возглавлять. Скрыть свой ВИЧ статус для священника едва ли возможно после начала принятия антиретровирусной терапии.

В совокупности два этих препятствия являются, по сути, непреодолимым препятствием к рукоположению ВИЧ-инфицированных кандидатов в священство.

Почему ВИЧ/СПИДу уделяется несоразмерно большое внимание? Бытует мнение, что главной причиной обостренного внимания к ВИЧ/СПИДу является деятельность влиятельного международного лобби, заинтересованного в создании шума, излишней истерии вокруг заболевания. Возможно, и это имеет место, но все же не является определяющим фактором повышенного внимания к болезни. Существует, кроме прочих, духовная составляющая интереса к ней.

Когда человек размышляет о СПИДе, об этой странной болезни, то у него возникает некоторое мистическое чувство. Сказать, что СПИД – это поущение Божие за наши грехи, недостаточно. Для данной болезни – это слишком тривиальное утверждение. Есть неложное ощущение того, что Бог появлением ее о чем-то очень важном предупреждает нас. О чем?

Видимый мир символически отображает мир невидимый, духовный. Преподобный Максим Исповедник так говорит об этом: «Весь мысленный (духовный) мир таинственно представлен символическими картинками в мире чувственном для тех, кто имеют очи, чтобы видеть. Весь чувственный мир заключен в мире мысленном». По свидетельству Отцов, телесные болезни вообще символизируют духовные недуги. Некоторые из болезней несут особенно большую символическую и смысловую нагрузку, например, рак или проказа (вспомним, сколько страниц Библии посвящены последней из упомянутых болезней). К числу таковых, несомненно, следует причислить и СПИД. Эта болезнь выводит из строя иммунную систему человека. Иммунная система хранит человека от гибели, когда к нему липнет какая-либо зараза. В духовном мире от духовной гибели хранит человека благодать Божия, помогающая не поддаться страстному влечению и впасть в грех. Поражение иммунной системы, по смыслу, символизирует снятие благодатного покрова.

Теперь вспомним, что говорит Писание о втором пришествии. «Молим вас, братия, ... не спешить колебаться умом и смущаться ни от духа, ни от слова, ни от послания, как бы нами посланного, будто уже наступает день Христов. Да не обольстит вас никто никак: [ибо день тот не] [придет], доколе не придет прежде отступление и не откроется человек греха, сын погибели, противящийся и превозносящийся выше всего, называемого Богом или святынею, так что в храме Божием сядет он, как Бог, выдавая себя за Бога. Не помните ли, что я, еще находясь у вас,

говорил вам это? И ныне вы знаете, что не допускает открыться ему в свое время. Ибо тайна беззакония уже в действии, только [не совершится] до тех пор, пока не будет взят от среды удерживающий теперь» (2 Фес. 2:1–11). По мнению большинства Отцов, под «удерживающим» наступление последних событий следует понимать действие Духа Святого в мире, Его покров и защиту. Что тогда должно означать появление в недавнее время в мире болезни, которая символизирует отнятие благодатного покрова от людей? Скорее всего, то, что берется «от среды удерживающий» прежде. И совсем неслучайно эта болезнь вызвала такой переполох, выпустила в свет великое множество нелепых страхов, породила всеобщую озабоченность. Мир все более явно приближается к последним событиям, что, впрочем, подтверждается множеством других значимых событий и признаков. И СПИД только один из них.

Последняя проблема, которую хотелось бы обозначить в заключение статьи. Лишь для малой части православных приходов проблема ВИЧ/СПИДа стала практически актуальной.

Это приходы:

- занимающиеся реабилитацией наркозависимых;
- находящиеся при больницах и клиниках;
- занимающиеся миссионерской деятельностью в молодежной среде;
- окормляющие заключенных в тюрьмах;
- находящиеся в регионах с крайне высокой степенью пораженности ВИЧ.

Служители этих приходов уже должны быть компетентны в вопросах, касающихся ВИЧ, и, в первую очередь, знакомы с мнением Церкви по данной проблеме. Но подавляющее большинство пастырей не соприкоснулось с этой болезнью непосредственно. Поскольку наше духовенство крайне перегружено многими попечениями и заботами, неблагоприятно и безжалостно огорчать их необходимостью изучать предметы к ним непосредственно не относящиеся. Важно, чтобы каждый священнослужитель, неожиданно для себя вовлеченный в заботу о ВИЧ-инфицированном человеке, знал, где в Церкви и у кого он может получить квалифицированную помощь и на чью поддержку может рассчитывать. Церковные люди, занимающиеся проблемами ВИЧ/СПИДа, должны донести до духовенства Русской Православной Церкви информацию о своем существовании, о том, что они готовы прийти на помощь, о том, что у них накоплен немалый опыт в понимании болезни и в преодолении сопровождающих эту болезнь проблем.



Оркестр продолжал играть...

*Говорят, что тот, кто не помнит истории, обречен повторять ее. Мы предлагаем вашему вниманию художественный перевод отрывков из книги американского журналиста Рэнди Шилтса «ОРКЕСТР ПРОДОЛЖАЛ ИГРАТЬ... Люди, политика и СПИД». Эта книга является фундаментальным трудом, рассказывающим о самом начале эпидемии ВИЧ/СПИДа в США, когда политики не хотели признавать наличие проблемы и практически единственными, кто боролся за изменение отношения общества и человеческие жизни, были люди, которые сами пострадали от эпидемии. Книга Р. Шилтса основана на интервью, воспоминаниях и документах, в ней рассказано об истории открытия вируса и о том, как восприняли проблему СПИДа в сообществе геев. Среди героев книги – первооткрыватель вируса француз Люк Монтанье, американский драматург Лерри Крамер, а также Газтан Дуглас – «контакт из Ориндж-Каунти».**

Средства массовой информации, хотя и отметили новый поворот в развитии эпидемии, большого внимания СПИДу не уделяли вплоть до конца 1982 года. Но и те немногие публикации, которые появлялись, утвердили некую стандартную схему сообщений о СПИДе в прессе и на телевидении. В центре внимания, конечно же, были люди в белых халатах. Журналисты взвешивали каждое слово, чтобы не возбуждать в обществе панику, не давать оснований для гомофобии, а также не слишком вдаваться в пикантные подробности сексуального прошлого больных. Статьи всегда заканчивались на оптимистической ноте – не за горами открытие чудодейственного лекарства или вакцины. Но самое главное – эпидемия преподносилась как новость только в тех случаях, когда поражала не мужчин-геев, а кого-то кроме них. В этом смысле СПИД оставался «болезнью голубых», достойной упоминания лишь постольку, поскольку иногда она убивала также не-геев. Впрочем, эти исключения в большинстве случаев использовались лишь для подтверждения правила.

* Окончание. Начало см. «ШАГИ профессионал» № 2, 2008.

**23 января 1983 года,
Париж, Институт Пастера**

В Парижском Институте Пастера, в лаборатории ведущего вирусолога Люка Монтанье был обнаружен новый ретровирус. Его выделители из клеток лимфоузла больного СПИДом пациента. Открытие нового человеческого ретровируса – событие достаточно редкое, и Монтанье понимал, что потребуются исчерпывающие доказательства, чтобы научный мир поверил ему. Тем более сложно будет доказать, что открыт именно ретровирус, вызывающий СПИД. Чтобы подтвердить результат, необходимо было поставить ряд опытов, запросить у профессора Галло из Национального института рака реактивы к открытому им ранее вирусу лейкемии, сфотографировать новый вирус под электронным микроскопом и описать его генетические характеристики.

**7 февраля 1983 года,
Париж, Институт Пастера**

Д-р Вилли Розенбаум не мог сдержать радостного возбуждения. Несколько дней назад ему

позвонил профессор Люк Монтанье из Института Пастера и сказал: «Мы кое-что обнаружили. Не могли бы вы прийти и рассказать нам об этом СПИДе?» Еще в 1977 году эпидемиолог Розенбаум поставил одному из своих пациентов, родом из Заира, диагноз «пневмоцистная пневмония», а в начале 1982 года организовал вместе с инфекционистом Жаком Лейбовичем Французскую исследовательскую группу, стремившуюся найти истоки новой таинственной эпидемии.

На своей встрече с Монтанье и сотрудниками его лаборатории Розенбаум рассказал о своем опыте работы с больными СПИДом, об отчаянии, которое он испытывает, когда, вылечив одну болезнь, обнаруживает вторую, третью и так до бесконечности. Пока не будет выяснено, что именно является причиной иммунодефицита у этих пациентов, эффективное лечение СПИДа невозможно.

Люк Монтанье сообщил, что в его лаборатории открыт новый ретровирус, который существенно отличается от ранее открытого ретровируса лейкемии — HTLV. Профессор предупредил, что предстоит еще много работы, и пригласил собираться каждую субботу в его кабинете, чтобы подготовить научный доклад о сделанном открытии для медицинских журналов.

На встрече Французской исследовательской группы Вилли Розенбаум с энтузиазмом рассказал об открытии, сделанном в лаборатории Института Пастера. Лейбович отнесся к этому скептически: он был убежден, что Монтанье обнаружил не новый, а уже известный вирус — HTLV. Ни для кого не было секретом, что д-р Лейбович вообще недолюбливает Институт Пастера. Прошлой осенью он пытался получить там место иммунолога, но его не приняли. «Разве в Институте Пастера могут что-то открыть? — недоумевал Лейбович. — В мире есть лишь одно серьезное учреждение, где могло бы быть сделано открытие подобного масштаба — это Национальный институт рака в США. А этот Розенбаум, — подумал Лейбович про себя, — просто восторженный юнец».

Париж, Международный аэропорт Орли

Бортпроводник опасно поглядывал на термос, который держал в руках симпатичный молодой человек. Пассажиры вытягивали шеи, чтобы разглядеть, откуда идет дым. Жак Лейбович объяснил, что он ученый, везет лабораторные образцы в Национальный институт рака. Дым — потому что образцы содержатся в жидком азоте. Нет, открыть нельзя, образцы испортятся. Наконец обаяние молодого ученого возобладало, и он уселся на свое место, поставив термос рядом.

Жак Лейбович в душе смеялся над тем, что поездку в Америку ему оплатил Институт Пастера — конечно, не для того, чтобы отвезти эти

образцы, а чтобы забрать реактивы на HTLV. Также Лейбович вез Роберту Галло письмо от профессора Монтанье с описанием открытия.

Лейбович отдал бы что угодно, лишь бы доказать, что Институт Пастера ошибся и причиной СПИДа является HTLV, открытый Робертом Галло. На всякий случай он даже решил доставить в Национальный институт рака биопсию лимфоузла одного из своих заирских пациентов.

7 марта 1983 года, Нью-Йорк

«Если эта статья не напугает вас до смерти, у вас проблема. Если эта статья не взбудоражит вас, не разозлит и не заставит действовать — значит, у геев нет будущего на этой земле. Продолжение самого нашего существования зависит от того, до какой степени удастся нас разозлить... Если мы не начнем драться за свою жизнь, мы погибнем. Никогда за всю историю гомосексуальности мы не были так близки к гибели и уничтожению. Многие из нас умирают или уже умерли».

Этими словами Лэрри Крамер бросил бомбу в крысиную нору, где большинство американских геев надеялись отсидеться, пока не пройдет эпидемия. Ведущая статья в «New York Native», озаглавленная «1112, и счет продолжается...», была сокрушительным выпадом Крамера против гей-лидеров и организаторов ГМНС, озабоченных тем, как бы не вызвать панику среди геев и не пробудить гомофобию в обществе. По мнению Крамера, геям пошла бы на пользу некоторая паника и агрессивная решимость действовать.

В основу статьи легли угрожающие цифры статистики, свидетельства встревоженных врачей, уже не справляющихся с нахлынувшим количеством больных, первые сообщения о самоубийствах геев, предпочитающих лучше умереть, чем столкнуться с жестокой болезнью. Он обрушился на правительство за недостаточное финансирование, из-за которого Центр по контролю заболеваемости не успевает отслеживать случаи заболевания и смерти. Каждый такой случай, тщательно изученный, мог бы подсказать, каким все-таки образом передается СПИД. Через какие жидкости тела, при каких видах секса, в каких социальных условиях? Но потенциал Центра исчерпан, и государственная эпидемиологическая служба не в состоянии выполнить возложенных на нее задач.

Обрушился Крамер и на геевское сообщество. На геев-врачей, которые, по его мнению, «не сделали ничего. На пальцах одной руки можно пересчитать наших врачей, которые действительно нам чем-то помогли». А единственное национальное геевское издание, журнал «Адвокат», «еще сам себе не признался в том, что происходит вокруг».

«Меня тошнит от тех, кто стонет, будто бы для них отказаться от беспечного секса на время, пока эпидемия пройдет, невыносимее самой

смерти. Неужели они так низко ценят жизнь и так высоко — члены и задницы?»

В конце своей статьи Лэрри Крамер привел список умерших друзей — двадцать два человека и «еще один, который умрет к тому времени, как этот журнал появится в печати. Если мы немедленно не начнем действовать, нам не уйти от этой судьбы».

Статья Лэрри Крамера бесповоротно изменила тот контекст, в котором эпидемию СПИДа обсуждали в геевском сообществе и в целом в стране. «1112, и счет продолжается...» — без сомнения одна из самых влиятельных публицистических статей десятилетия — привела к немедленному результату: для геевского сообщества борьба с эпидемией кристаллизовалась в политическое движение, а гей-лидеры разделились на две полярно противоположные группировки. В редакцию «New York Native» посыпались письма, в которых Крамера клеймили как «паникера», который внезапно стал «секс-отрицательным» и использует эпидемию для того, чтобы самодовольно заявить: «Ну вот, я же вам говорил».

Активисты направили мэру Нью-Йорка письмо с требованием создать муниципальные службы помощи больным СПИДом. Для большей убедительности New York Native опубликовал объявление, приглашающее 3 тысячи добровольцев для проведения актов гражданского неповиновения, таких как пикеты, сидячие забастовки и блокирование движения транспорта на улицах города. Эти акции были призваны привлечь внимание городских властей к проблеме СПИДа.

Двумя днями позже, 9 марта, мэр Эд Кох и глава городского департамента здравоохранения Дэвид Сенсер поспешно объявили о создании Отдела по проблемам геев и лесбиянок, которое возглавит д-р Роджер Энлоу. Д-р Энлоу был известен в геевском сообществе как автор призывов «не поднимать панику» вокруг проблемы СПИДа. Было ясно, что революции он не сделает.

12 марта 1983 года Ванкувер, Британская Колумбия

Все собравшиеся на встрече, посвященной СПИДу, были озабочены известиями об этой новой болезни, о которой так много говорили в США. Аудитория с интересом рассматривала шикарного парня в клетчатой рубашке, потертых джинсах и массивных ботинках. Его представили как лидера ГМНС из Нью-Йорка. Мало кого оставили равнодушными его слова о друзьях, которых он потерял, и о той смертельной угрозе, которая распространяется в Нью-Йорке и Сан-Франциско, Торонто и Лос-Анджелесе и скоро придет сюда.

Пол Попхэм принял приглашение участвовать во встрече в Ванкувере, поскольку это давало ему возможность по дороге проведать свою

семью в Орегоне. После его выступления слушателям предложили задать вопросы, и Пол с удивлением увидел у микрофона в зале знакомую фигуру.

— Говорят, можно заразиться через секс, — начал Гаэтан Дуглас. — А существуют ли какие-либо исследования, подтверждающие это? Разве справедливо утверждать, что это передается половым путем, если пока неизвестно даже, чем вызвана болезнь?

Никогда раньше Пол не видел обычно дружелюбного Гаэтана таким агрессивным. Большую часть его вопросов Пол переадресовал сидящим в президиуме врачам. Трудно было судить, кто на самом деле знал о болезни больше — врачи или Гаэтан, который в последние два года внимательно читал все, что только мог достать, о странной болезни, которой сам болел уже три года. И по его словам, не существует ни одной публикации, в которой на примере твердых, неоспоримых фактов доказывалось бы, что ему, Гаэтану Дугласу, нельзя заниматься сексом.

Из аудитории прозвучали и другие протесты против сказанного Полом и врачами. Левые гей-радикалы настаивали, что повышенное внимание к этой американской болезни подстрекает общество к гомофобии. Владельцы гей-саун были возмущены, в частности, тем, что местная геевская газета открыла рубрику «Здоровье». Все эти разговоры вокруг какой-то горстки больных в Штатах очень плохо влияют на бизнес.

Больше всего внимание организатора встречи Боба Тиви привлек этот самодовольный, весь затянутый в черную кожу парень с квебекским акцентом. Что-то в нем было знакомое. Только к концу вечера Тиви понял, что встречался с Гаэтаном лет десять назад, в 1971–72 годах, на дискотеках Торонто. Уже тогда Гаэтан был самым известным, самым популярным — казалось, все на дискотеках и в барах хотели только его.

Боб Тиви возобновил знакомство с Гаэтаном по окончании встречи, когда составлял списки людей, нуждающихся в социальной поддержке. Гаэтан признался, что был из первых в США, кому поставили диагноз саркома Капоши. Да, в поддержке он нуждается, сказал Гаэтан, но СПИДа у него нет. У него рак кожи. Гаэтан снова начал распаляться, рассказывая о врачах, которые велят ему прекратить заниматься сексом. Кто и когда слышал, чтобы рак был заразным? Для Тиви Гаэтан был классической иллюстрацией озлобленности и нежелания смотреть в лицо фактам. Конечно, ему необходимо консультирование и поддержка.

Незаметно до этого геевская газета в Эдмонтоне, что в соседнем с Британской Колумбией штате Альберта, опубликовала статью о стюарде авиалиний, который прилетал в Альберту, шел в сауны и занимался сексом со всеми подряд. Боб Тиди еще не слышал этих историй.

Пол Попхэм поражался тому, как хорошо выглядел Гаэтан, несмотря на давний диагноз. В

разговоре Гаэтан сказал, что зимой болел пневмоцистной пневмонией и приехал в Квебек лечиться. Все его друзья с западного побережья думали, что больше его не увидят, но вот — он жив и здоров. Теперь, когда курс химиотерапии закончен, у него снова начали отрастать волосы. Пол рассказал Гаэтану, что GMHC планирует организовать благотворительное цирковое представление в Медисон-сквер-гарден.

И все время чувствовалось, как под гладкой поверхностью светского разговора продолжает бурлить непроходящее раздражение Гаэтана: «Почему это случилось со мной?»

В марте 1983 года был диагностирован первый случай СПИДа в Австралии — у американского туриста. Австралийское здравоохранение с тревогой ожидало первых «доморощенных» случаев, памятуя о тех десятках тысяч людей, которые в начале 1980-х воспользовались дешевыми рейсами компании «Skytrain» в Сан-Франциско. Во Франции Жак Лейбович стал называть СПИД «чартерной болезнью», поскольку многие ранние случаи СПИДа в Европе были обнаружены у бывших пассажиров недорогих чартерных рейсов в Нью-Йорк и Сан-Франциско.

17 марта 1983 года, Кастро-стрит, Сан-Франциско

Гэри Уолш и Джо Брюэр были под впечатлением статьи Крамера. «Да, все верно, — повторял Гэри, — финансирование недостаточно, пресса молчит, всем наплевать, никто не возмущается». Джо радовался, что его друг с такой страстностью воспринял статью о СПИДе. С того самого времени, как Гэри поставили диагноз, к нему впервые вернулся его знаменитый темперамент.

«Мы должны что-то сделать. Что-то очень яркое, заметное», — сказал Гэри.

И внезапно его озарило: марш со свечами.

Это была замечательная идея. Джо и Гэри помнили тот знаменитый марш со свечами 1978 года от Кастро-стрит до здания мэрии в ночь, когда были убиты член городского совета Харвей Милк и мэр Джордж Москоне. Это был один из самых волнующих моментов жизни Гэри и Джо; Гэри даже ушел на время с марша, чтобы позвонить родителям и торжественно объявить им, что он гей. Его мать при этом очень забеспокоилась, что Гэри не попадет в рай.

«Да, — подумал Гэри, — поток людей со свечами вдоль Маркет-стрит. Ведь можно вести мирную битву, можно выдвигать свои требования не агрессивно, но взывая к тому лучшему, что есть в каждом человеке. А телевидение — уж оно никогда не пропустит такой сюжет».

Гэри обратился с призывом к другим больным СПИДом. Это будет их марш, где они выразят наконец чувства людей, на себе испытавших ужас этой новой болезни.

Ванкувер, Британская Колумбия

В Ванкувере о Гаэтане уже говорили не иначе, как о «контакте из Ориндж-Каунти», который ходит по барам и спит со всеми подряд. Не помогла и та красочная сцена, которую Гаэтан устроил на Ванкуверском форуме, стремясь убедить всех, что СПИД не передается через секс. С тех пор его сексуальные похождения достигли почти легендарных масштабов. Он даже не пытался скрывать свою болезнь и небрежно закатывал рукава, осушая банки с пивом в местных барах, хотя на его руках была ясно видна саркома Капоши.

Говорят, один из его бывших любовников был так взбешен, узнав о СПИДе, что специально разыскал Гаэтана, чтобы серьезно с ним разобраться. За время этого разговора Гаэтану удалось очаровать его и увлечь в постель.

Как-то лучший друг Гаэтана, тот, с которым они вместе работали в «Эйр Канада» в Халифаксе и летали на парады гей-прайд в Сан-Франциско, приехал навестить его из Торонто в Ванкувер. Он очень хорошо относился к Гаэтану, зная его как заботливого, внимательного человека, бесконечно щедрого к тем, кто был ему дорог. Тем не менее, а вдруг все эти слухи — правда? Друг знал, что предлагать Гаэтану отказаться от секса бессмысленно: для Гаэтана секс был основой его мироощущения, смыслом его жизни.

Во время откровенного разговора Гаэтан вначале все отрицал, но друг не поверил и продолжал настаивать, что человек, у которого СПИД, должен вообще отказаться от секса — и точка.

— Они не имеют права говорить мне, что болезнь передается через секс. Они еще ничего не доказали.

— Пусть, — ответил друг, — но если существует даже малейший риск, ты не должен этого делать.

— Возможно, ты и прав, — пожал плечами Гаэтан.

Друг вовсе не был уверен, что Гаэтан на самом деле с ним согласился. Он вспомнил, как много лет назад, в Халифаксе, они обсуждали между собой, можно ли им пойти по ночным барам сразу после укола от гонореи. В таких случаях врачи всегда советуют подождать несколько дней, но Гаэтан считал, что если кто-то его этим наградила, он сам, в свою очередь, может вернуть кому-то награду.

— Но это ведь неизлечимо, — убеждал друг. — От этого нет укола. Если ты кого-то заразишь, получится ужасно несправедливо.

— Да, — согласился Гаэтан, — очень несправедливо.

Ньюарк, Калифорния

Рик Уолш с детства запомнил дядю Гэри как прекрасного рассказчика. Он любил его длинные импровизированные истории, рассказан-

ные на веранде большого семейного дома в Сиусити. Дядя всегда относился к Рикку как к равному, с уважением. В последние четыре года, с тех пор, как бабушка что-то неудачно сказала по поводу рая и Гэри перестал общаться с родителями, Рик остался своего рода связным, передающим дяде последние семейные новости. Это продолжалось и после того, как Рик женился и поселился в тихом пригороде Ньюарка, штат Калифорния.

В тот мартовский вечер Рик был как всегда рад услышать по телефону голос Гэри, хотя сразу почувствовал, что дядя не расположен рассказывать истории.

– Ты слышал что-нибудь о СПИДе? – спросил Гэри.

– Да, вроде бы, – ответил Рик, не понимая, к чему клонится разговор.

– Я им болен. Я могу умереть через два года или раньше. Никто еще не вылечился.

– Ужас, – сказал Рик.

Рик не знал, что надо говорить в таких случаях. После долгой паузы он пробормотал единственное, что пришло в голову: «Даже не знаю, что сказать, кроме того, что я тебя люблю».

И совсем другое дело – родители Гэри в Сиусити.

– Вот чем все это кончилось, – сказала мать, не в силах заставить себя даже произнести слова, которые подразумевались. «Почему бы тебе не уехать из этого города?»

После того, как она посоветовала ему сходить на исповедь, Гэри повесил трубку.

11 апреля 1983 года, Национальный институт рака Бетесда

Франсис Антон Галло был сыном иммигрантов из Турина, Италия. Даже после того, как он сделал блистательную для иммигранта карьеру, пройдя путь от простого рабочего до президента металлургической компании, он сохранил присущую жителям северной Италии сдержанность и созерцательность. Его жена, родом из южной Италии, была женщиной очаровательной, душевной, свято приверженной семейно-клановым ценностям. Их сын, Роберт, которого дома все звали Боб, соединил в себе обаяние матери и фанатическое трудолюбие отца.

В детские годы, проведенные в Уотербери, штат Коннектикут, особым трудолюбием Боб еще не отличался. Все резко изменилось в 1949 году, когда Бобу было 13 лет. Его младшая сестра заболела лейкемией. Она лежала в больнице Гарвардского университета, и во время своих частых посещений Роберт познакомился со знаменитым онкологом Сидни Фабером и увидел, как ученые в своих лабораториях борются за спасение жизни больных детей. Сестра Боба умерла от лейкемии, но и после этой трагедии его увлечение микробиологией не прошло. По-

ощряемый дядей, который преподавал зоологию в Университете штата Коннектикут, Галло поступил в ученики к патологоанатому местной католической больницы. Этот патологоанатом был самым большим циником, каких Боб когда-либо видел, но он сумел привить ученику основы научного мышления. Еще подростком Галло уже самостоятельно производил вскрытия, а к восемнадцати твердо знал, что занятием его жизни будут медицинские исследования.

Боб был весьма посредственным студентом: дни он обычно проводил на баскетбольном корте, а вечера – на свиданиях. Видимо, он так и остался бы посредственностью, если бы не несчастье: играя в баскетбол, он повредил позвоночник и почти на год был прикован к постели. За это время Боб прочитал все книги по биологии, которые мог достать. Будучи студентом колледжа, он приспособил часть семейного гаража под свою лабораторию и погубил там невероятное количество мышей. После колледжа и резидентуры в больнице Чикагского университета Галло получил назначение в Национальный институт рака, где по злой иронии судьбы его определили в стационар, в отделение детской лейкемии. С тех пор он дал себе клятву никогда больше не работать с пациентами.

Свои научные исследования Галло начал в 1966 году, а к 1970 вышел на направление, которое впоследствии завоевало ему всемирную славу. В то время велось много споров вокруг гипотезы, что лейкемия и некоторые другие виды рака вызваны вирусами. Эта категория вирусов, называемая ретровирусами, и стала предметом исследований Галло. В середине 70-х он был одним из ученых, давших описание энзима обратной транскриптазы – химического вещества, которое выделяют ретровирусы для того, чтобы размножаться в клетках организма-жертвы. Имея это описание, наука теперь могла распознать ретровирусную инфекцию по ее химическому «следу». Само по себе это открытие было огромным прогрессом в развитии науки о ретровирусах, но в то время им мало кто заинтересовался. Тогда считалось, что ретровирусы поражают в основном кур, мышей и кошек. При чем тут болезни людей?

Галло понимал, что ученые замечают лишь очевидное и не заглядывают глубже. У животных ретровирусы размножаются в таких количествах, что их просто невозможно не заметить. У людей же вирус, может, и присутствует в организме, но его трудно выявить из-за малого количества. Галло нашел способ искусственно выращивать клетки крови в таких количествах, что найти в них ретровирус было уже гораздо легче.

Карьера Роберта Галло продвигалась успешно, несмотря даже на скандал 1976 года, когда он гордо объявил миру об открытии нового вируса, а на самом деле никакого вируса не было, а просто в его лабораторную культуру клеток слу-

чайно попало микробное загрязнение. Оправившись от такого удара по самолюбию, Галло в 1980 году сообщил о новом открытии, на этот раз тщательно проверенном и перепроверенном. Он открыл ретровирус, вызывающий лейкемию у людей, — HTLV. После этого открытия Галло получил премию Альберта Ласкера и стал общепризнанным светилом ретровирусологии.

Несмотря на свои блестящие достижения, Боб Галло вызывал у коллег-ученых смешанные чувства. Завистники называли его высокомерным и помпезным. В околонучной политике он нередко бывал безжалостен; многие припоминали скандал 1976 года, намекая, что Бобу не всегда можно доверять. Сам Галло воспринимал критику спокойно: он признавал за собой теневые черты характера. Да, он бывает резок и высокомерен, но что еще остается горстке смелых ученых, вторгающихся в тайны природы? Впрочем, в глубине души он понимал, что те же самые качества, которые сейчас помогают ему одерживать победы, в свое время сыграют роковую роль.

В этот день, 11 апреля, в Национальном институте рака прошло первое собрание Рабочей группы по СПИДу, на которое был приглашен Галло. Он был раздражен, ему не хотелось снова заниматься болезнью, на которую он впустую потратил столько сил в прошлом году, безуспешно пытаясь найти следы вируса в крови больных СПИДом. Со всех сторон на Галло оказывали давление, пытаясь вновь заставить его вернуться к этим исследованиям, в том числе Жак Лейбович, то и дело звонивший ему из Парижа. Несмотря на свою острую неприязнь ко всему, что связано с темой СПИДа, Галло понял, что пора делать ставки в этой игре. Достаточно взглянуть на обложку журнала «Newsweek», где СПИД назван «величайшей опасностью века».

Роберт Галло выступил, как всегда, энергично и веско. «Французы, — сказал он, — сообщают, что им удалось что-то открыть». В его лабораторию даже доставили из Парижа ткань лимфоузла — для изучения.

«Я полагаю, что здесь имеет место ретровирусная инфекция, и в течение ближайшего года нам предстоит либо доказать это, либо опровергнуть».

Для исследований Галло была выделена элитная лаборатория в штате Мэриленд. Все образцы крови и тканей пациентов, больных СПИДом, будут направляться в первую очередь в лабораторию Галло.

Помимо создания привилегированной лаборатории Галло, других финансовых вливаний в исследования по СПИДу сделано не было. Множество ученых в Нью-Йорке, Вашингтоне, Сан-Франциско не могли продолжать работу из-за того, что у них не было денег даже нанять медсестру, и ни одна лаборатория не соглашалась предоставить оборудование для экспериментов с кровью больных СПИДом.

Институт Пастера, Париж

Монтанье и Галло были настолько непохожи друг на друга, насколько могут быть непохожими двое людей, и каждый вызывал у другого некоторое чувство неловкости. Галло — общительный, напористый, обладающий даром завораживать слушателей, Монтанье — напротив: замкнутый, несколько отстраненный, с манерами старого аристократа. Тем не менее, Монтанье высоко ценил Роберта Галло как лидера ретровирусологии. Кроме того, от Галло в значительной степени зависело, будет ли французское открытие признано в Америке.

Люк Монтанье закончил статью о своем открытии, предназначенную для журнала «Science», и направил в Америку экземпляр рукописи. По непонятной причине реактивы, присланные Робертом Галло, никуда негодились. Из-за их плохого качества не удавалась реакция, которая позволила бы с точностью определить, является ли открытый Монтанье вирус новым, или это уже известный HTLV. Монтанье решил назвать свой вирус RUB, используя инициалы пациента, у которого была взята биопсия лимфоузла.

Впрочем, Роберту Галло удалось убедить Монтанье, что RUB звучит безобразно, и лучше назвать новый вирус «принадлежащим к семейству HTLV». Впоследствии Монтанье признал, что это изменение названия было величайшей ошибкой в его научной карьере.

12 апреля 1983 года, Сан-Франциско

Идея Гэри Уолша провести марш со свечами охватила к середине апреля всю страну. В десятках городов люди, страдающие от СПИДа, планировали проведение церемонии под пристальным вниманием средств массовой информации, внезапно «открывших» для себя СПИД.

В Сан-Франциско встречи по подготовке марша, который решили провести под лозунгом «Боремся за свою жизнь», проходили в атмосфере страстных обсуждений и дискуссий. Звучали горькие шутки, люди рассказывали о том, как родные и знакомые то и дело пытаются незаметно рассмотреть их язвы, и очень удивляются, когда им указывают на бестактность.

Участники собраний были рассержены тем, что их все время называют жертвами СПИДа. Слово «жертва» подразумевает человека пассивного, беспомощного, сломленного судьбой. Оно не подходит людям, твердо решившим бороться за свою жизнь. И слово «пациент» им тоже надоело, потому что большинство из них не лежали в больнице и следовательно, пациентами не были. Они хотели, чтобы их называли просто «люди со СПИДом», сокращенно PWA.

23 апреля 1983 года

Поиски истоков СПИДа привели ученых в Африку. В медицинских журналах, вышедших весной 1983, изобиловали сообщения о ранних случаях СПИДа, так или иначе связанных с Африкой. Бельгийские врачи опубликовали в «New England Journal of Medicine» заметки о заболевании нескольких граждан Заира, наблюдавшихся еще в 1977 году. Бельгийские специалисты по тропическим заболеваниям отправились в Руанду и Киншасу, откуда сообщили о многочисленных вспышках СПИДа среди гетеросексуального населения. Самый ранний случай СПИДа был описан в выпуске журнала «Lancet» за 23 апреля. В своем кратком письме датский врач-инфекционист по имени Иб Бигбьерг рассказал о ранее ничем не болевшей датчанке, работавшей хирургом в примитивной больнице северного Заира с 1972 по 1975 год. В декабре 1977 она умерла от пневмоцистной пневмонии. Бигбьерг также сообщал, что «по ее словам, во время работы в северном Заире она наблюдала, по крайней мере один случай саркомы Капоши, и будучи хирургом, безусловно имела контакт с кровью и другими выделениями своих африканских пациентов».

В заключение д-р Бигбьерг отметил, что во время пребывания в Заире на него произвела большое впечатление работа команды американских врачей, сумевших быстро изолировать вирус лихорадки Эбола. «Видимо, подобную команду следует направить на поиски еще одного африканского вируса».

**30 апреля 1983 года,
Медисон-сквер-гарден, Нью-Йорк**

Весь день Пол Попхэм пребывал в озабоченности. Он не волновался за судьбу благотворительного циркового представления: здесь успех был обеспечен. Впервые за историю благотворительных вечеров в Медисон-сквер-гарден все 17 тысяч билетов были распроданы за неделю до представления. Не считая гей-парадов, этот вечер был величайшим событием в истории гей-движения и пополнил бюджет ГМНС на 250 тысяч долларов. Но Пола беспокоило другое: попадет ли его лицо на телеэкран, а имя — в газеты, где он будет представлен как президент организации, в самом названии которой значилось слово «гей»? Пол очень не хотел, чтобы об этом узнали. Не то чтобы он стыдился того, что он гей. Просто зачем создавать лишние проблемы? Как это будет воспринято? Он считал, что никто не обязан открыто выступать как гей, если не хочет. На эту тему у них были бесконечные споры с Лэрри Крамером. Но теперь, когда Крамер ушел из организации, Полу больше не с кем было спорить — разве что с самим собой.

Но когда в 6.30, перед началом представления, Пол открыл пресс-конференцию, он сразу

понял, что его страхи были необоснованными. Ему следовало бы знать, что «гетеросексуальные» издания не пишут про СПИД и про геев, и конечно, они не придут освещать какой-то «голубой цирк», каким бы грандиозным ни было представление и какой бы благородной ни была его цель. Пол облегченно вздохнул: его тайна останется при нем. На смену беспокойству пришла гордость за то, каких успехов достигло геевское сообщество.

В зрительном зале был представлен весь спектр голубой и розовой жизни Манхэттена. Респектабельные, безупречно одетые бизнесмены занимали свои места рядом с «кожаными», с трансвеститами в женской одежде — «дрэг квинз» — и с умопомрачительно модными лесбиянками. В программе представления был напечатан краткий обзор достижений ГМНС за 20 месяцев своего существования. Организация распространила четверть миллиона экземпляров своих медицинских брошюр, привлекла сотни добровольцев для помощи на дому и поддержки больных, обучила более 100 человек работе на телефоне доверия по СПИДу. В Сан-Франциско различными аспектами антиСПИДовского просвещения, консультирования и поддержки занимались разные организации, а здесь, в Нью-Йорке, за все отвечала ГМНС — крупнейшая геевская организация в стране.

Также в программе на нескольких страницах были напечатаны имена умерших от СПИДа.

2 мая 1983 года, Сан-Франциско

Большинство американцев считают, что даже плохой человек не может умереть молодым.

В безвременной смерти есть какая-то трагическая романтика. В конечном счете, именно этот эмоциональный фактор более, чем что-либо другое, защищал геев от «общественного возмездия», которого многие опасались. Именно эта, добрая и чувствительная часть национального характера американцев возобладала над разглагольствованиями о «каре Божьей». Более того, сами геи теперь стали превозносить романтику ранней смерти. В организацию Проект Шанти приходили десятки геев, чтобы научиться оказывать поддержку потерявшим близких. Более опытные члены Шанти, своего рода духовные наставники — гуру, говорили о смерти как о «переходе на ту сторону», словно СПИД был билетом на поезд, идущий в блаженную страну мира и покоя. Эти сентиментальные настроения гарантировали успех многочисленным маршам со свечами, проходившим в ту ночь во многих американских городах.

С того самого момента, как Гэри Уолш спустился с холма в небольшую низину, где приютилась улица Кастро, он уже знал, что процессия удалась. Гей-марши — не редкость в Сан-Франциско, но это шествие было особенным. Из тысяч собравшихся многие несли фотографии

умерших друзей, другие поднимали над головой плакаты со словами, напоминающими эпитафии: Кен Хорн, родился 20 июля 1943 года, умер 30 ноября 1981 года».

Атмосфера была торжественной. Гэри почувствовал воодушевление. Все эти месяцы ему было так одиноко. Но вот — здесь тысячи людей, и среди них нет безразличных.

Рик Уолш, племянник Гэри, приехал на марш вместе с женой. Энджи Уолш никогда раньше не видела ничего подобного — мужчин, одетых монахинями, молодых парней, обнимающих друг друга и держащихся за руки открыто, при всех. В конторе, где работала Энджи, уже ходили разговоры о том, что весь этот СПИД — Божья кара гомосексуалистам.

Мэтью Кригер поравнялся с Гэри на углу Маркет и Кастро-стрит и протянул своему бывшему любовнику букет цветов. На перекрестке уже толпились тысячи людей со свечами и плакатами. Мэтью был переполнен чувством гордости за Гэри: подумать только, собрать такую массу народа!

Как только процессия ступила на широкую мостовую Маркет-стрит, чтобы знакомым путем пройти к зданию мэрии, телерепортеры кинулись снимать шеренгу людей, больных СПИДом, несущих огромный плакат «Боремся за нашу жизнь». Предусмотрительный Клив Джонс следил за тем, чтобы никто не загораживал эту внушительную панораму, он оттеснял в сторону разношерстных политиков, начинающих гей-лидеров и жаждущих рекламы трансвеститов, которые пытались протиснуться поближе к камерам. Клив знал, что этот кадр обойдет весь мир и на нем должны быть запечатлены люди со СПИДом — живые, реальные.

Марш так активно освещался в средствах массовой информации, что Кливу Джонсу было немного стыдно — почему такая идея не пришла в голову ему самому? Вся пресса пестрела заголовками и передовицами о СПИДе. Сама мэр, Диана Фейнштейн, приняла у себя в офисе группу больных СПИДом и объявила, среди объятий и речей, о проведении в городе «недели против СПИДа».

Мерцающие огоньки растянулись на милю вперед, и первые ряды уже входили в полосу света у здания мэрии. Кливу внезапно вспомнился весь этот год, на протяжении которого он изо всех сил стремился заставить геев задуматься о СПИДе. Он сделал свое дело. Фонд информации о саркоме Капоши теперь меняет название на Фонд против СПИДа, и он, Клив, Фонду больше не нужен. Из группы нарушителей спокойствия Фонд постепенно превращался в уважаемую бюрократическую организацию, озабоченную различными формальностями. Откровенно говоря, эта длинная процессия со свечами не столько воодушевляла Клива, сколько печалила. Все большее и большее число его друзей получали «диагноз». Для геев это слово

теперь не требовало пояснений; говорили: такому-то поставили диагноз — и никому не приходило в голову спрашивать: какой диагноз? Кливу было грустно, он чувствовал, что бесконечно устал. «Может, уехать отсюда?» — подумал он.

Париж

«СПИД по-американски», — подумал Жак Лейбович, когда по парижскому телевидению показывали шеренгу больных СПИДом, возглавляющих процессию в Сан-Франциско. Во Франции в это время тоже много говорили и писали о СПИДе — главным образом, потому, что донорская кровь, использовавшаяся при переливаниях, в больших количествах поступала во Францию из США. Это так присуще американцам — выставляться, показывать себя, устраивать грандиозные шествия. В Париже вы никогда не увидели бы ничего подобного, размышлял Лейбович. Словно шоу Филадельфии — также наивно и также безвкусно.

24 мая 1983 года

«Сексуальная революция начала пожирать своих детей. А среди революционного авангарда — активистов, борющихся за права геев — уровень смертности самый высокий и продолжает расти».

Этот комментарий, появившийся одновременно во многих газетах на всей территории США, был ударом, которого с тревогой ожидали гей-политики уже давно. Патрик Дж. Бьюканен, в свое время составлявший речи президенту Никсону, сейчас занял место в рядах крайне правых политиков и время от времени блистал на страницах то одного то другого издания, желавшего опубликовать что-нибудь очень консервативное и тем самым компенсировать свой чересчур либеральный уклон. Считалось, что Пат Бьюканен в фаворе у консервативного крыла президентской администрации, поэтому к статье отнеслись с вниманием, пытаясь по ней угадать, какую позицию займет президент Рейган, умудрившийся за два года эпидемии не сказать о ней ни слова. Теперь, когда СПИД был в заголовках всех газет, консервативные круги не могли не высказаться.

«Бедные гомосексуалы — они объявили войну природе, и теперь она обрушила на них свое ужасное возмездие», — писал Бьюканен.

Как большинство экстремистов, Бьюканен не особенно заботился о логичности своих аргументов. Заявив, что либералы пытаются скрыть от общества какую страшную угрозу представляют гомосексуалы — носители СПИДа, процитировав массу не относящихся к делу цифр, он в заключение добавил, что гомосексуалов следует отстранить от профессий, имеющих контакт с пищевыми продуктами, и что решение Демократической партии провести свой очередной съезд в Сан-Франциско бросает жен и детей деле-

готов на произвол «гомосексуалов – сообщества, поголовно являющегося носителем опасных, а иногда и смертельных, инфекционных заболеваний».

Через несколько дней Бьюканен разразился еще одной статьей. Геи, по его словам, не только были убийцами гемофиликов и получателей донорской крови. Они ставили под угрозу жизни невинных детей, работая педиатрами или воспитателями детских садов. «Лозунгом гей-движения всегда было: то, чем мы занимаемся, – наше личное дело, поскольку не затрагивает других. Теперь, когда разнузданное поведение гомосексуалов в Нью-Йорке и Сан-Франциско несет с собой смерть, от этого лозунга придется отказаться».

**17 июля 1983 года,
Сан-Франциско**

Гэри Уолш пристально смотрел на экран телемонитора. Шел прямой эфир спутникового телемоста на тему «СПИД: анатомия кризиса». Оппонентом Гэри был преподобный Джерри Фолвелл из Вирджинии. Этот священник-фундаменталист выступал, по его словам, не против гомосексуалов, а против их «извращенного поведения». «Если администрация Рейгана не перейдет в решительное наступление против всего того, что привело к «голубой чуме» в нашей стране, не позднее чем через год президент будет нести личную ответственность за то, что допустил, чтобы эта чума косила невинных американцев».

– Нарушив законы нравственности, здоровья, гигиены, вы пожинаете то, что посеяли. Нельзя безнаказанно потрясать кулаком перед лицом Господа, – гремел преподобный Фолвелл.

– Бог, в которого я верю, не мстительный Бог, – парировал Гэри. – Когда в пятидесятых годах дети умирали от полиомиелита, это не было Божьей карой. Вряд ли есть худшее извращение, чем использовать религию для оправдания ненависти к ближнему.

Фолвелл благообразно улыбнулся:

– Вам, Гэри, я посылаю свое сострадание, любовь и молитвы.

– Я благодарен вам за молитвы. Но я не чувствую в ваших словах ни сострадания, ни заботы, ни любви ко мне – ведь я гей. До меня доходит лишь ваша ярость, нетерпимость, желание заклеить. Но никак не сострадание.

– Вам лично я сострадаю, – ответил Фолвелл. – Но я бы покривил душой, если бы сказал, что считаю гомосексуальный образ жизни приемлемым.

Затем преподобный сообщил, что в его церкви работают семь психологов и психиатров, которые помогают желающим излечиться от гомосексуальности. Гэри ответил, что как раз от гомосексуальности излечиваться не хочет.

– Я хотел бы сейчас, при всех пригласить Джерри Фолвелла приехать в Сан-Франциско и провести со мной один день. Я хочу открыть ему свое сердце. Может быть, мы можем чему-то научиться друг у друга. Я даже готов оплатить ему дорогу.

– Гэри, я с удовольствием это сделаю, и дорого оплачивать мне не надо. Я приеду, и мы проведем вместе день, и будем читать Евангелие и молиться. Напишите мне в Линчбург, Вирджиния. Я сделаю все, что в моих силах, чтобы помочь.

На этом телемост закончился. Гэри написал пастору, напомнив его обещание приехать в Сан-Франциско. Ответа не последовало, и Гэри несколько не удивился.

Ванкувер

Гаэтану Дугласу нравилось как прежде облачаться в темно-синюю униформу «Эйр-Канада». Хотя он все более слабел и здоровье его ухудшалось, ему пришлось вернуться на работу, чтобы не потерять льготы. Персонал авиалинии возмущался, что приходится работать рядом с больным СПИДом, в администрацию сыпались жалобы. Но «Эйр-Канада» – государственная авиалиния, и дискриминация там запрещена. Гаэтана ставили на короткие рейсы, обычно из Ванкувера в Калгари, чтобы он не очень утомлялся.

Нередко по ночам его охватывал страх, и он звонил друзьям, чтобы кто-нибудь переночевал у него в комнате на диване. Одиночество было непереносимо.

Как-то вечером Гаэтан с другом смотрели телемост, в котором выступал пастор Фолвелл. К удивлению друга, Гаэтан не отпускал обычных саркастических шуточек, а напротив, мрачно молчал.

– Может быть, Фолвелл прав, – наконец произнес Гаэтан. – Может, это и вправду кара.

Сан-Франциско

Гэри Уолш лежал без сна, когда она пришла – с длинными белыми волосами, протянув к нему руки. Гэри узнал ее – это была мать его близкого друга, умершая несколько месяцев назад. Она была ослепительно красива, на ее лице сияла улыбка, и она говорила: «Не бойся, родной. Я помогу тебе перейти эту черту. Здесь совсем не плохо».

31 мая 1987 года

К этому дню, когда президент Рейган произнес свою первую речь об эпидемии СПИДа, заболевание было диагностировано у 36 058 американцев, 20 849 умерли.

Лэрри Крамер внимательно прислушивался к каждому слову, произнесенному президентом.

Хотя Лэрри оставался одним из самых известных гей-активистов в стране, он уже не был, как прежде, одинок в своих выпадах против Рейгана. Даже самые ярые критики Крамера не могли не признать, что он был прав: просто он несколько опередил свое время. Своеобразной мстостью критикам был бурный успех пьесы Крамера «Нормальное сердце»; в его воображении уже зарождалась новая пьеса о СПИДе. Лэрри даже помирился с Полом Попхэмом, президентом ГМНС, с которым в былые годы у них было столько стычек. В последний раз они виделись за несколько дней до смерти Пола. Лэрри попросил прощения за прошлые ссоры, а Пол в ответ произнес: «Продолжай бороться».

Слушая Рейгана, Лэрри чувствовал поднимающийся в груди протест. В официальной речи были ловко обойдены стороной все острые темы. Звучали призывы к состраданию, слова благодарности добровольцам, которые самоотверженно помогают больным. Особой похвалы удостоился Проект Шанти из Сан-Франциско.

Вдруг Лэрри понял, что президент ни разу не произнес слово «гей». Он говорил о гемофиликах, о заразившихся при переливании крови, о женах наркоманов, но ни слова — о тех, кто больше всего пострадал от эпидемии и больше всего сделал для борьбы с ней в те годы, когда Рейган ее просто игнорировал.

Уже три недели, как умер Пол Попхэм, полностью утративший свои патриотические чувства к стране, в которую всегда верил, за которую воевал во Вьетнаме. Эта страна отвернулась от Пола и его друзей, позволив им умереть. А сейчас Рейган не желает даже упоминать о нем, словно постыдную роль в эпидемии сыграл он, Пол, а не сам президент Рейган.

А когда Рейган начал говорить о тестировании так, словно предлагал радикальный способ остановить эпидемию, гнев, накопившийся за эти шесть лет, переполнил Лэрри Крамера. Он встал и начал громко, на весь зал, свистеть.

Оркестр, который никогда не умолкнет...

Вместо послесловия

Автор книги «Оркестр продолжал играть...», Рэнди Мартин Шилтс родился 8 августа 1951 года в городе Дэвенпорт, штат Айова, но большую часть своей юности провел в Чикагском пригороде Аврора.

Его отец, Бад, занимался продажей строительных блоков, а мать, Норма, сидела дома и следила за тем, чтобы ее сын Рэнди и его четыре брата выросли послушными прихожанами Методистской церкви. Поначалу казалось, что так оно и было — в средней школе юный Шилтс организовал отделение консервативной молодежной организации «Молодые американцы за свободу».

После окончания школы Рэнди уехал учиться и поступил в Университет Орегона в городе Юджин. Там же в студенческой газете началась его журналистская карьера. В двадцать лет Шилтс публично объявил о своей гомосексуальности и принял участие в геевском движении.

Несмотря на то, что Шилтс окончил университет в числе лучших, ему долго не удавалось найти себе работу. Шилтс считал, что это следствие гомофобии. В конце концов, он устроился корреспондентом в журнал «Адвокат», национальное издание геев и лесбиянок, а позднее переехал в Сан-Франциско.

После нескольких лет работы в качестве вольного тележурналиста, Шилтс был нанят «Кроникл». Он стал первым репортером в главной городской газете, открыто заявившим о своей гомосексуальности. В том же году у геев в Нью-Йорке, Лос-Анджелесе и Сан-Франциско все чаще стали обнаруживать редкие случаи пневмонии и рака кожи. В 1982 году Шилтс в своих репортажах начал описывать то, что поначалу некоторые называли «геевской чумой», а позднее назвали СПИДом.

Шилтс узнал свой положительный диагноз в марте 1987 года, в день, когда он дописал последнюю страницу «Оркестр продолжал играть». Предварительно он попросил своего врача взять у него анализ крови, но не сообщать ему результата, опасаясь, что знание диагноза может повлиять на его репортерскую работу. Он держал свой диагноз в секрете от всех до самого последнего момента.

В течение трех лет он принимал АЗТ, и состояние его здоровья оставалось нормальным. Но постепенно эффект от приема лекарств начал сходиться на нет, и в августе 1992 за день до своего 41-го дня рождения, он лег в больницу с пневмонией, спровоцированной ВИЧ-инфекцией. Четыре месяца спустя у него отказало одно легкое, и последние страницы своей, ставшей впоследствии знаменитой, книги «Неприличное поведение» он вынужден был диктовать, лежа на больничной койке. Спустя год у Шилтса диагностировали саркому Капоши.

Друзья рассказывали, что в последние годы Шилтс был очень слаб, почти не выходил из дома и зависел от кислородного аппарата, но, несмотря ни на что, продолжал получать удовольствие от жизни вместе со своим партнером Барри Барбери и любимым спаниелем Дэшиель. В январе он предпринял трудное путешествие на международный фестиваль в Палм-Спрингз, а в августе смог присутствовать на Лос-Анджелесской премьере телефильма по мотивам книги «Оркестр продолжал играть...»

Ведя борьбу с болезнью, поразившей тело, Шилтс сформировал у себя философское отношение к СПИДу, о котором он однажды выразился так: «гипертония или некоторые другие угрожающие жизни симптомы». Как бы не была трудна для него эта битва в последний год его

жизни, он признался в интервью, опубликованном «Нью-Йорк Таймс», что СПИД помог ему «закалить характер»:

«СПИД позволил мне увидеть заново все эти мелочи, за которые мы цепляемся — такие как «эго» или тщеславие. Хотя, конечно, я хотел бы иметь побольше Т-лимфоцитов и поменьше мужества».

Словно бы подтверждая свое собственное предвидение об опасности распространения ВИЧ-инфекции, Шилтс умер спустя несколько

дней после опубликования доклада, в котором было названо рекордное число случаев заражения ВИЧ-инфекцией. К тому моменту в Лос-Анджелесе ВИЧ-инфекция была найдена в крови 3 326 человек. Это был 1992 год. Зато чиновники из городского департамента здравоохранения вплоть до драматического 1997 года надеялись, что новая напасть пройдет сама собой. И только тогда, когда эпидемия начала приобретать катастрофические масштабы, предприняли решительные меры.

Перевод Ирины САВЕЛЬЕВОЙ

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

03.07.2008. США. rnd.cnews.ru. Необычный вариант борьбы с ВИЧ-инфекцией предложили ученые из Калифорнии. Им удалось получить генетически модифицированные Т-лимфоциты, которые обеспечивают распознавание и уничтожение клеток, несущих чужеродные антигены. В результате такой модификации клетки приобрели способность подавлять распространение ВИЧ-инфекции в организме. Метод основан на использовании белков под названием «цинковые пальцы», играющих важную роль в регулировании активности генов. Фрагменты этих белков распознают определенную триплетную последовательность в молекуле ДНК и присоединяются к ДНК в местах расположения триплетов. Ученым удалось модифицировать белки таким образом, что они обрели способность соединяться с ДНК практически в любом заранее выбранном участке. Кроме того, к белкам «цинковые пальцы» смогли присоединить фермент, который разрезает ДНК на две части. Поскольку восстановление ДНК — процесс довольно медленный, выбранный ген надолго утрачивает свою активность. Компания «Sangamo BioSciences» из Ричмонда несколько лет назад приступила к созданию ферментов, которые способны инактивировать ген CCR5. ВИЧ обычно присоединяется к белку, синтез которого регулируется геном CCR5, и проникает вместе с этим белком в клетку. Ранее было установлено, что люди с измененным в результате естественной мутации геном CCR5 устойчивы к действию ВИЧ, и поэтому ученые надеялись, что искусственная модификация этого гена способна сделать Т-клетки устойчивыми к ВИЧ. Исследователи из «Sangamo BioSciences» с помощью коллег из лаборатории института онкологических исследований в Филадельфии смогли получить фермент, который способен повредить 40–60% генов CCR5 в Т-клетках человека. Далее в опытах на мышах было продемонстрировано, что эти генетически модифицированные клетки при введении в организм животных приобрели способность подавлять развитие ВИЧ-инфекции. Ученые намерены к концу этого года приступить к проведению аналогичных испытаний и на ВИЧ-положительных. Методы культивирования Т-клеток вне организма были разработаны ранее лабораторией в Филадельфии. Ученые надеются на высокую эффективность предложенного ими метода, однако вопрос о безопасности его применения остается открытым. Дело в том, что фермент может присоединиться к ДНК и провести ее повреждение не в одном месте, а в двух или нескольких, что может привести к катастрофическим последствиям. Поэтому основные усилия ученых сейчас направлены на доказательство селективности подобной методики. Образно говоря, генетиков в этом случае устраивает только «точный выстрел» по ДНК. Новая методика с использованием белков «цинковых пальцев» имеет и другие применения, прежде всего для проведения генетических экспериментов. С ее помощью можно

«отключать» те или иные гены и наблюдать затем последствия такой модификации организма. Работа американских исследователей опубликована в последнем номере журнала «Nature Biotechnology».

02.07.2008. США. www.pharmvestnik.ru. Немецкая компания «Boehringer Ingelheim Pharmaceuticals, Inc.» получила разрешение Управления по контролю за качеством продуктов и медикаментов США (FDA) на применение препарата Aptivus(R) (tipranavir) в форме капсул и раствора для приема внутрь для проведения комбинированного антиретровирусного лечения у детей с ВИЧ-инфекцией (HIV-1) в возрасте от 2 до 18 лет, ранее получавших лечение по поводу данного заболевания. Препарат в форме раствора для приема внутрь также разрешен для применения у взрослых пациентов с ВИЧ-инфекцией (HIV-1), ранее получавших антиретровирусное лечение. Новая форма Aptivus(R) в виде раствора для перорального приема появится на американском фармрынке в середине сентября 2008 г.

30.06.2008. Москва. www.ami-tass.ru. Правительство России начнет с 2009 года финансировать из бюджета мероприятия, пропагандирующие здоровый образ жизни и отказ от вредных привычек. Об этом заявил премьер-министр РФ Владимир Путин, открывая заседание правительства, на котором рассматривались основные направления бюджетной политики на 2009–2011 годы. «Считаю необходимым, начиная с 2009 года начать финансирование мероприятий по пропаганде здорового образа жизни и отказу от вредных привычек», — сказал он. Основные решения в области здравоохранения в России в ближайшие три года будут связаны с борьбой против социально значимых заболеваний. «Я уже говорил о важности борьбы с таким национальным бедствием, как пьянство, курение, особенно в молодежной среде, — напомнил премьер-министр. — В сфере здравоохранения основные решения будут связаны с активизацией борьбы с социально значимыми заболеваниями: ВИЧ, туберкулезом, сахарным диабетом, некоторыми другими». Путин подчеркнул, что будут также увеличены объемы высокотехнологичной медицинской помощи. По его словам, ключевым приоритетом правительства останется и развитие образования. «На эти цели за три года из федерального бюджета будет направлено почти 1,4 триллиона рублей», — заявил глава правительства. Он также обратил внимание министров, что в трехлетнем бюджете должны быть предусмотрены необходимые средства на повышение в 2009 году социальной пенсии до уровня прожиточного минимума пенсионера. Владимир Путин также отметил, что проект бюджета должен быть внесен в Госдуму не позднее 26 августа. «Подготовка проекта бюджета вступает в завершающую стадию, не позднее 26 августа он должен быть внесен в парламент», — сказал он.



Дмитрий Филиппов,
менеджер проекта «LaSky»

Дмитрий Филиппов:

«LaSky – единственная в России масштабная программа по профилактике ВИЧ среди MSM»

«LaSky – Доверяя друг другу!» – под таким названием в 2004 году был начат проект по профилактике ВИЧ и ИППП среди мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ), входящий в проект «Глобус» и осуществляемый российской неправительственной организацией фонд «Центр социального развития и информации» (PSI/Russia).*

За три года деятельности проект «LaSky» стал единственной в России масштабной профилактической программой, ориентированной на гей-сообщество. Один из главных принципов «LaSky» – открытость. Мы активно взаимодействуем с государственными, коммерческими и некоммерческими организациями, заинтересованными в решении проблемы распространения ВИЧ. Наша открытость позволяет эффективно обмениваться мнениями, идеями и новыми методами работы. В своей работе мы используем лучший мировой опыт и помощь международных экспертов в области борьбы со СПИДом. Мы ценим любую возможность общения со специалистами, поэтому постоянно налаживаем контакты с международными организациями, в том числе с теми, которые занимаются проблемами гей-сообщества.

Исторически в России отношение к гомосексуальности является очень неоднозначным, в обществе существует негласное табу даже на возможность открытого обсуждения этой темы. Большинство жителей страны настроены по отношению к гомосексуальности крайне негативно: 67% населения России считает, что гомосексуальность – это болезнь или следствие распущенности и вредной привычки, и только 20% – что это сексуальная ориентация, имеющая равное с обычной право на существование¹.

Высокий уровень гомофобии, стигматизация и дискриминация со стороны современного общества превращает MSM в «отверженных» и делает их закрытой социальной группой, способствуя уходу в подполье и скрытому образу жизни.

Из-за дискриминации со стороны некоторых политических движений, церкви и общества доступ MSM к жизненно необходимым услугам бывает часто затруднен. Одна из особенностей гомофобии в России заключается в том, что противников однополых отношений немало среди медработников, а значит, зачастую MSM не могут получить элементарную медицинскую помощь. У многих мужчин возникает психологический барьер по отношению к врачам, и они стараются как можно реже (или вообще никогда) обращаться в медицинские учреждения для обследований, проведения тестов на ВИЧ или просто получения профилактической информации.

В России проводились единичные исследования по дозорному эпидемиологическому надзору среди гомосексуальных мужчин. На сегодняшний день нет официальной достоверной статистики по распространенности ВИЧ среди этой группы населения, а те данные, которые существуют, сильно отличаются друг от друга и не отражают реальной картины эпидемии. Например, данные поведенческого исследования, проведенного PSI в девяти регионах работы

* «Глобус» (Глобальное объединение усилий) – проект III раунда Глобального фонда, осуществляемый на территории России консорциумом некоммерческих организаций – «Открытый институт здоровья» (ОИИ), фонд «Фокус-медиа», РОО «СПИД инфосвязь», «СПИД-фонд Восток–Запад» (AFEW), «Фонд социального развития и информации» (PSI). Начал работать в сентябре 2004 года.

¹ Данные национальных опросов, проведенных «Левада-центром» в 1998, 2001 и 2006 гг.

проекта «LaSky», указывают на то, что 1,5% МСМ инфицированы ВИЧ². Однако эти результаты учитывают только тех МСМ, которые знают свой ВИЧ-статус. По результатам эпидемиологического исследования с забором крови, проведенного в Нижнем Новгороде³, количество ВИЧ-инфицированных МСМ составило 9,3%, в то время как по данным доклада Российской Федерации для Специальной сессии Генеральной ассамблеи ООН (United Nations General Assembly Special Session, UNGASS), количество ВИЧ-инфицированных МСМ в России составляет 14,3%⁴.

Исследования, проведенные PSI, также указывают на высокий уровень распространенности инфекций, передаваемых половым путем (ИППП): более 20% опрошенных геев и МСМ за последние 6 месяцев имели ИППП.

Все эти данные говорят о том, что в России наблюдается концентрированная эпидемия ВИЧ среди МСМ.

На сегодняшний день деятельность проекта осуществляется в 9 регионах «Глобуса», имеющих различный этнический состав и, находящихся в разных климатических условиях и часовых поясах. В каждом из городов, включившихся в работу проекта «LaSky», мы учитываем местные политические и национальные особенности и уважаем культурные традиции.

Наша деятельность основана на **исследованиях**, которые мы проводим в регионах программы, что помогает нам выявить «болевы точки» гей-сообщества. Уже проведенные исследования показали, что:

- более 15% употребляют клубные наркотики, а 3% – употребляют наркотики внутривенно;⁵
- 10 % оказывают коммерческие сексуальные услуги;⁶
- использование презервативов зависит от типа партнеров (случайный, постоянный или коммерческий) и при последнем сексуальном контакте составляет:
 - 79% со случайными партнерами;
 - 62% с постоянными партнерами;
 - и только 58% с коммерческими партнерами⁷.

Наша цель – остановить распространение ВИЧ среди МСМ и улучшить качество жизни МСМ, живущих с ВИЧ! Любой человек имеет

право на помощь в защите своего здоровья, а также здоровья своего партнера. Мы пытаемся привлечь к нашей деятельности как можно больше МСМ из самых разных социальных групп, включая любителей «клубной» жизни; МСМ, имеющие постоянные отношения и живущие вместе с партнером; глухих и слабослышащих геев и бисексуалов; ВИЧ-позитивных МСМ; формальных и неформальных секс-работников и их клиентов; мужчин без определенного места жительства и работы.

Однако парадоксальность ситуации, в которой осуществляется проект «LaSky», заключается в том, что чтобы не провоцировать агрессию общества и государства, избежать обвинений в пропаганде гомосексуального образа жизни, проект вынужден работать в «полулегальных» условиях, стараясь как можно меньше афишировать деятельность перед общественностью, вуалировать или замалчивать темы однополых отношений как в официальных заявлениях и публикациях, так и в профилактических посланиях, адресованных целевой группе.

Тем не менее, на сегодняшний день проект предоставляет гей-сообществу комплекс устойчивых профилактических сервисов, которые завоевали доверие целевой группы, пользуются популярностью среди ее представителей и благодаря которым в проект постоянно привлекаются новые представители сообщества и волонтеры.

Обучающие программы. Команда обученных тренеров постоянно разрабатывает и проводит обучающие программы в своих регионах, как для МСМ, так и для сотрудников региональных проектов. Тематические блоки тренингов охватывают разнообразные аспекты жизни и деятельности в контексте ВИЧ и ИППП: аутич-работа, профилактика ВИЧ и ИППП, жизнь с ВИЧ, мобилизация сообщества, создание и развитие социальных сетей, изменение поведения, работа с лидерами общественного мнения, командообразование, профилактика синдрома сгорания и др. Минимум два раза в год мы собираем региональных менеджеров проектов и лидеров МСМ сообщества в Москве для обучения, построенного на основании оценки их нужд и потребностей в обучении, обмена опытом и стратегического планирования. Каждое лето мы проводим ежегодную Школу социального сервиса МСМ-проектов, которая уже переросла в международное мероприятие и в которой при-

² HIV/AIDS TRaC Study of Risk, Health-seeking Behaviors, and Their Determinants, Among Men Who Have Sex with Men in Nine Regions of the Russian Federation. First Round. LaSky/PSI, 2007.

³ Дозорный надзор за ВИЧ-инфекцией в группах лиц с рискованным поведением. Результаты дозорного исследования среди мужчин, практикующих секс с мужчинами в Нижнем Новгороде. Hlsp, DFID, 2006.

⁴ UNGASS 2006, Country Report of the RF, p. 10.

⁵ Понимание профилей рисков: результаты Интернет-опроса на тему «Здоровое сексуальное поведение» среди МСМ в Российской Федерации. Серия «Социальные маркетинговые исследования», PSI, 2006.

⁶ HIV/AIDS TRaC Study of Risk, Health-seeking Behaviors, and Their Determinants, Among Men Who Have Sex with Men in Nine Regions of the Russian Federation. First Round. LaSky/PSI, 2007.

⁷ Там же.

нимают участие представители гей-сообщества из стран СНГ и дальнего зарубежья. К программам обучения в качестве тренеров мы привлекаем международных и локальных экспертов и специалистов в области профилактики ВИЧ и социальной работы.

Аутрич-работа. В каждом из регионов нами обучены команды аутрич-работников, которые работают в «поле» — в местах, которые популярны в сообществе МСМ: на пляжах и в ночных клубах, в частных компаниях. Более 13 000 молодых МСМ в условиях улицы уже получили информацию о безопасном сексуальном поведении, информационные материалы, презервативы и смазки.

Интернет-проект (www.lasky.ru). Мы разработали комплексный, регулярно обновляемый русскоязычный информационный ресурс в Интернете по вопросам ВИЧ/СПИДа, ИППП и мужского здоровья для МСМ, который открывает доступ к новейшим материалам и ссылкам, представленным в четко структурированном и доступном виде.

Информационный проект www.lasky.ru является визитной карточкой проекта «LaSky» в Интернет-пространстве. Особенностью нашего сайта по сравнению с другими сайтами, ориентированными на МСМ, на которых есть разделы по здравоохранению, является то, что мы особое внимание уделяем жизни в регионах, в небольших городах, где слабо развита либо полностью отсутствует гей-инфраструктура. Интернет позволяет распространять целенаправленные профилактические сообщения очень большому числу людей. В среднем сайт посещает более 500 уникальных пользователей в день. При сравнительно невысоких затратах мы устанавливаем контакт с людьми, которые до сих пор оставались вне поля зрения профилактических программ. К такой категории, например, можно отнести глухих и слабослышащих МСМ.

Работа с глухими и слабослышащими геями и МСМ. Особенности поведения этой группы обусловлены социально-психологическими характеристиками неслышащих людей и спецификой восприятия ими информации. Работа с этой группой требует особого внимания и специальных подходов в профилактике и образовании.

Глухие МСМ по причине двойной стигматизации (глухота и сексуальная ориентация) являются наиболее уязвимыми перед ВИЧ и ИППП. Большое количество глухих МСМ не умеют читать, писать и не понимают письменную или словесную речь, имеют низкий уровень образования и зачастую представляют социально неблагополучную группу населения. Вместе с тем, среди данной группы населения очень остро стоят вопросы поиска сексуальных партнеров. Низкий социальный и экономический статус неслышащих МСМ, живущих на мизерное пособие, приводит многих из них в секс-бизнес с

Стань аутрич-работником проекта LaSky

делать добрые дела проще чем ты думаешь

www.lasky.ru

вовлечением в наиболее опасные сексуальные практики. Уровень знаний о ВИЧ и ИППП среди глухих МСМ очень низок.

В рамках проекта равными консультантами, владеющими языком жестов, предоставляются услуги социального сопровождения, индивидуальное и дистантное консультирование (E-mail, ICQ, SMS, на форуме сайта www.deafgay.ru), тренинги по вопросам ВИЧ и ИППП, безопасного сексуального поведения, тренинги личностного роста. Многие из слабослышающих участников проекта до начала его реализации не имели представления о презервативах и смазках.

Информационные кампании в специализированных СМИ. Журналы и Интернет-сайты для геев — в числе главных информационных полей нашей деятельности.

С начала 2005 года мы проводим в издании «КВИР» рекламную кампанию «Гей-лидеры общественного мнения о ВИЧ». Суть акции проста: знаменитости обращаются со страниц журнала к геям и бисексуалам и объясняют им, почему нужно всегда пользоваться презервативами и смазками и как сделать отношения с партнером максимально безопасными. Больше 800 000 экземпляров журнала «КВИР» с организованными в рамках этой кампании публикациями уже попали в руки тех, кому это воззвание адресовано.

Игровые формы работы. Мы делаем все для того, чтобы наши мероприятия и информационные материалы не выглядели как «чтение нотаций» и используем любую возможность мотивировать представителей нашей целевой группы к более безопасному сексуальному поведению в игровой форме. Среди отработанных нами методов — *ролевые игры, клубные акции, кинопоказы, мини-тренинги, дискуссионные группы* по различ-

ным аспектам профилактики ВИЧ и ИППП, а также мобилизации сообщества и его развитию.

За время реализации проекта сформирована сеть региональных некоммерческих организаций и инициативных групп, основанных на ресурсах гей-сообщества и работающих в области профилактики и лечения ВИЧ/СПИД и ИППП среди МСМ. Работа проекта известна не только в территориях его непосредственной работы, но и в других регионах России, странах СНГ, странах Западной Европы и Азии.

В июне 2007 года проект «LaSky» выступил в роли соорганизатора международного семинара по вопросам здоровья МСМ в Париже, который проводился при поддержке Европейской комиссии, Европейского действия по СПИДу и Французской организации AIDES. Региональные представители проекта «LaSky» представили свою деятельность участникам семинара более чем из 30 стран, вызвав большой интерес и положительный резонанс.

Очень важно отметить, что за период реализации проекта, благодаря усилиям неправительственных организаций, инициативных групп, отдельных членов сообщества, региональных структур здравоохранения и поддержке Глобального фонда, фонда Форда и фонда «Российское здравоохранение» МСМ в России начали получать доступ к качественным услугам профилактики и лечения ВИЧ, поддержке «равных», доступ к актуальной профилактической информации. Проекту многое еще предстоит сделать, и — самое главное — внедрить накопленный опыт работы с геями и МСМ в национальную стратегию по борьбе с ВИЧ в России. Эпидемии ВИЧ/СПИДа можно противостоять, но к этому должно быть готово правительство страны и наше общество в целом.

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

30.06.2008. Челябинск. POZ.ru. Всероссийское объединение людей, живущих с ВИЧ, начинает развитие групп взаимопомощи, равного консультирования и приверженности к лечению в городах Челябинской области. 15 июля в городе Еманжелинске прошла первая группа взаимопомощи для людей, живущих с ВИЧ. Дополнительную информацию относительно проведения группы взаимопомощи можно узнать по телефонам: 8-950-742-66-32 или 8-919-115-11-12. Проведение группы взаимопомощи стало возможным благодаря поддержке руководителей региона. Координаты представителя ВО ЛЖВ в Челябинской области: Антон Рязанцев, тел.: 8-919-115-11-12, E-mail: anton@aidс74.com

30.06.2008. Орел. www.orelaidс.ru. 11 июня 2008 г. UNAIDS и UNDP объявили победителей премии «Красная лента». Более 550 заявок из 147 стран было представлено на конкурс. Орловская региональная общественная организация по борьбе со СПИДом «Феникс ПЛЮС» вошла в число 25 организаций, удостоенных этой премии. Надо отметить, что эта премия впервые присуждается российской неком-

мерческой организации, работающей в области ВИЧ/СПИДа. Награда будет присуждена сотрудникам организации на XVII Международной конференции по СПИДу, которая будет проходить в Мехико с 3 по 8 августа 2008 года. Премия «Красная лента» вручается раз в два года на Международной конференции по СПИДу в знак признания выдающихся общественных инициатив, являющих собой пример лидерства в сдерживании распространения и уменьшения воздействия СПИДа. ОРОО «Феникс ПЛЮС» получит уникальную возможность рассказать о своей работе на конференции, познакомиться с международным опытом. Орловская региональная общественная организация по борьбе со СПИДом «Феникс ПЛЮС» была создана людьми, живущими с ВИЧ в 2006 году. Она занимается реализацией программ по развитию немедицинского сервиса для ВИЧ-положительных и их родственников. Ее непосредственной поддержкой пользуются 834 человека Орловской области. Ведется активная работа по поддержке ВИЧ-положительных активистов из Центрального федерального округа РФ.

Чтобы избежать проблем со здоровьем*

ОПОРТУНИСТИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ И ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ, СВЯЗАННЫЕ С ВИЧ/СПИДОМ

Что такое оппортунистические инфекции? Вирус иммунодефицита человека постепенно ослабляет иммунную систему, в результате чего микробы, которые обычно не представляют опасности для здоровых людей, вызывают у ВИЧ-инфицированных людей целый ряд самых разных инфекционных заболеваний. Такие инфекции называются *оппортунистическими* (от латинского *opportunus*, что означает «выгодный», «удобный»). Кроме того, иногда их называют вторичными инфекциями, поскольку они развиваются после заражения ВИЧ-инфекцией, которая считается первичной (или главной) инфекцией.

Вы не обязательно всем этим переболеете. Сообщения о первых случаях заболевания СПИДОМ появились в начале 1980-х годов. В то время считалось, что это заболевание очень быстро приводит к смерти. К тому же, в то время никто не знал, как лечить это заболевание. Сейчас общеизвестным является тот факт, что ВИЧ-инфицированные люди могут очень долго жить нормальной жизнью, практически ничем не болея, а если они все же заболевают, то существует множество новых методов профилактики и лечения. Несмотря на то, что пока никто не нашел способа полностью вылечить ВИЧ-инфекцию, медицинская наука уже много сделала в этом направлении.

Последствия ослабления иммунной системы сказываются у каждого человека по-разному. У одного могут проявиться одни симптомы, у другого — совершенно иные. И вы вовсе не обязательно переболеете всеми приведенными здесь болезнями. Более того, может случиться так, что вы не переболеете ни одной из них, своевременно предпринимая адекватные профилактические меры.

Возбудители инфекционных заболеваний. Многие из микроорганизмов, которые являются возбудителями оппортунистических инфекций, очень широко распространены. Приблизительно половина взрослого населения экономически развитых стран заражена цитомегаловиру-

сом. Если этим вирусом заражается человек с нормально функционирующей иммунной системой, заболевание может вообще никак не проявиться. В крайнем случае, возможно кратковременное появление симптомов, аналогичных симптомам гриппа. Но если цитомегаловирус попадает в организм человека с ослабленной иммунной системой, например, человека, которому была сделана пересадка органов, или человека, живущего с ВИЧ/СПИДОМ, то могут возникнуть серьезные проблемы. Некоторые микроорганизмы опасны даже для людей с сильной иммунной системой. Например, любому человеку не поздоровится, если он примет в пищу продукты, содержащие бактерии, которые вызывают пищевые отравления. И все же у ВИЧ-инфицированных людей вероятность заболевания гораздо выше и протекать оно может значительно тяжелее.

Существует четыре различных типа болезнетворных микроорганизмов, способных вызывать оппортунистические инфекции: *бактерии, грибки, простейшие и вирусы.*

К *бактериальным* инфекциям, которым особенно подвержены ВИЧ-инфицированные люди, относятся туберкулез, бактериальная пневмония и др. *Простейшие* являются возбудителями таких заболеваний как токсоплазмоз, микроспоридиоз, криптоспоридиоз и изоспороз. *Грибки* могут вызывать пневмоцистную пневмонию, кандидоз, криптококкоз (который в свою очередь может привести к возникновению менингита или пневмонии) и гистоплазмоз. К *вирусам*, особенно опасным для ВИЧ-инфицированных людей, относятся возбудители цитомегаловирусной инфекции, опоясывающего лишая и простого герпеса.

У ВИЧ-инфицированных людей могут также развиваться другие заболевания, причем отнюдь не все из них могут быть вызваны микроорганизмами. К ним относятся рак шейки матки, саркома Капоши, лимфома (рак лимфатической системы), волосистая лейкоплакия языка, мышечная атрофия и др.

Бактериальные инфекции. Туберкулез. Возбудителем туберкулеза является микобактерия туберкулеза. Болезнь передается воздушно-капельным путем (через кашель, чихание или дыхание), однако заражение происходит лишь в результате длительного или близкого контакта с человеком, страдающим активной формой ту-

* Из книги «Жизнь после диагноза» (под ред. М.И. Римжи), Минск, 2006.

беркулеза. Туберкулезом может заразиться любой человек. Он также широко распространен среди ВИЧ-инфицированных людей по всему миру. Как правило, чаще всего туберкулез поражает людей, живущих или работающих в антисанитарных условиях (например, в переполненных помещениях, не оборудованных вентиляцией) и не имеющих доступа к качественному медицинскому обслуживанию.

У многих людей туберкулезная инфекция находится в организме в «дремлющем» состоянии на протяжении длительного времени, не вызывая каких-либо заметных симптомов. В случае ослабления иммунной системы, микобактерии могут активизироваться и вновь начать размножаться. В таком случае туберкулез переходит в активную форму, после чего начинают проявляться симптомы заболевания, и человек становится носителем, способным заразить других.

Больные активной формой туберкулеза страдают кашлем, сопровождающимся выделением мокроты, иногда с примесью крови, болями в груди, затрудненным дыханием. Кроме того, туберкулез может вызвать потерю аппетита и веса, общую усталость, обильное ночное потоотделение и высокую температуру. В зависимости от локализации процесса, возможны и другие симптомы.

Диагноз при туберкулезе устанавливается с помощью так называемой туберкулиновой пробы (более известна как реакция Манту), а также с помощью рентгеноскопии органов и тканей. Кроме того, в этих целях делаются анализы мокроты, крови, мочи и других биологических жидкостей.

ВИЧ-инфицированным людям необходимо принимать особые меры предосторожности, общаясь с больными активной формой туберкулеза (например, носить марлевые маски), чтобы избежать заражения.

Лечение туберкулеза длительное и требует тщательного соблюдения режима. Очень важно довести курс лечения до конца, даже если исчезнут симптомы туберкулеза, иначе может возникнуть новая — устойчивая к лекарствам — форма заболевания, которая не будет поддаваться лечению традиционно используемыми препаратами.

При определенных условиях (низкий уровень CD4-клеток, контакт с больным открытой формой туберкулеза) врач может назначить профилактический курс лечения противотуберкулезными средствами.

Другие бактериальные заболевания. Существует много других безвредных бактерий. Среди вызываемых ими болезней наиболее часто встречающимися являются: пневмонии, воспаление тазовых органов, гонорея, хламидиоз, микобактериозы и др. Как правило, врачи успешно лечат их антибиотиками, выбор которых определяется с учетом чувствительности бактерий к антибиотикам и по другим показаниям.

Грибковые инфекции. Кандидоз. Наиболее распространенная грибковая инфекция среди ВИЧ-инфицированных людей. Ее возбудителем являются, дрожжеподобные грибки, обитающие в кишечнике большинства людей, но обычно их развитие сдерживается другими бактериями, входящими в состав нормальной микрофлоры. Проявления кандидоза различны и зависят от места его локализации. Кандидоз ротовой полости проявляется в виде белых пятен на деснах и по бокам языка, может вызывать жжение, опухание и покраснение, а также характерное изменение вкусовых ощущений. Кроме того, кандидоз может поражать пищевод, вызывая боль в горле и затрудненное глотание. У женщин возможен вагинальный кандидоз, который проявляется зудом и жжением во влагалище и густыми влагалищными выделениями белого или желтого цвета.

Несильный кандидоз ротовой полости можно вылечить, прополаскивая рот несколько раз в день слабым раствором перекиси водорода или яблочным уксусом, добавленным в теплую воду. Избыточное употребление сахара обостряет кандидоз. В тяжелых случаях для лечения используются противогрибковые препараты (Дифлюкан, Нистатин и др.), которые назначаются только врачом.

Пневмоцистная пневмония. Пневмоцистная пневмония вызывается грибковым микроорганизмом *Pneumocystis carina*. Основными симптомами являются сухой кашель, высокая температура, одышка, слабость и усиленное потоотделение. Для успешного лечения пневмоцистной пневмонии очень важным является раннее обращение к врачу.

Из всех инфекционных заболеваний, связанных со СПИДом, пневмоцистная пневмония легче всего поддается профилактике. Для этого врачи назначают препараты триметоприма (Бисептол и др.).

Криптококкоз. Это наиболее тяжелая и опасная для жизни инфекция, поражающая больных в стадии СПИДа. Грибок, вызывающий заболевание, распространен повсеместно. Чаще всего он встречается в почве, загрязненной птичьим пометом. Заражение происходит через дыхательные пути. Самая частая клиническая форма криптококкоза — менингит (воспаление оболочек головного и спинного мозга). Его симптомами являются высокая температура, головная боль, слабость, скованность в шейном отделе позвоночника, потеря остроты зрения и ориентации в пространстве, тошнота. При поражении грибом легких отмечается жар, кашель с небольшим количеством мокроты. Если вы однажды заразились криптококкозом, вам придется принимать поддерживающее лечение на протяжении всей жизни, чтобы не допустить повторного появления симптомов.

Гистоплазмоз. Довольно редкое заболевание, проявляющееся пневмонией, высокой темпера-

турой, поражением кожи, анемией, увеличением печени, лимфоузлов и селезенки.

Протозойные (вызванные простейшими) инфекции. Токсоплазмоз. Возбудителем токсоплазмоза является простейший микроорганизм — токсоплазма. Заболеть токсоплазмозом можно в результате употребления в пищу зараженного сырого или полуготового мяса (особенно свинины или баранины). Токсоплазма выявляется в кошачьем помете (примерно в 1% случаев). Заражение обычно происходит через рот и пищеварительную систему. У людей со здоровой иммунной системой развитие токсоплазмоза сдерживается и не проявляется никакими симптомами, в то время как последствия для ВИЧ-инфицированных людей могут быть весьма серьезными. Токсоплазма обычно поражает нервную систему, вызывая энцефалит — воспаление головного мозга, который сопровождается головной болью и повышением температуры. По мере развития заболевания появляются такие симптомы как резкие смены настроения, потеря ориентации в пространстве и времени, спутанность сознания.

В целях профилактики необходимо тщательно готовить употребляемое в пищу мясо при температуре не менее 70 градусов. Если у вас есть кошка, надевайте латексные перчатки, прежде чем убирать экскрименты и чистить место, где она спит.

Вирусные инфекции. Цитомегаловирусная инфекция. Цитомегаловирус может поражать различные органы и системы человеческого организма, включая глаза, пищеварительную систему, легкие и мозг. Симптомы зависят от места локализации вируса. Чаще всего поражается сетчатка глаза. Вначале поражается один глаз, однако в дальнейшем в этот процесс может вовлекаться и второй. Это приводит к потере остроты зрения, появлению в поле зрения «летающих мушек» и «слепых пятен». Со временем может произойти полная потеря зрения.

При поражении кишечника отмечаются высокая температура, водянистый понос, потеря веса и аппетита. При локализации в легких симптомы напоминают пневмоцистную пневмонию.

Внимательно следите за своим зрением. Чем раньше будет выявлена цитомегаловирусная инфекция, тем эффективнее будет лечение. Если не принять соответствующих мер, это заболевание может привести к потере зрения уже через 2 недели.

Простой герпес. Существует 2 типа вируса простого герпеса. Вирус 1-го типа чаще вызывает зудящие волдыри и язвочки на губах, вирус 2-го типа — на гениталиях. Однако обе разновидности вируса могут поражать как полость рта, так и гениталии.

Вирусом герпеса заражены многие люди. Он может передаваться половым путем, а также от матери ребенку во время родов, что может быть

очень опасно для новорожденного. После первоначального заражения вирус вызывает характерные волдыри, которые со временем появляются все реже. Вирус может длительное время находиться в организме, никак себя не проявляя. При снижении защитных сил инфекция может приобрести генерализованный (распространенный) характер с угрожающими жизни симптомами.

Так же, как и цитомегаловирус, вирус герпеса передается и парентеральным путем (через кровь).

Опоясывающий лишай. Возбудитель опоясывающего лишая относится к герпес-вирусам. Одновременно он является возбудителем ветряной оспы. Вирус присутствует в организме многих людей, однако после первоначального заболевания иммунная система подавляет его активность. У ВИЧ-инфицированных людей заболевание может вспыхнуть с новой силой. Вирус опоясывающего лишая поражает нервные клетки и вызывает на коже появление очень болезненных волдырей, которые затвердевают и превращаются в рубцы. Рубцы обычно появляются на груди, животе, спине, как правило, с одной стороны, но могут образовываться на руках, ногах и лице. При отсутствии лечения заболевание может длиться неделями и месяцами.

ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, подвержены большому риску заражения инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП). Причем эти заболевания часто протекают у них в более тяжелой форме и труднее поддаются лечению. Наиболее часто регистрируемыми ИППП являются сифилис, гонорея, трихомониаз, хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, генитальный кандидоз, герпес. Чтобы снизить риск заражения ИППП, следует соблюдать основные правила безопасного секса.

Безопасный секс очень важен для сохранения и поддержания здоровья. Различные средства предохранения защитят вас от большинства заболеваний, передающихся половым путем.

Кроме того, существуют различные штаммы (разновидности) ВИЧ и, по мнению многих ученых, некоторые из них могут нанести вашему организму значительный вред. Например, если заразиться «чужим» ВИЧ, обладающим резистентностью (устойчивостью) к тому или иному виду медикаментозного лечения, оно перестанет действовать и на вас. Придется искать новый метод лечения, а это всегда связано с дополнительными трудностями. Практикуя безопасный секс, вы сможете оградить себя от тех штаммов ВИЧ, которыми вы еще не заражены, а это, в свою очередь, поможет вам дольше сохранить свое здоровье.

Главное правило безопасного секса заключается в том, чтобы биологические жидкости, включая кровь (в том числе менструальную), сперму, предэякуляторную жидкость (жидкость, которая выделяется из полового члена перед семяизвержением) или вагинальную жидкость (смазку), не попадали в организм вашего партнера, и наоборот.

При объятиях, ласках, массаже, мастурбации, имитации полового акта без введения полового члена вирус не передается.

Использование презервативов

- При половых актах с проникновением, обязательно используйте латексный презерватив.

- Используйте смазку только на водной основе. Смазки на масляной основе (вазелин, минеральное масло, массажные и кулинарные масла, гигиенические кремы) быстро ослабляют латексный презерватив, в результате чего он может порваться.

- Следите за тем, чтобы не надеть презерватив наизнанку: спермоприемник (маленький мешочек на конце презерватива) должен выступать наружу. Выдавите воздух из спермоприемника и разверните презерватив вдоль полового члена к его основанию.

- Если намерены заняться анальным сексом, обильно смажьте презерватив смазкой на водной основе. Чтобы обезопасить себя еще больше, используйте специальные «усиленные» презервативы из более прочного латекса.

- После завершения полового акта снимите презерватив с полового члена до потери эрекции. Выводя член, придерживайте презерватив пальцами у основания пениса, чтобы не допустить случайного вытекания спермы, и затем выбросьте использованный презерватив. Никогда не используйте презерватив повторно.

- Ни в коем случае не пользуйтесь презервативами с истекшим сроком годности. На всех упаковках презервативов должен быть указан срок, до которого их можно применять.

- Храните презервативы в местах, защищенных от прямого солнечного света, а также от воздействия высоких и низких температур.

В популярной литературе по профилактике ВИЧ/СПИДа часто упоминаются презервативы или смазки, содержащие *спермицид* (вещество, разрушающее сперматозоиды, которое используется в целях предотвращения нежелательной беременности) под названием *ноноксинол-9*. Согласно данным некоторых лабораторных исследований, *ноноксинол-9* предоставляет определенную защиту от заболеваний, передающихся половым путем. Однако вряд ли можно уверенно утверждать, что он уменьшает риск заражения ВИЧ. Более того, *ноноксинол-9* может вызвать раздражение слизистой оболочки, что повышает риск заражения. Поэтому ВИЧ-инфицированным людям рекомендуется воздерживаться от его использования.

Недавно было разработано новое профилактическое средство для женщин – полиуретановый женский презерватив («фемидом»). Он представляет собой чехол, стенки которого плотно прилегают изнутри к стенкам влагалища. С обоих концов он снабжен гибкими пластиковыми кольцами. Закрытый конец презерватива вводится во влагалище, где он закрывает вход в шейку матки, в то время как открытый конец немного выступает из входа во влагалище, закрывая собой половые губы. Женщина может ввести такой презерватив себе во влагалище непосредственно перед половым актом или за несколько часов до него. Женский презерватив является таким же надежным методом защиты от ИППП и предотвращения нежелательной беременности, как и мужской презерватив.

В некоторых популярных публикациях рекомендуется спринцевать влагалище или задний проход слабым раствором уксуса после того, как вы занимались сексом без презерватива, или в случаях, когда презерватив порвался во время полового акта. На самом деле любое спринцевание лишь способствует распространению вируса. К тому же это может вызвать раздражение слизистой оболочки.

Оральный секс. В последнее время ученые много спорят о том, насколько опасен оральный секс с точки зрения распространения ВИЧ. Считается, что оральный секс сопряжен с высоким риском заражения. Поэтому во время орального секса необходимо надевать на половой член презерватив или прикрывать половые губы латексной салфеткой, которая продается в специализированных магазинах. Можно также использовать аккуратно разрезанный презерватив (в этих целях рекомендуется использовать презервативы без фабричной смазки). Если не используете какое-либо из перечисленных выше профилактических средств, воздержитесь от чистки зубов перед оральным сексом, так как это может вызвать появление в полости рта микроскопических порезов и ранок.

СИСТЕМНЫЕ СИМПТОМЫ

Есть немало так называемых «системных» симптомов, которые характерны для многих заболеваний, связанных с ВИЧ/СПИДом. Причиной возникновения одного и того же симптома может быть множество самых разных заболеваний, а в некоторых случаях они возникают непосредственно под воздействием ВИЧ. Если появляется понос, болит голова, поднимается температура или начинается резкая потеря веса, надо немедленно показаться своему лечащему врачу.

Ниже кратко описываются некоторые самые широко распространенные симптомы, такие как высокая температура, усталость, боль и потеря веса. Учитывая, что резкая потеря веса и понос особенно опасны для ВИЧ-инфициро-

ванных людей, информация об этих симптомах дана в более подробном изложении.

Высокая температура. Высокая температура является одним из самых широко распространенных симптомов, которые часто встречаются у людей, живущих с ВИЧ/СПИДом. Это один из признаков борьбы организма с инфекцией. Почти все инфекционные заболевания сопровождаются высокой температурой. Она может также быть результатом ВИЧ-инфекции и побочным эффектом приема некоторых лекарств. Если у вас поднялась температура, не надо сразу предполагать худшее — это может быть простуда. Если температура не очень высокая, попробуйте использовать для ее снижения аспирин или парацетамол. Если температура поднимается очень высоко или если вам не удается сбить ее в течение более 48 часов, проконсультируйтесь со своим лечащим врачом.

Обильное ночное потоотделение. Этот симптом может проявляться на любом этапе развития ВИЧ-инфекции. Его возникновение может свидетельствовать о том, что развилась одна из оппортунистических инфекций. Если количество CD4-клеток в крови находится в пределах нормы, то обильное ночное потоотделение часто ассоциируется с лимфаденопатией. Если начали сильно потеть по ночам, сообщите об этом лечащему врачу, указав, как часто это состояние наступает и как долго оно продолжается. Это может помочь врачу поставить диагноз на ранней стадии развития заболевания и своевременно начать лечение.

НО! Если вы спите под теплым одеялом в жаркую погоду, вы можете сильно вспотеть, даже ничем не болея.

Усталость. Усталость может проявляться в общем упадке сил и в недостатке энергии, даже если вы не занимаетесь ничем утомительным. Так же, как и высокая температура, этот симптом может свидетельствовать о том, что ваш организм усиленно борется с инфекцией. Практически все оппортунистические инфекции и онкологические заболевания, связанные с ВИЧ/СПИДом, вызывают ощущение сильной усталости. То же самое происходит, если мало или плохо спите, а также если плохо питаетесь, в результате чего организм не получает в достаточном количестве необходимые ему питательные вещества, витамины и микроэлементы.

Усталость также является побочным эффектом приема многих лекарственных препаратов, которые используются для лечения ВИЧ-инфекции и оппортунистических инфекций. Наконец, много жизненной энергии уходит на нейтрализацию негативных эмоций, связанных с депрессией, стрессом, фрустрацией (чувством разочарования, возникающим в результате невозможности достижения желаемого).

Следует как можно быстрее установить и ликвидировать причины, приводящие к возникновению чувства усталости. Врач может помочь выявить причины усталости на основании данных анамнеза, медицинского осмотра и некоторых анализов (например, содержание в крови гемоглобина или гормонов). Хорошим средством от усталости являются умеренные занятия физической культурой, однако необходимо следить за тем, чтобы не переусердствовать, иначе результат будет прямо противоположным. Если почувствовали усталость в середине дня, можете немного поспать — сон даст организму прекрасную возможность отдохнуть и поможет снять стресс.

Боль. Боль всегда является индикатором проблем со здоровьем. Где и как болит, зависит от того, что именно является причиной боли. Многие заболевания ассоциируются с характерной болью. Заранее подумайте, как объяснить врачу, какую боль испытываете — это поможет ему поставить правильный диагноз. Как и в случае любого другого симптома, лучший способ избавиться от боли — устранить причину ее возникновения. В этом поможет врач. Если это в силу каких-либо причин невозможно, существует множество болеутоляющих лекарственных препаратов, включая те, которые вы можете свободно купить в аптеке (Аспирин, Анальгин или Ибупрофен) и другие, применять которые можно только по назначению врача.

Диарея (понос). Диарея — это учащенное опорожнение кишечника, при котором фекальные массы обычно имеют жидкую консистенцию. Для большинства людей диарея — это просто временное неудобство, поскольку через день-два она обычно проходит сама по себе. Для ВИЧ-инфицированных людей диарея может превратиться в очень серьезную проблему, так как иногда она продолжается неделями, приводит к обезвоживанию организма, превращает жизнь в сплошное мучение. Кроме того, во многих случаях, особенно если им приходится полагаться на помощь окружающих, ВИЧ-инфицированные люди чувствуют себя крайне неловко. Если диарея не прекращается в течение нескольких дней, срочно покажитесь врачу.

Причины диареи. Диарея является неизменным спутником многих инфекционных и онкологических заболеваний, от которых страдают ВИЧ-инфицированные люди. Это может быть криптоспоридиоз, цитомегаловирусная инфекция, сальмонеллез, изоспориоз и другие. Причиной диареи являются глистные инвазии, прием некоторых лекарственных препаратов, например антибиотиков или лекарств, используемых для лечения онкологических заболеваний (саркома Капоши или лимфома), а также при приеме высоких доз витаминов и минералов.

Профилактика. Самое главное в профилактике диареи — соблюдать все меры предосторожности.

рожности при приготовлении и употреблении пищи. Не употребляйте напитки и продукты питания с истекшим сроком годности.

Лечение. Методы лечения инфекционных заболеваний, вызывающих диарею, хорошо известны врачам и вы можете обратиться к своему врачу за консультацией.

Если диарея является побочным эффектом приема того или иного лекарства, врач назначит вам другой лекарственный препарат.

Что можете сделать вы сами. Вы можете самостоятельно принять меры, направленные на то, чтобы избавиться от диареи или, по крайней мере, сократить наносимый ею вред. Пейте много жидкости, например, минеральной воды, чая, нежирного куриного бульона и т.п. Выполняйте рекомендации, изложенные выше в разделе «Организация правильного питания». Не употребляйте в пищу продуктов, которые могут усилить диарею. Избегайте продуктов, богатых витамином С (свежевыжатые соки и фрукты), поскольку это может вызвать раздражение слизистой оболочки желудка и усугубить проблемы с диареей. Следует также воздерживаться от алкоголя и кофе. Иногда при диарее помогают бананы, яблочное пюре. Если вы не в состоянии принимать достаточно пищи и жидкости, чтобы восстановить водно-солевой баланс, возможно, врач назначит внутривенное введение жидкости и электролитов. Существуют лекарственные препараты, которые снижают активность кишечника, но не устраняя при этом причин, вызвавших диарею. К ним относится, например, лоперамид (Имодиум), однако не следует принимать его без назначения врача, так как это может быть в ряде случаев опасно.

Потеря веса. Нежелательная потеря веса — это проблема, с которой ВИЧ-инфицированным людям приходится сталкиваться очень часто. Как правило, это происходит, когда организм не получает достаточно пищи или когда его потребность в питательных веществах слишком высока. То, как быстро и хорошо организм усваивает поступающую пищу, описывается термином *метаболизм*, или обмен веществ. Если обмен веществ осуществляется очень активно, пища «сгорает» слишком быстро. Для всех ВИЧ-инфицированных людей характерен очень активный метаболизм. Занятия физической культурой также ускоряют обмен веществ.

Если организм не полностью использует всю энергию, полученную в результате переваривания пищи, он накапливает излишки жира в жировой или мышечной ткани.

ВИЧ-инфицированным людям нужно очень хорошо питаться, поэтому рекомендуется принимать пищевые добавки или пить питательные коктейли (в состав таких коктейлей может входить обычное, соевое или рисовое молоко, бананы и/или яблоки, а также фруктовые нектары).

Ученые утверждают, что одна из самых серьезных проблем, связанных с питанием ВИЧ-инфицированных людей, заключается в том, что их пищеварительная система с трудом расщепляет белки: им нужно употреблять в пищу в два раза больше белков, чем ВИЧ-негативным людям. Кроме того, очень важно есть как можно больше продуктов, в которых содержится много легко усваиваемых жиров — рыбы, молочных продуктов, кокосовых орехов и масла. Что касается углеводов, то нормальное потребление продуктов питания (особенно богатых крахмалом) полностью удовлетворяет потребности организма в этих питательных веществах.

У любого человека вес колеблется: если много едите и мало занимаетесь физической культурой — вес растет, и наоборот. При этом если теряете более 10 % от своего «нормального» веса в течение одного—двух месяцев это считается значительной потерей веса, требующей консультации у специалистов.

Причины потери веса. *Диарея (понос)* является одной из главных причин потери веса. Иногда пища проходит через кишечник настолько быстро, что организм просто не успевает ее усваивать.

Пониженный аппетит. Может наблюдаться при депрессии, расстройствах пищеварения или во время любого другого недомогания. Старайтесь есть понемногу четыре—пять раз в день. Следите за тем, чтобы в доме всегда был запас любимой еды на тот случай, если «проснется» аппетит. Перед едой проделывайте несколько легких физических упражнений. Избегайте стрессовых ситуаций, особенно в то время, когда принимаете пищу. По возможности принимайте пищу в комфортной атмосфере. Старайтесь есть медленнее, тщательно пережевывая пищу. Не заставляйте себя есть через силу. Отдыхайте после еды.

Тошнота или рвота — симптомы многих заболеваний, широко распространенных среди ВИЧ-инфицированных людей. В первую очередь это касается кишечных инфекций. Кроме того, тошнота и рвота могут являться побочными эффектами приема некоторых антиретровирусных лекарственных препаратов, лучевой терапии и химиотерапии. Если чувство тошноты появляется с утра, ограничьте свой завтрак тостами, гренками или сухим печеньем. Если одолевает рвота, пейте много жидкости (бульонов или разбавленных фруктовых соков).

Язвы и раны в полости рта могут возникать под воздействием инфекции, при саркоме Капоши и других заболеваниях, а также если у вас больные зубы. В первую очередь постарайтесь вылечить соответствующее заболевание и залечить зубы. Несколько раз в день полощите рот теплой соленой водой или слабым раствором пищевой соды. Старайтесь не есть острого или кислого. Используйте в процессе приготовления пищи поменьше уксуса и лимонного сока.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРАВИЛЬНОГО ПИТАНИЯ

Правильное питание — залог хорошего здоровья. Употребление в пищу качественных продуктов питания повышает способность иммунной системы бороться с болезнями и дает энергию, необходимую для жизни. Недоедание и недостаточная усвояемость пищи создают серьезные проблемы для ВИЧ-инфицированных людей.

Организм при ВИЧ-инфекции использует витамины и минералы быстрее, чем обычно. Недостаток в пище определенных питательных веществ приводит к ослаблению иммунной системы и, в том числе, к снижению активности костного мозга по выработке Т-клеток, а значит к сокращению их количества в крови. Именно поэтому крайне важно внимательно следить за тем, что и как едите.

Лучше принимать пищу в одно и то же время. При этом рекомендуется есть чаще и меньше. Впрочем, главное, чтобы ваш режим питания устраивал вас.

Витамины. Очень важно содержание достаточного количества основных питательных веществ (белков, жиров и углеводов), причем в правильном соотношении. Эти вещества составляют большую часть объема пищи. К продуктам питания, богатым *белками*, относятся мясо, рыба, яйца, молоко, крупы и некоторые овощи. Организм ВИЧ-инфицированного человека требует очень много белка. *Углеводы* в большом количестве содержатся в продуктах питания, богатых крахмалом. Лучшие из этих продуктов питания (хлебобулочные изделия и крупы) также содержат много растительных волокон, полезных для пищеварения. Очень много углеводов и в сахаре, однако, чрезмерное употребление сахара может привести к ускоренному развитию кандидоза ротовой полости. Из *жиров* предпочтение следует отдавать легкоусвояемым, содержащимся в сливочном масле, сыре, орехах и т.д.

Обычно людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, рекомендуется принимать много витаминов. По поводу оптимальных дозировок витаминов необходимо проконсультироваться у врача.

Витамин А. Как правило, в организм в основном поступает в виде бета-каротина, который затем превращается в витамин А. Витамин А нужен для повышения остроты зрения, нормального развития клеток и улучшения состояния кожи и слизистых оболочек. Дозы витамина А свыше 100 000 международных единиц могут быть опасны для здоровья. Лучше, когда большая часть необходимой дозы поступает в организм в виде бета-каротина, который лучше усваивается, если его принимать вместе с жирной пищей. Бета-каротин содержится в моркови, землянике, помидорах, брокколи, сладком перце, горохе, бобах, шпинате и тыкве.

Витамины группы В следует принимать в комплексе. Они играют важную роль в нормальном функционировании нервной системы. Много витамина В содержится в семенах, орехах, цельном зерне, пророщенной пшенице, печени и почках. К этой группе витаминов относятся следующие:

- витамин В1 (тиамин);
- витамин В5 (пантотеновая кислота);
- витамин В2 (рибофлавин);
- витамин В6 (пиридоксин);
- витамин В3 (ниацин);
- витамин В12 (цианокобаламин).

Фолиевая кислота нужна для производства энергии и формирования эритроцитов. Недостаток фолиевой кислоты связан с повышенным риском различных раковых заболеваний и возникновения язв.

Витамин С, известный также как аскорбиновая кислота, является мощным антиоксидантом, защищающим организм от негативного воздействия так называемых «свободных радикалов», которые способны нанести серьезный ущерб живым клеткам. Он также помогает организму бороться с вирусами, бактериями и грибами. К продуктам питания, богатым витамином С, относятся цитрусовые, вишня, киви, смородина, тыква и др.

Витамин Е также является антиоксидантом, который защищает клетки от действия свободных радикалов и играет важную роль в повышении активности иммунной системы. Витамин Е в больших количествах содержится в семенах, зерне и пророщенной пшенице.

Минералы. *Цинк* способствует заживлению ран. Без него организм не может производить клетки иммунной системы, в том числе и CD4-клетки. Большое количество цинка содержится в моллюсках и ракообразных (омарах, устрицах, креветках и т.п.), тунце, лососе и семенах тыквы.

Медь нужна для нормального дыхания и создания антиоксидантов. Кроме того, она обладает противовоспалительным действием. Вместе с железом медь обеспечивает нормальное функционирование гемоглобина. Много меди содержится в пророщенной пшенице и морепродуктах.

Магний необходим для повышения эффективности множества функций организма, включая производство энергии и создание костной ткани, а также для нормальной работы сердца, нервов и мышц. К числу продуктов, богатых магнием, относятся апельсины, персики, груши, яблоки, бананы, грейпфруты и родниковая вода.

Селен является антиоксидантом, который нужен для эффективной работы витамина Е. Многие ученые полагают, что этот микроэлемент является важнейшим фактором профилак-

тики раковых заболеваний и играет огромную роль в повышении активности иммунной системы. Много селена содержится в орехах, зерне, печени и почках.

Молибден участвует во многих ферментных реакциях. Он необходим для расщепления противовирусного препарата ddi (Видекс), и поэтому прием Видекса желателно осуществлять с одновременным приемом препаратов молибдена. К продуктам, богатым молибденом, относятся орехи, зерно, печень и почки.

Железо играет важнейшую роль в формировании эритроцитов и в связывании кислорода в процессе его транспортировки ко всем клеткам тела. Прием препаратов железа позволяет предотвратить или вылечить анемию, вызванную недостатком железа в организме. Много железа содержится в шпинате, яблоках, орехах и мясе.

Пищевые добавки. Следует отметить, что недостаток некоторых витаминов и минералов наблюдается уже на ранних этапах развития ВИЧ-инфекции, в некоторых случаях даже до того, как начнется снижение количества в крови CD4-клеток. Многие специалисты в области диетологии полагают, что ВИЧ-инфицированным людям необходимо включать в свой рацион дополнительные питательные вещества. Прием пищевых добавок должен осуществляться в дополнение к нормальному полноценному питанию, богатому высококачественными белками, жирами и углеводами. Рекомендуемые ежедневные нормы, которые разрабатывались с расчетом на здоровых людей, указывают минимальное количество того или иного питательного вещества, которое человек должен потребить в течение дня. Для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, эти нормы во многих случаях должны быть существенно повышены. Результаты нескольких научных исследований убедительно свидетельствуют о том, что существует прямая связь между недостатком питательных веществ и уровнем заболеваемости.

Специальные диеты. Рекомендуем осторожно относиться к диетам, создатели которых гарантируют полное исцеление от ВИЧ-инфекции. Если хотите попробовать какую-либо из диет, узнайте о ней все, что можете. Многие такие диеты действительно полезны. К сожалению, среди них встречаются и такие, которые могут нанести серьезный вред здоровью. Например, макробиотические диеты (диеты, способствующие увеличению продолжительности жизни) хороши для большинства людей, но в некоторых случаях увлечение ими может привести к существенному снижению содержания в организме цинка и витамина B12, которые особенно необходимы ВИЧ-инфицированным людям для поддержания здоровья.

Меры предосторожности при употреблении воды. Водопроводная и колодезная вода может содержать вредные бактерии и кишечных паразитов. Безвредные для большинства людей концентрации простейших, либо бактерий, у ВИЧ-инфицированных людей могут вызывать инфекцию, особенно если количество CD4-клеток находится на уровне ниже 100 на 1 мм³ крови. Водопроводную воду рекомендуется кипятить, по меньшей мере, в течение пяти минут, а затем охлаждать перед употреблением. Кроме того, воду можно дистиллировать (при этом вода испаряется, после чего полученный пар конденсируется обратно в воду) или пропускать через фильтры, например, так называемые обратноточеские фильтры. Угольные фильтры, к сожалению, не задерживают бактерии и кишечных паразитов. Микробы отсутствуют только в дистиллированной или озонированной воде, которая продается в бутылках в продуктовых магазинах.

Меры предосторожности при приготовлении и употреблении пищи. Когда иммунная система ослаблена, надо внимательно следить не только за тем, что едите, но и за тем, как эта пища готовится. Употребление в пищу некоторых сырых продуктов чревато заражением различными бактериальными и другими инфекциями. Старайтесь не есть слабо прожаренное или сырое мясо или рыбу. Мясо всегда должно быть хорошо прожарено или проварено. Потребление в пищу сырых яиц и непастеризованного молока может привести к заболеванию сальмонеллезом. Не употребляйте сырых яиц. Готовя яичницу, следите за тем, чтобы белок и желток хорошо прожаривались. Тепловая обработка убивает бактерии. Не пробуйте еду до ее окончательного приготовления.

Следует тщательно мыть сырые овощи и фрукты перед употреблением в пищу, вырезая из них любые места, которые имеют признаки гниения.

Прежде чем приступить к приготовлению пищи, тщательно вымойте руки с мылом. То же самое надо делать всякий раз после того, как вы прикасались к сырому мясу или рыбе. Старайтесь покупать не замороженное мясо или размораживать его как можно быстрее. Используйте разные разделочные доски для мяса и овощей/фруктов. Пластиковые разделочные доски отмываются легче, чем деревянные. Сразу после использования разделочную доску надо вымыть горячей водой с мылом. Постоянно поддерживайте в чистоте кухонные полки и столы, разделочные доски, холодильники, кухонные принадлежности и полотенца для вытирания посуды.

Соблюдение простых правил гигиены может предотвратить пищевое отравление.



8 800 200 5555

РАВНЫЙ-РАВНОМУ

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ-ПОЛОЖИТЕЛЬНОМУ

ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ

«ШАГИ»

www.hiv-aids.ru

С газетой «Шаги экспресс»



к здоровому образу жизни