

# ШАГИ

№ 3/2009

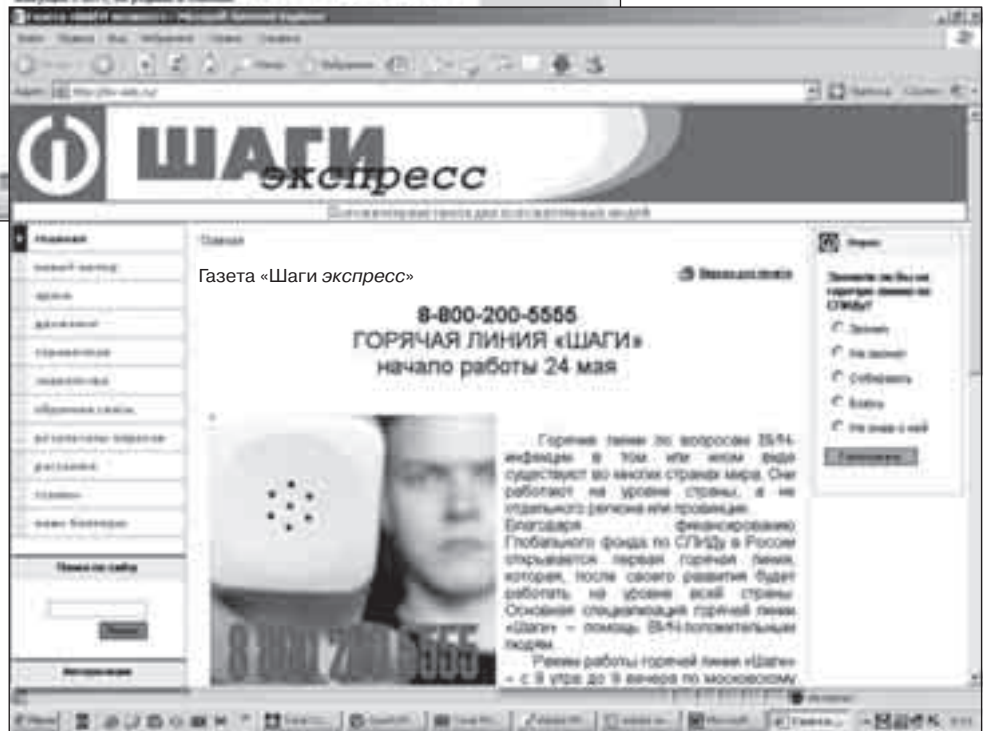
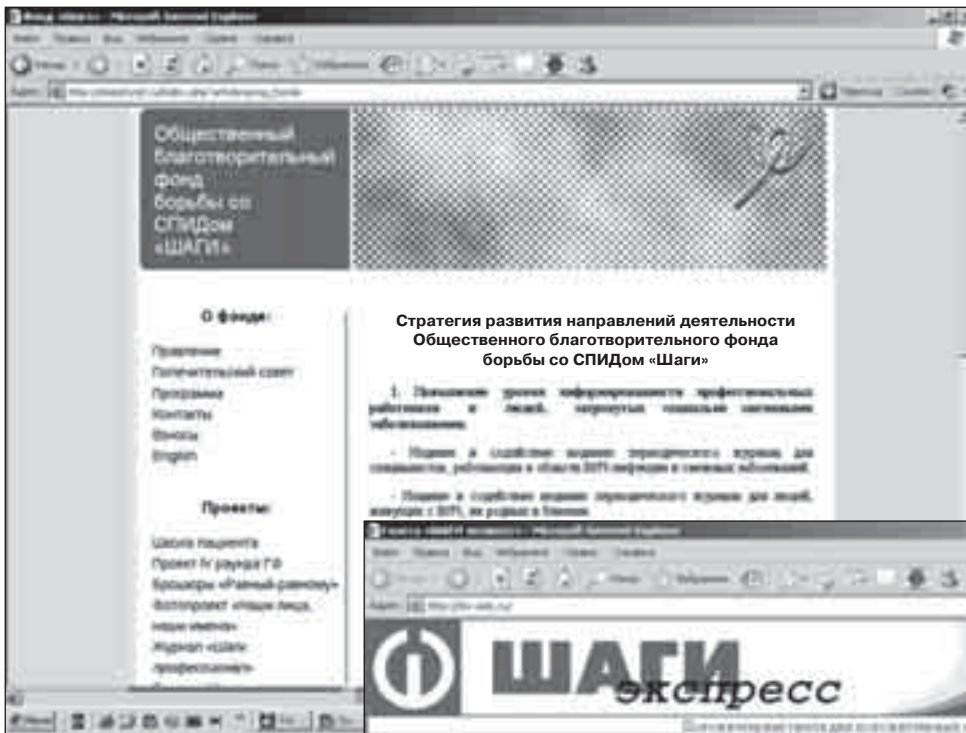
*профессионал*

*«Я признательна каждому человеку с ВИЧ, открыто говорящему о своем статусе».*

Стр. 20



*Людмила Рузаева*



# Сайты фонда «Шаги» и газеты «Шаги экспресс»

[www.stepsfund.ru](http://www.stepsfund.ru)

[www.hiv-aids.ru](http://www.hiv-aids.ru)

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>Суздаль-2009</b> .....	2
Проблемы и перспективы реализации Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения по разделу «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ» в 2009 году <i>А.Т. Голиусов</i> .....	4
Обнаружение и регистрация случаев сероконверсии в системе эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией <i>Л.А. Рузаева, Д.А. Нешумаев, И.А. Ольховский, Н.М. Шевченко, М.Н. Виноградова, О.А. Румянцева, Н.А. Ельчишникова</i> .....	11
Проблема парентеральных вирусных гепатитов в Красноярском крае <i>Л.А. Рузаева, Н.Н. Опейкина, В.А. Третьякова, Л.К. Шибанова</i> .....	15
<b>Лица</b>	
Людмила Рузаева: «Я признательна каждому человеку с ВИЧ, открыто говорящему о своем статусе» .....	20
Заседание Совета по содействию развитию институтов гражданского общества и правам человека (стенографический отчет, 15 апреля 2009 года, Москва, Кремль) .....	26
<b>Обзоры мировых медицинских журналов</b> .....	48
К третьей Конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии ЕЕСААС-2009 .....	60
<b>Есть мнение</b>	
Каковы грядущие практические шаги по предотвращению или снижению частоты новых случаев ВИЧ-инфекции? .....	73
Вакцинация ВИЧ-инфицированных лиц <i>С.Л. Плавинский</i> .....	76
<b>Церковь против СПИДа</b>	
Социальная реклама — молодежь против СПИДа .....	93
Семинар для священнослужителей, кормящих ВИЧ-позитивных заключенных .....	94
<b>Вести отовсюду</b> .....	19, 47, 58, 72, 75, 95

«ШАГИ профессионал» № 3 (18) 2009 г.

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

Главный редактор: В.А. Пчелин.

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

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

Телефон/факс: (495) 917-8068.

Электронная почта: editor@hiv-aids.ru

Интернет-версия по адресу: www.stepsfund.ru

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

Верстка и компьютерное обеспечение: РОФ «Шаги».

Тираж 1000 экз. Распространяется бесплатно.

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

# СУЗДАЛЪ-2009





**«Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией  
и оценка влияния антиретровирусной терапии  
на эпидемическую ситуацию по ВИЧ-инфекции  
в России. Совершенствование эпиднадзора  
за ВИЧ-инфекцией»**

Суздаль, 13–16 апреля 2009 г.



# ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО РАЗДЕЛУ «ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ГЕПАТИТОВ В и С, ВЫЯВЛЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ВИЧ» в 2009 году

А.Т. Голиусов

*Федеральная служба по надзору в сфере защиты  
прав потребителей и благополучия человека*

В настоящее время ВИЧ-инфекция является неизлечимым инфекционным заболеванием с неизбежным смертельным исходом. По данным программы ООН по борьбе со СПИДом (ЮНЭЙДС), оценочное число людей в мире, живущих с ВИЧ-инфекцией приблизилось к 36 млн человек. В 2007 г. зарегистрировано 2,7 млн новых случаев инфицирования и 2 млн смертей, связанных с ВИЧ-инфекцией.

За 2007 г. в мире заразилось 270 тыс. детей до 15 лет. Общее число детей, живущих с ВИЧ, увеличилось с 1,6 млн человек в 2001 г. до 2 млн в 2007 г.

Никому не известный 27 лет назад ВИЧ унес, по оценкам экспертов, жизни 25 млн человек.

В глобальном масштабе на женщин приходится половина всех случаев ВИЧ-инфекции. Число новых случаев заболевания продолжает опережать число людей, получающих лечение: на каждые 2 человека, получающих антиретровирусную терапию, приходится 5 новых случаев ВИЧ-инфекции.

Распространение ВИЧ-инфекции значительно увеличивает расходные статьи национальных бюджетов, приводит к возникновению бюджетного дефицита и усиливает зависимость пострадавших стран от дополнительной донорской помощи на цели развития, что свидетельствует о значительном негативном воздействии на темпы экономического роста.

Несмотря на успехи большинства стран, в том числе Российской Федерации, в осуществлении мер в ответ на эпидемию ВИЧ, особенно в области антиретровирусного лечения, профилактики передачи вируса от матери ребенку, становится абсолютно очевидным, что расходы на лечение и уход при ВИЧ-инфекции становятся все более затратной статьей в бюджетах здравоохранения всех государств. Существует только один способ снижения этих расходов — это развитие широкомасштабных программ по профилактике инфицирования ВИЧ.

## ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЭПИДЕМИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Несмотря на предпринимаемые усилия по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции пока не удалось снизить темпы роста новых случаев ВИЧ-инфекции. В Российской Федерации на 01.01. 2008 г. зарегистрировано более 469 тыс. случаев ВИЧ-инфекции, динамика новых случаев заражения в 2008 г. превышала аналогичные показатели на 14% по сравнению с 2007 г.

Пораженность ВИЧ-инфекцией на 100 тыс. населения в 2008 году составила 308,3 (в 2007 г. — 274,7 на 100 тыс. населения), заболеваемость ВИЧ-инфекцией на 100 тыс. населения составила в 2008 г. 35,7 (в 2007 г. — 31,4).

- Ведущим путем передачи ВИЧ-инфекции продолжает оставаться инфицирование при парентеральном употреблении наркотиков (в среднем 62% по Российской Федерации).

- Практически вся эпидемия сосредоточена в наиболее молодой, дееспособной и максимально активной (в том числе и в демографическом отношении) части населения. Свыше 80% ВИЧ-инфицированных составляют лица от 15 до 30 лет.

- Сохраняется стойкая тенденция роста случаев ВИЧ среди женщин, что позволяет говорить о феминизации эпидемии, также повсеместно отмечается повышение регистрации ВИЧ-инфекции среди беременных женщин и, как следствие, рост числа детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями.

- Эпидемия ВИЧ-инфекции продолжает распространяться на фоне продолжающихся эпидемии наркомании и развития индустрии сексуальных услуг.

- Растет число людей, находящихся на «поздних стадиях» ВИЧ-инфекции и нуждающихся в антиретровирусной терапии.

• Незаконное потребление наркотиков инъекционным путем все еще остается одним из главных механизмов заражения ВИЧ-инфекцией.

По данным ФГУ ГНЦ наркологии, показатель только зарегистрированных потребителей инъекционных наркотиков в России в 2007 г. составил 274,6 на 100 тыс. населения, хотя реально уровень распространенности инъекционного потребления в стране как минимум в 6 раз выше официально зарегистрированного.

Показатели учтенной распространенности наркомании продолжают расти: с 231,4 в 2001 г. до 250,4 в 2007 г. В 2007 г. количество лиц, систематически употребляющих наркотики составило 537 тыс. человек, больных с диагнозом наркомания – 356 тыс. человек. С учетом латентного характера заболевания, по экспертным оценкам, регулярно употребляют наркотики около 2% населения или более 2 млн человек.

Самые высокие показатели распространенности наркомании – 695,4 на 100 тыс. населения – зарегистрированы в возрастной группе 20–39 лет, среди 18–19-летних показатель составляет 219,5, в группе 15–17-летних – 26,5.

При этом показатели распространенности наркомании у мужчин в 2006–2007 гг. более чем в 5 раз превышали таковые среди женщин. Это имеет значение, т.к. инфицирование женской части населения происходит значительно чаще при половых контактах с партнерами, бывшими или действующими потребителями наркотиков.

География эпидемии ВИЧ-инфекции неоднородна – около 70% от абсолютного числа всех зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции сконцентрированы в 15 субъектах Российской Федерации, большая часть из них – промышленно развитые районы страны с высоким уровнем доходов населения.

Наиболее высокий уровень пораженности населения ВИЧ-инфекцией зарегистрирован в Самарской (1070,6), Иркутской (950,8), Ленинградской (895,2), Оренбургской (867,4) областях, в Санкт-Петербурге (831,8), в Свердловской (816,4), Ульяновской (639,1) Челябинской областях (566,1), Ханты-Мансийском автономном округе (743,5), Тверской (440,8), Кемеровской (428,5), Московской (433,7) областях, в Москве (311,9).

Вместе с тем в 2008 г. отмечается рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией в приграничных территориях, в первую очередь во всех субъектах Сибирского региона: в Омской, Кемеровской, Томской, Читинской областях, Алтайском, Красноярском краях. Число зараженных ВИЧ при употреблении наркотиков в среднем по Сибирскому региону выросло с 63% в 2007 г. до 69% в 2008 г.

Значительную роль в этом процессе играет нарастающий трафик наркотиков из Афганистана. По данным ФСКН России, несмотря на значительные объемы изымаемых наркотиков, потребление героина в России составляет не менее 12 тонн ежегодно или 3 млрд разовых доз.

Вместе с тем, необходимо отметить, что за период с 1989 г. в целом по стране эпидемия остается сконцентрированной в группах высокого риска заражения (потребители внутривенных наркотиков, лица, оказывающие сексуальные услуги за плату и их клиенты, мужчины, имеющие сексуальные отношения с мужчинами и др.).

Однако по ряду территорий можно отметить переход эпидемии в генерализованную стадию, когда ВИЧ-инфекцией поражено около 1% проживающего на территории населения (Самарская обл. и г. Орск Оренбургской обл.). В некоторых городах России процент инфицированных мужчин в возрасте от 15 до 30 лет доходит до 7–8%, а в пяти территориях среди беременных женщин от 1 до 1,8% ВИЧ-позитивных.

## ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА

Цели и задачи Приоритетного национального проекта определены в соответствии с российским законодательством и международными документами, принятыми Российской Федерацией:

1. Федеральным законом от 30.03.1995 г. № 38 ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека», в редакции Федерального закона № 122 от августа 2004 г., гарантирующим универсальный доступ граждан к полноценному комплексу услуг при ВИЧ-инфекции.

2. «Декларацией о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом», подписанной Российской Федерацией на специальной сессии Генеральной ассамблеи ООН в 2001 г.

3. Перечнем поручений Президента Российской Федерации по итогам заседания президиума Госсовета Российской Федерации «О неотложных мерах по борьбе с распространением ВИЧ-инфекции в Российской Федерации» № ПР-703ГС от 30.04.2006 г.

4. «Целями развития тысячелетия» (ЦРТ), одобренными на Саммите тысячелетия в 2000 г., включая Цель № 6 «Остановить к 2015 году распространение ВИЧ/СПИДа и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости».

5. Целью по обеспечению к 2010 г. всеобщего доступа к профилактике, лечению и уходу при ВИЧ/СПИДе, одобренной «Группой восьми» в 2005 г. в Глениглсе и поддержанной в 2006 г. на встрече ООН высокого уровня по ВИЧ/СПИДУ.

### Задачи Приоритетного национального проекта в 2008 г.

1. Охват антиретровирусной терапией всех ВИЧ-инфицированных, нуждающихся в лечении, организация лечения не менее 40 тыс. человек в соответствии с утвержденными стандартами оказания медицинской помощи.

2. Осуществление широкомасштабного мониторинга ситуации по ВИЧ-инфекции в Российской Федерации. Проведение не менее 22 млн обследований населения с целью выявления ВИЧ-инфекции.

3. Улучшение доступа к профилактике, диагностике и лечению при ВИЧ-инфекции.

4. Обеспечение максимального охвата диспансерным наблюдением ВИЧ-инфицированных.

5. Предоставление полного курса профилактического лечения всем беременным с ВИЧ-инфекцией с целью профилактики заражения ребенка.

6. Развитие межсекторального сотрудничества с целью противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С.

7. Координация мероприятий по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции в рамках Приоритетного национального проекта, проектов Глобального фонда и Всемирного банка.

8. Развитие программ по профилактике ВИЧ-инфекции, в особенности в уязвимых группах населения, а также программ по снижению стигмы и дискриминации людей, живущих с ВИЧ.

9. Расширение участия гражданского общества в противодействии эпидемии ВИЧ-инфекции в Российской Федерации.

#### **ФИНАНСИРОВАНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ, ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ВИЧ/СПИДА В 2006–2008 ГОДАХ**

В ходе реализации Приоритетного национального проекта многократно увеличился объем финансовых средств, выделяемых на организацию мероприятий по профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции. Бюджет национального проекта рассчитан до 2010 г. и включает в себя расходы по направлениям: диагностика, лечение ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С, профилактические программы (см. таблицу).

За период с 2006 г. по 2008 г. выделено 18,7 млрд руб., из них 3,2% на профилактику. Объем средств, выделяемых на профилактику ВИЧ-инфекции остается недостаточным и составляет менее 1,5 руб. на человека.

Нормативно-правовая база. В целях эффективного выполнения задач, поставленных в рамках Приоритетного национального проекта, потребовалось серьезно усовершенствовать нормативную базу. За короткий срок был принят целый ряд нормативно-распорядительных документов: 6 постановлений Правительства Российской Федерации, 7 приказов Минздравсоцразвития России и 3 новых стандарта оказания медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией.

- Постановление Правительства Российской Федерации № 870 от 31.12.2005 г.

- Постановление Правительства Российской Федерации № 140 от 20.03.2006 г.

- Постановление Правительства Российской Федерации № 858 от 30.12.2006 г.

- Постановление Правительства Российской Федерации № 348 от 05.06.2007 г.

- Постановление Правительства Российской Федерации № 1011 от 29.12.2007 г.

- Постановление Правительства Российской Федерации № 122 от 14.02.2009 г.

- Приказ Минздравсоцразвития России от 23.01.2007 г. № 60.

- Приказ Минздравсоцразвития России от 09.07.2007 г. № 474.

- Приказ Минздравсоцразвития России от 09.07.2007 г. № 475.

- Приказ Минздравсоцразвития России от 17.09.2007 г. № 610.

- Приказ Минздравсоцразвития России от 18.02.2008 г. № 72н.

- Приказ Минздравсоцразвития России от 15.07.2008 г. № 335н.

- Приказ Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 03.08.2007 г. № 242.

#### **ОРГАНИЗАЦИЯ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ЦЕЛЯХ РЕАЛИЗАЦИИ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Взаимодействие при реализации мер по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции осуществляется:

	Годы, млн руб.				
	2006	2007	2008	2009	2010
Диагностика	1200	2277,5	2799,932	3400	3404,74
Лечение	1700	5322,5	4800	5500.	8143,3
Профилактические программы	200	200	200	400	400
<b>ВСЕГО</b>	<b>3100</b>	<b>7800</b>	<b>7800</b>	<b>9300</b>	<b>11 948</b>



- **На федеральном уровне:**

- с заинтересованными федеральными министерствами (Минздравсоцразвития России, Минобрнауки России, Минобороны России, ФСИН);

- Государственной Думой Российской Федерации;

- Управлением Внешних связей Московской патриархии;

- Международными организациями;

- Проектами Глобального фонда и Всемирного банка;

- Российскими НПО – исполнителями основных направлений Приоритетного национального проекта по компоненту «Профилактика ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С».

- **На уровне субъектов Российской Федерации**

- постоянно действующие межведомственные органы (комиссии, советы, комитеты) по профилактике и борьбе со СПИДом, возглавляемые вице-губернаторами;

- органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации;

- управления Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации;

- лечебно-профилактические учреждения, центры по профилактике и борьбе со СПИДом, муниципальные учреждения здравоохранения;

- неправительственные организации, исполнители профилактических программ.

Мониторинг реализации Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения осуществляется на трех уровнях.

На федеральном уровне это отчеты по выполнению Приоритетного национального проекта на:

- Правительственной комиссии по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция) (02.04. и 26.12.2008).

- Коллегии Роспотребнадзора «О контроле за реализацией Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения по разделу «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ», на которой заслушивались в т.ч. Липецкая, Вологодская и Рязанская области (14.03. и 12.09.2008 г.).

- Селекторных совещаниях Роспотребнадзора с участием представителей исполнительной власти субъектов Российской Федерации, управлений здравоохранения, управлений Роспотребнадзора в территориях, главных врачей центров СПИДа (в 2008 г. проведено 10 совещаний).

- Ежегодных Всероссийских совещаниях по диагностике и контролю за лечением ВИЧ-инфекции и парентеральных вирусных гепатитов (25–27 ноября 2008 г. в Суздале, Владимирской области).

- Окружных совещаниях по вопросам реализации Приоритетного национального проекта (Южного Ф.О. 30 июня – 2 июля 2008 г., Дальневосточного Ф.О. 25–26 августа 2008 г.).

- Ежегодных Национальных консультаций по универсальному доступу к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации с участием государственных специалистов, международных экспертов, общественных организаций.

- Международной конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. В конференции приняли участие более 2000 чел. из 50-ти стран, представляющих все континенты.

### **Другие инструменты мониторинга на федеральном уровне**

1. Ежемесячный мониторинг проекта, включающий позиции по блокам: выявление ВИЧ-инфекции, охват лечением взрослых, детей, лечение в учреждениях ФСИН, мониторинг лабораторного сопровождения, профилактика вертикальной передачи, отказ от терапии, смертность, выявление вирусных гепатитов, охват противовирусным лечением больных вирусными гепатитами, профилактические мероприятия.

2. Ежегодные исследования ВЦИОМ в 16 территориях страны по оценке уровня знаний населения по ВИЧ-инфекции по результатам проведения информационных кампаний («Будь на связи со своим здоровьем», «Ты имеешь право знать о ВИЧ-инфекции»).

3. Оценка охвата населения информационными кампаниями по данным агентства «Гэллоп-Медиа».

### **Региональный уровень**

1. Вопросы реализации Приоритетного национального проекта «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ» заслушиваются на совещаниях у полномочных представителей Президента Российской Федерации по федеральным округам, на селекторных совещаниях с руководителями органов управления и учреждений здравоохранения муниципальных образований.

2. В каждой территории осуществляется мониторинг реализации Приоритетного национального проекта, утверждены сетевые графики его выполнения, изданы необходимые распорядительные и регламентирующие документы. В некоторых субъектах созданы штабы при губернаторах по контролю исполнения сетевых планов-графиков по реализации Приоритетного национального проекта «Здоровье».

### **Программный уровень**

1. Выезды экспертов в субъекты Российской Федерации для контроля мероприятий, выполняемых в рамках проектов.

2. Содержательные отчеты организации, координатора проекта по лотам по каждому этапу работы в рамках государственного контракта по профилактическим программам.

3. Статистические отчеты по звонкам на Горячую линию по СПИДу.

4. Списки участников семинаров.

5. Видеоотчеты, эфирные справки с подтверждением выхода программ в эфир.

6. Отчет об использовании бюджетных ассигнований и другие.

## ОТЧЕТ О ВЫПОЛНЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ

Во исполнение поручений Президента Российской Федерации по итогам президиума Госсовета Российской Федерации от 21 апреля 2006 г. (п. 7) по обеспечению совместно с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в рамках Приоритетного национального проекта организации и проведения эффективных мероприятий по пропаганде здорового образа жизни, профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции, социальной поддержке ВИЧ-инфицированных в 2006–2008 гг. выполнен комплекс профилактических мероприятий, в т.ч.:

1. Мероприятия, направленные на информирование и обучение населения. Информационные кампании с использованием всех средств массовых коммуникаций, включая федеральное и региональное телевидение, печатные СМИ, наружную рекламу.

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

3. Мероприятия, направленные на профилактику передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

4. Комплекс мероприятий по снижению дискриминации и повышению толерантности к людям, живущим с ВИЧ/СПИДом и членам их семей.

- Основной темой информационных кампаний, проведенных в рамках проекта, стала тема сохранения здоровья: 2006 г. — «Ты имеешь право знать, как защитить себя от ВИЧ-инфекции», 2007–2008 гг. «Будь на связи со своим здоровьем!». В рамках кампаний выпущено 9 видеоклипов, в том числе касающихся детской тематики («Ребенок имеет право на защиту», «Мать и дочь», «Мой друг с ВИЧ-инфекцией»). Видеоматериалы транслировались на центральных и региональных телеканалах в 84 субъектах Российской Федерации, всего — более 55 тыс. показов.

- Создана еженедельная телепрограмма о ВИЧ/СПИДе на канале ТНТ «СПИД. Скорая помощь» — выпущена 81 телепередача. Более 50% передач, прошедших на канале ТНТ и РЕН-ТВ, посвящены проблемам семьи, судьбам детей

и женщин, затронутых ВИЧ-инфекцией, сложным этическим и нравственным коллизиям, возникающим в семьях, где инфицированы родители, трудно решаемым ситуациям с обретением брошенными детьми новых семей.

- Расчетный охват населения информационными кампаниями составил в 2006 г. — 25 млн человек, в 2007–2008 гг. — около 40 млн человек ежегодно.

- Создана всероссийская бесплатная круглосуточная Горячая линия по вопросам ВИЧ-инфекции. За 3 года принято и проконсультировано более 120 тыс. звонков.

- Ежегодно проводится всероссийский конкурс работ по профилактике ВИЧ-инфекции «ВИЧ/СПИД. Знать — значит жить!» — 10 номинаций. Материалы, победившие на конкурсе, тиражируются и направляются в регионы (общий тираж — более 1,5 млн экземпляров).

- В целях повышения информированности по вопросам ВИЧ-инфекции учащейся молодежи, проведено обучение 1500 преподавателей школ и вузов и 2100 студентов.

- Большое внимание уделено армии. Разработана концепция обучения военнослужащих вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа. Подготовлено в качестве преподавателей 290 военно-медицинских специалистов и офицеров, отвечающих за воспитательную работу в Северо-Кавказском, Приволжско-Уральском военных округах и на Черноморском флоте. Охвачено занятиями более 13 000 военнослужащих, в том числе курсантов военных училищ и воспитанников Суворовских и Нахимовских училищ. Совместно с Главным военно-медицинским управлением Минобороны разработаны информационные и обучающие материалы для проведения информационно-образовательной работы среди личного состава. Всего распространено более 290 тыс. единиц печатной продукции.

- Ежегодно в Алтайском крае проводится Летняя школа для молодых волонтеров, участие в которой принимают более 120 школьников и студентов — лидеров организаций, участвующих в пропаганде здорового образа жизни.

В рамках программы по профилактике вертикальной передачи ВИЧ-инфекции в 2006–2008 гг. на обучающие мероприятия, издание специальной литературы для медицинских специалистов, людей, живущих с ВИЧ-инфекцией, организацию проверки готовности ЛПУ к работе по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку выделено 40 млн рублей.

- Разработано 8 учебных курсов, обучено около 5 тыс. медицинских специалистов. В этой работе принимали участие ведущие медицинские учреждения страны: ММА им. И.М. Сеченова, Санкт-Петербургская медицинская академия последиplomного образования, Московский стоматологический университет, институт «Планирование семьи».

- Проведена оценка организации мероприятий по профилактике вертикальной передачи ВИЧ-инфекции в родильных домах, женских консультациях и детских поликлиниках в 20 субъектах Российской Федерации.

- Подготовлен и направлен во все территории Российской Федерации комплект информационных материалов, в том числе: «Клинико-организационное руководство по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку», руководство «Репродуктивное здоровье женщин с ВИЧ-инфекцией» и видеофильм «Экспресс-тестирование на ВИЧ в родах», общим тиражом 9 тыс. экземпляров.

- Разработаны пособия «Оказание социальной помощи семьям, затронутым ВИЧ» и «ВИЧ/СПИД и дети».

По комплексу мероприятий, направленных на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции среди наиболее уязвимых групп населения в 2006–2008 гг. выполнено в субъектах Российской Федерации 175 проектов по профилактике ВИЧ-инфекции, в том числе: 39 – по профилактике ВИЧ-инфекции в учреждениях уголовно-исполнительной системы, 16 – по профилактике ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов, 45 проектов по повышению приверженности АРВ-терапии пациентов из уязвимых групп населения, 45 проектов по оказанию паллиативной помощи при ВИЧ/СПИДе, 20 – по профилактике ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, 12 – по профилактике ВИЧ среди лиц, оказывающих сексуальные услуги за плату.

В целях реализации проекта «Обеспечение адекватных стандартов инфекционного контроля и улучшение защиты от профессионального заражения при работе среди наиболее уязвимых групп населения в сфере профилактики ВИЧ-инфекции» проведен тренинг «Инфекционный контроль и предотвращение профессионального заражения в учреждениях, работающих среди наиболее уязвимых групп населения в сфере профилактики ВИЧ-инфекции, повышения приверженности антиретровирусной терапии и оказания паллиативной помощи при СПИДе», в котором приняло участие 75 представителей региональных ЛПУ, в том числе 31 медсестра. Подготовлены информационные материалы для медицинских работников, буклеты: «Риск профессионального заражения», «Как предотвратить травмы медицинского персонала острым инструментом», сборник методических документов по обеспечению инфекционной безопасности в ЛПУ и предупреждению профессионального заражения медицинских работников инфекциями, передаваемыми с кровью, плакат «Защити себя!».

В рамках проекта по профилактике ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С среди трудовых мигрантов организовано и проведено 747 тренинговых занятий с участниками проек-

та, работодателями, сотрудниками региональных управлений Федеральной миграционной службы, прочитано 223 лекции для трудовых мигрантов, обеспечен доступ мигрантов к медицинским и социальным службам через организацию в этих службах профессиональных консультаций для представителей целевой группы участников проекта или, при необходимости, через направления в соответствующие партнерские ЛПУ, проведено 12 519 медицинских консультаций для трудовых мигрантов в центрах по профилактике и борьбе со СПИДом и других ЛПУ.

Охвачено проектами 30 108 мигрантов. Подготовлены буклеты для мигрантов на русском, узбекском и таджикском языках по следующим темам: «ВИЧ и СПИД. Риск заражения», «Инфекции, передающиеся половым путем», «Что такое гепатит», для организаторов проектов – «Унифицированное руководство по оценке ситуации и организации комплексной работы по профилактике ВИЧ-инфекции среди рабочих мигрантов».

Программы, направленные на профилактику ВИЧ-инфекции среди особо уязвимых групп населения (потребители инъекционных наркотиков, лица, оказывающие сексуальные услуги за плату) разработаны с учетом имеющихся реалий и особенностей развития эпидемии ВИЧ-инфекции, двигателем которой является эпидемия наркомании.

Именно недоступность основной части наркопотребителей и лиц, оказывающих сексуальные услуги за плату, для традиционных служб здравоохранения и привычных современному человеку средств получения информации, требует особых подходов и адресной профилактической работы непосредственно в их среде. Этой работой занимаются общественные организации, имеющие большой кредит доверия у отвергаемых обществом наркопотребителей, большая часть которых является тяжело больными молодыми людьми со стойкой зависимостью от наркотиков. Программы снижения вреда направлены на ограничение распространения ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков и далее в общее население.

Основные принципы эффективной профилактики ВИЧ-инфекции среди лиц, вводящих наркотики путем инъекций, были сформулированы ВОЗ при сотрудничестве с Объединенной программой ООН по СПИДу – ЮНЭЙДС и Советом Европы в 1998–2001 гг. К ним относятся: активная работа с потребителями инъекционных наркотиков (ПИН), информирование и образование; обеспечение легкой доступности социальных служб и служб здравоохранения; обеспечение наркопотребителей стерильными инъекционными инструментами и дезинфицирующими материалами.

Законодательная база российских программ снижения вреда определяется Федеральным за-

коном Российской Федерации от 8 декабря 2003 г. № 162-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Уголовный кодекс Российской Федерации», который вступил в действие 16 декабря 2003 г.

В целях оптимизации работы по профилактике ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп риска Минздравсоцразвития России 20.12.2006 г. № 6834 РХ утверждены Методические рекомендации «Организация профилактики ВИЧ-инфекции среди различных групп населения». Кроме того, в рамках Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в 2006 г. в соответствии с техническим заданием разработано руководство «Профилактика ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков».

Многоцентровое российское когортное исследование, проведенное с сентября 2003 г. по август 2004 г. среди 939 потребителей наркотиков в Великом Новгороде, Томске и Пскове продемонстрировало, что за 12 месяцев наблюдения среди клиентов программы снижения вреда не было зарегистрировано ни одного нового случая ВИЧ-инфекции, в то время как среди наркоманов, не участвующих в проекте, годовая заболеваемость достигала 11%.

Другое российское исследование в 2002 г. показало, что в среднем каждый проект снижения вреда предотвращает 72 новых случая заражения ВИЧ-инфекцией в год.

По данным мониторинга и оценки в регионах реализации данного проекта среди клиентов программ снижения вреда отмечается значительно меньшая распространенность рискованных поведенческих практик (14,6 против 22%) и ВИЧ-инфекции (2,9 против 6,4%).

Российские специалисты и ученые, в том числе Роспотребнадзор, очень внимательно и избирательно подходят к внедрению программ профилактики ВИЧ среди наркопотребителей. Любые рекомендации международных организаций, включая ВОЗ, и программы НПО проходят тщательную оценку. Во многом благодаря позиции Роспотребнадзора в России не допускаются программы заместительной терапии метадонном и всячески сдерживается их продвижение, т.к. это не только запрещено законодательно, но и, по мнению российских специалистов, не обладает доказанной эффективностью в отношении ВИЧ-инфекции.

Российские НПО, включая ОИЗ, реализующие программы снижения вреда в России, не занимаются продвижением программ заместительной терапии и разделяют государственную политику относительно необходимости трезвой оценки их эффективности. Кроме того, совместно с государством данные НПО проводят исследования об эффективности различных профилактических вмешательств.

Обмен шприцев — лишь часть комплексного подхода адекватной и вдумчивой работы в среде

наркопотребителей для сдерживания распространения ВИЧ, в том числе и за пределы данной уязвимой группы. Данные программы — пример эффективного сотрудничества и партнерства государства и гражданского общества в решении проблем ВИЧ-инфекции, о котором говорил В.В. Путин на Президиуме Госсовета Российской Федерации 21.04.2006 г.

В реализации Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, наряду с государственными структурами, приняли участие более 50 российских некоммерческих организаций, в том числе обладающие уникальным опытом и зарекомендовавшие себя в профессиональном плане.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА

Исследования, проведенные ВЦИОМ в целях мониторинга эффективности кампаний показали, что на 10% выросли положительные оценки степени внимания государства к вопросам информирования и профилактики СПИДа. Однако 41% опрошенных по-прежнему считает, что подобного внимания недостаточно.

Вместе с тем, отмечается снижение на 7% общего уровня толерантности, население по-прежнему демонстрирует высокий уровень нетерпимости и стигматизации по отношению к ЛЖВ, что является одним из важных препятствий к эффективной профилактике, тестированию и лечению ВИЧ-инфекции.

Несмотря на длительную историю эпидемии, самым сложным вопросом остается отношение общества к людям, живущим с ВИЧ-инфекцией. Очень часто дети, так или иначе затронутые эпидемией, испытывают негативное отношение, неприятие со стороны сверстников и их родителей, воспитателей и даже медицинских работников; 44% опрошенных по данным ВЦИОМ заявили, что они бы забрали своего ребенка из детского учреждения, если бы узнали, что туда ходит ребенок, инфицированный ВИЧ.

В сентябре 2008 г. коллегией Роспотребнадзора определены основные направления профилактических мероприятий на 2009 г. по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции (издан приказ от 08.10.2008 г. № 360).

В том числе:

- мероприятия, направленные на профилактику передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, которые будут осуществляться в 30 субъектах Российской Федерации с оценкой их эффективности;
- мероприятия, направленные на информирование и обучение населения средствам и методам профилактики ВИЧ-инфекции и прежде всего на создание в образовательной среде системы профилактики этой инфекции;

• мероприятия по профилактике ВИЧ среди уязвимых групп населения, интегрированные в программы профилактики на рабочих местах, расширение доступа к профилактике, диагностике

и лечению этой инфекции в Вооруженных силах, уголовно-исполнительной системы, среди мигрантов, а также в программы по юридическим аспектам оказания помощи при ВИЧ-инфекции.

\* \* \*

## ОБНАРУЖЕНИЕ И РЕГИСТРАЦИЯ СЛУЧАЕВ СЕРОКОНВЕРСИИ В СИСТЕМЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Л.А. Рузаева, Д.А. Нешумаев, И.А. Ольховский,  
Н.М. Шевченко, М.Н. Виноградова, О.А. Румянцева,  
Н.А. Ельчинова

*КГБУЗ Красноярский краевой центр по профилактике  
и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями*

Целью данного исследования было оценить клинико-диагностическую и экономическую значимость иммуноферментного теста к р24-антигену, при внедрении в стандартный алгоритм диагностики ВИЧ-инфекции. Работа проведена на базе КГБУЗ Краевой центр СПИДа. Проанализированы результаты внедрения р24-антигена в стандартный диагностический алгоритм ВИЧ-инфекции в период с января 2007 г. по январь 2009 г. Проводилось иммуноферментное тестирование проб сывороток с сомнительным и отрицательным результатом иммунного блоттинга. При подтверждении наличия р24-антигена в реакции нейтрализации, данные образцы дополнительно тестировались методом полимеразной цепной реакции на вирусную нагрузку. Медико-экономический анализ включал расчет стоимости выявления одного случая ВИЧ-инфекции, в алгоритме с р24 в сравнении с алгоритмом без дополнительного теста. Достоверность полученных отличий определяли используя критерий Манна–Уитни. Показано, что дополнительное тестирование сывороток лиц, с сомнительным или отрицательным результатом иммунного блота, позволяет выявить 6 и 3% пациентов соответственно на стадии ранней сероконверсии. По соотношению частоты встречаемости р24-антигена внутри групп с различным результатом иммунного блота можно провести оценку реальной доли сероконверторов среди населения, предсказать структуру и скорость развития эпидемии в каждом конкретном регионе. Стоимость выявления одного случая ВИЧ-инфекции в Красноярском крае примерно 22 000 руб. При дополнительном тестировании к р24-антигену, можно сэкономить примерно 1000 рублей за счет большего количества выявленных случаев. Суммарный экономический эффект будет определяться количеством предупрежденных случаев заражения.

Постановка диагноза ВИЧ-инфекция на ранней стадии, посредством обнаружения р24, может рассматриваться как одно из приоритетных направлений в системе эпидемиологического надзора за данным заболеванием. Можно выделить два больших направления практического использования такого рода информации:

1) при обследовании какого-либо пациента, информация используется для индивидуального уточнения ВИЧ-статуса определенного человека;

2) анализ соотношения встречаемости пациентов на ранней стадии к пациентам на относительно поздних стадиях позволяет понять структуру эпидемии в каждом конкретном регионе.

Индивидуальное применение характеризуется не только выявлением пациентов на стадии серологического «окна» при плановом скрининге населения, но также может применяться для уточнения диагноза, при травмах медицин-

ского персонала, контактирующего с ВИЧ-инфицированными пациентами. Окончательное заключение по появлению антител к ВИЧ в реакции иммунного блота (ИБ) связано с большим периодом ожидания и психологического напряжения. Особое значение такой анализ приобретает при исследовании случаев беременности с сомнительным или положительным диагнозом ВИЧ, которым по каким-либо причинам не была сделана экстренная профилактика.

Несмотря на то, что период сероконверсии длится примерно 3–12 месяцев, по данным исследования [1] примерно 50% всех случаев заражения происходит от пациентов, находящихся на этой стадии, поэтому своевременная работа с этим контингентом будет способствовать замедлению темпов распространения эпидемии.

Динамический популяционный анализ частоты встречаемости пациентов на ранней ста-

дии, позволяет понять, сколько новых случаев заражения за конкретный период времени происходит. Следовательно, можно использовать этот критерий в качестве оценки эффективности противоэпидемических мероприятий. В этом случае ранняя диагностика сероконверсии будет дополнять валовые показатели количества выявленных ВИЧ-инфицированных, за определенный промежуток времени и способствовать лучшему пониманию наиболее важных направлений деятельности по работе с населением.

Начиная с 2007 г., в рамках Приоритетного национального проекта «Здоровье», все лаборатории для диагностики ВИЧ/СПИДа снабжаются иммуноферментными тест-системами для диагностики антигена р24. Поэтому, начиная с этого периода, у всех лабораторий появился инструмент для диагностики ВИЧ до появления полного спектра антител в реакции ИБ.

Цель данного исследования — оценить клинико-диагностическую и экономическую значимость иммуноферментного теста к р24-антигену при внедрении в стандартный алгоритм диагностики ВИЧ-инфекции.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа проведена на базе КГБУЗ Краевой центр СПИДа. Начиная с 2007 г. по настоящее время все первично положительные в ИФА сыворотки с неопределенным или отрицательным результатом иммунного блоттинга дополнительно тестируются на присутствие антигена р24 ВИЧ. В работе проанализированы данные, полученные с января 2007 г. по январь 2009 г.

В качестве первичных иммуноферментных тест-систем, выявляющих антиген и антитела к ВИЧ, использовались «ДС-ИФА-ВИЧ-АГАТ-скрин» (НПО «Диагностические системы», Нижний Новгород) и «Genscreen ultra HIV Ag-Ab» («Bio-Rad»). Для проведения арбитражной реакции ИБ применяли тест-систему «New Lav Blot 1» («Bio-Rad»).

Для выявления антигена р24 ВИЧ использовали иммуноферментные тест-системы: «ДС-ИФА-ВИЧ-АГ-СКРИН» (НПО «Диагностические системы», Нижний Новгород), «Genetic Systems HIV-1 Ag EIA» («Bio-Rad»), «ВектоВИЧ-1 р24-антиген-подтверждающий тест» («Вектор-Бест», Новосибирск). Подтверждение первично позитивных результатов в дальнейшем проводилось в реакции нейтрализации антигена р24 согласно инструкции, прилагаемой к соответствующей тест-системе.

При проведении иммуноферментного анализа использовались вошеры фирмы «Bio-Rad» (PW40), спектрофотометр фирмы Labsystems Multiscan Multisoft, автоматические дозаторы (Ленпипет), одноразовые наконечники Thermo Electron.

В случае подтверждения присутствия р24-антигена, в данных пробах проводилось определение вирусной нагрузки на анализаторе Cobas Amplicor, с использованием тест-систем HIV Monitor.

При проведении медико-экономического анализа, рассчитывались соотношения затрат и эффективности (cost-effectiveness analysis), при этом допускалось, что подтверждение наличия в сыворотке р24-антигена является достаточным основанием для лабораторного заключения о наличии ВИЧ-инфекции. Стоимость выявления одного случая рассчитывалась посредством деления суммы всех затрат, использованных для лабораторных исследований, на количество выявленных пациентов.

Достоверность полученных отличий определяли, используя непараметрический критерий Манна–Уитни.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ

**Оценка эпидемиологического значения.** Анализ выявления р24-антигена показал, что частота встречаемости этого маркера в группе ИБ-сомнительных сывороток почти в 2 раза выше, чем ИБ отрицательных (табл. 1).

Соотношения этих частот имеют очень большой эпидемиологический смысл. В работе [2] было показано, что примерно 50% лиц с ранней сероконверсией содержат концентрацию антигена р24 ниже предела аналитической чувствительности тест-системы. Следовательно, для оценки доли всех сероконверторов внутри группы ИБ сомнительных пациентов, необходимо выявленное количество лиц с р24-антигеном умножить на 2.

Далее, если провести оценку отношения доли ИБ-сомнительных, ИБ-отрицательных и ИБ-положительных пациентов ко всем проведенным выборочным исследованиям популяции, то можно получить довольно точную оценку реальной доли сероконверторов среди населения,

**Таблица 1.** Выявление антигена р24 ВИЧ в зависимости от результата ИБ (2007–2009 гг.)

	Результат исследования методом ИБ	
	сомнительный	отрицательный
Количество обследованных	1112	975
Подтвержден р24	63 (5,7%)*	31 (3,2%)*

\* Достоверность отличия частоты встречаемости р24-антигена между группами с сомнительным и отрицательным результатом ИБ  $p < 0,05$ .

предсказать структуру и скорость развития эпидемии в каждом конкретном регионе.

**Оценка клинического значения.** После подтверждения наличия p24-антигена, данная проба сыворотки дополнительно тестировалась методом ПЦР на вирусную нагрузку. В пробах сыворотки с выявленным антигеном p24 во всех случаях были определены высокие значения вирусной нагрузки – более 263 000 копий/мл, у 60% пациентов вирусная нагрузка была более 750 000 копий/мл. Вирусная нагрузка не была определена только в одном случае у беременной женщины.

Пациенты с выявленным p24-антигеном были отнесены к группе особого учета, т.к. окончательный диагноз «ВИЧ-инфекция» выносится по наличию антител в реакции иммунного блота, то они не были отнесены к группе диспансерного учета. Всем им было рекомендовано пересдать кровь в течение 6 месяцев. В этот срок явилось менее 16% приглашенных пациентов.

Дальнейшая явка и соответствующие результаты арбитражных, лабораторных исследований представлены в табл. 2.

Переход пациента в ИФА-отрицательную группу обусловлен: в одном случае, ошибками преаналитического этапа при доставке проб в лабораторию на подтверждающее исследование; второй случай можно отнести к ложнопозитивному – два раза p24-антиген был подтвержден в пробах сыворотки с разным сроком забора, у беременной женщины. После родоразрешения все серологические маркеры исчезли. И в третьем случае определить источник ошибки не удалось.

**Экономическое значение.** Дополнительное тестирование всех ИБ-отрицательных или ИБ-сомнительных сывороток на присутствие p24-антигена приводит к удорожанию алгоритма. Но для правильной оценки эффективности внедряемого теста необходимо сравнить стоимость вложенных затрат к единице полученного результата. Таким критерием в данном случае является стоимость выявления одного случая (табл. 3). Из таблицы следует, что действуя только по стандартному алгоритму, нам удалось вы-

явить 1601 ИБ-положительного пациента. При этом, если разделить все деньги, потраченные на ИФА и ИБ, то получится, что стоимость выявления одного случая инфицирования составляет в условиях Красноярского края примерно 22 000 руб.

При внедрении ИФА к p24, к посчитанной сумме придется добавить стоимость дополнительного тестирования. Но это тестирование позволило выявить дополнительно 94 пациента на ранней стадии. Затратив больше денег, выявили больше ВИЧ-инфицированных пациентов. Если теперь разделить всю сумму, затраченную на модифицированный алгоритм, на количество выявленных ИБ-положительных и p24-положительных пациентов окажется, что можно сэкономить на каждом выявленном случае порядка 1000 руб.

Понятно, что данный показатель будет варьироваться от региона к региону в зависимости от количества сероконверторов в популяции и экономических особенностей аналитических технологий, отработанных в каждой конкретной лаборатории. При отсутствии сероконверторов в популяции алгоритм с p24 будет уже убыточным, а при наличии одних только сероконверторов, эффективность будет максимально возможной.

Необходимо также отметить, что суммарный эффект складывается не только из оценки затрат лабораторного этапа. Окончательный и наиболее весомый вклад в клинико-диагностической оценке алгоритма будет определяться количеством предупрежденных случаев заражения.

## ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

По сравнению с определением РНК ВИЧ методом ПЦР тест на антиген p24 менее трудоемок и может быть поставлен в обычной районной лаборатории, где проводится иммуноферментный скрининговый анализ на ВИЧ. Особенно это актуально для крупных территорий со сложными климатическими условиями, где транспортные расходы могут иметь первостепенное значение. В этом случае дополнительное тестирование сыворотки на наличие антигена p24 (перед отправкой в арбитражную лабораторию), может помочь в своевременном лабораторном подтверждении наличия ВИЧ-инфекции и начать эпидемиологические и профилактические мероприятия до получения окончательного результата.

Однако, несмотря на известную стратегию определения ранней ВИЧ-инфекции в серонегативный период, основанную на обнаружении в сыворотке крови пациента антигена p24 [3, 4], в России данный тест до сих пор не включен в алгоритм окончательной постановки лабораторного диагноза ВИЧ и не предусматривает изменение тактики работы эпидемиологов или врачей-инфекционистов [5].

**Таблица 2.** Дальнейшее наблюдение за пациентами с выявленным p24 (2007–2009 гг.)

	Результат исследования методом ИБ при выявлении p24	
	сомнительный	отрицательный
Перешли в ИБ <sup>+</sup>	42	14
Перешли в ИФА-отрицат. группу	2	1
Больше не обследовались	19	16

**Таблица 3.** Экономические показатели стандартного алгоритма и алгоритма с р24-антигеном (2007–2009 гг.)

	Стандартный алгоритм			Алгоритм с р24	
	ИФА-скрининг	ИФА-арбитраж	ИБ	ИФА р24	р24-подтвержденный
Количество тестов	589 106	5859	4601	1043	94
Стоимость одного теста, руб.	52	104	894	109	205
Общая стоимость анализов, руб.	30 633 512	609 336	4 113 294	113 687	19 270
Выявлено пациентов	1601			1601 + 94	
Стоимость выявления одного случая, руб.	22 083			20 937	

Анализ нашего исследования демонстрирует, что положительный результат дополнительного тестирования крови на антиген р24 ВИЧ в алгоритме подтверждающей диагностики позволяет реально повысить выявляемость заболевания на стадии ранней сероконверсии. Известно, что при небольшом сроке инфицирования, проведение эпидемиологического расследования и профилактических мероприятий среди контактных лиц более эффективно [3, 4, 6]. В литературе обсуждается также перспективность применения в этом периоде короткого цикла антиретровирусной терапии с целью снижения вирусной нагрузки и сохранения функций CD4-клеток [7, 8].

Очевидно, что наш опыт использования теста на антиген р24 дает основания для дополнения традиционных подходов лабораторного подтверждения ВИЧ-инфекции. При выявлении антигена р24 у лиц с отрицательным или неопределенным результатом ИБ, необходимо поставить их на диспансерный учет в группу лиц с высокой вероятностью заболевания и начать проведение активных противоэпидемических мероприятий еще до получения окончательных результатов ИБ.

## ВЫВОДЫ

1. Считаем необходимым внести изменение в методические рекомендации «О проведении обследования на ВИЧ-инфекцию» от 06.08.2007 г. № 5950-РХ и приравнять результат исследования ИФА (Аг/Ат) положительно, ИБ сомнительно, р24 положительно или ИФА (Аг/Ат) положительно, ИБ отрицательно, р24 положительно как лабораторное подтверждение ВИЧ-инфекции (рекомендовать тестирование на (РНК ВИЧ)).

2. Рекомендуем дополнить статистическую отчетную форму № 4 количеством случаев выявления р24-антигена в группах ИБ-сомнительных и ИБ-отрицательных пациентов.

3. Ввести систематический эпидемиологический анализ по частоте встречаемости лиц с р24-антигеном в отчетную работу учреждений, занимающихся диагностикой ВИЧ/СПИДа.

4. Для районных лабораторий рекомендовать тестирование всех первичноположительных в скрининге образцов на наличие р24-антигена, до отправки пробы в арбитражную лабораторию. При подтверждении присутствия р24 начинать эпидемиологические и профилактические мероприятия до получения окончательного результата.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Brenner B.G. *Journal Infection Disease*, 2007. Apr. 1; **195** (7), 924–926.
2. Нешумаев Д.А., Ольховский И.А., Баранова Е.Н., и др. *Клиническая лабораторная диагностика*, 2009, № 2, с. 40–42.
3. Fiscus S.A., Pilcher C.D., Miller W.C., et al. Rapid, Real-Time Detection of Acute HIV Infection in Patients in Africa, *Journal Infection Disease*, 2007, **195**, 416–424.
4. Parekh, B.S., McDougal J.S. Application of laboratory methods for estimation of HIV-1 incidence, *Indian Journal of Medical Research*, 2005; **121** (4), 510–518.
5. Методические рекомендации Минздравсоцразвития РФ от 6 августа 2007 г. № 5950-РХ «О проведении обследования на ВИЧ-инфекцию».
6. Покровский В.В. Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции и СПИДа. М., «Медицина», 1996, с. 248.
7. Hecht F.M., Wang L., Collier A., et al. *Journal Infection Disease*, 2006, **194** (6), 725–733.
8. Jansen C.A., De Cuyper I.M., Steingrover R., et al. *AIDS*, 2005, **19** (11), 1145–1154.



# ПРОБЛЕМА ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

Л.А. Рузаева, Н.Н. Опейкина,  
В.А. Третьякова, Л.К. Шибанова

*КГБУЗ Красноярский краевой центр по профилактике  
и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями*

Вирусные гепатиты остаются актуальной проблемой инфекционной патологии, усредненный показатель заболеваемости в Красноярском крае в течение последних 5 лет – 205,74 против 276,38 в 1988–2002 гг.

За 2006–2007 гг. и 9 месяцев 2008 г. было зарегистрировано 5,6–5,7 тыс. случаев заболевания острыми и хроническими формами вирусных гепатитов (рис. 1).

В структуре заболеваемости вирусными гепатитами доля острых гепатитов в течение 10 лет последовательно снижалась с 44,8% в 1998 г. до 7,9% в 2007 г. Доля хронических гепатитов, с момента начала их регистрации в 1999 г., ежегодно возрастала, достигнув в 2007 г. 33,1%.

Изменения произошли и в структуре острых гепатитов, доля вирусного гепатита А снизилась на 24,5% (31,79% в 2007 г. против 56,29% в 2002 г.), на 14,71% увеличилась доля острого гепатита С (22,29 против 7,58%), число заболеваний острым гепатитом В остается на уровне 31,79% (в 2002 г. – 31,27%).

Плановая иммунизация детей в рамках Национального календаря прививок, дополнительная иммунизация детей, подростков и взрослых до 55 лет в рамках Национального проекта в

сфере здравоохранения привели к снижению в 8,5 раз уровня заболеваемости гепатитом В с 43,4 (1998 г.) до 5,1 на 100 тыс. населения (2007 г.), российский показатель – 5,26 (2007 г.).

В течение последних пяти лет (2003–2007 гг.) заболеваемость острым гепатитом В снизилась в 2,3 раза в показателях на 100 тыс. населения; 5,1 случай (2007 г.) против 11,8 (2003 г.). В рамках Национального проекта в сфере здравоохранения поставлена задача снижения заболеваемости вирусным гепатитом В до уровня 3,0 случая на 100 тыс. населения.

Результаты мониторинга позволяют прогнозировать дальнейшее снижение заболеваемости вирусным гепатитом В, в 2008 году уровень заболеваемости по итогам 8 мес. был на 13,75% ниже заболеваемости соответствующего периода 2007 г.

Отмечается неравномерное распределение заболеваемости ВГВ по территории края.

Территориями риска по острому гепатиту В в 2007 г. были города: Игарка – 13,74, Канск – 14,95, Сосновоборск – 13,26, Бородино – 15,94, районы: Боготольский – 17,94, Дзержинский – 13,07, Ермаковский – 14,32, Казачинский – 17,44, Каратузский – 17,56, С.-Енисейский –

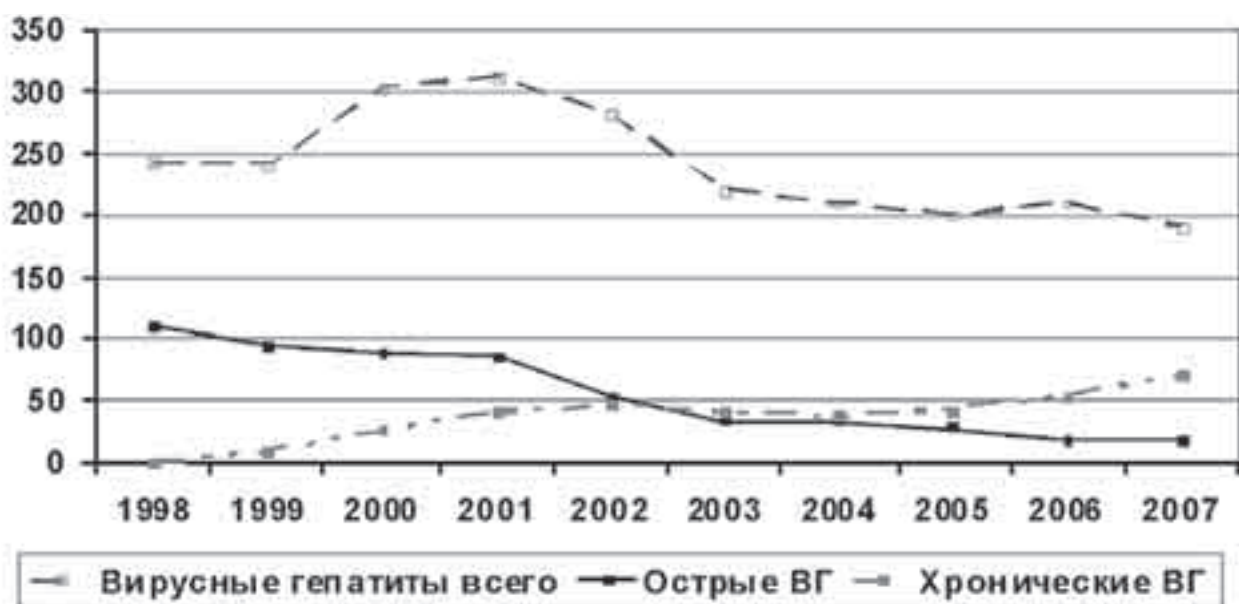


Рис. 1. Динамика заболеваемости вирусными гепатитами населения Красноярского края в 1998–2007 гг.

27,21, Ужурский – 35,11, Уярский – 22,12, Канский – 14,99 (рис. 2).

Уровень заболеваемости гепатитом В определяет взрослое население (показатель – 6,3 случая на 100 тыс.), которое болеет в 5,2 раза чаще детей (0,9 на 100 тыс. населения).

Произошли изменения в возрастной структуре острого гепатита В.

В 1998–2002 гг. на долю детей в возрасте до 14 лет приходилось 10,5% от общего числа больных, в 2003–2007 гг. – 6,7% (снижение в 1,6 раза), в показателях на 100 тыс. населения заболеваемость снизилась в 4,9 раза (18,2 и 3,7 соответственно).

В связи с возможностью передачи вируса гепатита В от матери новорожденным очень важно знать, как болеют дети до 1 года. Показатель заболеваемости детей до 1 года снижается. В 2007 г. благодаря иммунизации новорожденных в родовспомогательных учреждениях заболеваемость среди детей данного возраста не регистрировалась.

Эпидемический характер распространения парентеральных вирусных гепатитов определяется внутривенной наркоманией, возрастающим значением полового пути передачи, а также погрешностями при медицинских манипуляциях.

Вирус гепатита В, как возможно и возбудители других гемотрансмиссивных инфекций (гепатита С, ВИЧ), получил возможность широкого распространения за счет внутривенных видов наркомании.

Широкое распространение инфекции в наиболее сексуально активных молодых возрастных группах предопределило резкое повышение значимости полового пути передачи инфекции.

По данным Роспотребнадзора в 2007 г. от общего числа случаев с установленными причинами заболеваний инфицирование вирусным гепатитом В, связанное с употреблением наркотиков, составило 29,4%, половым путем – 21,0%, обусловлено инфицированием в учреждениях здравоохранения – 17,8%, прочие причины – 31,5% (рис. 3).

В целом, при анализе путей передачи за 2007 г. установлено, что у 41,1% заболевших ВГВ в анамнезе единичные манипуляции в поликлиниках, диспансерах, МСЧ и прочих учреждениях; в 23,5% – лица, получившие множественные манипуляции в поликлиниках и диспансерах; 29,4% – лица, которым производились операции и манипуляции в стационарах без гемотрансфузии.

Причинами распространения вирусного гепатита В в лечебно-профилактических учреждениях являются нарушения правил предстерили-

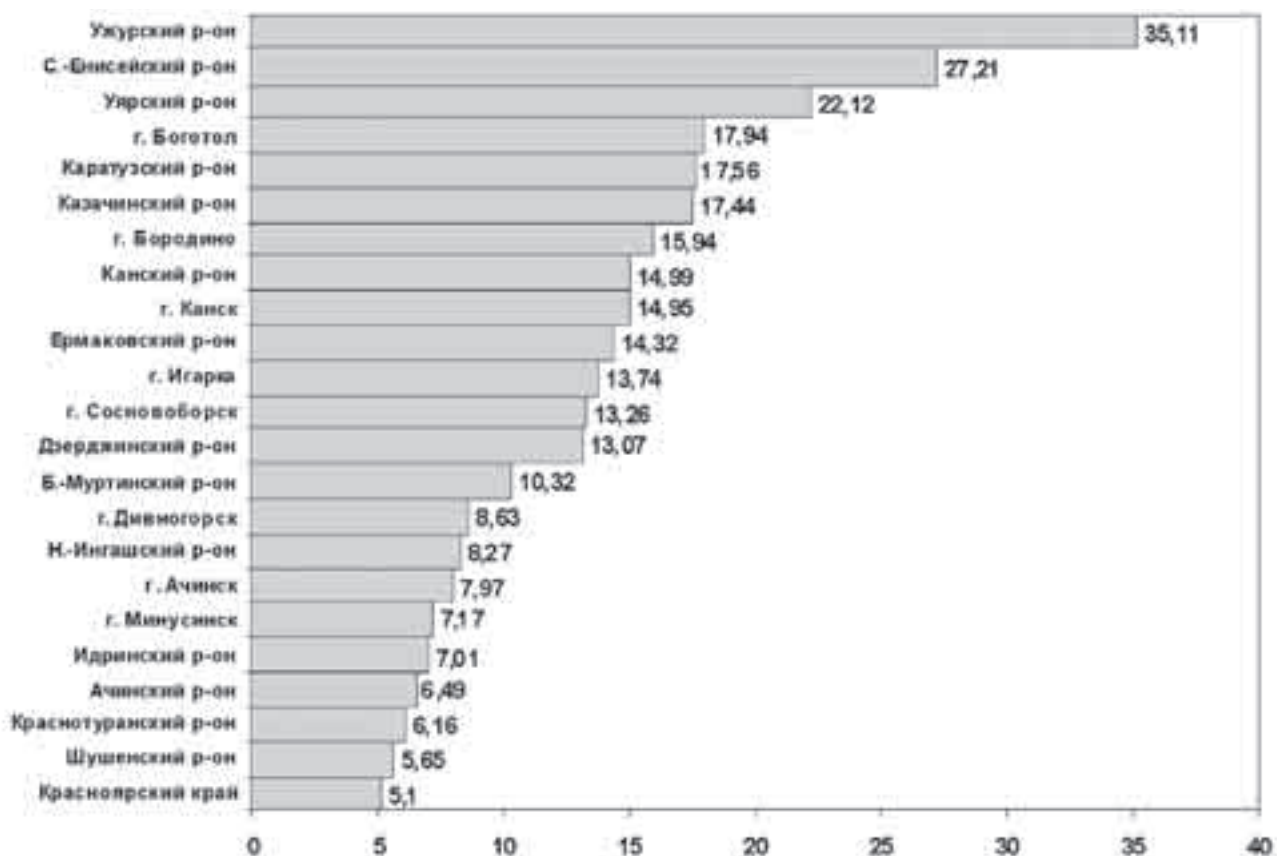


Рис. 2. Ранговое распределение заболеваемости острым вирусным гепатитом В по территориям «риска» Красноярского края (2007 г.)

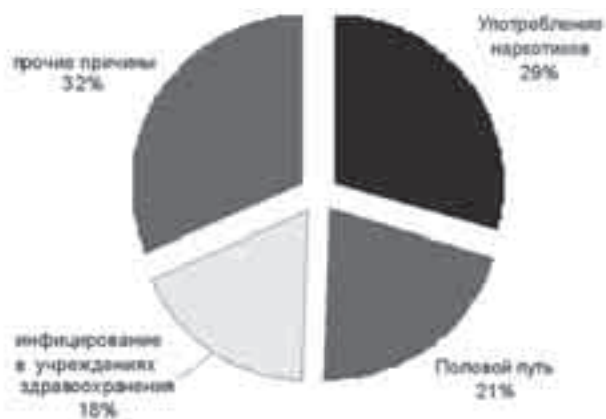


Рис. 3. Причины инфицирования вирусным гепатитом В в 2007 г. (данные Роспотребнадзора)

зационной обработки медицинского инструментария, а также обработки медицинской аппаратуры, дезинфекционного режима, что подтверждается данными лабораторного контроля.

Удельный вес смывов, не отвечающих гигиеническим нормативам по бактериологическим показателям качества текущей дезинфекции, составил 1,9%.

Заболеваемость острым вирусным гепатитом С выраженной тенденции к снижению не имеет.

Максимальные показатели регистрировались в 1999 г. – 17,9 случаев на 100 тыс. населения, в течение 2002–2006 гг. заболеваемость стабилизировалась на уровне усредненного показателя – 4,4 случая на 100 тыс. населения. В 2007 г. отмечено некоторое снижение заболеваемости

до 3,76 случая на 100 тыс., среднероссийский показатель – 3,57.

Неблагополучными по заболеваемости острым гепатитом С в 2007 г. были: город Бородино – 10,5 случаев на 100 тыс. населения, районы – Боготольский – 17,1, Дзержинский – 12,51, Козульский – 10,69, Северо-Енисейский – 18,0, Ужурский – 11,5, Уярский – 17,04, Шушенский – 13,96, Ачинский – 13,04 (рис. 4).

Гепатитом С болеет преимущественно взрослое население, на долю которого приходится 93,74% случаев заболеваний, детское население составляет до 6,2%.

Уровень заболеваемости взрослых в 2,9 раза превышает заболеваемость детей и подростков, усредненный показатель 4,57 случаев на 100 тыс. населения против 1,58 случаев среди детского населения.

Опасность заболеваний острым гепатитом С определяется формированием в 50,0% случаев осложнений в виде хронических гепатитов, с последующим развитием цирроза и первичного рака печени.

Частота хронических гепатитов, отражая распространение инфекции в прошлом, тенденции к снижению не имеет.

С момента начала регистрации в 1999 г. заболеваемость хроническими вирусными гепатитами непрерывно возрастает, в 2007 г. показатель достиг 70,4 случая против 8,5 в 1999 г.

В структуре хронических гепатитов преобладает хронический гепатит С – 73,8%, хронический гепатит В составляет 24,7% (2007 г.)

Заболеваемость хроническим гепатитом В в сравнении с данными начала регистрации (1999 г.) увеличилась в 4,5 раза, в 2007 г. уровень заболе-

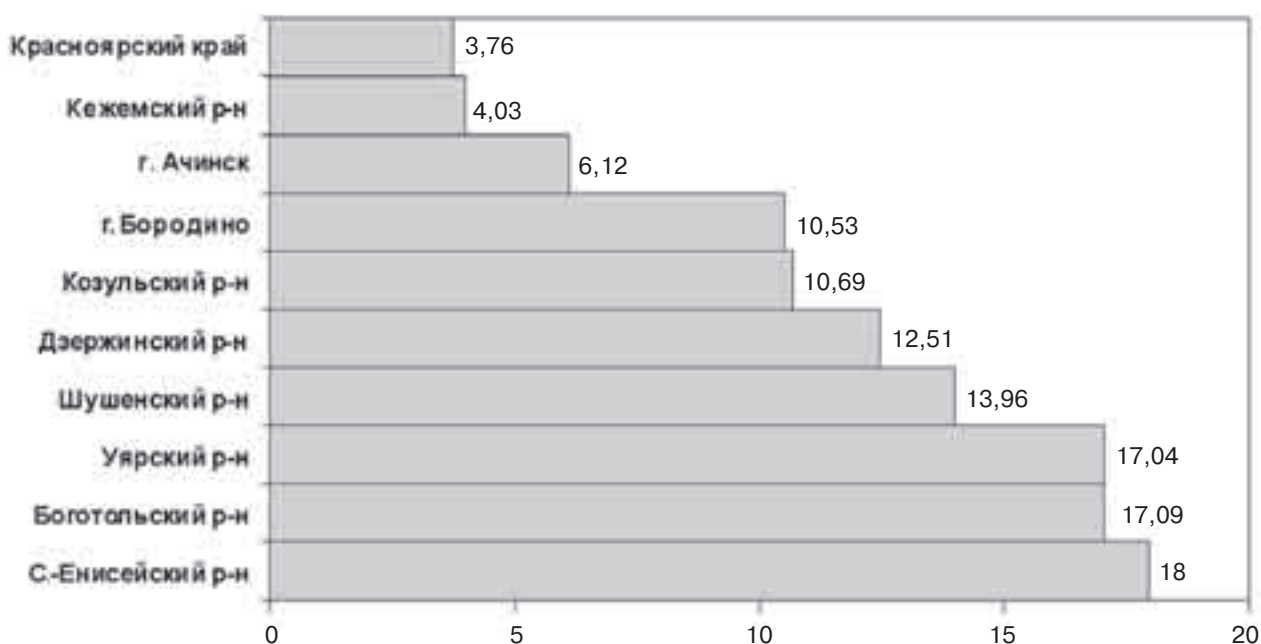


Рис. 4. Ранговое распределение заболеваемости острым вирусным гепатитом С в Красноярском крае (2007 г.)

ваемости достиг показателя 17,4 на 100 тыс., среднероссийский показатель – 14,0.

Заболеваемость хроническим гепатитом С в сравнении с периодом начала регистрации возросла в 11,5 раз, в 2007 г. показатель достиг значения 52,0 случая на 100 тыс. и на 40,5% превысил уровень среднероссийского показателя – 37,01 случая.

Высокие уровни заболеваемости хроническими вирусными гепатитами в значительной степени определяются распространением инфекции среди подростков и лиц молодого возраста, употребляющих наркотики, а также инфицированием медицинских работников за счет контактов с кровью и другими биологическими субстратами.

С 2002 г. сохраняется тенденция снижения уровня носительства вируса гепатита В, в 2007 г. носительство гепатита В составляло – 24,6 случая на 100 тыс. населения против 113,5 в 2001 г., среднероссийский показатель – 42,66.

В динамике носительства вируса гепатита С положительной тенденции не прослеживается, усредненные показатели 1998–2002 гг. – 76,18, 2003–2007 гг. – 92,8 на 100 тыс.

По социальным последствиям, влиянию на демографический и экономический потенциалы края заболеваемость вирусными гепатитами В и С, равно как и заболеваемость ВИЧ-инфекцией, в группе социально значимых заболеваний относится к числу приоритетных и требует принятия комплексных мер по ее стабилизации.

С апреля 2006 г. в рамках Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения началась массовая иммунизация против гепатита В.

По состоянию на 01.01.2008 г. каждый третий житель края был охвачен профилактическими прививками против гепатита В, всего в крае было привито 803 505 человек – 30,3% всего населения; 30 муниципальных образований края (50,0%) закончили иммунизацию 2007 г. (таблица).

В 2008 году было освоено 70% полученных доз вакцины вирусного гепатита.

Ограниченность финансовых средств не всегда позволяла осуществлять скрининг населения на вирусные гепатиты В и С, в том числе угрожаемых контингентов – медицинских работников, беременных, подростков, отчего за последние годы многие живут с гепатитом и не знают о состоянии своего здоровья.

Неблагополучная ситуация в плане диагностики складывается среди детского населения. Выявляемость парентеральных гепатитов среди детей по краю в 2007 г. составила 115 чел., что не отражает реальной ситуации по заболеваемости и является следствием низкого охвата населения диагностикой.

По состоянию на 2006–2008 гг. объем диагностических исследований на парентеральные вирусные гепатиты значительно отстает от плановых показателей. Учитывая расчетные значения, на территории края ежегодно необходимо тестировать в 5–7 раз большее число лиц (до 580 тыс. чел в год на гепатит В и столько же на гепатит С).

В проведении противовирусной терапии в настоящее время нуждаются 2170 чел. из 9839 больных, состоящих на диспансерном учете с диагнозом вирусный гепатит. В рамках Национального проекта лечение получают 315 чел., т.е. 14% от числа нуждающихся. Из личных средств граждан, по данным фирм «Хофман ля Рош», «Шеринг Плау» и СПИД-центра, лечение осуществляют 105 чел.

Сложившаяся проблема требует решения вопроса о выделении финансовых средств на лечение социально незащищенных контингентов населения, что является логичным продолжением работающих в крае региональных социальных программ: «Демография», «Детство», «Семья».

Данные эпидемиологического анализа, рост наркомании, увеличение полового пути передачи требуют реализации на территории Красноярского края Национального проекта в сфере здравоохранения и краевой целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями» на 2008–2010 гг., направленных на увеличение охвата населения дополнительной иммунизацией, обеспечение современного уровня диагностических исследований и лечебных мероприятий при ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитах, развитие информационно просветительской работы в целевых группах и среди общего населения.

Исходя из складывающейся эпидемической ситуации по вирусному гепатиту В в качестве приоритетных следует определить следующие стратегии:

Показатели иммунизации населения против вирусного гепатита В в Красноярском крае в 2002–2007 гг.

Показатели	2007 г.	2006 г.	2005 г.	2004 г.	2003 г.	2002 г.	Нормативный уровень
Вакцинация всего, в том числе:	30,3	21,7	13,7	11,2	8,8	6,6	
в 12 месяцев	98,6	98,2	98,0	97,5	97,6	96,4	95,0
в 24 месяца	99,4	99,1	98,7	98,8	96,5	86,1	95,0
в 1–17 лет	98,8	96,8	60,3	47,1	35,4	22,8	95,0
в 18–55 лет	33,0	9,9	2,0	1,5	1,2	1,0	95,0

1. Снижение к 2010 г. заболеваемости вирусным гепатитом В до уровня не более 3,0 случая на 100 тыс. населения, ликвидация носительства среди детей первых лет жизни.

2. Обеспечение качественных показателей иммунизации населения против гепатита В в рамках реализации Приоритетного национального проекта «Здоровье» и рекомендаций МЗ РФ — довести массовую иммунизацию взрослого населения, в том числе старше 35-летнего возраста, до 90%, в возрасте до 55 лет — не менее 50,0%.

3. Обеспечение проведения диагностических исследований на парентеральные вирусные гепатиты до рекомендуемого охвата — 20,0% населения края.

4. Определение мер социальной поддержки больным вирусными гепатитами, нуждающимся

в противовирусном лечении с учетом клинико-эпидемических и социальных показаний в рамках принятых краевых социальных программ или принятия дополнительных.

5. Разработку и внедрение в работу КИЗ и КЦ СПИД автоматизированных программ клинико-эпидемиологического мониторинга за парентеральными вирусными гепатитами в крае.

6. Продолжение работы по обеспечению безопасности гемотрансфузий за счет достижения 100%-ной карантинизации донорской крови, ее компонентов, внедрения современных молекулярно-генетических методов диагностики.

7. Информационно-просветительская работа с территориями края о возможностях профилактики, диагностики и лечения парентеральных вирусных гепатитов.

## ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ

**29.06.2009. Бурятия. Zabinfo.RU.** 130 молодых людей, работающих по профилактике ВИЧ-инфекции, из всех районов Республики Бурятия, а также представители Забайкальского края, занимающиеся профилактикой ВИЧ-инфекции, встретились в располагающемся на озере Байкал спортивно-оздоровительном лагере «Ровесник». Как сообщает ИРА «Восток-ТелсИнформ», в течение трех дней ребята проходили обучение в мастер-классах, которые давали специалисты СПИД-центра, а также по уже доказавшей свою эффективность программе «Равный обучает равного». Одним из показателей, в который ребята внесли свой вклад, является то, что в начале эпидемии Бурятия была на втором месте после Иркутска по темпам прироста СПИДа в Сибири, теперь она находится на восьмом. Слет волонтеров завершился костюмированным прощальным костром, фейерверком и балом-маскарадом, на котором обязательным атрибутом каждого участника стала красная ленточка — всемирный символ борьбы со СПИДом и знак солидарности с людьми, живущими с ВИЧ-инфекцией.

**28.06.2009. Грузия. AIDS.ru, по материалам GHN.** В грузинской столице Тбилиси 26 июня спортивными соревнованиями и концертом завершилась информационная кампания «Вместе к безопасному будущему», проходившая в течение 5 недель, передает GHN. Кампания проводилась для детей и подростков. Целью мероприятия являлось внедрение здорового образа жизни и распространение информации о профилактике СПИДа. В веселых спортивных соревнованиях и викторинах участвовали более 300 учеников 21 школы Тбилиси и почти тысяча болельщиков. В кампании активно участвовали дети с ограниченными возможностями. Для подростков с проблемами слуха и зрения был подготовлен специальный информационный материал и проведены спортивные игры. Кампания проходила при поддержке Программы развития ООН (UNDP) при сотрудничестве с Детской федерацией Грузии, молодежной сетью «Ювенко» и Федерацией по стрельбе из лука. Кампания проходила в рамках расширенной инициативы Программы развития ООН, которая оказывает помощь правительству Грузии в сфере профилактики ВИЧ.

**28.06.2009. Германия. POZ.ru.** Ученые из Европейской лаборатории молекулярной биологии (EMBL) и Университетской клиники Гейдельберга (Германия) смогли создать трехмерную реконструкцию ВИЧ, которая демонстрирует

структуру незрелого вируса в беспрецедентных деталях. Об этом сообщает «Medical News Today». Незрелый ВИЧ является предшественником вируса, который может инфицировать новые клетки и приводить к развитию СПИДа. Исследование было опубликовано в журнале PNAS, и в нем описывается, как белковая оболочка, в которой находится генетический материал вируса, собирается внутри человеческой клетки. Препараты, которые смогли бы блокировать этот процесс сборки оболочки и предотвратить созревание вируса, считаются одним из самых многообещающих подходов в лечении ВИЧ-инфекции. ВИЧ состоит из молекулы РНК, которая содержит генетическую информацию о вирусе и заключена в защитную белковую оболочку с несколькими слоями. Во время инфицирования клетки вирус внедряет свой генетический материал в клетку человека и перепрограммирует клетку, заставляя ее генерировать новые копии вирусного генома, а также производить вирусный белок, который называется gag. В незрелой форме вируса многочисленные копии gag взаимодействуют друг с другом, чтобы сформировать почти шарообразную сетку вокруг генетического материала вируса. Затем вирус покидает клетку с помощью клеточных белков и инфицирует новые клетки. Группа ученых использовала в своем исследовании новый метод, который называется криоэлектронной томографией. На настоящий момент, этот метод позволил реконструировать трехмерные изображения незрелой сетки gag самого высокого качества. Результаты предполагают, что формирование ВИЧ в человеческой клетке происходит довольно просто: многочисленные белки gag взаимодействуют друг с другом, чтобы сформировать гексаметрическую сетку, которая растет и постепенно включает в себя все новые белки. На следующих этапах gag связывается с ферментом, который позволяет оболочке вируса перейти в зрелую, инфекционную форму. Сейчас ученые работают над еще более четким изображением белковой оболочки, которая бы включила больше подробностей о «сборке» и созревании вируса. В дальнейшем такая информация позволит найти новые слабые места в строении вируса, которые можно атаковать с помощью новых препаратов. Криоэлектронная томография — это техника, в ходе которой образец замораживается в своем естественном состоянии, а затем изучается с помощью электронного микроскопа. Изображения получаются с самых разных углов, а затем их можно собрать вместе в очень достоверную трехмерную компьютерную модель.



Людмила Рузаева:

## «Я признательна каждому человеку с ВИЧ, открыто говорящему о своем статусе»

*У главного врача центра по профилактике и борьбе со СПИДом и другими инфекционными заболеваниями Красноярского края Людмилы Александровны РУЗАЕВОЙ есть взрослая дочь и внук, но где-то в глубине души она считает своими детьми всех, за кого несет ответственность, а это 2 миллиона и почти 900 тысяч человек — все население края.*

*«В определенной степени, обостренное чувство личной ответственности — это характеристика людей моего поколения, — признается она. — Видимо, понимание того, что у всего есть свои причины приходит с жизненным опытом. Для меня, например, секс-работницы, стоящие вдоль магистралей, — это не абстрактное зло, каким их видят многие, а конкретные люди с конкретными проблемами. Ведь это тоже наши дети».*

*Сегодня Л.А Рузаева делится своими мыслями с читателями нашего журнала.*

### **СПИД-центр начинается с инициативы**

Первые сообщения о ВИЧ-инфекции общество восприняло как далеко грохочущий гром. И хотя по всему миру уже говорили о новой «чуме», во многих странах были зафиксированы случаи ВИЧ-инфекции, психологически мы не были готовы к приходу эпидемии в Россию. Понимание того, что проблема СПИДа рано или поздно возникнет и значимость ее будет велика, было только у медицинских работников. В 1989 году по инициативе Минздрава СССР было принято решение о создании СПИД-центров во всех административных единицах РФ, в том числе и в Красноярском крае.

В то время я, выпускница факультета санитарной гигиены Иркутского медицинского института, уже имела 16-летний стаж работы в системе санитарно-эпидемиологической службы края. В Красноярске, куда меня направили по распределению после института, я работала сначала заведующей санитарно-противоэпидемическим отделом санэпидемстанции на водном транспорте, затем заместителем главного санитарного врача города, а позже — края. В 1990-м году мне предложили проявить инициативу в создании СПИД-центра и стать его главврачом.

И вот уже почти 20 лет я работаю в этой должности.

Но вернемся в 1990 год. Тогда по штатному расписанию нам полагалось иметь 11 человек. На самом же деле нас было сначала пятеро, потом семеро (для сравнения: сейчас у нас в штате 194 сотрудника). Хотя мы стояли в самом начале пути, у нас уже было понимание, что эпидемия только начинает развиваться и надо быть готовыми ко всему.

В период «затишья перед бурей» мы активно занялись подготовкой почвы для работы: открыли клинко-эпидемиологическое отделение по иммунизации населения (исходя из того, что рано или поздно ВИЧ-инфицированным людям тоже нужно будет вакцинироваться), взяли на себя организационно-методическую работу по профилактике внутрибольничных инфекций, по созданию в ЛПУ диагностических бактериологических лабораторий, по подготовке и организации работы эпидемиологов. На нас была возложена координация обеспечения ЛПУ края иммунобиологическими препаратами.

Когда начали появляться первые пациенты, для подтверждения диагноза мы вынуждены были отправлять их в Российский центр, но мы



уже работали над созданием собственной лабораторной базы для проведения всех исследований на месте. К началу 1992 года было открыто отделение ИФА-исследований, мы пытались доступными в то время методами проводить оценку функции иммунной системы. Чуть позже появилось отделение общеклинических и бактериологических исследований. В 1993 году из Федерального центра пришло сообщение, что мы уже можем ставить диагноз самостоятельно, без их подтверждения. Ну а уже в 1994 году наш центр получил дополнительные площади, благодаря чему удалось завершить формирование лаборатории, теперь в ее состав входили отделения иммуноферментных, иммунологических, общеклинических, биохимических, бактериологических исследований. Позже, в 2003 году к ним добавилось еще отделение молекулярно-генетических исследований. Так, со временем наша лаборатория превратилась в «институт», как назвал ее наш мэтр, академик-иммунолог Кирилл Павлович Кашкин, побывавший у нас с циклом лекций. Со временем мы оснастились автоматическими анализаторами для проведения ИФА-исследований (сейчас у нас их три), проточными цитофлуориметрами, автоматическими анализаторами для иммуноблоттинга, биохимическими и гематологическими анализаторами, аппаратами для молекулярно-генетических исследований, секвенирования нуклеиновых кислот. Сегодня в номенклатуре 240 видов исследований, за год мы выполняем более 700 тысяч исследований.

Все это стало возможным благодаря административной поддержке нашего учреждения управлением здравоохранения края, депутатским корпусом, выделением программного целевого финансирования.

Но нам есть чем похвастаться и помимо технического оснащения. Не без гордости скажу, что специалисты нашего центра — это достояние здравоохранения края. В подготовку кадров

вкладывалось и вкладывается немало сил и средств. Наши инфекционисты проходят обучение на базах Института иммунологии РАМН, Московского НИИ эпидемиологии, Санкт-Петербургской МАПО, участвуют в зарубежных стажировках, международных конференциях и семинарах.

И то, что вкладывается в подготовку кадров, сегодня возвращается высокой оценкой работы нашего центра. Конечно, мне как руководителю всегда приятно слышать хорошие отзывы о работе наших специалистов, об их квалификации. Мнение наших инфекционистов очень важно для практикующих врачей региона, к их опыту обращаются специалисты уважаемых клиник краевого центра. Я испытываю гордость за своих коллег, за нашу команду, а это: Ганкина Наталья Юрьевна, Опейкина Наталья Николаевна, Ольховский Игорь Алексеевич, Шакина Наталья Александровна, Двоеконко Альбина Анатольевна, Бизюкова Галина Васильевна, Малышева Марина Александровна, Татьяна Елен Анатольевна, Шмидт Анатолий Рудольфович, Шевченко Нелли Михайловна, Косяченко Татьяна Александровна, Картавец Юрий Яковлевич и многие другие.

Сила нашего коллектива в том, что мы все горим своим делом. Сегодня мы можем обеспечить адекватную помощь тем, кто в ней нуждается. Мы научились быть для наших пациентов не просто врачами, но и своеобразными «маячками» — примерами для подражания, огоньками, которые указывают им путь по жизни. Так что, наверное, годы работы не проходят зря...

#### **У эпидемии свои законы**

В начале 90-х, когда во всех регионах начали регистрироваться случаи ВИЧ-инфекции, наше государство не обратило внимания на опыт других стран в проведении профилактической работы и акцент был сделан в большинстве своем на выявление заболевания, а не на его предупреждение. То есть те возможности, которые можно было использовать для предотвращения развития эпидемии, мы не использовали. Внед-





рение целевых программ, финансирующих мероприятия по борьбе с распространением ВИЧ началось в нашем крае в 1998-м году. Но все-таки, средств для масштабной профилактической деятельности было недостаточно, мы не могли справиться с эпидемией только своими силами, а другие структуры еще не были включены в процесс.

Результат не заставил себя ждать — 2000 и 2001 годы стали для нас «рекордными» по числу положительных результатов. Тогда в наш город наркотики текли отовсюду и 90–95% случаев передачи вируса происходило при использовании нестерильного инструментария. Нередки были случаи обращения в центр подростков 14–15 лет, школьников. Сколько было с этим проблем! Как сказать ребенку, что у него ВИЧ? Как сказать его родителям? С одной стороны надо было поддерживать ребенка, а с другой — обсудить случившееся с родителями. Сложные ситуации, сложные судьбы.

Одна из таких типичных ситуаций: дети вступают в брак. Они оба заканчивают университет, к их ногам брошены все возможности родителей, проходит шикарная свадьба, впереди блестящее будущее, они собираются рожать ребенка и тут мужчина сдает анализ и у него выявляется ВИЧ. «Что? Как? Почему?» Вся жизнь рушится, как картонный домик. Счастье, если спасает любовь, но нередки и другие исходы...

Человек, живущий с ВИЧ, понимает, что все скоро может закончиться и, как правило, старается не думать об этом, замыкается в себе. Нередко врачам приходится вместе с пациентами проживать тяжкие периоды депрессии, срывы.

Слава богу, бывают и другие примеры: человек с ВИЧ поступает в университет, работает, активно участвует в общественной работе, становится аутрич-работником или человеком с открытым статусом и включается вместе с нами в борьбу.

К счастью, сейчас случаи инфицирования среди школьников регистрируются крайне редко. Если раньше молодежь по 10–12 человек собиралась вокруг одной плошки, в которой варился наркотик, кололись одной иглой, и вирус от одного человека передавался еще десятерым,

то сейчас меняется и «субкультура» употребления наркотика, и сами наркотики — на смену героину пришли таблетки, «кислота». На пике заболеваемости в крае начала работать программа «Снижение вреда от наркотиков». К этому проекту можно относиться по-разному, но мы придерживаемся мнения, что он нам помогает.

В 2004-м году, с приходом в Красноярский край проекта «ГЛОБУС», краевой СПИД-центр и общественная организация «Мы против СПИДа» взяли на себя координацию информационных кампаний в СМИ. Тогда на тему ВИЧ/СПИДа много говорилось, писалось, снималось — у СМИ еще был интерес к этой казавшейся тогда сенсационной теме. Пикантность излагаемого подогревала интерес населения — люди более активно приходили на тестирование, интересовались, задавали вопросы. Было и много паники. Люди звонили и спрашивали: «Я брался за ручки в вашем центре, вдруг у меня теперь СПИД?..» Со временем процесс восприятия информации о ВИЧ стал более взвешенным. Сейчас люди в большинстве своем знают, как передается вирус, могут сами анализировать случающиеся с ними ситуации, оценивать риски. Добровольных обращений гораздо меньше, чем в предыдущие годы, хотя общее количество проводимых тестирований растет. Только за прошлый год мы обследовали на ВИЧ почти 620 тысяч человек, что составляет 21,4% всего населения края.

Профилактические программы, реализуемые в крае, позволили существенно снизить уровень заболеваемости ВИЧ среди молодежи 14–25 лет, но, к сожалению, это не означает, что случаев ВИЧ-инфекции регистрируется меньше, просто эпидемия уходит в более старшие возрастные группы. В связи с этим наша главная задача сейчас — найти подходы, пути донесения информации до этой труднодоступной категории. Но самая большая сложность даже не это, а то, что тут не достаточно просто донести информацию, повесить баннер или дать прочитать брошюру — тут уже приходится иметь дело со сложившимся мировоззрением, а это требует







проведения индивидуальной работы, коррекции поведения.

Если говорить сухим языком цифр, то на начало июня у нас зарегистрировано 10 214 случаев ВИЧ-инфекции. С этим показателем Красноярский край занимает четвертое место среди регионов Сибирского федерального округа. Стоит отметить, что наличие в соседях такого региона, как Иркутская область, заставляет нас всегда быть предельно собранными, ведь границы расчерчены только на карте, эпидемия их не признает.

За прошедший 2008 год на территории края выявлено 1545 новых случаев ВИЧ-инфекции. Это на 36% больше, чем в предыдущем 2007-м. В последнее время мы ежемесячно выдаем 130–170 положительных результатов. Стоит отметить, что рост выявляемости инфекции связан не только с особенностями эпидемического процесса, но и с расширением охвата населения тестированием на ВИЧ, которому способствует возможность бесплатного диагностирования, предусмотренная Приоритетным национальным проектом «Здоровье».

Что касается географии распространения эпидемии, то вирус распространяется неравномерно: 82,0% от всей заболеваемости ВИЧ-инфекцией в крае приходится всего на 5 административных территорий (Норильск, Красноярск, Лесосибирск, Енисейский и Уярский район) из входящих в состав края 51 район. Есть у нас и «стойкие оловянные солдатики» — два района, где не зарегистрировано ни одного случая ВИЧ.

Достаточно большой процент случаев (22,9%) приходится на людей, находящихся в местах лишения свободы. Естественно, мы следим за тем, чтобы и их конституционные права выполнялись, и они своевременно получали надлежащее лечение. Проект «ГЛОБУС» и Приоритетный национальный проект «Здоровье» позволили нам в прошлом году обеспечить антиретровирусной терапией всех нуждающихся в лечении, в том числе, заключенных. Всего в рамках этих проектов лечение получают 935 пациентов.

Тем не менее смертность среди людей, живущих с ВИЧ, на территории края растет. Только за прошлый год мы потеряли 161 человека. Конечно, причиной большинства смертей ЛЖВ становится не СПИД. Только 91 человек из 753, погибших за всю историю регистрации эпидемии, на момент смерти находился на последней стадии заболевания.

### Особые дети

Хотя самым распространенным путем передачи ВИЧ-инфекции по-прежнему остается парентеральный наркотический, год от года растет число лиц, заразившихся ВИЧ при незащищенном половом контакте (28% по показателям прошлого года). Поэтому все чаще жертвами беспечных межполовых отношений становятся женщины. Это приводит к высокому уровню распространения ВИЧ-инфекции среди беременных женщин (около 1%). С каждым годом у нас все больше ВИЧ-позитивных женщин решаются рожать. Только в прошлом году на свет появилось 184 малыша.

К сожалению, не для всех мамаш рождение ребенка становится безусловной радостью. Сейчас у нас немало отказных детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами. Мы узнаем их статус только через 1,5–1,8 года, и для многих матерей это ожидание оказывается слишком долгим. Иногда поражает, насколько же мать боится, что ее ребенок будет инфицирован, раз это становится поводом для отказа от своего ребенка.

Встречи с матерями, к сожалению, получаются у нас редко, потому что, как правило, мы их не видим, — они оставляют ребенка просто на пороге и скрываются. Потом еще руководству Дома ребенка долго приходится искать такую мать, чтобы получить ее официальный отказ от сына или дочки. Это делается для того, чтобы





дети впоследствии могли быть устроены в семьи, в противоположном случае их ждут большие проблемы. Получить отказ от матери бывает очень трудно, даже если ее удалось разыскать. Потому как в момент, когда она оставляет ребенка, ей кажется, что она вернется за ним позже, что это не навсегда. «Вот решу свои жизненные проблемы и вернусь», — уверяют многие.

Был у нас случай с 8-месячным ребенком. Сложная жизненная ситуация: какое-то время он жил с матерью и 80-летней бабушкой, но потом мать отдала его в Дом ребенка, думая, что обязательно заберет его как только будет работа, деньги. Но, видно, этого так и не случилось и этот мальчик остался в Доме ребенка. Видимо, на каком-то подсознательном уровне он уже привык жить в семье, с мамой и потому, когда кто-нибудь заходил в группу, он сразу загорался, смотрел, кто пришел, а потом вдруг сникал — не мама! Сейчас этому ребенку 5 лет, он находится в детском доме, готовится к школе и в нем уже нет того ожидания.

Давно идет спор о том, нужно ли отделять ВИЧ-инфицированных детей в отдельные дома или пусть они растут вместе с остальными. Тема на самом деле очень сложная. На мой взгляд, для инфицированных детей лучше, если они будут ассимилированы — так им проще будет адаптироваться к будущей жизни. Отдельный разговор о детях, живущих в детских домах. Когда они повзрослеют и увидят свои проблемы, это может привести к формированию какой-то своей группы. Возраст 12–13 лет сложный с точки зрения тинейджерских экспериментов, и трудно сказать каков будет эксперимент у этих детей, но, вероятнее всего, он будет происходить в стенах того же детского дома. Мне кажется, мы пока мало задумываемся над тем, каким должен быть психологический подход к воспитанию этих детей. Как дать им понимание своего диагноза? Как в дальнейшем это скажется на жизни всего детского дома? Это серьезный вопрос.

Еще в 2005 году в одном из Домов ребенка Красноярского края была создана специализированная группа, в которую попадают дети с по-

ложительным ВИЧ-статусом. Во многом это была наша инициатива. Можно сказать, что появление этой группы стало для нас определяющим, новой вехой в истории СПИД-центра. Поначалу мы решали организационные задачи. Персонал Дома ребенка — это нянечки, медсестры, которые ничего не знали о ВИЧ и, естественно, сами боялись заразиться, боялись заражения других детей. Возникло множество вопросов: «А что будет, если я такого ребенка поцелую? А если он порежется? А если то, а если се?» Прежде чем коллектив Дома ребенка поверил, что можно не беспокоиться за свою безопасность, мы провели несколько встреч. Рассказывали, показывали, объясняли. Сыграл свою роль, конечно, и материальный стимул — сразу была введена доплата.

Скажу честно, что для меня ВИЧ-плюсики — самые красивые, особые дети. Вы посмотрите в их глаза, понаблюдайте за их поведением. Они еще маленькие и многого не понимают, но на инстинктивном уровне уже цепляются за жизнь! Конечно, может быть, я их идеализирую, смотрю на них другими глазами, но каждый раз, проходя в Дом ребенка и встречая их взгляды, невольно задумываюсь: «Какая судьба ожидает каждого из них? Как сложатся их жизни? Насколько они будут продолжительными?»

Шесть лет назад в наших душах родилось желание хоть как-то скрасить жизнь малышей, оставшихся без попечения родителей. Конечно, без финансовой поддержки частных фирм мы ничего не смогли бы сделать, тогда мы стали искать спонсоров. На наш призыв откликнулись представительства медицинских компаний, частных фирм города. К их чести надо признать, что мы быстро нашли в их лице как чисто человеческое понимание, так и здоровый прагматизм — они поняли, что это не разовая помощь, и придется работать с нами и дальше. И вот на протяжении уже пяти лет мы организовываем праздники для ребятишек из Дома малютки, детского дома и для детей с ВИЧ, чьи семьи оказались в тяжелой материальной ситуации. С каждым годом стараемся делать акции все



масштабнее и интереснее для ребятшек. В этом году мы даже придумали для них названия: «Весенние плюсики» и «Новогодние плюсики». «Весенние плюсики» — это Пасха, а «Новогодние плюсики» — это, конечно же, Новый год. Это такие два праздника, когда особенно хочется чувствовать семью, и мы делаем все для того, чтобы создать семейную атмосферу.

В этом году на Пасху мы приехали к детям не просто с подарками и сладостями, как обычно, но и привезли с собой детскую группу православной школы и детский хор «София». Они представили ребятам духовные песнопения и мини-спектакль о посещении церкви. Мне было важно понять, насколько дети это поймут, насколько проникнутся. В прошлом году им уже рассказывал о светлом празднике Пасхи настоятель церкви. Тогда еще не все дети поняли многие вещи, может быть, в силу возраста, но мне хотелось бы развивать эту тему дальше. Сейчас мы подарили Дому ребенка Библии и обратились к старшим ребятам с просьбой читать их для младших.

Естественно, когда мы организуем подобные акции в Доме ребенка или Доме малютки, мы не выделяем только ребят с ВИЧ-инфекцией — и подарки, и внимание взрослых достаются всем поровну. Нельзя, чтобы это стало причиной выяснения между детьми, почему кого-то любят больше, а кого-то меньше.

До сих пор я очень боюсь, когда у детей начинают возникать вопросы. Например, почему у них все время берут кровь? Конечно, детей водят в медпункт, откуда они возвращаются с ватками, перевязанными ручками, и старшие, наверняка, обращают на это внимание. К счастью, пока никто из них не спрашивает об этом открыто. Думаю, это заслуга персонала.

### **Общественные организации**

Общественные СПИД-сервисные организации — это тоже мои дети. У меня никогда не было сомнений в том, что мы должны всячески помогать и поддерживать их. И где бы мне ни приходилось выступать — в законодательном собрании или на каких-то других официальных мероприятиях — я всегда говорю о важности общественного движения.

Когда мы создавали первое молодежное объединение — «Мы против СПИДа», это была действительно инициатива врачей СПИД-центра. Было много отрицательных высказываний, чаще всего организацию называли «карманной». Да, может быть, карманная, но только в том смысле, что мы очень тесно сотрудничаем в решении наших общих задач, но при помощи каких средств — тут каждый решает за себя. Я не лезу в их финансирование, потому что мне это неинтересно, зато интересны их возможности, их энтузиазм.

Я очень признательна Канадскому проекту, где акцент был сделан именно на развитие об-

щественных организаций. Это нам здорово помогло и послужило фундаментом развития общественного движения в крае.

Сейчас у нас только на территории Красноярска действуют две крупные СПИД-сервисные организации: «Мы против СПИДа», которая занимается, в основном, профилактическими программами, крупными городскими акциями, и организация «Чистый взгляд», взявшая на себя непосредственно помощь людям, живущим с ВИЧ. Несмотря на то, что не столь многочисленны их ряды, я ощущаю их твердость, их позицию, их участие, их инициативу. Они приходят и спрашивают: «Как Вы считаете, а может нам сделать это, а может то?» Каждый раз, когда мы общаемся, возникают какие-то интересные идеи. И это не «карманность», как некоторые пытаются представить, это и есть то самое взаимодействие между общественной организацией и СПИД-центром, между врачом и пациентом, если хотите, о которой мы так много говорим в последнее время. И у меня есть только желание помочь, поддержать их при помощи всех имеющихся (а иногда и не имеющихся) ресурсов для реализации какой-то конкретной идеи.

Все еще большинство людей думают, что СПИД — это где-то в кино, где-то за рубежом, или в выдумках врачей, а не где-то здесь, рядом с каждым из нас. Поэтому я очень признательна людям, живущим с ВИЧ, открывшим свое лицо. Ведь если не будет видно конкретных людей, конкретных примеров, для общества не будет и самой проблемы. У нас в регионе есть люди, готовые открыто говорить о своем заболевании, предостерегать и помогать другим. Я им чрезвычайно признательна. Не могу не выделить нашего Романа Ледкова. Да, ему нелегко далась возможность найти свое место в жизни, но он справился. И стал для нас первым помощником. Если мы идем на пресс-конференцию или акцию, обязательно зовем Романа — и Роман идет. Он готов. Он умеет правильно сказать. Он научился этому. Мы вместе выросли в этой проблеме, и проблема сменила характер. Она действительно обрела человеческое лицо. Вот он — нормальный парень: и в институт поступил, и подрабатывать успевает, и чужие проблемы решать. Он состоялся как личность, он это демонстрирует открыто. Как признанный лидер он вошел во Всероссийское объединение ЛЖВ в качестве представителя всего Сибирского округа. Недавно на акции, посвященной Дню памяти людей, умерших от СПИДа, Роман давал интервью собравшимся вокруг него журналистам, и я подумала: «Боже! Как хорошо, что у нас все-таки есть поддержка в лице общественных организаций и таких людей!» И я была приятно удивлена и обрадовалась, когда в докладе А.Т. Голиусова на Суздальской конференции услышала об официальном признании Всероссийского объединения людей, живущих с ВИЧ. Это очень важно.

# ЗАСЕДАНИЕ СОВЕТА ПО СОДЕЙСТВИЮ РАЗВИТИЮ ИНСТИТУТОВ ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА И ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА

Стенографический отчет\*

15 апреля 2009 года,  
Москва, Кремль

**Д. МЕДВЕДЕВ:** Уважаемые коллеги, я несколько слов скажу в начале нашего с вами совещания. Сегодня у нас первое заседание Совета в обновленном составе. Здесь присутствуют все, кто входит в Совет. Надеюсь, что работа Совета в обновленном составе окажется востребованной как со стороны, собственно, гражданского общества, так и со стороны власти, что особенно важно и наиболее трудно.

Сегодня мы поговорим о приоритетах работы, о тех задачах, в которые уже вовлечена общественность, вовлечены неправительственные организации. Я не буду обозначать все эти задачи, они вам хорошо известны, каждый из вас занимается этими вопросами по-своему и, как правило, уже очень долгие годы. Речь, конечно, пойдет и о модернизации судебной власти, о борьбе с коррупцией, борьбе с экстремизмом, о реформировании Вооруженных Сил и правовых, а также социальных проблемах, которые с этим связаны. Это и проблемы гуманизации нашего общества в целом, защита прав детей, кризис, наконец, который бьет по всем.

Теперь несколько слов о самих неправительственных организациях. Я думаю, мы поговорим, собственно, о самой деятельности, которая осуществляется НКО, о статусе этих организаций. Понятно, что работаете вы непросто, есть масса случаев, когда деятельность неправительственных организаций ограничивается без достаточных на то причин. Конечно, это связано и с тем, что, собственно, в деятельности некоммерческих организаций, в деятельности неправительственных организаций многие чиновники видят и угрозу для своего безраздельного правления. Так, наверное, не только у нас, но у нас в этом смысле есть свои достаточно тяжелые исторические традиции, которые по сей день достаточно активно сказываются на взаимоотношениях между властью и гражданским обществом, между властью и неправительственными организациями.

В отношении законодательства об НКО. Я думаю, что у вас есть вопросы к этому законодательству. Я готов выслушать и ваше мнение, и ваши предложения по совершенствованию законодательства в этой сфере. Оно явно не является идеальным, несмотря на то, что мы потратили на его совершенствование довольно много времени за последние годы. Я думаю, что какие-то изменения в нем возможны, а какие-то даже и необходимы. Причем я имею в виду все вопросы: и вопросы налогообложения некоммерческих организаций, и вопросы, связанные с определением порядка взаимодействия между НКО и органами власти, вопросы информирования граждан о деятельности неправительственных организаций, вопросы государственной поддержки организаций гражданского общества, вопросы проведения общественной экспертизы, а также публичных слушаний по вопросам, которые являются существенными для общества. Все эти темы так или иначе, конечно, отражены в законодательстве о деятельности НКО, но, наверное, здесь можно многое еще поменять.

Хотел бы специально акцентировать внимание на такой довольно прописной истине о том, что у власти и у правозащитников огромное поле для взаимодействия, и нам только нужно правильное образом расходовать силы. Кроме того, не секрет, что представление о правозащитной деятельности в нашей стране сильно искажено. Это связано и с нашей историей, и с определенными идеологическими построениями. Здесь нужно понимать одну простую вещь — защитой прав должно заниматься само государство, защитой прав должны заниматься люди, которые хотят этим заниматься. Таким образом, в результате совместной деятельности, может быть, удастся добиться лучших результатов.

Еще одна тема, о которой я сказал вначале, — это экономический кризис. Понятно, что в условиях кризиса нам необходимо подумать об укреплении взаимопонимания и доверия между государством и гражданским обществом, потому что без такого доверия кризис просто будет не преодолеть. Объективная потребность в этом

\* Печатается в сокращении. Полную версию можно найти на сайте: <http://kremlin.ru/mainpage.shtml>

сегодня налицо, но, конечно, важно, чтобы и сами неправительственные организации брали на себя часть забот в сфере образования, воспитания, здравоохранения, просвещения. Рассчитываю также на то, что Совет будет активно заниматься вопросами защиты социальных и трудовых прав граждан, потому что именно эти права сейчас находятся в очень сложном положении. В условиях кризиса очевидно, что выросло и количество незаконных увольнений, ухода в длительные административные отпуска. Безработица растет — и растет, естественно, бедность в результате безработицы. Это наши общие проблемы, которыми мы тоже должны совместно заниматься.

Я не буду больше тратить драгоценное время на какие-то установочные слова. Думаю, что мы сразу начнем работать. Я предлагаю Элле Александровне выступить с сообщением, а потом мы обменяемся уже соображениями и по всем вопросам, которые вас волнуют.

**Э. ПАМФИЛОВА:** Уважаемый Дмитрий Анатольевич! Конечно, мы эту первую встречу очень основательно готовили, вот результат нашей работы. Я думаю, что в ходе выступлений Вы ознакомитесь с этими документами, которые мы подготовили. Потому что мы считаем для себя очень важным, принципиально важным не просто прийти, вывалить на Вас кучу проблем — и все; а если мы ее ставим, если мы обсуждаем — мы сами готовы заниматься этой проблемой и Вам предлагать конкретные решения, как мы их понимаем; а уже, скажем, Ваше дело — согласиться, не согласиться, принять нашу точку зрения или не принять.

Что бы хотелось на этой встрече обсудить? Мы так подразделили вопросы на четыре блока.

Первый — это самый главный, это стратегия отношений гражданского общества и власти именно в период кризиса.

Второй — это ключевые реформы и участие в них общества. На этой встрече мы хотели бы затронуть, и мои коллеги об этом скажут, то, что происходит с судебной реформой и военной реформой. Вот пока все. Это, естественно, коррупция. Суды, коррупция — это тоже входит в этот блок.

В-третьих, проблема верховенства права и реализация фундаментальных прав и свобод, включая политические. Также об этом коллеги мои скажут.

И, в-четвертых, на наш взгляд, это очень важная вещь и Вы об этом сказали — гуманизация общества и государства; эта тема проходит сквозным стержнем, чтобы изменить качество, наверное, отношений в стране.

Вот все эти вопросы хотелось обсудить с Вами и также договориться о сути, характере и формах нашей с Вами совместной работы, выделить вот эти приоритеты на время кризиса и те горячие проблемы, решению которых Совет мог

бы эффективно способствовать. Мы готовы брать на себя многие проблемы.

И если получится, хотелось бы, конечно, в конце встречи услышать Ваши пожелания о том, что бы Вы хотели в следующий раз, на следующей встрече в конце года обсудить с Советом, на что бы Вы обратили внимание в нашей работе. Мы готовы действительно всерьез заниматься мониторингом социальных, трудовых прав. И к этой встрече мы подготовили мониторинг по самым уязвимым группам: это дети, по нашим представлениям, малый бизнес, как ни странно. По этим группам мы представим свои материалы, а что касается проблем, скажем, готовы провести мониторинг по проблемам пожилых людей, тоже у нас есть предложения по этому поводу.

По первому блоку об НКО: тут я не буду подробно останавливаться, мои коллеги более подробно раскроют эту тему. Я хотела бы только заметить, что, во-первых, Вы прекрасно знаете ситуацию: и плюсы, и минусы, и те основные претензии, реакцию активной части гражданского общества к законодательству об НКО. На наш взгляд, все-таки мы настаиваем на этом, даже та цель, которую ставили законодатели, а некоторые законодатели ставили цель, чтобы взять под контроль многие организации гражданского общества, она оказалась не выполнена. В результате вот этого бюрократического бремени многие организации просто стали предпочитать не регистрироваться, они ушли в такое полуправильное существование. И в конце концов даже те службы, которые со стороны государства должны взаимодействовать, они в меньшей степени стали понимать, что происходит с гражданским обществом, информация у них уменьшилась.

На мой взгляд, самый большой вред и урон даже не сами по себе эти поправки нанесли, а то, что — поскольку в России от плохих законов часто спасаются их неисполнением — многие просто не стали его исполнять. Это тоже плохо, это тоже ужасно — скажем, усиливает — правовой нигилизм. Но самое главное, что все-таки они породили определенную атмосферу недоверия между государством и общественными институтами, некоторую такую гипотетическую, на всякой случай, «презумпцию виновности» неправительственных организаций и, в первую очередь, правозащитных. И спасибо Вам, мы очень благодарны, что Вы и в своем выступлении подчеркнули значимость правозащитных организаций. Для нас это очень важно.

Естественно, во время кризиса, я еще раз хочу повторить, НКО могут на себя взять очень многое и поэтому члены Совета готовы в рамках своих возможностей и полномочий способствовать не только налаживанию многостороннего и многоуровневого диалога между государственными и общественными структурами, но в общем-то, способствовать формированию широ-

кой общественной антикризисной коалиции. Мы считаем, что это очень актуально. Именно поэтому мы ставим вопрос о необходимости создания иной правовой базы для НКО, которая бы строилась не на подозрении, а на взаимном доверии и способствовала бы их развитию, созданию доброжелательной среды. Это, наверное, даже больше значит, чем правовая или материальная составляющие, – доброжелательная среда.

По второму блоку. Когда я готовила выступление, смотрела те материалы, которыми мы занимались, Вы знаете, удивительно оказалось, если позитивный стержень, за который мы хватаемся, – это гуманизация общества, то обратной стороной, скажем, отрицательным, негативным стержнем, на который нанизывается все, оказались коррупция и наплевательское отношение к людям как к таковым и к своим обязанностям. Вот это со стороны ответственных лиц является, наверное, тем стержнем, на который нанизываются произвол и нарушения прав граждан в любой сфере: от экологии, вопиющих фактов насилия в отношении детей до ограничения политических и гражданских прав. Как ни странно, но именно коррупция оказалась одним из основных факторов.

И по судам, по плюсам и минусам, Тамара Георгиевна [Моршакова, судья Конституционного Суда Российской Федерации в отставке, советник Председателя Конституционного Суда Российской Федерации] скажет. Я только приведу положительные сдвиги. Есть и положительные сдвиги, на наш взгляд. Вот, например, недавно Кассационная коллегия Верховного Суда восстановила полномочия волгоградской судьи Елены Гусевой, которая вопреки мнению регионального судейского сообщества в одиночку упорно отстаивала конституционный принцип независимости судей. Этим создан важнейший прецедент, мы его поддерживаем, и хорошо бы, чтобы таких примеров было больше.

Я остановлюсь вот на чем. Все-таки нашу озабоченность вызывает состояние всей правоохранительной системы. И критиковать я буду любя, сразу предупреждаю, что любя, но буду и всерьез. Потому что это не раз уже говорилось, и действительно граждане в большей степени представляют правоохранительные органы не как элементы защиты, а как одну из угроз для граждан, в большей степени как угрозу. Настораживает также тенденция к необоснованному в ряде случаев ужесточению законодательства. И здесь парадокс: в одних случаях идет необоснованное ужесточение, а в других – просто такое преступное моральное попустительство и фактически поощрение преступлений. Вот вызвал шок недавний приговор суда в виде трех лет условно педофилу за его издевательство над 9-летним мальчиком. Таких примеров немало, и трудно понять, почему в сфере действительно тяжелых преступлений у нас, скажем, нет правового ужесточения, но при этом весьма актив-

но разрабатывается ужесточение и внесение поправок в Уголовный кодекс, скажем, статьи о государственной измене и шпионаже. Мы высказывались, Совет высказался против этих поправок, которые изымают дела по шпионажу из юрисдикции судов присяжных. И мы получили от Вас определенную поддержку, что необходимо все-таки вернуться и более детально проработать то, что предлагает законодатель. Мы сегодня Вам представляем дальнейшие, более конкретные предложения, то есть заключения экспертов, ряда экспертов по этому поводу, исходя из того, что все-таки, на наш взгляд, эти поправки не только противоречат Конституции, но они стирают всякую грань между политической, правозащитной и научной деятельностью. Хотелось бы, чтобы Вы еще раз все-таки вернулись к этому и обратили внимание на озабоченность очень многих экспертов и общественных организаций.

Вообще, передавая эти предложения Вам, хотелось бы пожелать нашим силовым структурам, включая спецслужбы, все-таки изжить эту пресловутую примитивную «охоту на ведьм» в лице правозащитников и нашей малочисленной, подчас маргинальной оппозиции, а сосредоточить свои усилия. Тут правозащитники как раз могут быть очень хорошими партнерами, чтобы все-таки выявить наконец основных покровителей и создателей криминальных сетей по организации сексуального насилия над детьми, детской порнографии, торговли людьми, оружием, наркотиками и прочих преступлений, которые действительно представляют угрозу для национальной безопасности страны. И полагаем, что законодатель именно в этой сфере должен больше проявлять правовую жесткость, наверное. Именно здесь, а не в борьбе с инакомыслящими, правозащитниками и прочими категориями, которые, собственно говоря, пытаются в рамках закона отстаивать свою позицию.

Мы представим также Вам доклад экспертов Совета, об этом более подробно Кабанов расскажет, что происходит именно в сфере бизнеса, именно исходя из того, что очень высокий уровень коррупции в самой среде правоохранительных органов. И мы полагаем, что как раз наши правоохранительные органы в первую очередь из своей среды должны выявлять тех, кто потворствует созданию этих преступных сетей, – в первую очередь, иначе ни о какой борьбе с коррупцией речи вообще быть не может.

Вот доклад «Незаконный захват собственности с участием банков в ситуации финансового кризиса», где приводятся наиболее типичные примеры изъятия у законного собственника имущества, ставшего предметом залога при получении банковского кредита, то есть фактически такое крупномасштабное рейдерство, рейдерский грабеж собственности легальным путем среди бела дня. Доклад мы Вам передадим. Также широкое распространение получило испол-

зование методов уголовного преследования силовыми органами для достижения коммерческих или иных целей, тоже борьба с конкурентами. Это очень серьезная претензия к ним.

Также мы представим Вам совершенно свежие исследования, которые по просьбе Совета и специально к сегодняшнему заседанию были проведены буквально с 16 марта по 10 апреля. Были опрошены 1325 предпринимателей малого и среднего бизнеса. Вывод основной такой, что всерьез чиновники многих уровней не занимаются проблемами малого бизнеса, а только декларируют, проявляют к нему внимание только тогда, когда необходимо путем давления, скажем, как-то «попотрошить» его. Здесь я не буду приводить примеры, Вы посмотрите потом, очень много интересных фактов, но вот, например, один из них: нет даже снижения арендной платы за государственное имущество — очень часто такие жалобы поступают, при том что все частные арендодатели ставки понизили. И полностью заблокирован обещанный выкуп помещений для малого бизнеса, налоговое бремя тоже не снижается, по мнению вот этих предпринимателей.

Основной вывод такой: главной антикризисной и просто необходимой помощью малому бизнесу, за исключением отдельных отраслей и особых случаев, является не финансовая поддержка, а снятие административного давления. Это очень важный аспект.

Я в своем выступлении хочу как раз сделать акцент не на материальных, не на финансовых каких-то влияниях, об этом все и много говорят, а задействовать и другой ресурс. Вот в данном случае, видите, просят снять административный ресурс, материальный ресурс, задействовать потенциал, человеческий потенциал — для решения тех проблем, которые сейчас существуют в нашем обществе. Это огромный резерв, мы, к сожалению, его не используем.

Еще пример такой. Если говорить о бизнесе, приходится брать их тоже под защиту. В ситуации нарастающей безработицы следует более внимательно относиться к стабильно работающим предприятиям, способным в условиях кризиса поддержать рынок труда и обеспечить социальное развитие региона.

Вот поступает в Совет информация, что, пользуясь несовершенством налогового законодательства, налоговые службы увеличивают налоговое бремя на отдельные градообразующие предприятия. Есть очень серьезный пример по Владимирской области и по многим другим регионам, когда просто градообразующие предприятия вынуждены сократить производство и увольнять работников. В маленьких городах последствия этого катастрофичны: рост безработицы, преступность, обнищание населения — все это известно.

Хотелось бы, конечно, еще остановиться на одной из существенных и давно обсуждаемых

правовых технологий: это порочная система критериев оценки деятельности правоохранительных органов. Например, неблагоприятная динамика преступности оценивается как недостаток деятельности в первую очередь милиции. В этой связи борьба за сокращение показателей преступности, требуемая, как правило, в нереальном масштабе и без учета реального вклада в борьбу с преступностью, стала вопросом профессионального выживания и привела к укрытию преступлений от учета. Это есть, к сожалению, мы об этом много говорили.

Вторым, не менее негативным фактором, скажем, приведшим к тому, что правоохранительным органам фактически была навязана роль барьера на пути граждан к правосудию, является гипертрофированная роль процента раскрываемости. Также не буду раскрывать эту тему, но проблема остается. Ее даже не смог изменить и приказ по МВД, приказ министра от 5 августа 2005 года, который определяет критерии оценки деятельности органов внутренних дел.

В то же время обеспечение прав граждан никак не учитывается в качестве показателя эффективности деятельности правоохранительных органов. Например, не учитывается показатель жалоб на действия правоохранительных органов. Жалобы на пытки не расследуются должным образом.

И Президент, и мы как Совет, как коллективный общественный советник, — союзники в борьбе за верховенство права и закона. Мы готовы в общем-то очень активно работать в этой сфере, проводить мониторинги и давать Вам информацию, которая приходит от наших экспертов из всех регионов по этому поводу.

По детям. По детям, я надеюсь, что выступит здесь Светлана Сорокина и [Алексей Иванович] Головань, но я бы хотела обратить внимание на один аспект. Мы все знаем, что как никогда много сделано для улучшения положения детей, и здесь Ваша огромная заслуга. То есть впервые за много лет государство повернулось лицом к проблемам детей.

Но, конечно, сделать надо еще больше, чтобы переломить ситуацию кардинально. И сейчас вы видите: и на слуху, и на виду многие вопиющие, совершенно разные по характеру, но сходные по жестокости и цинизму случаи насилия и произвола в отношении детей. Они разные, я не буду их перечислять, все их видят и слышат, и знают, и принимают близко к сердцу. Случаи разные, а причина одна. На наш взгляд, с одной стороны, конечно, морально-психологическое состояние общества, это понятно, это отдельная тема. Ну и отсутствие системного подхода в решении проблем детства и семьи. Отсутствие полноценного государственного органа, который был бы в состоянии сформировать эту системную, современную, эффективную социальную политику, в том числе политику в отношении семьи, кто был бы способен

быстро и адекватно реагировать на все ситуации, угрожающие детям, в том числе и законодательно, и в виде динамичных законодательных инициатив, и в виде умного, гибкого администрирования. Мне кажется, самая главная причина в том, что и тратится много средств, и усилий, но пока меры логически не выстроены в единую систему, они не взаимоусилены и взаимно не увязаны. Поэтому часто многие усилия, средства уходят, если не в никуда, то дают очень малую эффективность.

В результате, скажем, ничем не оправданное затягивание процесса по подписанию, ратификации международных договоров в интересах детей, в том числе направленных и на формирование предупредительных, защитных, уголовно-правовых механизмов борьбы со всеми формами торговли детьми, сексуальной эксплуатации, сексуальных посягательств в отношении детей. За последние восемь лет эти преступления в России увеличились в 30 с лишним раз. Просто волосы дыбом встают от тех примеров, которыми все мы завалены. Я думаю, что и Вам много пишут по этому поводу. Вроде бы никто не против и за ювенальную юстицию все «за», и за все «за», а воз и ныне там, ничего не движется. Я понимаю, что более интересно лоббировать другие интересы — и в Государственной Думе, и в других структурах, а к сожалению, такого мощного лоббиста, который бы действительно лоббировал интересы детей на системном современном уровне, к сожалению, пока нет.

Мы свою скромную лепту пытаемся внести, подготовили письма: восемь писем по восьми проблемам. Но я так полагаю, что это только капля в море.

Мои коллеги выступят по проблеме ксенофобии, я не буду эту тему трогать. Я бы хотела Вам, Дмитрий Анатольевич, просто привести один пример. Вот по этому учебнику учились Санкт-Петербургские милиционеры. Да, но если учебник, в котором пропагандируют антисемитизм, изучают милиционеры, что мы можем ожидать от правоохранительных органов?

Да, к сожалению, насильственные преступления на почве ненависти, несмотря на заметную активизацию правоохранительных органов, — надо отдать должное, это действительно так — продолжают умножаться числом и становятся более жестокими и опасными. Тут, наверное, все-таки надо тоже менять атмосферу и периодически давать какой-то знак, посыл сверху и нашим правоохранительным органам, и, скажем, каким-то общественным формированиям, и обществу в целом.

Я хочу завершить свое выступление, не буду я поднимать целый ряд тем, но я просто хотела оставить время для своих коллег. Но в заключение я бы еще раз хотела остановиться на нематериальном факторе. Действительно, сейчас необходима консолидация усилий государства и общества и необходима она не только для преодо-

ления затяжного, давайте скажем честно, кризиса, но и для эффективного посткризисного развития. Как бы парадоксально это ни звучало, но думать и действовать в этом направлении необходимо именно сейчас, не теряя времени, не затягивая, формировать какую-то стратегию построения будущего, формировать фундаментальные закладки на будущее, в том числе и формирование правового сознания. И, поскольку кризис, на мой взгляд, не просто финансово-экономический, а фактически цивилизационный, затрагивающий все сферы нашего бытия: и нравственный, и духовный, экологический, социокультурный и даже мировоззренческий аспекты — полагаю важным сделать акцент, еще раз хочу сказать, не на материальных ресурсах, а на человеческом, личностном потенциале и капитале. И необходимо в первую очередь изменить то, что не требует материальных затрат, но при этом является важнейшим фактором преодоления кризиса и последующего развития, я имею в виду психоэмоциональное состояние общества, характер общественных и межличностных отношений, формирование гуманной, доброжелательной среды жизнедеятельности и жизнеобеспечения внутри российского социума, изменение нравственного климата.

Кризис дает в случае неординарных подходов и неожиданные возможности. Например, инвестиции в человеческий капитал и социальную инфраструктуру становятся не только наиболее надежными, но и фактически спасательными для государства и бизнеса. Только нужны четкие механизмы. И, если возвращаться к произволу, нельзя допустить, чтобы людей, все чаще попадающих из-за кризиса в трудные ситуации, вследствие разгула произвола со стороны как государственных, так и бизнес-структур загоняли в безвыходные условия. И тут мы готовы свой вклад внести определенный.

И нельзя, чтобы в кризис просто выживали. Преодолевая его, необходимо мобилизовать, еще раз хочу сказать, ресурсы развития. Вера в будущее должна быть обязательно — не просто так, чтобы сегодняшний день пережить. Власть, так называемая элита, хочу остановиться в заключение на этой проблеме, так называемая российская элита — надо, наверное, выращивать новую. Но если она есть, она должна в первую очередь подавать пример нацеленности на успех, на гуманизацию общества, на правовые основы государства, на социальную справедливость, на соответствие слов реальным делам. Ирина Ясина скажет об этом подробнее, но я не могу обойти этот важнейший, на наш взгляд, аспект изменения характера взаимоотношений между государством и обществом, между обществом и конкретным человеком: от равнодушно озлобленных и агрессивных, уничижительных порой, оскорбительных, которые и являются такой средой бесправия и нарушения прав — к человекосберегающим. Это требует не столько де-



нег, сколько наших душевных сил, и на раскачку нет времени, так как этот процесс очень долгий — переход в иное качество, в качество развития.

Что касается показателя качества нашей элиты, нашей отечественной элиты: открытая декларация о доходах и собственности, надо признать, — это очень важный шаг в нужном направлении, но, конечно, если еще при этом будет обеспечена система гражданского контроля за достоверностью предоставляемых данных и ответственность за обман и сокрытие конфликта интересов. Но и то очень важно, где находится эта собственность: в стране или за рубежом, и, что еще важнее, где учатся и работают дети нашей элиты, и идут ли они служить в российскую армию по аналогии с внуками английской королевы, и готовы ли они вообще связать свое будущее с Россией, собираются ли они здесь пускать свои корни или все-таки в Лондоне и еще где-то. Вот это ключевые проблемы, без чего невозможно создать систему взаимного доверия между обществом и людьми, которые определяют нашу судьбу, элиту. Вот поэтому мне кажется, что это очень важно.

И, завершая свое выступление, акцентирую внимание именно на этом: я надеюсь, что за этот год нам удастся немало сделать. Вы можете рассчитывать на наше желание внести свой сильный вклад в то, чтобы страна двигалась к развитию, вопреки всем кризисам, чтобы использовала этот кризис как шанс для развития и для изменения, качественного изменения ситуации в государстве. Спасибо.

**Д. МЕДВЕДЕВ:** Спасибо, Элла Александровна. Ну что, продолжим? Сейчас я дам высказаться коллегам, которые заранее какие-то сообщения готовили. Потом, естественно, дам высказаться тем, кто просто хочет что-то сказать.

Отдельно хотел бы просто в начале работы проинформировать вас, что все, о чем мы будем говорить, я имею в виду стенограмму по итогам нашей с вами встречи, будет сразу же вывешено на сайте Президента, с тем чтобы все, кто интересуется нашей с вами работой, встречей и обсуждениями наших вопросов, могли получить информацию незамедлительно.

Пожалуйста, Александр Александрович Аузан, президент Ассоциации независимых центров экономического анализа. Пожалуйста.

**А. АУЗАН:** Спасибо, господин Президент.

Уважаемый Дмитрий Анатольевич! То, о чем я буду говорить, — это совместная позиция Совета, то, что мы обсуждали неоднократно, и это касается вопроса о необходимости кардинального, на наш взгляд, изменения стратегии в отношениях государства и общества.

Для того чтобы быть кратким, я постараюсь изложить эту позицию в виде четырех тезисов.

Первое. Есть уже, конечно, определенная история, ретроспектива отношений государства и общества в новой России. В 90-е годы, во время становления государственных институтов, практически не существовало осознанных стратегий в этих отношениях и, скорее, формировались отношения под воздействием вызовов того нелегкого времени, но были созданы довольно важные законодательные основы, часть из которых работает до сих пор. Фактически стратегия в отношениях появилась в период 2000–2003 годов. На мой взгляд, на наш взгляд, кульминационным пунктом в этом был Гражданский форум 2001 года, который, я думаю, присутствующий здесь Владислав Юрьевич [Сурков] хорошо помнит. Это было провозглашение принципа равноправного диалога между государством и обществом. В определенной мере этот диалог реализовывался и давал условия для реформ того времени, для дебиюкратизации утвержденного хозяйственного законодательства, формирования определенной атмосферы, технологий общения общества и власти.

Фактически с 2004 по 2008 год реализовывалась иная стратегия, достаточно последовательная. Это стратегия доминирования государства и встраивания гражданского общества в общественно-политическую систему. Двумя наиболее важными признаками и вехами этой стратегии стали создание Общественной палаты, использование ее как единственного канала связи с государством и принятие поправок в некоммерческие общественные законодательства, вступивших в действие с 2006 года. Поправки эти содержали репрессивные моменты в отношении некоммерческого сектора, резкое повышение издержек. Они вызывали сопротивление тогда, и это касалось конкретных вопросов регистрации, отчетности и проверок.

Видимо, в этот период — период конъюнктурного экономического подъема для государства — такие отношения были приемлемы, тем более что практически в основаниях лежал негласный общественный договор: лояльность населения в обмен на экономические блага для этого населения. Для гражданского общества (значительной его части) такая стратегия была неприемлема. И хочу подчеркнуть, Дмитрий Анатольевич, что эта стратегия не дала результатов в виде диверсификации российской экономики, вступления в модернизацию и развития новых институтов, хотя обеспечивала такую очень важную, реально важную ценность, как стабильность.

В Вашем интервью «Новой газете», которое опубликовано сегодня, Вы сказали о том, что, по существу, требуется новая конструкция, которая позволяла бы соединить и достаток, и свободу. И корень общественного договора в России — это Конституция Российской Федерации. Мы не обсуждали полным составом Совета эту Вашу позицию, но я осмелюсь предположить,

что в этом вопросе Ваша позиция, господин Президент, и позиция Совета солидарны. И поэтому исходя из этой точки, на наш взгляд, требуется кардинальное изменение стратегии государства в отношении общества, что дало бы результаты и для достижения целей модернизации, и для преодоления кризисных условий.

На какие вызовы должна, на наш взгляд, реагировать новая стратегия — это второй тезис. Фактически произошло спонтанное расширение сферы государственной ответственности в кризисе, необходимое: оно во многих странах произошло. И одновременно шел опережающий рост и по количеству, и по сложности проблемы. В этих условиях государство наталкивается на реальные проблемы с необычайно широким фронтом работ и с не очень, прямо скажем, высокой эффективностью исполнения государственных функций. Вот именно из интересов государства — какие функции нужны, на наш взгляд, в этих условиях от гражданского общества? Во-первых, активные, самоорганизованные группы принимают на себя тем самым часть работ, помощь себе и другим, — и это путь к модернизации, вообще говоря, в этой самостоятельной деятельности.

Во-вторых, при слабости партийно-политических институтов нынешней России функцию обратной связи, без которой нельзя поднять эффективность государственных служб, могут принять на себя неполитические институты гражданского общества. Отсюда третий тезис, как мы видим эту стратегию.

Мы полагаем, что эта стратегия состоит из трех взаимосвязанных линий перемен. Во-первых, поддержка самоорганизации в гражданском обществе. Это предполагает, на наш взгляд, очень быстрые, неотложные, символически важные изменения в законодательстве 2006 года в отношении регистрации, отчетности и проверок. Мы уже неоднократно представляли материалы и готовы предоставлять вновь и по результатам исследований, и по предложениям, а затем — создание нового законодательства совместно, в партнерстве, и по благотворительности, и по налогообложению, но первым делом — важный символический шаг.

Во-вторых, поддержка общественного контроля и мониторинга, процедуры для этого во многом созданы, но это требует принятия нормативных и бюджетных решений. А главное, мы говорили ровно о тех же сферах, о которых сказали Вы, Дмитрий Анатольевич, в Вашем вступительном слове, то есть об институтах рынка труда, о среде для малого и среднего бизнеса, о судах, антикоррупционном направлении. Отсюда проблема не только провести контроль и мониторинг, который есть, но и чтобы были учтены результаты, нужен механизм принятия решений по этим результатам.

И последнее, третье направление — это развитие гражданского участия. Фактически, на

наш взгляд, это соответствует духу и букве тех 10 пунктов о развитии демократии, о которых говорили Вы в Послании Федеральному Собранию. Речь идет о гражданском участии в таких сферах, как местное самоуправление, проблемы окружающей среды, социальной защиты детства и так далее. Вот это все, на наш взгляд, должно дать определенный результат. И это четвертый тезис, который касается значения. Значение состоит не только в том, чтобы вернуться к равноправному диалогу, в одну и ту же реку нельзя войти дважды, и время более тяжелое и сложное, оно требует не только диалога, но и действий. Фактически речь идет о форме партнерства государства и общества в варианте широкой общественной антикризисной коалиции, которая могла бы действовать по широкой повестке: и в области экономики, где антимонопольные, антикоррупционные вопросы связаны с теми блокираторами, которые не дают прерывать спирали, и в общественно-политической области, где гласность нужна для того, чтобы искать многочисленные решения кризиса для различных уровней. А политическая конкуренция при партнерстве государства и общества могла бы дать надежный результат в виде разделения ответственности за антикризисную политику и политику модернизации с различными активными общественными силами и во внешней политике, потому что гражданские общества имеют свои возможности воздействия на международной арене и инструменты общественной дипломатии.

В итоге, мне кажется, мы бы в этом случае работали не только по проблеме кризиса, но на будущее России, потому что речь идет о ценностных сдвигах, о том, что если государство будет больше уделять внимания открытости, обеспечивать большее пространство свободы, а в обществе будут сильнее ценности солидарности, взаимопомощи, справедливости, то у нас лучшие условия для входа в модернизацию. Но сейчас, мне кажется, господин Президент, нам важно получить Вашу реакцию на вопрос о входе в новую стратегию, поддержку самоорганизации, поддержку общественного контроля и мониторингов и развития гражданского участия. Спасибо.

**Д. МЕДВЕДЕВ:** Спасибо, Александр Александрович. Пожалуйста, Ярослав Иванович Кузьминов.

**Я. КУЗЬМИНОВ:** Уважаемый Дмитрий Анатольевич, уважаемые коллеги! Состав Совета гарантирует, что в его работе найдут отражение разные взгляды на состояние российского гражданского общества и прав человека в нашей стране, на приоритеты гражданской активности и поддержки НКО. Это очень важно.

Но, пожалуй, не менее важно всем нам опираться на объективное знание ситуации, в том

числе отчетливо представлять реальные масштабы общественной активности, реальные заботы рядовых НКО, восприятие прав человека обычными гражданами, их оценки того, как реализуются их конституционные права. Это составляет предмет мониторинга гражданского общества, который мы проводим с 2006 года в сотрудничестве с целым рядом ведущих социологических агентств. Мы передали Вам выжимку из материалов мониторинга, она у Вас на столе.

В целом проведенные исследования убеждают: в последние десятилетия самоорганизация граждан, особенно по месту жительства, впервые по настоящему укоренилась, хотя ее масштаба и эффективности все еще явно недостаточно.

В 90-е годы структуры гражданского общества в России во многом опирались на своего рода импорты ресурсов и даже идей из-за рубежа, хотя в целом они сыграли, скорее, позитивную роль. Теперь же, в двухтысячные, и идеи, и средства, и успехи, и провалы, и энтузиазм, и злоупотребление в некоторых НКО, и государственная поддержка, и промахи государства — все наше собственное.

На слайдах коротко представлено общее состояние самоорганизации в стране. Уровень доверия в обществе и в экономике упал по сравнению с 80-ми годами в два раза. Он сейчас составляет не больше 20 процентов против 50, которые были, и не восстановился даже в период экономического роста. Готовность людей объединяться снижается, при этом работа российских НКО явно противодействует этой тенденции разрушения общественного доверия. Доля людей, вовлеченных в общественную активность в виде НКО, растет, в первую очередь как волонтерство. Оно выросло за пять лет с 15 до 20 процентов, по нашим опросам; около 10 миллионов человек вовлечено сейчас в волонтерскую деятельность и в другую деятельность в рамках НКО, две трети граждан России считают, что НКО нужны. Все это не так мало, если сравнивать с политической активностью, и активность достаточно резко растет по мере приближения к местным, близким людям, проблемам. К тому же, говоря о масштабах участия в НКО, следует учитывать, что больше трети в приведенных цифрах приходится еще на членов ТСЖ, садовых товариществ, то есть такой «первичной самоорганизацией для себя» я бы ее назвал, еще не для других — для себя, хотя это тоже, наверное, первая ступенька самоорганизации людей.

На 17-м слайде видно, что, по мнению большинства граждан, наиболее существенны социальные права, тогда как политическим правам придается не столь большое значение. В то же время политические права воспринимаются нашими гражданами как менее защищенные. Не может не тревожить, что только 10 процентов опрошенных ощущают себя реальными обладателями права на защиту от незаконного ареста и пыток, только 12 процентов считают, что на де-

ле располагают правом на участие в управлении обществом, да и социальные права не воспринимаются как по-настоящему защищенные. И, конечно, не радует, что только четверть населения ощущает положительные сдвиги в соблюдении своих прав, тогда как практически такой же является доля тех, кто считает, что за последнее время они стали соблюдаться хуже.

Коротко о том, как выглядит положение НКО и их проблем. В стране 413 тысяч негосударственных, некоммерческих организаций: четверть — это потребительские кооперативы; реальных НКО — около 70 тысяч. Типичное российское НКО очень маленькое, треть вообще не имеет сотрудников; следующая треть имеет до 5 человек. Даже до кризиса эти организации, как правило, едва балансировали на грани финансовой устойчивости, поэтому для них особенно болезненны любые обременения и административные барьеры. Основные проблемы работы НКО (можно посмотреть на 33-м слайде) — это нехватка материальных ресурсов, а вовсе не добровольцев или интереса со стороны населения. 60 процентов заявляет о нехватке материальных, денежных ресурсов, только 8 процентов о недостатке энтузиазма со стороны населения. И плюс — это проблема со стороны органов власти. В подавляющем большинстве случаев это не имеет отношения к подавлению независимых инициатив, мало говорят о попытках контролировать НКО. Проблема в другом: это отсутствие интересов или отсутствие последовательной политики; исполнительная власть на местах, как правило, не умеет использовать потенциал НКО, не помогает им и не понимает, как с ними можно сотрудничать. Между тем во многих странах социальная политика государства осуществляется в первую очередь через НКО, они являются операторами бюджетных программ социальной помощи, поддержки культуры и дополнительного образования. Например, в Нидерландах НКО создают 15 процентов ВВП. У нас — полпроцента ВВП.

И я хотел бы отдельно сказать: НКО не надо воспринимать как просто канал распределения бюджетных средств в этом случае. Сказать: вот сейчас у нас госучреждение, а мы через НКО. Чем НКО лучше? НКО — это механизм привлечения [в дополнение] к государственным средствам денежных и немонетарных вкладов граждан, [распределение] ответственности, которая сегодня целиком лежит на плечах государства в условиях того, что мы вообще не сотрудничаем, не используем НКО в социальной сфере, в социальной ответственности государства и местной власти.

О законодательстве об НКО. Я продолжу то, о чем говорил Александр Александрович Аузан. В основном оно сложилось в первой половине 90-х годов, несомненно нуждается в пересмотре. Явно избыточен набор правовых форм НКО при недостаточно ясном их разграничении. Нет

внятных требований к корпоративному управлению в НКО, из-за чего нередки злоупотребления — теневая приватизация НКО их менеджментом. Есть серьезные проблемы с прозрачностью НКО для общества и даже для их членов и волонтеров. В то же время провозглашаемая в последние годы государством политика поддержки НКО не подкреплена адекватными нормами законодательства, в первую очередь налогового.

В самих НКО отношение к действующему законодательству довольно противоречиво. Вопрос однако в том, что и как следует улучшать. Поправки, внесенные в 2006 году, о которых Аузан уже говорил, как известно, вызвали довольно бурную негативную реакцию, и вовсе не потому, что гражданский активизм, активисты против порядка и прозрачности. МГУ и Высшей школой экономики было проведено исследование тех дополнительных затрат, которые потребовались от НКО в связи с усложнением регистрации и отчетности. Общий итог — это миллиарды рублей дополнительных затрат.

Между тем напомним, НКО в массе своей — сверхмалые организации, для которых любые дополнительные формальные требования влекут ощутимый ущерб выполнения основных функций. А какой результат достигнут этой ценой? Как известно, подавляющее большинство громоздких отчетов пылится, не вызвав чьего-либо внимания. Это неудивительно. Ведь по данным того же исследования, чтобы реально проверять деятельность организации в заданном формате, нужно в десять раз больше сотрудников, чем их действительно работает в регистрирующих и контролирующих органах. То есть механизмы контроля явно являются избыточными по отношению к возможностям государства их применить.

Поправки 2006 года заставляют выбирать из двух вариантов: или заведомо бессмысленный труд по заполнению никем не проверяемых отчетов, или сугубо селективные проверки с непрозрачными критериями селекции. Последний вариант не только крайне коррупциогенен, но и дает повод для подозрений в политической ангажированности проверяющих. На практике сегодня он не реализуется — реализуется первый вариант. Зачем нам сохранять бессмысленность?

И самое главное. Неприемлемо, когда НКО сталкивается с более высокими административными барьерами, чем аналогичные по размерам и профилю коммерческие предприятия. Непонятно, почему целый ряд позитивных решений в отношении малого бизнеса не действует в отношении к НКО, не имеет аналогов по отношению к НКО. Благотворительная столовая не пользуется теми же преимуществами, как коммерческий магазин или кафе.

У нас есть три основных законодательных предложения.

Первое: НКО в сфере своей деятельности должны получить те же права и преимущества при госзакупках и муниципальных закупках, что и малый бизнес.

Второе: должны быть защищены имущественные права НКО. За последние 10 лет масса региональных общественных организаций была выселена из арендуемых ими помещений из центра городов на окраины с понятным эффектом для их работы — надо поступить по аналогии с малым бизнесом.

Третье: необходимо создать облегченный режим для малой ежедневной благотворительности. Мы сегодня можем получить ресурсы для многих социальных инициатив от нашего населения, а не только от крупных собственников, на которых по инерции продолжает надеяться некоторая общественность. Мы предлагаем создать в Администрации Президента рабочую группу с участием Минюста, Минфина и Минэкономики, а также представителей нашего Совета и Общественной палаты, поставив ей короткий срок работы, поскольку есть многие наработки, их надо только систематизировать. Спасибо.

**Д. МЕДВЕДЕВ:** Рабочая группа что должна будет сделать — поправки в закон?

**Я. КУЗЬМИНОВ:** Да, поправки в законы. У нас есть сейчас порядка 12 законодательных предложений.

**Д. МЕДВЕДЕВ:** Понятно, Ярослав Иванович. Елена Анатольевна Панфилова.

**Е. ПАНФИЛОВА:** Спасибо. Господин Президент! Коллеги! Мы много раз сегодня уже говорили про проблему доверия, проблему гражданского контроля, проблему коррупции. И конкретные замечания по всем этим направлениям будут делать, конечно, мои далее выступающие коллеги. Но, мне кажется, вообще о проблеме участия общества в контроле за деятельностью власти, о гражданском контроле, сегодня, наверное, надо отдельно и предметно поговорить.

Мы слышали слова о доверии, о том, что в современной России сложился действительно кризис, глубочайший кризис доверия: никто никому не доверяет. И мало того, что общество не доверяет власти, — власть не доверяет обществу и создает специальные механизмы контроля за НКО.

Последние, вот взяла сегодня с утра с сайта ВЦИОМа, данные о недоверии граждан: правоохранительным органам — 46 процентов не доверяют, судам — 40 процентов не доверяют, СМИ — 32 процента не доверяют, общественным организациям — 20 процентов не доверяют. Это очень большие цифры. И в рамках этого кризиса доверия создается некая такая новая

Византия, когда реальные вещи подменяются совершенно новыми смыслами, и такие понятия, которые нам необходимы для реального противодействия коррупции, для реального установления гражданского контроля, как прозрачность, подотчетность, порядочность, подменяются какими-то совершенно другими смыслами. Верховенство закона подменяется совершенно другими смыслами. Верховенство закона подменяется верховенством понятий, реально действующие свободные СМИ подменяются информационным агитпропом. И граждане просто не могут понять, когда мы говорим про гражданское общество и когда мы говорим про гражданский контроль. Даже на примере закона, нового закона о противодействии коррупции: общественный контроль и гражданский контроль там упоминаются многократно — что это такое, как оно будет работать, как он будет реализовываться, через какие институты, не понятно гражданам.

Административный ресурс, злоупотребление административным ресурсом все больше подменяет реальную политическую, экономическую конкуренцию. И люди начинают стремиться во власть вовсе не для того, чтобы улучшить нашу страну, чтобы сделать Россию сильной, а люди начинают стремиться во власть просто потому, что ставят себе задачу — попасть на место, связанное с доступом к источникам незаконного обогащения.

Посмотрите, что у нас происходит регулярно. У нас самый высокий конкурс куда? В госуправление. При том что все знают, что там не самые высокие доходы. И потом все эти люди растворяются непонятно где. Я приведу совершенно чудовищный пример из моей личной практики, когда я читала в качестве эксперимента курс правоохранительной этики в одном из образовательных правоохранительных учреждений. Я читала, и меня эти замечательные будущие, теперь уже действующие правоохранители (это было какое-то время назад) слушали, слушали, а потом мне сказали: «Елена Анатольевна, это все совершенно замечательно, но неужели Вы не понимаете, что первое, что мы должны сделать, когда выйдем служить, это отбить те «бабки», которые заплатили наши родители за поступление сюда?» Эти люди приходят в правоохранительную систему, а мы потом начинаем искать способ, как это контролировать. А у них изначальный посыл другой.

Но знаете, что не это было самое страшное. Самое страшное было, когда все эти слушатели ушли, и через какое-то время в дверь постучалось трое, которые подошли и сказали: «Мы действительно хотим узнать, как по-настоящему устроить это этическое служение». Но они не могли задать этот вопрос в присутствии своих товарищей, для которых существуют совершенно другие ценности. И вот это снижение уровня этики, доверия и понимания, оно, конечно, вы-

ливается в создание огромного количества фигур умолчания, огромного количества других смыслов, что в первую очередь падает на хорошо подготовленную почву той самой системной коррупции, о которой мы много говорим. И одна из фигур умолчания в этой теме — это, конечно, коррупция не только правоохранителей, врачей, учителей, гаишников, о которой все говорят и данные наши показывают. И наш ежегодный «Барометр российской коррупции», который мы каждый год публикуем, вот он будет опубликован ближайшим летом в июле. Все цифры останутся те же, его даже уже как-то неинтересно читать будет: ГИБДД, правоохранители, суды, и это не меняется уже многие годы, этим исследованиям 8–9 лет. Но фигура умолчания, которая выпадает, — это коррупция высших должностных лиц. Люди об этом опять говорят где-то снова на кухне, об этом опять не идет разговор, но мы прекрасно понимаем, что она существует, иначе бы наша коррупция не была системной.

И именно в плане борьбы с этой самой коррупцией, мне кажется, вот этих слов: «прозрачность», «подотчетность», «порядочность» — их, к сожалению, сейчас недостаточно. Да, слово «транспарентность» или «прозрачность» научились выговаривать абсолютно все. Про порядочность не буду говорить, очень трудно заставить кого-нибудь быть порядочным. А вот с подотчетностью (это именно то, о чем мы говорим, когда употребляем слова «гражданский контроль»), мне кажется, нам надо очень серьезно разобраться и поставить ее на совершенно новые рельсы. Потому что Вы часто говорите, что надо все решать в рамках права, но в системно коррумпированной ситуации суды — это не островки абсолютной некоррумпированности. И очень трудно защитить гражданам свои права в судебной системе, в правовой системе, когда присутствует вот эта самая коррупция — только используя правовые элементы.

Все мои коллеги расскажут, к нам приходят граждане, они приходят с жалобами, с обращениями, когда они уже исчерпали все правовые методы. И вот тут начинает работать наш гражданский контроль, который в конце концов выявляет такую банальную вещь, что контроль — это такое слово двоякое: контроль — наблюдение или контроль — проверка и надзор. Вот с наблюдением мы справляемся, то есть мы наблюдаем, накапливаем, приносим, фиксируем, все проблемы общества хорошо известны. Посмотрите, благотворительные организации обнаружили проблемы того, что в России нет детских хосписов, они это обнаружили. Казалось бы, должно было Министерство здравоохранения обнаружить, что терминально больные дети умирают дома в муках, и никто им не помогает. Экологические организации обнаруживают проблемы нарушения экологического законодательства: Утришский заповедник и другие. По

большому счету, пикеты всевозможные, марши несогласных, мониторинг выборов — это все гражданский контроль как наблюдение, фиксация того, что происходит. Даже если открыть в интернете российскую блогосферу и посмотреть топ основных постингов, то вот они — все проблемы, которые существуют на данный конкретный момент в стране. То есть с точки зрения наблюдения наше общество вполне справляется. У нас очень серьезная проблема, когда гражданский контроль становится инструментальным надзором, инструментальной проверкой.

На самом деле инструментов тут не так много. Конечно, абсолютными инструментами гражданского контроля являются выборы, свободные выборы, реальная политическая конкуренция, которая не позволяет допустить консервацию коррумпированных бюрократических элит. Безусловно, абсолютным инструментом гражданского контроля являются свободные СМИ, не в том смысле, что свободные — просто свободные, а в том смысле, что разные, которые пишут о разных проблемах, и пишут по-разному, и сильные гражданские институты, которые не только озвучивают проблемы, но имеют рычаги реального надзора. А коррумпированной неэффективной бюрократии это будет совершенно не нужно, вот этот гражданский контроль, и она будет противодействовать и противодействует этому реальному гражданскому контролю ровно так же, как противодействует реальной борьбе с коррупцией. Реально противодействует и будет делать все, чтобы сохранить вот этот самый доступ к источникам незаконного обогащения, невзирая на то, кто что скажет и кто что потребует.

К сожалению, это все у нас в одночасье не появится: вот завтра, с 16-го числа, вдруг у нас все это откуда-то возьмется, поэтому, конечно, нам здесь надо действовать постепенно, чтобы переломить эту ситуацию, когда, например, егеря задерживают охотников из чиновников, которые охотятся без лицензии, — проблемы не у чиновников-охотников, а проблемы у егеря, и нам приходится защищать его. И таких примеров мы можем привести массу.

По большому счету в этом смысле борьба с коррупцией — это гражданский контроль. На самом деле борьба с коррупцией — это всегда борьба за права человека, потому что всегда, когда есть коррупция, есть нарушение прав человека. Мы, конечно, можем решать эти проблемы одну за другой. Вот к нам обратились, мы и пытаемся решить проблему, но мы утыкаемся во властную стену. Вы можете решать через свою общественную приемную. Но сколько лет нам понадобится, если мы будем решать эти проблемы одну за одной? Каждый раз звонить губернатору, каждый раз звонить еще кому-то. Мы лет так через 10–15 восстановим доверие к гражданским институтам, к власти, но боюсь, что у нас, особенно в условиях кризиса, этих 10–15 лет нет.

Мы можем создать более действенные интернет-порталы, где все это фиксируется. Моя молодежь, мои сотрудники предложили, как фиксировать все обращения граждан и обязательные ответы. Можем сделать, но опять это потребует время. Мы можем придумать какие-то «дни гражданского контроля», в рамках которых обязательны для министров будут встречи с представителями гражданского общества, например тематических рабочих групп нашего Совета. Раз в месяц обязательно, в установленное время, как мы сейчас встречаемся, где мы говорим о том, какие существуют проблемы, они нам рассказывают, как эти проблемы решаются. Почему нет?

Но это все полумеры. Безусловно, нам надо стремиться к тому, чтобы те реально действующие инструменты гражданского контроля, о которых я выше сказала, которые немножко угасали, а где-то местами и не немножко, а очень серьезно угасали, это свободные, конкурентные выборы, средства массовой информации, они возвращались в нашу жизнь. Без этого мы коррумпированную бюрократию с места не сдвинем. Спасибо.

**Д. МЕДВЕДЕВ:** Спасибо. Давайте послушаем Лукина Владимира Петровича, который у нас не является членом Совета, но является Уполномоченным по правам человека в Российской Федерации. Владимир Петрович, пожалуйста.

**В. ЛУКИН:** Спасибо. Я прежде всего должен выполнить по закону свой долг и вручить Вам, Дмитрий Анатольевич, ежегодный доклад. Он немножко залежался, но все еще актуальный. Этот доклад затрагивает многие проблемы, о которых уже говорилось, и, конечно, я большинство положений, высказанных здесь общественными правозащитниками, разделяю. И думаю, что дискуссия развивается по-деловому (что не всегда бывает), и это мне очень нравится.

Должен сказать, что в этом докладе одна интересная вещь обращает на себя внимание: начиная со второй половины прошлого года число жалоб стало возрастать — и возросло на 10 процентов примерно. Причем жалобы, конечно, прежде всего связаны с вопросами трудовых отношений, с жилищными проблемами, что имеет прямое отношение, конечно, к кризису, хотя я допускаю, что там есть элемент того, что просто об институте Уполномоченного граждане понемногу узнают больше, но все-таки кризис явно сказался на нашей работе.

Доклад этот — последний в рамках первого пятилетнего цикла моей работы в качестве Уполномоченного, поэтому тут имеются некоторые обобщающие выводы за истекший период. Будет очень хорошо, если возникнет по ним определенная общественная дискуссия, он должен быть опубликован в «Российской газете» после вручения, так что я ожидаю, что будет об-

суждение и по докладу тоже, помимо этого очень важного собрания Совета.

Принцип доклада очень прост. В нем в начале содержатся те положения Конституции, которые имеют прямое отношение к гражданским правам и свободам. Затем каждая статья комментируется с точки зрения ее наполнения законодательным массивом, законодательной массой, как она конкретизируется в законах. И затем, что очень важно, конкретизируется наше мнение о том, как происходит практическая реализация на уровне исполнения конституционных и законодательных положений.

У меня, естественно, нет сейчас возможности рассматривать основные содержательные моменты доклада. Хотел бы только сказать, что, конечно, ситуация с законодательным оформлением базовых положений Конституции нашей отнюдь не идеальная, но, в общем-то, работая, и многое сделано в законодательном плане. Но что касается практической реализации наших законов в правозащитной сфере, положение, по крайней мере в ряде очень важных моментов, благополучным никак нельзя назвать, и здесь я согласен с мнением правозащитников.

О некоторых конкретных аспектах этой проблемы говорилось сегодня, и многие другие там есть, но тематика жалоб довольно стабильная, я ее не буду приводить. Я бы ограничился тем, что сказал, что главная причина этого, на мой взгляд, возникает от того, что существует избыточная острота и конфликтность между органами власти и правозащитной частью нашего общества. А причины этой конфликтности я вижу в резком дисбалансе между конституционно-законодательным массивом и государственной исполнительной злобой дня, практикой. И этот дисбаланс в целом не уменьшается — напротив, в последнее время, мне кажется, участились попытки подкорректировать законодательство под каждодневную жизнь «по понятиям». И в ряде очень важных аспектов это удалось сделать, а в ряде — не удалось, и это очень хорошо.

Вот, собственно говоря, я хотел бы это и сказать, внести просто три конкретных предложения, которые являются процедурными, но, если в каком-то плане будут приняты, смогут помочь правозащитной работе в стране, потому что работа государственных правозащитников тесно связана, мы сотрудничаем друг с другом и опираемся друг на друга.

Первое предложение состоит вот в чем. Мне кажется, что следует завершить разработку законодательных аспектов функционирования института Уполномоченного [по правам человека в РФ]. На этот счет предложения у нас имеются. По-моему, они довольно четко и коротко сформулированы в письме, которое я хотел бы Вам, Дмитрий Анатольевич, передать.

Предложения эти вот в чем. Например, у нас не завершен процесс создания института Уполномоченного в целом, регионального и федерально-

го. У нас, когда я заступил на работу, было 20 с лишним региональных уполномоченных. Сейчас их 49. Это большинство. Это хорошо, но плохо то, что их нет везде. Граждане нашей страны заслуживают, чтобы к защите их прав было более или менее унифицированное отношение, поэтому здесь нужны законодательные исправления.

Второе — это степень независимости региональных правозащитников. Ведь от этого зависит и общественная правозащита, общественные правозащитники на них опираются часто. А получается иногда таким образом, что просто щедринские и гоголевские ситуации возникают.

Вот недавно был назначен в одном из регионов, не буду говорить каком, но все документы у меня есть, региональный уполномоченный. Этот региональный уполномоченный 30 лет до этого работал в органах государственной безопасности на ответственных постах. Видит бог, я понимаю, что работа эта важная и никоим образом не могу сказать, что этот человек плохой. По-моему, это симпатичный человек, я даже его один раз видел уже. Но все-таки в лесу должны быть зайцы и волки, и одни зависят от других, и нужно каким-то образом это урегулировать.

Я уважаемому моему соседу неоднократно предлагал заняться законодательной корректировкой этого дела. Он в принципе не против, но упрекает меня в том, что я хочу воссоздать вертикаль власти в вверенной мне отрасли. Видит бог, что у меня никаких наполеоновских замыслов нет, но вы видите: возникает ситуация, когда федеральный уполномоченный не может сказать местному губернатору, что все-таки есть какое-то понятие, что общественные правозащитники должны сказать свое слово, кто должен быть тем авторитетным человеком, который занимается этим делом. Это надо узаконить каким-то образом. Я думаю, что я прав. И я хотел бы, чтобы мы еще раз поработали над этим. Есть много других законодательных аспектов, у меня нет времени на них останавливаться.

Второе мое предложение — собственно, не мое, оно Ваше, Дмитрий Анатольевич. Когда мы в первый раз встретились при исполнении Вами уже Ваших обязанностей, была договоренность о том, чтобы периодически, хотя бы раз в квартал встречаться и наиболее острые аспекты правозащитных дел обсуждать в совершенно практическом плане, без прессы и так далее. Пока это не удается. Я прекрасно понимаю, что Ваш график — один из самых тяжелых в мире просто-напросто. И тем не менее мне кажется, что все-таки даже самые важнейшие вопросы, кризисные вопросы, вопросы о том, сколько кому какой олигарх должен заплатить денег, это все очень важно, серьезно важно, без иронии, во время кризиса. Но состояние, пульс, правозащитной работы в стране не менее важен. И я хотел бы попросить Вас учесть это обстоятельство и дать соответствующие уже практические рекомендации Вашей Администрации.

И третье мое конкретное процедурное предложение вот в чем состоит: может быть, целесообразно было бы продумать вопрос о включении Уполномоченного [по правам человека РФ] в той или иной форме в Совет Безопасности — скажем, либо в качестве члена, либо в качестве постоянно приглашенного. Тогда при рассмотрении важнейших государственных дел правозащитный элемент будет звучать, и он будет учитываться при рассмотрении этих дел, иначе все-таки правоохранительная аргументация, правоохранительная среда сильно зажимает правозащитную в практической работе не от случая к случаю, а постоянно. Может быть, что-то лучше можно придумать, но это, по-моему, такая практическая мера.

Что же касается доклада, то было бы очень хорошо, если бы было распоряжение со стороны Президента разослать доклад, который я Вам представил, губернаторам — это мы сами можем сделать — а губернаторы получили бы соответствующее указание провести широкие общественные обсуждения этого доклада, особенно в тех аспектах, которые имеют прямое отношение к их регионам.

Спасибо.

**Д. МЕДВЕДЕВ:** Уважаемые коллеги, я больше никого не буду называть. Кто хочет — пожалуйста, я готов дать слово. Пожалуйста, Людмила Михайловна.

**Л. АЛЕКСЕЕВА:** Тема моего выступления — «Мирное собрание: митинги и демонстрации, шествия и пикетирование», то есть право, гарантированное гражданам статьей 31 Конституции.

Поскольку для рядовых граждан доступ к основным средствам массовой информации ограничен, особую роль имеют уличные акции как с политическими лозунгами, так и по чисто бытовым поводам. Для большинства граждан это единственная возможность донести свое мнение по вопросам, которые их тревожат, до сведения властей. Закон о свободе собрания у нас вполне демократический, но очевиден разрыв между этим законом и практикой его применения. Этот закон нарушается во всех регионах, и совершенно единообразно. Это заставляет думать, что действия представителей власти определяют неизвестные нам подзаконные акты, по существу отменяющие наше конституционное право на свободу собраний.

Так, по закону граждане обязаны лишь уведомить местные власти о намеченной акции. Обязанность властей — оказать им содействие в реализации этого права. Власти не вправе запретить публичные мероприятия, а могут лишь предложить изменить место и время его проведения. И это изменение должно быть обосновано и согласовано с организаторами акции. То есть право на свободу собраний первично, и ог-

раничения не должны лишать права самого его содержания.

Выдвигая предложение об изменении времени и места в ультимативной форме, как это обычно делается, и отказываясь обсуждать альтернативные варианты с организаторами, власти обесценивают сам процесс согласования, который подразумевает равноправное участие сторон. Отправляя выступающих митинговать в безлюдные места, власти лишают их возможности выразить свое мнение целевой аудитории, тем самым делают выражение их мнения бессмысленным. Накладывая ограничения на численность участников публичных мероприятий, власти обычно обосновывают это превышением установленных норм предельной заполняемости данной территории. Но нормы должны быть едины для всех, а они увеличиваются в десятки раз, когда тоже место использует «Единая Россия» или движение «Наши».

Использование ОМОНа, применение физической силы против граждан допустимы, лишь когда существует реальная угроза перерастания мирного собрания в массовые беспорядки. К чести наших сограждан, могу сказать, что такое случается крайне редко, а вот грубое и даже жестокое вмешательство ОМОНа совсем не редкость. И преследование участников мирных протестных акций, увольнение с работы, административные аресты по надуманным поводам, лишение водительских прав, многое другое — тоже не редкость.

Господин Президент, требуется именно Ваше разъяснение представителям власти разных уровней, что участники мирных акций — не преступники, которых им следует обезвредить, а граждане, действующие в рамках Конституции. По-видимому, надо пересмотреть те подзаконные акты, которые определяют действие наших властей по отношению к свободе собраний. Свобода собраний — это важнейшая форма обратной связи между властью и обществом, мирные протестные выступления — нормальная форма этой связи. Однако власти воспринимают любое протестное выступление как нарушение стабильности и, следовательно, считают, что это обнаруживает неумение их подчиненных контролировать ситуацию на вверенной им территории. Это заблуждение особенно опасно сейчас, во время кризиса, когда у граждан есть основания для недовольства. Невозможность его выражения законными средствами будет усиливать напряженность и, действительно, может стать угрозой стабильности. Ее сохранение обеспечит не силовое подавление протестов, а диалог по волнующим граждан проблемам и удовлетворение их законных требований.

Хотела бы обратить Ваше внимание, господин Президент, на ситуацию в Калининграде. Там на прошлой неделе прошел 25-й многочисленный пикет с одним и тем же протестом против закрытия лучшей в городе больницы, к которой



приписаны все калининградцы, связанные с морем, а таких очень много и в городе, и в области. Больница расположена в центре города, и, видимо, кому-то приглянулась эта земля и эти здания. 25 недель происходят пикеты, но до сих пор никакой реакции со стороны губернатора и его окружения. Такая глухота к требованиям граждан — вот где опасность для стабильности.

Особо хочу сказать о ситуации со свободой собраний в Москве, это во многом является знаковым для всей страны. Руководство Москвы отказывается от любого диалога с организаторами акций и в случае разногласий выставляет против граждан милицию. Одно из объяснений — что митинги и шествия создают неудобства для жителей центральных районов. В связи с этим неоднократно нам предлагалось создать московский «гайд-парк» — определенное место, где проходили бы все публичные мероприятия. Но предлагают набережную Шевченко, где расположены гаражи и абсолютно никто не увидит ни шествия, ни демонстрации. В Лондоне, господин Президент, Гайд-парк находится в самом центре, напротив королевской резиденции. В Москве естественным «гайд-парком» является Красная площадь, традиционное место проведения массовых мероприятий. Для этого требуется Ваше решение, господин Президент. Закон указывает, что порядок проведения публичных мероприятий на Красной площади определяется Президентом, однако этот порядок до сих пор не установлен. Положительное решение этого вопроса Вашим указом продемонстрировало бы уважение власти к правам и к свободам граждан. Спасибо.

**Д. МЕДВЕДЕВ:** Спасибо, Людмила Михайловна. Пожалуйста, кто хотел бы?

**Г. ДЖИБЛАДЗЕ:** Уважаемый Дмитрий Анатольевич! Коллеги! Я продолжу разговор о положении неправительственных организаций, но уже с точки зрения прав человека, а именно реализации права на свободу объединений.

Право на объединение — одно из основных фундаментальных прав человека, закрепленных в международном праве и в российской Конституции. Вместе со свободой выражения и свободой собраний, о которых говорила сейчас Людмила Михайловна, они составляют триаду так называемых жизненно важных прав и свобод, без которых невозможно функционирование демократического правового государства. Если недавно кто-то мог ошибочно, я считаю, полагать, что в условиях бурного экономического роста и политической стабильности, ставшей результатом централизации власти и увеличения роли государства, оно, государство, может обойтись без независимого гражданского общества, сегодня, в условиях кризиса, стало очевидно: без создания возможности для самоорганизации граждан, развития горизонтальных связей

и диалога в обществе, общественного контроля над органами власти наша страна не выйдет из кризиса более крепкой, современной, демократичной, основанной на принципе верховенства права. Для того чтобы право на объединение было гарантировано, законодательство и государственная политика должны строиться на обеспечении независимости гражданских институтов и создании благоприятной среды для их развития. Диалог с гражданскими организациями на равных, уважение, признание их самостоятельности, терпимость к инакомыслию и свойственному НПО критическому взгляду на состояние дел — это важнейшее условие эффективной государственной политики по отношению к неправительственным организациям.

К сожалению, изменения в государственной политике и законодательстве об НПО, произошедшие в 2005—2006 годах, развернули отношение государства и гражданских институтов в противоположную сторону и за прошедшие три года оказали весьма негативное воздействие на положение НПО и свободу объединений. Напомню, что принятие поправок этих обосновывалось тем, что необходимо навести порядок в сфере регулирования деятельности НПО и предотвратить угрозы государству, которые, как считалось, возникали, когда НПО манипулируются враждебными силами из-за границы и вовлекаются в недопустимую политическую деятельность, занимаются экстремизмом и иными преступными действиями.

Спустя три года — а буквально на днях исполняется ровно три года с момента вступления этих поправок в силу — можно уверенно утверждать: они не только существенно ухудшили положение институтов гражданского общества, но и не достигли поставленных перед ними целей. Десятки тысяч организаций прошли через парализующие многодневные проверки и получили множество предупреждений, грозящих закрытием, потратили огромное количество времени, бумаг и нервов на общение с проверяющими и на мало что кому дающую отчетность — вместо того, чтобы заниматься своими общественно-полезными делами. Тысячи новых групп не могли зарегистрироваться, а еще тысячи были закрыты по инициативе регистрационной службы. При этом применение этого законодательства не привело к выявлению фактов в деятельности НПО, угрожающих национальной безопасности, или сколько-нибудь серьезных масштабов противоправных действий со стороны НПО в России, кроме разве что неточности в заполнении новых отчетных форм или неаккуратности в ведении текущей документации. Сама идея об угрозах территориальной целостности, суверенитету, национальной самобытности со стороны НПО оказалась несостоятельной. Настоящие террористы и экстремисты, господин Президент, не пользуются этим законом и не регистрируют неправительственные организации.

Что же касается так называемой политической деятельности, то всем — и самому государству — сейчас уже ясно, что выработка и продвижение изменений в законодательстве о государственной политике и институтах является миссией и неотъемлемым правом гражданских институтов.

Чем мы занимаемся в этом Совете? Что мы сегодня обсуждаем? Конечно, вопросы политики, как и в других подобных экспертных консультативных органах. Однако сигнал о том, что НПО представляют угрозу государству, был дан. К сожалению, огульное очернение НПО представителями государства стало у нас в последнее время нормой. И месяца не проходит, чтобы высокопоставленные чиновники на уровне правительства, глав регионов, глав ведомств не заявляли бы о том, что НПО поддерживают террористов-сепаратистов, оплачиваются организованной преступностью, пичкают наркотиками нашу молодежь, переносят шпионские камни и так далее. Почти никогда конкретные факты не приводятся и организации не называются.

Все это привело к формированию образа врага в лице неправительственных организаций, особенно тех, кто высказывает критические взгляды на проблемы и занимается наиболее сложными, чувствительными вопросами: противодействием коррупции, правами человека, экологическими проблемами, общественным контролем над правоохранителями. Значительной частью общественных организаций такой поворот был воспринят как наступление на гражданское общество.

В результате контролеры своей главной задачей восприняли выявление угроз, поиск нарушений в неправительственных организациях и наказание за эти нарушения. Возникла презумпция виновности НПО, а применение закона стало носить, по сути, не корректирующий и развивающий, а карательный и репрессивный характер. При том что серьезных нарушений законов, как правило, не обнаруживается, на практике контроль по существу нередко был направлен на нахождение, а зачастую и на изобретение нарушений и проблем в деятельности НПО, в основном касающихся документооборота и выполнения требований собственного устава. Наведения порядка тоже не получилось — наоборот, возникла непредсказуемость, неопределенность, произвол и дополнительное количество бумаг. Мы знаем, что международно-признанные нормы допускают вмешательство государства и ограничение прав только в тех случаях, когда оно предусмотрено законом, необходимо в демократическом обществе, имеет правомерную цель в целях государственной безопасности или общественного порядка, в целях предотвращения беспорядков и преступлений или для охраны здоровья и нравственности, защиты прав и свободы других лиц. Наш закон этим требованиям не соответствует.

С изменением закона у НПО появились существенные проблемы на всех этапах взаимодействия с контролирующими органами: от регистрации до закрытия НПО. Как уже говорилось, по мнению экспертов, поправки 2006 года противоречивы, громоздки, возвели новые административные барьеры для НПО, создали условия для произвольного и выборочного применения, придали контролерам избыточные полномочия по вмешательству в деятельность НПО, содержат коррупциогенные нормы и воспринимаются как политически мотивированные.

Сегодня, господин Президент, первоочередной задачей, на наш взгляд (это консолидированная позиция Совета), является срочная отмена ограничительных репрессивных поправок в законодательство об НПО от 2006 года. И мы считаем символически принципиальным и важным, чтобы они, эти поправки, были внесены непосредственно Вами, Дмитрий Анатольевич, до окончания весенней сессии Думы. Мы, не дожидаясь создания рабочей группы, создания нового законодательства, со своей стороны разработали эти поправки и готовы предоставить их Вам в кратчайшее время.

А вот следующим шагом после отмены этих поправок должна стать разработка и принятие нового развивающего законодательства по этому поводу, отвечающего и нашей Конституции, и общепризнанным международным правовым нормам и стандартам и направленного на создание благоприятных условий для развития гражданского общества и обеспечения эффективных гарантий реализации свободных объединений.

Спасибо.

**И. ЯСИНА:** Дмитрий Анатольевич, спасибо большое, что так долго нас слушаете. Я постараюсь говорить коротко и буду говорить экспромтом.

Элла Александровна в своем вступительном слове говорила о том, что, наверное, наибольшая потребность общества сейчас в его гуманизации. Стране досталось страшное наследство. Нам с Вами как гражданам и Вам особенно как Президенту. Весь XX век — это отрицание ценности человеческой жизни, весь XX век — это, мягко выражаясь, попрание прав человека. А сейчас мы, дети и внуки тех, кто этот XX век прожил, должны, поскольку мы уже в XXI веке, эту ситуацию как-то попытаться изменить. И на Вас тут, лично на Вас как на Президенте и на всей верхушке, элите, как угодно назовите, огромная ответственность. Потому что Россия — это страна, где власть если не сакральна, то чрезвычайно уважаема, так скажем, обожествляется кем-то. И пример, который она подает, всегда пример для подражания. Пока что примеры, подаваемые властью, не самые хорошие.

Говорили о коррупции, говорили о том о сем. Я считаю, что корень всех этих проблем, колле-

ги, о которых вы сейчас так хорошо и долго говорили, в значительной степени в отрицании ценности человеческой жизни и в отношении к достоинству человека. Более того, человек сам забыл, что у него есть личное достоинство.

Понимаете, примеры милосердия, примеры гуманного отношения должны у нас прежде всего исходить сверху, от вас, от ваших жен, от ваших детей. Я совершенно серьезно об этом говорю. Вспоминаются примеры из европейской истории начала XX – конца XIX века. По большому счету, мы же с вами понимаем, что мы сейчас именно этот период и проходим. Но по большому счету мы в своем развитии по-другому прошли все эти века, правда? И на Вас огромная ответственность, и на этих министрах, и на этих депутатах Государственной Думы, чтобы они показали, что они все готовы это делать. Понимаете, не один какой-то городской сумасшедший. Ведь у нас тот, кто занимается благотворительностью, это такой фанатик, совершенно ненормальный человек. А это должны делать все, тем более сейчас, в кризис. Много говорили о задействовании человеческого потенциала. Боже мой, как много чего мы можем сделать, просто перенастроив кнопку телевизора, просто смотря не про убийства и не котлеты из внучки – как шутит моя собственная дочь: там рассказывают опять про котлеты из внучки, – а про другое. Людям ведь на самом деле это тоже интересно.

Я занимаюсь и благотворительностью, и просвещением, и у меня нет по этому поводу уныния совершенно. Я знаю, как люди на это реагируют. Более того, люди, которых я собираю на благотворительные концерты, говорят мне спасибо. Говорят мне спасибо за то, что я выдернула их из дома и собрала с них по три тысячи рублей в пользу Тарусской районной больницы.

И еще один момент очень важный. Я сама инвалид-колясочник, поэтому я не могла встать, когда Вы со мной здоровались. Я не буду рассказывать в красках, как сложно жить мне в нашей стране. Но это тоже небезнадежная ситуация. Не так давно я встречалась с тетенькой, руководителем департамента социальной защиты округа Колумбия, то есть столицы Соединенных Штатов, ей 61 год, и она рассказывала, что, когда ей было пять лет, ее мама собиралась отдать ее в школу, эту девочку в школу не брали, потому что понятия «инклюзивное образование», то есть «совместное образование», тогда не было. Не было пандусов, не было ничего вообще. Это 50-е годы, Соединенные Штаты Америки. И вот сейчас этой девочке 61 год и ей доступно все. То есть изменения, я к чему это говорю, изменения в течение одной человеческой жизни очень радикальны, и они сделали это сами, ее мама, мамы таких же детей, которых не брали в школу. Понимаете, тут гражданская активность чрезвычайно важна. А у нас матери детей-инвалидов считают, что они выживают. Они выживают, это правда, но объяснить им – наш долг, гражданс-

ких организаций, что без их активности никто не встрепенется и никто не придет им на помощь. Почему не помогают инвалидам? Я уверена: потому что их нет на улицах, потому что о них просто не знают. Вот я есть на улице, вы знаете, мне все помогают, мне предлагают помощь, руки, понести коляску, а коляску надо носить постоянно, потому что ни одного пандуса нет. Но я все равно позитивна, это можно решить. Более того, это даже не очень дорого, просто нужны поправки в законодательство. Наше законодательство об инвалидах замечательное, там все есть, кроме двух пунктов: ответственность за неисполнение и сроки, поэтому это все благие пожелания, и не более того.

Гуманизация общества нужна во всем, нужны примеры, позитивные примеры, их много. Нужны фильмы о людях, которые преодолели, нужны истории успеха. Вы знаете, ведь у нас действительно зомбированное в значительной степени население. Покаюсь, вот готова использовать этот элемент зомбирования в позитивных целях, но надо стать добрее, нужно протянуть руку помощи тем, кто в этом нуждается. Еще раз, Ваша роль, Вашей семьи, Ваших друзей, одноклассников Вашего сына, чтобы учиться в одном классе с Ильей Медведевым было не просто престижно и круто, а чтобы это какие-то определенные обязательства включало. Понимаете, чтобы эти дети ходили в хоспис читать умирающим людям книжки, стихи, и так делают, понимаете? Элеонора Рузвельт, будучи маленькой девочкой, ходила в Бруклине в школы для эмигрантов учить их английскому языку, ее туда отправляли ее родители. А потом, когда ее муж, инвалид-колясочник, стал президентом, она говорила: «Я – ноги своего мужа», и спускалась за него во все шахты, на все заводы лазала.

Последнее, что я хочу сказать. Это напрямую относится тоже к гуманизации общества. История Наташи Морарь и Ильи Барабанова лично для меня очень близкая, потому что для меня это дети, они ровесники моей дочери. Они разделены. Я не говорю про юридические правила, конвенции о воссоединении семей и так далее. Но этим детям даже не объяснили, почему они не могут быть вместе. По нашей информации, которую мы получили и от журналистов из Молдавии, и от семьи Наташи, она сейчас дома. Ее вызывали в Генпрокуратуру, она давала показания. Никаких мер воздействия, то есть ни подписки о невыезде, ни задержания – ничего к ней не обращено. Она абсолютно невиновна, даже по мнению молдавских властей. Но тем не менее ощущение, что наша страна начала портить этой девочке жизнь и ее мужу, не дает мне покоя. Мы будем очень внимательно следить за этим, я имею в виду членов Совета, мы договорились наблюдать за этой историей, потому что мы хотим быть милосердными как страна, мы хотим и в мелочах, и в крупном замечать банальные человеческие проблемы.

И последнее. Господин Президент, я очень хочу гордиться своей страной и я очень хочу гордиться своим Президентом. У меня для этого есть еще какое-то время. Я готова делать все, что я могу, и все мои коллеги тоже. Вы знаете, мы ведь правда в силах это сделать, пока мы живы. Давайте начнем. Спасибо.

**Д. МЕДВЕДЕВ:** Спасибо большое. Пожалуйста, кто хотел бы?

**С. СОРОКИНА:** Еще раз здравствуйте. Я тут целое выступление заготовила, но сейчас буду сокращать басню по ходу, потому что уже долго сидим и потому что тема «дети» — это Вам очень знакомая тема, здесь много чего объяснять не надо и убеждать в важности тоже не надо. Мы подготовили несколько писем с Алексеем Ивановичем, которые касаются этой проблематики, а Элла Александровна Вам их уже, наверное, положила.

Я только хочу сказать, вот именно Вам хочется сказать, потому что у нас, когда система не срабатывает, то очень хочется обратиться к царю-батюшке для того, чтобы он бросил свой взгляд. Пока ехала сюда, на встречу, мне обзвонились всякие разные общественные деятели, представители детских общественных организаций для того, чтобы именно до Вас донести, сказать и так далее.

Вот о чем хочу сказать. В первую очередь, конечно, о пресловутом законе об опеке и попечительстве, потому что весь прошлый и позапрошлый год мы с Минобразования и с представителями общественных организаций бились за некую его иную редакцию, но, к сожалению, проиграли эту битву. До сих пор не могу понять ощущения депутатской позиции — что-то вроде «назло маме отрежу ушко». Вот не понимаю, почему из закона об опеке было вымарано понятие «патронат». Хочу обратить Ваше внимание на это, потому что именно патронат, социальный патронат, патронатное воспитание, позволяет устраивать детей-сирот старше семи лет и детей-инвалидов в замещающие семьи, которых не берут вообще-то при любом другом виде семейного устройства. Так вот, патронат позволяет, потому что это солидарная ответственность государства и новой семьи. Но это понятие вымарано.

Очень просим Вас снова как-то инициировать рассмотрение поправок к этому закону. Есть, они подготовлены, эти поправки, и Министерством образования. Пожалуйста, обратите внимание, опыт хороший.

На что еще хотела обратить внимание. Меня очень поразило, в одном из исследований, которое мне дала Татьяна Михайловна Малева, это то, что мы вот считаем, что пенсионеры у нас самая бедная часть населения, оказывается, это не так. Самые бедные у нас в стране это семьи, у которых есть двое или больше детей. По глубине и, что называется, ширине бедности никто не

сравнится с многодетными семьями, это ужасно. Я думаю, что кризис здесь не улучшит ситуацию, а ухудшит ее.

Поэтому хотелось бы обратиться в первую очередь с такой просьбой: инициировать увеличение размеров детских пособий, я думаю, в разы, потому что в противном случае это никак не поправит ситуацию. У нас ведь есть тревожная тенденция сокращения детского населения.

И еще одна тревожная тенденция — это то, что касается детей-сирот. У нас уменьшается число детей, устроенных в замещающие семьи. И опять же кризис, наверное, здесь тоже внесет свою не лучшую лепту. Поэтому нужно думать, что с этим делать. Нужна, может быть, все-таки национальная программа преодоления социального сиротства и какой-то лучший опыт применять. И, знаете, здесь что важно? Мне кажется, здесь очень важно государственную цепочку ответственности разорвать. Потому что у нас исключительно государственные чиновники, государственные органы опеки этим занимаются, никого не подпускают, учреждения довольно закрытые, особенно когда речь идет о сиротских и инвалидных учреждениях, это вообще ужас. Так вот нужно, чтобы здесь все-таки допускалось участие профессионалов, участие тех самых общественных организаций. Потому что если будут постоянно одни чиновники только этим заниматься, то мы так никогда и не выберемся из этой пропасти.

Ну и, собственно говоря, уже завершая, я вот что хотела сказать. Пожалуйста, обратите внимание на то, что нужно все-таки содействовать созданию центров подготовки приемных родителей и опекунов, а также профессиональному сопровождению семей. И я думаю, что необходима пропаганда идеи партнерства, а не противостояния государства и общественных некоммерческих организаций, и нужна активная социальная реклама, которой практически нет на наших центральных телеканалах.

Хочу, кстати, обратить ваше внимание, что в недрах нашей Госдумы вызревает новый законопроект, который может довести ситуацию до абсурда. За социальную рекламу предлагается брать деньги, как за коммерческую. Если этот закон будет принят, то тогда мы останемся без социальной рекламы вообще.

И самое последнее, о чем я хотела сказать. Знаете, я среди тех 95 тысяч, кто подписал обращение в Ваш адрес по поводу Светланы Бахминой. При всей моей нелюбви к коллективным письмам я это сделала. И хочу сказать, напомнить Вам про Светлану Бахмину и про то, что, на мой взгляд, практику условно-досрочного освобождения надо все-таки как-то шире и активнее применять в отношении женщин, которые имеют несовершеннолетних детей, или беременных, которые рожают в условиях заключения. Мне кажется, эта практика условно-досрочного освобождения тех женщин, чьи прес-

тупления не связаны с преступлениями против личности или, например, с наркотиками, какими-то еще статьями, конечно, каждый раз индивидуально, все-таки эта практика должна применяться гораздо активнее. Мне хочется надеяться, как и Ирине, что мы не в самой немилосердной стране живем. Очень хочется.

Спасибо.

**С. ГАННУШКИНА:** Я очень коротко. Просто если я сегодня не скажу, то мои беженцы меня растерзают, наверное, к вечеру просто.

Я хочу сказать о проблеме тоже гуманитарного, естественно, направления – это положение беженцев и других видов мигрантов, которых у нас в стране очень много и которые тоже нуждаются в гуманизме, безусловно, так же, как и дети, инвалиды, они тоже требуют вложений. И, что самое главное, наше законодательство совершенно не устроено так, чтобы там было то, о чем говорила Ирина Ясина: ответственность и сроки. Сказано, что они имеют право на то, се, третье, десятое, но не сказано, в какой срок государство обязано выполнить эти обязательства. И у нас есть несколько групп, обязательства по отношению к которым не выполняются уже почти 20 лет. Это 25 тысяч людей в Осетии, из внутренних районов Грузии, которые уже получили российское гражданство, но не получили никакого жилья, находятся в жутком положении. Это лица без гражданства из Абхазии. Сегодня признана Абхазия, мы не можем говорить о грузинах как о сфере ответственности Грузии, мы обязаны относиться к Абхазии как к независимому государству, которое отказывается принять беженцев назад. А, следовательно, те 30 тысяч грузин, которые выехали из Абхазии, вернуться туда не могут, должны быть легализованы. У нас не решена до сих пор проблема бакинских армян. Нас упрекают в том, что мы не защищаем русских. Русские, которые покинули Чечню и не вернутся туда очевидно, получают на свое жилищное обеспечение 120 тысяч рублей. Понятно, что это деньги, на которые нельзя купить даже развалюху в деревне. И это позор, надо сказать, потому что, когда государство понимает (мы Вам писали, к стати говоря, неоднократно, и Путину писали, и говорили об этом), сколько нужно заплатить, в пригородном районе, то дается три миллиона, до трех миллионов семье, и это минимум, который возможен для того, чтобы люди себя обеспечили жильем.

Я хочу сказать, что мне бы очень хотелось говорить о реформе миграционной политики, как тут говорилось о других реформах, у нас нет миграционной политики, и говорить тут не о чем. За последние годы шесть раз реорганизовывалась Федеральная миграционная служба, ликвидировали правительственную комиссию по миграционной политике, и нет концепции миграционной политики. Я очень просила бы

быть Вас инициатором восстановления правительственной комиссии по миграционной политике с участием ученых, естественно, Федеральной миграционной службы, с которой мы сотрудничаем и которой я очень сочувствую, и общественных организаций.

Я очень прошу обратить внимание на те несколько групп, о которых мы пишем. 20 лет проблемы не решаются не могут. Люди не могут пребывать на территории России вместо того, чтобы жить в России.

Спасибо.

**В. ГЕФТЕР:** Есть такое слово – экстремизм. Должен Вам сказать, что с моей, по крайней мере, точки зрения, вообще такой проблемы в стране нет, если не говорить о двух вещах: о терроризме, который почему-то ввели уже в рамки чуть ли не экстремизма, а это все-таки совершенно отдельное явление, и о российском ксенофобном насилии, в первую очередь против личности, о насильственных преступлениях.

Я не буду Вам описывать картину того, что творится в последние годы, и, к сожалению, несмотря, правда, на заметную позитивную тенденцию в работе правоохранительных органов по преследованию, и судебному в том числе, виновных в этих кошмарных античеловеческих преступлениях против иных, все равно проблема не уходит. И это все написано опять же в той же аналитической справке, которую мы Вам передали.

Но все дело еще в том, что она, конечно, время от времени осложняется самыми разными фобиями. То у нас была исламофобия, которая, в общем, и не ушла в некоторых регионах, сейчас, в кризис, она может еще ухудшиться, связанная с мигрантофобией, и так далее. Появилась совсем еще другая, казалось бы, неожиданная для нас проблема, связанная с тем, что мы называем неправомерным антиэкстремизмом. То, что и совершенно резиновое, абсолютно часто не укладывающееся ни в какие рамки даже здравого смысла федеральное законодательство ухудшается кошмарной правоприменительной практикой по отношению ко многим людям, которые причислены у нас к экстремистам. Многие уже говорили тут и о нападениях, и о всяких других вещах. Я могу Вам сейчас просто рассказать одну вещь, проще иногда на живом примере. Вот сейчас в московской тюрьме, в СИЗО, сидит молодой человек, 23-летний выпускник философского факультета, вернее, недоучившийся, Алексей Олесинов, которому грозит в день рождения Гитлера приговор 5 лет тюрьмы, хотя он ничего практически не совершал, только за то, что следствие и другие органы считают его одним из лидеров движения «Антифа». Я не сторонник этого движения, как и многих других, довольно радикальных по взглядам, но не по насилию молодежных течений. Но когда человека за какую-то мимолетную стычку, со-

вершенно даже не с правоохранителем, а с другим человеком, закатывают на пять лет в зону, возможно, я подчеркиваю, то это и говорит о том, на что же нацелены наши правоохранные органы.

И поэтому мы Вас в связи с этой проблемой, как расистского насилия, так и неправомерного антиэкстремизма, просим об одном, но, нам кажется, все-таки могущим подвинуть немножко шажке. Это кроме публичных заявлений осуждения одного и другого в разном понимании, все-таки надо сконцентрировать усилия государства и общества, скоординировать разные правоохранные и прочие ведомства. Для этого мы предлагаем или комиссию по проблемам вот этого расистского насилия, ксенофобии и дискриминации, или еще лучше, может быть, спецпредставителя, или, как сейчас ввели, национального координатора. Нужен человек, который сконцентрирует не только государственные, но и наши все общественные усилия. А у нас много наработок и по законодательству, и по конкретным практикам работы с правоохранными органами. Потому что если Вы посмотрите на ту питерскую книжку из МВД, которую Вам дали, Вы поймете, чем подчас пичкают будущих милиционеров или других правоохранителей с точки зрения экстремизма.

Вот если мы сейчас не сконцентрируем в кулаке и не начнем общее, но единое наступление на эту беду, она может стать такой же широкой и острой, как и многие другие, о которых Вам сегодня говорили.

Спасибо.

**Б. ПУСТЫНЦЕВ:** Я прошу прощения, все дело не только в этой книжке, а в крайне неблагоприятном положении в руководстве Министерства внутренних дел.

Дело в том, что Вы ее просмотрели, но почему, как получилось, что крупнейшее учебное заведение системы МВД России издает и распространяет экстремистские материалы?

По нашему мнению, такая ситуация создавалась с приходом на пост начальника департамента по кадровой и воспитательной работе МВД генерала Кикотя Владимира Яковлевича, потому что до этого ситуация была совершенно другой. И по его приказу прекращены все контакты университета с правозащитными организациями, закрыт целый ряд программ, и мы полагаем, что без значимых кадровых изменений в системе министерства невозможно устранить столь опасные тенденции в воспитании будущих правоохранителей.

И последнее. В результате разразившегося скандала руководство университета изъяло пособие из своей библиотеки, но до начала апреля оно свободно продавалось в книжном магазине университета, и часть тиража была распродана. Как и в любом большом коллективе, в университете есть и преподаватели, и слушатели самых

разных убеждений, в том числе и праворадикальных. И уже появились ксерокопии этого так называемого пособия.

Мы просим Вас, господин Президент, обратиться на данные факты внимание прокуратуры, которая, очевидно, должна обратиться в суд по поводу признания этого пособия экстремистским материалом, запрещенным к распространению. Благодарю за внимание.

**Д. МЕДВЕДЕВ:** Спасибо. Уважаемые коллеги, я сейчас некоторые вещи прокомментирую, некоторые не буду комментировать в силу того, что просто мне еще самому нужно разобраться, потому что здесь уже много материалов передано письменных, они требуют внимательного отношения. Я могу вам гарантировать только одно: я все эти бумаги посмотрю лично. Я не знаю, соглашусь ли я со всеми аргументами, которые там изложены, но в тех случаях, когда это будет так, я разберусь и дам поручения коллегам, которые отвечают за ту или иную часть государственной деятельности.

Разговор был длинный. Сначала несколько слов в отношении, собственно, деятельности некоммерческих организаций в нашей стране и соответствующего закона, который был принят в 2006 году. Мне неоднократно приходилось обсуждать этот закон с разными людьми. Вы знаете, у меня как раз какое ощущение? Я, кстати, не хотел бы говорить, что он идеальный, что он прекрасно действует, что нужно его исполнять и в результате его исполнения наступит всеобщее благоденствие, деятельность НПО будет проходить в законодательных рамках и всем будет хорошо, особенно государству. Но, как мне представляется, вопрос сейчас немножко в другом. Он создал определенный тренд восприятия НПО, и с этим я не могу не согласиться, потому как в результате его применения у значительной части чиновников, что, на мой взгляд, просто опасно, возникло ощущение, что любые неправительственные организации — это враги государства, с которыми нужно бороться, чтобы через них не просочилась какая-нибудь зараза, которая подорвет устои нашего строя. А такой цели никто не преследовал, она и не может преследоваться. И я не могу не согласиться с тем, что настоящие преступники или те, кто пытается привнести какие-то крайне опасные, допустим, тенденции в развитие государства, они никогда НПО не регистрируют, и такого рода деятельность протекает в других формах.

В то же время, конечно, государство должно смотреть за этими процессами. Давайте мы вернемся к вопросу о законодательной основе деятельности неправительственных организаций в нашей стране. Я дам поручение Администрации рассмотреть ваши предложения. Очевидно, что в тех предложениях, которые воплотились в закон 2006 года, тоже были рациональные вещи какие-то. Значит, всего отбрасывать не следует,

но посмотреть критическим взором на практику применения этого законодательства с учетом того, о чем вы говорили, и того, что я сейчас сказал, я думаю, следует. И такое поручение я Администрации и Правительству дам.

Теперь некоторые общие вещи. Я бы не стал делить на различные периоды отношения между государством и обществом: до 2001 года, до 2004 года, с 2004-го по 2008-й, хотя это все с точки зрения периодизации, наверное, возможно, всегда это связывается с деятельностью тех или иных людей, руководителей государства, решений, которые принимаются. Но то, что должна возникнуть нормальная, полноценная стратегия общения, с этим я не могу не согласиться. Должна быть политическая конкуренция, которая не может быть заменена ничем. Поэтому, я думаю, давайте рабочую группу такую создадим, посмотрим, что можно было бы сделать. Я не возражаю.

В отношении гражданского контроля и кризиса доверия. Вы знаете, я думаю, что кризис доверия сегодня носит глобальный характер. Во всяком случае, с кем бы я ни встречался, я думаю, точно так же, как и вы, обсуждая, скажем, экономические вопросы, они все начинают только с одного: следствие или, точнее, причина нынешнего экономического кризиса заключается в утрате доверия и к экономическим институтам, и к их нравственной составляющей. Поэтому я бы не считал, что кризис доверия — это такое родимое пятно российского общества или взаимоотношений между обществом и государством. Другое дело, что у нас очень тяжелой была история XX столетия, это правда, и у наших людей есть хроническое недоверие к институтам власти, которое не преодолено до сих пор и которое по некоторым направлениям даже разрастается, я этого не могу не признать. И это очень опасно.

Поэтому заниматься вопросами контроля, в том числе гражданского контроля, это действительно очень важная вещь и в отношении правоохранительной сферы, и в отношении, собственно, государственных служащих. Я не могу и не буду отрицать простых вещей, более того, я об этом сам говорил: действительно, наш государственный аппарат поражен коррупцией. Я долго думал вообще в отношении коррупции, надо этим заниматься или нет. Потому что, когда у меня эти идеи возникли, я, естественно, заслушался самых разных высказываний на эту тему: а зачем это, потому что все равно не решишь это быстро, будут упрекать в том, что какие-то дела закрываются, по каким-то чиновникам производство не ведется. Но в конечном счете я решил, что если я этого не сделаю, то я потом сам себе этого не прощу, потому как двигаться все равно надо. И вот даже те робкие шаги или тот набор законодательных инструментов, которые мы приняли, это все равно движение в правильном направлении, и декларации

эти. Я понимаю, что это все, так сказать, только вершина айсберга, но это все равно движение в правильном направлении. И если это движение будет исходить от Президента, это точно полезно. Гораздо проще все это отвергать. Надо двигаться вперед. И в этом плане я абсолютно поддерживаю идею развития гражданского контроля. Здесь упоминались различные формы: блоги те же самые. Это хороший индикатор и достаточно независимый. Во всяком случае, я им пользуюсь, когда мне хочется получить информацию, как минимум не приправленную усилиями моих коллег, моих подчиненных, которые, естественно, свою работу исполняют хорошо. Но тем не менее иногда нужно, чтобы доступ к информации носил прямой характер такой, даже не иногда, а, по сути, каждый день.

Но тем не менее я хотел бы сказать, что, допустим, та же самая блогосфера — это все-таки не идеальный инструмент, потому что это все-таки корпоративно организованная среда. И вы сами, когда заходите в те или иные блоги, понимаете, что, если кто-то отписался в чужом блоге, он уже разделяет ту или иную позицию. Я просто это говорю к тому, что нет идеальных инструментов замера, нет идеальных инструментов контроля. Пользоваться нужно всеми.

Ну с Владимиром Петровичем мы поговорим отдельно. Я на самом деле считал, что исполняю свое обещание, но, оказывается, нет. Мы вроде с Вами уже встречались как раз такое количество раз, которое отвечает заранее определенному сценарию, — раз в квартал. Но если я все-таки что-то упустил, значит, готов восполнить.

Да, и теперь в отношении договора с Южной Осетией и Абхазией и нормативной базы. Я, откровенно говоря, хотел бы разобраться все-таки, что Вы имеете в виду, потому что не так давно мною был подписан договор с Южной Осетией и договор с Южной Абхазией.

Это уже означает, что юридически ситуация иная, это не указ одного гражданина, пусть даже Президента России, а это все-таки международное соглашение. Тем не менее Вы правы, там действительно из этого договора вытекает необходимость заключения еще одного договора, он будет подготовлен. Я просто хочу сказать, что принципиально все-таки ситуация несколько иная: это уже акт международный, акт, имеющий наднациональную силу. Я ничего не могу возразить против того, что призывников на территории Южной Осетии и Абхазии быть не должно. Ровно также хотел бы сказать, что мы, конечно, будем заниматься специальной базой для расквартирования там наших Вооруженных Сил и заниматься, безусловно, статусом военнослужащих, потому что это отдельная непростая тема, не буду лукавить. Но тем не менее заниматься этим буду лично, потому что понимаю, что несу за это прямую ответственность, как и за другие вещи в стране.

В отношении теперь еще одной важной темы. То, о чем Людмила Михайловна Алексеева говорила, по мирным собраниям, право на проведение собраний, шествий. Тема, конечно, для нашей страны – одна из самых резонансных. Я думаю, Вы гораздо даже лучше, чем я, это знаете. Власти, конечно, никогда не хотят разрешать такого рода мероприятия, и понять это отчасти можно. Но в любом случае эти решения на законе не основаны.

Здесь ведь в чем еще проблема, на мой взгляд. Проблема заключается в том, что очень многое зависит от внутренней культуры. От внутренней культуры тех же самых властей, которые принимают решение либо о запрете митинга, еще какого-то мероприятия, и включая даже такие вещи, как использование правоохранительных органов. У кого-то хватает разума сделать вполне тактичные вещи, принять разумное решение о переносе проведения на более или менее безопасные какие-то места, а у кого-то не хватает, и принимается решение просто о запрете.

Что мне представляется крайне важным в этой ситуации? Я не возражаю против того, что нужно проверить подзаконную нормативную базу, хотя, по моим ощущениям, она сегодня достаточно стерильная, и здесь мы уже вряд ли кого-то поймаем. Скорее всего все-таки речь идет о внутренней мотивации, о страхе, который присутствует у тех или иных людей, которые принимают решение. А страха-то быть не должно, должна быть осторожность не поставить под угрозу жизнь, стабильность, безопасность людей, которые хотят собраться и что-то сказать власти. Основная проблема заключается именно в мотивации и в сигналах, которые посылаются от центральной власти. Вот это, безусловно, важно.

При этом, на мой взгляд, хоть мы заслуженно критикуем суд, тем не менее по всякому случаю отказа, я считаю, что нужно создавать все равно правоприменительную практику, нужно создавать судебную практику, нужно обращаться в суд и требовать разбора полетов, почему отказали. Потому что Москва, допустим, особая ситуация, здесь все-таки особые правила регулирования и особые вызовы, но если речь вести о других городах, то я уверен, что далеко не всем хотелось бы встречаться в суде, я имею в виду, местным начальникам, с теми, кто предлагает привлечь к ответственности за незаконную отмену митинга, пикета и так далее.

По Калининграду я сказал, мы разберемся. Я не знаю, что там происходит, то, что Вы назвали, по закрытию больницы и вот этим 25 пикетам, которые там проходят.

И последнее из того, что Вы называли. Я как раз недавно по случаю был в Лондоне и посмотрел на этот самый Гайд-парк. Выглядит он, конечно, классно, хотя не могу не согласиться с коллегами, там тоже не все видно, он уж не та-

кая выжженная поляна, а там все как раз закрыто, но тем не менее место очень хорошее. Я согласен, что если что-то смотреть для такого рода мероприятий, то это не должны быть какие-то пустоты вокруг гаражей, рядом с промзоной или еще где-то. Нужно поговорить с московскими властями, пусть создадут свой Гайд-парк, те же самые деревья посадят и так далее.

В отношении законодательства об НПО я уже сказал, другие коллеги к этому возвращались.

Что же касается ситуации с нормальной интеграцией инвалидов, то здесь мне представляется, что все в наших руках. Это, может быть, проще даже, чем что-то другое, хотя, конечно, это тоже большая проблема. Буквально неделю назад в этом же зале проводили Совет по делам инвалидов. Здесь нужно это сделать таким образом, чтобы действительно никакая власть не могла от этого открутиться. И ведь, я смотрю, все-таки в тех местах, где власть думает над принимаемыми решениями, у нас, к сожалению, не везде это одинаково, допустим, те же самые пандусы они начали строить и без всяких даже норм об ответственности. Потому что это уже некая внутренняя потребность, абсолютно человеческая. Конечно, можно нагрузить этот закон еще ответственностью за то, что не построил. Но, с другой стороны, это не очень хорошо работает. Во всяком случае, может быть, даже не в сам закон, сколько в технические регламенты, чтобы это невозможно было просто проигнорировать.

В отношении закона об опеке и попечительстве, то, о чем Светлана Иннокентьевна говорила. Вы знаете, тут я хочу сам разобраться, я этот закон не только читал, я, по сути, его правил лично, я тогда в правительстве работал. Он, как и всякий закон, конечно, не идеальный.

Я что хочу сказать. В этом законе есть патронат, я вам абсолютно твердо говорю, и нормы о патронате. И более того, это первый закон, в котором патронат был подвергнут вот такой именно специальной регламентации, там появилась легальная конструкция. Другое дело, что можно сейчас какие-то нормы развить в этом законе, но то, что они там есть, это точно.

Я просто знаю, что есть точка зрения отдельных коллег, с которыми я общался, у них просто была другая концепция, я с ними лично разговаривал. Но могу Вам сказать, что это в известной мере моя точка зрения там, это не значит, что она лучшая.

**С. СОРОКИНА:** Дмитрий Анатольевич, одну секунду только. Дело в том, что там прописано законодательно, что ребенок не может содержаться как бы в какой-либо организации, если он передан в семью, более месяца, а патронат подразумевает содержание ребенка как бы на государственном балансе, и при этом солидарная ответственность принимающей семьи и профессионалов. Понимаете, это противоречит, это разрушает.



**Д. МЕДВЕДЕВ:** Светлана Иннокентьевна, это зависит от того, как мы смотрим на патронат. Но в любом случае хорошо, что этот закон появился, потому что без этого закона, я просто помню, я приезжал куда-то в наши регионы, и мне патронатные родители говорили: вы знаете, у нас просьба, вы все-таки сделайте специальное законодательство об этом, потому что нас чуть ли не к ответственности уголовной привлекают. И губернаторов, кстати, тоже пытались привлекать к ответственности административной, потому что в некоторых регионах был патронат, а в некоторых прокуроры считали, что этого института нет.

Давайте вернемся, конечно, к этому вопросу, я не возражаю, но я к тому, что все-таки мы должны понимать, куда развивается институт.

**Э. ПАМФИЛОВА:** Извините, можно я добавлю? Дело в том, что постановление о развитии этого закона не сделано, вот в чем дело.

**Д. МЕДВЕДЕВ:** Дело не только в постановлении, это все-таки вопрос самого закона. Давайте просто, может быть, подумаем, как лучше конструкции, которые туда заложены, приспособить к современной жизни, потому что без этого института мы точно не обойдемся.

По поводу социальной рекламы. Насколько я понимаю, у нас нет предложений по поводу приравнивания социальной рекламы к коммерческой. Наоборот, там предполагается одна вторая от самой нижней границы расценок на рекламу. Это разные вещи, там такой глупости нет. Но в Госдуме много чего хорошего есть. Сказали же, все услышали, все под запись, под протокол. Как только разойдемся, все это вывесят на сайте. Так что общественность будет знать, в том числе и думская.

Беженцами будем заниматься обязательно. Я дам поручение восстановить комиссию по миграционной политике. Если ее считать правительственной...

В отношении экстремизма – последнее, что здесь коллеги упоминали. Я считаю, что мы в известной степени эту проблему сдвинули с мертвой точки, потому что еще 10 лет назад сама эта тема вызывала, скажем, у правоохранительных органов изжогу и непонимание. Сейчас ею стали заниматься, возбуждаются уголовные дела, не всегда, наверное, и не всегда с должной степенью последовательности, но все-таки это сдвинулось с места.

Бумагу я, конечно, посмотрю, то, что Вы передали в отношении конкретного человека. Но что же касается координатора, надо подумать, что он может сделать. В этом смысле мне идея не представляется беспорной, но, во всяком случае, я подумаю, сможет ли этот человек аккумулировать какие-то полномочия, которые будут в достаточной степени реальными.

Главное ведь не в том, чтобы отписаться, комиссию создать очередную или кого-нибудь назначить. Мы же с вами понимаем, что в нашей стране это срабатывает в самую последнюю очередь. Важны импульсы, вот такие, как мы с вами даем: вы на своем уровне, Президент – на своем. И важны уже практические решения, которые должны воплощаться в жизнь.

Мне было интересно, я давно с вами не общался, хотя со значительной частью мы знакомы, и, когда я работал руководителем Администрации, у нас была своя история общения.

В заключение хотел бы вам еще раз сказать, что мы такого рода встречи обязательно продолжим и, может быть, даже не в формате один-два раза в год, а чаще, потому что проблем слишком много. До свидания.

## ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ

**27.06.2009. США. МедПортал.** Департамент здравоохранения техасского города Хьюстон решил привлечь тысячи молодых людей к проверке на ВИЧ-инфекцию и сифилис, предлагая за нее бесплатные билеты на концерт музыки в стиле хип-хоп. Таким образом власти рассчитывают обследовать до 15 тысяч человек в рамках массового тестирования, которое будет проходить в течение следующих трех недель. По словам менеджера программ бюро профилактики ВИЧ-инфекции, заболеваний, передающихся половым путем, и вирусных гепатитов департамента здравоохранения Бо Миттса, акция должна стать самым масштабным тестированием на ВИЧ в истории США. Она посвящена Национальному дню проверки на ВИЧ, который проводится 27 июня. Каждый, кто сдаст анализы на ВИЧ и сифилис, ознакомится с их результатами и прослушает часовую образовательную лекцию, получит билеты от радиостанции KVXX-FM на концерт хип-хоп исполнителей, который состоится 11 июля в Конференц-центре Джорджа Брана. По оценкам экспертов, около одного процента участ-

ников акции получают положительные результаты анализа на ВИЧ, предполагаемое число случаев сифилиса еще больше. Обследование направлено в первую очередь на молодых афроамериканцев, которые являются наиболее пораженной ВИЧ частью населения. По данным Центров по контролю и профилактике заболеваний (CDC), 46% ВИЧ-положительных американцев – чернокожие, при этом афроамериканцы составляют лишь 12% населения страны.

**27.06.2009. Орел. OrelAids.ru.** С 19 по 21 июня в Орле состоялся тренинг «Развитие немедицинского сервиса для ЛЖВ». Обучение было организовано орловской региональной общественной организацией по борьбе со СПИДом «Феникс ПЛЮС» при поддержке САФ-Россия в рамках проекта «Создание условий для развития немедицинского сервиса в ЦФО для ЛЖВ. Программы поддержки групп взаимопомощи ЛЖВС». В тренинге приняли участие 18 человек из 11 регионов Центрального федерального округа.

# 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](http://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.

## НОВЫЕ ДАННЫЕ О ПРЕИМУЩЕСТВАХ ОДНОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗА И ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

18.02.2009

Как известно, эпидемии ВИЧ-инфекции и туберкулеза (ТБ) развиваются параллельно, и становится все больше больных, инфицированных одновременно ВИЧ и *Mycobacterium tuberculosis*. И если лечение ТБ начинают немедленно после постановки диагноза, то вопрос о том, когда начинать антиретровирусную терапию (АРТ) с коинфекцией ВИЧ и туберкулеза, остается предметом дискуссии. С одной стороны, при одновременном начале антиретровирусной и противотуберкулезной терапии возможно развитие потенциально опасного для жизни синдрома иммунной реконституции и/или взаимодействия лекарственных средств. С другой стороны, решение об отсрочке антиретровирусной терапии приводит к ускорению прогрессирования ВИЧ-инфекции, нарастанию иммунодефицита и повышению риска развития других оппортунистических инфекций и СПИД-ассоциированных злокачественных новообразований. Мы уже знакомили наших читателей с предварительными результатами Южно-Африканского исследования SAPIT (<http://www.medmir.com/content/view/2286/60/>), которое показало 55%-ное снижение смертности больных, которым ТБ и ВИЧ-инфекцию начинали лечить одновременно. Вклад в решение этой проблемы внесли испанские специалисты, которые проанализировали данные крупной когорты ТБ и ВИЧ-коинфицированных больных.

**Методы исследования.** Исследователи отобрали ВИЧ/ТБ-инфицированных больных, включенных в когортное исследование COMESEM после 1996 г. COMESEM – проспективное популяционное исследование, в которое автоматически включаются все взрослые ВИЧ-инфицированные больные, получающие медицинскую помощь в пяти госпиталях большого Мадрида. В исследовании участвуют более 7000 больных.

Основной целью исследователей было оценить различия в выживаемости больных с од-

новременными инициированными АРТ и противотуберкулезной терапией и больных с отсроченной АРТ.

**Результаты исследования.** В рамках COMESEM всего 313 больных были диагностированы с ВИЧ-инфекцией и ТБ между 1999 г. и 2004 г. Из них 140 больных начали АРТ в течение первых двух месяцев противотуберкулезного лечения (группа одновременной терапии), а у 173 АРТ была отсрочена на  $\geq 3$  месяцев после постановки диагноза ТБ и начала курса противотуберкулезных препаратов (группа отсроченной АРТ). Исходные клинико-демографические характеристики не имели существенного различия между группами, за исключением вирусной нагрузки на момент постановки диагноза ТБ, которая была значительно выше в группе отсроченной терапии (63 000 против 130 000 копий/мл  $p = 0,01$ ). Среднее число CD4-клеток на момент постановки диагноза ТБ составило около 157 кл/мкл в обеих группах. Около 67% пациентов имели внелегочные формы ТБ.

В течение 80 месяцев наблюдения умерли 47 больных; 13 – в группе одновременной терапии и 34 – в группе отсроченной АРТ. И однофакторный, и многофакторный анализы данных показали, что одновременная терапия является независимым предиктором повышения выживаемости: отношение рисков (ОР) – 0,37. Другими словами, риск смерти при начале АРТ в течение первых двух месяцев после постановки диагноза ТБ снижался на 63%. Наиболее заметным это влияние на выживаемость было через 6 месяцев терапии (ОР 0,15), затем оно уменьшалось, оставаясь однако существенным и через 12 месяцев после постановки диагноза ТБ (ОР 0,33). Поправка на исходную вирусную нагрузку не внесла изменений в результаты анализа, то есть общая выживаемость от нее не зависела. К концу периода наблюдения в группах отмечались одинаковые средние уровни вирусной нагрузки и CD4-клеток.

**Выводы.** Авторы исследования констатируют факт более высокой выживаемости больных, которые начали АРТ в течение первых двух месяцев после постановки диагноза ТБ. При этом они отмечают, что не располагали данными о причинах смерти пациентов, а также об ослож-

нениях одновременной терапии, если таковые имели место. Необходимы дальнейшие исследования данной проблемы, считают ученые.

**Источник.** Velasco M., et al. Effect of simultaneous use of highly active antiretroviral therapy on survival of HIV patients with tuberculosis. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, 2009, 50, 148–152.

## ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЫХОДЯТ НА ПЕРВЫЙ ПЛАН КАК ПРИЧИНА СМЕРТИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

25.02.2009

Три онкологических заболевания — лимфома Ходжкина, рак шейки матки и саркома Капоши, встречаются у ВИЧ-инфицированных больных так часто, что признаны СПИД-индикаторными опухолями. Однако и другие виды онкопатологии встречаются среди ВИЧ-инфицированных гораздо чаще, чем среди населения в целом. С развитием антиретровирусной терапии (АРТ) у большинства больных СПИД не развивается многие годы и десятилетия и на первый план выходят не связанные со СПИДом онкологические заболевания. Французские эпидемиологи поставили целью оценить динамику заболеваемости и смертности ВИЧ-инфицированных больных от онкологических заболеваний в течение последних нескольких лет.

**Методы исследования.** Все медицинские учреждения Франции, в которых лечатся и наблюдаются ВИЧ-инфицированные больные участвуют в периодически проводимых исследованиях причин смерти. Последние два таких исследования прошли в 2000 г. и 2005 г. — Mortalite-2000 и Mortalite-2005. В год проведения исследования врачей просили каждые три месяца собирать подробные сведения об умерших ВИЧ-инфицированных больных, включая причину смерти, полный диагноз, анамнез, лечение и социодемографические характеристики. В Mortalite-2005 участвовали 340 врачей/центров оказания помощи ВИЧ-инфицированным. Исследователи тщательно проанализировали данные Mortalite-2005 и затем сравнили их с результатами Mortalite-2000.

**Результаты исследования.** В 2005 г. умерли 1042 из 78 000 наблюдавшихся взрослых ( $\geq 18$  лет) больных. В 2000 г. эта цифра составила 964; 76% умерших в 2005 г. были мужчины; средний возраст — 46 лет (в 2000 г. — 41 год). Средняя длительность периода с момента постановки диагноза ВИЧ-инфекции до смерти составила в 2005 г. 12 лет, а в 2000 г. — 8 лет; соответственно 87 и 86% получали антиретровирусную терапию (АРТ). В 2005 г. и 2000 г. соответственно 47 и 33% имели на момент смерти вирусную нагрузку  $< 500$  копий/мл, среднее число CD4-клеток на момент смерти составило 161 и 94 кл/мкл, 55 и

69% имели CD4  $< 200$  кл/мкл, а 12 и 9% — CD4  $> 500$  кл/мкл.

В Mortalite-2005 причинами смерти были следующие заболевания/состояния:

1) СПИД-индикаторное заболевание — 375 случаев смерти (36 против 47% в 2000 г.);

2) не связанные со СПИДом и болезнями печени раки — 173 случая (17 против 11% в 2000 г.);

3) болезни печени — 154 случая (15 против 13% в 2000 г.);

4) сердечно-сосудистые болезни — 88 случаев (8 против 7%);

5) суицид — 50 случаев (5 против 4% в 2000 г.);

6) другие инфекции — 46 случаев (4 против 7%).

Доля больных, умерших от любых онкологических заболеваний, выросла в 2005 г. по сравнению с 2000 г. на 29% ( $P = 0,02$ ). После поправки на возраст и пол было определено, что этот рост произошел за счет раков, не связанных со СПИДом и гепатитами, в то время как смертность от СПИД-индикаторных онкологических заболеваний осталась на прежнем уровне.

Пациенты, умершие от раков, не связанных со СПИДом и болезнями печени, были старше (средний возраст 49 лет), имели умеренную иммуносупрессию (среднее число CD4 = 205 кл/мкл) и у 61% из них уровень вирусной нагрузки был  $< 500$  копий/мл.

Самой частой онкопатологией, не связанной со СПИДом и болезнями печени были раки дыхательных путей — рак легких, носа и горла ( $n = 65$ ). Причем 90% этих больных получали АРТ и у 63% из них вирусная нагрузка была  $< 500$  кл/мкл. При этом 90% из них курили, а 35% — злоупотребляли алкоголем. В целом по сравнению с 2000 г. значительного роста респираторных раков не отмечалось.

По сравнению с 2000 г. значительно выросла смертность от рака поджелудочной железы (10 случаев против 3-х в 2000 г.) и от рака кожи (10 случаев против 2-х в 2000 г.).

Гепатокарцинома в 2005 г. была в основном связана с гепатитом С, а в 2000 — в равной степени с гепатитами С и В.

Не было отмечено различия между Mortalite-2000 и Mortalite-2005 в доле случаев смерти от неходжкинской лимфомы. Среднее число CD4-клеток на момент смерти у этих больных было низким — соответственно 86 и 76 кл/мкл. Тем не менее у трети больных, умерших от неходжкинской лимфомы последние измерения CD4-клеток были  $> 200$  кл/мкл. Случаи смерти от саркомы Капоши составили 4% случаев смерти от раковых заболеваний в 2005 г. и 3% — в 2000 г. (различие не достоверно). Рак шейки матки отмечался в  $< 1\%$  случаев смерти от раковых заболеваний в 2005 г. и в 2000 г.

**Выводы.** Метаанализ продемонстрировал, что в 2005 г. во Франции онкозаболевания являлись причиной трети случаев смерти ВИЧ-инфицированных пациентов и их доля в общей картине причин смерти значительно выросла по

сравнению с 2000 г. Авторы исследования отмечают, что основной прирост произошел за счет раков, не связанных со СПИДом и инфекционными гепатитами. Они подчеркивают, что профилактика, ранняя диагностика, своевременное лечение и отслеживание статистики онкозаболеваний должны быть включены в рутинную практику ведения ВИЧ-инфицированных больных.

**Источник.** F. Bonnet, et al. Changes in Cancer Mortality among HIV-Infected Patients: The Mortalite 2005; *Survey. Clinical Infectious Diseases*, 2009; **48**, 633–639.

## ПРИЕМ ПРЕПАРАТОВ ОДИН РАЗ В ДЕНЬ УЛУЧШАЕТ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

25.02.2009

Комбинированная антиретровирусная терапия (АРТ) является высокоэффективным вмешательством, позволяющим контролировать ВИЧ-инфекцию. Поскольку она состоит из препаратов трех классов, то больные обычно должны принимать по несколько таблеток 2 раза в день. При этом успех АРТ напрямую зависит от приверженности к ней пациента, т.к. пропущенные дозы могут быстро привести к развитию резистентности вируса. Причинами же низкой приверженности являются побочные эффекты препаратов, плохие социальные условия жизни больных, злоупотребление алкоголем и наркотиками, отсутствие базовых знаний о ВИЧ-инфекции, а также, не в последнюю очередь, необходимость приема множества таблеток несколько раз в день. Считается, что режим АРТ, требующий приема препаратов 1 раз в день, более удобен для пациентов и улучшает их приверженность к лечению. Международная группа ученых во главе с доктором Parienti провела метаанализ клинических исследований с целью количественной оценки влияния на приверженность режима АРТ, требующего приема препаратов 1 раз в день.

**Методы исследования.** Исследователи провели поиск в базе данных Pubmed. Они отбирали открытые рандомизированные контролируемые исследования, сравнивающие режимы АРТ, требующие приема препаратов 1 и 2 раза в день. Включались только те исследования, в которых приверженность определялась методом подсчета таблеток, т.к. самооценка приверженности больными часто дает ложные результаты. Первичной конечной точкой была приверженность, которую рассчитывали по следующей формуле: число принятых доз/число назначенных доз  $\times$  100.

**Результаты исследования.** В метаанализ были включены 11 исследований, в которых участво-

вали 3029 пациентов. Методологическое качество всех исследований было хорошим; все исследования были проведены после 2003 г. Длительность наблюдения составила 48 недель в 5-ти исследованиях, 12–16 недель – в 3-х, 24 недели – в 2-х и 96 недель – в одном исследовании.

Метаанализ всех исследований в целом показал значительное преимущество одноразового приема АРТ-препаратов по сравнению с приемом 2 раза в день: приверженность была выше на 2,9% (95% ДИ 1–4,8%;  $p < 0,003$ ). Анализ чувствительности полученных результатов подтвердил выявленную закономерность.

В 10 исследованиях (2452 больных) определялась вирусная нагрузка ВИЧ. Исследователи не обнаружили различия между группами, получавших АРТ 1 или 2 раза в день относительно доли больных, достигших вирусной нагрузки  $< 50$  копий/мл ( $p = 0,21$ ).

Отдельно были проанализированы пациенты, впервые начинающие АРТ (первичная АРТ) и пациенты, которым провели смену режима. В пяти исследованиях первичной АРТ (1927 пациентов) одноразовый прием препаратов был связан со значительно лучшей приверженностью и более низкой вирусной нагрузкой: соответственно +4,4% ( $p < 0,001$ ) и –5,7% ( $p < 0,027$ ). В шести же исследованиях, в которых участвовали долготеченные больные, одноразовый прием препаратов не был связан со значительным улучшением приверженности или вирусной нагрузки: соответственно +1% ( $p = 0,29$ ) и –0,7% ( $p = 0,76$ ).

**Выводы.** Проведенный метаанализ показал значительно более высокую приверженность ВИЧ-инфицированных больных режимам АРТ, требующим принимать препараты 1 раз в день. Данная закономерность отмечалась преимущественно у больных, получавших первичную АРТ. У них влияние приема препаратов 1 раз в день распространялось и на вирусологический ответ на лечение: вирусная нагрузка была ниже, чем у принимающих препараты 2 раза в день. Авторы метаанализа высказывают предположение, что отсутствие выраженного эффекта приема препаратов 1 раз в день у долготеченных больных объясняется тем, что в большинстве исследований критерием включения таких пациентов была стойкая вирусная супрессия, т.е. они уже успешно лечились. С другой стороны, у них уже успели накопиться такие сопутствующие АРТ-проблемы, как резистентность ВИЧ, нарушения толерантности и т.д.

В заключение авторы подчеркивают, что влияние приема препаратов 1 раз в день у начинающих терапию больных было умеренным и такой режим сам по себе не может считаться полной гарантией успеха АРТ.

**Источник.** J.-J. Parienti, et al. Better Adherence with Once-Daily Antiretroviral Regimens: A Meta-Analysis. *Clinical Infectious Diseases*, 2009; **48**, 484–488.

## РАННЕЕ НАЧАЛО АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ПРЕДОТВРАЩАЕТ ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ВГС/ВИЧ

04.03.2009

В эпоху антиретровирусной терапии (АРТ) больные с ВИЧ стали жить дольше и при коинфекции вирусом гепатита С (ВИЧ/ВГС) на первые места среди причин смерти выдвинулись фиброз и цирроз печени, обусловленные ВГС, а не СПИД-индикаторные заболевания. При ведении таких больных сложной проблемой является определение оптимального момента начала АРТ. С одной стороны, многие антиретровирусные препараты гепатотоксичны, с другой стороны, сам по себе ВИЧ способствует поражению печени, особенно при невысоких CD4. Ученые из Франции во главе с Firouze Bani-Sadr провели ретроспективное исследование с целью определения основных факторов, влияющих на прогрессирование поражения печени при ВГС/ВИЧ. Их результаты опубликованы в одном из февральских номеров *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*.

**Методы исследования.** Исследователи воспользовались данными испытания ANRS HC02-Ribavir, сравнившего эффективность различных схем лечения ВГС при ВИЧ-инфекции. Они провели анализ подгруппы больных, отобранных на основании следующих критериев: наличие результатов гистологического исследования печени, уровень РНК ВГС > порога обнаружения, а также факт, что больной не получал АРТ вообще или в течение 3-х месяцев до включения в ANRS HC02-Ribavir. Больных распределили в 2 группы в зависимости от балла по шкале прогрессии фиброза Metavir: 1-я группа – стадии F1 и F2 (незначительный фиброз), вторая группа – стадии F3 и F4 (значительный фиброз).

**Результаты исследования.** Всего в анализ вошли 395 больных, из них в первую группу – 286 (на стадии F1 – 128, F2 – 158); во вторую группу – 109 (F3 – 88 и F4 – 21). АРТ до биопсии печени или ко времени биопсии получали 297 человек (75%). В однофакторном анализе с фиброзом печени ассоциировались: более старший возраст, длительность приема АРТ, больший интервал между временем постановки диагноза ВИЧ и началом АРТ, прием нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы (НИОТ), особенно ламивудина (Эпивир), наличие гепатостеатоза (жировой дистрофии печени). Однако при многофакторном анализе (с поправками на многочисленные показатели, потенциально влияющие на прогрессирование фиброза) с тяжестью фиброза печени ассоциировались только два фактора: длительность интервала от постановки диагноза ВИЧ-инфекции до начала АРТ (для каждого дополнительного года отношение шансов [ОШ] 1,084, 95% доверительный интервал [ДИ], 1,029–1,143,  $p = 0,025$ ) и нали-

чие жировой дистрофии печени (ОШ 1,912, 95% ДИ, 1,179–3,102,  $p = 0,0086$ ). При этом, однако, среди больных с тяжелым фиброзом печени меньше была доля никогда не получавших АРТ, а общая длительность курса АРТ у этих больных была дольше.

Кроме того, авторы обнаружили независимую связь между прогрессией фиброза и снижением числа CD4, прогрессией фиброза и вирусологической неудачей при лечении ВИЧ-инфекции. Зато не обнаружено значимой связи между тяжелым фиброзом и текущим подсчетом CD4, снижением CD4 в прошлом ниже 100 клеток/мкл, стадией ВИЧ по классификации CDC или вирусной нагрузкой выше порога обнаружения. В противоположность другим исследованиям авторы не обнаружили влияния на прогрессию фиброза нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы (НИОТ), даже невирапина (Вирамун), а также не отмечено и благотворного воздействия на фиброз ингибиторов протеазы. Исходный уровень некровоспалительных изменений у больных с продвинутым или минимальным фиброзом печени не различался.

**Выводы.** Авторы приходят к выводу, что для предотвращения фиброза печени при ВИЧ/ВГС важны не сам факт назначения АРТ и не ее длительность, а раннее начало АРТ после постановки диагноза ВИЧ. Отсюда можно сделать важный практический вывод: если по тем или иным причинам не удастся добиться стойкого вирусологического ответа по ВГС у больного с ВИЧ/ВГС-коинфекцией, ему вероятнее всего показано раннее назначение АРТ.

**Источник.** F. Bani-Sadr, P. Bedossa, E. Rosenthal, and others (for the ANRS HC02-Ribavir Study Team). Does Early Antiretroviral Treatment Prevent Liver Fibrosis in HIV/HCV-Coinfected Patients? *JAIDS*, February 2009; **50**, 234–236.

## ВЕДЕНИЕ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ МЛАДЕНЦЕВ В США. РЕКОМЕНДАЦИИ АМЕРИКАНСКОЙ АКАДЕМИИ ПЕДИАТРИИ

11.03.2009

В США педиатры принимают активное участие в медицинском обслуживании ВИЧ-инфицированных детей. Американская академия педиатрии опубликовала рекомендации по рутинному ведению ВИЧ-инфицированных детей и детей от ВИЧ-инфицированных матерей.

Мы публикуем основные положения этих рекомендаций.

1. Факт инфицирования матери ВИЧ-1 всегда следует устанавливать до или во время беременности, что позволяет как можно раньше начать лечение женщины и предотвратить передачу инфекции от матери к плоду. Согласно рекомендациям Американской академии педиатрии анализ на антитела к ВИЧ-1 следует выполнять

всем беременным женщинам за исключением случаев отказа от данного теста (так называемое «право на отказ»). Женщина должна быть информирована о проведении теста. Все исследования на антитела к ВИЧ-1 должны выполняться в соответствии с государственными и местными законами.

2. Если материнский ВИЧ-1 серостатус не известен к моменту родов или при рождении младенца, то должно быть обеспечено как можно скорейшее проведение анализа на антитела к ВИЧ-1 (экспресс-анализ) у матери или новорожденного в случае согласия и в соответствии с законами штата. Результаты теста необходимо как можно раньше сообщить врачу, чтобы как можно быстрее, но в любом случае не позднее 12 ч после рождения, назначить новорожденному эффективное антиретровирусное (АРВ) профилактическое лечение.

3. В случае положительного результата экспресс-анализа на антитела к ВИЧ-1 АРВ-профилактическое лечение матери и новорожденного должно быть начато незамедлительно, не дожидаясь результатов подтверждающего теста; кормление грудью не должно начинаться. Если экспресс-тест дал положительный результат, то следует провести подтверждающий тест; если его результаты отрицательные (т.е. младенец не инфицирован ВИЧ-1), АРВ-профилактическое лечение прекращается, кормление грудью разрешается.

4. В США матери, инфицированные ВИЧ-1, не должны кормить своих детей грудью; их следует обучить безопасным альтернативным способам вскармливания.

5. Необходимо оценить данные о состоянии здоровья матери, чтобы определить, не подвергся ли плод воздействию коинфекций, таких как туберкулез, сифилис, токсоплазмоз, гепатит В или С, цитомегаловирусная и герпетическая инфекции. Диагностика и лечение коинфекций основываются на данных о состоянии матери и младенца.

6. Врачам-педиатрам следует проконсультировать родителей и опекунов ВИЧ-1-инфицированного младенца о ВИЧ-инфекции: дать информацию о течении заболевания, методах контроля, уходе, диагностических тестах и потенциальных токсических эффектах антиретровирусной терапии.

7. Все младенцы, подвергшиеся воздействию ВИЧ-1 (ВИЧ-инфицированная мать), должны пройти вирусологическое обследование на определение ДНК или РНК ВИЧ-1 в крови на 14–21 день жизни. Если результаты отрицательные, тест следует повторить в 1–2 и 4–6 мес, чтобы подтвердить или исключить ВИЧ-1-инфекцию как можно раньше. Для детей с отрицательным вирусологическим тестом специалисты рекомендуют подтвердить отсутствие ВИЧ-1-инфекции с помощью определения ВИЧ-1-антител в возрасте 12–18 мес. В случае позитив-

ности какого-либо из тестов, его необходимо немедленно повторить.

8. Первоначальное вирусологическое тестирование в первые дни жизни младенца позволяет установить факт внутриутробного инфицирования. Его следует проводить, если ВИЧ-инфицированной матери в период беременности не была назначена антиретровирусная терапия или в других случаях высокого риска инфицирования. Если тест на определение ДНК или РНК ВИЧ-1 не проведен сразу после рождения или его результаты отрицательные, то его проведение откладывают до 14–21 дня жизни, поскольку диагностическая чувствительность данного теста повышается ко 2-й неделе жизни.

9. У младенцев, не вскармливаемых грудью, и детей младше 18 мес при отсутствии положительных результатов вирусологического теста, предполагаемое (вероятное) исключение ВИЧ-1-инфекции основывается на 2 отрицательных результатах вирусологического теста на определение ДНК или РНК ВИЧ-1 из разных образцов крови, оба из которых получены в возрасте  $\geq 2$  недель жизни, а один –  $\geq 4$  недель; или одного отрицательного вирусологического теста на определение ДНК или РНК ВИЧ-1 из образца, полученного в возрасте  $\geq 8$  недель; или одного отрицательного результата теста на определение ВИЧ-1-антител из образца, полученного в возрасте  $\geq 6$  мес. Если результаты всех этих тестов отрицательные, то дальнейшее тестирование проводится для окончательного исключения ВИЧ-1-инфекции.

10. У младенцев, не вскармливаемых грудью, и детей младше 18 мес при отсутствии положительных результатов вирусологического теста на ВИЧ-1, окончательное (достоверное) исключение ВИЧ-1-инфекции основывается на 2 отрицательных результатах вирусологического теста на определение ДНК или РНК ВИЧ-1 из разных образцов, оба из которых получены в возрасте  $\geq 1$  мес, а один в возрасте  $\geq 4$  мес; или 2 отрицательных результатах теста на определение ВИЧ-1-антител из разных образцов крови, полученных в возрасте  $\geq 6$  мес.

11. Многие эксперты подтверждают отсутствие ВИЧ-1-инфекции при отрицательном результате теста на определение ВИЧ-1-антител в возрасте 12–18 мес. Такой тест может быть использован для исключения ВИЧ-1-инфекции в случае отсутствия ее других лабораторных или клинических признаков, а именно, в отсутствие положительных результатов вирусологических тестов и СПИД-обусловленного состояния, не связанного с иммуносупрессией другого генеза.

12. У младенцев, вскармливаемых грудью, может быть применен такой же временной диагностический алгоритм; но точкой отсчета для проведения тестов является дата полного прекращения кормления грудью, а не дата рождения.

13. Младенцам, рожденным от ВИЧ-инфицированных матерей, следует начать профилак-

тику *Pneumocystis jiroveci* пневмонии в возрасте 4–6 недель жизни. Дети с неопределенным ВИЧ-1-статусом должны получать профилактическое лечение до тех пор, пока ВИЧ-1-инфекция не будет исключена предположительно или окончательно. Профилактическое лечение не рекомендуется младенцам, у которых ВИЧ-1-инфекция исключена.

14. Все младенцы, подвергшиеся действию антиретровирусной терапии внутриутробно или после рождения, должны наблюдаться в отношении ближайших и отсроченных токсических эффектов терапии.

15. Иммунизация и скрининг туберкулеза у ВИЧ-1-инфицированных младенцев должны проводиться в соответствии с опубликованными рекомендациями.

16. Проведение диагностических тестов на выявление ВИЧ-1 следует рекомендовать всем членам семьи ВИЧ-1-инфицированных младенцев.

17. Педиатр, оказывающий помощь ВИЧ-1-инфицированному младенцу или младенцу, подвергшемуся воздействию ВИЧ-1, должен консультироваться со специалистом по ВИЧ-инфекции у детей. Если ВИЧ-1-инфицированная мама в подростковом возрасте, то рекомендуется консультация врача, компетентного в вопросах помощи подросткам.

**Источник.** P.L. Havens, Lynne M. Mofenson, and the Committee on Pediatric AIDS. Evaluation and Management of the Infant Exposed to HIV-1 in the United States. *Pediatrics*, 2009; **123**, 175–187.

## ВЫЖИВАЕМОСТЬ РЕАНИМАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ УЛУЧШАЕТСЯ, ПНЕВМОЦИСТНАЯ ПНЕВМОНИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ РЕЖЕ

18.03.2009

Больные ВИЧ-инфекцией составляют существенную долю в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) многопрофильных клиник. Прогресс в лечении этой категории пациентов начался с 1996 г. с внедрением антиретровирусной терапии (АРТ). Со временем структура диагнозов, с которыми ВИЧ-инфицированные попадают в ОРИТ, меняется, меняются и исходы. Этот процесс на примере Общей больницы г. Сан-Франциско (375 коек, из них 30 реанимационных), в котором исторически проживает большая популяция ВИЧ-инфицированных, изучает группа американских ученых. Результаты их уже шестого исследования на эту тему, проведенного Krista Powell et al. из университета штата Калифорния, опубликованы в журнале *Chest* за январь 2009 г.

**Методы исследования.** В исследование включались больные с ВИЧ-инфекцией, госпитализированные в ОРИТ на протяжении 2004–2006 гг. Отбор производился ретроспективно, при по-

мощи компьютерной базы данных. Анализировали клинично-демографические показатели, подсчет CD4, вирусную нагрузку (ВН), уровень альбумина, потребность в ИВЛ, подсчет по шкале АРАСНЕ II. Основная конечная точка – выживание до выписки из стационара.

**Результаты исследования.** Всего идентифицированы 281 больной и 311 госпитализаций ВИЧ-инфицированных больных в ОРИТ. Больше одного раза за пять лет исследования попадали в больницу 25 (9%) больных. Мужчин в когорте было 79,7%, представителей белой расы – 40,9%. Основные пути заражения: внутривенная наркомания в анамнезе – 55,6%, мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами (МСМ) – 17,7%. В год попадали в ОРИТ от 50 (2000 г.) до 75 (2002 г.) ВИЧ-инфицированных.

Основной причиной госпитализации остается дыхательная недостаточность (ДН), однако с каждым годом доля больных с ДН снижается: с 52% в 2000 г. до 34% в 2004 г. ( $p = 0,02$ ). Значимо снизилась доля больных с пневмоцистной пневмонией (ПП): с 24% в 2000 г. до 9% в 2004 г. ( $p = 0,003$ ). Выживаемость в стационаре улучшилась с 58% (2000 г.) до 77% (максимум, 2003 г.). При этом доля больных, получавших АРТ, оставалась прежней. АРТ к моменту госпитализации получали 101 из 306 больных (33%), включая шестерых, которые были госпитализированы в ОРИТ из-за осложнений АРТ. По возрасту, полу, этническому происхождению и факторам риска заражения ВИЧ различий между получавшими и не получавшими АРТ не было. Больные на АРТ чаще страдали ПП (28,3 против 17,6%), другими оппортунистическими инфекциями (ОИ) (68,7 против 62,3%), злокачественными новообразованиями (22,0 против 8,5%) (оба  $p < 0,05$ ). Зато подсчет CD4 у больных на АРТ был выше (141 против 95 клеток/мкл;  $p = 0,021$ ), а ВН ниже (3,71 против 4,81 логарифма копий/мл;  $p < 0,001$ ); выше был и уровень альбумина. Содержание лактата плазмы и подсчет по шкале АРАСНЕ II не различались.

ВИЧ-ассоциированные заболевания служили причиной госпитализации у 21% больных, две трети из них были с ПП. Среди больных на АРТ ВИЧ-ассоциированных заболеваний было меньше: 12 против 25% ( $p = 0,008$ ). ПП имела место у 3% больных на АРТ и у 19% не получавших АРТ. Всего из 42 больных с ПП АРТ получали трое (7%).

Самой частой причиной госпитализации в ОРИТ была ДН – 42%; у больных на АРТ – 40%, не на АРТ – 44% (статистические различия не значимы). Чаще всего ДН развивалась вследствие ПП – 28% случаев; 8% – среди получавших АРТ и 38% – среди не получавших АРТ ( $p = 0,002$ ). ПП была самой частой причиной развития ДН среди не принимавших АРТ. Среди больных на АРТ ДН чаще всего была обусловлена хроническими обструктивными заболеваниями легких.

На втором месте среди причин госпитализации в ОРИТ у больных на АРТ были кровотече-

ния, травмы, операции (взяты вместе – 28%). Среди больных не на АРТ на втором месте был сепсис (22%). В 40% случаев этиология сепсиса осталась неизвестной. Пневмококковая и стафилококковая инфекции отвечали за 8 и 13% госпитализаций по поводу сепсиса. Среди идентифицированных возбудителей сепсиса чаще встречались грамотрицательные палочки (18%). Общая выживаемость ВИЧ-инфицированных больных в ОРИТ за 2000–2004 гг. составила 69% и не зависела от приема АРТ. Самая высокая летальность отмечена у больных с ДН, ПП, кровотечениями из ЖКТ. Тем не менее при всех диагнозах выживаемость превышала 50%.

В однофакторном анализе возраст, пол, прием АРТ, подсчет CD4, ВН, профилактика ПП на выживаемость не влияли. По сравнению с группой МСМ инъекционные наркоманы и больные с другими факторами риска ВИЧ умирали реже. Лучше была выживаемость у пациентов с более высоким альбумином сыворотки крови и низким баллом по шкале АРАСНЕ II. Хуже выживали больные, нуждавшиеся в ИВЛ, больные с ПП и больные с ДН.

В многофакторном анализе с лучшей выживаемостью ассоциировались более высокий уровень альбумина (скорректированное отношение шансов [ОШ] – 2,08; 95% доверительный интервал [ДИ] 1,41–3,06;  $p = 0,002$ ) и отсутствие инвазивной ИВЛ (ОШ – 6,11; 95% ДИ 2,73–13,72;  $p < 0,001$ ). При включении в многофакторный анализ балла по АРАСНЕ и исключения потребности в инвазивной ИВЛ и уровня альбумина, только меньший подсчет по АРАСНЕ II остался фактором, независимо предсказывавшим лучшую выживаемость.

**Выводы.** Это исследование показало, что эпидемиология ВИЧ-инфекции в ОРИТ изменяется: ДН – главная причина госпитализации в ОРИТ стала встречаться реже, меньше стало больных с ПП, меньше доля других СПИД-ассоциированных заболеваний. Выживаемость реанимационных больных с ВИЧ-инфекцией улучшается. Лучшие исходы ассоциировались с более высоким уровнем альбумина и отсутствием потребности в ИВЛ.

**Источник.** K. Powell, et al. Survival for Patients With HIV Admitted to the ICU Continues to Improve in the Current Era of Combination Antiretroviral Therapy. *Chest*, 2009; 135, 11–17.

## СЛУЧАЙ ЧУДЕСНОГО ИЗЛЕЧЕНИЯ ОТ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПОСЛЕ ПЕРЕСАДКИ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПО ПОВОДУ ОСТРОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА

25.03.2009

Несмотря на успехи антиретровирусной терапии (АРТ), ВИЧ-инфекция остается тяжелым хроническим заболеванием, отрицательно влияющим на качество и продолжительность жизни.

Поэтому необходимы поиски универсального средства/вмешательства, которое могло бы обеспечить полное излечение от ВИЧ-инфекции. Такое чудесное излечение, или по крайней мере полная ремиссия, произошло в прошлом году у американского больного, которого пролечили от лейкоза в одной из клиник Германии. Описание данного клинического случая опубликовано в *New England Journal of Medicine*.

40-летний белый мужчина с длительной (более 10 лет) ВИЧ-инфекцией был диагностирован с острым миелолейкозом. На момент постановки диагноза он получал АРТ, в состав которой входили следующие препараты: ифавиренц (600 мг), эмтрицитабин (200 мг) и тенофовир (300 мг). Данную схему он получал в течение 4-х лет и за это время не имел никаких заболеваний, связанных со СПИДом. На момент постановки диагноза миелолейкоза его число CD4-клеток было 415 кл/мкл, а вирусная нагрузка (ВН) не определялась. Ему была проведена химиотерапия – два курса индукционной и один курс консолидирующей. В ответ на химиотерапию развилось тяжелое токсическое поражение печени и почечная недостаточность. Пришлось на время отменить АРТ, что привело к резкому скачку ВН. АРТ была возобновлена, и через 3 месяца ВН снизилась до неопределимого уровня.

Через 7 месяцев после первичного обращения миелолейкоз рецидивировал, и встал вопрос об аллогенной трансплантации стволовых клеток из периферической крови. Так как известно, что лица с генетически обусловленной делецией CCR5 Δ32 невосприимчивы к ВИЧ, была сделана попытка найти соответствующего донора. CCR5 является корцептором, который необходим для проникновения R5-тропных вирусов в клетку. Мутация, приводящая к делеции CCR5 Δ32, встречается у 1% европейского населения. Наряду с остальными анализами, доноров скринировали на гомозиготность по делеции CCR5 Δ32. Генетическому анализу подвергли 62 из 80 доноров, совместимых с больным по системе HLA. Только один донор имел нужную мутацию.

Проведенная в соответствии со стандартным протоколом пересадка стволовых клеток была успешной, и больной вошел в ремиссию по миелолейкозу. Однако через год после первой пересадки развился рецидив миелолейкоза, и больному повторно провели трансплантацию стволовых клеток периферической крови от того же донора. Вторая процедура привела к полной ремиссии миелолейкоза, которая сохраняется до настоящего времени в течение 20-ти месяцев наблюдения.

За день перед первой трансплантацией АРТ была отменена и больше не возобновлялась. Тем не менее, ВН оставалась неопределимой на протяжении 23 месяцев наблюдения. Присутствие ВИЧ не определялось в крови, костном мозге и



ректальной слизистой больного (отрицательные анализы на РНК и ДНК вируса методом ПЦР). Если в первые дни после процедуры трансплантации число CD4 было < 100 кл/мкл, то к концу периода наблюдения оно составило 548 кл/мкл. Таким образом, налицо либо стойкая ремиссия, либо полное излечение от ВИЧ-инфекции.

**Выводы.** Данный случай является не первой попыткой лечения ВИЧ-инфекции методом пересадки стволовых клеток. Ни в одной из предыдущих попыток не учитывалась делеция CCR5 Δ32, и все они потерпели неудачу. Очень вероятно, что предложен новый метод лечения ВИЧ-инфекции, который, однако, является исключительно дорогостоящим и чреватым тяжелыми побочными явлениями. Но если даже ремиссия ВИЧ-инфекции у больного закончится и станет очевидным, что полного излечения не наступило, данный случай подчеркивает важность CCR5 корцептора в патогенезе ВИЧ-инфекции и делает его многообещающей целью других возможных вмешательств и методов.

**Источник.** Hutter G., et al. Long-term control of HIV by CCR5 delta32/delta32 stem-cell transplantation. *N. Engl. J. Med.*, 2009, Feb 12; **360**, p. 692.

## У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С НИЗКИМ ЧИСЛОМ CD4-КЛЕТОК ДО НАЧАЛА ТЕРАПИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ СКРИНИНГ НА КРИПТОКОКК

01.04.2009

Криптококковый менингит — это тяжелая оппортунистическая инфекция, которая является одной из основных причин смерти больных СПИДом. Причем значительная часть пациентов умирает в течение первого года после инициации антиретровирусной терапии (АРТ), чаще всего в первые месяцы. То есть рутинный скрининг с целью выявить субклинический криптококковый менингит перед назначением АРТ и его своевременное лечение представляются разумной тактикой. Тесты на криптококковые антитела обладают высокими чувствительностью и специфичностью. При этом они становятся положительными в среднем за три недели до развития клинических симптомов заболевания. Но если роль тестирования на криптококковый антиген для постановки диагноза развернутого заболевания четко обозначена в действующих рекомендациях, то клиническая значимость бессимптомной антигенемии и тестирования бессимптомных больных остаются недостаточно изученными. Ясность в данный вопрос попыталась внести международная группа ученых из Великобритании и Южной Африки. Они провели исследование с целью отследить клинические исходы у бессимптомных больных с положительным анализом на антиге-

ны криптококка в крови. Основной целью исследования было проверить гипотезу о том, что скрининг на криптококковый антиген в крови может выявить больных, имеющих повышенный риск развития криптококковой инфекции.

**Методы исследования.** Было проведено ретроспективное исследование, в котором использовались замороженные образцы сыворотки, забранной у больных непосредственно перед первичным назначением АРТ и через 16 недель после ее начала. Данные образцы подвергали анализу на криптококковый антиген, а затем отслеживали судьбу больных по медицинским документам. Исследование было проведено на базе клиники Кейптауна, в которой АРТ назначают либо при проявлениях СПИДа, либо при числе CD4 < 200 кл/мкл. Приверженность лечению была высокой — около 90%.

Основной конечной точкой была криптококковая антигенемия до начала АРТ и бактериологически подтвержденный криптококковый менингит в течение первого года АРТ.

**Результаты исследования.** В исследование были включены 707 больных. Средний возраст — 33 года, 26% — мужчины. На момент первичного скрининга (перед назначением АРТ) среднее число CD4-клеток в когорте составило 97 кл/мкл (межквартильный интервал [МКИ] 46–157 кл/мкл), а вирусная нагрузка (ВН) — 76 803 копий/мл. Ни у одного из больных не было клинического подозрения на менингит на момент забора крови.

Всего 46 (7%) больных имели положительный анализ на антиген криптококка в сыворотке. Их отличало значительно более низкое по сравнению с больными с отрицательным тестом на криптококк среднее число CD4-клеток — 46 кл/мкл (МКИ 19–77). У 21 больного (46%) была криптококковая инфекция в анамнезе (против 0,5% у криптококк-отрицательных больных). Криптококк-положительные больные по сравнению с криптококк-отрицательными имели значительно большую вероятность развития криптококкового менингита на фоне АРТ — 28% (13 больных) против 0% (ни одного больного).

Среди криптококк-положительных больных была отмечена и значительно более высокая общая смертность в течение первого года АРТ — 34 против 11% у криптококк-отрицательных больных. Многофакторный анализ показал, что исходная криптококковая антигенемия является независимым фактором риска смерти (скорректированный относительный риск — 3,2; 95% ДИ 1,5–6,6;  $p < 0,001$ ). Причем риск смерти был тем выше, чем выше титр антигена.

Криптококковая антигенемия была сильным независимым предиктором развития криптококкового менингита. У 21 больного, имевшего криптококковую инфекцию в анамнезе, среднее время заболевания до начала АРТ составило 140 дней. Все они получали флуконазол на постоянной основе, и их анализ спинномозго-

вой жидкости на криптококк был отрицательным. У шести из этих больных в среднем через месяц после начала АРТ развился рецидив криптококкового менингита. У всех этих больных титр криптококкового антигена в сыворотке накануне АРТ был  $\geq 1 : 512$ .

Из 25 больных, у которых не было указания в анамнезе на криптококковую инфекцию, у 7 (28%) она развилась в среднем через 35 дней от начала АРТ (МКИ 8–188). У этих больных риск развития заболевания был в прямопропорциональной зависимости от величины титра антигена. Однако менингит развился и у одного больного с низким титром ( $\leq 1 : 8$ ).

Исследователи провели также анализ подгруппы пациентов, у которых число CD4-клеток накануне АРТ было  $\leq 100$  кл/мкл. В данной подгруппе прогностическая ценность тестирования на криптококк была выше, чем в когорте в целом. Среди больных с CD4-клеток  $\leq 100$  кл/мкл и отсутствием криптококковой инфекции в анамнезе при пороговом титре криптококковой антигемии  $1 : 8$  чувствительность и специфичность теста в отношении предсказания развития криптококкового менингита после начала АРТ составили соответственно 100 и 96%, а положительная и отрицательная предсказательная сила — соответственно 35 и 100%. Чувствительность теста уменьшалась, а специфичность возрастала с увеличением порогового значения титра антигена.

**Выводы.** Исследователи делают вывод, что скрининг на криптококковый антиген высоко эффективен для выявления больных, которые имеют повышенный риск развития криптококкового менингита после начала АРТ и нуждаются в его медикаментозной профилактике.

**Источник.** Jarvis J.N., et al. Screening for cryptococcal antigenemia in patients accessing an antiretroviral treatment program in South Africa. *Clinical Infectious Diseases*, 2009, **48**, 856–862.

## ПЕРЕСАДКА ПОЧКИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ МОЖЕТ БЫТЬ ВПОЛНЕ УСПЕШНОЙ

08.04.2009

В эру высокоактивной антиретровирусной терапии почечная недостаточность становится одной из основных причин смерти ВИЧ-инфицированных больных. Единственным методом, который продлевает жизнь больным с терминальной почечной недостаточностью, является пересадка почки. Считается, что пересадка почки ВИЧ-инфицированным больным является нежелательной процедурой, в том числе и из-за необходимости принимать иммуносупрессоры до и после операции, но научных данных об исходах крайне недостаточно. Насколько отличается прогноз ВИЧ-инфицированных больных после трансплантации почки от прогноза не

ВИЧ-инфицированных пациентов? Как влияет пересадка на общую выживаемость и почечные показатели больных? Ответы на эти вопросы попытались получить американские ученые, проанализировав данные большой когорты пациентов, которые перенесли пересадку почки.

**Методы исследования.** В ретроспективное когортное исследование были включены все больные, получившие донорскую почку с 1 января 2004 г. до 30 июня 2006 г., которых можно было выявить через национальный регистр United Network for Organ Sharing. Основными конечными точками считались общая выживаемость и выживаемость почечного трансплантата.

**Результаты исследования.** В базе данных United Network for Organ Sharing были выявлены 100 ВИЧ-инфицированных больных, перенесших трансплантацию почки. Их результаты сравнивались с результатами 36 492 не ВИЧ-инфицированных больных, которым была пересажена донорская почка в указанный промежуток времени.

Общая выживаемость в течение одного года после трансплантации почки не различалась между ВИЧ-инфицированными и не ВИЧ-инфицированными больными и составила соответственно 95 и 96%. При этом выживаемость почечного трансплантата была значительно ниже у ВИЧ-инфицированных реципиентов, чем у не ВИЧ-инфицированных: 87,9 против 94,6% ( $p = 0,03$ ). Потеря почечного трансплантата была связана со следующими факторами: 1) возраст донора 50 лет и старше (относительный риск [ОР] –5,43;  $p = 0,02$ ); 2) наличие у донора гипертензии (ОР –4,42;  $p = 0,04$ ); 3) время холодной ишемии  $\geq 16$  ч (ОР –6,88;  $p = 0,02$ ); отсроченная функция трансплантата (ОР –4,81;  $p = 0,03$ ).

В анализе случай–контроль, в котором сравнивались ВИЧ-инфицированные и не ВИЧ-инфицированные больные, соответствующие друг другу по возрасту, полу, длительности почечной недостаточности и многим другим факторам, было показано, что получившие почку от живого донора моложе 50 лет больные имеют сходную выживаемость почечного трансплантата: соответственно 93,2 и 95,4%.

Выживаемость трансплантата не различалась также у ВИЧ-инфицированных и не ВИЧ-инфицированных без отсроченной функции трансплантата: соответственно 95,9 и 96,6%.

**Выводы.** Данное ретроспективное исследование показало, что исходы пересадки почки у ВИЧ-инфицированных реципиентов могут быть сравнимы с исходами не ВИЧ-инфицированных реципиентов. При соблюдении определенных условий, таких как использование не имеющего гипертензии живого донора в возрасте до 50 лет, минимизация времени холодной ишемии и осторожная иммуносупрессивная терапия, выживаемость их почечного трансплантата может быть не хуже выживаемости трансплантата не ВИЧ-инфицированных реципиен-

тов. То есть ВИЧ-положительный статус больного с почечной недостаточностью не может быть причиной безапелляционного отказа в пересадке почки.

Особое внимание авторы исследования обращают на возможное лекарственное взаимодействие иммуносупрессивных и антиретровирусных препаратов. Основываясь на данных предыдущих исследований, они предлагают у каждого ВИЧ-инфицированного больного проводить дооперационное 4-недельное испытание совместимости этих препаратов. «Когда такое испытание невозможно, показано осторожное дозирование иммуносупрессоров, основанное на ожидаемом фармакокинетическом взаимодействии с антиретровирусными препаратами» — пишут авторы исследования.

Основным недостатком исследования был его ретроспективный характер. Его авторы сообщают, что в настоящее время проходит проспективное исследование пересадки почки у ВИЧ-инфицированных пациентов.

**Источник.** Locke J.E., et al. Renal transplant in HIV-positive patients: Long-term outcomes and risk factors for graft loss. *Arch. Surg.*, 2009, Jan; **144**, p. 83.

## **БОЛЬНЫЕ, НАЧИНАЮЩИЕ АНТИРЕТРОВИРУСНУЮ ТЕРАПИЮ ПРИ НИЗКИХ ЗНАЧЕНИЯХ ЧИСЛА CD4-КЛЕТОК, МОГУТ НИКОГДА НЕ ДОСТИЧЬ ЕГО НОРМАЛЬНЫХ УРОВНЕЙ**

**15.04.2009**

CD4-лимфоциты являются первичной целью, которую атакует ВИЧ, и снижение их числа ведет к состоянию иммунодефицита, оппортунистическим инфекциям и смерти. Таково было течение ВИЧ-инфекции до внедрения высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ). В настоящее время существуют больные, которые принимают ВААРТ не одно десятилетие. Какова динамика изменений их абсолютного числа CD4? Возможно ли его восстановление до нормальных цифр в случаях успешной длительной супрессии ВИЧ под влиянием ВААРТ? Ответы на эти вопросы попытались получить американские ученые-инфекционисты под руководством доктора С.Ф. Kelley. Результаты их исследования опубликованы в одном из последних номеров журнала *Clinical Infectious Diseases*.

**Методы исследования.** Когорта больных была набрана в пяти клинических центрах в различных штатах США. Включались больные, у которых удалось достичь вирусной супрессии на первичном режиме ВААРТ (два последовательных анализа на вирусную нагрузку [ВН] < 1000 копий/мл в течение первых 48 недель после инициации ВААРТ) и у которых вирусная супрессия сохранялась минимум 4 года. Исследователи

проанализировали динамику изменения числа CD4-клеток после 48-й недели ВААРТ.

**Результаты исследования.** Всего в анализ включили 366 пациентов, большинство из которых были мужского пола (83%). Средний возраст составил 47 лет; 71% больных получали ингибиторы протеазы (ИП); 12% больных были серопозитивными по вирусному гепатиту С. На момент первичного назначения ВААРТ средний уровень CD4-клеток в когорте составил 201 кл/мкл (межквартильный интервал [МКИ] 72–344 кл/мкл), а средняя ВН — 4,7 log<sub>10</sub> копий/мл (МКИ 3,74–5,11). Через 4 года успешного лечения среднее число CD4-клеток поднялось до 560 кл/мкл (МКИ 390–776 кл/мкл). Средняя длительность наблюдения составила 7,5 лет (МКИ 5,5–9,7), за которые больные имели в среднем 32 визита/обследования (МКИ 7,5–125). У 22% больных ВААРТ-индуцированная вирусная супрессия сохранялась более 10 лет.

У 151 (41%) больного через 4 года вирусной супрессии число CD4 оставалось < 500 кл/мкл. Из них у 61 (40%) больных в дальнейшем удалось добиться повышения CD4 до > 500 кл/мкл, а у остальных число CD4 оставалось низким в течение всего времени наблюдения. Обычно, если число CD4 повышалось до нормальных цифр, оно оставалось на этом уровне. Только у двоих больных отмечалось стойкое снижение CD4 до < 500 кл/мкл после периода, когда число CD4 было > 500 кл/мкл.

После 4-го года ВААРТ рост числа CD4 замедляется — средний прирост составил 17 кл/мкл в год (95% ДИ 11–21 кл/мкл в год). Годовой прирост после 4-го года лечения был тем выше, чем ниже было число CD4 к 4-му году ВААРТ: при CD4 < 350 — 21 кл/мкл в год, при CD4 350–499 — 17 кл/мкл в год, а при CD4 > 500 — 11 кл/мкл в год. У части пациентов рост CD4 вообще прекращается после 4-го года ВААРТ (у 19% с CD4 < 350 кл/мкл к 4 году и у 27% больных с CD4 > 350 кл/мкл).

Исследователи проанализировали динамику числа CD4 в зависимости от различных исходных (до начала ВААРТ) показателей. Они обнаружили, что если средний прирост CD4 за 4 года был сходным во всех CD4-стратах, время до достижения CD4 > 500 кл/мкл значительно различалось в зависимости от исходных величин ( $P < 0,001$ ). В то же время повышения уровня CD4 до > 500 кл/мкл достигли почти все пациенты (95%), начавшие ВААРТ при CD4 > 300 кл/мкл, и менее половины больных (44%), начавших терапию при CD4 < 100 кл/мкл; 25% больных, начавших ВААРТ при числе CD4 100–200 кл/мкл, не достигли нормальных его уровней и в течение 7,5-летнего периода наблюдения/стойкой вирусной супрессии.

В ходе анализа влияния различных кофакторов на число CD4 после 4-х лет успешной терапии, исследователи обнаружили, что более молодые люди имеют больший прирост CD4-кле-

ток ( $P = 0,009$ ). Было обнаружено также, что периодические пики ВН (blips) сдерживают прирост CD4 до 4-го года терапии, но мало влияют на него в дальнейшем. Не частота blips, а значительность (величина ВН) этого проявления имеет решающее влияние на число CD.

У 16 больных в когорте отмечалась персистирующая низкая вирусная нагрузка (определяемая ВН, но  $< 1000$  копий/мкл). За 6 лет наблюдения 14 из 16 больных достигли нормальных уровней CD4-клеток.

**Выводы.** Исследователи констатируют, что больные, которые начинают ВААРТ при количестве CD4-клеток  $< 200$  кл/мкл, могут так ни-

когда и не достичь нормальных его уровней, даже при 10-летней успешной терапии и стойкой вирусной супрессии. Их уровни CD4-клеток остаются субоптимальными и они, вероятно, имеют риск не связанных со СПИДом, но зависящих от иммунного фона заболеваний (онкологических, инфекционных и заболеваний внутренних органов).

**Источник.** C.F. Kelley, et al. Incomplete Peripheral CD4<sup>+</sup> Cell Count Restoration in HIV-Infected Patients Receiving Long-Term Antiretroviral Treatment. *Clinical Infectious Diseases*, 2009; **48**, 787–794.

## ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ

**26.06.2009. Москва. AIDS.ru.** В Рунете открылся специализированный сайт для геев и бисексуалов, живущих с ВИЧ. Проект «Парни Плюс» создан активистами Всероссийского объединения людей, живущих с ВИЧ, на основе созданной ранее группы рассылки «Позитивные братья». Идея создания сайта появилась после того как стало понятно, что рассылка «Позитивные братья», построенная по принципу группы взаимопомощи, по ряду причин не для всех удобна. Кроме того, говорят авторы проекта, в рассылке появилось большое количество материалов, недоступных для новых участников. Теперь пользователи, которые не хотят подключаться к рассылке, могут читать все информационные материалы на сайте [parnoplus.ru](http://parnoplus.ru). Сайт и рассылка будут взаимно поддерживать друг друга. Цель сайта – психоэмоциональная поддержка и вторичная профилактика среди геев и бисексуалов, живущих с ВИЧ. Данный проект может оказаться полезным и ВИЧ-отрицательным гомосексуалам, так как направлен и на профилактику, и на решение вопросов коммуникации и построения отношений в дискордантных парах. Проект призван содействовать снижению гомофобии среди людей, живущих с ВИЧ, и СПИДофобного отношения гей-сообщества к геям, живущим с ВИЧ. Основными разделами нового сайта являются интернет-журнал и новостная лента. Добавлять статьи и комментировать их могут сами пользователи, поскольку авторы проекта стремились сделать его максимально открытым. Справочную часть составляют каталоги международных и национальных сервисов для геев с ВИЧ: телефонов доверия, групп взаимопомощи, сайтов, организаций. Для общения предназначены интернет-рассылка, чат, знакомства, равное консультирование, доски объявлений.

**29.06.2009. Свердловская обл. [www.livehiv.ru](http://www.livehiv.ru).** Заседание Координационной комиссии по противодействию распространению ВИЧ-инфекции в Свердловской области, состоявшееся 26 июня, было посвящено проблемам организации профилактической работы в муниципальных образованиях Северного и Восточного округов. В 2008–2009 гг. специалисты Свердловского областного СПИД-центра провели комплекс выездных мероприятий в муниципалитетах, включающих в себя анализ комплексных муниципальных программ по ограничению распространения ВИЧ-инфекции, анализ деятельности межведомственных комиссий, оценку деятельности всех субъектов профилактики, а также обучение специалистов здравоохранения, образования, культуры, молодежной политики, семинары-тренинги для учащихся и работу мобильного пункта экспресс-тестирования на ВИЧ-инфекцию. Во многом благодаря этой деятельности во всех муниципальных образованиях области созданы и действуют программы «Анти-СПИД», активизировалась деятельность межведомственных комиссий. Однако до сих пор остается ряд нерешенных проблем.

Это, прежде всего, отсутствие систематической профилактической работы, отсутствие полноценного целевого финансирования программ «Анти-СПИД». Ситуация по ВИЧ-инфекции становится все более напряженной. Главы муниципальных образований Камышловского, Краснотурьинского, Артемовского городских округов в своих выступлениях констатировали, что резко возросла заболеваемость среди работающего населения. Так, в Краснотурьинске в 2008 году на долю работающих среди ВИЧ-положительных приходилось 15% случаев ВИЧ-инфекции, а только за 5 месяцев 2009 года уже 39%. В Камышловском городском округе на сегодняшний день почти каждый второй ВИЧ-инфицированный человек – это работающий или служащий. Эта ситуация является следствием активизации полового пути инфицирования, который сегодня превалирует над наркотическим, а также недостатками в организации профилактической работы. Все эти факты свидетельствуют о том, что ВИЧ-инфекция становится проблемой социально-адаптированной группы населения и касается каждого. «Пятьсот тысяч в год стоит лечение одного ВИЧ-положительного пациента. И всего 10 рублей в пересчете на одного жителя муниципалитета требуется для организации эффективной профилактической кампании. Пока мы будем заниматься только лечением, мы обрекаем себя на то, чтобы строить все новые и новые больницы. Необходимо работать не со следствием, а с причиной явления. Профилактика сегодня – это единственный эффективный способ спасти жизни и сохранить здоровье молодых людей», – считает главный врач Свердловского областного СПИД-центра Анжелика Подымова. Участники заседания координационной комиссии были вынуждены признать, что, не смотря на то, что в муниципальных образованиях Северного и Восточного округов достаточно активно проводятся мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции, система профилактики не создана ни в одном муниципалитете. Кроме того, зачастую мероприятия носят формальный характер. Конкурсы рисунков, плакатов, сочинений на темы «СПИД – чума XX века», «Смерть на конце иглы» исчерпали себя и сегодня могут принести скорее вред, а не пользу. «Необходимо развивать волонтерское движение, активно проводить информационные кампании, используя ресурсы Свердловского областного центра по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, организовать эффективное взаимодействие всех субъектов профилактики на территории округа, но самое главное – это активная позиция руководителя муниципального образования. Каждый житель каждого населенного пункта должен знать, что опасность инфицирования ВИЧ велика, но есть меры, которые могут защитить его от этой серьезной болезни», – констатировал Владимир Власов, председатель координационной комиссии, заместитель председателя Правительства Свердловской области по социальной политике.

**ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ «ШАГИ»**

**8800 200 5555**



**НА ЛИНИИ ДЕЖУРЯТ ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ КОНСУЛЬТАНТЫ**

**ВСЕ ЗВОНКИ БЕСПЛАТНЫ**

**МЫ ЗНАЕМ, КАК С ЭТИМ ЖИТЬ**

# К третьей Конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии ЕЕСААС-2009

Москва 28–30 октября 2009 г.

«Региональное сотрудничество: объединим усилия в достижении всеобщего доступа»  
(к профилактике, лечению и медико-социальной поддержке при ВИЧ/СПИДе)

**28.05.2009. Резолюция Международной конференции «Перспективы сотрудничества государств-членов Шанхайской организации сотрудничества в противодействии угрозе инфекционных болезней»**

Международная конференция «Перспективы сотрудничества государств-членов ШОС в противодействии угрозе инфекционных болезней» проведена 14–15 мая 2009 года в Новосибирске по инициативе и в рамках председательства Российской Федерации в Шанхайской организации сотрудничества. В работе конференции приняли участие делегации государств-членов и наблюдателей ШОС: России, Китая, Казахстана, Кыргызстана, Таджикистана, Узбекистана и Монголии. В связи с высокой актуальностью проблематики организации борьбы с инфекционными болезнями в Евразийском регионе, участие в конференции приняли представители здравоохранения государств-участников Содружества Независимых Государств: Армении, Азербайджана, Беларуси и Украины.

Участники конференции отметили, что в современных условиях обострения процессов эпидемиологического и социально-экономического характера, когда возрастает риск возникновения чрезвычайных ситуаций в общественном здравоохранении, очевидна важность выработки странами совместных, скоординированных мер по противодействию глобальным биологическим угрозам и ликвидации их последствий.

В заявлении лидеров стран «Группы восьми» по борьбе с инфекционными болезнями, принятом на саммите в Санкт-Петербурге в 2006 году, подчеркнута исключительная важность оказания решительного противодействия инфекциям, которые представляют собой ведущую причину смертности в мире, и что эта работа жизнен-

но необходима для устойчивого международного развития и благосостояния человечества.

В ноябре 2008 года на московском совещании глав служб государств-членов ШОС, отвечающих за обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия, профильные специалисты перешли к практическому обсуждению данной проблематики в региональном аспекте. Совещание дало старт сотрудничеству стран региона ШОС в одной из наиболее важных сфер, связанных с охраной здоровья населения, — борьбе с инфекционными болезнями.

Участники Международной конференции «Перспективы сотрудничества государств-членов ШОС в противодействии угрозе инфекционных болезней» поделились опытом профилактики, диагностики инфекционных болезней и организации противоэпидемической работы, а также рассмотрели и обсудили широкий круг практических мер по совершенствованию механизмов регионального сотрудничества в целях противодействия глобальным биологическим угрозам, включая:

- современное состояние глобальных биологических угроз, исходящих от особо опасных и других значимых инфекционных болезней;
- актуальные проблемы инфекционной заболеваемости в государствах-членах ШОС и в сопредельных с ними странах;
- национальное и международное нормативно-правовое регулирование противоэпидемической защиты населения, включая введение в практику Международных медико-санитарных правил;
- современные методы мониторинга и диагностики инфекционных заболеваний человека и животных;
- вопросы иммунопрофилактики и лечения актуальных инфекционных болезней, включая ВИЧ/СПИД и туберкулез;

- противодействие вновь возникающим инфекционным болезням, включая грипп птиц, грипп А (H1N1) и подготовка к возможной пандемии гриппа;

- организация предупреждения инфекционных болезней среди мигрантов и межгосударственное приграничное сотрудничество в сфере предупреждения распространения инфекционных болезней;

- перспективы взаимодействия государств-членов ШОС по предупреждению и ликвидации опасных эпидемических проявлений инфекционных болезней с использованием специализированных противоэпидемических мобильных формирований (СПЭБ).

Участники конференции, в связи с распространением нового варианта гриппа А (H1N1), отметили вклад Российской Федерации в повышение готовности стран региона к возможной пандемии гриппа путем консолидации сил и средств здравоохранения и оказания содействия странам-партнерам в укреплении лабораторной сети и подготовке персонала.

Представители государств-членов ШОС согласились с необходимостью активизации, дальнейшего развития и углубления двустороннего и многостороннего партнерства по противодействию инфекционным болезням в рамках ШОС.

По результатам работы Конференция рекомендует:

- считать первоочередными задачами сотрудничества по противодействию инфекционным болезням в регионе ШОС: осуществление научно-технического обмена, оказание взаимного содействия в борьбе с эпидемиями, развитие механизмов совместной работы, включая обеспечение своевременного обмена достоверной информацией о вспышках инфекционных болезней, в том числе с использованием механизмов ММСП (2005);

- одобрить усилия государств-членов ШОС, консолидирующую и координирующую роль Российской Федерации и Всемирной организации здравоохранения в обеспечении международной готовности к появлению новых инфекционных болезней в будущем, в том числе через научные и клинические исследовательские проекты, направленные на долгосрочное прогнозирование;

- отметить особую потребность в наращивании потенциала национальных систем по мониторингу инфекционных болезней в государствах-членах ШОС и оказании помощи в данной области другим странам, включая оказание технической поддержки и подготовку кадров;

- интенсифицировать межгосударственные усилия в рамках ШОС, направленные на сотрудничество в соответствии с решениями Санкт-Петербургского саммита «Группы восьми» (2006 г.), Саммита глав государств-членов ШОС в Душанбе (2008 г.) и ММСП (2005 г.) по гармонизации нормативно-методической базы стран ре-

гиона, корреспондирующей с международными нормами и стандартами в области готовности и оперативного реагирования на чрезвычайные ситуации международного значения;

- использовать опыт Российской Федерации и других государств-членов ШОС в области профилактики и борьбы с особо опасными инфекционными болезнями;

- продолжить в качестве обязательного элемента осуществления эффективного надзора, контроля и санитарной охраны территории стран региона экологические и эпидемиологические исследования циркуляции возбудителей природно-очаговых инфекций, в том числе на приграничных территориях;

- содействовать устранению препятствий в регулировании торгового обмена, включая регистрацию, в сфере поставок диагностических, вакцинных, лекарственных препаратов и медицинского оборудования, в целях расширения доступа к профилактике и лечению инфекционных болезней, охраны здоровья населения и обеспечения коллективной инфекционной безопасности стран ШОС;

- предложить инициативу создания Координационного совета по профилактике и борьбе с особо опасными инфекциями государств-членов ШОС, состоящего из экспертов всех государств-членов и наблюдателей ШОС;

- наращивать совместный потенциал ШОС в целях снижения негативного воздействия стихийных бедствий, включая реализацию ряда практических мер, в том числе за счет использования российских специализированных противоэпидемических бригад, и рассмотреть возможность разработки и подписания соответствующего соглашения в рамках ШОС и создания координирующего органа по вопросам предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения на территории государств-членов ШОС;

- рассмотреть возможность разработки Межгосударственной программы по реализации приоритетных направлений взаимодействия государств-членов и наблюдателей ШОС, с учетом необходимости проведения совместных научных исследований при разработке алгоритмов, средств и методов мониторинга и контроля чрезвычайных ситуаций в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения, а также вопросов подготовки кадров;

- содействовать информационному обеспечению государств-членов ШОС по вопросам санитарно-эпидемической ситуации, методам диагностики, профилактики и лечения инфекционных болезней, в том числе с использованием сети интернет;

- обеспечить преемственность рассмотрения темы санитарно-эпидемиологического благополучия населения как одного из приоритетных направлений гуманитарного сотрудничест-

ва в рамках ШОС, и продолжить в целях коллегиальной экспертной оценки состояния и перспектив межгосударственного сотрудничества проведение конференций и других мероприятий данной тематической направленности на регулярной основе;

- содействовать принятию политических решений в данной сфере на уровне глав государств и правительств государств-членов ШОС.

Участники Международной научно-практической конференции отмечают, что конференция организована и проведена на высоком уровне и выражают признательность Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, администрации Новосибирской области, ФГУН ГНЦ ВБ «Вектор» Роспотребнадзора, Управлению Роспотребнадзора по Новосибирской области за предоставленную возможность обсудить проблемы сотрудничества государств-членов ШОС, а также других стран в противодействии угрозе инфекционных болезней.

Резолюция одобрена участниками конференции 15 мая 2009 года.

<http://www.sco2009.ru>

**02.06.2009. Пресс-конференция: «Развитие эпидемии ВИЧ/СПИДа в России и сопредельных государствах: прогнозы, финансирование программ, меры по противодействию эпидемии.**

**Третья конференция по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии»**

В пресс-конференции принимали участие Геннадий Григорьевич Онищенко, руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека РФ, Мишель Казачкин, исполнительный директор Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, Фриц Лериссон, исполняющий обязанности регионального директора представительства ЮНЭЙДС в Восточной Европе.

Эпидемия ВИЧ/СПИДа остается одной из серьезных медицинских и социальных проблем, которая требует эффективных мер как со стороны системы здравоохранения, так и со стороны общественных организаций и гражданского общества.

Несмотря на глобальный финансовый кризис, Правительство Российской Федерации продолжает значительное увеличение финансовой поддержки программ, направленных на профилактику и лечение ВИЧ. В 2006–2009 годах Российская Федерация выделила около миллиарда рублей на программы профилактики ВИЧ/СПИДа, в том числе среди уязвимых групп населения. Данные программы реализуются при

участии общественных организаций. Более 18 млрд. рублей было выделено за счет средств федерального бюджета на диагностику ВИЧ-инфекции, предоставление современного лечения пациентам с ВИЧ/СПИДом и профилактику передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку.

В целях консолидации региональных усилий по противодействию эпидемии Российская Федерация организует третью Конференцию по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии (ЕЕСААС-2009), которая состоится в Москве с 28 по 30 октября и соберет более 2500 тыс. делегатов из 50 стран.

Конференция проводится по инициативе российских федеральных органов исполнительной власти, при поддержке Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу, Международного общества по СПИДу и Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией. Председателем Оргкомитета конференции является руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, главный государственный санитарный врач Российской Федерации Г.Г. Онищенко. Конференция ЕЕСААС-2009 является одним из важнейших инструментов по выработке решений и механизмов сотрудничества в сфере противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. Тема третьей конференции: «Региональное сотрудничество: объединим усилия в достижении всеобщего доступа» (к профилактике, лечению и медико-социальной поддержке при ВИЧ/СПИДе).

Основные задачи третьей Конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии – усиление регионального сотрудничества и определение приоритетов для региона, с учетом особенностей эпидемии в каждой стране. Особое внимание будет уделено тенденциям развития эпидемии, а также вопросам равного доступа к услугам по профилактике и лечению болезни. Отличительной чертой ЕЕСААС-2009 станет участие Китая как члена Шанхайской организации сотрудничества, в которой в настоящее время председательствует Россия, и Национальных институтов здравоохранения США, представленных серией научных российско-американских семинаров.

В рамках конференции состоится дискуссия законодателей, организаторов здравоохранения, врачей, представителей общественных и религиозных организаций, а также сообщества людей, живущих с ВИЧ.

Кроме того, планируется организация специальных мероприятий для журналистов, посвященных роли СМИ в противодействии распространению ВИЧ/СПИДа.

ЕЕСААС-2009 является крупнейшим региональным форумом в области общественного здравоохранения и тематики ВИЧ/СПИДа и крупнейшей русскоязычной конференцией по



ВИЧ/СПИДу в мире. Первая и вторая конференции, прошедшие в Москве в 2006 и 2008 годах, собрали более 2000 делегатов со всей Восточной Европы и Центральной Азии и стали знаковыми и беспрецедентными событиями регионального масштаба для обмена опытом и обсуждения имеющихся подходов среди политических деятелей, медицинских работников, людей, живущих с ВИЧ, ученых и представителей общественных организаций, сообществ, наиболее затронутых эпидемией, и донорских организаций, вовлеченных в процесс противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии.

*Пресс-служба Роспотребнадзора тел.:  
8(499)973-2703.*

*Пресс-центр Конференции тел.:  
8(495)714-6645.*

### **25.06.2009. Российская Федерация и Комиссия европейских сообществ развивают диалог в области здравоохранения**

В ходе рабочей встречи министр здравоохранения и социального развития РФ Татьяна Голикова и комиссар Европейских сообществ по здравоохранению Андрулла Василиу подписали положение о формировании диалога между ЕС и Россией в области здравоохранения.

Этот диалог развивает положения существующего Соглашения о партнерстве и сотрудничестве ЕС и России, касающихся здравоохранения. В рамках диалога будет осуществляться мониторинг и контроль распространения ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и других инфекционных заболеваний; продвижение здорового образа жизни с целью снижения уровня предотвратимой преждевременной смертности; усиление надзора, а также сотрудничество в разработке общих стандартов безопасности пищевых продуктов.

Как отметила министр Татьяна Голикова, российское государство уделяет особое внимание формированию приверженности населения к ведению здорового образа жизни, в основу которого положен европейский опыт с учетом его коррективки под российский менталитет. «В рамках этого направления активно поддерживается программа школьного питания, создаются центры здоровья, целью которых является профилактика здорового образа жизни, — подчеркнула министр. — Для борьбы с вредными привычками, такими как табакокурение и алкоголизм подключена Русская православная церковь, имеющая достаточно большое влияние на молодое поколение».

«Кроме того, — отметила Татьяна Голикова, — в прошлом году в рамках Нацпроекта «Здоровье» основной упор был сделан на заболевания, уровень смертности от которых занимает лидирующее место в России, а также на совер-

шение организации медицинской помощи пострадавшим при ДТП. В этом году совершенствуется организация онкологической помощи населению».

«Несмотря на трудности, которые возникают в мире и стране, на развитие здравоохранения финансовые средства должны быть и будут всегда выделены в полном объеме, потому как от этого зависит жизнедеятельность людей», — резюмировала глава Минздравсоцразвития России.

По словам члена Европейской комиссии Андруллы Василиу: «Объединение усилий по охране здоровья и эффективное трансграничное сотрудничество — это жизненно важные элементы, из которых складывается будущее наших систем здравоохранения. Нерешенные проблемы в этой сфере, общие для стран-членов ЕС и России, можно решить путем совместных действий и международных инициатив. Этот диалог по вопросам здравоохранения внесет вклад в существующее партнерство между ЕС и Россией, а также в будущие двусторонние отношения и глобальные инициативы в сфере охраны здоровья».

В ходе встречи стороны обсудили ситуацию и меры по противодействию распространения высокопатогенного вируса гриппа А (H1N1), вопросы профилактики неинфекционных заболеваний, а также темы здоровья молодежи и здорового питания.

**Справка.** Диалог по вопросам здравоохранения — часть более широкого процесса развития контактов между ЕС и Россией в рамках четырех пространств, в соответствии с договоренностями, достигнутыми на саммите ЕС–Россия в 2005 г.

Комиссия Европейских сообществ (КЕС) — исполнительный орган, занимающийся оперативной работой по осуществлению единой политики ЕС. КЕС следит за соблюдением как государствами, так и частными компаниями «европейского права», формируемого учредительными договорами, законодательными актами и международными договорами Союза, готовит проекты нормативных документов для утверждения Советом и выпускает собственные административные регламенты. КЕС насчитывает 27 членов (комиссаров), получающих, с общего согласия правительств государств-членов, мандат сроком на 5 лет. С 22 ноября 2004 г. КЕС возглавляет Жозе Мануэль Баррозу (срок полномочий истекает 31 октября 2009 г.).

<http://www.minzdravsoc.ru>

### **ПРИГЛАШЕНИЕ ОТ СОПРЕДСЕДАТЕЛЕЙ ОРГКОМИТЕТА КОНФЕРЕНЦИИ**

Уважаемые коллеги!

От имени организаторов конференции: Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека РФ, Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу

(ЮНЭЙДС), Международного общества по СПИДу (IAS) и Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией приглашаем Вас принять участие в третьей Конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, которая состоится в Москве 28–30 октября 2009 года.

Первая и вторая конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии состоялись в мае 2006 и 2008 гг. и собрали более 1500 делегатов со всей Восточной Европы и Центральной Азии. Они стали знаковыми и беспрецедентными событиями регионального масштаба для обмена опытом и обсуждения имеющихся подходов среди политических деятелей, медицинских работников, людей, живущих с ВИЧ, ученых и представителей общественных организаций, сообществ, наиболее затронутых эпидемией, и донорских организаций, вовлеченных в процесс противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии.

Тема конференции: «Региональное сотрудничество: объединим усилия в достижении всеобщего доступа».

ЕЕСААС-2009 представляет уникальную возможность для участников из Восточной Европы и Центральной Азии оценить прогресс и препятствия на пути достижения всеобщего доступа к профилактике, лечению и поддержке к 2010 году. Конференция также ставит задачу усилить региональное сотрудничество и определить приоритеты для региона, учитывая особенности эпидемии в каждой стране.

ЕЕСААС-2009 примет во внимание уроки и достижения предыдущих конференций. В то же время на пленарных и параллельных сессиях, сателлитных мероприятиях и семинарах по формированию навыков больше внимания будет уделено тенденциям развития эпидемии и оценке ее потенциальных последствий в случае, если не будут предприняты необходимые меры.

В конференции примет участие около 2000 участников со всего региона: политические и общественные лидеры, люди, живущие с ВИЧ, ученые и исследователи, представители гражданского общества, международные организации и коммерческие компании, работающие в сфере ВИЧ/СПИДа.

Программу третьей конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии отличают две уникальные особенности – серия научных Американско-российских семинаров при участии Национальных институтов здравоохранения США и представительство Китая как члена Шанхайской организации сотрудничества, в которой в настоящее время председательствует Россия.

Конференция ЕЕСААС-2009 считает, что всеобщий доступ включает в себя не только неотъемлемый основанный на доказательствах биомедицинский аспект, но также вопросы соци-

альной справедливости и защиты прав человека, как для людей, живущих с ВИЧ, так и представителей групп и сообществ, наиболее уязвимых и затронутых эпидемией, включая молодежь, людей употребляющих инъекционные наркотики, секс-работников и мужчин, практикующих секс с мужчинами.

Будем рады видеть Вас на ЕЕСААС-2009!

*Сопредседатели Организационного комитета конференции*

### **Основные статистические данные о второй конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии 2008 года**

- 2056 участников из 52 стран;
- 16 официальных делегаций;
- 87% участников представляли страны СНГ, Восточную Европу и Балканский полуостров;
- 235 стипендиатов отобрано из 700 поданных заявок.

### **Научная программа**

- 5 докладов на пленарных сессиях;
- 15 абстрактных сессий (докладчики отобраны по результатам конкурса тезисов), на которых прозвучал 61 доклад;
- представлено на конференции 130 постеров (стендовых докладов), отобранных по конкурсу;
- опубликован сборник тезисов (всего 350 тезисов, отобранных по конкурсу);
- конкурсная комиссия включала 17 ученых из 8 стран.

### **Программа сообществ**

- 3 доклада на пленарных сессиях;
- выступления активистов ЛЖВ на открытии и закрытии конференции;
- 3 специальные сессии;
- площадка для диалога сообществ «Беседка», где ежедневно гостями были официальные лица, известные деятели борьбы с ВИЧ/СПИДом;
- выставка некоммерческих организаций;
- фотовыставка «Женщины против СПИДа».

### **Лидерская программа**

- 4 доклада на пленарных сессиях;
- 3 специальные сессии;
- диалоговая сессия с помощником Президента РФ И.И. Шуваловым;
- молодежная деревня.

### **А также**

- приняли участие в выставке 27 организаций;
- были проведены: 41 сателлит и 24 семинара по формированию практических навыков.

## ОРГАНИЗАТОРЫ КОНФЕРЕНЦИИ ЕЕСААС-2009

**Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.** Образована в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 9 марта 2004 г. Является уполномоченным федеральным органом исполнительной власти Российской Федерации, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, включая профилактику распространения инфекционных болезней.

Важным направлением деятельности Федеральной службы является реализация Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения по компоненту дополнительной иммунизации населения и профилактики, диагностики и лечению ВИЧ/СПИДа и вирусных гепатитов.

В Федеральной службе образовано 89 управлений и 90 центров гигиены и эпидемиологии в субъектах Российской Федерации.

В подведомственности Федеральной службы находится 29 научно-исследовательских институтов, включая ЦНИИ эпидемиологии, ФГУН ГНЦ ВБ «Вектор» и др., и более 100 организаций дезинфекционного профиля.

**Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС).** Программа объединяет усилия и ресурсы 10 агентств ООН в глобальной борьбе с распространением эпидемии ВИЧ-инфекции, включая предотвращение новых случаев ВИЧ-инфекции, заботу о людях, живущих с ВИЧ, и уменьшение последствий эпидемии.

Коспонсорами ЮНЭЙДС являются УВКБ, ЮНИСЕФ, ПРООН, ЮНФПА, УНП, МОТ, ЮНЕСКО, ВПП, ВОЗ и Всемирный банк.

ЮНЭЙДС, чей секретариат расположен в Женеве (Швейцария), работает более чем в 80 странах мира. Согласование совместных действий, направленных на противодействие эпидемии ВИЧ/СПИДа, на страновом уровне осуществляется через Совместную программу и Тематическую группу агентств ООН.

Основной задачей ЮНЭЙДС является поддержка национальных программ и ресурсов. ЮНЭЙДС содействует координации усилий своих партнеров в системе ООН, национальных правительствах, гражданском обществе, донорских организациях и коммерческом секторе, направленных на достижение целей универсального доступа по профилактике, лечению и поддержке людей, затронутых эпидемией. Одним из ключевых принципов работы организации является поддержка и отстаивание интересов людей, живущих с ВИЧ.

Пять основных областей деятельности ЮНЭЙДС включают в себя: мобилизацию ли-

дерства и адвокации для эффективных действий в ответ на эпидемию; обеспечение стратегической информации и технического содействия в глобальном противодействии эпидемии ВИЧ; мониторинг и оценку эпидемии; вовлечение гражданского общества и развитие партнерства; мобилизацию финансовых, человеческих и технических ресурсов на эффективное противодействие эпидемии.

ЮНЭЙДС осуществляет помощь в лучшей координации между партнерскими и коспонсорскими агентствами в системе ООН, правительственными, неправительственными, донорскими и коммерческими организациями.

ЮНЭЙДС играет ключевую роль в создании глобальной программы по СПИДУ и формировании политической воли для активного, целенаправленного и оптимального ответа на эволюцию эпидемии путем привлечения различных партнеров, в том числе международных агентств, национальных правительств, агентств ООН и других ключевых партнеров.

ЮНЭЙДС мобилизует человеческие, технические и финансовые ресурсы с целью решения приоритетных задач в борьбе с эпидемией, а также для максимального увеличения эффективности и рационального использования имеющихся ресурсов для того, чтобы достигнуть цели в области развития на пороге тысячелетия и остановить и повернуть эпидемию ВИЧ/СПИДа вспять к 2015 году.

**Международное общество по СПИДУ (IAS)** – всемирно-известная независимая ассоциация профессионалов в области ВИЧ, насчитывающая более 13 000 участников из 188 стран, работающих на разных уровнях противодействия эпидемии СПИДа.

Международное общество по СПИДУ – некоммерческая организация, основанная в 1988 году, действует от имени своих членов как независимая структура в борьбе со СПИДом на глобальном уровне. Официальное печатное издание организации – журнал «AIDS», который освещает широкий круг тем в сфере ВИЧ/СПИДа.

Международное общество по СПИДУ – ведущий организатор Международных конференций по СПИДУ, проходящих раз в два года и являющихся важнейшими форумами, объединяющими разные направления в области ВИЧ/СПИДа. Глобальные конференции предоставляют уникальную возможность объединения и взаимодействия представителей науки, гражданского общества и общественных лидеров для обмена лучшим опытом, знаниями и результатами научных исследований с целью усиления глобального противодействия СПИДУ.

Очередная XVIII Международная конференция по СПИДУ пройдет в Вене с 18 по 23 июля 2010 г.

**Глобальный фонд** – это уникальное глобальное частно-государственное партнерство, соз-

данное для привлечения и распределения дополнительных ресурсов для профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии. Это партнерство между правительствами, гражданским обществом, частным сектором и затронутыми эпидемией социальными группами представляет собой инновационный подход к международному финансированию здравоохранения. Глобальный фонд работает в тесном сотрудничестве с другими межгосударственными и многосторонними организациями, дополняя общие усилия по борьбе с этими тремя заболеваниями.

По состоянию на март 2009 года, программы, финансируемые Глобальным фондом по всему миру, предотвращено более 3,5 млн смертей путем предоставления антиретровирусного лечения 2 млн человек, живущим с ВИЧ, анти-туберкулезного лечения — 4,6 млн чел., а также распространено 70 млн обработанных инсектицидами противомоскитных прикроватных сеток для профилактики малярии.

В настоящее время Глобальным фондом утверждено финансирование для 140 стран на сумму 15 млрд долларов США.

Глобальный фонд является крупнейшим международным донором, финансирующим борьбу с ВИЧ в Восточной Европе и Центральной Азии: в 21 стране реализуется 34 гранта на общую сумму 960 млн долларов США, из которых 560 млн будет размещено к марту 2009 года. На эти гранты ведется обучение, тестирование и консультация миллионов молодых людей, а также осуществляются программы профилактики и лечения для уязвимых групп населения.

### **Секретариат конференции**

«СПИД инфосвязь» — российская общественная организация, обладающая более чем 15-летним опытом проведения программ и консультирования по проблемам ВИЧ на территории Российской Федерации и стран СНГ. Целью ее деятельности является снижение вреда от эпидемии ВИЧ/СПИД путем:

- использования русскоязычных ресурсов и обучающих материалов, а также проведения широкомасштабных программ и научных исследований;
- приобретения и использования знаний в ходе активного взаимодействия с представителями медицины, науки и гражданского общества как на международном, так и на национальном уровнях;
- содействия развитию НПО, активистского движения, государственных учреждений; проведения тренингов, семинаров и конференций среди представителей гражданского общества, ЛЖВ и государственных органов;
- участия в качестве одного из лидеров в диалоге между сообществами, гражданским обществом и государственными структурами.

### **Организационный комитет конференции**

*Сопредседатели организационного комитета конференции:*

**Онищенко Геннадий Григорьевич** — руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Российской Федерации.

**Сидибе Мишель** — исполнительный директор Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу.

**МакКлюр Крэйг** — исполнительный директор Международного общества по СПИДу.

**Казачкин Мишель** — исполнительный директор Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией.

*Члены организационного комитета конференции:*

**Голиусов Александр Тимофеевич** — начальник отдела организации надзора за ВИЧ/СПИДом и вирусными гепатитами Роспотребнадзора, председатель Координационного совета стран СНГ по вопросам ВИЧ/СПИДа (Россия).

**Григорян Самвел Рафикович** — директор Национального центра по профилактике СПИДа (Армения).

**Мелконян Арман Карленович** — советник министра Министерства здравоохранения (Армения).

**Кадырова Агигат Абдуловна** — директор Республиканского центра по борьбе со СПИДом (Азербайджан).

**Качан Валентина Ивановна** — главный государственный санитарный врач (Беларусь).

**Мелешко Лилия Алексеевна** — руководитель отдела профилактики ВИЧ/СПИДа Республиканского центра гигиены и эпидемиологии и общественного здоровья Министерства здравоохранения (Беларусь).

**Исмаилов Яхияхожа Абдулаевич** — главный имам Северо-Казахстанской области (Казахстан).

**Чаплин Всеволод Анатольевич** — протоиерей, председатель Синодального отдела по взаимодействию церкви и общества Московского Патриархата Русской православной церкви (Россия).

**Георгица Степан Иванович** — директор Республиканского центра СПИД, первый заместитель директора Национального научно-практического центра превентивной медицины МЗ (Молдова).

**Кильчевский Игорь Георгиевич** — председатель Национальной лиги людей, живущих с ВИЧ (Молдова).

**Щербинская Алла Михайловна** — директор Украинского центра профилактики и борьбы со СПИДом (Украина).

**Жовтяк Владимир Олегович** — директор Всеукраинской сети людей, живущих с ВИЧ, председатель Восточноевропейской и Центральноазиатской сети ЛЖВ (Украина).

**Шегай Марина Михайловна** — координатор программ по ВИЧ/СПИДу проекта Глобального

фонда, фонд «Российское здравоохранение» (Россия).

**Ильичев Александр Алексеевич** — заведующий отделом иммунотерапевтических препаратов Государственного научного центра вирусологии и биотехнологии «Вектор» (Россия).

**Уайтскавер Джек** — директор отдела исследований по СПИДу, заместитель директора Национальных институтов здравоохранения (США).

**Покровский Вадим Валентинович** — директор Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом (Россия).

**Гришанков Михаил Игнатьевич** — первый заместитель председателя Комитета по безопасности Государственной Думы (Россия).

**Наркевич Михаил Иванович** — президент фонда «МедАнтиСПИД» (Россия).

**Шевырева Марина Павловна** — директор Департамента охраны здоровья и санитарно-эпидемиологического благополучия человека Министерства здравоохранения и социального развития (Россия).

**Бобрик Алексей Владимирович** — заместитель директора Открытого института здоровья (Россия).

**Маяновский Владимир Алексеевич** — председатель Всероссийского объединения людей, живущих с ВИЧ (Россия).

#### *Международные организации:*

**Семенченко Марина Васильевна** — и.о. руководителя офиса ЮНЭЙДС в Российской Федерации (Россия)

**Грауман Саша** — заместитель постоянного представителя Программы развития ООН в Российской Федерации (Россия).

## ПРОГРАММНЫЕ КОМИТЕТЫ КОНФЕРЕНЦИИ

### Программный комитет «Региональное сотрудничество»

#### *Сопредседатели:*

**Георгица Степан Иванович** — директор Республиканского центра СПИД, первый заместитель директора Национального научно-практического центра превентивной медицины (Молдова).

**Мелешко Лилия Алексеевна** — руководитель отдела профилактики ВИЧ/СПИДа Республиканского центра гигиены и эпидемиологии и общественного здоровья (Беларусь).

**Григорян Самвел Рафикович** — директор Национального центра по профилактике СПИДа (Армения).

#### *Члены:*

**Маланова Елена Максимовна** — руководитель отдела по ВИЧ/СПИДу Программы развития ООН (Россия).

**Курбонова Рухшона Абдурашидовна** — руководитель программы по ВИЧ/СПИДу Международной организации по миграции (Таджикистан).

**Зайцева Елена Евгеньевна** — менеджер проекта Открытого института здоровья (Россия).

**Алмамедова Эмира Алмамедовна** — заместитель директора Республиканского центра по борьбе со СПИДом (Азербайджан).

**Кролл Кристиан** — ведущий координатор по ВИЧ/СПИДу, УПНООН.

**Гришанков Михаил Игнатьевич** — депутат Государственной Думы, первый заместитель председателя Комитета по безопасности (Россия).

**Бобрик Алексей Владимирович** — заместитель директора Открытого института здоровья (Россия).

Представитель Федеральной миграционной службы Министерства внутренних дел (Россия) (по согласованию)

Представитель Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков (Россия) (по согласованию)

### Программный комитет «Гражданское общество»

#### *Сопредседатели:*

**Жовтяк Владимир Олегович** — директор Всеукраинской сети людей, живущих с ВИЧ, председатель Восточноевропейской и Центральноазиатской сети ЛЖВ (Украина).

**Шегай Марина Михайловна** — координатор программ по ВИЧ/СПИДу проекта Глобального фонда, фонд «Российское здравоохранение» (Россия).

#### *Члены:*

**Кильчевский Игорь Георгиевич** — председатель Национальной лиги людей, живущих с ВИЧ (Молдова).

**Аманжолов Нурали Хамракулович** — президент Общественного фонда «Казахстанский союз людей, живущих с ВИЧ» (Казахстан).

**Лютаревич Артур** — член правления Общественного комитета по СПИДу (Польша).

**Эстебесова Батма Абибовна** — директор Общественного объединения по социальному развитию и адаптации человека в обществе (Кыргызстан).

**Вергус Григорий Сергеевич** — координатор Международной коалиции по готовности к лечению (Россия).

**Штуйките Раминта** — директор Евроазиатской сети снижения вреда (Литва).

**Леженцев Константин Юрьевич** — начальник департамента по лечению Всеукраинской сети людей, живущих с ВИЧ (Украина).

**Мадоян Оганес Альфредович** — директор общественной организации «Реальный мир, реальные люди» (Армения).

**Бурлак Алексей Валерьевич** – директор фонда «Позитивная инициатива» (Россия).

**Субатайте Мария** – координатор Восточного отделения Европейского действия по СПИДу (Литва).

**Отец Сергей (Звонарев)** – сотрудник Отдела внешних церковных связей Московского Патриархата Русской православной церкви (Россия).

**Исмаилов Яхияхожа Абдулаевич** – главный имам Северо-Казахстанской области (Казахстан).

#### **Программный комитет «Наука и медицина»**

##### *Сопредседатели:*

**Покровский Вадим Валентинович** – директор Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом (Россия).

**Уйтскавер Джек** – директор отдела исследований по СПИДу, заместитель директора Национальных институтов здравоохранения (США) (представитель: Эйзингер Роберт, директор по научной и программной деятельности, отдел исследований по СПИДу, Национальные институты здравоохранения (США)).

##### *Члены:*

**Щербинская Алла Михайловна** – директор Украинского центра профилактики и борьбы со СПИДом (Украина).

**Ильичев Александр Алексеевич** – заведующий отделом иммунотерапевтических препаратов Государственного научного центра вирусологии и биотехнологии «Вектор» (Россия).

**Кирпичников Михаил Петрович** – проректор Московского государственного университета, начальник Управления инновационной политики и организации инновационной деятельности МГУ (Россия).

**Марголис Леонид Борисович** – старший исследователь Департамента межклеточного взаимодействия Национальных институтов здравоохранения (США).

**Жусупов Бауржан Сабитович** – руководитель группы по ВИЧ/СПИДу, Центр по контролю за заболеваемостью в Центральной Азии (Казахстан).

**Доценко Марина Леонидовна** – профессор кафедры инфекционных болезней Белорусской государственной медицинской академии (Беларусь).

**Джудит Ауэрбах** – заместитель исполнительного директора по научной и общественной деятельности, СПИД Фонд Сан-Франциско (США).

**Александров Алексей Александрович** – главный нарколог Министерства здравоохранения (Беларусь).

**Османов Саладин** – координатор Инициативной программы ВОЗ/ЮНЭЙДС по разработке вакцины.

**Кадырова Агигат Абдуловна** – директор Республиканского центра по борьбе со СПИДом (Азербайджан).

**Саакян Тигран Галустович** – начальник управления по науке Министерства здравоохранения (Армения).

#### **ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ**

Программа конференции будет состоять из пленарных заседаний, параллельных сессий и семинаров по формированию навыков.

Программа разрабатывается и утверждается организационным и программными комитетами: «Наука и медицина», «Региональное сотрудничество» и «Гражданское общество». Они по возможности охватят все сферы, связанные с ВИЧ-инфекцией, для того, чтобы предоставить делегатам конференции новые знания и возможности для обсуждения различных проблем и вопросов, обмена опытом, а также будут способствовать поиску потенциальных партнеров.

Часть научных параллельных сессий и семинаров определяются в результате тезисов участников, поданных в свободном режиме через официальный сайт конференции. Полученные тезисы будут тщательно отобраны, просмотрены и оценены экспертами в области ВИЧ/СПИДа.

На остальных сессиях будут выступать докладчики, определенные и приглашенные организационным и программным комитетами.

##### **Темы дня:**

1-й день – «Эпидемия ВИЧ/СПИДа и ответные меры».

2-й день – «Профилактика для наиболее уязвимых групп».

3-й день – «Лечение, уход и поддержка».

#### **Программа конференции будет состоять из следующих мероприятий:**

**Пленарные сессии.** Ежедневно работа конференции будет начинаться с больших пленарных заседаний с участием всех делегатов. На каждой пленарной сессии будут выступать три докладчика – известные региональные и международные политики, ученые, специалисты в области ВИЧ-инфекции.

**Параллельные сессии.** Каждый день на конференции будут проходить параллельные сессии в различных форматах: дебаты и изучение опыта. Формат дебатов позволит участникам услышать две диаметрально противоположные точки зрения на заявленную проблему, а также принять активное участие в обсуждении вопроса. Параллельная сессия в формате изучения опыта даст возможность ознакомиться с различными вариантами реализации программ и изучения разных аспектов заявленного вопроса. Каждый

участник сам выбирает, какие именно сессии представляют для него наибольший интерес. Темы выступлений и выступающих определяют организационный и программные комитеты. Программа научных сессий будет частично сформирована на основании тезисов, поданных участниками через сайт конференции.

**Американо-российский научный семинар по профилактике ВИЧ.** В рамках третьей конференции по ВИЧ/СПИДу Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Центр по исследованиям в области СПИДа при участии Национальных институтов здравоохранения США (агентство Департамента здравоохранения и социального обеспечения США) проведут Американо-российский научный семинар по профилактике ВИЧ. Долгосрочное американо-российское сотрудничество в области общественного здравоохранения и последние обсуждения между правительствами России и США, включая саммит в Братиславе и встречу «Большой восьмерки» в Санкт-Петербурге, установили приоритет для дальнейшего укрепления международного сотрудничества в области поведенческих и биомедицинских исследований по ВИЧ/СПИДу. Цели данного исследования – оценка последних научных разработок и достижений в Российской Федерации, США и регионе Восточной Европы и Центральной Азии в областях базовых, доклинических и клинических исследований, которые способствуют созданию вакцин против ВИЧ/СПИДа, микробицидов и других средств профилактики. Семинар предоставляет возможность для диалога ученых, инфекционистов и представителей межгосударственных и общественных организаций. Планируется также провести ряд сессий для младших научных сотрудников. Участникам семинаров предстоит определить научные перспективы, рассмотреть рекомендации и разработать научную повестку для дальнейшего сотрудничества в области исследований профилактики ВИЧ/СПИДа в регионе.

**Выставка постеров.** Специальная комиссия выберет постеры, которые будут представлены делегатам конференции. Выставка будет состоять из постеров по самой разнообразной тематике. Желающие могут заполнить заявку на участие в выставке постеров.

**Семинары по формированию практических навыков** проводятся для того, чтобы развить у участников полезные специальные знания и навыки, которые можно использовать в работе и повседневной жизни. Данные сессии предназначены для небольшого количества участников (от 80 до 100 человек). Семинары – это некоммерческое мероприятие. Организаторы семинаров должны сами позаботиться о приглашении участников и переводе. Заявки на проведение семинаров принимаются на сайте конференции в разделе «Программа конференции».

**Сателлитные мероприятия.** Коммерческие и некоммерческие сателлитные мероприятия, посвященные проблеме ВИЧ-инфекции будут проходить ежедневно в течение трех дней конференции с 13:00 до 18:30.

Организаторами сателлитных мероприятий могут выступить государственные организации, научные институты, коммерческие компании, НКО. Организаторы сателлитного симпозиума самостоятельно формируют программу мероприятия.

Заявку на сателлит можно заполнить на сайте конференции. Прием заявок на сателлитные мероприятия заканчивается 1 августа 2009 года. Программными комитетами будет проведена оценка содержания каждого сателлита в соответствии с тематикой, характером и целями конференции. За более подробной информацией обращайтесь [satellite2009@infoshare.ru](mailto:satellite2009@infoshare.ru)

**Выставка.** Конференция дает коммерческим и некоммерческим организациям уникальную возможность представить свои материалы, программы и услуги широкому профессиональному сообществу.

Для выставки будет отведено более 1300 кв. м в непосредственной близости от главных залов, в которых пройдут пленарные и параллельные сессии.

Заявку на участие в выставке можно заполнить на сайте конференции. Прием заявок на выставку заканчивается 1 августа 2009 года. За более подробной информацией обращайтесь [exhibition2009@infoshare.ru](mailto:exhibition2009@infoshare.ru)

## Расписание

### Вторник 27 октября

16.30 – Регистрация

### Среда 28 октября

7.30– 9.00 – Регистрация

9.00–10.00 – Открытие конференции

10.00–11.30 – Пленарное заседание

11.30–12.00 – Перерыв

12.00–13.30 – Параллельные сессии

13.30–14.00 – Перерыв

14.00–15.30 – Просмотр постеров, сателлиты, семинары, Американо-российский семинар

15.30–16.00 – Перерыв

16.00–17.30 – Параллельные сессии, Америка-но-российский семинар

17.30–18.00 – Перерыв

18.00–19.00 – Сателлиты, семинары, Америка-но-российский семинар

### Четверг 29 октября

7.30– 9.30 – Регистрация

9.30–11.00 – Пленарное заседание

11.00–11.30 – Перерыв

11.30–13.00 – Параллельные сессии

13.00–13.30 – Перерыв

13.30–15.00 – Просмотр постеров, сателлиты, семинары  
15.00–15.30 – Перерыв  
15.30–17.00 – Параллельные сессии, семинары, Американо-российский семинар  
17.00–17.30 – Перерыв  
17.30–19.00 – Сателлиты, семинары, Американо-российский семинар

#### **Пятница 30 октября**

7.30– 9.30 – Регистрация  
9.30–11.00 – Пленарное заседание  
11.00–11.30 – Перерыв  
11.30–13.00 – Параллельные сессии  
13.00–13.30 – Перерыв  
13.30–15.00 – Просмотр постеров, сателлиты, семинары  
15.00–15.30 – Перерыв  
15.30–17.00 – Параллельные сессии, семинары, Американо-российский семинар  
17.00–17.30 – Перерыв  
17.30–19.00 – Сателлиты, семинары, Американо-российский семинар  
19.00–19.30 – Перерыв  
19.30–20.00 – Закрытие конференции

### **ПОСТЕРЫ И ТЕЗИСЫ**

Научная программа параллельных сессий конференции будет частично состоять из докладов, отобранных на основании тезисов.

Если Вы занимаетесь научной деятельностью, Вы можете подать тезисы своего доклада. Тезисы – это краткое и четкое описание проведенного исследования.

Все тезисы будут рассмотрены обзорной комиссией. Каждый тезис будет оценен тремя независимыми экспертами. По итогам их оценки комиссия вынесет одно из четырех возможных решений:

- 1) рекомендовать для доклада,
- 2) рекомендовать для выставки постеров,
- 3) рекомендовать для публикации,
- 4) отклонить.

О решении комиссии авторы будут уведомлены по электронной почте.

Если Вы хотите представить свои тезисы для устной презентации, выберите опцию «Устная презентация». Если Вы хотите ограничиться постером или публикацией и не претендуете на устную презентацию, выберите опцию «Постер».

Список категорий для подачи тезисов и образец тезисов можно посмотреть на сайте конференции в разделе «Постеры и тезисы».

Если Вы не занимаетесь научной деятельностью, но хотите представить на конференции результаты своей работы или презентовать свою организацию, Вы можете подать заявку на участие в выставке постеров.

Принимаются заявки на тезисы/постеры только на русском языке.

Размер заявки: от 300 до 500 слов.

Структура заявки: заглавие, введение, цель исследования или программы, материалы и методы (или описание программы), результаты (или извлеченные уроки), заключение и выводы (или следующие шаги).

К заявке можно прикрепить файл в формате doc, xls, pdf, jpg, tif с диаграммами и графиками, иллюстрирующими содержание заявки. Нельзя прикреплять к заявке тексты докладов.

Могут быть представлены только доклады, тезисы и постеры, ранее не опубликованные и не представленные на других конференциях.

Заявки можно подать только через сайт конференции.

### **УСЛОВИЯ И ПРАВИЛА РЕГИСТРАЦИИ**

Чтобы стать участником конференции необходимо:

1. Зарегистрироваться на сайте конференции ([www.eesaac.org](http://www.eesaac.org)) в разделе «Регистрация» и получить номер предварительной регистрации.

2. Заплатить регистрационный взнос.

#### **Размер регистрационного взноса:**

Стоимость регистрации для участников из региона Восточной Европы и Центральной Азии:

- ранняя регистрация: 1 апреля – 31 мая – 1500 руб./35 евро/45 долл. США\*;
- регистрация: 1 июня – 20 сентября – 2500 руб./60 евро/80 долл. США\*;
- поздняя регистрация: 21 сентября – 20 октября – 3500 руб./85 евро/110 долл. США\*.

Стоимость регистрации для нерезидентов региона Восточной Европы и Центральной Азии:

- ранняя регистрация: 1 апреля – 31 мая – 8400 руб./200 евро/270 долл. США\*;
- регистрация: 1 июня – 20 сентября – 10 500 руб./250 евро/330 долл. США\*;
- поздняя регистрация: 21 сентября – 20 октября – 12 600 руб./300 евро/390 долл. США\*.

\* В том числе НДС 18%.

#### **Список стран региона Восточной Европы и Центральной Азии:**

Азербайджан  
Албания  
Армения  
Беларусь  
Болгария  
Босния и Герцеговина  
Венгрия  
Грузия  
Казахстан  
Китай  
Кипр



Кыргызстан  
Латвия  
Литва  
Македония  
Молдова  
Монголия  
Польша  
Россия  
Румыния  
Сербия  
Словакия  
Словения  
Таджикистан  
Туркменистан  
Турция  
Узбекистан  
Украина  
Хорватия  
Черногория  
Чехия  
Эстония

*Примечание:* регион определяется по гражданству.

Резиденты РФ должны вносить регистрационный взнос только в рублях, нерезиденты в рублях, долларах или евро по своему выбору. Пожалуйста, посетите интернет-сайт [www.eesaac.org](http://www.eesaac.org), чтобы ознакомиться со сроками и условиями регистрации, а также с другой дополнительной информацией.

## ПРОГРАММА СТИПЕНДИЙ

Программа стипендий предназначена для участников из региона Восточной Европы и Центральной Азии, которые:

- 1) не имеют возможности или имеют ограниченную возможность самостоятельно оплатить расходы, связанные с участием в конференции
- 2) и/или вносят особый персональный вклад в программу конференции от себя лично или от группы, которую представляют.

Участникам может быть предоставлена полная или частичная стипендия.

Полная стипендия покрывает расходы на:

- регистрационный взнос;
- проезд (эконом-класс);
- проживание в гостинице (двухместный номер в гостинице эконом-класса);
- небольшие командировочные.

Частичная стипендия покрывает любую комбинацию вышеперечисленных расходов.

Программа стипендий предусматривает проведение общего конкурса. Все участники оцениваются по единым критериям.

Решение о выделении стипендий будет принимать стипендиальная комиссия, состоящая из представителей трех программных комитетов конференции. Стипендиаты будут отбираться в соответствии с условиями, критериями и квота-

ми, разработанными стипендиальной комиссией и утвержденными Организационным комитетом конференции.

Форма заявки на стипендии будет размещена на официальном сайте конференции. Заявку на стипендию можно подать только в режиме онлайн.

Всего стипендии получают 400 участников конференции.

Последний день подачи заявок на получение стипендии – 31 июля 2009 года.

## РАЗМЕЩЕНИЕ И ПРОЖИВАНИЕ

Участники конференции, кроме стипендиатов, самостоятельно организуют и оплачивают свое проживание во время конференции.

На сайте конференции ([www.eesaac.org](http://www.eesaac.org)) в разделе «Гостиницы и проживание» размещена информация о гостиницах и туристических фирмах-партнерах конференции.

**Место проведения конференции.** Центр международной торговли (ЦМТ) – крупнейший бизнес-комплекс Российской Федерации.

Единый архитектурный комплекс ЦМТ, площадью около 200 000 кв. м, объединяет два офисных здания, Конгресс-центр, гостиницу «Crowne Plaza» и офисно-квартирный центр «Международная-2».

Конгресс-центр ЦМТ спроектирован и построен в соответствии с высокими международными стандартами. Благодаря уникальным архитектурным и техническим характеристикам, конгресс-центр является лучшим в России многофункциональным профессионально оборудованным местом для проведения конференций.

**Расположение.** ЦМТ расположен в деловом районе Москвы, в 4-х км от Кремля, рядом с выставочным комплексом «Экспоцентр» и Домом Правительства. Ближайшие станции метро: «Улица 1905 года», «Международная», «Деловой центр».

## ПОЛОЖЕНИЕ О СВОБОДЕ ВЫРАЖЕНИЯ

Организационный комитет третьей Конференции стран Восточной Европы и Центральной Азии по вопросам ВИЧ/СПИДа признает свободу выражения основным принципом в борьбе со СПИДом. Для того чтобы остановить и повернуть вспять эпидемию ВИЧ/СПИДа, необходимо объединить усилия государственных организаций, частных компаний и гражданского общества. Работа активистов и мероприятия, направленные на изменение общественного мнения, способствуют усилению приверженности делу борьбы со СПИДом, принятию прогрессивных стратегий и практических мероприятий, направленных на борьбу с эпидемией.

Организационный комитет приветствует живое обсуждение и диалог между организаторами и участниками конференции. Организационный комитет категорически возражает против захвата чужого имущества или создания препятствий для его использования, равно как и применения физической силы со стороны каких-либо лиц или групп лиц во время работы конференции. Организационный комитет считает недопустимым, если будут чиниться препятствия в проведении заседаний конференции, либо дополнительных рабочих встреч в ее рамках, что может нарушить право докладчиков на свободу выражения.

### Основные принципы

- В рамках конференции недопустимо проведение акций протеста, связанных с применением или угрозой применения физической силы, захватом, созданием препятствий в использовании или порчей имущества других лиц, либо нарушением права докладчиков на свободу выражения, а также противоречащих действующему законодательству Российской Федерации.

- Охрана вправе удалить с конференции любое лицо или группу лиц, применяющих или угрожающих применить физическую силу, либо осуществляющих захват, чинящих препятствие в использовании или осуществляющих порчу имущества других лиц во время конференции.

- Любое лицо, применяющее или угрожающее применить физическую силу, или же уличенное в таких действиях, как захват, создание препятствий в использовании или порча имущества участников конференции, будет лишено права участвовать в конференции.

- На всех участников конференции распространяется законодательство Российской Федерации.

- *Соучастие* – любое лицо или группа лиц, которые не принимают непосредственного участия в таких деяниях, как захват, препятствие к использованию или порча имущества других участников конференции, но которое было уличено в подстрекательстве к таким действиям или провоцировании беспорядков, будет считаться соучастником беспорядков и будет лишено права участвовать в конференции.

- *Необоснованное лишение права участия в конференции.* В случае если лицо, лишённое права участия в конференции, сочтет, что с ним/с ней поступили неправильно, оно может в течение 24-х часов подать апелляцию в Организационный комитет с требованием восстановить право участия в конференции. Апелляции будут рассматриваться в порядке поступления.

- В случае причинения ущерба имуществу или применения физической силы Организационным комитетом будет опубликовано Заявление, осуждающее нарушение принципа свободы выражения.

Факт участия в третьей Конференции стран Восточной Европы и Центральной Азии по вопросам ВИЧ/СПИДа означает согласие делегатов с изложенными здесь принципами. Организационный комитет оставляет за собой право лишить регистрации любого нарушителя данного Положения и отказать ему/ей в участии в работе конференции.

### Контактная информация

Секретариат ЕЕСААС-2009 (общая информация): [info2009@infoshare.ru](mailto:info2009@infoshare.ru)

Регистрация: [regisration2009@infoshare.ru](mailto:regisration2009@infoshare.ru)

Программа конференции: [programme2009@infoshare.ru](mailto:programme2009@infoshare.ru)

Выставка и сателлиты: [exhibition2009@infoshare.ru](mailto:exhibition2009@infoshare.ru)  
[satellite2009@infoshare.ru](mailto:satellite2009@infoshare.ru)

Спонсорство: [sponsorship2009@infoshare.ru](mailto:sponsorship2009@infoshare.ru)

Стипендии: [scholarship2009@infoshare.ru](mailto:scholarship2009@infoshare.ru)

Постеры и тезисы: [abstract2009@infoshare.ru](mailto:abstract2009@infoshare.ru)

Размещение и проживание: [accomodation2009@infoshare.ru](mailto:accomodation2009@infoshare.ru)

Визы: [invitation2009@infoshare.ru](mailto:invitation2009@infoshare.ru)

PR-служба: [pr@infoshare.ru](mailto:pr@infoshare.ru)

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

29.06.2009. Ростов-на-Дону. [www.srhiv.mednet.ru](http://www.srhiv.mednet.ru). 24–25 июня в Ростове-на-Дону в рамках заседания областного межведомственного совета по вопросам борьбы с ВИЧ прошла научно-теоретическая конференция «Достижения региональной стратегии по обеспечению универсального доступа к профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции в Ростовской области». Она была приурочена к 20-летию со дня организации СПИД-центра в Ростовской об-

ласти. Основная тематика конференции – организация и проведение профилактических и лечебных мероприятий на современном этапе развития эпидемии ВИЧ-инфекции в регионе, организация стационарной помощи больным ВИЧ/СПИДом, реализация возможностей межведомственного сотрудничества, обмен опытом практической работы. В работе конференции приняли участие более 200 специалистов из всех регионов Российской Федерации.

# Каковы грядущие практические шаги по предотвращению или снижению частоты новых случаев ВИЧ-инфекции?

*В недавно опубликованной редакторской колонке газеты «Washington Post», д-р Антони Фаучи, директор Национального института аллергий и инфекционных заболеваний, обсуждал три подхода, которые, по его мнению, предлагают наилучшие опции для контроля над пандемией ВИЧ.*

## **Политический коктейль для борьбы с ВИЧ**

Спустя примерно 30 лет после появления первых случаев в США ВИЧ/СПИД остается неизлечимым заболеванием, которое опустошает большие просторы нашей страны и всего мира. Чтобы понять объем разрушений, посмотрите на нашу столицу. Не так давно Центр по контролю за заболеваемостью (CDC) сообщил, что у трех процентов жителей города был СПИД или они инфицировались ВИЧ. Эти показатели инфекции не только на одном уровне с показателями в некоторых африканских странах, но данные CDC выстраиваются лишь на тех, кто тестировался на ВИЧ; реальный показатель, скорее всего, намного больше. Согласно оценкам 33 млн людей по всему миру являются носителями вируса. Только в 2007 г. новые случаи инфекции были зарегистрированы у 2,7 млн человек.

Ежегодное количество новых случаев ВИЧ в США (примерно 56 тыс.) остается стабильным более десятилетия. Правильно, 56 тыс. человек инфицируется в этой стране каждый год. Очевидно, что наши усилия по профилактике ВИЧ неэффективны. Срочно необходимы решительные действия и новые подходы.

Исторически вакцины являются лучшим оружием человечества против самых серьезных инфекционных заболеваний. Однако уникальная и чудовищная природа ВИЧ создала трудности для разработки эффективной вакцины. Несмотря на то, что у нас сохраняются обязательства по проведению исследований, необходимых для разработки эффективной профилактической вакцины против ВИЧ, лицензированный продукт вряд ли будет доступен в ближайшем будущем.

При отсутствии вакцины специалистами, которые работают в сфере медицины и общественного здравоохранения, обсуждаются три энергичных новых подхода для контроля пандемии ВИЧ/СПИДа. Эти подходы находятся все еще на стадии концептуальной разработки и

тестирования, однако при использовании в связке, они, возможно, могли бы оказать существенный эффект.

## **Прекоконтактная профилактика (PrEP)**

При первом подходе дневная доза антиретровирусных препаратов будет предоставляться тем людям, которые не инфицированы, но у которых имеется высокий риск инфицирования. Данная стратегия, известная как прекоконтактная профилактика (PrEP), базируется на идее о том, что блокада размножения вируса после контакта с ним может предотвратить инфекцию.

В чем-то похожая стратегия лечения матерей до и во время родов, а также лечение новорожденных короткое время сразу после рождения, буквально искоренила передачу ВИЧ от матери ребенку в Соединенных Штатах.

Национальный институт здравоохранения и другие организации проводят клинические PrEP-испытания среди различных групп риска. Первичные результаты должны быть доступны к концу года. Безусловно, вопросы безопасности и рентабельности будут важными факторами для рассмотрения, даже если этот подход докажет эффективность в предотвращении инфекции.

## **Универсальный ежегодный тест на ВИЧ «Тестируйся и лечись»**

При втором подходе будет проводиться повсеместно доступное, добровольное, ежегодное тестирование на ВИЧ-инфекцию, и сразу предоставляться антиретровирусное лечение тем, кто получает позитивный тест. Сильнодействующая комбинация антиретровирусных препаратов, доступных в наше время, может подавлять количество ВИЧ в организме инфицированного человека до чрезвычайно низких уровней, что приводит к увеличению продолжительности жизни и улучшению состояния здоровья.

Кроме того, было ясно показано, что те, у кого имеется меньше ВИЧ в крови, — менее инфекционно опасны для других людей. Фактически, когда лекарственный режим подавляет ВИЧ до определенных низких уровней, риск того, что инфицированный человек заразит другого через сексуальный контакт, значительно снижен, даже если вирус не был удален из организма. Новые исследования с использованием моделирования, позволяют предположить, что осуществление добровольного подхода «тестируйся и лечись» могло бы существенно снизить количество новых случаев ВИЧ в пределах десятилетия и в конце концов задержать развитие пандемии.

Универсальное добровольное тестирование и лечение могли бы потенциально оказать трансформационный эффект на общественное здоровье. Тем не менее, прежде чем данный подход мог бы реализоваться, мы должны выполнять научный план, который включает исследования относительно реалистичности, эффективности, пользы для отдельного пациента против пользы для общества и рентабельности.

#### Поиск «функционального лечения»

Третий подход связан с пожизненным лечением, которое, в конце концов, большинству людей с ВИЧ понадобится. Несомненно, такой медицинский уход подразумевает финансовую и другие нагрузки на пациентов, их семьи и системы здравоохранения. Однако сейчас впервые исследователи в области СПИДа прикладывают огромные усилия, чтобы полностью вылечить человека от ВИЧ-инфекции. Это может повлечь за собой очищение организма от всех частиц вируса, трудная задача.

Более вероятным, хотя все еще трудным, могло бы стать «функциональное лечение» — виды лечения, которые подавляют вирус до столь низких уровней, что ВИЧ-инфицированному человеку лечение больше не требуется, поскольку его иммунная система может держать остаточный вирус под контролем. Такой результат более вероятен, если терапия начинается раньше в процессе течения заболевания, когда значительные функции иммунной системы сохранены. Национальный институт здоровья планирует вскоре запустить инициативу, разработанную для реализации новых идей по лечению ВИЧ со стороны научного сообщества.

Еще слишком рано прогнозировать успех или даже реалистичность этих трех подходов. Одно лишь исследование относительно реалистичности будет чрезвычайно дорого.

*A.S. Fauci. A Policy Cocktail for Fighting HIV.  
Washington Post. April 16, 2009.*

#### Комментарии

Использование нынешнего урожая антиретровирусных препаратов (АРВ) для излечения от ВИЧ в традиционном смысле слова — полное удаление вируса из организма — может быть не реалистичным. Однако согласно лекции д-ра Антони Фаучи на XVII Международной конференции по СПИДу в Мехико, возможно достигнуть «функционального» излечения — жизни без симптомов, без прогрессии заболевания или без продолжительного лечения антиретровирусными препаратами — если краткосрочный курс терапии против ВИЧ начинается сразу и агрессивно у людей, вновь инфицированных вирусом.

Д-р Фаучи не использует слово «излечение» с легкостью. Несколько лет назад его собственная лаборатория начала лечение ВИЧ в маленькой группе людей, недавно инфицированных вирусом. Команда Фаучи считала, что они достигли невозможного, когда у некоторых пациентов, хорошо реагирующих на лечение, они не смогли выявить вирус. Тем не менее, после прекращения лечения вирус резко вернулся назад. «Я был в этой лодке ранее, где я не мог найти вирус, а затем, когда я прекратил лечение, вирус вернулся. Так что я очень, очень осторожен в этом отношении», — говорит Фаучи.

Последующие исследования объяснили, почему данный подход не сработал. Через несколько дней и недель после инфицирования вирус быстро находит свой путь в клетки по всему организму и внедряется в них; то, что Фаучи и другие называют «резервуаром» вируса. Этот резервуар содержит клетки, которые могут жить долго и которые антиретровирусные препараты не могут достигнуть; это то, что дает возможность вирусу устроить мощное возвращение даже спустя годы удержания вируса на неопределяемом уровне. Многие ученые признали, что освобождение от каждой частицы в каждой клетке — что Фаучи называет «стерилизующее» излечение — может быть невозможным.

Так или иначе, на конференции и не так давно в интервью для AIDSmeds.com, Фаучи приводил доводы того, что мы сейчас могли бы иметь арсенал, необходимый для функционального излечения ВИЧ, по крайней мере, для вновь инфицированных. Сравнивая АРВ-препараты, которые использовались в начальных исследованиях более 10 лет назад, мы теперь знаем, какие лекарства являются сильнодействующими и у нас есть несколько классов, из которых можно выбирать. Таким образом, если лечение начинается достаточно рано с использованием мегасхем, включающих четыре или пять классов препаратов, то имеется возможность эффективно помешать ВИЧ-резервуару стать слишком большим. Если это удастся достичь, то, как надеется Фаучи, иммунная система сможет бороться с ВИЧ сама по себе, давая возможность, в конечном счете, прекратить лечение на неопределенный

срок без повышения вирусной нагрузки или снижения CD4-клеток.

Фаучи признает, что такое функциональное лечение, вероятно, не сработает для всех. Тем не менее, если оно удастся среди вновь инфицированных людей, то исследования могут наметить пути для достижения подобных результатов у тех пациентов, которые живут с инфекцией многие месяцы и годы — возможно через использование такой иммунной терапии как терапевтические вакцины. Более того, он чувствует, что поддержка научного и общественного интереса, сфокусированного на веру в излечение — жизненно необходима для контроля над эпидемией.

### Скорее раньше, чем позже

Фаучи говорит о том, что исследования, которые помогут заложить научную базу для разработки функционального лечения, уже проводятся. «Одно (из исследований) берет людей, у которых АРВ-терапия эффективна, и у которых не определяется вирус, и затем (интенсифицирует лечение) с помощью ингибитора интегразы, а также ингибитора проникновения». Цель данного исследования, объясняет он, посмотреть, сможет ли интенсификация лечения снизить размер вирусного резервуара и задержать разрушение клеток иммунной системы, которые нужны для эффективного контроля ВИЧ в организме.

Если интенсификация лечения достигает этого, то следующим шагом будет испытание этого метода на людях, которые начали АРВ-терапию очень рано. «Если вы лечите людей достаточно рано, — говорит Фаучи, — так что резер-

вуар не достигает момента, когда он столь большой, что вы никогда от него не освободитесь, а также сберегаете ВИЧ-специфический иммунный ответ, вы по существу можете остановить лечение и (все еще) держать вирус под контролем».

Фаучи уподобляет функциональное лечение ситуации, наблюдаемой среди «элитных контролеров», — ВИЧ-позитивных людей, чья иммунная система в состоянии удерживать вирус естественным образом без АРВ-лечения на неопределяемых уровнях. Ученые активно ищут генетический план, который формирует иммунную систему элитных контролеров в отличие от большинства людей с ВИЧ. Фаучи признает вероятность того, что человеку могут потребоваться, по меньшей мере, такие же генетические мутации, которые есть у элитных контролеров, чтобы лечение сработало, но надеется, что это не будет необходимым.

В то время как добавление интегразы и ингибиторов проникновения к арсеналу АРВ-препаратов могло дать нам инструменты для сокращения резервуара, на рынке пока еще не появилась иммунная терапия. Это означает, что, может, пройдут годы, прежде чем мы сможем повышать иммунную систему у людей с ВИЧ. Тем не менее, Фаучи заявляет: «Я никоим образом не сдаюсь в отношении тех людей, но что мне прежде всего хотелось бы сделать, так это найти доказательство концепции, когда вы раздаете карты в свою пользу. И это то, о чем я говорил в Мехико».

[http://www.poz.com/articles/hiv\\_cure\\_fauci\\_401\\_15255.shtml](http://www.poz.com/articles/hiv_cure_fauci_401_15255.shtml)

Перевод: Ю. Саранков

## ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ

**29.06.2009. США. POZ.ru.** Группа ученых из Майами проанализировала связь между эффективностью приема терапии против ВИЧ в течение 24 недель с объемом и видом употребляемого алкоголя. Результаты их исследования были опубликованы в майском номере журнала «Alcohol and Alcoholism». Исследование было проведено среди 110 ВИЧ-положительных участников, которые сообщили, что они пили пиво или вино, и 55, которые сообщили, что они пили крепкие спиртные напитки. Ученые оценивали изменения в вирусной нагрузке, уровне CD4, уровне лимфоцитов и размере тимуса (железы, в которой зреют новые Т-лимфоциты). Через 24 недели после начала антиретровирусной терапии уровень CD4 и размер тимуса увеличились в группе тех, кто пил пиво или вино. С другой стороны, в группе тех, кто пил крепкое спиртное, оба эти показателя стали еще ниже. Среди женщин, которые пили крепкие спиртные напитки уровень клеток CD4 и лимфоцитов был значительно ниже, чем среди мужчин, которые пили то же самое. В целом, среди тех, кто пил крепкие спиртные напитки, риск того, что вирусная нагрузка останется определяемой, был значительно выше. Ученые пришли к выводу, что крепкие спиртные напитки связаны с нарушением работы тимуса, что, в свою очередь, снижает эффективность анти-

ретровирусной терапии. Другое исследование, представленное на международной встрече «Неделя пищеварительных заболеваний 2009», показало, что употребление алкоголя может повысить риск токсичного влияния антиретровирусных препаратов на печень. Данное исследование было проведено на мышах, которым давали антиретровирусные препараты класса ингибиторов протеазы с алкоголем или без него в течение недели. Исследование показало, что сочетание ингибиторов протеазы и алкоголя увеличивало нагрузку на печень и смерть клеток печени у мышей.

**26.06.2009. Татарстан. REGNUM.** Казанские правозащитники потребовали признать незаконным бездействие Республиканского центра Татарстана по профилактике и борьбе со СПИДом, который до сегодняшнего дня не поставлял бесплатные антиретровирусные препараты детям, сообщили корреспонденту ИА REGNUM-ВолгаИнформ в межрегиональной правозащитной ассоциации «АГОРА». 25 июня соответствующее заявление в Вахитовский районный суд Казани направила адвокат, правовой аналитик межрегиональной правозащитной ассоциации «АГОРА» Ирина Хрунова.

# ВАКЦИНАЦИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ

С.Л. Плавинский\*

Рост числа ВИЧ-инфицированных и значительное увеличение продолжительности их жизни на фоне высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) остро ставят вопрос о вакцинации этих пациентов по клиническим и эпидемическим показаниям. Имеющиеся данные показывают, что у лиц с ВИЧ-инфекцией часто наблюдается потеря иммунологической памяти о предшествующих иммунизациях и менее эффективный ответ на вакцинацию даже после восстановления иммунной системы на фоне ВААРТ, что может потребовать таких дополнительных мер, как оценка уровня специфических антител, ревакцинация, введение большей дозы вакцины или использование адъювантов. Общей точкой зрения относительно возможности применения различных типов вакцин у ВИЧ-инфицированных является безопасность для таких пациентов инактивированных вакцин. Лицам с ВИЧ-инфекцией противопоказана вакцинация живой полиовакциной и БЦЖ, а вакцинация другими живыми вакцинами должна проводиться после восстановления функции иммунной системы и оценки соотношения возможной пользы и вреда вакцинации. Многие ВИЧ-инфицированные лица, а также представители смежных групп риска могут получить существенную пользу от вакцинации против гепатитов А и В. Кроме того, необходимо рассмотреть вопрос о сезонной вакцинации ВИЧ-инфицированных лиц против гриппа (в сочетании с химиопрофилактикой) и вакцинации от пневмококковой инфекции. У ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков необходимо убедиться в наличии противостолбнячного иммунитета. Учитывая частую корреляцию эффективности иммунизации с числом CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов, проведение вакцинации у ВИЧ-инфицированных лиц требует мониторинга состояния иммунной системы. Кроме того, при использовании некоторых вакцин необходимо помнить о возможности такого специфического поствакцинального осложнения, как транзиторный рост вирусной нагрузки в краткосрочном периоде после вакцинации.

## ВАКЦИНЫ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ

Вакцинация является одним из наиболее мощных средств, имеющихся в распоряжении современной медицины для борьбы с инфекционными заболеваниями. Именно массовая иммунизация населения привела к эрадикации оспы, позволила поставить задачи повсеместного искоренения полиомиелита и кори. Вместе с тем, в отличие от антибиотиков и других химиопрепаратов, эффективность вакцинации как средства защиты от возбудителей заразных инфекций сильно зависит от состояния иммунной системы. В общем, клеточный и гуморальный иммунные ответы на антиген коррелируют с количеством CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов у пациента, поэтому не удивительно, что иммуносупрессивные состояния, такие как при ВИЧ-инфекции, после пересадки органов и др., способны оказывать серьезное влияние на эффективность вакцинации.

Следует также иметь в виду, что вакцинация человека может проводиться как для защиты его самого (вакцинация лиц, имеющих высокий риск заражения), так и для создания коллективного иммунитета (вакцинация всех жителей данного региона или страны). Исходя из этого,

Reinert (1998) предлагает называть вакцины эгоистичными<sup>1</sup>, альтруистичными<sup>2</sup> или одновременно эгоистичными и альтруистичными. В последнем случае отказ от вакцинации одного человека не нанесет ему вреда, если все остальные будут вакцинированы, поскольку вероятность контакта с возбудителем для этого человека достаточно мала. В случае вакцинации для защиты самого пациента (эгоистичные вакцины) решение о ее необходимости должно приниматься в первую очередь с учетом возможных последствий для пациента в случае отказа от вакцинации. В таких случаях зачастую побочные эффекты вакцинации и ее возможно сниженная эффективность перевешиваются пользой от защиты пациента в случае контакта с возбудителем. В случае вакцинации для создания коллективного иммунитета (эгоистично/альтруистичные вакцины) пациент не выигрывает от проведения иммунизации, поскольку вероятность контакта с возбудителем мала и поэтому количество противопоказаний к иммунизации возрастает. Более того, если вакцина у этого пациента является менее эффективной, то это также является причиной для отказа от вакцинации, поскольку тогда баланс пользы (увеличения коллективного иммунитета) и вреда (побоч-

\* Данный документ разработан и издан по заказу Учебно-консультационного центра Открытого института здоровья в рамках проекта ГЛОБУС. УКЦ ОИЗ, Москва 2009.

<sup>1</sup> Наиболее ярким примером является антирабическая вакцина, использование которой не влияет на общественное здоровье.

<sup>2</sup> Сам Reinert (1998) считает таковой вакцину от краснухи, которая предназначена для предотвращения патологии развития плода.

ные эффекты у пациента) меняется в неблагоприятную сторону. Базируясь на этих рассуждениях, для лиц с иммуносупрессией в качестве показаний для вакцинации может служить только высокая вероятность контакта с возбудителем (т.е. показанными, в первую очередь, будут эгоистичные вакцины), и в этом случае должна проводиться индивидуальная оценка выгод и рисков от такой вакцинации. Вместе с тем, появление высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) и ее все большее распространение приводит к увеличению прослойки лиц, страдающих ВИЧ-инфекцией, но имеющих относительно интактную иммунную систему. Это увеличение прослойки лиц с ВИЧ-инфекцией и относительно нормальной иммунной системой теоретически меняет баланс пользы и вреда от вакцинации на индивидуальном уровне. Кроме того, рост невакцинированной по причине ВИЧ-инфекции прослойки населения может привести к снижению уровня коллективного иммунитета ниже порога, необходимого для обеспечения эпидемического благополучия. Ряд детских инфекций требуют достаточно высокого уровня коллективного иммунитета для предотвращения вспышки (например, для кори — 93,5–96% (Herold и соавт., 1993)), и в условиях генерализованной эпидемии ВИЧ-инфекции исключение из программ вакцинации всех ВИЧ-инфицированных может привести к исчезновению коллективного иммунитета и вспышкам заболеваний, которые нанесут вред, в первую очередь, самим ВИЧ-инфицированным. Аналогичный результат может наблюдаться при снижении уровня коллективного иммунитета в результате исчезновения иммунологической памяти у пациентов с ВИЧ-инфекцией, описанного ниже. Более того, обычно определение необходимого уровня вакцинации населения предполагает равномерное распределение невакцинированных по всем слоям и группам общества. Если же лица, не имеющие иммунитета, имеют тенденцию более тесно взаимодействовать друг с другом, нежели с остальной частью населения (как, например, в группах риска ВИЧ-инфекции), то риск возникновения вспышек заразных заболеваний увеличивается (May and Silverman, 2003). Таким образом, вакцинация пациентов с ВИЧ-инфекцией становится по мере развития эпидемии все большей проблемой для общественного здоровья (O'Connor, 1991).

## **ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ВАКЦИНАЦИИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ**

Очевидно, что иммунный ответ на вакцину варьирует в зависимости от типа вакцины и индивидуального иммунного статуса пациента. Недоедание, сопутствующие инфекции и иные заболевания у пациентов с ВИЧ-инфекцией ока-

зывают негативное воздействие на состояние иммунной системы и могут влиять на то, как пациенты реагируют на вакцину (Kroger и соавт., 2006). В ряде случаев, как описано ниже, могут потребоваться большие дозы вакцины или ревакцинация. Общим для всех вакцин также является исчезновение иммунного ответа у больных с ВИЧ-инфекцией (исчезновение иммунологической памяти) по мере прогрессирования заболевания, причем после восстановления иммунного статуса возможность приобретения иммунитета частично восстанавливается, например, анализ иммунного ответа у детей с ВИЧ-инфекцией, находящихся на ВААРТ, которые были ранее иммунизированы против японского энцефалита, показал, что иммунный ответ сохранился только у 46% из них. Через месяц после ревакцинации протективные антитела появились у 88% детей (Puthanakit и соавт., 2007). Другие аналогичные примеры будут приведены позднее. Поскольку ВААРТ приводит к восстановлению функций иммунной системы, иногда следует дождаться этого восстановления до начала иммунизации.

Относительно безопасности вакцинации ВИЧ-инфицированных существует общая точка зрения, что введение инактивированных вакцин является безопасным, а вот живые вакцины могут оказаться опасными для лиц с выраженным иммунодефицитом (Kroger и соавт., 2006; Masur и соавт., 2002). Аналогичная точка зрения отражена в приказе Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, где указывается, что «живые вакцины вводятся детям с установленным диагнозом «ВИЧ-инфекция» после иммунологического обследования для исключения иммунодефицитного состояния... При наличии иммунодефицита введение живых вакцин противопоказано» (Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Приказ № 673 от 30 октября 2007 г.).

Еще одним вопросом является возможность ухудшения течения ВИЧ-инфекции на фоне вакцинации за счет активации CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов и роста репликации ВИЧ. Некоторые вакцины способны активировать репликацию вируса, транзиторно снижать количество CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов и увеличивать вирусную нагрузку. Пока неизвестно, могут ли эти эффекты оказать воздействие на долгосрочный прогноз течения ВИЧ-инфекции, однако очевидно, что ВААРТ позволяет справиться с этими последствиями вакцинации. Более того, при оценке рисков и выгоды вакцинации нельзя забывать, что заражение теми возбудителями, против которых проводится вакцинация, тоже будет приводить к стимулированию вирусной репликации, и даже в большей степени. С практической точки зрения для клиницистов очень важно помнить про возможность подобных поствакцинальных реакций и не менять терапию на основании ре-

зультатов измерения вирусной нагрузки в краткосрочном периоде после вакцинации. Имеющиеся данные показывают, что этот транзиторный рост не имеет клинической значимости и не должен сам по себе являться причиной отказа от использования вакцин (Rivas и соавт., 2007).

В целом общие положения относительно вакцинации ВИЧ-инфицированных, особенно детей, хорошо отражены в документах Министерства здравоохранения РФ относительно национального календаря прививок (Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Приказ № 673 от 30 октября 2007 г.), примечания 6–10):

*Иммунизация детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей, осуществляется в рамках Национального календаря профилактических прививок (по индивидуальному графику прививок) и в соответствии с инструкциями по применению вакцин и анатоксинов.*

*Иммунизация детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, проводится с учетом следующих факторов: вида вакцины (живая, инактивированная), наличия иммунодефицита с учетом возраста ребенка, сопутствующих заболеваний.*

*Все инактивированные вакцины (анатоксины), рекомбинантные вакцины вводятся детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями, в том числе ВИЧ-инфицированным детям, вне зависимости от стадии заболевания и числа CD4<sup>+</sup>-лимфоцитов.*

*Живые вакцины вводятся детям с установленным диагнозом «ВИЧ-инфекция» после иммунологического обследования для исключения иммунодефицитного состояния. При отсутствии иммунодефицита живые вакцины вводятся в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. При наличии иммунодефицита введение живых вакцин противопоказано.*

*Через 6 месяцев после первичного введения живых вакцин против кори, эпидемического паротита, краснухи ВИЧ-инфицированным осуществляют оценку уровня специфических антител и при их отсутствии вводят повторную дозу вакцины с предварительным лабораторным контролем иммунного статуса.*

Вместе с тем не все важные для ведения ВИЧ-инфицированных пациентов вакцины включены в национальный календарь прививок, остаются вопросы по поводу использования вакцин у взрослых пациентов и ревакцинации после восстановления иммунной системы под действием ВААРТ. Поэтому основное внимание в данном обзоре уделяется опубликованным в последнее время данным об эффективности вакцинации у пациентов с ВИЧ-инфекцией и возможным направлениям совершенствования вакцинопрофилактики у этого контингента.

В последнее время было опубликовано несколько работ, посвященных вакцинации ВИЧ-инфицированных, включая обзоры Rivas и соавт. (2007) и Nakashima and Onorato (2004). Поэтому результаты, суммированные в этих работах, были дополнены анализом данных, опубликованных в 2006–2008 годах путем поиска литературы в системе PubMed со следующей стратегией поиска: Vaccination AND HIV AND 2006 : 2008 [DP] AND hasabstract. Всего был выявлен 571 источник, большая часть которых были посвящены созданию вакцины против ВИЧ. Посвященные вакцинации пациентов с ВИЧ-инфекцией статьи были скопированы в отдельную базу данных и подвергнуты детальному анализу. Кроме того, был проведен поиск рандомизированных контролируемых исследований вакцинации у ВИЧ-инфицированных, и полученные данные также были использованы в анализе. Суммирование данных носило качественный характер за исключением случаев испытания одинаковых вакцин, когда возможность позволяла проводить метаанализ (например, Anema и соавт. (2008)).

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

**Вакцинация от заболеваний, риск которых повышен у ВИЧ-инфицированных.** Как указывалось выше, для пациентов с ВИЧ-инфекцией наиболее важными являются вопросы вакцинации против заболеваний, которые часто встречаются в группах риска ВИЧ-инфекции (гепатиты А и В, столбняк) или вероятность заражения которыми повышается у пациентов с ВИЧ-инфекцией вследствие нарушений функционирования иммунной системы (грипп, пневмококковая пневмония и т.п.). Поэтому в данном обзоре наибольшее внимание будет уделено именно этим заболеваниям и вакцинам против них.

**Грипп.** Несмотря на то, что грипп является одной из самых распространенных инфекций, дебаты относительно его значимости у ВИЧ-инфицированных продолжают существовать, по крайней мере, одно исследование (Madhi и соавт., 2002b), которое показало, что исходы тяжелой гриппозной инфекции у детей с ВИЧ-инфекцией не отличаются от таковых у детей без ВИЧ-инфекции даже в отсутствие антиретровирусной терапии. С другой стороны, снижение количества госпитализаций с осложнениями гриппозной инфекции среди лиц с ВИЧ-инфекцией в США после внедрения ВААРТ (Neuzil и соавт., 2003) позволяет предположить, что лица с этим заболеванием чаще страдают от осложнений гриппа. В настоящий момент для профилактики гриппа используется убитая гриппозная вакцина, вводимая парентерально, и живая вакцина. Систематический обзор исследований,



анализировавших эффективность иммунизации пациентов с ВИЧ-инфекцией против гриппа (Апета и соавт., 2008), продемонстрировал относительное снижение риска развития гриппа после иммунизации на 66% (95% ДИ 36–72%). Исследование с наивысшим качеством (рандомизированное контролируемое исследование с истинными (заболеваемость), а не иммунологическими конечными точками) продемонстрировало снижение риска развития гриппозной инфекции на 41% (95% ДИ 2–64%). В этом исследовании (Tasker и соавт., 1999) 102 пациента с ВИЧ-инфекцией были рандомизированы для получения вакцины (55 человек) или плацебо (47 человек). Было отмечено выраженное снижение частоты респираторной симптоматики среди вакцинированных пациентов (29 против 49% в контроле). Лабораторно подтвержденный грипп был установлен у 10 человек в группе плацебо и ни у одного в группе вакцинации (проактивный эффект 100%, 95% ДИ 73–100%).

Высказывались опасения, что вакцинация может приводить к ухудшению течения ВИЧ-инфекции, например, на основании данных рандомизированного контролируемого исследования (Tasker и соавт., 1998), где было установлено, что иммунизация против гриппа пациентов с ВИЧ-инфекцией приводит к росту вирусной нагрузки и снижению количества CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов. Однако в рамках другого рандомизированного контролируемого исследования (Glesby и соавт., 1996) было установлено, что иммунизация противогриппозной вакциной не приводит к росту вирусной нагрузки у пациентов с ВИЧ-инфекцией. Skiest и Machala (2003) не нашли различий в эффектах вакцинации и гриппозной инфекции на вирусную нагрузку или количество CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов. A Sullivan и соавт. (2000) не нашли в долгосрочной перспективе влияния вакцинации на вирусную нагрузку, количество клеток CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов или скорость прогрессирования заболевания к развитию СПИДа или смерти в группе 36 050 пациентов с ВИЧ-инфекцией. Таким образом, если вакцинация и приводит к изменению иммунологических параметров, они не отражаются на течении ВИЧ-инфекции.

Вместе с тем, несмотря на вакцинацию, грипп продолжает оставаться серьезным заболеванием для ВИЧ-инфицированных пациентов. В группе ВИЧ-инфицированных с фебрильными заболеваниями верхних дыхательных путей, 76% которых были вакцинированы против гриппа, у 40% был выявлен грипп (Klein и соавт., 2007). Частично это связано с тем, что эффективность противогриппозной вакцины у ВИЧ-инфицированных пациентов с низким количеством CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов ниже, чем у здоровых лиц (Fowke и соавт., 1997). Проведенные исследования продемонстрировали, что ВААРТ приводит к восстановлению реакции на антиген гриппозной вакцины (Kroon и соавт.,

1998), однако, как показано Montoya и соавт. (2007), восстановление иммунной системы является неполным и ответ на антигены вакцины остается дефективным. Это поддерживает точку зрения Nakashima и Onorato (2004), что в дополнение к вакцинации ВИЧ-инфицированным лицам необходимо проводить химиопрофилактику гриппа.

Очень важные данные были получены в исследовании Feola и соавт. (2007), что применение у ВИЧ-инфицированных пациентов зидовудина в сочетании с триметопримом и сульфаметоксазолом приводит к подавлению гуморального иммунного ответа на гриппозную вакцину. Возможное взаимодействие между антиретровирусными препаратами и вакцинами требует дальнейшего исследования.

Относительно невысокая общая эффективность противогриппозной вакцины<sup>3</sup> заставляет искать пути ее повышения, например, путем использования адъювантов для усиления иммунного ответа. В исследовании Durando и соавт. (2008) была проанализирована сравнительная эффективность двух вакцин против гриппа (с и без адъюванта) у 256 пациентов с ВИЧ-инфекцией. Обе вакцины оказались безопасными, не было отмечено нарастания вирусной нагрузки или снижения количества CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов, при этом иммунный ответ был значительно более выражен при использовании вакцины с адъювантом. Использование витамина А в дополнение к противогриппозной иммунизации у детей с ВИЧ-инфекцией не усиливало иммуногенности вакцины, однако уменьшало прирост вирусной нагрузки через 14 дней после иммунизации (Hanekom и соавт., 2000).

Живая вакцина, на основании упоминавшихся выше принципов, противопоказана пациентам с ВИЧ-инфекцией. Однако в исследовании King и соавт. (2000) 57 пациентов с ВИЧ-инфекцией и 54 пациента контрольной группы были иммунизированы живой вакциной против гриппа в сравнении с плацебо. У пациентов с ВИЧ не было отмечено побочных эффектов и не отмечалось пролонгированного выделения штаммов гриппозной вакцины, роста уровня ВИЧ РНК и снижения количества CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов. В другом исследовании 24 ребенка с ВИЧ-инфекцией и 21 без нее были иммунизированы живой вакциной против гриппа. Положительная серологическая реакция на вакцинацию была отмечена у 83% детей группы контроля и 77% детей с ВИЧ-инфекцией, а серьезных побочных эффектов зарегистрировано не было (King и соавт., 2001). Следует, правда, отметить, что обе публикации вышли из одной лаборатории, и поэтому лучше всего относиться к иммунизации живой противогриппозной вакциной

<sup>3</sup> У лиц с уровнем CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов менее 100 клеток/мкл вообще не наблюдалось образования антител после иммунизации (Kroon и соавт., 1994).

ВИЧ-инфицированных пациентов так, как это сделали авторы вышеупомянутого исследования: «В случае случайного применения живой противогриппозной вакцины у ВИЧ-инфицированных вероятность серьезных осложнений невелика» (King и соавт., 2000), однако рекомендовать ее применение пока не следует.

Таким образом, пациентам с ВИЧ-инфекцией показана вакцинация инактивированной противогриппозной вакциной в предэпидемический период, при этом необходимо проанализировать риски вакцинации (аллергические реакции), возможные сочетания с приемом других препаратов, оценить состояние иммунной системы и продумать дополнение вакцинации химиопрофилактикой.

**Пневмококковая инфекция** является важной причиной заболеваемости и смертности среди ВИЧ-инфицированных пациентов (Klugman и соавт., 2007). Частота инвазивных пневмококковых заболеваний остается достаточно высокой даже после внедрения ВААРТ, при этом летальность составляет до 21% (Jordano и соавт., 2004). Основными факторами риска тяжелых пневмококковых инфекций у пациентов с ВИЧ-инфекцией являются те же факторы, которые играют важную роль в развитии заболевания у неинфицированных ВИЧ лиц — алкоголизм, частые госпитализации, сопутствующие заболевания, курение и количество  $CD4^+$ -Т-лимфоцитов, не превышающее 100 клеток/мкл (Grau и соавт., 2005).

В настоящий момент для иммунизации против пневмококковой инфекции существуют два основных типа вакцины — полисахаридная пневмококковая вакцина и конъюгированная пневмококковая вакцина. Сравнение этих вакцин показывает, что хотя у лиц без ВИЧ конъюгированная пневмококковая вакцина дает более высокий уровень антител, чем полисахаридная, у пациентов с ВИЧ-инфекцией подобные различия отсутствовали (Ahmed и соавт., 1996). Интересно, что среди ВИЧ-инфицированных пациентов с количеством  $CD4^+$ -Т-лимфоцитов более 500 клеток/мкл уровень антител был аналогичным таковому у неинфицированных пациентов, соответственно, разность в реакции на иммунизацию зависит от функции иммунной системы.

Как и в отношении других вакцин, иммунный ответ на пневмококковую вакцину у пациентов с ВИЧ-инфекцией снижен. Так, например, было установлено, что иммунный ответ на пневмококковую вакцинацию (9-валентная конъюгированная вакцина) у детей без ВИЧ сохранялся в течение 6,2 лет практически без изменений (через 2 года после иммунизации он сохранился у 83% детей, а через 6,2 года — у 78%). В то же время у детей с ВИЧ-инфекцией наблюдалась быстрая потеря иммунитета — через 2 года после вакцинации он снижался с 65 до 38,8% (Madhi и соавт., 2007). В другом исследо-

вании было показано, что дети с ВИЧ-инфекцией имеют более низкий титр антител против дифтерии, столбняка и пневмококка (Kamchaisatian и соавт., 2006). Аналогично ситуации с противогриппозной вакциной, добавление витамина А и цинка у потребителей инъекционных наркотиков не меняло иммуногенности 7-валентной пневмококковой вакцины и не способствовало лучшему иммунному ответу (Deloria-Knoll и соавт., 2006). С другой стороны, анализ результатов вакцинации 23-валентной полисахаридной вакциной 89 пациентов, получающих ВААРТ, 24 пациентов с ВИЧ-инфекцией, не получающих ВААРТ, и 30 из контрольной группы продемонстрировал одинаковый иммунный ответ на вакцину во всех трех группах на протяжении года. Ни уровень  $CD4^+$ -Т-лимфоцитов при вакцинации, ни минимально зарегистрированный уровень в анамнезе не влияли на ответ на вакцинацию (Falco и соавт., 2006). Вместе с тем, поскольку большинство экспертов сходятся во мнении о более низкой иммуногенности пневмококковой вакцины у лиц с ВИЧ-инфекцией (в особенности при снижении количества  $CD4^+$ -Т-лимфоцитов ниже 500 клеток/мкл), предлагаются дополнительные стратегии по усилению ее иммуногенности, в частности, вакцинация разными типами вакцин, поскольку у лиц, не отвечающих на стандартную дозу вакцины, ревакцинация двойной дозой не стимулирует иммунного ответа (Rodriguez-Barradas и соавт., 1996).

Поэтому была проанализирована возможность совместного назначения семивалентной конъюгированной пневмококковой вакцины и 23-валентной полисахаридной вакцины у 212 пациентов с ВИЧ-инфекцией (Lesprit и соавт., 2007). Схема с первоначальной иммунизацией конъюгированной вакциной с дальнейшим применением полисахаридной вакцины позволяла в два раза увеличить количество пациентов со значительным ростом специфических антител, что дало авторам возможность рекомендовать для иммунизации схему иммунизации конъюгированной вакциной с реиммунизацией полисахаридной. Похожее исследование было проведено на детях, когда 225 детей с ВИЧ-инфекцией были подвергнуты вакцинации двумя дозами конъюгированной пневмококковой вакцины и одной дозой полисахаридной вакцины (Abzug и соавт., 2006). У 7% детей возникли осложнения после вакцинации, протективный иммунитет развился более чем у двух третей вакцинированных. Однако существуют данные, что наличие антител к пневмококку не всегда является маркером защиты от инфекции. Например, было показано, что антитела пациентов с ВИЧ-инфекцией имеют качественные отличия от таковых у неинфицированных лиц. В частности, они обладают меньшей антипневмококковой опсонической функцией (Eagan и соавт., 2007). Поэтому эффективность вакцинации должна быть доказана на основании измерения заболе-

ваемости и смертности пациентов, а не по иммунологическим показателям.

В настоящий момент единого мнения по поводу эффективности пневмококковой вакцины с точки зрения снижения заболеваемости и смертности пациентов с ВИЧ-инфекцией нет. Так, исследование по типу случай–контроль в Бразилии показало, что эффективность полисахаридной пневмококковой вакцины у ВИЧ-инфицированных лиц низкая и составляет всего лишь 18% (95% ДИ 0–62%) (Veras и соавт., 2007). В исследовании в Уганде (French и соавт., 2000) было проведено сравнение эффекта от вакцинации пневмококковой вакциной (23-валентная полисахаридная вакцина) 697 ВИЧ-инфицированных пациентов в сравнении с 695 ВИЧ-инфицированными, получившими плацебо. Не было выявлено положительного эффекта вакцинации. Наоборот, наблюдалась тенденция к большему количеству в группе вакцинированных пневмоний и некоторое повышение количества инфекций, вызванных пневмококком (бактериемий и пиомиозитов). В рандомизированном контролируемом исследовании 30 детей с ВИЧ были иммунизированы семивалентной конъюгированной пневмококковой вакциной, а 15 – плацебо. В группе вакцинации был отмечен выраженный иммунологический ответ. Однако это не привело к различиям в заболеваемости до двухлетнего возраста, а среди детей с проявлениями ВИЧ-инфекции первый случай инфекции чаще наблюдался в группе вакцинации (Nachman и соавт., 2003). В литературе описан случай пневмококкового сепсиса у пациента с ВИЧ-инфекцией, иммунизированного за два года до его развития и вызванного штаммом пневмококка, включенным в вакцину (Begemann and Policar, 2001). Аналогичный случай неспособности вакцины предотвратить рецидивирующую пневмококковую бактериемию описан и у ребенка (Schutze и соавт., 2001). Lindenbург и соавт. (2001) делают вывод, что нет данных, позволяющих заключить, что полисахаридная пневмококковая вакцина защищает потребителей инъекционных наркотиков от пневмонии.

С другой стороны, исследование по типу случай–контроль в Испании показало, что вакцинация пневмококковой полисахаридной вакциной ВИЧ-инфицированных пациентов способствует снижению заболеваемости (ОШ 0,44, 95% ДИ 0,22–0,88) (Penaranda и соавт., 2007). Было проведено наблюдение за 692 ВИЧ-инфицированными и 934 неинфицированными лицами, 59% которых были вакцинированы 23-валентной полисахаридной вакциной (Rodriguez-Barradas и соавт., 2008). Среди ВИЧ-инфицированных пациентов, после контроля основных факторов риска, вакцинация была связана со значительным снижением риска развития пневмонии (отношение риска 0,65, 95% ДИ 0,42–1,00). Риск повышался, если пациент курил, имел низкий уровень гемоглобина или малое количе-

ство CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов. В крупном исследовании в США, включившем 39 086 человек, было показано достоверное, в два раза, снижение частоты пневмококковой инфекции у вакцинированных лиц, если пациенты имели более 500 CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов/мкл. При более выраженной иммуносупрессии подобный эффект не наблюдался (Dworkin и соавт., 2001). Анализ совместного назначения гриппозной вакцины и 23-валентной полисахаридной пневмококковой вакцины продемонстрировал, что в группе вакцинированных (90 человек) наблюдалась низкая заболеваемость гриппом (13,3%) и не было случаев пневмококковой пневмонии. В противоположность этому среди 60 невакцинированных пациентов с ВИЧ-инфекцией, 62% перенесли грипп и у двоих (3,3%) развилась пневмококковая пневмония. Эти данные, считают авторы исследования, показывают, что вакцинация эффективна, особенно если идет в сочетании с вакцинацией против гриппа (Ranieri и соавт., 2005).

Таким образом, вакцинация является менее эффективной у пациентов с низким количеством CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов (у которых риск пневмококковой инфекции максимален), и большинство экспертов рекомендуют вакцинацию однократной дозой полисахаридной вакцины у пациентов с количеством CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов более 200 клеток/мкл (Всемирная организация здравоохранения, 2006; Masug и соавт., 2002; Geretti и соавт., 2008).

**Папилломавирусная инфекция.** Персистирующая инфекция онкогенными типами вируса папилломы человека (ВПЧ) приводит к развитию рака шейки матки, ануса, влагалища и полового члена. Рак шейки матки, несмотря на внедрение скрининговых программ, продолжает оставаться одной из ведущих причин смерти в мире и вторым по частоте злокачественным новообразованием у женщин (уступая только раку молочных желез).

У пациентов, инфицированных ВИЧ, коинфекция ВПЧ приводит к значительной заболеваемости и смертности (Cameron and Hagensee, 2007). С началом эпидемии ВИЧ-инфекции в мире резко выросла заболеваемость раком прямой кишки, и частота его прямо зависит от иммунного статуса индивида (Palefsky, 2007). Можно напомнить, что рак шейки матки является одним из СПИД-индикаторных заболеваний. В настоящий момент выявлено более 100 генотипов ВПЧ. Почти 70% злокачественных новообразований, однако, вызываются только двумя генотипами – 16 и 18 (Smith и соавт., 2007). Менее вирулентные формы ВПЧ (типы 6 и 11) ассоциированы с менее злокачественными изменениями клеток шейки матки и 90% бородавок (Barr and Tamms, 2007). К настоящему моменту разработаны два типа вакцины против инфекции ВПЧ – бивалентная вакцина против типов 16/18 и квадριвалентная вакцина против типов

6/11/16/18. На здоровых людях эти вакцины продемонстрировали высокую эффективность и безопасность у женщин с нормальной шейечной цитологией и отсутствием ВПЧ-инфекции до вакцинации. Однако в проведенные исследования не включались женщины с ВИЧ-инфекцией или другими формами иммунодефицита, поэтому эффективность и безопасность вакцины у этого контингента остается неизвестной (Joura и соавт., 2007; Palefsky, 2007; De Vuyst and Franceschi, 2007). Американский комитет по иммунизации рекомендует рутинную вакцинацию всех девочек в возрасте 11–12 лет тремя дозами квадριвалентной вакцины. Вакцинация также рекомендуется девушкам и женщинам в возрасте 13–26 лет, которые ранее не вакцинировались или не завершили курс вакцинации. Если женщины еще не инфицированы ВПЧ, то уровень защиты при этом будет высоким. Однако, если они уже инфицированы одним или более из четырех типов ВПЧ, входящих в вакцину, эффективность вакцинации значительно снижается (Markowitz и соавт., 2007). Поскольку вакцина против ВПЧ не включает живого вируса, то женщины с ВИЧ могут следовать описанным выше рекомендациям, и при этом серьезных побочных эффектов ожидать не следует. Однако, надо подчеркнуть, что вакцинация не исключает необходимости постоянного наблюдения у гинеколога с регулярным скринингом на рак шейки матки. Риск раков, связанных с инфекцией ВПЧ, также повышен у мужчин, которые занимаются сексом с мужчинами, и мужчин, инфицированных ВИЧ, однако пока вакцина против ВПЧ была проверена и лицензирована для использования только у женщин (по крайней мере, в США). В настоящий момент проводятся исследования, которые позволят оценить эффективность вакцины у мужчин (Markowitz и соавт., 2007).

**Гепатит А.** Частота обнаружения антител к вирусу гепатита А (ВГА) у лиц, имеющих высокий риск заражения ВИЧ, таких, как потребители инъекционных наркотиков, мужчины, имеющие секс с мужчинами, и больные гемофилией, очень высока<sup>4</sup> (Villano и соавт., 1997; Ochnio и соавт., 2001; Wells и соавт., 2006). Вспышки гепатита А среди потребителей инъекционных наркотиков нередко сопровождаются высокой летальностью (Spada и соавт., 2005). Кроме того, суперинфекция ВГА связана с высокой вероятностью печеночной недостаточности и смерти у пациентов, уже имеющих хроническую патологию печени, которая может чаще встречаться у ВИЧ-инфицированных лиц вследствие гепатита С, алкоголизма и т.п. (Shim и соавт., 2005). После инфицирования ВГА скорость нормализации содержания печеночных ферментов (АлАТ и

АсАТ) ниже у ВИЧ-инфицированных (Fonquernie и соавт., 2001). Более того, вирусная нагрузка ВГА и продолжительность ВГА-вирусемии выше у инфицированных ВИЧ пациентов в сравнении с неинфицированными (Ida и соавт., 2002). У ВИЧ-инфицированных гомосексуалистов медианная продолжительность ВГА-вирусемии составила 53 дня по сравнению с 22 днями у пациентов без ВИЧ-инфекции. Большая длительность ВГА-вирусемии позволяет объяснить характерную большую продолжительность вспышек ВГА в группах ВИЧ-инфицированных гомосексуалистов (Ida и соавт., 2002). В настоящий момент неизвестно, не приводят ли большая вирусная нагрузка и более длительная вирусемия к большей вероятности тяжелого поражения печени, включая развитие фульминантного гепатита.

С другой стороны, острый гепатит А может стимулировать репликацию ВИЧ (Ridolfo и соавт., 2000), однако другие исследования не нашли выраженных изменений в уровнях CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов и вирусной нагрузке ВИЧ через 6 месяцев после появления симптомов гепатита (Fonquernie и соавт., 2001; Ida и соавт., 2002). Опасения за функцию печени при гепатите А иногда приводят к перерывам в ВААРТ, однако доказательств вреда этой терапии при гепатите нет и поэтому перерывы в лечении не обоснованы (Laurence, 2005).

Для борьбы с инфекцией ВГА были разработаны и апробированы в клинических испытаниях инактивированные и живые ослабленные вакцины. Однако в адекватно контролируемых клинических испытаниях были проверены только инактивированные вакцины (Fiore и соавт., 2006). Большинство вакцин, которые сейчас производятся в мире, являются инактивированными одноантигенными вакцинами, создаваемыми похожими способами. Вакцина против гепатита А является безопасной и достаточно иммуногенной, она предоставляет хорошую защиту вакцинированному здоровому человеку против возможного будущего заражения. В течение месяца после иммунизации одной дозой у 97% детей и подростков и 95% взрослых появляется протективный иммунитет. В течение месяца после введения второй дозы практически все реципиенты приобретают протективный иммунитет (Davis, 2005). Взрослые, инфицированные ВИЧ, с меньшей вероятностью приобретают протективный иммунитет и имеют более низкий титр защитных антител. Частота положительного ответа на иммунизацию составляет 50–94% (см. табл. 1).

Метаанализ восьми исследований, включивших 485 человек, показал, что защиту от ВГА в результате вакцинации приобретают только 64% (95% ДИ 52–75%) ВИЧ-инфицированных (Shire и соавт., 2006). Интересно, что оценки эффективности вакцинации не зависели от того, получает ли пациент ВААРТ. С другой стороны,

<sup>4</sup> До 66% у потребителей инъекционных наркотиков, при распространенности среди доноров 14% (Villano и соавт., 1997).

**Таблица 1.** Эффективность вакцины против гепатита А у ВИЧ-инфицированных

Исследование	Количество CD4 <sup>+</sup> -Т-лимфоцитов	Количество испытуемых	Эффективность, %
Santagostino и соавт. (1994)	32% < 200	47	77
Hess и соавт. (1995)	495	14	79
Tilzey и соавт. (1996)	н.д.	17	76,5
Neilsen и соавт. (1997)	515	76	88
Wallace и соавт. (2004)	50% < 300	49	94
Valdez и соавт. (2000)	372	15	73
Kemper и соавт. (2003)	376	39	51
Weissman и соавт. (2006)	424	138	48,5
Overton и соавт. (2007)	438	235	49,6
Rimland и Guest (2005)	н.д.	214	61
Loutan и соавт. (2007)	557	13	91,7

большинство исследователей, изучавших состояние иммунной системы, пришли к выводу, что реакция на вакцину зависит от количества CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов. Так, Kemper и соавт. (2003) установили, что при количестве клеток менее 200/мкл ответ на вакцинацию наблюдался только у 9% иммунизированных в сравнении с 68% — в группе с более высоким количеством CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов. В группе 49 пациентов с ВИЧ, получавших ингибиторы протеаз, сероконверсия после вакцинации наблюдалась у всех пациентов с количеством CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов более 300 клеток/мкл, однако у лиц с более низким их количеством положительная реакция на вакцинацию была отмечена только у 87% (Wallace и соавт., 2004). Weissman и соавт. (2006) обнаружили, что количество CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов в момент вакцинации определяет ответ на вакцину. В исследовании, выполненном в Индии на 40 ВИЧ-инфицированных, было установлено, что даже при значительном количестве CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов уровень протективных антител почти в 2 раза ниже, чем в контроле, а у пациентов с количеством CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов менее 200 клеток/мкл титр был в четыре раза ниже, чем в контроле (Pasricha и соавт.,

2006), а единственным фактором формирования иммунитета в исследовании Overton и соавт. (2007), включившем 238 пациентов с ВИЧ-инфекцией, был уровень вирусной нагрузки, который для формирования протективного иммунитета должен был быть менее 1000 копий/мл.

На основании этих данных были сделаны предположения, что пациенты, получающие антиретровирусную терапию, должны дождаться более полного восстановления функции иммунной системы, прежде чем получать вакцинацию против гепатита А (Weissman и соавт., 2006; Rimland and Guest, 2005). Вместе с тем Laurence (2005) считает, что необходимо вакцинировать всех ВИЧ-инфицированных, у которых нет антител к ВГА, поскольку даже при количестве CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов менее 300 клеток/мкл возникает достаточно адекватный иммунный ответ на вакцину. Вакцина против ВГА у ВИЧ-инфицированных безопасна и не приводит к ухудшению течения ВИЧ-инфекции, в особенности на фоне антиретровирусной терапии (Rimland and Guest, 2005; Wallace и соавт., 2004; Shire и соавт., 2006). Поэтому вакцинация против гепатита А должна быть предложена всем ВИЧ-инфицированным, а лица, у которых не сформировался иммунный ответ, должны быть ревакцинированы после более полного восстановления функции иммунной системы, когда количество CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов превысит 500 клеток/мкл (Bodsworth и соавт., 1997; Laurence, 2005).

**Гепатит В.** Контакт с вирусом гепатита В крайне часто встречается у лиц, относящихся к группе риска заражения ВИЧ-инфекцией. Пути передачи обеих инфекций совпадают практически полностью (гепатит В считается более заразным) и поэтому распространенность гепатита В в группах риска ВИЧ-инфекции одна из самых высоких. В Западной Европе и США распространенность хронической инфекции вирусом гепатита В (ВГВ) составляет 9–17% среди гомосексуалистов, 7–10% среди потребителей инъекционных наркотиков и 4–6% среди лиц, инфицированных половым путем (Maida и соавт., 2007). Течение гепатита В крайне сильно ухудшается при наличии ВИЧ-инфекции, которая способствует прогрессированию цирроза печени и развитию печеночной недостаточности. В группах, инфицированных гепатитом В и ВИЧ-инфекцией, наблюдается увеличение пропорции лиц с носительством ВГВ, больший уровень вирусной нагрузки ВГВ, более быстрое исчезновение анти-HbS антител и большая частота реактивации латентного гепатита В (Horvath and Raffanti, 1994). В этой группе пациентов карцинома печени развивается в более раннем возрасте и является более агрессивной (Puoti и соавт., 2004). В исследовании Thio и соавт. (2002) было установлено, что коинфицированные пациенты подвержены более высокому риску смерти от печеночных причин в сравнении с лицами, инфицированными только ВИЧ, особен-

но если у пациентов в анамнезе было резкое снижение количества CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов. Влияние инфекции ВГВ на прогрессирование ВИЧ-инфекции и смертность было детально изучено в исследовании EuroSIDA (Konopnicki и соавт., 2005). В него были включены 5728 ВИЧ-инфицированных, из которых 498 имели анти-HbS антитела. Риск заболеваний печени среди лиц, имевших антитела к HbS-антигену, был в три раза выше, чем в контроле. Однако на смертность от СПИДа это влияния не оказывало, и на фоне ВААРТ количество случаев заболеваний печени снижалось.

Эффективная и безопасная вакцина против гепатита В существует с 1982 года. В первое время она готовилась путем извлечения HbS-антигена из плазмы хронически инфицированных лиц с гепатитом В (сывороточная вакцина). Однако затем, на фоне предположений о роли этой вакцины в распространении ВИЧ-инфекции, были разработаны рекомбинантные вакцины, которые не требуют для своего изготовления продуктов крови лиц высокого риска. В настоящий момент сывороточная вакцина не производится в США и Западной Европе, будучи полностью замещенной в этих регионах рекомбинантной вакциной. Ряд азиатских производителей продолжают выпускать сывороточную вакцину, которая используется во многих странах в программах иммунизации. Интересно, что есть данные, указывающие на большую эффективность сывороточной вакцины. Так, среди 186 гомосексуалистов после вакцинации тремя дозами вакцины против гепатита В частота сероконверсии составляла 88% для вакцины, полученной из плазмы, в сравнении с 74% в группе, получившей рекомбинантную вакцину (Odaka и соавт., 1988).

При вакцинации среди лиц, инфицированных ВИЧ, не описано серьезных побочных эффектов, возникающих со сколько-нибудь значительной частотой. Ряд авторов выявили транзиторное повышение вирусной нагрузки после вакцинации, однако оно не продолжалось более чем несколько недель. Не было также описано снижения количества CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов или ускорения прогрессирования ВИЧ-инфекции после иммунизации против гепатита В (Laurence, 2005). Вакцинация против гепатита В обычно проводится тремя или более дозами вакцины, вводимой внутримышечно<sup>5</sup> согласно схеме 0–1–6 (т.е. вторая и третья доза даются через месяц и полгода после первой соответственно). Обычно у здоровых молодых людей протективный иммунитет возникает в 30–55% случаев

после первой дозы, 75% после второй дозы и более чем у 90% после третьей дозы. В возрасте старше 40 лет протективного иммунитета при трехступенчатой иммунизации удается добиться уже менее чем у 90%, а к возрасту 60 лет протективные антитела вырабатываются только у 75% вакцинированных (Mast и соавт., 2006). У лиц с ВИЧ-инфекцией иммунный ответ на ВГВ-вакцину нарушен. Ответ на вакцину хуже, чем в случае вакцины против гепатита А, поскольку иммунный ответ на ВГВ более чувствителен к количеству CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов (Laurence, 2005). При использовании вакцины против гепатита В у ВИЧ-инфицированных удается добиться протективного иммунитета только у 17–56% случаев (см. табл. 2). Суммарно можно считать, что пациенты с ВИЧ-инфекцией имеют в 12–14 раз большие шансы не дать ответа на вакцинацию против гепатита В<sup>6</sup>. Даже при наличии иммунного ответа на вакцину титр протективных антител у лиц с ВИЧ-инфекцией ниже, чем у неинфицированных пациентов. Более того, у лиц с ВИЧ-инфекцией чаще наблюдается потеря защитного иммунитета по мере прохождения времени после иммунизации (Gandhi и соавт., 2005).

У здоровых лиц после иммунизации титр антител начинает быстро снижаться, а затем, спустя примерно год после иммунизации, процесс быстрой потери антител прекращается или продолжается со значительно меньшей скоростью. Через 10–15 лет после иммунизации 17–50% здоровых лиц теряют анти-HbS антитела. Интересно, что при наличии интактной иммунной системы резкое снижение титра антител не приводит к потере иммунной защиты от ВГВ (Mast и соавт., 2006). Механизм этой защиты до конца не ясен, однако предполагается, что в его основе лежит клональная экспансия клеток иммунологической памяти, которые затем способны быстро стимулировать выработку антител при контакте с вирусом. У лиц с иммунодефицитом наличие высокого титра антител защищает от инфицирования ВГВ, однако исчезновение антител приводит к частичному исчезновению защиты. В большинстве случаев инфицирование в таких условиях является краткосрочным и асимптоматическим. Следует также отметить, что у лиц с иммунодефицитом, вызванным не ВИЧ-инфекцией, были описаны случаи инфицирования ВГВ и при достаточно высоком уровне защитных антител (Mast и соавт., 2006). Если наличие или отсутствие эффекта от вакцинации не было задокументировано, отличить пациента с истинным отсутствием реакции на вакцину от

<sup>5</sup> Следует заметить, что возможность интрадермальной иммунизации против гепатита В пациентов с ВИЧ-инфекцией была изучена в рандомизированном контролируемом испытании Ristola и соавт. (2004). После трех доз вакцины протективный иммунитет был получен у 39% пациентов с ВИЧ-инфекцией, что аналогично уровню протективного иммунитета, достигаемого после внутримышечной иммунизации.

<sup>6</sup> Низкий уровень ответа на вакцину также наблюдается и у лиц, находящихся на гемодиализе. Частота сероконверсии в исследовании 83 пациентов составила 64,6%, а протективный уровень антител был достигнут только у 38% пациентов (Shatat и соавт., 2000).

**Таблица 2.** Эффективность вакцины против гепатита В у ВИЧ-инфицированных

Исследование	Количество испытуемых	Эффективность, %	Примечания
Collie и соавт. (1988)	16	56	
Keet и соавт. (1992)	32	28	
Bruguera и соавт. (1992)	21	24	
Tayal and Sankar (1994)	12	17	
Wong и соавт. (1996)	14	43	
Rey и соавт. (2000)	20	55	
Ahuja и соавт. (2005)	116	53	
Pasricha и соавт. (2005)	40	47	если CD4<200
Overton и соавт. (2005)	194	17,5	
Fonseca и соавт. (2005)	210	34	47% при дозе 40 мкг
Cornejo-Juarez и соавт. (2006)	79	61,5	60% при дозе 40 мкг
Veiga и соавт. (2006)	55	59	

пациента с исчезновением антител сложно, однако для решения этого вопроса может оказаться полезным введение однократной дозы вакцины. Через 4–12 недель после этой дозы те, у кого ответа на вакцину не было, дадут лишь небольшое повышение титра анти-HbS антител, тогда как у лиц с исчезнувшими антителами реакция будет значительно более выраженной с восстановлением протективного титра антител (более 10 мЕД/мл) (Sjogren, 2005). Для лиц, которые не отвечают на вакцину, было предложено несколько модификаций схемы иммунизации. Для пациентов с ВИЧ-инфекцией предлагались следующие: увеличение количества вакцинаций и дозы, вводимой однократно, использование адъювантов и повышение количества CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов антиретровирусной терапией. Так, например, результаты наблюдения за группой ВИЧ-инфицированных пациентов, у которых ответ на вакцину был усилен олигонуклеотидным адъювантом SPG 7909, в течение 5 лет продемонстрировали улучшенный ответ на иммунизацию и более высокий титр антител (Cooper и соавт., 2008).

Ревакцинация также может оказаться эффективной стратегией. В исследовании de Vries-Sluijs и соавт. (2008) было показано, что ревакцинация двойной дозой вакцины против гепатита В дает положительный эффект у 50,7% тех, кто ранее не сформировал иммунного ответа после вакцинации стандартными дозами вакцины. В исследовании 54 ВИЧ-инфицированных пациентов было установлено, что стандартная трехразовая схема вакцинации приводила к формированию протективного иммунитета у 93% здоровых контролей в сравнении с 63% ВИЧ-инфицированных. В том же случае, если количество CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов не превышало 200 кл/мкл, только 14,3% пациентов ответили на иммунизацию. Вместе с тем, ревакцинация каждый месяц на протяжении 3 месяцев приводила к формированию протективного иммунитета у 91% ВИЧ-инфицированных (Kalinowska-Nowak и соавт., 2007).

Однако самым важным фактором, влияющим на эффективность вакцинации и, соответственно, тем фактором, устранение которого может улучшить исходы вакцинации, является иммунодефицит. В исследовании Pasricha и соавт. (2005) 40 человек с ВИЧ-инфекцией были разделены на две группы в зависимости от количества CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов (более и менее 200 кл/мкл) и вакцинированы. В группе с большим числом клеток CD4<sup>+</sup> сероконверсия наблюдалась у всех пациентов, тогда как среди лиц с низким уровнем CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов протективный иммунитет сформировался только у 47%. Анализ данных вакцинации 55 ВИЧ-инфицированных пациентов в сравнении с 20 контролями продемонстрировал, что частота сероконверсии составляет 59%. Детальная оценка факторов успешности вакцинации показала, что наиболее эффективной стратегией является вакцинация лиц с уровнем CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов более 450 клеток/мкл. (Veiga и соавт., 2006). Вне зависимости от дозы вакцины (10 мкг в сравнении с 40 мкг), из 79 пациентов с ВИЧ-инфекцией сероконверсия наблюдалась у 61%. Основным фактором, определявшим вероятность сероконверсии, был иммунный статус (количество CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов).

При количестве более 200/мкл клеток сероконверсия наблюдалась у 87% вакцинированных, а при количестве менее 200 клеток/мкл ответ на вакцинацию наблюдался только у 37% вакцинированных (Cornejo-Juarez и соавт., 2006). Поэтому не удивительно, что проведение ВААРТ улучшает ответ на вакцинацию. В исследовании Paitoonprong and Suankratay (2008) группа из 28 пациентов со СПИД, получающая ВААРТ, была иммунизирована против гепатита В (3 дозы). Протективный уровень иммунитета был достигнут у 71,4% пациентов. Более хороший ответ на вакцинацию был отмечен у пациентов, дольше находившихся на ВААРТ и получавших ифавиренц.

Отдельного упоминания заслуживает вакцинация против гепатита В детей. Несмотря на успешную иммунизацию против гепатита В, большинство детей теряют антитела по мере прогрессирования заболевания. В исследовании, выполненном в Бразилии, была отмечена высокая частота отсутствия длительного ответа на вакцинацию против гепатита В. Иммуный ответ сохранился только у 24 вакцинированных детей с ВИЧ-инфекцией в сравнении с 87. Даже у детей, у которых наблюдался сохранившийся ответ, титр антител был в два раза ниже (сравнивались геометрические средние) (Fernandes и соавт., 2008). Поэтому после восстановления функции иммунной системы на фоне ВААРТ требуется иммунизация, которая, согласно данным этого исследования, оказывается эффективной в 92,1% при использовании ревакцинации тремя дозами по схеме 0–2–6 (Laogaaya и соавт., 2007). Кроме того, следует учитывать, что ВААРТ повышает вероятность приобретения защитного иммунитета после вакцинации. Так, после иммунизации 84 ВИЧ-инфицированных детей в возрасте от года до 10 лет частота сероконверсии составила 59,5%. Среди детей, получавших ВААРТ, сероконверсия наблюдалась в 70,8% случаев, а среди не лечившихся только в 44,4%. Как вероятность сероконверсии, так и титр анти-ВГВ-антител был выше у получавших ВААРТ и имевших большое количество CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов (Pirri и соавт., 2008).

Таким образом, вакцинация против гепатита В является важным компонентом профилактики этого заболевания у пациентов с ВИЧ-инфекцией. Рекомендуется проводить вакцинацию лицам с низкой вирусной нагрузкой (менее 1000 копий/мл) и высоким количеством CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов (более 500 кл/мкл). Если наблюдается потеря антител, то необходима ревакцинация, однако в ряде случаев необходимо добиться вначале увеличения количества CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов до уровня более 500 кл/мкл (Laurence, 2005). Следует заметить, что вакцинация должна проводиться не только ВИЧ-инфицированным, но и лицам группы риска по ВИЧ-инфекции, например, потребителям инъекционных наркотиков. Анализ данных, полученных в США, показывает, что иммунизация против гепатита В в центрах, осуществляющих тестирование и консультирование на ВИЧ, является стоимостно-эффективным подходом (Kim и соавт., 2006).

Надо отметить, что в Российской Федерации прививки против гепатита В лицам, потребляющим наркотики инъекционным путем, внесены в национальный календарь прививок. Соответственно, все группы риска, контактирующие с системой здравоохранения, должны быть обеспечены вакцинопрофилактикой. Невыполнение этого требования может привести к наложению санкций, как было показано в деле № А60-6417/2007-С6 17АП-4671/2007-АК, рассмотренном семнадцатым арбитражным апелляцион-

ным судом 19 июля 2007 года по жалобе ГУЗ Свердловской области «Н» на Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Свердловской области. ГУЗ «Н» просило, в частности, признать неправомерным пункт 2 предписания о необходимости «заявителю ... обеспечить проведение вакцинопрофилактики гепатита В контингентам из «группы риска», в том числе контактными в очагах всех форм вирусных гепатитов, наркозависимым пациентам, поступающим на стационарное лечение в плановом порядке». Анализируя эту жалобу, суд отказал в требовании заявителя, мотивировав это следующим образом:

*«Согласно ч. 1 ст. 9 Федерального закона от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», в национальный календарь профилактических прививок, который утверждается федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения, включена прививка против гепатита В. В национальном календаре профилактических прививок устанавливаются сроки проведения указанных прививок и категории граждан, подлежащих обязательной вакцинации.*

*В соответствии с календарем профилактических прививок по эпидемиологическим показателям (приложение № 2 к Приказу Минздрава РФ от 27.06.2001 № 229 «О национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемическим показателям») к контингентам, подлежащим обязательной вакцинации против гепатита В по эпидемическим показателям в любом возрасте, отнесены лица, употребляющие наркотики инъекционным путем, а также лица, у которых произошел контакт с материалом, инфицированным вирусом гепатита В.*

*Вышеуказанные категории лиц, подлежащих вакцинации против гепатита В, перечислены также в п. 8.2 СП 3.1.958-00 «Профилактика вирусных гепатитов. Общие требования к эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами».*

Это решение означает, что учреждения здравоохранения несут ответственность за выполнение национального календаря прививок, в котором пациентом, потребляющим наркотики, рекомендовано проводить вакцинопрофилактику гепатита В. Хотя ВИЧ-инфицированных в этом списке нет, две основные группы риска ВИЧ-инфекции (ПИН и больные гемофилией) вакцинопрофилактику получать должны. Учитывая же общность путей распространения ВГВ и ВИЧ, рекомендовать вакцинацию против гепатита В и другим контингентам ВИЧ-инфицированных пациентов (например, лицам, заразившимся половым путем), тоже является разумным.

**Вакцинация против *H. zoster*.** Инфекция *H. zoster* является одной из оппортунистических инфекций при СПИДе, однако вирус обычно является эндогенным, сохраняющимся в орга-



низме после перенесенной в детстве ветряной оспы. Ввиду крайней контагиозности возбудителя большинство людей в мире болели ветряной оспой. В начале 1990-х годов (до появления вакцины) в США ежегодно возникало 4 млн случаев ветряной оспы, из которых около 10 тыс. требовали госпитализации и 100 человек умирали (Bhave, 2003). Данные из Южной Африки показывают, что ВИЧ-инфекция утяжеляет течение ветряной оспы. В 1994–1996 гг. 15,3% всех случаев ветряной оспы и 75% всех смертей от нее наблюдались у ВИЧ-инфицированных детей (Jeena и соавт., 1998). В другом исследовании 58% госпитализированных с ветряной оспой ВИЧ-инфицированных пациентов имели вирусную пневмонию, летальность составила 43% (Porara и соавт., 2002). В 1997 г. была описана вспышка ветряной оспы в лагере для ВИЧ-инфицированных детей, в котором заразились 36% уязвимых детей, источником послужил ребенок с опоясывающим лишаем (Winquist и соавт., 2001).

Вакцина против *H. zoster*, возбудителя ветряной оспы и опоясывающего лишая, является относительно новой. Поскольку вакцина является живым ослабленным штаммом, то существовали опасения относительно ее применения у ВИЧ-инфицированных. В США вакцина была разрешена в 1995 г., а уже в 2001 г. был описан случай диссеминированной инфекции вакцинальным штаммом у ребенка с ВИЧ-инфекцией (Kramer и соавт., 2001).

С другой стороны, применение живой вакцины против *H. zoster* у 10 детей с ВИЧ-инфекцией не вызвало серьезных осложнений и привело к формированию специфического иммунитета, который определялся у 90% вакцинированных спустя год после иммунизации (Armenian и соавт., 2006). Вакцинация детей с ВИЧ-инфекцией, имеющих более 200 кл/мкл CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов и более 15% CD4<sup>+</sup>-клеток живой вакциной оказалась достаточно безопасной, протективный иммунитет наблюдался у 79% вакцинированных через 2 месяца после введения двух доз вакцины и у 83% после введения трех доз (схема введения 0–1–12 у детей, не давших ответ после двух доз) (Levin и соавт., 2006). Оценка эффекта от введения живой вакцины у 15 детей с ВИЧ-инфекцией и количеством лимфоцитов более 700/мкл продемонстрировала, что частота сероконверсии составила 60% (против 100% в контрольной группе не инфицированных ВИЧ). Контакт с возбудителем у трех детей, которые выработали иммунитет, защитил их от инфекции (Vekker и соавт., 2006b). Поэтому было рекомендовано расширить вакцинацию ВИЧ-инфицированных детей (Marin и соавт., 2007).

Однако следует иметь в виду, что обычно считается, что эффективность вакцины составляет 71–100% против заражения вообще и 95–100% против тяжелых форм заболевания. В

2002 году было показано, что в реальности во время вспышки эффективность вакцины составляет 44% против заражения и 86% против тяжелых форм заболевания. Дети, которые были вакцинированы более чем за три года до вспышки, имели в два с половиной раза более высокий риск, чем те, кто был вакцинирован недавно, указывая на потерю иммунологической памяти о вакцинации со временем (Galil и соавт., 2002). Аналогичные данные были получены и в исследовании в Израиле, при этом реальная эффективность вакцины составила только 20%, а риск заражения при вакцинации более чем два года тому назад был повышен в семнадцать раз (Migon и соавт., 2005). Анализ вспышки в начальной школе в Миннеаполисе, США, также указал на 56% эффективность вакцинации (Lee и соавт., 2004). Несмотря на это, в обзоре Seward и соавт. (2008) эффективность вакцины была описана как 84,5% против всех случаев ветряной оспы (диапазон 44–100%) и 100% против тяжелых случаев. Столь значительные различия могут быть связаны с тем, что в одних исследованиях измеряется эффективность в случае вспышки (высокая вероятность заражения), а в других — на популяционном уровне (включая вспышки и неконтактных детей). В любом случае эффективность вакцины резко снижается через год после вакцинации (Vazquez и соавт., 2004).

Таким образом, наличие положительного серологического ответа на вакцину у ВИЧ-инфицированных не является показателем клинической эффективности, поэтому, учитывая описанные случаи диссеминированной инфекции и быстрого угасания иммунитета даже у не инфицированных ВИЧ детей, следует получить дополнительные сведения, прежде чем рекомендовать широкую вакцинацию ВИЧ-инфицированных.

## ВАКЦИНАЦИЯ ОТ ДРУГИХ ИНФЕКЦИЙ

**Вакцинация против «детских» инфекций.** Основные «детские» инфекции, вакцинация против которых включена в национальный календарь прививок, — это дифтерия, коклюш, корь, краснуха и эпидемический паротит (вакцинацию БЦЖ и против полиомиелита рассмотрим позднее). При этом вакцина против дифтерии (дифтерийный анатоксин) и коклюша (коклюшно-дифтерийно-столбнячная) относится к группе инактивированных вакцин, а вакцина против кори, краснухи и эпидемического паротита — к группе живых. Тем не менее, рутинная вакцинация детей с ВИЧ-инфекцией против этих основных детских инфекций является безопасной. Исследователи European Collaborative Study (Dunn и соавт., 1998) не выявили осложнений после вакцинации против кори, эпидемического паротита, краснухи и коклюша, и дети

не заболели этими инфекциями. не наблюдались и персистенции вакцинальных штаммов возбудителей кори, краснухи или эпидемического паротита у вакцинированных ВИЧ-инфицированных детей в исследовании Frenkel и соавт. (1994). В то же время в литературе есть, по крайней мере, один описанный случай тяжелой пневмонии после вакцинации против кори у пациента со СПИДом (Centers for Disease Control and Prevention, 1996). Для большей безопасности живые вакцины не рекомендуется вводить лицам с тяжелой иммуносупрессией (Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Приказ № 673 от 30 октября 2007; Nakashima and Onorato, 2004).

Дети с ВИЧ-инфекцией имеют меньшую защиту от инфекций материнскими антителами, что необходимо учитывать при выборе тактики вакцинации. Так, например, было установлено, что уровень трансплацентарных противокоревых антител был значительно ниже у детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей. К 6-му месяцу жизни 91% детей с ВИЧ-инфекцией, 83% ВИЧ-серопозитивных, но не инфицированных детей и 58% ВИЧ-серонегативных детей имели низкий уровень антикоревых антител. К 9-му месяцу все дети, рожденные от ВИЧ-инфицированных матерей, имели уровень антикоревых антител, недостаточный для защиты от инфекции (Scott и соавт., 2007).

Вместе с тем следует помнить, что эффективность вакцинации у детей с ВИЧ-инфекцией снижена. Например, через 27 месяцев после стандартной вакцинации против кори протективный уровень антител сохранился только у половины ВИЧ-инфицированных, в сравнении с 89% неинфицированных детей (Moss и соавт., 2007). Более того, было установлено (Abzug и соавт., 2007), что у детей с ВИЧ-инфекцией после рутинной иммунизации происходит потеря антикоклюшных антител. Ревакцинация приводит к росту концентрации антител, однако через 24 недели после вакцинации они снижаются, оставаясь, правда, выше превакцинационного уровня. Кроме того, у детей с ВИЧ-инфекцией нарушена иммунологическая память, и после восстановления иммунной системы на фоне ВААРТ восстановления противокклюшечного иммунитета не происходит, что требует повторной иммунизации (Abzug и соавт., 2007). Аналогичным образом, несмотря на проведение ВААРТ, иммунитет к кори, краснухе и эпидемическому паротиту у детей с ВИЧ-инфекцией не восстанавливается полностью. Несмотря на иммунизацию до начала ВААРТ, только 43% детей имели иммунитет к этим трем инфекциям. В процессе проведения ВААРТ был утерян протективный иммунитет против кори у 40% детей, против эпидемического паротита у 38% детей и против краснухи у 11% детей. Кроме того, происходила потеря иммунитета против вируса ветряной оспы (21%) и цитомегаловируса (7%), но

не против вируса Эпштейна–Барра (Bekker и соавт., 2006a). Эти факты предполагают необходимость ревакцинации детей с ВИЧ-инфекцией, и в исследовании Aurpibul и соавт. (2007) была изучена эффективность ревакцинации против кори, краснухи и эпидемического паротита у детей с ВИЧ-инфекцией после восстановления функции иммунной системы на фоне ВААРТ. До ревакцинации протективный иммунитет против эпидемического паротита был у 55% детей, против краснухи – у 20% детей. После ревакцинации уровень антител значительно вырос, но затем снизился, и к 24-й неделе после иммунизации протективный иммунитет против кори был у 80% детей, против краснухи – у 94% детей и у 61% против эпидемического паротита (Aurpibul и соавт., 2007).

Таким образом, рутинная иммунизация против основных «детских» инфекций детям с ВИЧ-инфекцией показана, а в определенных случаях – таких, как опасность возникновения эпидемии (например, кори), учитывая высокую вероятность потери защитных антител, необходимо рассматривать возможность ревакцинации, однако при условии восстановления функции иммунной системы.

**Вакцинация против *H. influenza*.** Гемофильная палочка является одним из важных детских патогенов. Она способна вызывать пневмонию, бактериальный менингит, септический артрит, заглочный абсцесс и другие инвазивные формы инфекции. У лиц с ВИЧ-инфекцией описаны, в частности, случаи септического артрита (Lawrence и соавт., 1991). Первая разработанная вакцина, состоявшая из капсулярного полисахарида микроорганизма (полирибозилриботилфосфата, ПРФ) вызывала иммунный ответ, но не защищала детей моложе двух лет, основной группы риска инфицирования этим возбудителем. Затем были разработаны конъюгированные вакцины (с дифтерийным анатоксином (ПРФ-Д), столбнячным анатоксином (ПРФ-С) и белком внешней оболочки *N. meningitidis* (ПРФ-Н)), из которых только две (ПРФ-С и ПРФ-Н) оказались эффективными (Heath, 1998). Затем были разработаны комбинированные конъюгированные вакцины, например, конъюгированная коклюшно-дифтерийно-столбнячно-гемофильная вакцина.

Согласно данным Madhi и соавт. (2002a), эффективность вакцины значительно ниже у ВИЧ-инфицированных детей (43,9%, 95% ДИ 76,1–82,1%) в сравнении со здоровыми 96,5%, 95% ДИ 74,4–99,5%), вместе с тем внедрение программы вакцинации против *H. influenza* в Малави резко снизило частоту острого бактериального менингита (Daza и соавт., 2006). Интересно, что ответ на такую вакцинацию у детей с ВИЧ-инфекцией не зависит от количества CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов, что дало основание для рекомендации как можно более ранней вакцинации против *H. influenza* (Gibb и соавт., 1995).

Таким образом, вакцинация от инфекции *H. influenza* ВИЧ-инфицированных лиц является менее эффективной, чем для здоровых, но возможной. При этом наилучшей стратегией будет своевременная иммунизация детей от этого возбудителя.

**Вакцинация против полиомиелита.** Для формирования иммунитета против полиовируса были разработаны два типа вакцины – пероральная живая вакцина и инактивированная парентеральная вакцина. Обе вакцины одинаково эффективны в индукции иммунитета (Ogra, 1995), но оральная живая вакцина всегда рассматривалась как более эффективная ввиду простоты ее применения, дешевизны производства и возможного распространения вакцинальных вирусов на невакцинированных лиц и, таким образом, более широкого воздействия вакцины. Однако по мере исчезновения дикого штамма вируса именно эта способность к персистенции стала вызывать озабоченность, поскольку персистировать могли не только вакцинальные штаммы, но и их мутанты, которые обладали также, как и дикий вирус, нейровирулентностью. Поэтому задачей вакцинации являлось обеспечить достаточную иммунную прослойку для эрадикации дикого вируса и не допускать длительной персистенции вакцинальных штаммов и, в особенности, их мутантов.

С распространением ВИЧ-инфекции выяснилось, что, с одной стороны, разрушение иммунной системы приводит к ухудшению реакции на вакцину, а с другой – к потере иммунологической памяти о вакцинации. Было показано, что иммунный ответ на поливакцину тем слабее, чем ниже уровень CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов (Varon и соавт., 1993). При изучении эффективности инактивированной вакцины было показано, что она вызывает одинаковый ответ у ВИЧ-инфицированных и неинфицированных детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, однако среди инфицированных детей с выраженным иммунодефицитом ответ на вакцину слабее (Barbi и соавт., 1992). Исследование взрослых с ВИЧ-инфекцией показало исчезновение у них иммунитета к полиовирусам. Оказалось, что примерно каждый десятый ВИЧ-инфицированный потребитель инъекционных наркотиков не имеет антител к полиовирусу и еще треть не имеет антител к отдельным типам вируса (Pregliasco и соавт., 1995). Поэтому вакцинация от полиомиелита лиц с ВИЧ-инфекцией должна была быть важным инструментом эрадикации этого возбудителя.

Первоначальные данные по вакцинации оральной поливакциной были обнадеживающими. В исследовании McLaughlin и соавт. (1988) не было обнаружено побочных эффектов при вакцинации живыми вакцинами (корь, краснуха, эпидемический паротит, полиомиелит) детей с ВИЧ-инфекцией. В исследовании в Заире Ryder и соавт. (1993) были проанализированы

результаты вакцинации 474 детей БЦЖ, оральной поливакциной и адсорбированной коклюшно-дифтерийно-столбнячной вакциной. Защитные антитела к столбнячному токсину и полиовирусам были выработаны у 95% детей, защитные антитела к дифтерийному токсину – у 70,8% детей с ВИЧ-инфекцией и 98,5% детей без ВИЧ-инфекции. Титр антител к дифтерийному токсину и полиовирусам был значительно ниже у детей с ВИЧ. Однако авторы пришли к выводу, что можно продолжать спокойно вакцинировать детей живой полиовакциной.

Однако затем было описано, по крайней мере, два случая паралитического полиомиелита, вызванного живой полиовакциной у пациентов с ВИЧ-инфекцией – в Румынии (Ion-Nedelcu и соавт., 1994) и в Зимбабве (Chitsike and van Furth, 1999). Кроме того, в литературе были описаны случаи паралитического полиомиелита, вызванного вакцинальным штаммом у ребенка с тяжелым иммунодефицитом, который сам не был иммунизирован (Hidalgo и соавт., 2003), а также смертельный случай паралитического полиомиелита после вакцинации живой вакциной у пациента с дефицитом антигенов главного комплекса гистосовместимости II класса (Parvaneh и соавт., 2007). Также патология иммунной системы часто обнаруживалась и в случаях вакциноассоциированного полиомиелита в Белоруссии (Ермолович и соавт., 2002) и России (Иванова и соавт., 2007).

Помимо опасности вакцины для самих пациентов, иммунизация живой вакциной пациентов с иммунодефицитом оказалась причиной для беспокойства и с точки зрения общественного здоровья. В одном исследовании было показано, что пациенты с иммунодефицитом, у которых развился вакциноассоциированный паралитический полиомиелит, достаточно долго выделяли вирус в среду – 16% выделяло его более 6 месяцев, а 4% – более 5 лет (Khetsuriani и соавт., 2003). Был описан также случай выделения вируса вызвавшего вакциноассоциированный полиомиелит, пациентом с иммунодефицитом на протяжении более чем 7 лет (Centers for Disease Control and Prevention, 1997). У детей с ВИЧ-инфекцией отмечено пролонгированное выведение с калом полиовирусов, использованных для вакцинации. Анализ продемонстрировал у них наличие мутаций, связанных с ростом нейровирулентности. Пролонгированное выделение штаммов полиовируса, используемых для вакцинации, опасно, поскольку увеличивает вероятность обратной мутации полиовируса в нейровирулентный штамм (Pavlov и соавт., 2006). И хотя анализ данных 28 ВИЧ-инфицированных взрослых, живущих с детьми, иммунизированными оральной полиовакциной, не показал их инфицирования вакцинальными штаммами (Gouandjika-Vasilache и соавт., 2005), прямой контакт ВИЧ-инфицированного с живой полиовакциной должен быть исключен.

Таким образом, вакцинация лиц с ВИЧ-инфекцией живой поливакциной противопоказана как с точки зрения опасности для их здоровья, так и с точки зрения защиты санитарно-эпидемиологического благополучия, и необходимо предпринимать усилия по изоляции лиц с иммунодефицитом от тех, кому была сделана прививка живой вакциной.

**Вакцинация БЦЖ.** Вакцина БЦЖ является живой, и как таковая, она не должна применяться у лиц с ВИЧ-инфекцией. Однако эта вакцина защищает детей от диссеминированного туберкулеза, и поэтому при распространении ВИЧ-инфекции в развивающихся странах с высокой заболеваемостью туберкулезом возникло предположение, что вакцинация БЦЖ может быть и не столь опасна. Затем, однако, было показано, что осложнения после вакцинации БЦЖ возникают у 9,6% детей, рожденных от не инфицированных ВИЧ матерей, 30,8% детей, инфицированных ВИЧ и 13,3% детей, не инфицированных ВИЧ, но рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей (O'Brien и соавт., 1995). Таким образом, ВИЧ-инфекция резко увеличивает вероятность осложнений вакцинации. Вероятность осложнений так высока, что Hesselting и соавт. (2003) даже считают, что у ВИЧ-инфицированного ребенка с подмышечным аденистом надо исключать БЦЖ-инфекцию.

В 1997 г. Talbot и соавт. (1997) выявили в мировой литературе 28 случаев диссеминированной инфекции БЦЖ, из которых 24 были описаны у лиц с иммунодефицитом (9 – при СПИДе). В 2005 г. исследование, проведенное только в Южной Африке, выявило уже 9 случаев диссеминированной инфекции, вызванной БЦЖ, 7 из которых были связаны с ВИЧ-инфекцией. Частота диссеминированной инфекции составила 139–417 на 100 тыс. вакцинаций (Hesselting и соавт., 2007). Когда были проанализированы исходы инфицирования БЦЖ у 25 детей, из которых у 88% наблюдалась локальная реакция, а 32% диссеминированная инфекция. Летальность в группе диссеминированной инфекции составила 75% (Hesselting и соавт., 2006). Исследования в Южной Африке и других странах показали, что осложнения после вакцинации БЦЖ происходят даже чаще на фоне ВААРТ (Alexander and Rode, 2007), что связано с синдромом восстановления иммунитета (Siberry and Tessema, 2006; Kroidl и соавт., 2006; Puthanakit и соавт., 2005). Кроме того, в литературе описаны случаи возникновения заболевания, вызванного БЦЖ у ребенка спустя 9,5 лет после вакцинации (Hofstadler и соавт., 1998), при этом микобактерия БЦЖ, вызывающая инфекцию у ВИЧ-инфицированных детей, может становиться лекарственно-устойчивой (Hesselting и соавт., 2004), что подчеркивает высокую опасность вакцинации детей с ВИЧ-инфекцией БЦЖ и необходимость четкого контроля ВИЧ-статуса перед вакцинацией.

Аналогичным образом на необходимость точной оценки ВИЧ-статуса перед вакцинацией указывает и описанный случай поствакцинальных осложнений у медработника, который затем оказался ВИЧ-инфицированным (Garvey и соавт., 2007).

Все эти данные показывают, что вакцинация БЦЖ абсолютно противопоказана лицам с ВИЧ-инфекцией, и перед проведением вакцинации надо предпринять все усилия, чтобы исключить ВИЧ-инфекцию у вакцинируемого человека.

**Вакцинация против оспы** после 1980 года в мире не проводится, исключением являются сотрудники специализированных микробиологических лабораторий. В США была возобновлена вакцинация военных на фоне опасений наличия биологического оружия в Ираке, однако ввиду того, что при вакцинации используется живой вирус (*vaccinia*) и возможных реакций на вакцину, она противопоказана для лиц с ВИЧ-инфекцией.

Анализ 56 опубликованных в англоязычной медицинской литературе с 1893 по 1997 годы случаев диссеминированной инфекции вирусом вакцинии показал, что во всех случаях она возникала у лиц с выраженным клеточным иммунодефицитом и обычно была фатальной у детей, но в ряде случаев не приводила к смерти у взрослых с приобретенным иммунодефицитом (Bray and Wright, 2003). Случай диссеминированной инфекции у ВИЧ-инфицированного рекрута был описан в литературе (Redfield и соавт., 1987). С другой стороны, в США было выявлено 10 случаев, когда лица с ВИЧ-инфекцией получили случайную вакцинацию против оспы. Ни в одном случае осложнений не наступило (Tasker и соавт., 2004). Вместе с тем вакцинация остается противопоказанной, и угроза биотерроризма заставляет искать другие возможности для вакцинации, например, при помощи штамма вакцинии Анкара (Cosma и соавт., 2007).

Интересно, что исследование исчезновения противооспенных антител у лиц с ВИЧ-инфекцией продемонстрировало, что антитела были выявлены у 95% ВИЧ-инфицированных и 100% неинфицированных лиц, при этом протективные титры обнаруживались у 70% неинфицированных и 40% инфицированных пациентов (Kap и соавт., 2007). Кроме того, была высказана вызвавшая жаркие дебаты точка зрения, что вакцинация против оспы каким-то образом снижает вероятность заражения ВИЧ-инфекцией (Lenzer, 2003).

**Вакцинация против столбняка.** Столбняк не имеет особой связи с ВИЧ-инфекцией, однако он распространен в одной из групп риска ВИЧ-инфекции – среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). В США в 1995–1997 годах из всех случаев столбняка 11% приходились на ПИН, причем 69% этих случаев происходили из одного штата (Калифорния) и 77% были отме-

чены у потребителей героина (Bardenheier и соавт., 1998). Почти все случаи столбняка были отмечены у невакцинированных лиц. Интересно, что у лиц, которые были иммунизированы до инфицирования ВИЧ, уровень иммунологической защиты от столбняка остается сравнимым с таковым в здоровой популяции (Kurtzthals и соавт., 1992). Поэтому чрезвычайно важным является своевременная вакцинация против столбняка детей. Особое место занимает вопрос о вакцинации ВИЧ-инфицированных детей и детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей. В исследованиях отмечено значительное снижение уровней трансплацентарных противостолбнячных антител у новорожденных, матери которых были ВИЧ-инфицированы (уровень антител составлял 52% от уровня у детей неинфицированных матерей) (Cumberland и соавт., 2007).

Процесс вакцинации против столбняка лиц с ВИЧ-инфекцией сопряжен с рядом проблем. Рост антител к столбнячному анатоксину после вакцинации у ВИЧ-инфицированных значимо коррелирует с количеством CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов (Opravil и соавт., 1991; Kroon и соавт., 1994). Если уровень CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов был менее 300 клеток/мкл, то концентрация антител к анатоксину после иммунизации была значимо ниже, чем в контрольной группе здоровых (Kroon и соавт., 1995). Более того, в исследовании Talesnik и соавт. (1998) лица с ВИЧ-инфекцией вообще не формировали защитного иммунитета после введения анатоксина. В открытом рандомизированном исследовании было установлено, что ответ на анатоксин восстанавливается у пациентов с ВИЧ-инфекцией после начала ВААРТ в большинстве случаев в течение 156 недель, вне зависимости от ревакцинации. Ответ на иммунизацию не зависел от режима ВААРТ, в частности от включения в схему лечения ингибиторов протеаз (Burton и соавт., 2008). Вместе с тем, в исследовании Rosenblatt и соавт. (2005) положительный эффект быстро угасал. Учитывая тот факт, что иммунный ответ формируется, но быстро угасает, были сделаны предложения чаще ревакцинировать пациентов с ВИЧ-инфекцией (Ching и соавт., 2007). Таким образом, необходимо предпринимать усилия по адекватной вакцинации против столбняка здоровых лиц, а у лиц с ВИЧ-инфекцией следует добиваться формирования и поддержания иммунного ответа путем более частой ревакцинации, в особенности в группах риска (ПИН).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Увеличение прослойки ВИЧ-инфицированных лиц в общей популяции остро ставит вопрос о том, какие методы вакцинопрофилактики должны использоваться в этой группе. Ситуация осложняется тем, что имеющиеся на сегодня

данные позволяют утверждать, что у лиц с ВИЧ-инфекцией часто наблюдается потеря иммунологической памяти о предшествующих вакцинациях и значительно более слабый ответ на вакцины, который обычно связан с уровнем CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов, но не восстанавливается полностью даже после подавления репликации ВИЧ-вируса и восстановления функции иммунной системы на фоне ВААРТ. Поэтому для многих вакцин требуется ревакцинация, увеличение дозы или использование адъювантов. Увеличение риска возникновения побочных эффектов означает, что лица с ВИЧ-инфекцией должны вакцинироваться в первую очередь по клиническим показаниям, т.е. тем, что Reinert (1998) назвал эгоистичными вакцинами.

При этом для достижения наилучшего эффекта в большинстве случаев (кроме сезонной вакцинации против гриппа) необходимо дожидаться восстановления иммунной системы при помощи ВААРТ и необходимо проконтролировать ответ на вакцинацию и, при необходимости, увеличить дозу или рассмотреть вопрос о ревакцинации.

Учитывая частую корреляцию эффективности иммунизации с числом CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов, проведение вакцинации у ВИЧ-инфицированных лиц требует мониторинга состояния иммунной системы. Кроме того, при использовании некоторых вакцин необходимо помнить о возможности такого специфического поствакцинального осложнения, как транзиторный рост вирусной нагрузки в краткосрочном периоде после вакцинации.

Следует также помнить, что эффективность вакцин не является полной, и поэтому наличие вакцинации не исключает других мер – в частности, ограничения потенциально контактирующих контактов, уменьшения риска заражения, использованием иных мер предосторожности и проведения химиопрофилактики. Последнее должно приниматься в особое внимание при профилактике воздушно-капельных инфекций.

В целом, пациенты с ВИЧ-инфекцией хорошо переносят вакцинацию и инактивированные вакцины могут применяться у них без особых ограничений. Разрешенные живые вакцины, как правило, могут быть использованы только после восстановления функции иммунной системы. Общие рекомендации по использованию наиболее распространенных вакцин у ВИЧ-инфицированных можно суммировать следующим образом:

### **Вакцины, не содержащие живого возбудителя**

- *Вакцина против гепатита А* – инактивированная вакцина против вируса гепатита А у лиц с ВИЧ-инфекцией не так эффективна, как у здоровых людей, но протективный иммунитет возникает чуть менее чем у двух третей вакцини-

рованных. У лиц с выраженным иммунным дефектом может потребоваться ревакцинация после восстановления функции иммунной системы.

- *Вакцина против гепатита В* — эффективность вакцинации против вируса гепатита В у ВИЧ-инфицированных низка, протективный иммунитет формируется менее чем у половины вакцинированных, кроме того, увеличивается вероятность потери иммунитета при прогрессировании иммунодефицита. Зачастую это требует применения адъювантов, ревакцинации и (ре)вакцинации после восстановления иммунного статуса.

- *Вакцина против вируса папилломы человека* — теоретически вакцинация является эффективной и безопасной для ВИЧ-инфицированных, однако экспериментальные данные пока отсутствуют.

- *Гриппозная вакцина* — вакцинация инактивированной гриппозной вакциной эффективна и может быть рекомендована в преддверии эпидемии, однако она не заменяет химиофилактику, и эффективность вакцинации значительно ниже у лиц с выраженным иммунологическим дефектом.

- *Пневмококковая вакцина* — эффективность вакцинации как полисахаридной, так и конъюгированной пневмококковой вакцинами дебатруется, однако большинство экспертов рекомендуют вакцинацию у ВИЧ-инфицированных, хотя при выраженном иммунологическом дефекте надежд на формирование стойкого протективного иммунитета немного.

- *Вакцина против *H. influenza** — относительно новая вакцина, не содержащая живого возбудителя, обладает не очень высокой эффективностью у инфицированных ВИЧ пациентов (менее половины формируют защитный иммунитет), однако, учитывая значимость возбудителя, может быть рекомендована для профилактики у инфицированных детей.

- *Коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина* — поскольку используемая вакцина не содержит живого возбудителя, она является безопасной для ВИЧ-инфицированных (в первую очередь детей). Следует, однако, учитывать возможность потери иммунитета при выраженном иммунологическом дефиците и, соответственно, потребность в ревакцинации после восстановления функции иммунной системы.

#### **Вакцины, содержащие живой возбудитель**

- *Вакцина против *H. zoster** — эффективность живой вакцины против этого возбудителя у ВИЧ-инфицированных остается предметом дебатов, особенно учитывая быстрое исчезновение иммунологической памяти и возможность развития диссеминированной инфекции после вакцинации.

- *Вакцина против кори, краснухи и эпидемического паротита* — использует живые ослабленные штаммы возбудителя, поэтому она противопоказана пациентам с выраженным иммунодефицитом. У лиц с ВИЧ-инфекцией и сохранной функцией иммунной системы вакцинация не приводит к серьезным побочным эффектам, однако защитный эффект снижается достаточно быстро, что может потребовать ревакцинации. Учитывая неустойчивость протективного эффекта и возможность осложнений вакцинации на фоне подавленной иммунной системы, вопрос о целесообразности вакцинации ВИЧ-инфицированных и наилучшего режима вакцинации против этих возбудителей остается открытым.

- *Полиовакцины* — учитывая тяжелые осложнения после вакцинации ВИЧ-инфицированных, живая (оральная) поливакцина противопоказана этим пациентам. Более того, использование живой вакцины в этой группе лиц может подорвать усилия по эрадикации полиомиелита, позволяя вирусу мутировать из вакцинального в патогенный штамм. При необходимости для вакцинации ВИЧ-инфицированных может быть использована инактивированная (парентеральная) полиовакцина.

- *БЦЖ* — живой ослабленный штамм *M. bovis*, который используется при вакцинации, опасен для лиц с иммунодефицитом, и поэтому вакцинация БЦЖ при ВИЧ-инфекции противопоказана. Более того, необходимо приложить усилия к тому, чтобы дети и взрослые с ВИЧ-инфекцией не были случайно вакцинированы БЦЖ.

- *Оспенная вакцина* — живой вирус вакцины, который используется при иммунизации против оспы, противопоказан лицам с иммунодефицитом и, хотя иммунизация против оспы лиц с ВИЧ-инфекцией (до установления статуса) не всегда приводит к диссеминированной инфекции, учитывая отсутствие вируса в свободном виде на планете, причин для иммунизации лиц с ВИЧ-инфекцией этой вакциной найти сложно.

С эпидемиологической точки зрения необходимо приложить усилия по вакцинации ВИЧ-инфицированных лиц против заболеваний, которые имеют схожие с ВИЧ факторы риска — гепатиты А и В, столбняк и папилломавирусная инфекция. Кроме того, необходимо рассматривать вопрос об иммунизации ВИЧ-положительных лиц с целью формирования у них защиты от инфекций, которые чаще их поражают или протекают у них тяжелее — таких, как пневмококковая инфекция, грипп и инфекция вирусом *H. zoster*.

В целом, несмотря на достаточно большое количество публикаций по проблеме, качественных исследований, демонстрирующих степень защиты ВИЧ-инфицированных лиц при помощи вакцинации, немного и необходимость в их проведении является насущной.

## Социальная реклама – молодежь против СПИДа

В последние годы в Брянске осуществляется интересный проект. Его задача – использование социальной рекламы для профилактики ВИЧ/СПИДа, других социально опасных заболеваний (туберкулез, гепатит), а также деструктивных зависимостей. Проект разработала и реализует Брянская общественная организации (БРОО) «Благо».

«Благо» создана в 2005 году по благословению Преосвященного епископа Брянского и Севского Феофилакта. Основные задачи организации – пропаганда здорового образа жизни, содействие духовному и личностному развитию молодежи, профилактика и коррекция деструктивных зависимостей, профилактика социально опасных заболеваний. Здесь работают психологи, социальные и медицинские работники, юристы, волонтеры. Насельник Площанской Богородицкой пустыни иеромонах Диомид (Кузьмин) духовно окормляет организацию. Ее деятельность весьма разнообразна: «Благо» создала и поддерживает церковно-общественный телефон доверия по вопросам ВИЧ/СПИДа, проводит летние лагеря для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС), занимается профилактикой рискованного поведения и ВИЧ-инфекции среди подростков и младших школьников и т.д.

Проект «Применение социальной рекламы в профилактике ВИЧ/СПИДа, деструктивных зависимостей и других социально опасных заболеваний» начался в 2006 году.

Его особенность заключается в том, что созданием социальной рекламы – рекламных плакатов, слоганов и другой наглядной информации – занимаются студенты, то есть представители той целевой аудитории, на которую и направлен проект.

В 2006 году были проведены два двухдневных обучающих семинара-тренинга для студентов факультета психологии, рекламы и связей с общественностью Брянского государственного университета (БГУ). Тема тренингов – профилактика деструктивных зависимостей и социально опасных заболеваний (ВИЧ/СПИД, туберкулез, гепатит). Затем психологи БРОО «Благо» организовали конкурс «Социальный плакат». Первый этап конкурса был посвящен теме профилактики ВИЧ/СПИДа, второй – профилактике наркомании и других деструктивных зависимостей. В состав жюри конкурса вошли

\* Информационный бюллетень КС РПЦ, Март 2009.

представители Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков, Центра СПИД, преподаватели БГУ и психологи. По результатам конкурса победившие работы были награждены дипломами и призами. Работы были отмечены специальными дипломами «За оригинальность раскрытия темы анти-СПИД», «За высокое духовно-нравственное содержание» и «За лаконичное образное решение».

Конкурс широко освещался в местных СМИ. Победившие плакаты были изготовлены типографским способом и участвовали в выставке. Затем из них был выделен один плакат-победитель, который был размножен в типографии и распространялся в учебных заведениях, где проходили семинары-тренинги по профилактике деструктивных зависимостей и социально опасных заболеваний.

Работа, проведенная сотрудниками БРОО «Благо», получила высокую оценку и самих студентов, и администрации БГУ, с которой «Благо» подписала долгосрочный договор о сотрудничестве.

В 2007–2009 годах работа проекта продолжилась. Психологи БРОО «Благо» проводили обучающие семинары-тренинги, в которых участвовали студенты факультета психологии, рекламы и связей с общественностью БГУ. Семинары проводились уже в трех группах по пять дней, и круг затрагиваемых вопросов был расширен: здоровье, семья, социально опасные заболевания, деструктивные зависимости, любовь. В общей сложности в тренингах приняли участие 120 студентов.

Студенты проявляли большой интерес и активно участвовали в разработке плакатов с социальной рекламой. Это позволило создать на базе БГУ Лабораторию социальных проектов, которая теперь занимается этой работой, а «Благо» выступает в качестве партнера Лаборатории.

Начиная с 2006 года, конкурс социального плаката проводился ежегодно. Тематами творческих номинаций были «Социально опасные заболевания», «Деструктивные зависимости», «Здоровье как истинная ценность жизни» и др. Всего за 2006–2009 годы в конкурсах приняло участие более 370 студентов.

Новым этапом в развитии проекта стало проведение первого международного студенческого фестиваля PR и рекламы «PR-стиль 2009». Фестиваль прошел в Брянске 13–15 мая 2009 года. Его организатором выступил БГУ в партнерстве с «Благо». Особенностью фестиваля стало то, что на него были приглашены студенты из других регионов России (Иваново, Саратов, Оренбург), а также из Беларуси (Гродно), которые тоже занимаются социальной рекламой. В рамках фестиваля был проведен конкурс плаката «Ты – строитель своей жизни». На конкурс были представлены проекты, пропагандирующие духовно-нравственные ценности и здоро-

вый образ жизни, а также проекты, посвященные наркомании, СПИДу и другим социально опасным явлениям. Фестиваль дал возможность его участникам обменяться опытом и наметить пути развития своей деятельности.

Накопленный за несколько лет опыт показал, что социальная реклама является эффективным инструментом профилактики ВИЧ/СПИДа, наркомании и других социально опасных явлений. Привлечение молодежи к созданию социальной рекламы позволяет развивать творческий потенциал и главное – повышает эффективность собственно профилактической работы. Приятно сознавать, что опыт Брянска встретил интерес в других регионах. Мы надеемся, что в дальнейшем наш проект сможет стать базой для межрегионального обмена опытом и сотрудничества.

*Хламова В.Г.,  
психолог-консультант,  
председатель правления БРОО «Благо»*

#### **Семинар для священнослужителей, окормляющих ВИЧ-позитивных заключенных**

8–10 апреля 2009 года в Отделе внешних церковных связей Московского патриархата прошел семинар для священнослужителей и церковных социальных работников, осуществляющих духовное окормление ВИЧ-инфицированных в местах лишения свободы.

Согласно информации Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, в местах лишения свободы в настоящее время содержится порядка 10% всех ВИЧ-инфицированных, т.е. около 40 тыс. человек. Многие тюрьмы и колонии посещают православные священнослужители. Они непосредственно сталкиваются с необходимостью оказания духовной и психологической помощи ВИЧ-позитивным заключенным. В задачу семинара входило предоставить участникам информацию о заболевании, вызываемом ВИЧ, и путях его распространения, об особенностях оказания духовной и психологической поддержки ВИЧ-инфицированным в условиях пенитенциарной системы.

В семинаре приняли участие более 40 представителей различных епархий Московского патриархата из России, Украины и Беларуси, а также представители государственных и общественных организаций, работающих с ВИЧ-позитивными в пенитенциарных учреждениях.

Перед участниками семинара выступили старший научный сотрудник Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом Роспотребнадзора кандидат медицинских наук В.И. Шахгильдян, сотрудница православного образовательного центра «Собеседник» О.М. Красникова, секретарь Сино-



дальной богословской комиссии, проректор Московской духовной семинарии священник Владимир Шмалый, консультант Всемирной организации здравоохранения, сотрудник «СПИД Фонда Восток–Запад» М.В. Волик.

10 апреля в рамках семинара прошел «круглый стол» по вопросам взаимодействия государственных, общественных и религиозных организаций в области работы с инфицированными ВИЧ в пенитенциарных учреждениях. На встрече выступили представители Федеральной службы исполнения наказаний, ГУФСИН России по Санкт-Петербургу и Ленинградской области, Федерального СПИД-центра, Управления ООН по наркотикам и преступности, Российского Красного Креста, Международной федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, Синодального отдела по взаимодействию с Вооруженными силами и правоохранительными учреждениями.

Обсуждались вопросы, касающиеся положения ВИЧ-позитивных заключенных в местах лишения свободы, роли священнослужителей в оказании им духовной и психологической поддержки, а также взаимодействия между государственными, общественными организациями и церковью в этой области. Представители епар-

хиальных отделов по взаимодействию с правоохранительными органами рассказали о действующих проектах по окормлению ВИЧ-инфицированных заключенных в местах лишения свободы, об их подготовке к освобождению и ресоциализации после освобождения. Участники отметили, что священнослужители могут оказать большую помощь ВИЧ-позитивным заключенным в принятии ими диагноза и заботе о своем здоровье, здоровье окружающих, в изменении своего нравственного и духовного состояния. В заботе священнослужителей нуждаются не только заключенные, но и сотрудники администрации в местах лишения свободы.

Участники отметили необходимость организации образовательных программ для священнослужителей по вопросам наркологии, инфекционных заболеваний, в том числе ВИЧ-инфекции, гепатитов, туберкулеза, психологического консультирования, психиатрии, суицидов. Особое внимание следует уделить координации деятельности священнослужителей, социальных работников, медицинских сотрудников учреждений ФСИН и реабилитационных центров в работе с ВИЧ-позитивными заключенными.

*По материалам службы коммуникации ОВЦС*

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

**29.06.2009. США. POZ.ru.** Четвертое поколение тестов на ВИЧ может выявить почти две трети людей на острой стадии ВИЧ-инфекции. Об этом говорится в результатах исследования, опубликованных в последнем номере журнала «Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes», сообщает Aidsmap.com. Исследователи пришли к выводу, что тест-система ARCHITECT HIV Ag/AB Combo обладает огромными достоинствами для диагностики острой стадии, в том числе небольшим временем ожидания результата. Такие тест-системы уже являются стандартными методами диагностики в Великобритании. Данная тест-система выявляет как антитела к ВИЧ, так и антиген – белок вируса. Другое исследование, опубликованное ранее, показало, что если использовать тест-системы, которые выявляют только антитела, среди геев, то можно упустить значительное число недавних случаев ВИЧ-инфекции. В США стандартными тестами на ВИЧ являются тесты на антитела. Они выявляют специфические белки организма, которые вырабатываются в ответ на инфекцию, однако на их выработку нужно время, обычно 3–6 недель. По этой причине тесты на антитела не могут выявить острую фазу ВИЧ-инфекции – период после инфицирования вирусом, но до выработки антител. Подавляющее большинство людей на острой стадии инфекции не знают своего ВИЧ-статуса. Более того, именно на этой стадии наблюдается очень высокий уровень вируса в крови, поэтому ВИЧ очень часто передается от людей на острой стадии. Острую стадию ВИЧ-инфекции можно диагностировать с помощью выявления самого вируса (определения «вирусной нагрузки») или с помощью теста на антиген p24. Тест на вирусную нагрузку доказал свою эффективность для диагностики острой стадии ВИЧ-инфекции. Однако он занимает много времени – от 7 до 21 дня до получения результатов, он очень дорогостоящий и требует больших трудозатрат. Поэтому использовать такой метод как средство массовой диагностики не

реалистично. Альтернативный подход – использовать экспресс-тесты на антитела к ВИЧ в комбинации с очень чувствительным тестом на антиген p24. Такой тест может выявить ВИЧ-инфекцию на несколько недель раньше, чем обычный тест на антитела. Эти тесты уже стали стандартом в некоторых странах, например, в Великобритании. Ученые проанализировали образцы крови, полученные от гомосексуальных мужчин. В исследовании принимали участие ВИЧ-отрицательные мужчины, которых привлекали к исследованию с 1999 по 2001 год. В течение 24 месяцев их тестировали на антитела к ВИЧ раз в шесть месяцев. Ученые использовали два теста на вирусную нагрузку, четвертое поколение теста ARCHITECT HIV Ag/Ab Combo, а также другие технологии, включая тесты на ВИЧ третьего поколения. Анализ 217 образцов крови мужчин, получивших отрицательный результат теста на антитела к ВИЧ, показал, что у 21 из них (10%) была определяемая вирусная нагрузка на ВИЧ. Средняя вирусная нагрузка составляла 130 000 копий/мл. Это говорит о наличии острой ВИЧ-инфекции. Затем ученые протестировали 334 образца тестом ARCHITECT Combo, в который вошли 21 случай острой инфекции, 83 ВИЧ-отрицательных образца, 11 образцов крови без антител к ВИЧ, но со средней вирусной нагрузкой 57 000 копий/мл, а также 217 ВИЧ-положительных образцов крови. Тест ARCHITECT Combo показал положительный результат на 13 из 21 образца крови людей на острой стадии. У людей, чей результат был положительным, вирусная нагрузка была значительно выше. Все контрольные ВИЧ-отрицательные образцы показали отрицательный результат на этой тест-системе, а все неопределенные результаты анализов были положительными. Тест также правильно показал положительный результат на все ВИЧ-положительные образцы. Наконец, ARCHITECT Combo выявил ВИЧ-инфекцию во всех образцах, которые были отрицательными по результатам тестов второго и третьего поколения.

Ученые пришли к выводу, что эта тест-система может выявить большинство случаев острой инфекции, при этом она имеет ряд преимуществ, например, результата анализа нужно ждать лишь 28 минут, и тест-система может обработать 200 тестов за один час. Другое исследование, проведенное в Сизэле, показало преимущества тестов четвертого поколения. По данным этого исследования, только у 80% ВИЧ-положительных геев инфекция была диагностирована с помощью оральных экспресс-тестов. Хотя у остальных инфекция была выявлена с помощью теста на вирусную нагрузку, результат был получен в среднем только через 19 дней. «Неудача с диагностикой острой ВИЧ-инфекции составляет важную проблему здравоохранения. Вероятность передачи вируса половым путем от человека на ранней стадии инфекции в 10 раз выше, чем от людей с хронической ВИЧ-инфекцией», — отмечают авторы исследования. Они также рекомендуют четвертое поколение тестов, выявляющих и антитела, и антиген p24 для диагностики людей, которым совсем недавно передан ВИЧ.

**29.06.2009. Индия. POZ.ru.** Индивидуальные беседы об эпидемии ВИЧ/СПИДа и ее социальных последствиях привели к поразительным результатам в трех нищих трущобах индийского города Мумбаи. Ученые, которые разработали эту специальную «психотерапию», обнаружили, что за пятилетний период работы их проекта в трущобах сократилось количество внебрачных связей, алкоголизма и насилия над женщинами — все эти факторы связаны с распространением ВИЧ. Исследование было проведено Международным институтом науки о народонаселении, Советом народонаселения Индии, а также Университетом Коннектикута и Туланским университетом Нового Орлеана, США. Самый главный результат исследования в том, что индивидуальное консультирование мужчин снизило уровень распространения инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). В 2003 году уровень распространения гонореи в этих районах составил 3,9%. Тем не менее, после реализации проекта в следующие 4–5 лет он снизился до 1,7%. В этот же период уровень внебрачного секса среди мужчин снизился с 12,5 до 2,9%. Всего интервью прошли 2408 мужчин из трущоб в возрасте 21–40 лет. Поскольку ИППП и внебрачный секс тесно связаны с распространением ВИЧ, исследователи считают, что они доказали эффективность своей модели психологического консультирования для профилактики ВИЧ-инфекции. Дополнительным преимуществом оказалось резкое снижение случаев насилия над женщинами. В данном исследовании использовалась нарративная психотерапия, которая предлагалась людям, обращавшимся к местным врачам по поводу лечения ИППП. Авторы пришли к выводу, что психологическое консультирование может снизить уровень рискованного поведения среди мужчин.

**29.06.2009. Москва. www.rg.ru.** Тюремное ведомство открыло телефон доверия. По нему любой арестант или его родственник могут рассказать о нарушении прав заключенного. Все разговоры записываются на пленку. По словам представителей ведомства, сигналы будут брать на особый контроль, и если информация подтвердится — выводы будут самые жесткие. Для провинившихся. «Прежде всего подобные телефоны — антикоррупционная мера, — пояснил «РГ» представитель тюремного ведомства. — Также в интернете открылась онлайн-приемная руководителей ФСИН. Теперь каждый может обратиться напрямую к руководству нашего ведомства со своими вопросами, жалобами и предложениями. Планируется, что такие приемы будут проводиться не реже одного раза в месяц. Кроме того, новые технологии позволяют связаться по видеосвязи с любым учреждением уголовно-исполнительной системы». По словам представителя ведомства, сейчас казенные дома активно налаживают взаимодействие с гражданским обществом. Например, в Брянской области к общественному контролю за ситуацией в колониях подключатся комитеты, в которые входят родственники арестантов. Идея родилась на встрече в исправительной колонии № 1 Брянск, где за «круглый стол» сели руководители регионального управле-

ния ФСИН, прокуроры и правозащитники. Поводом для собрания послужил сигнал тревоги, что якобы в колониях начались массовые избиения арестантов. Родственники, естественно, заволновались. На тюремных начальников вышла общественная организация «Женщины Брянщины» с вопросом: что происходит? В ответ правозащитниц, в число которых входят и родственницы арестантов, пригласили в колонию. «Начальник регионального УФСИН Сергей Мороз рассказал о проводимой в колониях региона работе по улучшению условий отбывания наказания осужденными», — сообщили в тюремном ведомстве. В итоге по его предложению было решено создать инициативную группу общественного контроля над исправительными учреждениями. Правозащитники должны знать реальное положение дел и не поддаваться на дезинформацию. Как сообщили «РГ» в Федеральной службе исполнения наказаний, телефон работает круглосуточно. Его номер: (495) 609-0575. Электронная приемная ФСИН России: [www.fsin.zakonia.ru](http://www.fsin.zakonia.ru).

**26.06.2009. Танзания. POZ.ru.** Крупная национальная кампания прошла среди людей с ВИЧ в Танзании. Ее цель — улучшить знание своего уровня клеток CD4 среди людей, живущих с ВИЧ. Власти надеются таким образом бороться с отказом пациентов с ВИЧ обращаться к врачу и увеличить число людей, начинающих принимать антиретровирусную терапию. Слишком позднее начало терапии против ВИЧ — это одна из главных проблем в развивающихся странах. Врачи из Танзании определили, что один из барьеров для своевременного начала лечения в том, что врачи и пациенты часто не знают, какой у них уровень клеток CD4 — это главный показатель для начала терапии. Они разработали кампанию, чтобы повысить осведомленность пациентов о том, почему важно регулярно сдавать анализ на уровень CD4. Организация «AIDSRelief Tanzania» начала кампанию «Узнай свои CD4», чтобы увеличить количество анализов на этот показатель. По оценкам врачей, около 3000 человек в стране, которые нуждаются в лечении, не принимают его. Именно на них направлена эта кампания в первую очередь. Кампания была проведена в 9 больницах, 12 медицинских центрах и трех лабораториях по определению уровня CD4. В кампании участвовали медсестры, консультанты по приверженности лечению, фармацевты, сотрудники лабораторий, врачи, сотрудники программы и общественные медицинские работники. В результате кампании число анализов на уровень CD4 увеличилось на 114% с мая по октябрь 2007 года. Программа также сократила время ожидания результатов анализа, и пациенты смогли узнавать результат в тот же день. Посещение пациентами медицинских учреждений увеличилось с 69% в декабре 2007 года до 72% в феврале 2008 года. Уровень начала антиретровирусной терапии увеличился на 62% с июня по сентябрь 2007 года. Кампания привела к тому, что врачи начали раньше назначать антиретровирусную терапию и подробнее следить за анализами пациентов. Количество анализов на CD4 и людей, принимающих антиретровирусную терапию, значительно возросло. Кампания за CD4 успешно была повторена в Замбии и Кении. Следующие шаги программы лежат в улучшении системы перенаправления пациентов и поддержки программ по приверженности лечению, а также интеграции служб по туберкулезу, профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку и тестирования в программы лечения ВИЧ-инфекции.

**29.06.2009. Удмуртия. REGIONS.RU.** Воткинский городской суд Удмуртии вынес обвинительный приговор местному жителю, который, будучи ВИЧ-положительным, укусил в изоляторе временного содержания конвоира. Как сообщает пресс-служба прокуратуры Удмуртии, в суде было установлено, что гражданин, содержащийся под стражей, 29 октября 2008 г. отказался выйти из камеры изолятора временного содержания УВД в городе Воткинске для его перевозки в суд. Когда было принято решение о его принудительном выводе из камеры, он стал оказывать сопротивление, заявляя при этом, что у него ВИЧ-инфекция, и он будет кусаться; после этого он укусил дежурного ИВС УВД по Воткинску и Воткинскому району за левую кисть.



8 800 200 5555

РАВНЫЙ-РАВНОМУ

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ-ПОЛОЖИТЕЛЬНОМУ

ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ

«ШАГИ»

[www.hiv-aids.ru](http://www.hiv-aids.ru)

С газетой «Шаги экспресс»



к здоровому образу жизни