



ШАГИ

Экспресс

№ 6–7 (48–49) | 2010 г.

Издается Общественным благотворительным фондом борьбы со СПИДом «Шаги»

Международный день защиты детей

В первый день лета во многих странах отмечается Международный день детей (International Children's Day). Этот праздник знаком нам как Международный день защиты детей.

Этот день – не только веселый праздник с подарками и воздушными шариками, который мы устраиваем, дабы потешить наших любимых малышей, но и повод напомнить обществу о необходимости соблюдения и уважения прав ребенка.

У Международного дня защиты детей своя история. Это один из самых старых международных праздников. Решение о его проведении было принято в 1925 году на Всемирной конференции, посвященной вопросам благополучия детей, в Женеве. По одной из версий, в 1925 году генеральный консул Китая в Сан-Франциско собрал группу китайских детей-сирот и устроил для них празднование Дуань-у цзе (Фестиваля лодок-драконов), которое как раз пришлось на 1 июня. По

счастливой случайности день совпал и со временем проведения «детской» конференции в Женеве.

После Второй мировой войны на конгрессе женщин в Париже, прозвучала клятва «неустанно бороться за обеспечение прочного мира как единственной гарантии счастья детей». Позднее, в ноябре 1949 г., на очередной сессии федерации был учрежден Международный день защиты детей, который отмечается с тех пор каждый год.

Первый День защиты детей был проведен в 1950 году. Этот день – напоминание обществу о необходимости соблюдения и уважения прав ребенка как необходимых условий для формирования гуманного, справедливого и благополучного общества.

У Международного дня детей есть флаг. На зеленом фоне, символизирующем рост, гармонию, свежесть и плодородие, вокруг знака

Земли размешены стилизованные фигурки – красная, желтая, синяя, белая и черная. Эти человеческие фигурки символизируют разнообразие и терпимость. Знак Земли, размешенный в центре, – это символ нашего общего дома.

Для помощи детям ООН создала специальный фонд, который ведет обширную работу по всем аспектам детского здоровья – от пренатального периода вплоть до юности. Детский фонд поддерживает детей, потерявших родителей из-за ВИЧ/СПИДа и следит за тем, чтобы они получали такой же уход, как и их ровесники. Он также помогает обеспечить достойную жизнь женщинам и детям, больным СПИДом.

Без сомнения, каждому из нас хотелось бы видеть своих детей, внуков, правнуков здоровыми и счастливыми. И в наших силах сделать их такими, подарив заботу и любовь.

В номере:

- Международный день защиты детей
- Евгений Воронин: «Каждый ребенок мечтает о том, чтобы у него была семья»
- А. Сельцовский, А. Мазус «Свободное общество на фоне эпидемии. Сумеет ли человечество противодействовать СПИДу?»
- Краткий справочник по антиретровирусным препаратам
- ВИЧ-инфекция у детей
- Вести отовсюду

Новости
и информация по ВИЧ/СПИДу
на
www.aids.ru

Лучший сайт знакомств для
ВИЧ-положительных
на
www.hivlove.org



8-800-200-5555

на линии дежурят

ВИЧ-положительные консультанты

Горячая линия «Шаги»

Все звонки бесплатны!

Мы знаем, как с этим ЖИТЬ!

Мой дорогой доктор



ЕВГЕНИЙ ВОРОНИН:

«КАЖДЫЙ РЕБЕНОК МЕЧТАЕТ О ТОМ, ЧТОБЫ У НЕГО БЫЛА СЕМЬЯ»

Сегодня наш рассказ о человеке, который вот уже более двух десятилетий не только спасает детям жизнь, но и борется за их счастье. Речь пойдет о главном враче Усть-Ижорской детской инфекционной больницы Евгении Евгеньевиче Воронине.

«...В Ижоре находится одна из самых лучших клиник. Там собираются со всей России все, или почти все, ВИЧ-инфицированные дети. И врач там — замечательный парень такой. Он до того мне нравится, Воронин Женя. Евгений Евгеньевич. Вот он очень долго боролся с чиновниками и пробивал свой центр».

Из интервью с академиком А.А. Краевским (1998 г.)*

ВИЧ — это всегда беда. Не важно, кого он коснулся и в какой группе риска человек находится. Но есть люди, к которым нельзя прикрепить ярлык «группа риска» или обвинить в недостаточной осторожности. Это дети с ВИЧ-инфекцией, чьи родители были носителями вируса. От этих детей отказываются детдома, их годами держат в изоляторах и лишают возможности нормального человеческого общения.

До сих пор первый совет, который часто дают гинекологи будущим мамам с ВИЧ, — сделать аборт. Многие врачи считают, что у этих детей нет будущего. Многие, но не доктор Воронин. Евгений Евгеньевич Воронин — главный врач усть-ижорского Центра по лечению детей с вирусом иммунодефицита человека — видит свою задачу в том, чтобы дать этим детям шанс на нормальную жизнь.

Доктор Воронин

Когда 13 лет назад открывали это отделение, люди смотрели на него как на СПИДозный лепрозорий. А на главврача Евгения Воронина — как на врага народа. Пресса нагнетала обстановку. То и дело мелкими глупыми статьями о том, что можно заразиться СПИДом от укуса комара и при рукопожатии. На самом деле это полнейшая ерунда. Путей передачи вируса не так много, и контактный путь заражения ВИЧ-инфекцией практически невозможен. Воронин наблюдал более 500 больных детей, ни одного случая заражения их родственникам нет. Опасность инфицированных ребят для окружающих — всего лишь виртуальный миф. В сотни раз легче заразиться гепатитом В или С.

ВИЧ-детей не хотят усыновлять. «Не может быть, чтобы они долго жили!» — говорят потенциальные родители. Не видят эти люди перспективы. Цинично никто не хочет вкладывать силы и средства в того, кто не сегодня-завтра умрет. Большинство так рассуждающих не знает, что медицина уже стремительно продвинулась в этой области и люди с этим диагнозом могут жить до 40–50 лет, а если организм нормально принимает лечение, то и обычную долгую жизнь. При грамотной терапии они никогда не дойдут до стадии

СПИДа. И не знают усыновители, что лечение ВИЧ-детей полностью оплачивается государством. Так что свои средства на детишек тратить не придется.

...Наверное, такая любовь к малышне у Воронина от мамы. Она всю жизнь проработала медсестрой в доме ребенка. Часто, приходя домой, рассказывала о проблемах своих маленьких пациентов. Женя слушал и уже в старших классах решил стать врачом. Но сложилось так, что поступил он не на лечебный факультет, а на эпидемиологический. О чем пожалел уже на первых курсах. Однако перевестись у него не получилось. И по распределению уехал в Архангельскую область, где отработал по специальности три года.

Вернулся. Поступил в аспирантуру. И устроился в областную инфекционную больницу в Усть-Ижоре. Незадолго до 30-летия Воронин стал и.о. главного врача. И поднимал на ноги тяжелых больных со всей Ленинградской области.

Первый ребенок с ВИЧ появился у Воронина в клинике в 1989 году. Аза Гасановна Рахманова, главный инфекционист города, попросила за маму-медработника, трехлетнюю дочку которой заразили в больнице в Элисте. Воронин не имел права ее брать, потому что к Лениобласти ребенок не относился. Но ему стало жалко изможденную борьбой за жизнь единственного чада женщину. И он взял малышку к себе.

Вскоре Воронин понял, что ВИЧ-инфицированные дети — серьезная проблема для России. После вспышки в Элисте и Волгограде их стало не просто много, а очень много. Их родителям негде получить помощь. Евгений поехал в Минздрав в Москву и выступил с предложением: сделать в своей больнице отделение для таких ребят. В Питере ведь очень мощная научная база, да и опыта здешним врачам не занимать.

С 1990 года клиника стала работать и как детский центр по СПИДу. Конечно, о ВИЧ-инфекции старались не говорить публично. В тот момент вся клиника испытала на себе прессинг общества: в поселке Металлострой местные депутаты напугали население тем, что скоро все заболеют.

И началось! СМИ захлебывались статьями и репортажами. Детей предлагали вывезти в тайгу и забрасывать туда партии врачей на вертолете. А Воронина объявили диверсантом, распространяющим «чуму XX века». Дошло до того, что протестующие собрали 3,5 тысячи подписей под петицией закрыть отделение и отправили их Президенту Ельцину. Областная СЭС закрыла их на день. Воронин дрался за детей, как лев. Позвонил министру здравоохранения. Эпидемиологи под нажимом из Москвы признались, что их ангажировали местные депутаты, и пообещали больше так не делать... На этом инцидент был исчерпан. Но местное население, взбуряженное в начале девяностых, до сих пор косо смотрит на клинику.

Вначале, несмотря на рвение людей к работе, Воронину приходилось тяжело. Лекарств, дающих ощутимый эффект, не было. Смотреть, как на глазах гибнут малыши, невыносимо. Когда чуда с детьми не происходило, родители начинали ненавидеть врачей. Если учесть, что заразились ребята в больнице, матери порой доводили меди-

ков из Усть-Ижоры до слез. Почти год ушел на то, чтобы они поняли, как Воронин борется за каждого пациента. И отношение изменилось. Больница поддерживала семьи и материально: ведь помощь ВИЧ-инфицированным от государства составляла на тот момент 10 долларов, а Воронин для многих нашел спонсоров.

«Умирающий взрослый отличается от умирающего ребенка, — признался врач, — первый никого не хочет видеть и замыкается в себе. Ребенок до последней минуты познает мир. Он радуется даже маленькой игрушке и обычному цветному карандашу. Он счастлив, когда его погладят по голове или скажут доброе слово».

Все радости материального мира ребята получают за счет добровольных жертвователей, спонсоров и мценатов. Воронин (первый в мире) организовал для ВИЧ-инфицированных детей лагерь отдыха. На две новогодние недели такие детишки со всей страны собираются вместе. Водят хороводы, получают подарки, ставят спектакли, веселятся, поют, играют, ходят на дискотеки... Многие медики ругали матерей, тащивших «тяжелых» детей через всю страну. Но Воронин понимал: они хотят дать ребенку хотя бы последние дни счастья. Это и психотерапия для родителей, которые начинают верить в лучшее, собираясь вместе.

Когда однажды Воронина спросили: «Как он сам переносит такую психологическую нагрузку?», он ответил: «Меня мама поддерживает, всегда можно поговорить, отвести душу. Жена у меня тоже врач, так что и она понимает специфику. Знает по именам всех моих детей. Но порой боль невыносима. Был один совершенно жуткий случай во время проведения лагеря. Когда в самом начале каникул умер ребенок. Другие матери тут же отказались общаться с его семьей. Это не жестокость. Просто каждая верит в чудо и не хочет видеть реальности... Рев и вой в отделении тогда стоял такой, что я сам плакал. Я понял, что лагерь не получится. Ушел в депрессию. Но персонал совершил невозможное: через 2–3 дня было впечатление, что ничего не произошло. Тогда я неделю ходил невменяемый и похудел так, что знакомые не узнавали».

Клиника

Специализированная федеральная клиническая больница для детей с ВИЧ/СПИДом — не имеет аналогов ни в России, ни за рубежом. Несмотря на свое громкое название, это, на самом деле, тихая и уютная больница в маленьком поселке на выезде из Петербурга.

История больницы берет свое начало в 1879 году, когда она и была построена на средства, собранные по подписке владельцами кирпичных и лесопильных заводов в поселке Усть-Ижора под г. Санкт-Петербургом. В 1880 году земская больница стала центром всего Усть-Ижорского участка и стала одним из наиболее крупных лечебных учреждений петербургской губернии, в ней числилось 50 коек.

В тяжелейших условиях блокады Ленинграда и опасной близости фронта больница продолжала работать, обслуживая гражданское население, и приняла в свой состав военный госпиталь.

В 1971 году началась коренная реконструкция, в результате которой на берегу Невы возникло современное медицинское учреждение, осна-



* Александр Антонович Краевский (1932–1999) — выдающийся ученый, замечательные научные достижения которого отражены в его многочисленных отечественных и зарубежных публикациях и ряде патентов. Под руководством А.А. Краевского был открыт фосфазид — препарат против СПИДа, и организовано его производство. Краевский был избран академиком Российской академии наук, его работы удостоены Государственной премии. Оставаясь увлеченным ученым, в последние годы своей жизни он посвятил немало времени организации науки как активного участника ряда научных и государственных Советов.

шенное новейшим оборудованием. Больница стала Школой передового опыта по организации медицинской помощи больным с инфекционной патологией для всей России.

В 1988–1989 годах в России произошла трагедия – более 270 детей были инфицированы в медицинских учреждениях вирусом иммунодефицита человека. Это событие взволновало всю страну. И тогда главврач Евгений Воронин предложил на базе его республиканской инфекционной больницы открыть отделение, выполняющее функции клинического детского центра СПИДа. Минздрав это предложение поддержал, были учтены возможности и научный потенциал больницы, и Центр начал работу. Сюда стали поступать ВИЧ-инфицированные дети со всей России, поскольку только здесь они могли получить профессиональную медицинскую помощь, пройти обследование на самом современном оборудовании.

«Россия оказалась одной из двух стран в мире (вторая страна – Румыния), где в первую очередь от СПИДа пострадали дети, – вспоминает Е. Воронин, – когда 270 детей были заражены в детских больницах Ростова, Элисты, Волгограда и, казалось бы, общество должно было их поддерживать, помочь им и их семьям. Но получилось все наоборот – общество сделало этих детей изгоями, на них обрушилось такое же отношение, как к проституткам, наркоманам и гомосексуалистам. В результате матери теряли работу, дети не могли ходить в детский сад, разрушались семьи.

С 1989 года новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей не регистрировалось и казалось, что проблема детской ВИЧ-инфекции и СПИДа будет ограничена Ростовом, Элистой и Волгоградом, но, к сожалению, все изменилось в 1996 году, когда вирус попал в среду наркоманов и заболеваемость стала быстро расти».

С 1996 года в связи с ростом числа ВИЧ-инфицированных и распространением ВИЧ-инфекции среди женщин, особую актуальность приобрели вопросы профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку. К этому же времени относится и появление в России антитривиральной терапии.

«До 1996 года ребенок с ВИЧ был обречен, – продолжает свой рассказ Е. Воронин. – Препараты улучшали качество жизни маленьких пациентов лишь на какое-то время. Четыре года – не больше. На продолжительность жизни их прием не сказывался никак. Появление комбинированной терапии стало настоящей революцией. Судите сами: когда мы начинали, больному ребенку приходилось давать по 60–80 таблеток в день, а теперь всего две. ВИЧ – хроническая инфекция. Такое же заболевание, как диабет, только с более благоприятным течением. У ребенка, получающего терапию, не страдает иммунная система. Он проживет и 60, и 70 лет – столько, сколько природой отпущено. Наши ребята могут учиться, работать и будут полезными обществу. Вот только расти они должны не в детдоме, а в семье. С папой и мамой».

В 1997 году в РКИБ было открыто специализированное отделение перинатальной профилактики. Около 1000 женщин прошли в этом отделении полный курс перинатальной профилактики, 99,5% из них родили здоровых детей.

В 1997–1998 гг. в России появилась новая проблема, связанная с ВИЧ-инфекцией. Каждый пятый ребенок, рожденный от ВИЧ-инфицированной матери, оказывался отказным. Отказ матери от ребенка, как правило, был связан с ее социальным статусом. Большинство таких матерей составляли женщины, употреблявшие наркотики.

В Центр отказные дети поступали по медицинским показаниям, часть из них в течение длительного времени находилась в отделении интенсивной терапии. После стабилизации состояния ребенка необходимо было решить следующие вопросы: максимально длительная стабилизация благоприятных вирусологических и клинико-иммунологических показателей и социальная адаптация этих детей в обществе.

В связи с этим на базе больницы в 1999 году было открыто уникальное отделение для ВИЧ-инфицированных детей, оставшихся без попечения родителей.

«К сожалению, детей, брошенных их ВИЧ-инфицированными мамами, становится все больше, – сокрушается Евгений Евгеньевич, – а желающие усыновить их находятся с трудом. В этой ситуации у меня большая надежда на верующих людей. В нашей больнице частый гость настоятель Усть-Ижорской церкви св.прав. князя Александра Невского протоиерей Анатолий Мороз, который благословил нас на работу с ВИЧ-инфицированными детьми и с тех пор духовно окормляет. Да, верующим людям я со спокойной совестью доверил бы наших малышей, зная, что они будут не только чисто одеты, накормлены, получат образование, но вырастут в любви и будут богаты духовно».

Есть хороший пример. В Калининградской больнице лежала девочка. Кроме ВИЧ, у нее была еще жуткая дистрофия. Покрестив девочку, батюшка сказал: «Жалко ребенка. Взял бы ее кто... ибо сказал Христос: кто принимает одного из малых сих во имя Мое – тот принимает Меня». Девочку удочерила 50-летняя женщина, у которой уже взрослые дети, подрастают внуки. Через полгода девочка подросла физически и психически. И когда женщину спрашивали: «Как вы решились на такое?», она отвечала: «Я верующая... Да и как было бросить такую кроху?!» Побольше бы таких людей – и социальному сиротству ВИЧ-инфицированных детей пришел бы конец.

«Мне часто приходится слышать, особенно от чиновников, что проблема ВИЧ-инфекции и СПИДа – проблема медицинская, – говорит Воронин, – и решать ее должны медики. К сожалению, это желание спрятаться от ответственности приводит к тому, что в пожаре ВИЧ/СПИДа сгорают тысячи молодых людей. Это очень важная проблема, и ее надо решать. И конечно, одним из самых важных вопросов является отношение к ВИЧ-инфицированным, и в первую очередь – к детям».

Когда в 1981 году впервые было объявлено о новом заболевании, к ВИЧ-инфицированным (помимо всего прочего) относились как к смертникам, и это действительно было так, поскольку выявляли их уже в стадии СПИДа, и жили они тогда около года. Кроме того, их считали заразными на бытовом уровне, поскольку в то время люди думали, что заразиться ВИЧ можно даже через укусы комара.

За прошедшие десятилетия многое изменилось во взглядах на патогенез, на лечение, люди с ВИЧ-инфекцией и СПИДом живут уже многие годы, есть случаи по 15–20 лет, но отношение к этим больным совершенно не изменилось.

И, к сожалению, это отношение распространяется и на ВИЧ-инфицированных детей. Такое отношение есть и у чиновников, которые видят в этих детях только ВИЧ-инфицированных больных. Оно присутствует и у потенциальных усыновителей, поскольку для них, в первую очередь, это заразный ребенок, и во вторую, он быстро погибнет, а значит – он бесперспективен. Это и дома ребенка, РОНО, больницы. Это – общественное мнение и, к сожалению, пресса. Хотя мы и стараемся работать со СМИ, тем не менее часто публикуются статьи, которые привносят негативное отношение к ВИЧ-инфицированным, вызывают желание не поддерживать этих больных, а наоборот – изолировать. И как результат – такое же отношение к этим детям, как к заразным больным. И поскольку их рассматривают как бесперспективных, которые должны быстро погибнуть, какую реакцию они вызывают? Соответственно – реакцию отторжения. А когда есть реакция отторжения, то общество постарается этого человека изолировать.

Дети

Ушли времена, когда медики боролись лишь за продление жизни ВИЧ-инфицированного ребенка. С появлением новых препаратов пришла уверенность, что дети проживут 20–40 лет. Лекарства подавляют вирус настолько, что он не представляет угрозу для жизни. Да, ситуация изменилась, стала более оптимистичной – жаль, люди не торопятся меняться, по-прежнему панически боятся ВИЧ-инфицированных детей. И команда Воронина, понимая, что продлить жизнь – мало, что надо наполнить ее смыслом, чтобы в ней было место учебе, любви, мечте, интересной работе, стали подыскивать для малышей приемные семьи. Как-то Евгений Евгеньевич пригласил около 30 журналистов, чтобы, пообшавшись с детьми, те рассказали о них правду. Надо было видеть лица журналистов, когда они, ожидающие увидеть жалких, изможденных детей, обнаружили ватагу улыбающихся, активных, нарядных малышей. Журналисты были в шоке. Для них было



бояться, а, Вов? Мы же не кусаемся!» Вова понимающе улыбается, показывая два зуба, и пускает слюни.

«Верите, не могу найти воспитателя даже на хорошую зарплату, — смеется Воронин. — Не идут, бояться. Зато те, кого нашел, просто замечательные. Педиатры, воспитатели, логопеды, дефектологи, психологи».

Двор за окном наполняется вдруг детскими голосами. Слышно, как об асфальт бьется мяч, и звонкое эхо мечется между каменными стенами. Младшее отделение вывели на прогулку.

Школьники уже поехали в школу. Воронин сумел договориться с РОНО и одной из петербургских школ. О том, что это за дети, знают только директор и руководитель городского отдела образования.

«Родителям других детей об этом лучше не знать, — говорит Воронин. — Закон это позволяет. Не общество от детей, а детей от общества охранять надо. Я против всяких спецдомов, специнтернатов — это путь в никуда».

И Евгений Евгеньевич приводит пример. К ним в клинику поступила девочка в возрасте трех лет. Предыстория ее была такова: три года она находилась в инфекционной больнице в отдельном боксе, персонал боялся с ней общаться. А ребенок формируется в первый год, в крайнем случае — до трех лет, а в остальное время идет как бы шлифовка личности. И вот в течение трех лет ей давали только еду, в этот бокс практически никто не заходил. И когда она поступила в усть-ижорский Центр, была как Маугли. К слову сказать, она не была ВИЧ-инфицирована, а только носитель. В результате с ней произошли такие поведенческие изменения, что когда включали свет, она пряталась под одеяло — боялась взрослых.

«Мы пригласили лучших психологов Санкт-Петербурга, — вспоминает Воронин, — мы взяли индивидуального воспитателя, но, к сожалению, мы ничего не смогли изменить, потому что время было упущено. И мы очень боимся, что сейчас, когда в России все больше детей рождается от ВИЧ-инфицированных матерей, многих из отказных новорожденных может постигнуть та же участь».

«Как-то в «Медицинской газете» была статья, — продолжает Евгений Евгеньевич, — в которой речь шла о том, нужны ли специализированные дома для ВИЧ-инфицированных детей. Я знаю, что в Москве, в Санкт-Петербурге и еще в некоторых регионах такие дома организуют. Но, на самом деле, я считаю, что это некоторая спекуляция в отношении ВИЧ-инфицированных детей. Давайте называть вещи своими именами — Дома ребенка для детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей. Потому что в тех домах, о которых идет речь, к примеру на 40 детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, реально ВИЧ-инфицированных — 4 человека. Но дому ребенка надо как-то существовать, на 4 человека не наберешь штат. Поэтому — что вынужден делать главный врач, чтобы удержать штат? Он вынужден не снимать с ребенка диагноз, вынужден этих детей держать. А ведь они должны, по идее, уходить в семьи, они должны идти в обычные дома ребенка, но у главврача нет выбора, он должен сохранить штат. В результате у меня вопрос: какая специализированная помощь? Ведь они называются «специализированные дома ребенка», но специализированной помощи они не оказывают. То есть если ребенок, рожденный от ВИЧ-инфицированной матери, заболел, они также звонят в больницы, также его туда отсылают. Никакой специализированной помощи нет!».

Если мы пойдем по такому пути, считает Воронин, и всех детей спрячем в специализированные дома ребенка, возникает вопрос: а что дальше? У детей есть такая проблема — они быстро растут, поэтому года два их еще можно прятать, а после 5 лет что делать? А когда им 14 и так далее? То есть создание таких специализированных домов ребенка на самом деле ведет в тупик. На самом деле, отношение к этим детям должно меняться и в первую очередь их надо рассматривать просто как детей. Это просто ребенок, прежде всего. А ВИЧ-инфекция все меньшую и меньшую роль играет в жизни этих детей.

«Когда в 1997-м мы начинали, у нас лежало 30 отказных ВИЧ-инфицированных детей с клини-



кой «ВИЧ-инфекция» и мы должны были в течение дня давать по 20 таблеток 3–4 раза — это действительно было довольно-таки сложное лечение. Сейчас же — 2 раза в день по две таблетки. И дети значительно лучше себя чувствуют. Поэтому ВИЧ-инфекция все меньшую и меньшую роль играет в их жизни. И когда говорят об этих детях (даже от медиков часто слышишь), что они не перспективны, на самом деле это абсолютная неправда! Даже у ВИЧ-инфицированных детей, если им назначить лечение, сохраняется нормальная иммунная система, они могут прожить ту жизнь, которую они прожили бы без ВИЧ-инфекции.

Второй важный момент — эти ВИЧ-инфицированные дети в будущем могут создавать нормальные семьи. На сегодняшний день мы можем сделать так, что 98% ВИЧ-инфицированных женщин могут родить здоровых детей. В частности, в нашей клинике 130 ВИЧ-инфицированных женщин, среди них 5 — в стадии СПИДа, они были инфицированы в течение 12 лет. Все они получили профилактику и все 130, включая тех, у кого стадия СПИД, родили здоровых детей, т.е. ВИЧ-негативных. И это означает, что эти дети могут в будущем создавать нормальные семьи, а значит — эти дети очень даже перспективны.

Конечно, ко всему этому, о чем я только что сказал, мы пришли не сразу. Вопросами детского СПИДа мы начали заниматься в 1991 году, и до 1996 года для медицинских работников это была крайне тяжелая проблема прежде всего потому, что хотя мы какое-то время и могли поддержать жизнь этих детей, но не было реальных лекарств. В 1996 году ситуация изменилась — появились очень эффективные антиретровирусные препараты. И если раньше мы думали только о том, как продлить хоть на день-два жизнь больного ребенка и были рады этому, то теперь, когда начали эффективно лечить и видеть результаты этого лечения, мы стали уже задумываться и о том, какая личность вырастет из этого ребенка. Потому что этот ребенок будет жить долго.

В первую очередь мы стали смотреть наши штаты: во всех медицинских учреждениях одна медсестра на 15 коек, то есть на 30 детей две медсестры и 5 унитазов. Ну разве можно в таких условиях дать что-то для воспитания личности? Конечно, нет! В то же время, в обычном доме ребенка — одна медсестра, один педагог и одна санитарка на шесть коек, т.е. на двух детей один взрослый. Поэтому мы решили и в наши штаты ввести воспитателей.

Первое время нам казалось, что дело пошло на лад и все у нас благополучно. Ведь по ребенку, в отличие от взрослых, сразу видно счастлив он, доволен ли жизнью или нет. Ребенок, если тянется к тебе и улыбается, значит, у него в жизни все хорошо. И нам действительно казалось, что у нас очень хороший персонал и дети улыбаются довольно, тянутся, но когда мы пригласили специалистов из педагогического университета и они обследовали наших детей, оказалось, что на-

ши дети отстают в развитии от своих сверстников на полтора-два года. И это не было связано с ВИЧ-инфекцией, это было связано с тем, что они живут в изолированном коллективе. Поэтому следующей нашей задачей стало сделать все от нас зависящее, чтобы эти дети развивались лучше. Мы обратились к тем же специалистам-психологам, которые тестировали всех наших 30 детей, и они на каждого из них составили карту развития. Теперь у нас, кроме медицинских карт, определяющих лечение, были также карты психосоциального развития ребенка, т.е. в такой-то период он должен достигать определенного уровня. И дело пошло.

Сейчас у нас в течение 12 часов дети постоянно находятся с воспитателем. У нас есть логопеды по раннему и старшему возрасту. У нас есть музыкальный работник и это, пожалуй, самое любимое занятие у детей — каждый день у нас проводятся музыкальные занятия. С детьми старшего возраста педагог занимается уже индивидуально, по 20–30 минут с каждым, развивая у ребенка те или иные способности, к которым у него есть склонности. Чтобы дети развивались разносторонне, мы стараемся как можно чаще выводить их за пределы нашей больницы. Для этого у нас есть автобус, и мы их постоянно вывозим.

Но проблема заключается в том, что мы-то рассматриваем ВИЧ-инфекцию как очень маленькую и все меньшую и меньшую часть в жизни ребенка, а их уже надо готовить к будущей жизни. Вообще, что должно дальше произойти с этими детьми? В идеале наши дети должны попадать в семьи, потому что они достойны того, чтобы иметь приемную семью. Это самое главное — обрести семью, и в этом плане мы стараемся работать с прессой, с телевидением, ищем потенциальных усыновителей.

И поскольку мы не исключаем возможности, что дети будут ходить в обычные школы, у нас возникал вопрос: как они будут адаптироваться среди сверстников? Поэтому не так давно двух самых старших детей мы отправили в один из лучших санаториев Ленинградской области. Когда приехали в этот санаторий, то первое время мы действительно наблюдали страх наших детей при контакте с другими детьми, но, к счастью, у детей это проходит быстро и буквально через несколько дней они были уже в гуще событий.

Как же, на наш взгляд, должны развиваться события в этом направлении? Сейчас уже появляются сотни таких детей, не за горами и тысячи. На наш взгляд, из родильного дома эти дети должны поступать в обычный дом ребенка, потому что большинство из них (90%) окажется здоровыми, и только небольшая часть — ВИЧ-инфицирована. Что же касается последних, то это — дети-носители, они только носят вирус, но от них практически невозможно заразиться, если только вы не взяли у него кровь из вены и не ввели себе. Заразиться от ребенка каким-то другим путем практически невозможно. Кроме того, этих детей-носителей даже лечить не надо, у них первая

клиника развивается где-то в 5–6 лет. Поэтому в интересах ребенка, чтобы он поступал в обычный дом ребенка, затем — в детский дом, если он не попал в семью, и дальше — в соответствии с его способностями и так далее.

Очень небольшой процент (примерно 1%) от всех детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, будут с медицинскими показателями, т.е. с клиникой «ВИЧ-инфекция». Такие дети, безусловно, должны поступать в нашу больницу и мы будем оказывать им помощь.

Расскажу такой случай. К нам приехала бельгийская делегация, пришли на отделение и говорят: «Что они у вас все розовошечки бегают? Вы нам покажите, где вы прячете умирающих детей, которых от иностранцев скрываете». И так полчаса доносили нас. Тогда я спросил: «У вас в прошлом году сколько умерло детей от ВИЧ-инфекции?» Они говорят: «Ни одного». — «А почему у нас они должны умирать? Мы лечим их теми же западными препаратами, мы участвуем в тех же западных конференциях, мы также пользуемся Интернетом и также получаем самые последние данные, и благодаря двум людям мы имеем финансирование, и сейчас у нас нет проблем с лечением детей».

Так что у нашего общества на самом деле есть два варианта. Первый — мы можем руководствоваться предрассудками, которые за 20 с лишним лет не изменились, и сделать этих детей злыми, потому что они беззащитны, у них нет родителей, которые могли бы их защитить. И другой вариант — если мы будем смотреть на них, прежде всего, как на детей, и тогда у них появится будущее».

Родители

Большинство ВИЧ-инфицированных детей не знают, чем они больны. Матери боялись прежде всего травмировать ребенка, сказав ему о заболевании. Другая причина, почему они опасаются сообщать о диагнозе ребенку, это страх, что дети могут рассказать кому-то еще, и как эти другие поведут себя — неизвестно. Поэтому для родителей очень важны вопросы: «Когда сказать о диагнозе? Кто скажет? Как скажет и где?»

Очень часто дети осведомлены о своем заболевании больше, чем думают взрослые. Чтобы найти правильное решение, как сообщить ребенку о диагнозе, очень важно научиться слушать ребенка — что он спрашивает и как. Часто постоянная неопределенность, недосказанность вызывают у ребенка большой стресс, чем информация о болезни.

«Мы никогда не употребляем слов «ВИЧ», «СПИД», когда работаем с детьми, — говорит Евгений Воронин. — Это право матери сообщить о диагнозе ребенку или тому, кому она считает нужным. Если женщине нужна наша помощь в разговоре с ребенком, мы готовы помочь, но решение остается за ней».

К сожалению, бывают случаи, когда дети или подростки узнают о диагнозе случайно сами. Это приводит к тяжелым последствиям.

Пятнадцатилетний подросток Андрей в течение трех лет ежегодно приезжал в Рождественские детские лагеря отдыха, постоянно проходил лечение в усть-ижорском Центре. Он знал, что дети, с которыми он общался, ВИЧ-инфицированы. Мать постоянно находилась с ним и говорила ему, что он исключение, так как лечится просто от обычной инфекции. Однажды, когда рядом не было матери, к нему подошел взрослый больной и сказал, что Андрей болен СПИДом, что его заразили в больнице и что теперь все обязаны испугать вину перед ним. Андрей был в шоке. Самый близкий и дорогой для него человек — мать — глагола ему. В течение нескольких недель он практически не выходил из палаты и не хотел ни с кем разговаривать. Возникли мысли о самоубийстве. Прошло несколько месяцев, прежде чем он вышел из этого тяжелого состояния.

Опасаясь за своего ребенка, многие родители вообще не сообщают в школе о болезни. Другая часть родителей, чтобы избежать всех проблем, связанных со школой, предпочитают обучение ребенка на дому. Как поступить в каждой конкретной ситуации, обучать ребенка на дому или в школе — решает мать. Медицинский работник по

просьбе матери может встретиться с персоналом школы, предупредить о строгой конфиденциальности, ходатайствовать о более щадящем режиме обучения ребенка.

«У каждого ребенка должна быть семья»

Из-за отношения к ВИЧ-больным на сегодняшний день в нашей стране только один из ста ВИЧ-инфицированных детей-отказников попадает в семью. Несмотря на хорошие перспективы лечения, шансы на усыновление у этих детей примерно такие же, как у тяжелых инвалидов. А на Западе большинство ВИЧ-инфицированных детей, в том числе «дети-отказники», живут в семьях. Учитывая, что у носителей ВИЧ сейчас в 99% случаях рождаются здоровые дети, очень важно менять отношение общества к этому заболеванию.

«У каждого ребенка должна быть семья, — говорит Евгений Воронин. — Ни совместные выступления с известными людьми, ни выпуск ярких альбомов с фотографиями наших малышей не принесли никаких результатов. Усыновить «плюсика» не решался никто, кроме наших же сотрудников. Тогда-то мы и решили «пойти в народ». Раз эти дети ничем не отличаются от сверстников, искать родителей для них нужно там же, где и для обычных сирот».

С мая 2008 года сотрудники Республиканской инфекционной больницы выставляют фотографии маленьких пациентов на интернет-сайтах. О плюсе в графе «ВИЧ-статус» потенциальные родители узнают лишь через какое-то время.

«Такой способ поиска новых родителей оказался правильным и единственно возможным, — рассказывает Евгений Евгеньевич. — Ведь найти нужно тех, кто полюбит ребенка вопреки его диагнозу. Прежде к нам шли люди, пытавшиеся решить личные проблемы при помощи больного малыша, реабилитировать себя в чужих и собственных глазах. Самое показательное в этом отношении письмо пришло несколько лет назад из Германии. Автор не скрывал деталей собственной биографии: наркоман со стажем, вышел из тюрьмы, жена ушла. Мечтает усыновить мальчика, больного СПИДом, и обязательно из России. В лучшем случае человек хотел потешить самолюбие, а про худший вариант даже думать не хочется».

«Первенцем» интернет-усыновления оказалась девочка четырех лет. Родители отказались от нее сразу после рождения. Домой, в приемную семью, из больничной палаты девочка-«плюсик» переехала уже через месяц.

«Потенциальные усыновители обратились к нам через несколько дней после того, как анкета появилась в Интернете, — вспоминает психолог Наталья Крюкова. — Они приехали в Усть-Ижору и увидели девочку на прогулке. Люди поняли, что она — их счастье. После этого все разговоры о диагнозе отошли на второй план. Наши гости осознали, что ВИЧ — не причина, из-за которой следует отказываться от ребенка. Уже в июне наша пациентка обрела новый дом. Сейчас это совершенно другой ребенок. Изменилось все — взгляд, движения, походка. Кроме папы и мамы, у девочки есть сестра, братик, бабушка и дедушка. На ребенка обрушилась лавина любви».

Вдохновленные успехом медики выставили в сети анкеты других «плюсиков». Трех детишек усыновили сотрудники усть-ижорской больницы. Еще трое вернулись в семьи: двоих ребят забрала бабушка, а мама еще одной девочки восстановилась в родительских правах. Выйдя из колонии, она устроилась на работу и сумела вернуть дочь. Еще шесть девочек обрели родителей благодаря Интернету.

«Усыновители оказались похожими друг на друга, — рассказывает Наталья Крюкова. — В трех случаях это были семейные пары. Счастья в этих семьях так много, что существует жизненная потребность поделиться им с кем-то еще. Трех других «плюсиков» забрала матери-одиночка не с самым лучшим материальным положением. Это тоже неплохо: да, мужа у этих женщин нет, зато есть малыши, ради которого стоит жить. Жаль, что берут у нас только девочек. Ведь взять ребенка или нет, почти всегда решает женщина. На подсозна-

тельном уровне она ищет себе подругу, помощницу, которой хочет что-то передать. Мальчики остаются в больнице».

По словам врачей, все вопросы, связанные с особенностями лечения сирот, обсуждаются лишь с теми, кто принял окончательное решение об усыновлении.

«Диагноз и в самом деле пугает, — рассуждает Евгений Воронин. — Почти все спрашивают: «А это дорого?» — и удивляются, когда узнают, что ВИЧ-позитивных детей в нашей стране лечат бесплатно в рамках особой федеральной программы. Мы выдаем усыновителям все необходимые лекарственные препараты. Раз в три месяца дети проходят обследование. Найти помощь и поддержку у наших специалистов усыновители могут в любое время суток».

С каждым усыновляемым ребенком проводится работа. Психолог неоднократно выезжает с потенциальными родителями и малышом за пределы больницы. Усыновителей «плюсика» представляют как обычных «тетю» и «дядю». Лишь перед самым ответственным днем Наталья говорит своему подопечному, что «тетя» хочет стать его мамой, если он, конечно, не против.

«Какой ребенок в 3–4 года ответит «нет»? — говорит Наталья Крюкова. — У таких детишек другое восприятие мира. Им сложно разделить, где мама биологическая, а где приемная. Скорее, это абстрактный образ. Все они верят в то, что мама их ищет. Как раз поэтому мы и говорим «плюсикам» о том, что они покинут больницу в последний момент. Это необходимо для того, чтобы не травмировать других детей психологически. По словам Евгения Евгеньевича, «вести» усыновленных детишек медики из Усть-Ижоры планируют не только до достижения ими совершеннолетия, но и позже. Ведь проблемы у приемных родителей могут возникнуть самые разнообразные.

«Каждый «плюсик» — человек с большим жизненным опытом, причем не всегда позитивным, — рассуждает доктор Воронин. — После кратковременной эйфории у усыновителей может начаться настоящий кризис, появиться разнообразные мысли. О наследственности, например. Детишки-то наши не из самой благоприятной среды. На уровне больницы я такие разговоры стараюсь пресекать. По нашему опыту, судьба человека на 90% определяется людьми, работающими с ним и семьей, в которой он живет, а не генами. У меня есть знакомая американка — врач-эпидемиолог, усыновившая девять детей из России. Взяла одного, у него нашелся братик, у того — подруга, без которой тот жить не может, в детстве осталась. Последним она вывезла из России 13-летнего полусломленного детдомовца. Здесь у него не было будущего. Максимум — дом инвалидов. Там он в университете учится, занимается скульптурой. Другой приемный ребенок из этой же семьи — чемпион штата по вольной борьбе. Ребята состоялись, и разговоры о наследственности тут неуместны. Ссылки на нее начинаются тогда, когда в семье что-то не получается. Поднимать эту тему можно лишь после того, как для ребенка сделано все. Уверен, что девочки-«плюсики» вернуться к нам как пациентки лишь через много лет — в отделение для беременных. Там, кстати, уже рожали десять девочек, получивших ВИЧ в конце 1990-х. Все они дали жизнь абсолютно здоровым детям. Так что нынешние усыновители смогут почувствовать себя не только родителями, но и бабушками и дедушками».

* * *

Евгения Евгеньевича Воронина эти детишки наверняка запомнят просто как «дядю Женю». За то, что он дарит им тепло своей души. Водит в зоопарк, санаторий, покупает игрушки и сладости, учит танцевать, петь, плавать, держать себя в обществе, а главное — любить.

Подготовил *Вл. Печлин*

В обзоре использованы материалы статей Ирины Рубцовой, Алексея Олейникова, Сергея Андреева, Натальи Черных.

Редакция благодарит Азу Гасановну Рахманову, а также Екатерину Юсупову и Анну Черняховскую (ЮНЭЙДС) за помощь в подборке фотоматериалов.

Вести отовсюду

XVIII Международная конференция по СПИДу AIDS-2010. Официальный центр доступа конференции в Москве

18–23 июля 2010 года в Вене (Австрия) состоится XVIII Международная конференция по вопросам ВИЧ/СПИДа, которая соберет более 20 тысяч человек из всех стран мира. Это самое важное событие для всех специалистов, работающих в области ВИЧ/СПИДа, политических лидеров, общественных деятелей и людей, живущих с ВИЧ. Самый крупный форум даст возможность оценить текущее положение дел, обсудить последние достижения науки и практический опыт, а также совместными усилиями наметить план действий на будущее.

Программа XVIII Международной конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа будет посвящена обсуждению последних научных знаний и наиболее актуальных проблем глобального ответа на эпидемию. Будут организованы сессии различного формата: тезисные заседания, симпозиумы, связующие междисциплинарные сессии и пленарные заседания. Важным фокусом конференции станет обсуждение того, как можно расширить применение политик, основанных на доказательствах, и программ для людей, которые употребляют инъекционные наркотики, а также ВИЧ-профилактики, лечения, ухода и поддержки для людей, живущих с ВИЧ.

Для реализации этих задач Конференция выбрала трех местных партнеров, которые организуют официальные центры доступа конференции в регионе Восточной Европы и Центральной Азии:

представители трех стран региона смогут посетить центр доступа к конференции AIDS-2010 в своем городе.

Официальные центры доступа конференции AIDS-2010 будут организованы:

- в Москве (Россия), РОО «СПИД инфосвязь»;

- в Киеве (Украина), Всеукраинская сеть людей, живущих с ВИЧ;

- в Алматы (Казахстан), Казахстанский союз людей, живущих с ВИЧ.

28, 29 и 30 июля 2010 года в Москве будет открыт официальный Центр доступа конференции.

В течение трех дней будет организован показ видеозаписей отдельных докладов и сессий конференции, снабженных русскими субтитрами. Выбранные сессии будут посвящены практической медицине, сообществу, профилактике, а также лидерству и ответственности.

Также будет организовано обсуждение показанных сессий, с привлечением ведущих российских специалистов. Важнейшие задачи Центра — представить самые актуальные темы, отраженные на Международной конференции и оценить их влияние на регион Восточной Европы и Центральной Азии, и России в частности.

Участие в Официальном центре бесплатно, но количество участников ограничено возможностями помещения. РОО «СПИД инфосвязь» убедительно просит всех желающих заранее зарегистрироваться и подтвердить свое участие.

Регистрация для участия в работе официального Центра доступа конференции AIDS-2010 в Москве. Для того, чтобы зарегистрироваться, необходимо прислать письмо-заявку в свободной форме на адрес hub2010-powcow@infoshare.ru с указанием фамилии, имени и отчества, названием организации, занимаемой должностью и контактными данными (электронный адрес, телефон и факс). После этого Вы получите подтверждение и приглашение принять участие в работе Центра.

Вся дополнительная информация по работе официального Центра доступа конференции будет размещена позднее.

<http://poz.ru>

Энни Леннокс станет центральной фигурой демонстрации в поддержку прав человека в центре Вены

Всемирно известная певица, композитор и активист СПИД-движения Энни Леннокс станет центральной фигурой демонстрации в поддержку прав человека в центре Вены 20 июля 2010 года. Шествие и демонстрация, предшествующие памятной церемонии, позволят участникам выразить свою преданность идее защиты прав человека и борьбе с распространением ВИЧ.

Запланированное мероприятие включат 30-минутное шествие по центру Вены к месту демонстрации совместно с главами правительства, правозащитниками и активистами движения по борьбе с ВИЧ, а также людьми, чьи жизни оказались затронутыми ВИЧ. После выступлений официальных лиц Энни Леннокс представит свою собственную кампанию по борьбе с ВИЧ под названием SING. Презентация будет состоять из музыкального представления и коротких видеороликов на темы, связанные с ВИЧ и СПИДом.

Мероприятие запланировано на 20 июля 2010 года. Сбор участников назначен на 19.30, тогда как само шествие начнется в 20.00. Выступления официальных лиц начнутся приблизительно в 20.45, после чего на сцене появится Энни Леннокс, концерт которой закончится к 22.30.

Шествие начнется в центре города, куда легко добраться от места проведения конференции AIDS-2010, и пройдет по улицам Вены в направлении Хелденплац, где будет размещена сцена для торжественных выступлений и концерта.

Как и другие мероприятия глобальной кампании «Права человека и ВИЧ/СПИД: сейчас, более чем когда-либо», демонстрация организована глобальной коалицией организаций, включая кампанию SING Леннокс, Международное общество борьбы со СПИДом и Институт открытого общества, а также такие австрийские организации, как Aids Hilfe Wien и Homosexuelle Initiative Wien (HOSI).

Событие будет освещать центральную роль прав человека в профилактике ВИЧ. Особое внимание будет уделено правам людей, живущих с ВИЧ, и тех, кого затрагивает эпидемия, в частности женщин и молодежи; геев, лесбиянок и трансгендеров; секс-работников; потребителей наркотиков. Будут затронуты как глобальные проблемы борьбы со СПИДом, так и проблемы, актуальные для Австрии.

Участие в шествии и демонстрации бесплатно и открыто для всех. К участию в беспрецедентном митинге в поддержку прав человека на XVIII Международной конференции по СПИДу приглашаются все заинтересованные индивиды или группы. Мы рассчитываем, что на шествии, демонстрации и концерте Энни Леннокс будут присутствовать как участники конференции, так и жители Вены и ее окрестностей.

Желающие принять деятельное участие в мероприятии, свяжитесь с нами по электронной почте: hgmarchconcert2010@gmail.com.

Подробную информацию об Энни Леннокс и проекте SING см. на www.annielennoxsing.com

hivhumanrightsnow.org

Дискриминационный отказ таксиста подвести ВИЧ-позитивную стоит 10 тысяч рублей

Служба такси выплатит председателю общественной организации людей, живущих с ВИЧ, «Статус плюс» Светлане Просвириной 10 тысяч рублей в качестве компенсации морального вреда за дискриминационное отношение своего водителя.

Областной суд Калининградской области, рассмотрев кассационную жалобу фирмы, оставил в силе решение Ленинградского районного суда Калининграда в пользу ВИЧ-позитивной Светланы Просвириной. Об этом Просвирина сообщила в Межрегиональную правозащитную ассоциацию «АГОРА», которая помогла ей готовиться к рассмотрению дела в кассационной инстанции.

В начале заседания представитель службы такси заявил вступившему составу суда, объясняя свою позицию тем, что пресс-секретарь суда публично еще до процесса необъективно принял сторону Просвириной. Судьи отвод в свой адрес отклонили. Тогда представитель компании сообщил, что такси — лишь диспетчерская служба, которая не может нести ответственность за всех сотрудничающих с ней водителей. Устав службы такси опроверг этот аргумент — в документе отражено, что компания занимается пассажирскими и грузовыми перевозками.

«После этого фирма пошла ван-банк, заявив, что весь этот процесс устраивался ради «пиара», — рассказала правозащитникам Светлана Просвирина. — На что судьи отреагировали очень жестко: «О чем вы говорите? «Пиар» на болезни? Какой здравый человек будет так «пиариться» не только в здании суда, но и по всей России?»

В итоге Областной суд Калининградской области не счел вразумительным ни

один довод службы такси и оставил решение суда первой инстанции без изменений. Таким образом решение суда вступило в законную силу.

27 июля 2009 года председатель общественной организации людей, живущих с ВИЧ, «Статус плюс» Светлана Просвирина и ее коллега Лариса Соловьева вызвали такси, чтобы отвезти социальную помощь в противотуберкулезный стационар. Диспетчер сообщил, что автомобиль прибудет с минуты на минуту.

Женщины вышли из здания Центра профилактики и борьбы со СПИДом встречать такси, и тут случилось непредвиденное. Водитель, затормозив на мгновение, прибавил скорость и уехал. Озадаченная Просвирина позвонила диспетчеру, которая сказала: «Это же центр СПИДа. Там СПИД кругом... поэтому водитель отказался возить». На просьбы Просвириной назвать свою фамилию и фамилию водителя диспетчер ответил отказом и повесила трубку. После длительных переговоров через полчаса часа уже по заказу Ларисы Соловьевой такси доставило женщин по нужному адресу.

Гражданские активистки посчитали инцидент дискриминацией и обратились в суд. Формальным основанием для иска стало «нарушение прав потребителей». Ведь служба такси так и не выполнила заказ Просвириной. Рассмотрение иска в суде длилось больше полугода.

31 марта этого года Ленинградский районный суд Калининграда постановил взыскать со службы такси 10 тысяч рублей в пользу Просвириной и 100 рублей госпошлины в доход местного бюджета. При определении суммы компенсации суд учел «обстоятельства дела, его общественную значимость, причину отказа, которая для истицы, являющейся ВИЧ-инфицированной, являлась особенно травмирующей».

Сама Просвирина отмечает, что произошедшее с ней лишний раз доказывает наличие в России дискриминационного отношения к ВИЧ-позитивным людям, а также плохую информированность о способах передачи ВИЧ-инфекции.

openinform.ru

Генпрокуратура обнаружила завышенные цены на лекарства в 63-х регионах РФ

Цены на жизненно необходимые и важнейшие лекарства завышались аптеками 63-х регионов РФ. Эти факты были выявлены в ходе проверки, проведенной Генеральной прокуратурой РФ при поддержке Росздравнадзора и Федеральной службы по тарифам, сообщает пресс-служба Генпрокуратуры.

По материалам проверки, наибольшие превышения розничных торговых надбавок на препараты перечня ЖНВЛС были зафиксированы в Ставропольском крае (на 726%), Московской (на 241%) и Иркутской областях (на 176%). Предельные оптовые надбавки завышали аптечные учреждения Республики Карелия, Амурской, Брянской, Курской, Московской и Сахалинской областей.

В 16 субъектах РФ, в том числе республиках Адыгея, Марий Эл, Хакасия, Красноярск и Приморском краях, а также Амурской, Брянской, Иркутской, Калининградской, Костромской, Ленинградской, Псковской, Ростовской, Рязанской, Свердловской и Тульской областях, прокуроры выявили факты реализации лекарств списка ЖНВЛС с незарегистрированными отпускными ценами.

Кроме того, в ходе проверки было установлено, что минимальный ассортимент лекарств, утвержденный приказом Минздравсоцразвития, отсутствовал в аптеках 40 российских регионов. Инспекция также выявила отсутствие информации о стоимости препаратов перечня ЖНВЛС в аптечных учреждениях 22 субъектов РФ.

В общей сложности проверяющие из Генпрокуратуры выявили в российских аптеках около двух тысяч случаев нарушения закона. В связи с этим в суды было предъявлено 29 исков, а также возбуждено 647 дел об административных правонарушениях.

medportal.ru

Размножение ВИЧ можно остановить

Исследователи из Университета Айовы и Университета Небраски (UNMC) составили 3D-модель белка, который участвует в размножении вируса иммунодефицита человека. Ученые надеются, что полученная картинка поможет «заблокировать» репродуктивные способности вируса.

Коллектив под руководством доктора Дэвида Прайса, при участии Таира Таирова исследовал белок Tat, который играет ключевую роль в перестройке «клеточной фабрики» на вирусный лад. С помощью методов кристаллографии ученые исследовали структуру химического соединения и «зарисовали» ее. Оказалось, что белок Tat значительно изменяет его конфигурацию и присоединяется к ключевому белку P-TEFb, который помогает дублировать матричную РНК и создавать по зашифрованному в ней коду белки в клетке-хозяине. Ученым было известно, что именно белок P-TEFb — мишень для вируса. Но он играет жизненно важную роль в метаболизме животной клетки, поэтому воздействовать на вирус, инактивируя P-TEFb, нельзя. Без этого белка клетка погибает.

Однако у реакции присоединения всегда два реагента. Поэтому имело смысл присмотреться к белку, который атакует P-TEFb. В статье Crystal structure of HIV-1 Tat at complexed with human P-TEFb, опубликованной 10 июня в журнале «Nature», ученые опубликовали 3D-модель вирусного «оружия», с помощью которой происходит перепрограммирование клетки. Как показала модель, белок Tat способен структурно «подстраиваться» под конфигурацию белка P-TEFb. Таким способом он образует максимально плотный контакт с поверхностью регуляторного белка и перестраивает его работу под свои «наблюдения и интересы».

С помощью полученной структуры ученые смогли понять, почему белок Tat проявляет чрезмерную толерантность к различным последовательностям. Важно и то, что вирусное «оружие» способно изменить конфигурацию человеческого белка до неузнаваемости.

Исследователи уверены, что новые знания помогут найти вещества, которые блокируют комплекс Tat-P-TEFb. «Чтобы не убить клетку и организм в целом, нужно инактивировать Tat-P-TEFb и так запретить вирусу размножаться», — говорит доктор Прайс. Если ученым удастся создать «молекулярную преграду» во взаимодействии вирусного и человеческого белка, подобное средство (в комплексе с уже имеющимися медикаментами) не только остановит развитие инфекции в организме, но и позволит уничтожить вирус.

infox.ru

Генеральный секретарь ООН представил доклад о прогрессе, достигнутом в осуществлении мер в ответ на СПИД

В ходе 64-й сессии Генеральной ассамблеи, состоявшейся в Нью-Йорке, Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций Пан Ги Мун представил доклад о прогрессе, достигнутом в осуществлении Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом.

Представляя этот доклад в рамках обзора прогресса в осуществлении мер в ответ на СПИД, выполненного Генеральной ассамблеей, г-н Пан Ги Мун изложил «рекомендации, которые являются далеко идущими, но достижимыми». По его словам, этот доклад «может быть использован для укрепления взаимосвязи между мерами по борьбе со СПИДом и усилиями по достижению других целей в области развития».

Как указано в Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом 2001 года, Генеральная ассамблея обсудит ежегодный доклад Генерального секретаря о ходе осуществления указанной декларации. Его целью является определение проблем и сдерживающих факторов, а также представление рекомендаций для дальнейшего прогресса в осуществлении мер в ответ на СПИД.

Выражая озабоченность в связи с сокращением масштабов мер, осуществляемых правительствами в ответ на СПИД, в пользу других усилий в области развития, Генеральный секретарь заявил, что «затраты на полное средств могут быть большими. Однако затраты при отсутствии действий могут оказаться еще больше».

В докладе отмечается, что темпы развития эпидемии по-прежнему опережают темпы осуществления мер в ответ на СПИД: на каждые два человека, начинающих антиретровирусное лечение, приходится пять новых инфицированных.

Генеральный секретарь уделит особое внимание охране материнского здоровья, добавив, что «менее известным является тот факт, что во всем мире от ВИЧ-инфекции умирает больше женщин репродуктивного возраста, чем от любого другого заболевания».

unaids.org

Актуально



Андрей СЕЛЬЦОВСКИЙ,
Алексей МАЗУС*

СВОБОДНОЕ ОБЩЕСТВО НА ФОНЕ ЭПИДЕМИИ

Сумеет ли человечество противодействовать СПИДу?*

Для того чтобы представить свое видение данной проблемы и попытаться нарисовать возможные сценарии ее решения, в ряде случаев придется отказаться от таких риторических приемов, как политоректорность, эвфемизмы и фигуры умолчания. Тяжелый и принципиально важный предмет обсуждения требует открытого разговора.

Прошло почти тридцать лет с тех пор как было зафиксировано начало эпидемии заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека — ВИЧ-инфекции. Можно ли быть уверенными в том, что смертельная инфекция взята под контроль? И вообще, не сбился ли мы с пути в этом изнуряющем, полном жертв марафоне, в котором обязательно будет победитель? И можем ли мы до конца быть уверенными в том, что этим победителем непременно станет homo sapiens, а не вирус?

Было бы нечестно убеждать в том, что на эти вопросы не существует ответов. Однако суть этих ответов в значительной мере свидетельствует о нерешенности основной проблемы — в мире по-прежнему не выстроена эффективная модель противодействия, соответствующая масштабам глобального наступления эпидемии ВИЧ/СПИДа.

Для того чтобы представить свое видение данной проблемы и попытаться нарисовать возможные сценарии ее решения, в ряде случаев придется отказаться от таких риторических приемов, как политоректорность, эвфемизмы и фигуры умолчания. Тяжелый и принципиально важный предмет обсуждения требует открытого разговора.

НЕОЛИБЕРАЛИЗМ И ПРИЗРАК «ЗАЩИЩЕННОГО СЕКСА»

Меры противодействия ВИЧ-инфекции начали складываться в организационные структуры и приобретать системные формы с середины 1980-х годов. В этот период заболевание, вызванное ВИЧ и получившее название СПИД, начало стремительно распространяться в США, а затем и в Западной Европе. Одновременно это заболевание именовали «болезнью гомосексуалистов» ввиду того, что примерно до 1987 года почти все ВИЧ-инфицированные принадлежали к группе лиц нетрадиционной сексуальной ориентации. Эти два обстоятельства, а именно: место первичного очага эпидемии (США и Западная Европа) и объект поражения (гомосексуалы) сыграли, с нашей точки зрения, принципиально важное значение для выстраивания всей последующей «архитектуры» антиВИЧ-кампании.

Появление ВИЧ как новой и тогда еще не вполне осознанной планетарной угрозы пришлось на период «триумфального шествия» по всему миру неолиберального капитализма. Неолиберальная риторика, основанная на идее «свободы личности», обладает достаточной силой убеждения и привлекательности, апеллируя к свободе, индивидуальности, многокультурности и самоценности индивида.

Правда, сейчас критики неолиберального дискурса стали все чаще говорить о том, что либерализованный рынок оказался неотделим от процесса непрерывного наращивания ажиотажного потребления. Это способствовало формированию феномена неумеренного потребления и появ-

лению элит, прививших, в конце концов, моду на нарциссизм и гедонизм как норму жизни и расправивших в различных слоях населения жажду наслаждения и удовольствий любой ценой. Многие воспользовались добытой свободой для другого — специфического конструирования социально-культурного пространства: создания и потребления продуктов порноиндустрии, коммерциализации интимной сферы и вовлечения молодежи в проституцию, распространения наркомании и алкоголизма, романтизации и превращения в вариант нормы гомосексуальных отношений.

В число проповедуемых и защищаемых политических ценностей наравне с правами человека, верховенством международного права и международного правосудия вошла демократия западного толка, определяющая роль свободных выборов в процессе перехода «недемократических» стран к демократии.

С конца 1960-х до начала 1980-х годов тема бунта «свободной творческой личности» против государства была в центре западной культуры и искусства, а борьба за освобождение индивида от общественных обязанностей и ограничений — поводом для протестных выступлений молодежи. В этот период широкое распространение получают мультикультуральные практики.

Одним из основных понятий, составляющих суть взаимодействия многокультурного многообразного общества, выступает термин «группа идентичности». В неолиберальном контексте множественность форм человеческой идентификации выступает как одна из главных ценностей в современном мире. При этом этнические или этнокультурные идентичности выступают не как главные, а как равнозначные — наряду, например, с конфессиональными, гендерными, гражданскими и многими другими. При таком подходе группы сексуальных меньшинств также получили право претендовать на статус равнозначных и равноправных «групп идентичности». С этих позиций они активно выступили за признание за ними равных прав и собственного социально-культурного и правового пространства.

Проникновение ВИЧ-эпидемии в гомосексуальную среду не ослабило, а наоборот, усилило борьбу сексуальных меньшинств за легитимизацию их различий и потребностей. Трагические картины публичной медленной смерти от СПИДа многих выдающихся деятелей культуры и искусства (в их числе были и такие, как гениальный танцор Рудольф Нурiev и знаменитый певец Фредди Меркьюри) включили механизм мобилизации внутри этих «групп идентичности», а также в сочувствующих им кругах. Именно тогда, в 1980-е годы, в среде западных интеллектуальных и художественных элит начинают формироваться гражданские формы финансовой, психологической, правовой поддержки друзей и единомышленников, пострадавших от СПИДа.

В этой ситуации неолиберальный концепт свободной во всех своих проявлениях и ипостасях, но при этом все-таки защищенной, личности пришелся как нельзя более кстати. На его основе были сформулированы соответствующие принципы и подходы, которые в скором времени превратились в базовые для всей системы противодействия эпидемии.

Одним из таких базовых принципов стали принципы «исключения риска» и «снижения вреда». Под «исключением риска» понимается модель «АВС» (abstain, be faithful, use a condom — воздержание, верность, использование презервативов). Принцип «снижения вреда» для лиц, использующих инъекционные наркотики, обеспечивается раздачей или обменом стерильных шприцев, игл и другого инструментария для обеспечения «безопасных» инъекций наркотиков. А использование презервативов — для «безопасного» секса лицам, практикующим «случайные» половые отношения. Идея «снижения вреда» опирается на признание того факта, что некоторые люди имеют склонность и всегда будут практиковать рискованное поведение.

Якобы неизменность человеческой природы и заставляет осуществлять практики, в которых предполагается добрая воля и помощь людей. Программы «снижения вреда» спланированы так, чтобы любой человек, пожелавший ими воспользоваться, мог бы без труда и, что главное, без посторонней помощи, в обстановке благожелательного и толерантного отношения к нему присоединиться к соответствующим практикам.

Не случайно в системе противодействия СПИДу значительное внимание уделяется предотвращению, сокращению и искоренению всех форм и проявлений стигмы и дискриминации, связанных с ВИЧ/СПИДом. А в докладе ЮНЭЙДС (2002) стигма и дискриминация трактуется как главные препятствия на пути к ослаблению последствий эпидемии, предотвращению новых случаев инфицирования, предоставлению ухода, поддержки и лечения.

В целом такой гуманистический подход совершенно справедлив. И необходимо настаивать на его повсеместном воплощении. Но в этой связи стоит обратить внимание на одно очень важное обстоятельство. Борьба против стигмы и дискриминации фактически предполагает изменение поведенческих, моральных, психологических норм и стереотипов большинства. При этом в международных документах вне зоны внимания остаются вопросы «вмешательства» в рискованное поведение, способное привести к заражению ВИЧ.

Таким образом, в мировой системе противодействия ВИЧ/СПИДу понятия «снижение риска» и «снижение вреда» фактически стали синонимами понятию «профилактика СПИДа» и явились альтернативой любому запрету или даже ограничению рискованного поведения. Реклама презервативов якобы гарантировала «безопасный секс». А мероприятия «заместительной терапии» (использование таблетированных форм наркотиков — метадона и бупренорфина — вместо инъекций) стали пропагандировать как эффективный метод предотвращения ВИЧ-инфекции.

В соответствии с таким подходом сложился и политоректорный понятийно-терминологический лексический словарь. Появились сложные аббревиатуры нейтрального содержания — ЛГБТ (лесби-гомо-би-транссексуалы) и ЛГБТ-организации; ЛЖВ (люди, живущие с ВИЧ) и др. В справочно-энциклопедических изданиях для массового читателя, в частности в электронной Википедии, указывается, например, на то, что крайне некорректным является выражение «жертвы СПИДа» (это якобы подразумевает беспомощность и отсутствие контроля). Некорректно называть детей с ВИЧ «невинными жертвами СПИДа». Согласно объяснительной модели, это подразумевает, что кто-то из ЛЖВ «сам виноват» в своем ВИЧ-статусе или «заслужил» его. Утверждается, что выражение «большой СПИДом» допустимо только в медицинском контексте, ведь большую часть жизни ЛЖВ проводят не на больничной койке.

Такое конструирование терминологической нейтральности и языковой политоректорности стало частью более широкого процесса — легитимизации гомосексуальных сообществ, их конвергенции с гетеросексуальным большинством.

В 1970–1990-е годы сексуальные меньшинства добились впечатляющих успехов в отстаивании своих прав. В ряде стран (Швеция, Канада, Голландия, Бельгия) и в некоторых штатах США были законодательно разрешены однополые браки. Гей-сообщество превратилось во вполне respectable и коммерчески привлекательных потребителей. За эти годы сформировалась целая

* Сельцовский Андрей Петрович — руководитель Департамента здравоохранения города Москвы, заслуженный врач Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор; Мазус Алексей Израилевич — руководитель Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом Департамента здравоохранения города Москвы, доктор медицинских наук.

** «Стратегия России», № 5, 2010 г.

медиа-империя, направленная на целевую группу сексуальных меньшинств.

Гомосексуальность в ряде случаев приобрела манифестные формы — ее уже не нужно было скрывать, находясь на высоких государственных или политических постах. В 1997 году в британском влиятельном издании «Economist» в комментарии к книге Дэниэла Харрисона «Подъем и упадок гомосексуальной культуры» говорилось: «Если бы гомосексуальность была личным выбором человека, то сейчас бы было самое удачное время ее выбрать... В просвещенных местах (странах Запада — А.С., А.М.) появляются первые представители нового класса: молодые гомосексуалы, достигшие совершеннолетия в конце восьмидесятых, которые почти никогда не боялись оскорблений или физического насилия и для кого СПИД не ассоциируется с ужасными смертями друзей и ненавистью пуритан, а означает то же самое, что и для современных гетеросексуалов: всего лишь необходимость использовать этот раздражающий кусок латекса во время секса».

С середины 1980-х, под давлением массовых протестных выступлений, в борьбе со СПИДом началось сотрудничество ряда правительств с организациями сексуальных меньшинств, а также сообществами реабилитации инъекционных наркоманов. В результате многие ВИЧ-инфицированные, как из числа ЛГБТ, так и наркоманов, причем нередко практикующих, превратились в уважаемых высококачественных функционеров в национальных и международных антиВИЧ/СПИД-структурах, формирующих стратегии глобального противодействия ВИЧ/СПИДу.

ДВЕ СТОРОНЫ ГЛОБАЛИЗАЦИИ ЭПИДЕМИИ

Глобализационный подход применительно к ВИЧ/СПИДу, как правило, подразумевает качественно-количественные параметры и динамические тенденции данного явления в его различных измерениях: регионально-географическом, социальном, демографическом. Разработана многофакторная система учета и анализа ВИЧ-показателей, характеризующих эпидемию в мире. К таким показателям относятся, в частности, совокупные и ежегодные данные о численности людей, живущих с ВИЧ, зарегистрированных «за отчетный период» инфицированных и умерших от СПИДа.

Глобальная статистика ВИЧ/СПИДа располагает оценочными данными о количестве инфицированных мужчин и женщин, взрослых и детей, людей различных возрастных групп, живущих как в высокоразвитых, так и в бедных странах. Многолетние динамические наблюдения позволили выделить определенные кластеры, по которым можно осуществлять типологические построения, выделять континентально-страновые и социально-возрастные группы уязвимости и группы риска, находить факторы глобального риска, обнаруживать социальные предпосылки и предвестники глобализации эпидемического процесса.

В частности, в числе существенных факторов глобализации эпидемии ВИЧ-инфекции выделяется катастрофическое распространение наркомании. По экспертным оценкам, в мире употребляют наркотики инъекционным путем до 5 млн человек. Проявлением глобализации называется дальнейшее нарастание эпидемического процесса не только в развивающихся странах, но и в промышленно развитых государствах, включая страны «Большой восьмерки».

Прозрачность государственных и социальных границ в современном мире привела к появлению относительно нового феномена — так называемого миграционного ВИЧ-компонента, который становится все более актуальным для миграционно-привлекательных стран. Доказано, что там, куда устремляются выходцы из стран с высокими показателями распространенности ВИЧ/СПИДа, регистрируется рост новых зарегистрированных случаев заражения. И это еще одна темная сторона процесса глобализации.

Однако, помимо этого, существует и другой аспект глобализации ВИЧ-эпидемии. И связан он с процессом складывания глобальной системы противодействия ей. В мире сложилась своеобразная «корпорация» влиятельных международных антиВИЧ/СПИД-организаций, которые формируют

свою политику и действуют независимо от соответствующих национальных структур. В 1996 году была создана уже упоминавшаяся Объединенная программа ООН по СПИДу (ЮНЭЙДС), в которую вошли шесть агентств ООН: ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНЕСКО, UNPA (Фонд ООН по народонаселению), UNDP (Фонд ООН по развитию) и Всемирный банк. Еще одна представительная организация — Международное сообщество по вопросам ВИЧ/СПИДа (IAS) — объединяет более 10 тыс. исследователей, врачей и медицинских работников из 173 стран. Широко известность в борьбе со СПИДом приобрели такие организации, как Глобальная бизнес-коалиция против ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии, фонды Элтона Джона и Элизабет Тейлор, Билла Клинтона и Джорджа Сороса, Мелинды и Билла Гейтс. Кроме того, в мире действуют многочисленные НПО, специализирующиеся в различных формах борьбы со СПИДом.

Согласно некоторым теориям глобализации, непрерывным условием продвижения транснациональных практик, помимо прозрачных границ, стало глобальное гражданское общество. И если глобальные правящие элиты определяют приоритеты мирового развития и диктуют решения возникших проблем, то глобальное гражданское общество берет на себя задачу продвижения этих решений и формирует мировое общественное мнение. Постепенно появляется вненациональный комплекс норм и ценностей в массовом сознании, который претендует на то, чтобы стать приоритетным по отношению к национальным (местным) ценностям. В результате нередко происходит денационализация институтов изнутри — они как будто продолжают оставаться национальными, но по сути уже являются глобальными.

Представляется, что международная система реагирования на распространение ВИЧ-эпидемии во многом складывалась именно по такому сценарию. Для относительно быстрого продвижения фактически по всему миру антиВИЧ/СПИД-программ, сформулированных и запущенных в действие в США и развитых странах Запада, имелись все условия, а именно: либеральные отношения в экономически доминирующих странах, глобальные свободные рынки, большое число беднейших государств, не способных адекватно ответить на вызов, наконец, ослабленная, находившаяся в состоянии распада «мировая социалистическая система».

Советский Союз на последних этапах своего существования, а затем и конгломерат постсоветских государств, очень быстро превратившихся в страны третьего мира, на долгие годы утратили возможность стать самостоятельными мировыми центрами силы, способными противостоять ВИЧ-инфекции. Напротив, они оказались лицом к лицу с глобальной реальностью — мощными транснациональными корпорациями, утратившими свою узконациональную идентичность и вовлекающими в транснациональные практики множество стран и целые континенты. В настоящее время, например, правительства 6 государств бывшего Советского Союза — Белоруссии, Украины, Эстонии, Молдовы, Киргизии и Узбекистана — призвали «заместительную терапию» как обязательный этап предотвращения и лечения ВИЧ-инфекции. На Украине метадонные программы рекламируются по ТВ.

Крупнейшим мировым донором финансовых средств, направляемых на борьбу со СПИДом, в том числе по линии оказания гуманитарной помощи беднейшим странам, стало федеральное правительство США.

Президент США Дж. Буш сделал борьбу со СПИДом одним из приоритетных направлений внешней политики. В 2003 году был принят специальный «Закон о лидерстве США в борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией». На основании данного закона была учреждена должность Глобального координатора по борьбе со СПИДом и соответствующий отдел при Госдепартаменте США. Администрация президента США Дж. Буша не скрывала стремления увязать вопрос противодействия СПИДу с политикой Вашингтона на международной арене, в том числе с борьбой с международным терроризмом и продвижением свободы по всему миру.

Тем не менее, несмотря на значительный вклад в борьбу со СПИДом, государство, даже такое богатое и могущественное, как США, оказа-

лось не способным в одиночку справиться с проблемой не только на глобальном уровне, но даже на собственной территории. Американское правительство вынуждено было пойти на сотрудничество с гражданским обществом на принципах сетевого взаимодействия. В результате для решения проблем, связанных с ВИЧ-эпидемией, сформировалась многокомпонентная, сложноуровневая — с развитой инфраструктурой вертикальных и горизонтальных связей — мировая сетевая антиСПИД-система. В нее вошли как международные, так и национальные, как государственные, так и неправительственные организации.

Если по тем или иным причинам государству стало выгодно уклониться от непосредственного решения определенных проблем, появилась возможность переложить их на сетевое управление. Однако при этом следует понимать, что сетевая структура при непосредственном решении противоречивых проблем предполагает доминирование неправительственных структур. В этом случае при формулировании и реализации публичной политики государство остается открытым перед гражданским обществом.

За международными общественными организациями и движениями признается заслуга в том, что в политике многих государств появилось стремление решать проблемы прав человека, гендерных отношений, окружающей среды и СПИДа. Но нельзя не заметить и того, как по каналам сетевых структур в международном масштабе стали реализовываться проекты в интересах отдельных групп риска, а также собственно участников проблемных сетей.

Примером можно считать настойчивость, с которой неправительственные организации пытаются распространить повсюду практику обмена шприцев или «узаконить» регулярное проведение гей-парадов как «общепринятую и цивилизованную» норму поведения, как «дань уважения и внимания к особенностям стиля жизни стигматизированных социальных групп».

Финансовые возможности федерального американского правительства, помноженные на возможность неправительственного сектора, способствовали быстрому и повсеместному продвижению американизированной модели противодействия СПИДу. Ее до известной степени можно охарактеризовать в категориях принципа «макдонализации», разработанного Дж. Ритцелем — «ЕРС» (эффективность, просчитываемость, предсказуемость, контроль). Количество реализованных презервативов, обменных шприцев и игл, проведенных семинаров и тренингов по «безопасному сексу» и «снижению вреда», объемы использованных лекарств и предметов ухода за больными — это то, что поддается счету, позволяет гарантировать качество и постоянный стандарт. Это то, что визуально и психологически презентует американскую культуру, ее мощь, богатство и универсализм. Это то, что вовсе не обязательно опираться на традиционную культуру иного — не американского — происхождения, а напротив, то, что способно без ущерба для себя пренебрегать ею. Эффективное продвижение разработанных технологий в отдельно взятой стране обеспечивается представительством международных организаций в местных властях, а также в местном неправительственном секторе.

Учитывая обстоятельство, что проблемные сети отличает большое количество участников при ограниченной степени взаимозависимости, а стабильность и постоянство сетевых структур является предметом особой заботы и гордости их руководителей, можно понять, почему международные неправительственные организации повсюду так многочисленны и активны.

Кроме того, известно, что подавляющая часть средств, идущих на борьбу со СПИДом, особенно в беднейшие страны, попадает туда не напрямую, а через многочисленных американских посредников из числа коммерческих консалтинговых организаций, университетских медицинских центров, благотворительных фондов религиозных и других неправительственных организаций.

Таким образом, если не затрагивать медико-биологические аспекты борьбы с ВИЧ-эпидемией (это тема отдельного разговора), а остановиться на ее социально-политических или культурно-цивилизационных аспектах, то приходится констатировать следующее. К настоящему времени американизированный подход к концентриро-

ванным эпидемиям, распространенным в так называемых группах риска (проститутки, наркоманы, гомосексуалисты), стал глобальной моделью для всех эпидемий, включая и генерализованные эпидемии, относящиеся к остальному – гетеросексуальному – населению. Ограниченные по своей разрешающей способности тактики «снижения вреда» стали, по сути, универсальным средством противодействия СПИДу.

В этой связи возникает один весьма важный вопрос: почему американские неоконсерваторы не внесли свою, казалось бы, существенно иную концептуально-идейную лепту в кампанию противодействия СПИДу? Ведь «неоконы» провозглашают приверженность сохранению, поддержанию и распространению в мире традиционных ценностей западной цивилизации. Возрождение авторитета традиционных социальных институтов, базовых ценностей семьи, школы, церкви относится к числу фундаментальных неоконсервативных идеологических постулатов. И если по многим другим позициям нелиберальный и неоконсервативный проекты совпадают, то в части приверженности традициям и осторожного отношения к активной социальной инженерии они более или менее отчетливо различаются.

Соответственно неоконсервативные ценности и подходы как будто вступают в явное противоречие с укоренившимися нелиберальными практиками разрешения проблемы СПИДа как в США, так и во всем мире. Однако на деле они не оказывают на последних сколько-нибудь заметного влияния. В период пребывания в Белом доме республиканской администрации во главе с Дж. Бушем неоконы имели возможность реализовать свои постулаты в реальной политике. Однако этого не произошло. Точнее говоря, такие попытки были, но они захлебнулись под натиском критики со стороны общественности. Программа воздержания, верности и использования презервативов – АВС – была фактически сведена на нет еще в начальной стадии своей разработки. В конце 2002 года США выделили 1,5 миллиарда долларов на разработку этой модели (Э.С. Грин. Исключение риска и снижение вреда в борьбе со СПИДом. Русский журнал; СПИД, рак и общественное здоровье. Том 13, 3(28) 2009, с. 33–45). Но авторитета и харизмы Дж. Буша не хватило на то, чтобы преодолеть подозрения в модальности требовании воздержания и переломить ситуацию. В чем тут дело, разобраться не так-то и просто. Рискнем предположить следующее. Между этими двумя идейно-политическими движениями нет непреодолимой стены. Они взаимопроницаемы хотя бы даже потому, что в свое время неоконсервативное направление формировалось сторонниками либеральных и даже левых идей. По шутливому, но верному замечанию основателя ряда неоконсервативных изданий Ирвинга Кристола, неоконсерватор – это либерал, который схвачен за горло реальностью. Это обстоятельство позволяет разделять тех и других по тому, на какие проблемы те и другие предпочитают обращать большее внимание.

Основными предметами забот неоконсерваторов, без сомнения, стали внешнеполитические вопросы мессианского толка – распространение демократии, защита прав человека в мире, озабоченность внутренней политикой других государств. Для достижения поставленных целей используется вся мощь США, включая военную. На социальные программы неоконсерваторы тратят деньги не очень охотно.

В свою очередь, одной из отличительных черт нелибералов считается то, что общественные деньги они, наоборот, стараются тратить не на наращивание военного потенциала, а на другие, прежде всего гуманитарные цели. Как отметил один из идеологов американского неоконсерватизма Ричард Перл, эту свою склонность они распространяют на все.

Можно по-разному относиться к подобному рода суждениям, но судя по антиВИЧ/СПИД-политике в мире, это, скорее, похоже на правду. Озабоченные международными проблемами неоконсерваторы (терроризм, военные угрозы, энергетические проблемы и пр.) проблемы ВИЧ в значительной мере оставили «на попечение» нелибералам.

Как и во многом другом, новая администрация Белого дома в вопросах ВИЧ/СПИДа стара-

ется принимать компромиссные решения. Практически не претерпела изменения внешнеполитическая концепция борьбы со СПИДом. Летом 2009 года во время поездки в Гану Барак Обама заявил, что Соединенные Штаты продолжают работу, начатую его предшественником Джорджем Бушем, и выделяют 63 миллиарда долларов на улучшение системы здравоохранения в Африке, включая борьбу с инфекционными заболеваниями. Очевидно, что основная часть этих средств будет направлена на борьбу со СПИДом.

Вместе с тем признаки либерализации принципов борьбы со СПИДом в США, безусловно, есть. Барак Обама не только сумел провести через палату представителей Конгресса законопроект, предусматривающий выделение в 2010 году более 730 миллиардов долларов на финансирование программ в социальной сфере, но и после длительных дебатов 218 голосами против 211 был снят запрет на финансирование из федерального бюджета программ обмена шприцев и игл. С этого же года ВИЧ-инфицированным иностранцам разрешен въезд на территорию США, что также потребовало изменения федерального законодательства, а в марте 2010 года отменен крайне раздражающий нелибералов запрет на право быть донором для представителей гей-сообщества. Вместе с тем администрация Белого дома подтвердила приверженность и стратегии «исключения риска», выделив более 250 миллионов долларов на поддержку программ АВС.

Следует отметить, что во многом благодаря успехам современного здравоохранения в лечении больных ВИЧ-инфекцией это заболевание в последние годы прошлого века стало приобретать видимость неприятного, но «рядового» заболевания, с которым можно жить долгие годы. В высокоразвитых странах начала создаваться иллюзия высокой управляемости и контролируемости эпидемии. Общественное сознание обывателей начало привыкать к мысли о том, что с помощью приема соответствующих препаратов смертельно опасный вирус можно обуздать, превратить его в «хронический недуг». Родилась новая политическая конструкция, далекая от нозологии и классического понимания природы инфекционной патологии, закрепив за ВИЧ-инфекцией статус хронического заболевания. А в результате трудоемких и затратных, но в целом понятных, мер минимизации последствий распространение эпидемии вполне по силам взять под контроль.

В США и развитых странах Запада на массовом уровне постепенно исчез алармизм и пессимистические настроения по поводу неизлечимости ВИЧ-инфекции и сверхвысокой смертности от СПИДа. Противодействие эпидемии приобрело рутинные черты. А впечатляющая на первых порах динамика сокращения числа новых случаев заражения среди лиц, включенных в программы «снижения вреда», внушала определенный оптимизм. Апокалипсис для представителей цивилизации «золотого миллиарда» оказался отложенным на неопределенное время, а в надежде на научно-технологический прогресс и совсем отменен.

Кроме того, в этой модели особую ценность и значение приобрели волонтеры и функционеры из групп риска. Аполлетика гражданской солидарности и взаимопонимания «равноправных групп идентичностей» конституировала опыт носителей рискованного поведения как «уникальный» и «бесценный». Ибо только сами представители секс-меньшинств и потребители наркотиков доподлинно знают изнутри, что и как нужно делать. Ловушка, однако, состояла в том, что такой подход, помимо благих намерений противостоять СПИДу, был ориентирован в значительной степени на другое – на сохранение и воспроизводство самих сред рискованного поведения. Известно, например, что злоупотребление наркотиками среди сотрудников программ «снижения вреда» представляет серьезную проблему. И следующими после обмена шприцев и игл стали меры по предотвращению передозировки уже не только среди клиентов, но и среди специалистов, занятых в программах.

В 2007 году Ассоциацией государственных и территориальных подразделений системы здравоохранения США (ASTHO) и Центром по контролю заболеваемости в США (CDC) был проведен

анализ случаев передозировок опиатовосодержащими болеутоляющими средствами, применяемыми в США. Установлено, что из опиатовосодержащих болеутоляющих средств на сегодняшний день на смену оксиконтину (ОхуСонтин) пришел метадон, ставший самым распространенным по частоте случаев передозировок препаратом.

В 2002 году передозировка опиатовосодержащими болеутоляющими стала второй причиной непреднамеренной смертности в США после автотранспортных происшествий и пятой – среди общих причин смертности после сердечно-сосудистых заболеваний, рака, инсульта и хронических заболеваний дыхательных путей.

Ущерб от гибели в результате передозировок опиатовосодержащих препаратов, прежде всего метадона, оценивался в 2005 году в 9,5 миллиардов долларов, что сопоставимо со всем бюджетом, выделенным на программы борьбы с ВИЧ/СПИДом.

Начавшаяся в последние годы в Западной Европе и некоторых регионах Юго-Восточной Азии эпидемия резистентного СПИДа, не восприимчивого к существующим лекарственным препаратам, обозначило новую проблему, о которой уже говорят специалисты, но которая диссонансирует с устоявшейся конструкцией антиСПИД-движения – фактического нивелирования успехов современного здравоохранения в способности эффективной помощи всем ВИЧ-инфицированным лицам.

Необходимость освоения новых территорий методиками борьбы с эпидемией «научно доказанными методами» потребовала создания устрашающей картины демографической деградации и массового поражения СПИДом других частей света – вначале тропической Африки, затем Южной и Юго-Восточной Азии, а также Восточной Европы.

Именно в эти регионы со своими программами и со своими средствами для обеспечения этих программ пришли многочисленные гуманитарные фонды, неправительственные организации и структуры.

Деятельность многих организаций осуществляется на фоне негативной и все ухудшающейся прогностики по отдельным регионам. И если трагическая картина последствий эпидемии СПИДа на Африканском континенте и некоторых странах Азии очевидна, то Восточная Европа представляет регион с иными характеристиками эпидемического процесса. Якобы высокие и сверхвысокие показатели динамики распространения ВИЧ-инфекции в странах, которые были относительно поздно вовлечены в эпидемический процесс (Украина и Россия), становятся своеобразной дорожной картой и одновременно весомым аргументом для дальнейшего расширения и увеличения финансирования глобальной сети.

Кроме того, все чаще ситуация в стране вокруг ВИЧ/СПИДа становится политическим аргументом и средством борьбы с политическими и экономическими оппонентами. Так, американская неправительственная организация «Трансатлантические партнеры против СПИДа» (ТППС), в настоящее время ставшая частью Глобальной бизнес-коалиции против ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии (GBC), распространяет искаженную информацию о якобы грядущей в недалеком будущем демографической катастрофе в связи со СПИДом в России. На основании этой информации готовятся специализированные доклады для Конгресса США, а также для западного бизнеса. Понятно, что такие данные не придают нашей стране ни инвестиционной, ни туристической привлекательности.

В прошлогодней публикации в американском журнале «The Atlanta Journal-Constitution» со ссылкой на отчеты ООН говорится о свирепствующем в России вирусе СПИДа, что якобы делает излишними всякие переговоры по вооружениям. Они-де уже становятся неважными, так как демографические ресурсы России и так истощены до предела. С другой стороны, на Украине противники «оранжевой» власти, депутаты Одесского облсовета от «Блока Натальи Витренко», потребовали запрета на реализацию «метадонной» программы и отмены соответствующего приказа Минздрава Украины, изданного в 2006 году. Таким образом, казалось бы, сугубо социально-медицинская проблема стала инструментом политической предвыборной борьбы.

МИРОВОЙ КРИЗИС И ПЕРСПЕКТИВА ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ СПИДУ

Несмотря на определенные успехи медицины в лечении ВИЧ-инфекции и тенденции расширения и развития мировой системы противодействия СПИДУ, признаки пробуксовки неолиберального подхода начали проявляться задолго до глобального финансово-экономического кризиса. Это нашло свое отражение как в характеристиках самого эпидемического процесса, так и в критическом осмыслении путей его преодоления. В международном сообществе начался, причем благодаря усилиям, так сказать, «второстепенных» игроков, пересмотр ряда принципиальных положений, на которых зиждилась глобальная система противодействия ВИЧ-инфекции.

Под прицелом критики оказалось состояние международной статистики и учета. Известно, что сбор статистической информации о ходе эпидемии ВИЧ/СПИДа в мире, а также по регионам, осуществляется Объединенной программой по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС). Соответствующие данные получают на основании результатов обследования определенных групп с последующей экстраполяцией на все население страны или региона. Таким образом, данные, представленные в глобальных докладах ЮНЭЙДС, носят оценочный характер. В последние годы специалисты ряда мировых центров по контролю за ВИЧ-инфекцией отмечают, что в докладе ЮНЭЙДС существенно завышается общее количество людей, пострадавших от ВИЧ-инфекции в мире («The AIDS pandemic. The collision of epidemiology with political correctness» by James Chin, 2007).

Под давлением научной общественности в 2007 году ЮНЭЙДС вынуждена была пересмотреть оценку численности людей, живущих с ВИЧ в мире, и уменьшить на 16% показатель масштабов мировой пандемии по сравнению с 2006 годом. Официальное требование к ЮНЭЙДС откорректировать данные о масштабах эпидемии в стране в сторону уменьшения в несколько раз предъявило правительство Индии. Эпидемиологи Великобритании и США призвали ЮНЭЙДС снизить показатели эпидемии для Анголы, Зимбабве, Кении, Мозамбика и Нигерии на 70% (AIDS epidemic update, December, 2007. UNAIDS).

Идейный пересмотр программ «снижения вреда» начался не только в некоторых странах-реципиентах международной помощи, но в самих США. Так, американский ученый Эдвард Грин (Центр общественных и научных исследований, Гарвардский университет, США) указывает на то, что программы по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции непреднамеренно пропагандируют определенные типы поведения, приводящие к инфицированию.

Ученый утверждает, что продолжится растрата миллиардов долларов на программы, которые приносят незначительный или отрицательный результат, а тема прав человека стала инструментом в продвижении программ, которые оказывают незначительный эффект. Он с горечью отмечает, что на международных конференциях аплодисментами встречались выступления, в которых говорилось о социально-политических и экономических причинах распространения ВИЧ-эпидемии и «зашкиваются» такие слова, как «верность» и «воздержание», если они вообще упоминаются.

Институт медицины национальной Академии США в 2006 году опубликовал фундаментальный доклад, в котором рассмотрены все имеющиеся в мире факты применения программ «снижения вреда» («Preventing HIV infection among infecting drug users in high-risk countries» The national academies press. Washington, D.C., 2006). Ведущие эксперты из разных стран не нашли убедительных доказательств эффективности как метадоновых программ, так и программ обмена игл/шприцев. Напротив, в докладе приводятся данные, свидетельствующие о повышении распространенности ВИЧ-инфекции среди участников программ обмена шприцев.

ПОВЕСТКА ДНЯ ДЛЯ РОССИИ

Немало вопросов вызывает интерпретация экспертами ЮНЭЙДС эпидемиологических данных по России. Согласно им, распространенность

эпидемии в стране более чем в 5 раз (!) превышает данные официальной статистики РФ, опирающейся на единую систему надзора, регистрирующую каждый случай заражения. По данным ЮНЭЙДС, российский показатель распространенности ВИЧ составляет более 1% от общей численности населения.

Разница в этих показателях носит принципиальное значение, так как, согласно принятой классификации уровня эпидемического процесса, доля ВИЧ-инфицированных в размере более одного процента означает, что в стране — генерализованная эпидемия. Можно предположить, что те международные и отечественные организации, которые пользуются данными завышенной статистики, делают это из коммерческих соображений в целях получения значительных объемов дополнительных финансовых средств на профилактические программы и закупку медикаментов.

Как и на глобальном уровне (ЮНЭЙДС), так и в России существует группа «исследователей» и специалистов здравоохранения, обосновывающих научно-организационное обоснование этой деятельности.

Политическое руководство Российской Федерации в 2006 году на саммите G8 объявило о решении отказаться от получения гуманитарной помощи и вернуть ранее выделенных России Глобальным фондом средств. Но в 2009 году Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией принял беспрецедентное решение о продолжении оказания нашей стране «помощи», нарушив установленную процедуру предварительной подачи официальной заявки со стороны нуждающегося в такой помощи государства. Естественно, такое решение было с воодушевлением встречено координаторами распределения этих средств, заинтересованных в формировании ложного впечатления у мировой общественности о неспособности России самостоятельно противостоять эпидемии.

Деятельность в рамках зарубежной международной «помощи» сконцентрирована на внедрении в России программ «снижения вреда» как основы профилактики ВИЧ-инфекции. Основными объектами реализации этих программ являются группы риска (наркоманы, проститутки, лица, практикующие промискуитет), но мероприятия, реализуемые в рамках этих программ в России, транспонированы на остальное население страны.

При этом практика показывает, что те регионы, которые смогли избежать «гуманитарной помощи» со стороны международных организаций в части работы с наркозависимыми людьми, имеют более низкую распространенность ВИЧ среди населения в отличие от тех регионов, где эта «помощь» оказывалась.

Говоря о ВИЧ-ситуации в России, легко впасть в две крайности. С одной стороны, нарисовать относительно благополучную картину на фоне мировых очагов эпидемии. С другой, вслед за некоторыми «недоброжелательными» экспертами и заинтересованными отечественными учеными, чрезмерно сгустить краски. Но ни то, ни другое не будет отражать реального положения дел. Следует признать, что обстановка в России непростая и в целом отражает общемировые тенденции развития эпидемии.

Велико искушение назвать нынешний глобальный финансово-экономический кризис одним из главных вызовов современной мировой системе противодействия ВИЧ/СПИДУ. В этом много правды, но не вся. Не следует упускать из виду, что этот колоссальный по своим масштабам и последствиям кризис мог бы оказаться моментом очищения, которое так необходимо нынешнему постиндустриальному обществу.

К сожалению, общество проявило неспособность к критическому самоанализу, к разумному самоограничению и саморегуляции. В этих условиях озабочиться тем, чтобы максимально сохранить в прежних объемах финансово-ресурсную поддержку соответствующих программ — не самое худшее, но уж точно самое неэффективное из всего того, что можно было бы предложить человечеству в качестве перспективы преодоления кризиса. Необходимы другие — ресурсо- и демо-сберегающие технологии.

Помимо медицинских достижений, самое лучшее, что выдумало человечество, укладывается в простые и понятные всем истины. Если угодно, то их можно назвать библейскими заповедями. Но все они базируются на принципах разумного поведения. Тогда как нынешняя модель борьбы со СПИДом фактически является борьбой с последствиями рискованного поведения.

Глобальные проекты завтрашнего дня, в которых Россия могла бы принять участие, должны предусматривать ряд весьма важных обстоятельств.

Во-первых, современные мировые процессы и явления, включая пандемию СПИДа, не могут регулироваться из одного центра и носить унифицированный характер. При этом должна сохраняться культурно-цивилизационная, региональная и страновая дифференциация в подходах и методах противодействия пандемии.

Во-вторых, сегодня существенную проблему составляет выбор зарубежных партнеров. Как бы ни было привлекательно сотрудничество с немецкими, английскими и французскими научными центрами, реальные возможности такого партнерства в Европе существенно ограничены, а по вопросам стратегий профилактических программ могут рассматриваться только гипотетически. Германия, признав катастрофические последствия «пересаживания» наркоманов на тяжелый наркотик — метадон, предлагает использовать в качестве заместительной терапии «чистый» героин. Можно вспомнить обсуждение во время недавней встречи мэров столиц России, Германии, Англии и Франции проблемы гей-парада в Москве, проведение которого, по версии просвещенной Европы, стало бы в том числе признаком приверженности парадигме профилактики ВИЧ/СПИДа.

Очевидно, что именно США является приоритетным партнером для такого сотрудничества. Научно-исследовательские и практические центры Института здоровья (NIH) и Центра по контролю заболеваемости (CDC) — только надводная часть айсберга сложной многоуровневой системы обеспечения переломных технологий профилактики ВИЧ-инфекции, разработки новых лекарств и создания вакцин.

Особо следует отметить и то, что сегодня внутри этой системы с успехом работают наши соотечественники. Именно этот потенциал специалистов следует не только самым активным образом использовать в совместных проектах, но и создать условия для их полноценной работы в России. И здесь примером может служить не только опыт Китая, который в своем научном развитии опирается на китайскую научную диаспору, но и начавшийся в последнее время процесс возвращения российских специалистов в систему высшего образования и в наукоемкое производство.

Неоконсервативный подход к профилактическим программам противодействия СПИДУ в США как нигде в мире имеет многочисленных сторонников как среди политиков, так и среди специалистов общественного здравоохранения, как на федеральном, так и региональном уровнях.

В третьих, накопленный опыт противодействия СПИДУ показывает, что в некоторых вопросах настало время вернуться назад, но на более высоком уровне. Речь идет о феномене массового дилетантизма участников антиВИЧ/СПИД-программ. Нужно честно признать, что массовые кампании «снижения вреда» имеют лишь отдаленное отношение к медицине. Сложилось так, что сугубо специальные, требующие индивидуального подхода и глубоких знаний, способы профилактики и лечения этого тяжелого и пока еще неизлечимого инфекционного заболевания превратились в общественную деятельность энтузиастов-общественников, контролируемых к тому же не специалистами-эпидемиологами, а административными менеджерами, в распоряжении которых находятся огромные средства...












Подводя итоги, отметим, что в условиях кризиса глобальных проектов многие вынуждены пересматривать свои прежние позиции, предлагать иные решения и вступать в другие альянсы.







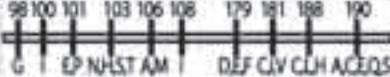

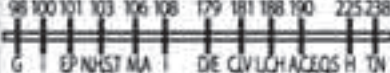


Россия при всех существующих проблемах, имея уникальный опыт и интеллектуальный потенциал, может внести свой вклад в отражение глобальной угрозы распространения пандемии СПИДа, но — с учетом того, что многие подходы нуждаются в корректировке.

Краткий справочник по антиретровирусным препаратам

Антиретровирусная терапия

2009

| Действующее вещество Международное непатентованное название Торговое наименование Название фирмы-производителя | Суточная дозировка (см. также информацию по модификации доз во вкладке) | Важные побочные эффекты* и мута- ции, приводящие к резистентности |
|---|--|--|
| Нуклеозидные/нуклеотидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ) | | |
| AZT Азидотимидин Зидовудин Ретровир GlaxoSmithKline | По 3 капсулы 100 мг 2 раза в день или по 1 таблетке 300 мг 2 раза в день |  <p>Тошнота, чувство распирания в животе, головная боль, анемия, слабость</p>  |
| ЗТС Ламивудин Эпивир GlaxoSmithKline | По 2 таблетки 150 мг 1 раз в день или по 1 таблетке 150 мг 2 раза в день |  <p>Частота нежелательных явлений сопоставима с плацебо</p>  |
| CBV: AZT/ЗТС (Комбинированный препарат) Комбивир GlaxoSmithKline | По 1 таблетке 2 раза в день (300 мг AZT + 150 мг ЗТС) |  <p>Побочные эффекты и профиль резистентности см. в разделах AZT и ЗТС</p> |
| ABC Абакавир Зиаген GlaxoSmithKline Перед назначением рекомендуется тестирование на HLA B*5701 | По 1 таблетке 300 мг 2 раза в день или по 2 таблетки 300 мг 1 раз в день |  <p>Реакция гиперчувствительности (РГЧ): лихорадка, сыпь, нарушение работы ЖКТ (вздутие, боль) и дыхательной системы. При отмене пр-та (РГЧ) повторное назначение противопоказано!</p>  |
| KVX: ABC/ЗТС (Комбинированный препарат) Кивекса GlaxoSmithKline Перед назначением рекомендуется тестирование на HLA B*5701 | По 1 таблетке 1 раз в день (600 мг ABC + 300 мг ЗТС) |  <p>Побочные эффекты и профиль резистентности см. в разделах ABC и ЗТС При отмене препарата (РГЧ) повторное назначение противопоказано!</p> |
| TZV: AZT/ЗТС/ABC (Комбинированный препарат) Тризивир GlaxoSmithKline Перед назначением рекомендуется тестирование на HLA B*5701 | По 1 таблетке 2 раза в день (300 мг AZT + 150 мг ЗТС + 300 мг ABC) |  <p>Побочные эффекты и профиль резистентности см. в разделах по AZT, ABC и ЗТС При отмене препарата (РГЧ) повторное назначение противопоказано!</p> |
| ddI Диданозин Видекс Bristol-Myers-Squibb | Пациентам с весом < 60 кг По 1 капс. 250 мг 1 раз в день Пациентам с весом ≥ 60 кг По 1 капс. 400 мг 1 раз в день Принимать за 2 часа до или че- рез 1 час после приема пищи ② ① |  <p>Периферическая полинейропатия, редко панкреатит</p>  |

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>TDF <i>Тенофовир</i></p> <p>Виреад* Gilead Sciences</p> | <p>По 1 таблетке 300 мг 1 раз в день</p> <p>Возможны лекарственные взаимодействия ②</p> |  | <p>Редко нарушение функции почек по типу интерстициального нефрита с ↑ концентрации сывороточного креатинина, редко ↓ минеральной плотности костей и ↑ риска переломов</p>  |
| <p>FTC <i>Эмтрицитабин</i></p> <p>Эмтрива* Gilead Sciences</p> | <p>По 1 капсуле 200 мг 1 раз в день</p> |  | <p>Редко гиперпигментация кожи ладоней и стоп</p>  |
| <p>TVD: TDF/FTC (Комбинированный препарат)</p> <p>Трувада* Gilead Sciences</p> | <p>По 1 таблетке (300 мг TDF + 200 мг FTC) 1 раз в день</p> <p>Возможны лекарственные взаимодействия ②</p> |  | <p>Побочные эффекты и профиль резистентности см. в разделах TDF и FTC</p> |
| <p>Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ)</p> | | | |
| <p>NVP <i>Невирапин</i></p> <p>Вирамун Boehringer Ingelheim</p> | <p>Первые 14 дней по 1 таблетке 200 мг 1 раз в день, затем по 1 таблетке 200 мг 2 раза в день</p> |  | <p>Сыпь, повышение трансаминаз, редко синдром Стивенса-Джонсона</p>  |
| <p>EFV <i>Эфавиренз</i></p> <p>Стокрин Merck Sharp & Dohme</p> | <p>По 1 таблетке 600 мг 1 раз в день или по 1 капсуле 200 мг 3 раза в день</p> |  | <p>Заторможенность, головокружение, нарушения сна/яркие сновидения, сыпь, холестерин ↑ Противопоказан при беременности</p>  |
| <p>ETV <i>Этравирин</i></p> <p>Интеленс Janssen-Cilag</p> | <p>По 2 таблетки по 100 мг 2 раза в день (всего 400 мг/сут)</p> <p>Принимать после еды</p> |  | <p>Сыпь, тошнота</p> |
| <p>Комбинированные препараты, включающие НИОТ и ННИОТ</p> | | | |
| <p>ATR: TDF/FTC/EFV (Комбинированный препарат)</p> <p>Атрилла* Bristol-Myers-Squibb & Gilead Sciences</p> | <p>По 1 таблетке (300 мг TDF + 200 мг FTC + 600 мг EFV) 1 раз в день</p> |  | <p>Побочные эффекты и профиль резистентности см. в разделах TDF, FTC, EFV Противопоказан при беременности</p> |

Авторы и редакция немецкой версии: Eva Wolf, Hans Jaeger info@jajaprax.de
KIS-Kuratorium für Immunschwache, München
Перевод и редакция русской версии: Московский городской центр профилактики и борьбы со СПИД Департамента здравоохранения города Москвы
Подготовлено в рамках сотрудничества правительства Москвы с Землей Баварии

* - препараты не зарегистрированные в РФ

Примечание:
Данные по резистентности и лекарственному взаимодействию во владде



ПРИМЕЧАНИЯ

- ① **Нежелательные явления (НЯ):** На фоне АРТ возможно развитие **липодистрофии**, либо в форме **липоатрофии** (истончение подкожной жировой клетчатки лица, конечностей) при приеме НИОТ (d4T > AZT, ddI), которая в редких случаях сочетается с **гиперлактатемией**, либо в форме **липогипертрофии** (увеличение массы висцерального жира в области живота, шеи и др.) (чаще при приеме ИП). **Липогипертрофия** часто сопровождается **гиперлипидемией** (триглицериды ↑, холестерин ↑). В редких случаях возможно развитие **гипергликемии**.
- ② Следует помнить о **высоком риске взаимодействия TDF** с другими антиретровирусными препаратами:
 - **Не рекомендуется использовать TDF в комбинации с ddI.** Если в такой комбинации есть необходимость, то дозу ddI снижают: ≥ 60 кг: 1 капсул. по 250 мг 1 раз в день; <60 кг: 1 капсул. по 200 мг x 1 р/д. Прием в такой комбинации возможен независимо от приема пищи.
- ③ **ddI в комбинации с TPV/r** принимается как минимум за 2 ч до или через 2 ч после приема TPV/r.
- ④ При **одновременном приеме TPV/r и ABC** отмечается уменьшение AUC (площадь под кривой) для ABC на 40%, клиническая значимость пока не ясна.
- ⑤ **Одновременный прием ATV/r и ингибиторов протонной помпы** (например, омепразола, эзомепразола) в связи со снижением концентрации ATV в крови не рекомендуется. Промежуток между приемом антагонистов H₂-рецепторов (например, ранитидина или фамотидина) и ATV/r должен составлять 10–12 часов; при этом рекомендуют контроль концентрации ATV в крови.
- ⑥ Применение **антагонистов CCR5** будет успешным при наличии у пациента **R5-тропного вируса** (примерно у 80% АРТ-наивных и примерно у 50% ранее получавших лечение). При наличии вирусов, тропных к X4-рецептору, или вирусов с двойной тропностью применение антагонистов CCR5 не рекомендуется.

Препараты, которые выпускаются также в форме раствора/порошка

| | |
|--------------|--|
| НИОТ | AZT: раствор по 10 мг / мл; 25 мл x 2 раза в сутки 3TC: раствор по 10 мг / мл; 30 мл x 1 раз или 15 мл x 2 раза в сутки ABC: раствор по 20 мг / мл, 30 мл x 1 раз или 15 мл x 2 раза в сутки ddI: порошок; <60 кг: 250 мг x 1 раз в сутки, ≥ 60 кг: 400 мг x 1 раз в сутки FTC: раствор по 10 мг / мл, 24 мл x 1 раз в сутки |
| ННИОТ | NVP: раствор по 50 мг / 5 мл; дни 1–14: 20 мл x 1 раз в сутки, далее 20 мл x 2 раза в сутки EFV: раствор по 30 мг / мл; 24 мл x 1 раз в сутки |
| ИП | ATV: порошок по 50 мг / 1,5 г, 9 г x 1 раз в сутки FPV: раствор по 50 мг / мл; в виде комбинации FPV/r 700/100 мг x 2 раз в сутки LPV/r: раствор по 80 / 20 мг в 1 мл; 5 мл x 2 раза в сутки RTV: раствор по 80 мг / мл; 1,25 мл соответствует 1 капсул. по 100 мг |

Препараты, которые могут приниматься однократно в сутки (x 1)

Следует иметь в виду, что в Европе некоторые из перечисленных схем пока не лицензированы

| | | |
|--------|---------------------------|---|
| NVP: | 400 мг x 1: | по 2 табл. по 200 мг x 1 раз в сутки |
| LPV/r: | 800/200 мг x1: | по 4 капсул. по 200 / 50 мг x 1 раз в сутки |
| SQV/r: | 2000/100 мг x1: | по 4 табл. SQV по 500 мг x 1 раз в сутки + 1 капсул. RTV по 100 мг x 1 в сутки |
| FPV/r: | 1400/100–200 мг x 1: | по 2 табл. FPV по 700 мг x 1 раз в сутки + по 1–2 капсул. RTV по 100 мг x 1 раз в сутки у ранее не принимавших ИП пациентов |
| DRV/r: | 800/100 мг x1 раз в сутки | (дозировка изучается в клинических исследованиях) |

Не рекомендуемые комбинации

- ddI не рекомендуется при одновременном приеме рибавирина у пациентов с ко-инфекцией ВИЧ/ВГ-С (концентрация ddI ↑, риск гиперлактатемии или лактацидоза ↑, риск панкреатита ↑)
- ddI + TDF, особенно у пациентов, ранее не получавших лечение или имеющих высокую вирусную нагрузку и низкий уровень CD4-клеток
- ddI/d4T не рекомендуется во время беременности (в связи с наличием сообщений о случаях лактацидоза с фатальным исходом)
- AZT/d4T (антагонистический эффект); 3TC + FTC или EFV+NVP (в связи с отсутствием аддитивных эффектов)
- d4T/ddC, ddI/ddC (дополнительный риск периферической нейропатии)
- ABC/3TC(FTC)/TDF и ddI/3TC(FTC)/TDF в тройной комбинации не рекомендуется вследствие низкой эффективности
- TPV/r/TMC125 (Этравирин) не рекомендуется вследствие уменьшения AUC (площадь под кривой) для TMC125 на 76%

Редко назначаемые препараты

| | |
|--------------|---|
| НИОТ | d4T (ставудин, Зерит) Bristol-Myers-Squibb; Рекомендации ВОЗ: по 1 капсул. x 2 раза в сутки, по 30 мг (в форме порошка: 30 мг x 2) НЯ: периферическая нейропатия, ↑ активности трансаминаз, липоатрофия. Мутации, вызывающие резистентность к терапии: 41L 67N 70R 75M/S/A 184V.I 215 Y/F 219D/E |
| ННИОТ | DLV (делаваирдин, Рескриптор)* : по 2 табл. по 200 мг x 3 раза в сутки, НЯ: сыпь; тошнота; диарея. Мутации, вызывающие резистентность к терапии: 98G 1UCW/LTA3 1G64/M 1 D3>H/T-4/V/T 181V 183C/L 150E 236L 318F |
| ИП | IDV (индинавир, Криксиван) Merck Sharp&Dohme, дозировка: IDV/r; IDV: по 2 капсул. по 400 мг x 2 раза в сутки; RTV: по 1 капсул. по 100 мг x 2 раза в сутки с большим количеством жидкости; НЯ: билирубин в крови ↑, почечные камни, паронихий, липиды в крови ↑. Мутации, вызывающие резистентность: 100 I/R/V 20K/M/R 24I 32I 36I 46I/L 54V 71V/T 73S/A 77L 82A/T/T/S 84V/A 90M NFV (нелфинавир, Вирасепт) Roche Pharma; дозировка: по 5 табл. по 250 мг x 2 раза в сутки (в форме порошка детям от 2-х лет и старше по 45–55 мг/кг x 2 раза в сутки или по 25–35 мг/кг 3 раза в день) перед едой. НЯ: диарея, метеоризм. Мутации, вызывающие резистентность: 10F/I 30N 36I 46I/L 77I 82A/F/T/S 82V/A 84V/A 88D/S 90M |

Новые антиретровирусные препараты и дозировки

Будут внедрены в ближайшее время (Новые препараты)

| | |
|-----------------------------|--|
| ННИОТ | TMC278 (рилливинри) Tibotec, Janssen Cilag. Начало III фазы исследований в 2008 г., лицензирование в Европе не ранее 2011 г. |
| ИП | ATV (атазанавир, Реатаз) Bristol-Myers-Squibb; новая лекарственная форма: капсул., по 300 мг; дозировка ATV/г: 300/100 мг x 1 раз в сутки. |
| | LPV/г (лопинавир/ритонавир, Калетра) Abbott; новая лекарственная форма: табл. LPV/г по 100/25 мг; для возможного сочетания с EFV или NVP в дозе 500/125 мг x 2 раза в сутки. |
| Ингибиторы интегразы | EVG (эливитегравир, GS-9137) Gilead Sciences; схема дозирования еще не определена; предположительно 1 раз в сутки по 50-150 мг. Бустирование с помощью RTV в дозе 100 мг. Мутации, вызывающие резистентность: 92Q 138K 140S 148R/H/K 155H |
| Ингибиторы входа | Викриавирок (ранее SCH-D) Shering-Plough; схема дозирования еще не определена; предполагаемая доза 30 мг однократно в сутки, усиление с помощью RTV 100 мг и более, применяется только при наличии CCR5-тропного штамма ВИЧ. |

Важные лекарственные взаимодействия

При применении ИП, ННИОТ и антагонистов CCR5 следует помнить о возможности многочисленных клинически значимых взаимодействий, которые в основном связаны с ингибированием или индукцией ферментов системы цитохрома P450 (в частности, изофермента CYP3A4). Среди препаратов из класса ИП RTV - самый сильный ингибитор CYP3A4, в связи с чем используется в качестве бустера для основного ИП в схеме лечения. Пожалуйста, обратите внимание на коррекцию доз при комбинации во вставке «Суточные дозы (мг) при комбинации препаратов».

- **Противопоказан** одновременный прием ИП/р с производными эрготамина или такими антигистаминными средствами, как **терфенадин** и **астемизол**. **Рекомендуемые** антигистаминные препараты: **цетиризин** или **лоратадин**.
- **Внимание:** при терапии, включающей ИП/р, возможно ↑ концентрации антагонистов кальция (например **нифедипина**, **никардипина**) и β-блокаторов в крови
- **Концентрация ИП ↓** при использовании противосудорожных/противозлапащеческих средств (**карбамазепин**, **фенобарбитал**, **фенитоин**; фенитоин может использоваться в сочетании с ИП, не усиленным RTV)
- **Повышение концентрации карбамазепина** или **фенобарбитала** на фоне терапии, включающей ИП
- **Снижение концентрации фенитоина** возможно при приеме RTV или NFV → контроль концентрации фенитоина в крови. Концентрация DRV ↓ на фоне приема **карбамазепина**, **фенобарбитала** и **фенитоина**. **Альтернатива:** **вальпроевая кислота**
- **Повышение концентрации ингибиторов ФДЭ-5:** **силденафила** или **варденафила**, возможно также **тадалафила** на фоне терапии, включающей ИП/р. Стартовая доза должна быть снижена (напр. **силденафил** до 25 мг), а интервал до приема очередной дозы следует продлить до ≥ 48-72 часов
- Такие антиаритмики как **амиодарон**, **флекаинид**, **пропафенон**, **хикидин**, **лидокаин** **не рекомендуются** или **противопоказаны** при приеме RTV, LPV/г, FPV/г, SQV/г, DRV/г
- При приеме RTV **строго противопоказаны** такие анальгетики, как **нетидин (метепрадин)**, **парацетамол**, **пропаксифен**. **Альтернатива:** **парацетамол**, **оксикодон**, **АСК** (напр. **аспирин**), **кодеин**, **трамадол**
- **Рекомендуемые** прокинетики: **домперидон**, **метоклопрамид**
- **Бупропион** (препарат применяемый для отвыкания от курения) **противопоказан** в сочетании с RTV в дозе от 600 мг x 2 раза в сутки
- **Внимание:** концентрация экстази ↑ на фоне приема RTV; возможны тяжелые НЯ

Суточные дозы (мг) при комбинации препаратов

- **NVP + LPV/г**
200 x 2 + 600/150 x 2
Рекомендуется контроль концентрации LPV (см. также «Новые эффективные антиретровирусные вещества»)
- **NVP + MVC**
200 x 2 + 300 x 2
При приеме NVP в комбинации с SQV/г, DRV/г, TPV/г коррекции дозы не требуется (Рекомендуется контроль концентрации препарата в крови)
- **EFV + LPV/г**
600 x 1 + 600/150 x 2
Рекомендуется контроль концентрации LPV (см. также «Новые эффективные антиретровирусные вещества»)
- **EFV + MVC**
600 x 1 + 600 x 2
- **EFV + ATV/г**
600 x 1 + (300-400)/100 x 1
Рекомендуется контроль концентрации ATV
- При приеме EFV в комбинации с SQV/г, FPV/г, DRV/г коррекции дозы не требуется

С целью уточнения необходимости и модификации дозы сопутствующей терапии или наличия противопоказаний просим Вас, помимо изучения инструкции используемых препаратов, обращаться к настоящему справочнику – КС-Справочник по препаратам ВИЧ

ВИЧ-инфекция у детей

Достижения современной медицины позволяют ВИЧ-положительным детям жить полной и здоровой жизнью. Как и всем детям им, прежде всего, нужна заботливая и любящая семья, которая поможет им расти и становиться взрослыми. Об основных вещах, которые нужно знать родителям детей с ВИЧ, рассказывается в материале, выпущенном организацией «НАМ» (Великобритания).

Развитие ВИЧ-инфекции у детей происходит иначе, чем у взрослых. Это имеет значение и для наблюдения, и для ухода и лечения ребенка. Врач, предоставляющий медицинскую помощь должен обладать знаниями и опытом для лечения наиболее юных людей, живущих с ВИЧ. У малышей, инфицированных ВИЧ во время беременности или родов, развитие ВИЧ-инфекции может проходить быстрее, и без лечения достаточно велик риск того, что ребенок серьезно заболит уже в первые годы жизни. Также ВИЧ-положительные дети медленнее развиваются и половое созревание у них начинается позже, однако в целом ВИЧ-положительные дети развиваются нормально.

Наблюдение за ВИЧ-инфекцией у детей. Как и для взрослых, главные анализы для детей, живущих с ВИЧ, — иммунный статус (количество клеток CD4) и вирусная нагрузка. Тем не менее, у детей иммунная система еще не до конца сформировалась и результаты этих анализов у них отличаются от результатов у взрослых. В норме иммунный статус детей гораздо выше, чем у взрослых. Среднее количество клеток CD4 у шестимесячного ребенка — 3000 клеток/мл, у годовалого — 1500 клеток/мл, а у детей до шести лет — около 1000 клеток/мл. В возрасте от шести до двенадцати лет иммунный статус детей стабилизируется и становится таким же, как у взрослых.

У ВИЧ-положительных малышей вирусная нагрузка может увеличиться до крайне высокого уровня (более 1 млн копий/мл) и постепенно снижаться в течение первых лет жизни. Точная причина этого неясна. Это отличает детей от взрослых, чья вирусная нагрузка в норме снижается до относительно низкого уровня (около 20 000 копий/мл) в течение первых месяцев после инфицирования ВИЧ.

Используя анализ на иммунный статус и вирусную нагрузку можно судить о развитии заболевания у детей, хотя это гораздо сложнее, чем у взрослых. Врачи рассчитывают риск того, что ребенок заболит, учитывая его возраст, иммунный статус и вирусную нагрузку.

Антиретровирусная терапия для детей. Антиретровирусные препараты могут использоваться для лечения ВИЧ-инфекции у детей. Хотя действие этих препаратов на детей изучено хуже, чем на взрослых, сейчас существует уже достаточно много данных. Тем не менее, как и у взрослых, у детей терапия может быть связана с неприятными побочными действиями и для ее эффективности терапию необходимо правильно принимать.

Для лечения детей существует меньше препаратов, чем для взрослых. Среди маленьких детей терапия может предотвратить болезнь и смерть в течение первых 18 месяцев жизни. Терапия также эффективна для более старших детей, многие из которых смогли прожить многие годы и стать подростками благодаря лечению. В странах, где начала применяться терапия, смертность среди ВИЧ-положительных детей снизилась более чем на 80%.

Так же, как и в отношении взрослых, решение о начале терапии для ребенка принимается индивидуально. Тем не менее, если у ребенка есть ВИЧ-ассоциированные заболевания, или его иммунный статус быстро снижается, а вирусная нагрузка растет, следует назначать терапию. Врачи ориентируются на те показатели, о которых говорилось выше, чтобы определить, когда начинать лечение.

Если по их расчетам риск появления СПИДа у ребенка в следующем году от 10% и больше — рекомендуется начинать терапию.

Антиретровирусная терапия должна назначаться детям до того, как их иммунная система будет значительно повреждена и они станут уязвимы перед серьезными, угрожающими жизни заболеваниями. Для взрослых этот момент обычно наступает при иммунном статусе ниже 200 клеток/мл. Для детей цифры могут быть иными. Для детей в возрасте до 12 месяцев, иммунный статус 750 клеток/мл равен «взрослому» 200. Для детей от года до пяти — эта цифра составляет 500 клеток/мл. После шести лет, как и у взрослых, о серьезном повреждении иммунной системы говорит иммунный статус от 200 клеток/мл и ниже. Некоторые врачи используют в качестве основного ориентира процентное количество клеток CD4.

Дозировки антиретровирусных препаратов у детей отличаются от дозировок для взрослых. Дозы могут возрастать со временем, так как они назначаются в соответствии с весом ребенка. Обычно детям назначают те же препараты, что и взрослым, но не в виде таблеток, а в виде жидкости. Детям также могут потребоваться более высокие дозы, чем взрослым, потому что их организм усваивает препараты быстрее. Для некоторых детей может быть необходимым назначение четырех препаратов, а не трех, как обычно назначается взрослым, так как у этих детей может быть очень высокая вирусная нагрузка. Обычная комбинация — три нуклеозидных ингибитора обратной транскриптазы и один ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы. Это означает, что если первый режим терапии окажется неудачным, ребенку могут назначить комбинацию с ингибитором протеазы. Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы являются более предпочтительными для детей, так как они выпускаются в жидких формулах, которые нормальны на вкус и не вызывают тошноты и диареи.

Побочные эффекты. Антиретровирусные препараты могут вызвать неприятные побочные эффекты, включая липодистрофию — изменение распределения жировой ткани. Липодистрофия чаще встречается у более взрослых детей, вероятно из-за того, что они принимают препараты более длительное время. Побочные эффекты, такие как общее плохое самочувствие или диарея, могут вызвать дополнительные проблемы у детей. Как и в случае со взрослыми, если терапия привела к серьезным побочным эффектам, необходимо сменить препараты на другие, если существует такая возможность.

По счастью, существуют данные о том, что большинство побочных эффектов реже встречаются у детей, а если они и происходят, дети переживают их легче, чем взрослые. До сих пор неизвестно, почему это происходит. Возможно, что у детей реже встречаются особенности образа жизни, которые могут ухудшить побочные эффекты, например курение и алкоголь.

Соблюдение режима терапии. Для правильной работы антиретровирусные препараты должны приниматься строго по расписанию, по крайней мере в 95% случаев. У многих взрослых возникает проблема с соблюдением схемы приема лекарств, а у детей трудностей может быть даже больше. Дети могут не хотеть принимать лекарства с неприятным вкусом или им может быть сложно принимать лекарство только натощак или

вместе с едой. По счастью, рядом с детьми обычно всегда есть взрослый человек, который следит за тем, чтобы они принимали лекарства вовремя. Чтобы обеспечить правильный прием препаратов, тщательно продумайте, как схема лечения вашего ребенка отразится на вашем собственном образе жизни и жизни всей вашей семьи. Составьте четкий план, который обеспечит прием лекарств по расписанию. Не забудьте, что ваше собственное здоровье имеет ничуть не меньшее значение. Если вы также принимаете антиретровирусные препараты, составьте план, который поможет вам делать это правильно.

Не существует универсальных советов относительно того, как обеспечить правильный прием терапии ребенком. Вместо этого существуют отдельные стратегии, в соответствии с возрастом ребенка. Для детей до года можно вводить препарат через трубочку прямо в желудок. Сейчас разрабатываются режимы для приема терапии один раз в день, которые могут помочь детям более старшего возраста. Для того, чтобы дать лекарство малышу, некоторые родители пользуются шприц без иглы, так как это позволяет ввести препарат в глотку ребенка, не касаясь его языка.

Более старшим детям часто помогает общение с другими детьми, которые регулярно принимают лекарства. Проблемы, связанные с соблюдением режима лечения, будут меняться со временем. Например, ребенок может захотеть поужинать у друзей или остаться у них ночевать. Необходимо будет следить, чтобы у ребенка всегда были дозы препаратов при себе. Также ребенку может быть сложно принимать препараты, когда он с друзьями, так как те будут спрашивать о том, что это.

Для того, чтобы справиться с такими ситуациями, нужно планировать их заранее. Однако и с этим могут быть сложности. Например, можно попросить другого взрослого проследить, чтобы ребенок принял препараты, но это может привести к необходимости раскрыть его ВИЧ-статус. Вероятно, необходимо будет обсуждать такие ситуации с лечащим врачом ребенка, который может подсказать, как можно с ними справиться.

Прививки. Обязательно обсудите с врачом прививки ребенка. Хотя в общем вакцинации безопасны для детей с ВИЧ, им нельзя давать живые вакцины. Это значит, что ребенку противопоказаны: прививка БЦЖ против туберкулеза, живая вакцина против полиомиелита или прививка против желтой лихорадки. Существует альтернативная прививка против полиомиелита, которая не является живой. Детям с ВИЧ обязательно нужны прививки против кори, свинки и краснухи, так как такая инфекция, как корь, может нанести серьезный вред иммунной системе.

Детские болезни. Корь и ветрянка могут привести к тяжелым осложнениям у ВИЧ-положительных детей и необходимо немедленно обратиться к врачу при подозрении на эти инфекции.

Социальные вопросы. ВИЧ-положительные дети могут жить нормальной и, при адекватном лечении, здоровой жизнью. Тем не менее, как и ВИЧ-положительные взрослые они сталкиваются с предрассудками общества, переживают печаль, утрату, боятся болезни и смерти. Нет однозначного правильного совета о том, как помочь ребенку справиться с этими трудностями. В большин-



стве случаев родителям понадобится помощь социального работника или психотерапевта, специализирующегося на работе с детьми. Помимо психологов, другие специалисты, с которыми может встречаться ваш ребенок, — врачи, медсестры — могут оказывать дополнительную поддержку.

Отвечая на вопросы. Предоставление ребенку информации о ВИЧ — это необходимый и длительный процесс. В большинстве случаев ребенок уже в раннем возрасте хочет знать, зачем они с мамой ходят в больницу, зачем ему анализы крови и лекарства. В раннем возрасте многие родители рассказывают о «плохих клетках», которые убивают «хорошие клетки» в крови и для борьбы с которыми нужны лекарства. Или о вирусах, которые как «маленькие жучки». Это позволяет обсуждать вопросы здоровья с совсем маленьким ребенком, не называя ВИЧ, а также предоставлять основную информацию о заболевании и сохранении здоровья.

К младшему подростковому возрасту необходимо откровенно и как можно полнее говорить с ребенком о ВИЧ. Это позволит ребенку контролировать вопросы своего здоровья. Это также уменьшит страхи и тревожность и поможет ребенку почувствовать независимость, поддержать свою самооценку. Также возможно, что ребенка будут спрашивать о том, зачем он ходит к врачу, чем он болен и т. д. Рассказывая ребенку о его заболевании, нужно также обсудить, что он будет отвечать на такие вопросы.

Существующие психологические исследования показывают, что желательно, чтобы к 12–13 годам ребенок уже знал, что у него ВИЧ, и понимал, что это значит, какие анализы он сдаст и что за препараты принимает. Обычно к этому времени ребенок хочет принимать участие в обсуждении вопросов, связанных со своим лечением, и активно участвовать в принятии важных решений, связанных с ВИЧ.

Вырастая с ВИЧ. В мире все больше и больше детей, которые были инфицированы ВИЧ при рождении, вырастают и становятся подростками. В некоторых странах в клиниках, специализирующихся на ВИЧ, появляются подростковые кабинеты, в которых работают педиатры, наблюдавшие этих детей еще новорожденными. Детям с ВИЧ приходится справляться с новыми эмоциональными и социальными проблемами, становясь взрослыми. Необходимо заранее думать о том, что подростковый возраст может быть особенно «трудным возрастом» для ребенка, живущего с ВИЧ. И вероятно, он станет еще одним вызовом, который придется преодолеть семьям, в которых живут ВИЧ-положительные дети.