

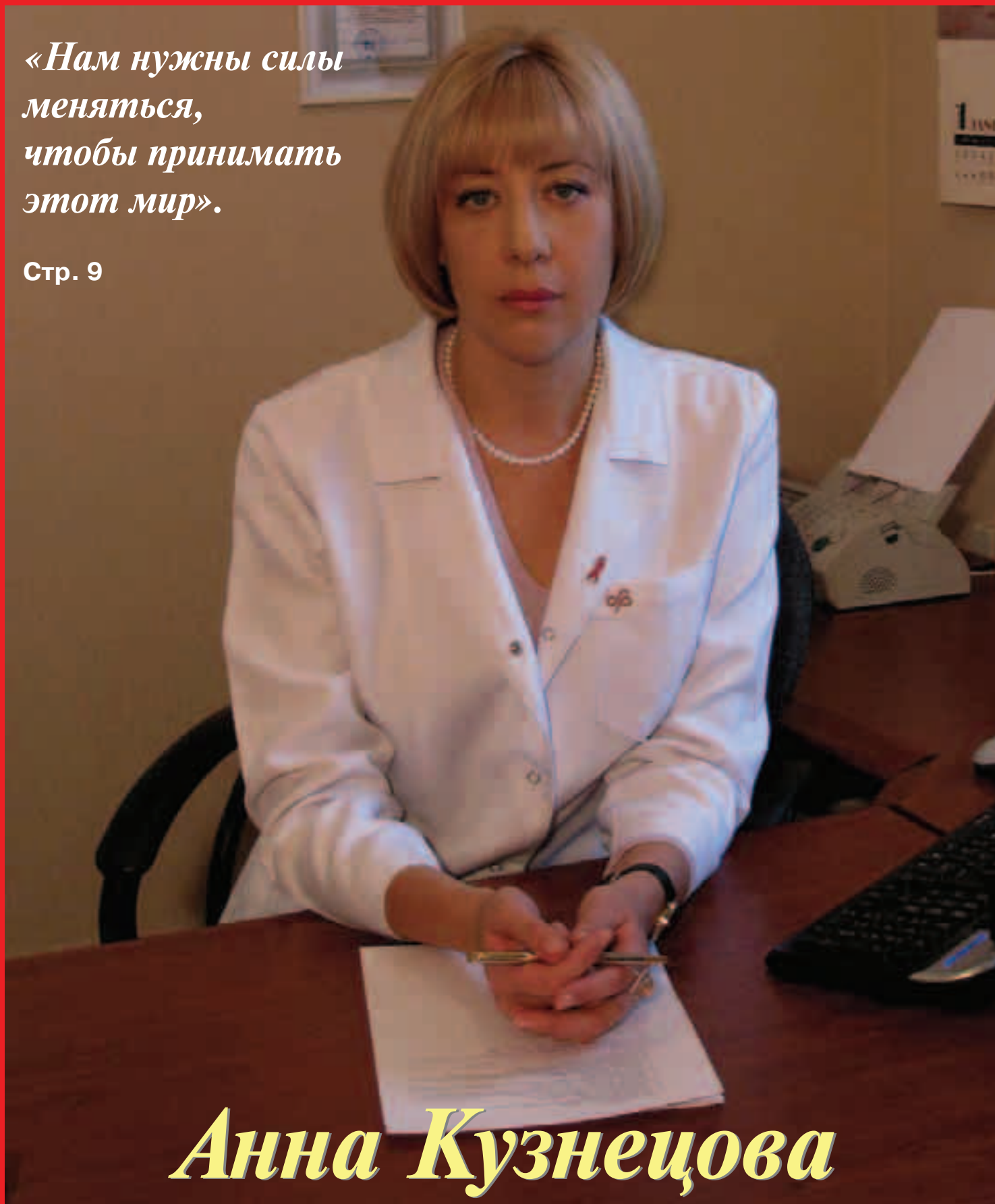
ШАГИ

№ 2/2010

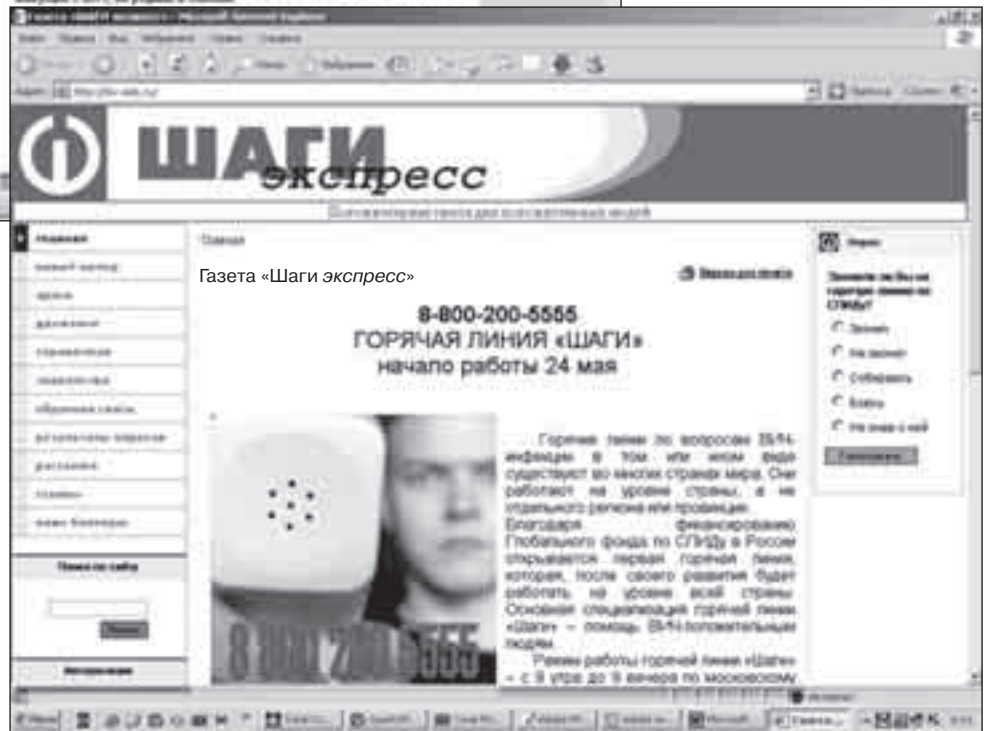
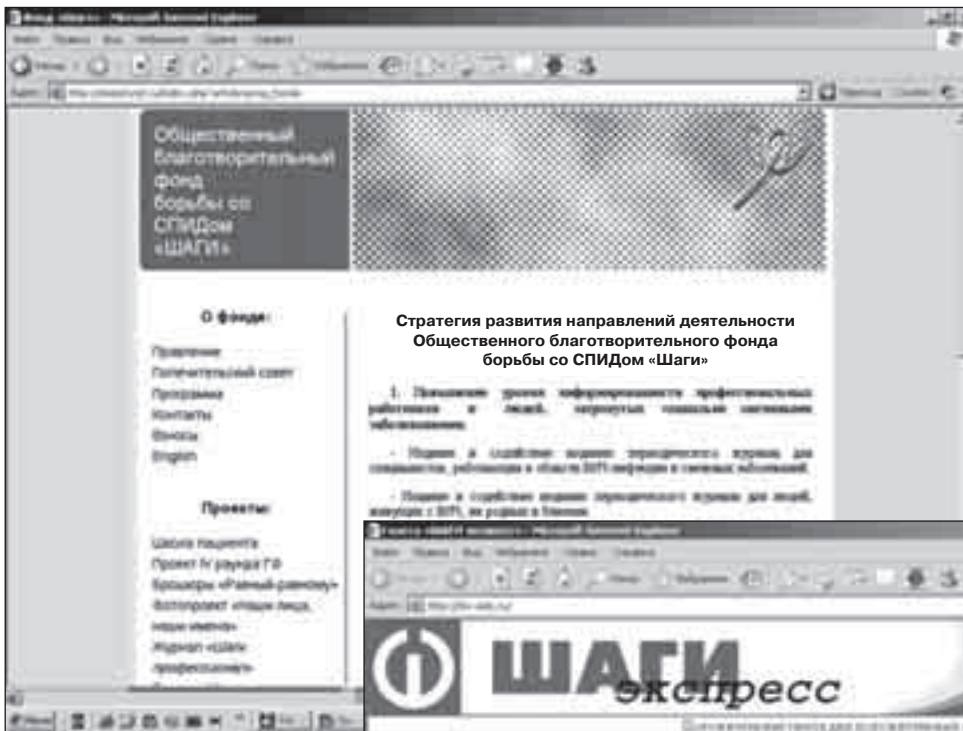
профессионал

*«Нам нужны силы
меняться,
чтобы принимать
этот мир».*

Стр. 9



Анна Кузнецова



Сайты фонда «Шаги» и газеты «Шаги экспресс»

www.stepsfund.ru

www.hiv-aids.ru

СОДЕРЖАНИЕ

24 марта – Всемирный день борьбы с туберкулезом	2
Разработка и реализация стратегии противодействия туберкулезу в России	4
Лица	
Анна Кузнецова: «Нам нужны силы меняться, чтобы принимать этот мир»	9
Обзоры мировых медицинских журналов	14
ВИЧ и право	
ВИЧ и право в Российской Федерации	30
Хроника	
Научный информационный центр по профилактике и лечению вирусных инфекций	35
XVII Конференция по ретровирусам и оппортунистическим инфекциям	77
Рядом с нами	
Специалисты в своем роде	
Никита Габдрахманов	41
В помощь НКО	
Программа и план 24-часового (3-дневного) семинара-тренинга «Интеграция детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции, в образовательную среду»	45
Врачи детям	52
К предстоящей XVIII международной конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа	62
Антиретровирусная терапия при ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков	67
Дети со знаком «плюс»	79
Новости от Восточноевропейского и Центрально-Азиатского Объединения ЛЖВ (ВЦО)	94
Светлой памяти Ю. Кучерявого	96
Вести отовсюду	8, 29, 40, 51, 76, 78, 93

«ШАГИ профессионал» № 2 (23) 2010 г.

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

Главный редактор: В.А. Пчелин.

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

Адрес редакции: 105062 Москва, а/я 302, «ШАГИ профессионал».
Телефон/факс: (495) 917-8068.

Электронная почта: editor@hiv-aids.ru

Интернет-версия по адресу: www.stepsfund.ru, www.hiv-aids.ru

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

Верстка и компьютерное обеспечение: РОФ «Шаги».

Тираж 1000 экз. Распространяется бесплатно.

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

24 марта – Всемирный день борьбы с туберкулезом

Лозунг кампании Всемирного дня борьбы с туберкулезом 2010 года: «В борьбе с туберкулезом: руководи переменами, чтобы ускорить действия».*

Основные задачи Всемирного дня борьбы с туберкулезом – привлечение внимания к данной проблеме, информирование широких слоев населения о необходимости своевременного прохождения профилактических осмотров в целях раннего выявления заболевания, своевременного обращения за медицинской помощью. Привлечение государственных и общественных организаций к участию в работе по борьбе с этим заболеванием, формирование приверженности к здоровому образу жизни.

Всемирный день борьбы с туберкулезом отмечается по решению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в день, когда немецкий микробиолог Роберт Кох объявил о сделанном им открытии возбудителя туберкулеза (1882 год, Берлин). В 1993 г. Всемирной организацией здравоохранения туберкулез был объявлен национальным бедствием, а день 24 марта – Всемирным днем борьбы с туберкулезом.

Ежегодно в мире регистрируется около 9 млн новых случаев этого заболевания и более полутора млн смертей по причине туберкулеза. По ряду оценок, туберкулез ежегодно уносит до 3-х млн человеческих жизней. В настоящее время туберкулезом инфицирована одна треть мирового населения. По-прежнему каждые 20 секунд на планете от туберкулеза умирает один человек. По прогнозу ВОЗ, в период с 2000 по 2020 год около 1 млрд людей в мире будут инфицированы микобактериями туберкулеза, 200 млн заболеют, а 35 млн умрут от этого заболевания, в основном по причине отсутствия действенной помощи.

Миллионы больных лишены возможности и доступа к лечению.

ВОЗ определила 27 стран, на которые приходится 85% всех случаев туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. Первые пять мест в этом списке занимают Азербайджан, Молдова, Казахстан, Узбекистан и Украина.

В 2008 году Европейское региональное бюро ВОЗ приступило к реализации плана «Остановить туберкулез». Он рассчитан до 2015 года и

охватывает 18 стран – Азербайджан, Армению, Беларусь, Болгарию, Грузию, Казахстан, Кыргызстан, Латвию, Литву, Молдову, Россию, Румынию, Таджикистан, Туркменистан, Турцию, Узбекистан, Украину и Эстонию.

Медики прогнозируют: в ближайшие 10 лет туберкулез останется одной из 10-ти ведущих причин заболеваемости и смертности в мире.

Туберкулез – это серьезно?

Туберкулез – это инфекционное заболевание, чаще всего поражающее легкие. Заражаются люди от больных туберкулезом. Возбудитель выделяется в окружающий воздух при кашле, чихании, разговоре. Туберкулез широко распространен на планете. Треть населения мира инфицирована бактериями, вызывающими туберкулез. Ежегодно выявляется более 8 млн новых случаев заболевания.

В России показатель заболеваемости колеблется от 82,0 до 84,0 на 100 тыс. населения.

Основными признаками заболевания являются: общее недомогание, слабость, потливость по ночам, длительный (более двух недель) кашель, повышение температуры тела, появление крови в мокроте, отделяющейся при кашле. При появлении таких симптомов следует незамедлительно обратиться к врачу. У некоторых людей длительное время вышеперечисленные признаки могут отсутствовать, тогда как заболевание развивается активно.

Выявить туберкулез у человека можно при флюорографическом обследовании органов грудной клетки, при специальном анализе мокроты, при постановке реакции Манту.

Туберкулезом чаще заболевают люди, у которых снижается иммунитет по различным причинам. Одной из причин является ВИЧ-инфекция, которая, снижая иммунитет заболевшего, повышает риск развития у него туберкулеза. Глобальное распространение ВИЧ-инфекции сыграло значительную роль в возникновении вторичной эпидемии туберкулеза в мире.

Чтобы снизить риск заболевания необходимо вести здоровый образ жизни:

- исключить наркотики;

* Неофициальный перевод на русский язык; официальный лозунг на английском языке: «On the move against tuberculosis: Innovate to accelerate action».

- не злоупотреблять алкоголем;
- употреблять в пищу продукты богатые белком (мясо, рыбу, молочные продукты), витаминами (овощи, фрукты);
- соблюдать личную гигиену;
- не вступать в половые контакты без средств защиты (чтобы не заразиться ВИЧ-инфекцией);
- избегать общения или хотя бы свести к минимуму контакты с больными активными формами туберкулеза;
- регулярно проходить флюорографическое обследование (лицам с ВИЧ-инфекцией – 2 раза в год);
- при наличии длительного кашля, потливости по ночам, слабости – своевременно обращаться к врачу.

Туберкулез излечим, но лечение длительное (6 месяцев и более). Лечение ВИЧ-инфекции – пожизненное. Главное – не запустить болезнь, наблюдаться у врача, чтобы своевременно получить лечение. К сожалению, в нашей практике есть много случаев, когда ВИЧ-инфицированные не посещают СПИД-центр по 5–10 лет и появляются в поле зрения врача-инфекциониста уже в тяжелом состоянии, имея ВИЧ-инфекцию в поздней стадии, туберкулез и многое другое. Результат лечения в такой ситуации проблематичен. Очень важно четко выполнять все предписания врача, строго соблюдать режим приема лекарств. В противном случае (при нарушении графика приема, дозировки и т.д.) развивается устойчивость микроорганизмов к противовирусным и противотуберкулезным препаратам. Больной туберкулезом может заражать окружающих людей, особенно в тесном, душном помещении, транспорте и т.д.

Вежливый человек не будет чихать и кашлять на соседа, он прикроет рот и нос платком, будет использовать свою посуду, полотенце, постельное белье, при необходимости – надевать защитную маску (по совету врача).

Необходимо помнить: наше здоровье в наших руках!

И.Г. Алтатова, врач-эпидемиолог

Послание исполнительного директора ЮНЭЙДС г-на Мишеля Сидибэ

В эпоху расширения доступа к антиретровирусному лечению недопустимо, чтобы туберкулез оставался одной из основных причин заболевания и смерти среди людей, живущих с ВИЧ.

Даже несмотря на то, что ТБ можно предупредить и излечить, ежегодно он по-прежнему уносит жизни полумиллиона людей, живущих с ВИЧ. Те, кто занимается проблемой ВИЧ, не могут оставаться в стороне, наблюдая, как это происходит. Без принятия мер по контролю ТБ и особенно ТБ с лекарственной устойчивостью, которые не знают границ, эти заболевания могут продолжать распространяться и превратиться в серьезную глобальную проблему для здоровья.

Мир уже взял на себя обязательства по уменьшению числа новых случаев заболевания и смерти от ТБ в рамках цели 6, оговоренной в Декларации тысячелетия. В то же время я призываю тех, кто занимается проблемой ВИЧ, сделать еще один шаг.

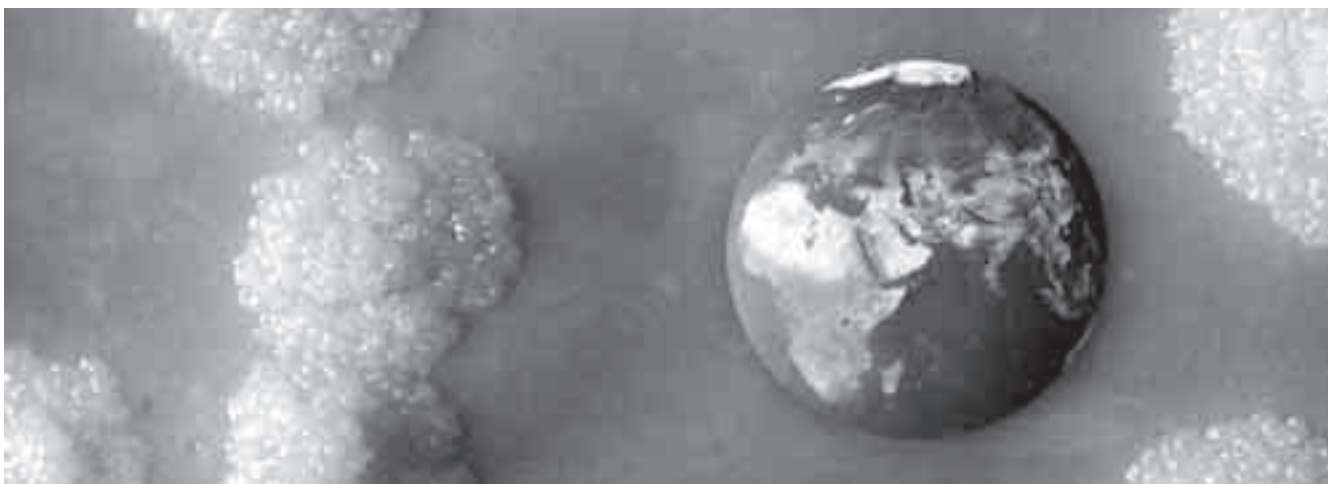
Нам необходимо взять обязательство с тем, чтобы уменьшить в два раза число смертей от ТБ среди людей, живущих с ВИЧ, к 2015 году.

ЮНЭЙДС твердо намерена достичь этой цели через реализацию рамочного документа «Совместные действия для достижения результатов». Давайте объединим наши усилия с теми, кто занимается проблемой ТБ среди людей, живущих с ВИЧ, укрепим наши совместные меры в ответ на ВИЧ и ТБ и расширим доступ к наиболее эффективным и интегрированным услугам по профилактике, диагностике и лечению для людей, живущих с ВИЧ.

Мы можем сделать намного больше, чтобы остановить ТБ.

Мы можем предотвратить смерти от ТБ среди людей, живущих с ВИЧ.

В этот Всемирный день борьбы с туберкулезом я призываю всех наших партнеров дать обещание – уменьшить в два раза число смертей от ТБ среди людей, живущих с ВИЧ, к 2015 году и дать надежду миллионам людей.



РАЗРАБОТКА И РЕАЛИЗАЦИЯ СТРАТЕГИИ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ТУБЕРКУЛЕЗУ В РОССИИ*

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ

• С 1991 по 1994 годы показатель заболеваемости туберкулезом в РФ вырос на 41,2%, с 1995 по 2008 годы — на 47,0% (с 1995 г. в показатель общей заболеваемости включаются данные о заболеваемости среди заключенных и подследственных в системе ФСИН). В 2007 г. было зарегистрировано 120 835 новых случаев заболевания туберкулезом (85,1 на 100 тыс. населения) и 16 154 случаев повторного заболевания туберкулезом (11,4 на 100 тыс. населения). Болеют туберкулезом чаще мужчины (в 2,7 раза чаще женщин, рецидивы среди мужчин отмечены в 4,6 раза чаще, чем среди женщин), сельские жители (на 19,2% чаще городского населения). Максимальные показатели заболеваемости туберкулезом (как среди мужчин, так и среди женщин) отмечаются в наиболее активном работоспособном возрасте — от 25 лет до 44 лет. В 2008 г. среди впервые зарегистрированных больных туберкулезом контингенты, находившиеся в местах лишения свободы, составили 12,0%; иностранные граждане — 2,1%; лица без определенного места жительства — 1,5%; зарегистрировано больных с бактериовыделением — 41,5%, с поражением органов дыхания — 96,9%. Среди впервые выявленных больных туберкулезом, обследованных на антитела к ВИЧ, у 2,7% была зарегистрирована ВИЧ-инфекция.

Всего на конец 2008 года в противотуберкулезных учреждениях России состояло на учете 270 544 больных туберкулезом, при этом 94,3% от общего числа зарегистрированных случаев приходится на туберкулез с поражением органов дыхания и 42,1% — с бактериовыделением.

Наибольшая пораженность населения туберкулезом зарегистрирована в округах, располагающихся на востоке страны (УФО, СФО и ДФО). Распространению туберкулеза способствуют неблагоприятные социально-экономические условия и факторы, содействующие ослаблению иммунитета (включая неправильное и недостаточное питание, хронический стресс, переутомление, злоупотребление алкоголем, курение, пренебрежение здоровым образом жизни и т.д.). Туберкулез является не только медико-социальной, но и экономической проблемой,

поскольку поражает наиболее работоспособную, активную часть населения.

• В России отмечается рост числа больных туберкулезом органов дыхания с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ¹). В 2008 году МЛУ была зарегистрирована у 4,8% больных туберкулезом, наблюдавшихся в противотуберкулезной службе менее 1 года, и у 9,8% от общего числа зарегистрированных больных туберкулезом. Среди больных туберкулезом органов дыхания, выделяющих микобактерии туберкулеза во внешнюю среду, доля больных с МЛУ выше и составляет соответственно 10,7 и 23,4%. Показатель МЛУ среди больных, наблюдавшихся менее 1 года, достаточно стабилен (2,9–3,3 случаев на 100 тыс. населения в 2005–2008 гг.), однако отмечается рост этого показателя среди общего числа больных (в 2005 г. — 15,9; в 2008 г. — 18,6 на 100 тыс. населения). Распространение ТБ с множественной лекарственной устойчивостью говорит о необходимости повышения эффективности и качества бактериологической диагностики туберкулеза, мер инфекционного контроля, обеспечения непрерывности и контролируемости химиотерапии на всех этапах лечения, социальной поддержки больных туберкулезом. Использование хирургических методов лечения необходимо сместить на первый год после начала приема противотуберкулезных препаратов, когда у большинства больных еще нет МЛУ.

• В РФ туберкулез является основной причиной смертности от инфекционных заболеваний. Максимальный показатель смертности от туберкулеза был отмечен в 2005 г., когда этот показатель увеличился более чем в 2,5 раза по сравнению с 1991 г. и составил 22,6 на 100 тыс. населения; к 2008 г. показатель снизился на 20,8% (17,9 на 100 тыс. населения). В 2008 г. зарегистрировано 25 388 случаев смерти от туберкулеза, в том числе 76,7% умерших состояли на учете в противотуберкулезной службе, у 21,6% отмечался туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью. От туберкулеза умирает 40–42% больных, среди других причин смерти больных туберкулезом все более значимое место начинает занимать ВИЧ-инфекция. В 2008 г. в 1,8% зарегистрированных случаев туберкулез был диагностирован после смерти больных.

* Информация подготовлена Благотворительным фондом поддержки приоритетных стратегий в сфере общественного здравоохранения совместно с Центральным научно-исследовательским институтом организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения и социального развития РФ (ФГУ «ЦНИИОИЗ Минздравсоцразвития РФ») при финансовой поддержке фонда «Российское здравоохранение» в рамках Программы «Развитие стратегии лечения населения Российской Федерации, уязвимо к туберкулезу» Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

¹ МЛУ-ТБ — туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью, вызываемый бактериями, устойчивыми по меньшей мере к двум наиболее мощным противотуберкулезным препаратам первой линии — изониазиду и рифампицину.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПОЛИТИКИ И ПРОГРАММ

• В результате того, что вопросам борьбы с ТБ в Советском Союзе уделялось приоритетное значение, была создана обширная сеть специализированных противотуберкулезных учреждений, в настоящее время функционирующих по всей территории страны, включая центральный диспансер, больницы, ТБ-кабинеты и поликлиники в каждом субъекте федерации. Государственная политика определяется Министерством здравоохранения и социального развития РФ. В стране действуют 5 федеральных научно-исследовательских институтов, которые курируют деятельность противотуберкулезных служб в пределах соответствующих территорий. Сбор и анализ данных по туберкулезу из регионов осуществляет Федеральный центр мониторинга противодействия распространению туберкулеза, созданный на базе Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения (ЦНИИОИЗ).

• После значительного ухудшения состояния противотуберкулезных служб и ухудшения эпидемиологической обстановки в 1990-х годах, правительством была принята Федеральная целевая программа (ФЦП) «Неотложные меры борьбы с ТБ в России на 1998–2004 гг.», основной целью которой являлось восстановление системы противотуберкулезной помощи населению, а также повышение эффективности мер по выявлению, лечению и профилактике ТБ и развитие отечественного производства противотуберкулезных препаратов и вакцин.

В 2001 г. данная программа была интегрирована в более широкую по охвату ФЦП «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера» (2002–2006 гг.).

Постановлением Правительства РФ от 10.05.2007 г. № 280 принята ФЦП «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 гг.)», в которой есть подпрограмма «Туберкулез».

• В 1994–1995 гг. начались первые пилотные проекты по применению стратегии ВОЗ (DOTS) в России (в Ивановской, Кемеровской, Томской областях). Стратегия ВОЗ определяет минимально необходимый перечень мер для организации экономически эффективной программы борьбы с туберкулезом. Изначально приоритетами стратегии ВОЗ являются пять основных компонентов: политическая поддержка; приоритетное выявление наиболее контагиозных больных, применение стандартных режимов химиотерапии в условиях прямого контроля за приемом химиопрепаратов; гарантированное и бесперебойное обеспечение противотуберкулезными препаратами; четкая система мониторинга, учета и отчетности, основанная на когортном анализе. Стратегия ВОЗ (DOTS) направлена на осуществление минимального стандарта противотуберкулезных мероприятий в условиях выра-

женного ресурсного дефицита. В 2006 г. стратегия ВОЗ по борьбе с туберкулезом была значительно пересмотрена, расширена и дополнена (см. «*The STOP TB strategy*», WHO, 2006). На данном этапе она включает в себя вопросы обеспечения качества, ТБ/ВИЧ, МЛУ-ТБ, координации всех партнеров, роль общественности и научные исследования.

• Государственные органы и агентства

• Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, его службы и агентства.

• Федеральная служба исполнения наказаний.

• Научно-исследовательские институты федерального уровня:

- НИИ фтизиопульмонологии ММА им. И.М. Сеченова,

- Новосибирский НИИ туберкулеза,

- Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии,

- Уральский НИИ фтизиопульмонологии,

- Центральный НИИ туберкулеза РАМН.

• Участвуют в разработке методов лечения ТБ: Федеральный центр мониторинга противодействия распространению туберкулеза на базе Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения (ЦНИИОИЗ).

• Координирующие советы

• Российский страновой координационный механизм по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД и туберкулеза (координирует реализацию проектов на средства Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией).

• Межведомственный Координационный комитет (МКК).

• Рабочая группа высокого уровня по туберкулезу (РГВУ) – коллегиальный совещательный орган, созданный в 1999 г. Министерством здравоохранения, Министерством юстиции России, РАМН и ВОЗ с целью интеграции российского и международного опыта борьбы с туберкулезом.

• В 2001 г. был издан Федеральный закон «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» и соответствующее постановление правительства, определившие государственные и финансовые приоритеты для борьбы с этим заболеванием.

• В 2003–2006 гг. МЗ РФ был издан ряд организационно-методических документов по лабораторной диагностике туберкулеза, стандартизированной химиотерапии, когортному анализу, учетно-отчетным формам и др., разработанных на основании международного опыта и рекомендаций ВОЗ (приказы МЗ РФ от 21.03.2003 г. № 109, от 13.02.2004 г. № 50 и др.). В 2005–2006 гг. новая пересмотренная стратегия борьбы с туберкуле-

зом была внедрена практически по всей стране (в 2005 г. — в 67 территориях, к 2006 г. — в 87 территориях).

В 2003–2008 гг. в РФ реализовывались программы борьбы с туберкулезом и СПИДом, осуществляемые на средства займа Всемирного банка в размере 100 млн долларов США (около 2,7 млрд рублей). По итогам реализации проекта в 2009 г. он был признан одним из лучших среди проектов Восточной Европы, финансируемых Всемирным банком.

В сентябре 2000 г. в Томской области началась первая в РФ программа по лечению больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ). Программа охватывала 650 пациентов с МЛУ-ТБ в гражданском и пенитенциарном секторах и реализовывалась при финансовой и технической поддержке благотворительной организации «Партнеры во имя здоровья». В 2004 г. проект был расширен еще на 950 пациентов, когда в декабре 2004 г. началась реализация программы борьбы с туберкулезом на средства гранта Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФ) в Томской области с общим бюджетом около 11 млн долларов США (около 320 млн рублей, III раунд ГФ; основной получатель — негосударственная организация «Партнеры во имя здоровья»). С декабря 2005 г. реализуется программа «Развитие стратегии лечения населения Российской Федерации, уязвимого к туберкулезу» на средства гранта ГФ в размере 88 млн долларов США (около 2,5 млрд рублей) на 5 лет (IV раунд ГФ; основной получатель — фонд «Российское здравоохранение»). Эти проекты направлены на оснащение противотуберкулезных учреждений необходимым оборудованием и на обучение медицинских работников (как фтизиатров, так и врачей других специальностей) различным аспектам борьбы с туберкулезом. Одним из приоритетов программы гранта ГФ является развитие мер для борьбы с туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) и ТБ, ассоциированным с ВИЧ-инфекцией. В частности, проводилось укрепление системы мониторинга, оснащение кабинетов добровольного консультирования и проведение обучения для медицинских специалистов различных специальностей.

• **На средства гранта ГФ открыто 9 специализированных центров по контролю за распространением ТБ**, в том числе в учреждениях пенитенциарной системы. Из них 5 центров создано на базе федеральных профильных НИИ. Программа гранта ГФ также направлена на оснащение средствами инфекционного контроля и обеспечение противотуберкулезными препаратами второго ряда для лечения больных с МЛУ-ТБ. Благодаря совместным усилиям российского здравоохранения, международных организаций и ВОЗ в России 25 регионов РФ получили одобрение Комитета зеленого света (КЗС) для нача-

ла реализации проектов по борьбе с МЛУ-ТБ. Разрешение КЗС позволяет приобретать препараты второго ряда по значительно более низким ценам.

• **Государственное финансирование противотуберкулезных мер в РФ складывается из нескольких источников.** В 2008 г. из различных источников на противотуберкулезные мероприятия было выделено 32,3 млрд. рублей, в том числе из бюджетов субъектов Российской Федерации и муниципальных образований 29,5 млрд рублей (91,3%), а из международных источников — 4,9% всех средств, выделенных на противотуберкулезные мероприятия в 2008 г. В результате в 2008 г. на одного больного активным туберкулезом было затрачено из всех источников около 78 тыс. рублей. По направлениям расходов основная часть средств (88% по всем источникам финансирования) в 2008 г. пошла на лечение больных туберкулезом, в том числе на поддержание деятельности противотуберкулезных учреждений, закупку лекарственных средств.

Общий объем финансирования подпрограммы «Туберкулез» ФЦП «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 гг.)» составляет 29,86 млрд рублей, в том числе за счет средств федерального бюджета — 13,36 млрд рублей, бюджетов субъектов Российской Федерации — 16,50 млрд рублей.

Увеличенный объем государственного финансирования, а также выделение средств Глобального фонда и займа Всемирного банка позволили укрепить инфраструктуру и поставить современное оборудование в федеральные учреждения фтизиатрической службы, учреждения субъектов, а также ФСИН, что позволило значительно модернизировать эти учреждения.

• **Несмотря на осуществляемый комплекс мер, ситуация остается крайне напряженной.** Особенно высокую обеспокоенность вызывает рост распространенности МЛУ-ТБ и ТБ/ВИЧ. По данным годовой когорты впервые выявленных больных туберкулезом легких 2007 г., зарегистрированных с положительным результатом микроскопии мазка мокроты, эффективный курс химиотерапии был отмечен у 57,8% больных, неэффективный — у 15,5%, досрочное прекращение лечения — у 10,0%, умерло от туберкулеза — 8,8%, умерло от других причин — 3,9%.

ВОПРОСЫ, ТРЕБУЮЩИЕ НЕОТЛОЖНОГО РЕШЕНИЯ

• **В субъектах РФ отмечаются различия в объемах финансировании** противотуберкулезной службы, что в дотационных субъектах ставит под угрозу неотложное проведение полномасштабных и комплексных мероприятий. Не во всех субъектах РФ и не на всех уровнях самоуправле-

ния обеспечение борьбы с туберкулезом является приоритетным вопросом политической повестки. Это, в свою очередь, способствует сохранению резервуара инфекции.

- **Отсутствие адекватной политической поддержки, особенно на уровне субъектов федерации,** приводит не только к недостаточному уровню финансирования, но и к слабой внутриведомственной и межведомственной координации в сфере противодействия ТБ.

- **Высокая стоимость препаратов второго ряда и сохраняющийся дефицит средств бюджетов препятствуют обеспечению равного доступа к лечению при МЛУ-ТБ,** что будет в значительной степени способствовать распространению этого опасного заболевания.

- **Низкие возможности отечественного фармацевтического рынка, недостаточное качество противотуберкулезных препаратов.** На настоящий момент в структуре всех закупаемых противотуберкулезных препаратов лекарственные средства зарубежных компаний составляют 67%, что приводит к ежегодным потерям государства в размере около 2,5 млрд рублей. Применение некачественных препаратов будет способствовать распространению смертельно опасных форм МЛУ-ТБ.

- **Сохраняется разобщенность различных ведомств и различных секторов здравоохранения.** Требуется более эффективная координация и преемственность на всех уровнях. Необходимо четкое взаимодействие фтизиатрической службы с учреждениями общей лечебной сети, первичного здравоохранения, центров по профилактике и борьбе со СПИДом и др.

- **Дефицит квалифицированных кадров во фтизиатрии наблюдается на всех уровнях** (местном, уровне субъекта и федеральном). Наряду с процессом старения кадров и естественной убыли врачей-фтизиатров, нуждаются в серьезном пересмотре действующие нормы и нормативы финансирования службы. Врачи-фтизиатры, как правило, работают с большой нагрузкой, что подтверждается высоким коэффициентом совместительства. В большинстве территорий Российской Федерации обеспеченность врачами-фтизиатрами низкая (68%) и не соответствует частоте распространения туберкулезной инфекции. При этом уровень средней заработной платы врачей-фтизиатров один из самых низких, а разница между размерами заработной платы врача-фтизиатра и, например, врача-инфекциониста достигает по большинству субъектов Российской Федерации 150–200%, что объясняет низкую престижность профессии врача-фтизиатра. Сегодня средний возраст врача-фтизиатра составляет 48,9 лет, а доля лиц старше 70 лет равна 15%. Все это способствует формированию кадрового кризиса в сфере ТБ.

- **Высокая степень износа, техническое оснащение и состояние многих лечебных учреждений** не позволяют в полной мере обеспечить необхо-

димые меры инфекционного контроля для предотвращения внутрибольничного распространения инфекции и обеспечения защиты медицинского персонала.

- **Не всегда адекватный уровень качества микробиологических исследований** увеличивает риск некачественной диагностики и неэффективного лечения больных, в особенности больных МЛУ-ТБ. Система контроля качества не внедрена повсеместно.

- **Низкая эффективность лечения и организации лечения способствует дальнейшему развитию эпидемии туберкулеза и МЛУ-ТБ.** Если не будут предприняты неотложные меры, рост заболеваемости МЛУ-ТБ и ТБ, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, а также сочетанной патологии ВИЧ-инфекции и МЛУ-ТБ станут серьезным фактором дестабилизации ситуации с туберкулезом в России. В таком случае велик также риск быстрого распространения туберкулеза со сверхустойчивостью к лекарственным препаратам (ШЛУ-ТБ²).

ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

- Совершенствование системы управления противотуберкулезными мероприятиями, включая более широкое использование национальной системы мониторинга туберкулеза.

- Реализация кадровой политики, направленной на привлечение, удержание и повышение квалификации кадров.

- Совершенствование технологий выявления и диагностики туберкулеза.

- Улучшение материальной базы медицинских учреждений, строительство и реконструкция лечебно-профилактических учреждений, оказывающих противотуберкулезную помощь населению.

- Улучшение технического оснащения медицинских учреждений, оказывающих противотуберкулезную помощь населению.

- Обеспечение лечебно-профилактических учреждений системы здравоохранения противотуберкулезными препаратами и расходными материалами.

- Обеспечение комплексного лечения больных туберкулезом, включая развитие системы привлечения и удержания на лечении.

- Разработка и реализация комплекса профилактических мероприятий.

- Совершенствование системы организации лечебно-профилактических мероприятий в

² ТБ с широкой лекарственной устойчивостью — форма ТБ, вызываемая бактериями, устойчивыми к любым фторхинолонам, и по крайней мере, к одному из трех инъектируемых препаратов второй линии, в дополнение к препаратам I линии изониазиду и рифампицину.

сфере ограничения распространения туберкулеза в учреждениях ФСИН.

Условия, необходимые для реализации приоритетных направлений:

- Повышение ответственности органов исполнительной власти и местного самоуправления субъектов Российской Федерации в обеспечении эффективности противотуберкулезных мероприятий.

- Расширение организационно-методической и контролирующей функции федеральных структур в сфере предупреждения распространения туберкулеза на территории Российской Федерации.

- Подготовка высококвалифицированных кадров врачей-фтизиатров и повышение привлекательности данной специальности.

- Выраженная противотуберкулезная направленность мероприятий первичной медико-санитарной помощи, особенно при планировании и проведении скрининговых мероприятий на туберкулез среди организованного и неорганизованного населения с акцентом на группы высокого риска.

- Укрепление материально-технической базы учреждений противотуберкулезной службы.

Источники:

1. «Туберкулез в Российской Федерации 2007 г.». Аналитический обзор основных статистических показателей по туберкулезу, используемых в Российской Федерации, Москва, 2008 <http://tbpolicy.ru/publications/index.php?id=72>.

2. «Ресурсы и деятельность противотуберкулезных учреждений. Основные эпидемиологические показатели». Статистические материалы, М. – 2009 г.

3. «Global tuberculosis control – surveillance, planning financing», WHO Report, 2008.

4. THE STOP TB STRATEGY, Building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goals, WHO, 2006.

5. «Health for all» WHO European Region Database.

6. Подпрограмма «Туберкулез» ФЦП «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 гг.)».

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

Великий Новгород. Специалисты обсудили вопросы борьбы с ВИЧ/СПИДом

12 марта в конференц-зале гостиницы «Береста Палас» состоялась конференция для специалистов здравоохранения области «Антиретровирусная терапия больных ВИЧ-инфекцией», приуроченная к 20-летию новгородского центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями «Хелпер».

Мероприятие, «юбилейное» лишь номинально, с самого начала проходило в серьезном тоне: острые темы, оживленный диалог участников, понимание сложности предстоящей в 2010 году работы – все это просто не оставило времени для мыслей о праздничной дате. Ни минуты на самолюбование: воспоминания о колоссальном опыте работы специалистов «Хелпера» приводились лишь в те моменты, когда были действительно необходимы. При том, что опыт этот, по сути, составляет большую часть истории борьбы с ВИЧ/СПИДа в Новгородской области. Именно с истории в цифрах конференция и началась: после демонстрации социальных роликов и непродолжительного приветственного слова главный врач центра Светлана Бузунова обратилась к статистике, раскрывающей неутешительные тенденции развития ВИЧ в области за последние десятилетия. Так, первый случай ВИЧ-инфицирования был зарегистрирован в Великом Новгороде в 1990 году. С тех пор цифры пугающе выросли: по данным на конец 2009 года количество инфицированных в Новгородской области насчитывает 1172 человека. Большинству из них от 20 до 29 лет, но есть случаи выявления инфекции у людей старше 50. Вселяет надежду прогресс в области профилактики болезни: в течение последних 3-х лет, благодаря государственной поддержке, все больше населенных пунктов снабжаются необходимым для обследований оборудованием. Факт приятный, но приятный относительно, т.к. обследование ежегодно проходят лишь около 17% населения, а

это ничтожно мало – несмотря на кажущуюся отдаленность, проблема касается всех и каждого. В заключении Светлана Бузунова отметила нехватку социальной рекламы на телевидении и добавила, что особенно сложно решить этот вопрос на региональном уровне.

Далее слово предоставили докладчикам. Доцент медицинских наук Елена Степанова подробно осветила тему «Принципы антиретровирусной терапии. Стандарты лечения ВИЧ-инфекции». С 2006 года, после запуска Нацпроекта, получение лекарств стало значительно проще. Елена Степанова предоставила участникам конференции докладный обзор антиретровирусных препаратов, а также доходчиво объяснила механизм их действия. Также она осветила проблемные ситуации, вызванные необходимостью замены одного препарата другим и составления наиболее подходящего больному сочетания лекарств. Кроме того, очень важно, заметила она, готов ли больной к лечению морально.

Заместитель главного врача Санкт-Петербургской клинической инфекционной больницы имени С.П. Боткина, кандидат медицинских наук Владимир Мусатов представил еще один уникальный доклад – «Антиретровирусная терапия у пациентов особых групп: «поздноначинающие» терапию, больные с нарушениями ЦНС, больные с дислипидемией». Доклады сопровождались вопросами и комментариями собравшихся специалистов: продолжительное и оживленное общение стало несомненным подтверждением актуальности тем выступлений и заинтересованности в них специалистов.

В заключение конференции, продолжавшейся порядка трех часов, Светлана Бузунова поблагодарила всех собравшихся, отдельно поблагодарив гостей из северной столицы и отметив важность сотрудничества специалистов из Новгорода и Санкт-Петербурга.

<http://med53.ru>



Анна Кузнецова:

«Нам нужны силы меняться, чтобы принимать этот мир»

В конце октября 2009 года в Хабаровске состоялся восьмой ежегодный краевой профессиональный конкурс «Признание». По его итогам лучшим учреждением здравоохранения в Хабаровском крае стало государственное учреждение здравоохранения «Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями». Среди лауреатов конкурса и Анна Валерьевна КУЗНЕЦОВА – главный врач СПИД-центра.

Сегодня мы попросили Анну Валерьевну рассказать о своей работе.

Должна сказать, что для нас победа в конкурсе была несколько неожиданной, и не потому, что мы не верили в собственный успех, но мы знали, каким потенциалом и возможностями обладают наши опытные соперники. Поэтому эта победа так для нас значима, она действительно является признанием и нашего учреждения, и профессионализма нашего коллектива. Отрадно и то, что высокое звание мы получили в юбилейный год, в год своего двадцатилетия.

Осень для нас – счастливая пора! Осенью мы «родились», если так можно сказать об учреждении, осенью мы победили. И вот уже несколько лет наша дальневосточная осень своим разноцветьем украшает и наш Центр, и мир вокруг него, дарит солнечное настроение нашим посетителям и нам.

В сентябре 1989 года Управление здравоохранения Администрации Хабаровского края издало приказ о создании нового учреждения здравоохранения – «Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», который и разместился тогда в двух небольших кабинетах в департаменте здравоохранения. Работа начиналась силами «отважной пятерки» (в штатном расписании было предусмотрено такое число сотрудников). Кстати, из этой «пятерки» в Центре до сих пор работают Владимир Павлович Дятлов – заместитель главного врача по организационно-методической работе, Антонина Ефимовна Бутакова – врач-эпидемиолог, Наталия Александровна Горovenko – заведующая лабораторным подразделением. Все они замечательные профессионалы и люди по-настоящему преданные своему делу.

Центр рос, развивался и в 2001 году у нас наконец-то появился свой дом. Сегодня Центр –

ведущее амбулаторно-поликлиническое учреждение Хабаровского края. В структуре учреждения 11 функциональных подразделений, основными из которых являются лечебно-консультативный и организационно-методический отделы, дневной стационар, лаборатория, отделения профилактики, эпидемиологии и аптека. В Центре доступна ультразвуковая диагностика, эндоскопические и функциональные исследования. Общая штатная численность составляет 182 человека; медицинских работников – 145 (в том числе кандидат медицинских наук), 37 врачей 17-ти специальностей, из них более 90% – высшей и первой категории. Категорированы 82% средних медицинских работников, весь медицинский персонал сертифицирован, 3 врача имеют сертификат исследователя по стандарту GCP.

Сегодня наш Центр ведет работу на территории Хабаровского края по нескольким направлениям, ведущим из которых является оказание лечебно-консультативной помощи ВИЧ-инфицированным, больным СПИДом и другими инфекционными заболеваниями. Ежегодно в Центр за медицинской помощью обращается около 75 тыс. человек; высокоактивную антиретровирусную терапию бесперебойно получают около 200 ВИЧ-позитивных пациентов; более 400 человек с диагнозом хронический вирусный гепатит В и С уже пролечены, еще минимум 150 человек получают лечение в 2010 году. В дневном стационаре учреждения медицинская помощь оказывается 400 пациентам. С декабря 2008 года в крае полностью решен вопрос по обеспечению детей с перинатальным контактом по ВИЧ заменителями грудного молока.

В Центре организована работа «равного» консультанта, предоставляющего психологическую

Досье

Кузнецова Анна Валерьевна – главный врач ГУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями» министерства здравоохранения Хабаровского края, кандидат медицинских наук, доцент кафедры туберкулеза и инфекционных болезней ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗХК, главный внештатный специалист-эксперт по профилактике, диагностике и лечению ВИЧ/СПИДа министерства здравоохранения Хабаровского края. Имеет высшие квалификационные категории по специальностям: организация здравоохранения и общественное здоровье, аллергология-иммунология, инфекционные болезни.

Благодаря ее усилиям в практику работы службы СПИД в Хабаровском крае активно внедряются современные диагностические, терапевтические и профилактические технологии медицинских вмешательств при ВИЧ-инфекции, оппортунистических заболеваниях и кровоконтактных вирусных гепатитах.

Является автором около 80 научных работ, 5 методических и учебных пособий.

За заслуги в области здравоохранения и многолетний добросовестный труд в 2008 году удостоена Почетной грамоты министерства здравоохранения и социального развития РФ.

поддержку по принятию ВИЧ-статуса и консультирование ПИН ЛЖВ.

Отлажено взаимодействие с УФСИН, где медицинскую помощь получают около 200 ЛЖВ, из них 31 пациент получает АРВ-терапию. Центр предоставляет учреждениям ФСИН услуги по лабораторному мониторингу АРВТ. Совместно с Всероссийским объединением людей, живущих с ВИЧ, центром в 2010 году планируется начать обучение «равных» консультантов из числа заключенных ЛЖВ.

Диагностическое направление нашего Центра представлено лабораторией, выполняющей исследования более чем по 50 направлениям с мощностью более 850 исследований в смену и более 300 тыс. в год; ультразвуковой, эндоскопической и функциональной диагностикой до 15 тыс. исследований в год.

Несколько лет назад мы выступили с инициативой проведения ежегодной региональной конференции по лабораторной диагностике и, получив поддержку, приступили к реализации этой идеи. В программе конференции особое место занимают мастер-классы – это своеобразные практические занятия для сотрудников всех лабораторий ЛПУ края. Участникам предоставляется возможность самостоятельно решить задачи, а после выполнения задания идет проверка результатов. Следующим этапом является разбор типичных и нетипичных ошибок и, конечно же, обязательно даются рекомендации. Считаю, что такая форма работы крайне важна, т.к. она ведет нас, врачей, к принятию верного решения, которым является точно установленный диагноз пациента. А результат профессиональной лабораторной диагностики есть один из «кирпичиков», без которого невозможно создание «фундамента» диагноза.

Одна из главнейших и, пожалуй, самая трудная задача, которую решает наш коллектив, связана отнюдь не с лечением, а с изменением общественного сознания большинства людей по отношению к ВИЧ-инфицированным. А это сложная проблема.

Цели, которые мы ставим перед собой, – это, в первую очередь, информирование населения по вопросам ВИЧ/СПИДа и вовлечение в рабо-

ту по профилактике социально обусловленных заболеваний; оказание консультативной помощи жителям Хабаровска; привлечение населения к добровольному анонимному обследованию на ВИЧ, ВГ, сифилис; формирование мотивации на самостоятельный и осознанный выбор поведения, препятствующий риску заражения ВИЧ. Немаловажным является расширение партнерских контактов и помощь в самореализации творческих идей молодежи и пропаганда престижности здорового образа жизни.

Отсутствие информации приводит к появлению страха и предубеждений, которые препятствуют открытому обсуждению проблемы и снижают информированность населения о путях передачи ВИЧ-инфекции и нормах безопасного поведения, а также ведут к дискриминации людей, живущих с ВИЧ. Поэтому первичная профилактика, а именно обеспечение доступа к информации, является одним из основных методов воздействия на распространение ВИЧ-инфекции.

Особую гордость у меня вызывают результаты работы отдела профилактики, медико-социальной реабилитации и правовой помощи. Это наш самый молодой отдел, мы открыли его в 2008 году. Несмотря на свой юный, можно сказать даже детский возраст, он у нас лидер по количеству контактов с нашей целевой аудиторией.



Здание СПИД-центра



Дружный коллектив

Понятно, что она у нас разнопланова: мужчины, женщины, дети, учащиеся профтехучилищ, студенты, лица социально уязвимых групп, и это, конечно, требует учета специфики и заболевания, и места проживания, и образа жизни и т.д.

В Хабаровске профилактическая кампания действует с 1995 года, а на отдаленных территориях края — с 1997 года. На сегодняшний день профилактическими мероприятиями охвачено более 250 тыс. человек.

В области первичной профилактики ВИЧ/СПИДа просветительская деятельность должна быть направлена на формирование здоровой и зрелой личности, способной отстаивать модели нерискованного поведения в условиях негативного воздействия внешней среды. Она преимущественно социальна, наиболее ориентирована на общую популяцию детей, подростков и молодежи. Подход к профилактике ВИЧ-инфекции, основанный на утверждении ценностей здоровья, безопасного сексуального поведения, реализуется нами путем воздействия на различные целевые возрастные группы и, в первую очередь, через планомерную работу с учащимися. В нашу работу вовлечены не только педагоги, эпидемиологи, наркологи, психологи; используются перспективные технологии подачи информации (такие как «равный—равному», подготовка лидеров).

Профилактическая работа специалистами ЦПБСИЗ осуществляется по следующим направлениям: информационному (акции, спортивные мероприятия, концерты, ежегодные конференции среди ПУ Хабаровска и Комсомольска-на-Амуре, проект в Ульчском районе, летняя оздоровительная кампания, конкурсы творческих работ, сочинений, рисунков, акции в ночных клубах, ведение теле- и радиорубрик, публикации в СМИ и т.д.); пропагандистскому (тренинги, лекции, видеолектории, открытые уроки, игровые программы, инновационные технологии: «социальный автобус», «круглый стол», общешкольные родительские собрания, «единный классный час», социологические исследования

и т.д.); обучающему (семинары, конференции для медицинских работников, педагогов, школа ЛЖВ, подготовка волонтеров среди учащихся, «равных» тренеров среди осужденных в ИК-12 и т.д.); консультативному (оказание адресной информационной и психологической помощи подросткам, анонимное консультирование при тестировании на ВИЧ, консультативные приемы специалистами по проблемам ВИЧ/ИППП/наркомании).

Центром, в сотрудничестве с РА «Профи», выпущено три документальных фильма по вопросам профилактики, снижения стигмы, повышения толерантности и осведомленности общества по проблемам ВИЧ-инфекции. На улицах города размещены 20 профилактических баннеров по пяти темам профилактики ВИЧ. Таким образом, в активе отдела профилактики, медико-социальной реабилитации и правовой помощи имеется достаточно большое разнообразие форм рабочих мероприятий. Среди них и психологические тренинги, и тематические социальные акции, приуроченные ко Дню борьбы со СПИДом и Дню памяти умерших от СПИДа, и встречи, беседы, конференции в общеобразовательных учреждениях, в учреждениях среднего профессионального образования, вузах края, и живое общение с самими ВИЧ-инфицированными.

Комплексность профилактической деятельности дает право рассчитывать на изменение поведенческих установок на менее опасные в отношении заражения ВИЧ, воспитание личной ответственности за свое здоровье и здоровье близких; более активное участие молодежи в профилактических мероприятиях.

Мы не останавливаемся на давно апробированных методах профилактических вмешательств и пытаемся использовать в своей работе инновационные технологии. В апреле 2009 года прошла акция анонимного бесплатного обследования на ВИЧ. Для информирования населения были задействованы средства массовой информации (телевидение, радио, газеты) и впер-



А.В. Кузнецова с министром здравоохранения Хабаровского края А.В. Витько



2008 г. Мехико. На Международной конференции по СПИДу

вые использовались средства сотовой связи. Кампания сотовой связи поместила объявление и сделала рассылку смс-сообщений для абонентов их сети. Честно признаюсь, результат превзошел все наши ожидания. Анонимное бесплатное обследование в течение только одного дня прошли более 400 человек. Цифры, которые мы получили в результате обследования, следующие: 2–3% – гепатит В, 18–20% – гепатит С, 0,1–0,2% – ВИЧ-инфекция. Согласитесь, есть над чем серьезно задуматься. Следует отметить, что среди откликнувшихся был высокий процент молодежи и социально уязвимых групп населения с высоким риском в отношении заражения ВИЧ, ИППП (46,3%). Количество звонков «горячей линии» за неделю перед акцией достигло около 1000, что в 15 раз выше, чем обычно. Телефонное консультирование велось как по общим вопросам, так и по индивидуальным запросам абонента, донося информацию лично до каждого человека.

По словам ВИЧ-положительных пациентов, дискриминация возможна и со стороны медиков, особенно далеких от вопросов ВИЧ-инфекции. Поэтому с августа 2009 г. в крае начата программа преодоления «предубежденности» врачей.

Далеко не каждый человек может открыто сказать о своем статусе. Войти в аудиторию, и поздоровавшись, достаточно громко произнести: «У меня ВИЧ». Как вы думаете, какая реакция будет у обычных людей, не у врачей? Верно, у большинства будет шок и появятся внутренний страх, желание как можно подальше отодвинуться от говорящего.

Поверьте, такая же реакция возникает и у доктора. Мне самой лично довелось быть свидетелем установившейся тишины в аудитории, после того как председатель Дальневосточного отделения Всероссийского объединения людей, живущих с ВИЧ, произнесла эту фразу. В аудитории стояла та самая тишина, которую можно слышать. Люди смотрели на молодую симпатичную женщину и отказывались верить в услышанное.

Поэтому, разрабатывая циклы лекций для слушателей Института повышения квалифика-



На конференции по высокопатогенному гриппу

ции работников здравоохранения Хабаровского края, для студентов Медицинского университета, мы включили такую встречу в план, чтобы изменить сознание врачей (оно же и часть массового сознания) на эту проблему. И это работает. Применение так называемого приема «живой» встречи в конечном итоге оказывает положительное воздействие на сознание людей.

Очень важным направлением работы я считаю приближение наших услуг к пациентам. С 2008 года при Центре действует мобильный пункт, который выезжает в районы города и края и предоставляет услуги по анонимному обследованию на ВИЧ, вирусные гепатиты, сифилис, социологическому тестированию и социальному маркетингу презервативов.

Принятие решения о внедрении тех или иных программ профилактики ВИЧ/СПИДа и наркомании основывается на оптимальном выборе применяемых в них методик, позволяющих ответить на следующие вопросы: время и обстоятельства их использования, целевые группы для профилактических вмешательств и, наконец, оценка эффективности последних.

Молодежь – многочисленная группа людей в возрасте 15–30 лет, характеризующаяся высокой сексуальной активностью. Известно, что молодые люди наиболее часто вступают в сексуальные контакты, допускают смену половых партнеров и экспериментируют с наркотиками.



2008 г. Москва. На Международной конференции стран Восточной Европы и Центральной Азии



2008 г. Москва. С В.В. Покровским и В.И. Шахгильдяном

Вместе с тем, в этой среде о низкой информированности по проблеме ВИЧ/СПИДа и рискованном поведении молодых людей свидетельствовали результаты проведенного нами социологического исследования (всего в нем приняли участие 2599 человек). Исследование выявило недостаток достоверной информации (более 90,0% респондентов); опыт употребления наркотиков отметили 9,1% респондентов, из них 25% внутривенно; 47,7% отметили факт частой смены половых партнеров. Лица старше 40 лет активного участия не принимали, демонстрировали позицию осуждения. Около 80% подростков отметили, что получили полную и достоверную информацию по проблеме ВИЧ/наркомании, 50% участников проекта выразили желание поделиться полученной информацией со своими близкими и обсудить в молодежных компаниях; 83,4% респондентов после акции в качестве приемлемого способа защиты от ВИЧ указали на использование презерватива при половых контактах. Лишь 40% взрослого населения сообщили, что расширили свои знания в области ВИЧ/СПИД/наркомании, что позволило им сформировать адекватное отношение к проблеме; около 60% респондентов снизили уровень стигматизации по отношению к ЛЖВ.

Проводимые нами социологические исследования служат необходимым инструментом для определения целевых групп населения — первоочередных в плане профилактического вмешательства в отношении ВИЧ/СПИДа и наркомании и внедрения профилактических программ воздействия в общество. Использование специальных методик экспресс-оценки поведенческих факторов риска, влияющих на распространение ВИЧ-инфекции, способствует повышению достоверности результатов исследований в труднодоступных и/или в трудноисследуемых случаях.

Часто из-за недостаточной информированности родители не в состоянии предотвратить трагедии, постигающие сегодня многие семьи. Не случайно во всем мире именно информация и просветительство считаются главным направлением в борьбе и со СПИДом, и с наркоманией. Социологические исследования по изучению

уровня наркозависимости и оценке эффективности пропаганды мер профилактики среди потребителей внутривенных наркотиков показали необходимость охвата просвещением учащейся молодежи (школы, училища, колледжи).

Необходима специальная информационная политика в области первичной и вторичной профилактики ВИЧ/СПИДа. Среди ее основных направлений — проведение просветительских кампаний, рассчитанных как на широкую аудиторию, так и на специфические группы (дети, подростки, молодежь, люди среднего возраста, наркопотребители, КСР, трудовые мигранты и др.).

Хотелось бы отметить, что без поддержки краевого правительства, министерства здравоохранения, депутатов Законодательной Думы края, без разработки и принятия целевых программ (а наш Центр является инициатором и соавтором этих программ), мы вряд ли бы достигли тех результатов в работе, которые имеем в настоящее время.

Общаясь с коллегами из других регионов, получаю информацию о сокращении финансирования целевых программ нашей специфики, о приостановке деятельности социально значимых проектов. Причины, по которым принимаются данные решения, звучат повсеместно одинаково: последствия мирового экономического кризиса, — кризис закончится, будет иначе. Но дело в том, что иными будут и цифры статистики по ВИЧ-инфекции...

Что же касается нас, то могу сказать, что мы — одна из тех немногих в России территорий, в бюджете которой на 2010 год заложена статья на реализацию краевой целевой программы «Анти-СПИД».

В завершение мне хочется всем нам — врачам, общественным активистам и читателям журнала «Шаги профессионал» — пожелать большей толерантности, критичности в оценке своей работы и самоиронии. Помните слова Алисы из Зазеркалья: «Для того чтобы оставаться на месте, нужно бежать». Нам нужны силы меняться, чтобы принимать этот мир.

ОБЗОРЫ МИРОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ЖУРНАЛОВ

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

НОВЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПОДДЕРЖИВАЮТ БОЛЕЕ РАННЕЕ НАЧАЛО АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

18.02.2010

Многочисленные исследования последних лет продемонстрировали преимущества более раннего начала антиретровирусной терапии (АРТ). Самым заметным таким исследованием, опубликованным в конце 2009 г., было исследование NA-ACCORD [1], ставшее результатом совместного труда 22-х исследовательских групп США, работающих в 60 центрах по оказанию помощи больным с ВИЧ.

1 декабря 2009 г. были опубликованы обновленные рекомендации по АРТ у подростков и взрослых американского агентства US Department of Health and Human Services (DHHS; т.н. DHHS рекомендации) и рекомендации ВОЗ. Очевидно, это было приурочено к Всемирному дню борьбы со СПИДом.

В новых рекомендациях ВОЗ пороговым значением числа CD4-клеток, при котором следует начинать АРТ, указывается значение, равное ≤ 350 кл/мкл, в отличие от ≤ 200 кл/мкл, считавшихся показанием к АРТ в рекомендациях 2006 г. Причем уровень CD4 ≤ 350 кл/мкл считается показанием к АРТ независимо от того, есть ли у больного симптомы иммунодефицита. Такая тактика прибавит дополнительные 1–2 года к общей продолжительности АРТ, что безусловно повлечет за собой серьезные материальные затраты.

Рекомендации ВОЗ также указывают на большую пользу мониторинга вирусной нагрузки и числа CD4-клеток у ВИЧ-инфицированных больных, получающих АРТ. При этом подчеркивается, что отсутствие доступа к лабораторным исследованиям не должно быть причиной отказа в терапии.

Еще одной важной рекомендацией ВОЗ является совет отказаться от назначения ставудина, который вызывает серьезные побочные явления, в пользу зидовудина и тенофовира в качестве АРТ первой линии.

В плане профилактики вертикальной передачи ВИЧ от матери плоду ВОЗ рекомендует на-

чинать АРТ на 14-й неделе беременности и продолжать терапию как минимум до 12-го месяца жизни ребенка, либо до окончания грудного вскармливания. Цель такой тактики – не только предотвратить передачу ВИЧ во время беременности и родов, но и сделать безопасным естественное вскармливание, которое считается предпочтительным для детей ВИЧ-инфицированных матерей, рожденных в развивающихся странах. Предыдущие рекомендации предполагали начать АРТ на 28-й неделе беременности. Новая тактика профилактики вертикальной передачи сводит средний риск заражения ребенка до $< 5\%$.

В целом рекомендации ВОЗ значительно увеличивают численность ВИЧ-инфицированных больных, которым показана АРТ.

Новые американские рекомендации отдают предпочтение началу АРТ при уровне CD4-клеток от 350 до 500 кл/мкл. Начало АРТ при числе CD4 > 500 кл/мкл также обсуждалось при выработке данных рекомендаций, но мнения членов комиссии разошлись. Определенным категориям больных рекомендуется начало АРТ, несмотря на уровень CD4. К таким категориям относятся беременные женщины, больные с ВИЧ-ассоциированной патологией почек и больные с гепатитом В, которым показана терапия по поводу гепатита.

В рекомендациях также пересмотрены режимы АРТ для первичной терапии ВИЧ-инфекции. Предпочтительными режимами первой линии АРТ названы следующие: а) ралтегравир + Трувада (эмтрицитабин + тенофовир); б) атазанавир, усиленный ритонавиром + Трувада; в) дарунавир, усиленный ритонавиром + Трувада. Калетра (сочетание лопинавира и небольшой дозы ритонавира) больше не включена в предпочтительные режимы первой линии и рассматривается только как «альтернативный» препарат. Причиной этому стала показанная в нескольких исследованиях связь Калетры с повышенным риском коронарной болезни сердца. При этом Калетра остается предпочтительным препаратом при выборе АРТ для беременных женщин, у которых ее рекомендуется назначать в сочетании с Комбивиром (зидовудин + ламивудин).

В новых американских рекомендациях также установлены более точные показания к геноти-

пическому и фенотипическому тестам на устойчивость ВИЧ. Генотипическое тестирование должно назначаться при субоптимальном ответе больного на первичный и вторичный режимы АРТ. Дополнение генотипического тестирования фенотипическим рекомендуется у больных с подозрением на сложную множественную устойчивость ВИЧ, особенно с подозрением на устойчивость к ингибиторам протеазы.

- Более раннее начало антиретровирусной терапии имеет значительные преимущества.

- Оптимальный момент назначения антиретровирусной терапии находится в центре внимания ученых.

ЦИРКУМЦИЗИЯ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ МОЖЕТ БЫТЬ ЭКОНОМИЧЕСКИ ЦЕЛЕСООБРАЗНОЙ В РАЗВИТЫХ СТРАНАХ

18.02.2010

В нескольких серьезных клинических исследованиях доказано снижение риска заражения ВИЧ-инфекцией у сексуально активных мужчин, которым проведена циркумцизия — операция удаления крайней плоти. Циркумцизия особенно эффективна у мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ). В настоящее время выпущены рекомендации по широкому внедрению циркумцизии в развивающихся странах с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции, а именно в государствах Африки, где данное вмешательство признано экономически целесообразным. Австралийские ученые провели анализ с целью определения экономической целесообразности/рентабельности циркумцизии с точки зрения снижения риска передачи ВИЧ в популяции МСМ.

Методы исследования. Исследователи создали математическую модель и провели экономический анализ цены вмешательства и его влияния на исходы у МСМ, живущих в Австралии. Данные о численности и демографических особенностях изучаемой когорты были взяты из других исследований, изучавших МСМ Австралии. Следующие стратегии сравнивались со status quo, т.е. с отсутствием операции: а) циркумцизия всех МСМ в возрасте ≥ 18 лет; б) циркумцизия всех МСМ в возрасте 35–44 лет; в) циркумцизия всех МСМ в возрасте ≥ 18 лет, выполняющих активную (инсертивную) роль в ходе анальных сношений; г) циркумцизия всех МСМ в возрасте ≤ 18 лет (до сексуального дебюта). Модель предполагала 25 лет наблюдения за когортой, а все расчеты были сделаны в американских долларах. На основе данных предыдущих исследований предполагаемая средняя эффективность циркумцизии в отношении ВИЧ-инфекции была определена как 60% (снижение риска заражения).

Результаты исследования. Исследователи исходили из того, что в Австралии проживает 180 000 МСМ. Исследователи предположили, что эти лица будут наблюдаться в течение 25 лет, начиная с 2008 г. Распространенность ВИЧ среди данной когорты в Австралии составляет в настоящее время от 0,5% среди лиц в возрасте 18–25 лет до 18% среди лиц > 45 лет.

Исследователи рассчитали, что каждая из методик, предполагающих циркумцизию, предотвратит за 25 лет несколько сотен случаев ВИЧ-инфекции среди МСМ: циркумцизия до сексуального дебюта — 241 случай (1,4%); в возрасте 35–44 лет — 318 случаев (1,8%); лиц, практикующих инсертивный анальный секс — 363 случая (2%); всех без исключения МСМ старше 18 лет — 655 случаев (3,7%).

В зависимости от используемой тактики для предотвращения одного случая ВИЧ-инфекции циркумцизия должна была быть проведена большому числу МСМ: от 118 (циркумцизия лиц, практикующих инсертивный анальный секс) до 338 (циркумцизия всех МСМ). Цена проведения циркумцизии на первом году составила: 3,6 млн долларов для методики, предполагающей циркумцизию до сексуального дебюта; 20,6 млн долларов для методики, предполагающей циркумцизию у 35–44-летних МСМ; 33,3 млн долларов для методики, предполагающей циркумцизию лиц, практикующих инсертивный секс; 95,1 млн долларов для методики, предполагающей циркумцизию всех МСМ. Последующие ежегодные финансовые вливания составили для различных методик от 2,2 до 5,5 млн долларов.

Исследователи определили, что самой рентабельной была бы стратегия циркумцизии лиц, практикующих инсертивный секс — за 25 лет она позволила бы сэкономить 21,7 млн долларов. Стратегии, предполагающие циркумцизию всех МСМ и МСМ в возрасте 35–44 лет также были бы рентабельными. Самой экономически нецелесообразной методикой оказалась циркумцизия МСМ до 18 лет (до сексуального дебюта). Исследователи рассчитали, что если МСМ, которым уже была проведена циркумцизия, снизят использование презервативов хотя бы на 10%, то ни одна из предложенных стратегий не окажется рентабельной.

Выводы. Исследователи считают, что несмотря на то, что их анализ показал рентабельность циркумцизии МСМ как методики, профилактирующей передачу ВИЧ, она, как отдельно взятое вмешательство, не может радикально изменить течение такой сложной эпидемии, какой является эпидемия ВИЧ среди МСМ. Массовое проведение циркумцизии является достаточно дорогостоящим вмешательством по сравнению с другими методиками профилактики ВИЧ. Авторы исследования считают, что на практике необходимо придерживаться сочетания как новых, так и традиционных методик профилактики ВИЧ-инфекции.

Источник. J. Anderson, et al. Cost-Effectiveness of Adult Circumcision in a Resource-Rich Setting for HIV Prevention among MWHSM. *The Journal of Infectious Diseases* (2009) **200**, 1803–1812.

БЕРЕМЕННЫЕ ЖЕНЩИНЫ ДЕМОНСТРИРУЮТ ПРЕКРАСНЫЙ ОТВЕТ НА АНТИРЕТРОВИРУСНУЮ ТЕРАПИЮ

18.02.2010

В 2002 г. международная группа инфекционистов инициировала программу МТСТ-Plus (Mother to child transmission-Plus), которая предполагает всестороннюю медицинскую помощь женщинам, обратившимся за антенатальной помощью, а также их семьям, имеющим дело с ВИЧ-инфекцией. МТСТ-Plus работает в семи странах Суб-Сахарной Африки и Таиланде. В рамках данной программы особый упор делается на здоровье самой беременной женщины, которой проводится полное обследование на предмет начала полноценной антиретровирусной терапии (АРТ), а не только профилактики вертикального заражения плода. В целом в развивающихся странах беременные женщины парадоксальным образом оказываются недостаточно охваченными АРТ. Как известно, только 13% беременных женщин начали АРТ в 2008 г. в целях улучшения их собственного здоровья. Ученые, участвующие в МТСТ-Plus, провели исследование, ставящее своей задачей оценить преимущества и недостатки начала АРТ в период беременности.

Методы исследования. В программу МТСТ-Plus включались все беременные или недавно родившие женщины, а также их партнеры и члены семьи. Авторы программы из Колумбийского университета США считают, что такой подход сам по себе является психологической поддержкой ВИЧ-инфицированных больных. Все участники программы тщательно обследуются при включении (физикальное обследование, определение стадии ВИЧ-инфекции, анализ на уровень CD4-клеток), а затем им предоставляют бесплатное наблюдение и лечение. Показания к АРТ определялись в соответствии с национальными рекомендациями стран-участниц. В рутинную медицинскую помощь включалось психологическое консультирование на предмет приверженности терапии. Основными конечными точками были доля больных, которые удерживались в программе в течение длительного времени, и иммунный ответ на АРТ (динамика уровня CD4-клеток).

Результаты исследования. В 2003–2006 гг. в программу МТСТ-Plus были включены 6421 взрослых больных. В данный анализ включены 2229 больных, которые впервые начали получать АРТ к середине 2006 г. Из них было 1688 (76%) женщин, в том числе 605 (36%) женщин,

начавших АРТ в период беременности. Небеременные женщины начинали участие в программе в среднем на 11 месяце после родов. Средний возраст на момент включения в программу был 30 лет, а средний подсчет CD4 – 155 кл/мкл. Беременные женщины по сравнению с небеременными имели значительно более низкое исходное число CD4-клеток (150 против 164 кл/мкл), но более низкую стадию ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ. У мужчин число CD4-клеток было ниже, чем у женщин. Практически всем больным была назначена АРТ в составе невирапина, ламивудина и либо зидовудина, либо ставудина.

К 30 месяцам АРТ среднее число CD4-клеток составило соответственно 451 кл/мкл у женщин, начавших АРТ в период беременности, против 435 кл/мкл у небеременных женщин, и 349 кл/мкл у мужчин ($P < 0,001$ при сравнении беременных женщин и мужчин). К 6, 12, 18 и 24 месяцам среднее число CD4 у начавших АРТ во время беременности женщин составило 328, 370 и 441 кл/мкл соответственно. Авторы исследования отмечают, что как исходное число CD4-клеток, так и число CD4-клеток на фоне лечения было в их когорте выше, чем в других исследованиях, проведенных в развивающихся странах. Они считают, что причиной данного различия стали критерии обследования и начала терапии в программе МТСТ-Plus, позволившие выявить и начать лечение ВИЧ-инфекции раньше, чем в обычных ВИЧ-клиниках, в которые больные обращаются самостоятельно и зачастую уже на стадии СПИДа.

Основными факторами плохого иммунного ответа на АРТ были мужской пол, более старший возраст и более низкий исходный уровень CD4-клеток. К 30 месяцам АРТ оставались живы и продолжали лечение и наблюдение 85% больных: 82% начавших терапию в период беременности, 86% мужчин и 87% женщин, начавших терапию после родов. Эти цифры, также как и динамика CD4-клеток, значительно лучше соответствующих показателей, опубликованных другими исследовательскими коллективами. Исследователи также объясняют полученные различия особенностями данной программы.

Выводы. Беременные женщины, вошедшие в программу МТСТ-Plus, продемонстрировали равный или лучший иммунный ответ на АРТ, чем небеременные женщины и мужчины. Результаты исследования являются доказательством правильности тактики, при которой беременным женщинам оказывают полноценную помощь, включающую комбинированную антиретровирусную терапию, а не только проводят профилактику вертикальной передачи ВИЧ.

Источник. Toro P.L., et al. Initiation of antiretroviral therapy among pregnant women in resource-limited countries: CD4⁺-cell count response and program retention. *AIDS*, advance online publication, December 7, 2009.

ОСНОВНОЙ ФАКТОР РИСКА ПЕРЕДАЧИ ВИЧ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ – ВИРУСНАЯ НАГРУЗКА

12.03.2010

Используемые в развитых странах меры профилактики вертикальной передачи ВИЧ привели к существенному снижению ее риска. В странах Европы, где ВИЧ-инфицированные женщины рано начинают антиретровирусную терапию (АРТ), а дети с первых часов получают исключительно искусственное вскармливание, частота перинатального заражения составляет около 0,5%. Однако даже эти полпроцента приносят несчастье в семьи и проблемы/затраты для органов здравоохранения. Ученые во Франции провели исследование случаев передачи ВИЧ от матери ребенку с целью определения ее факторов риска.

Методы исследования. Гнездовой анализ методом случай–контроль был проведен с использованием данных большого когортного исследования ANRS French Perinatal Cohort. В это исследование, начатое в 1986 г., проспективно включают всех ВИЧ-инфицированных женщин, рожавших в одном из 90 центров-участников. В данный анализ включались случаи вертикальной передачи ВИЧ, соответствующие следующим критериям: роды имели место в 1997–2006 гг., женщины получали АРТ во время беременности, роды были в срок (не менее 37 недель беременности), последнее перед родами измерение вирусной нагрузки было <500 копий/мл, не было подозрений на кормление грудью, ВИЧ-инфекция у ребенка была лабораторно подтверждена.

Передача ВИЧ считалась внутриутробной в случаях, когда у ребенка обнаруживали РНК ВИЧ на первой неделе жизни, и интранатальной в случаях, когда данный анализ был отрицательным. Для каждого случая подбирались 3 контроля, которыми были ВИЧ-инфицированные женщины, родившие неинфицированных детей.

Результаты исследования. В анализ были включены 19 женщин, передавших ВИЧ родившимся детям, и 60 – не передавших. У 16 из 19 младенцев определяли РНК ВИЧ в крови на первой неделе жизни. У 6 из них (37,5%) анализ был положителен и передачу признали внутриутробной. У 10 младенцев передача ВИЧ произошла в родах.

Между изучаемыми лицами и группой сравнения не было обнаружено значительных различий по региону, гестационному возрасту на момент постановки диагноза ВИЧ-инфекции (74 и 68% соответственно были диагностированы с ВИЧ до беременности), среднему времени начала АРТ (29 и 30 недель соответственно), частоте интранатальной профилактики (100 и 98% соответственно), частоте преждевременного разрыва околоплодного пузыря и виду родоразрешения (у 47 и 48% соответственно кесарево сечение).

Несмотря на то, что критерием включения была ВН <500 копий/мл, средняя ВН в течение беременности была значительно выше в группе изучения, чем в группе сравнения ($p = 0,001$). Непосредственно перед родами ВН < 50 копий/мл отмечалась у 43% женщин группы изучения и 71% женщин группы сравнения; ВН <500 копий/мл в группах изучения и сравнения отмечалась у соответственно 0 и 38,1% ($p = 0,02$) в 14 недель беременности, у 7,7 и 62,1% ($p = 0,005$) в 28 недель беременности и у 21,4 и 71,1% ($p = 0,004$) в 32 недели беременности. Разница осталась статистически значимой и тогда, когда в анализ включали только случаи интранатальной передачи ВИЧ. При этом группы не имели различий по среднему числу CD4-клеток или по доле женщин, имевших число CD4 < 200 кл/мкл.

Многофакторный анализ с поправками на ВН, уровень CD4-лимфоцитов и сроки начала АРТ показал, что единственным независимым фактором риска передачи ВИЧ от матери ребенку была ВН (скорректированное отношение шансов 23,2; 95% ДИ 3,5–553, $p < 0,001$).

Выводы. Авторы исследования пишут, что ранний строгий и постоянный контроль за ВН значительно снижает вероятность передачи ВИЧ от матери ребенку. Они считают, что при решении вопроса о том, когда начинать АРТ во время беременности, в расчет должны приниматься не только уровень CD4-лимфоцитов и риск преждевременных родов, но и исходная и текущая ВН женщины.

Источник. R. Tubiana, et al. Factors Associated with Mother-to-Child Transmission of HIV-1 Despite a Maternal Viral Load <500 Copies/mL at Delivery: A Case-Control Study Nested in the French Perinatal Cohort (EPF-ANRS CO1). *Clinical Infectious Diseases* (2010) 50, 585–596.

ПРОТИВОГЕРПЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ НЕ ПРЕДОТВРАЩАЕТ ПЕРЕДАЧУ ВИЧ ИХ НЕИНФИЦИРОВАННЫМ ПАРТНЕРАМ

12.03.2010

Большинство ВИЧ-инфицированных больных заражены вирусом простого герпеса 2-го типа (ВПГ-2), так называемого генитального герпеса. Как известно, острые эрозивно-язвенные поражения гениталий, вызванные ВПГ-2, резко повышают контагиозность ВИЧ-инфицированных больных. В связи с этим существует мнение, что противогерпетическая терапия снижает риск передачи ВИЧ. В одном из январских номеров журнала «New England Journal of Medicine» было опубликовано большое исследование, целью которого было проверить данное предположение.

Методы исследования. В рандомизированное многоцентровое (14 центров в Африканских

странах) плацебо-контролируемое исследование включались гетеросексуальные пары, в которых только один из партнеров был ВИЧ-инфицированным (дискордантные по ВИЧ пары). Основным критерием включения было наличие генитального герпеса у ВИЧ-положительного партнера при том условии, что он не получал противогерпетической терапии на момент начала исследования. Еще одним критерием включения был уровень CD4-лимфоцитов у ВИЧ-положительного партнера не ниже 250 кл/мкл. Включение в исследование проходило в 2004–2007 гг. Основным спонсором был фонд Билла и Мелинды Гейтс (фонд не участвовал в разработке протокола и анализе результатов исследования).

Участники исследования были рандомизированы либо на ацикловир 400 мг 2 раза в день ежедневно, либо на плацебо. Все получали консультирование по поводу риска передачи ВИЧ, необходимости использования презервативов и т.д. Приверженность лечению оценивалась как субъективно участниками исследования, так и на основании подсчета таблеток.

Основной конечной точкой было заражение партнера. В каждом случае был произведен генетический анализ ВИЧ в целях подтверждения источника заражения.

Наблюдение длилось ≥ 24 месяцев.

Результаты исследования. В исследование вошли 3360 пар. В 1683 парах ВИЧ-инфицированные партнеры принимали ацикловир и 1677 парах – плацебо.

Группы не различались значительно по исходным клинко-демографическим характеристикам; 76% пар состояли в браке; в 68% пар ВИЧ-инфицированной была женщина. Средняя длительность партнерства составила 5 лет. Средний исходный уровень CD4-клеток – 462 кл/мкл, а исходная средняя вирусная нагрузка – $4,3 \log_{10}$ копий/мл у мужчин и $3,9 \log_{10}$ копий/мл у женщин; 68% не-ВИЧ-инфицированных партнеров были положительными на антитела к ВПГ2. Выраженные эрозивно-язвенные поражения гениталий в течение 3-х месяцев до начала исследования отмечались у 23% ВИЧ-инфицированных партнеров. Общее время наблюдения за партнерами, которые не имели ВИЧ-инфекции в начале исследования, составило 4868 человеко-лет. Приверженность противогерпетическому лечению составила около 96%.

За время наблюдения 132 первоначально неинфицированных партнера были заражены ВИЧ. В 38 случаях генетическое тестирование ВИЧ не подтвердило, что источником заражения был участвующий в исследовании ВИЧ-инфицированный партнер. Еще 9 случаев были исключены по другим причинам. В окончательный анализ вошли 84 случая передачи ВИЧ. Заболеваемость составила 1,8 на 100 человеко-лет в когорте в целом; 2,5 на 100 человеко-лет для передачи ВИЧ от мужчины к женщине и 1,5 на 100 человеко-лет для передачи ВИЧ от женщи-

ны к мужчине. Из 84 случаев 41 имел место в группе ацикловира и 43 – в группе плацебо: отношение шансов (ОШ) 0,92 (95% ДИ 0,60–1,41, $p = 0,69$). Разница между группами незначимая. При вторичном анализе, включившем все случаи заражения, разница между группами также оказалась незначимой (ОШ 0,99). И это несмотря на то, что у получавших ацикловир средняя ВН на протяжении исследования была на $0,25 \log_{10}$ копий/мл ниже, чем у получавших плацебо.

Исследователи отмечают, что у неинфицированных ВИЧ партнеров наличие генитальной герпетической инфекции значительно увеличивало риск заражения ВИЧ (ОШ 2,02; 95% ДИ 1,15–3,57), что соответствует результатам предыдущих исследований.

Ацикловир был эффективен в отношении генитальной герпетической инфекции. За время наблюдения отмечались 217 эпизодов эрозивно-язвенных поражений гениталий в группе ацикловира против 550 эпизодов в группе плацебо (отношение рисков 0,39; $p < 0,0001$). Только один больной прекратил прием ацикловира по причине побочной реакции (головная боль).

Выводы. Авторы исследования констатируют, что ацикловир, назначенный ВИЧ и ВПГ-2 инфицированным партнерам дискордантных по ВИЧ гетеросексуальных пар, не снижал вероятность передачи ВИЧ. Результаты оказались отрицательными несмотря на то, что терапия ацикловиром приводила к снижению ВН и значительному снижению риска обострений генитальной герпетической инфекции.

Источник. C. Celum, A. Wald, J.R. Lingappa, et al. Acyclovir and Transmission of HIV-1 from Persons Infected with HIV-1 and HSV-2. *N. Engl. J. Med.* (2010) Feb. 4; **362** (5), 427–439. Epub. 2010 Jan. 20.

МОНОТЕРАПИЯ ДАРУНАВИРОМ ОКАЗАЛАСЬ НЕ МЕНЕЕ УСПЕШНОЙ, ЧЕМ КОМБИНИРОВАННАЯ АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ

12.03.2010

Современная антиретровирусная терапия (АРТ) предполагает использование нескольких препаратов, относящихся как минимум к двум классам лекарственных средств. Вирологически состоятельной АРТ считается в случае, если удастся добиться вирусной супрессии, т.е. неопределимой (< 50 копий/мл) вирусной нагрузки (ВН). В литературе неоднократно высказывались предположения о том, что у больных с полной вирусной супрессией можно перейти на поддерживающий режим, включающий только один препарат. В одном из последних номеров журнала «AIDS» опубликован отчет о промежуточных результатах долгосрочного испытания монотерапии дарунавиром у больных со стойкой полной вирусной супрессией.

Методы исследования. Многоцентровое рандомизированное контролируемое исследование MONET проходит в 11 европейских странах, России и Израиле. Руководят исследованием ученые из Hospital la Paz (Испания). Исследование ставит задачу сравнить эффективность, безопасность и переносимость монотерапии дарунавиром, усиленным ритонавиром (дарунавир/ритонавир в дозе 800/100 мг 1 раз в день), и трехпрепаратного режима АРТ, в состав которого помимо дарунавира/ритонавира входят также два нуклеозидных ингибитора обратной транскриптазы (НИОТ). В исследование включались взрослые больные на АРТ, у которых на протяжении 24 недель отмечалась ВН < 50 копий/мл. Их рандомизировали либо на монотерапию, либо на комбинированную АРТ. Выбор НИОТ был оставлен на усмотрение лечащего врача. Несостоятельностью терапии считались два последовательных результата анализа ВН > 50 копий/мл, либо вынужденная смена режима АРТ. Данный анализ охватывает 48 из 96 запланированных недель наблюдения.

Результаты исследования. В исследование включены 296 больных, 127 из которых получают монотерапию, а 129 – на кАРТ. Средний возраст участников на момент начала исследования был 44 года, 81% участников мужского пола и 91% – представители белой расы. Средний исходный уровень CD4-лимфоцитов – 574 кл/мкл. До начала исследования 57% больных получали ИП, а 43% – НИОТ в составе кАРТ. В ходе исследования 46% больных из группы кАРТ получали тенофовир и эмтрицитабин, 31% – абакавир и ламивудин, 10% – зидовудин и ламивудин и остальные – другие НИОТ. Больных обследовали каждые 12 недель, тестирование на резистентность ВИЧ проводилось у всех больных с ≥ 1 результатом ВН > 50 копий/мл.

Анализ по протоколу показал, что на 48-й неделе наблюдения ВН < 50 копий/мл имела место у 86,2% больных в группе монотерапии и у 87,8% больных в группе кАРТ. Было также проведено два анализа «по намерению лечить». Первый из них показал, что к 48-й неделе терапии несостоятельность терапии (ВН > 50 копий/мл + смена режима АРТ) не наблюдалась у 84,3% больных группы монотерапии и у 85,3% больных группы кАРТ. Второй анализ, в котором учитывалась только ВН, показал, что полная вирусная супрессия к 48-й неделе наблюдения имела место у 93,5% больных в группе монотерапии и у 95,1% больных в группе кАРТ. Во всех трех анализах разница между группами оказалась статистически незначимой.

В группе монотерапии было больше больных с гепатитом С (17 против 9%), а гепатит С оказался независимым предиктором несостоятельности терапии. Поэтому исследователи провели два дополнительных анализа. В первом они исключили больных с гепатитом С и получили следующие цифры, отражающие процент больных

с полной вирусной супрессией к 48-й неделе наблюдения: 89,2% в группе монотерапии и 88,2% больных в группе кАРТ. Среди больных, положительных на антитела к вирусу гепатита С, ВН < 50 копий/мл отмечалась у 71% больных в группе монотерапии и у 83,3% больных в группе кАРТ.

Генотипическое и фенотипическое тестирование на резистентность ВИЧ провели 35 больным. Генотипическая резистентность ВИЧ к ИП отмечена у одного больного в каждой группе. Ни у одного больного не обнаружили фенотипическую резистентность ВИЧ к дарунавиру.

Исследователи не выявили различий между группами по частоте развития побочных и нежелательных явлений. Большинство побочных явлений 2–4 степени были желудочно-кишечного характера. По причине побочных явлений (в основном желудочно-кишечных) терапию прервали 8 больных в группе монотерапии и 3 больных в группе кАРТ. Особое внимание было уделено осложнениям со стороны нервной системы и психики. Побочные явления 1–4 степени со стороны нервной системы отмечались у 16% больных, а побочные явления 1–4 степени со стороны психики – у 9% больных. Один больной прервал терапию дарунавиром по причине головной боли, которую сочли связанной с приемом препарата.

Выводы. MONET является первым исследованием, продемонстрировавшим, что монотерапия не уступает по эффективности комбинированной терапии ВИЧ-инфекции. Проведенное перед этим исследование монотерапии лопинавиром/ритонавиром показало значительное преимущество кАРТ. Авторы исследования считают, что несмотря на то, что необходимы дальнейшие испытания данной тактики лечения, монотерапия дарунавиром может рассматриваться в качестве альтернативы у больных с хорошим ответом на первичную кАРТ и стойкой вирусной супрессией.

Источник. Arribas J.R., et al. The MONET trial: darunavir/ritonavir with or without nucleoside analogues, for patients with HIV RNA below 50 copies/ml. *AIDS* (2010) Jan. 16; 24 (2), 223–230.

В РЕДКИХ СЛУЧАЯХ ДИДАНОЗИН МОЖЕТ ВЫЗЫВАТЬ СМЕРТЕЛЬНО ОПАСНОЕ СОСТОЯНИЕ – НЕЦИРРОТИЧЕСКУЮ ПОРТАЛЬНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ

12.03.2010

Американское агентство по надзору за безопасностью лекарств Food and Drug Administration (FDA) 29 января 2010 г. объявило о том, что диданозин (didanosine, DDI, Videc) может вызывать такое тяжелое осложнение как нецирротическая портальная гипертензия (НЦПГ). Дида-

нозин, нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы (НИОТ), является одним из самых старых антиретровирусных препаратов. Он был разрешен к применению в США в 1991 г. и был вторым препаратом, одобренным FDA для лечения ВИЧ-инфекции. Предупреждение о риске развития НЦПГ при приеме диданозина внесено в листок-вкладыш, наряду с предшествующими предупреждениями о рисках развития молочного ацидоза и гепатомегалии со стеатозом. Решение о внесении такого предупреждения было принято на основании сообщений, полученных FDA через Систему учета неблагоприятных событий, а также на основании результатов швейцарского случай-контроль-исследования, обзор которого помещен ниже. В FDA получили 42 сообщения о развитии НЦПГ у ВИЧ-инфицированных больных, принимающих диданозин. Четверо больных умерли. Смерть в 2-х случаях наступила по причине кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода, в одном случае — по причине печеночной недостаточности и в одном случае — по причине многоорганной недостаточности, сепсиса, молочного ацидоза и кровоизлияния в мозг. Выздоровление от НЦПГ наступило только у 3-х больных, которым была проведена трансплантация печени. Все больные с НЦПГ принимали диданозин длительно (от нескольких месяцев до нескольких лет), их возраст на момент постановки диагноза был от 10 до 66 лет; 26 больных были мужского пола, 14 — женского и для 2-х больных пол неизвестен. FDA рекомендует врачам обсуждать с больными возможность развития НЦПГ при приеме диданозина. При этом FDA отмечает, что у некоторых больных польза от приема диданозина перевешивает риски развития побочных явлений, включая НЦПГ. FDA предлагает врачам тщательно мониторировать принимающих диданозин больных на предмет портальной гипертензии и варикозного расширения вен пищевода. Эзофагогастроуденоскопия должна выполняться у всех пациентов с подозрением на наличие портальной гипертензии. Собранные в США данные подтверждает анализ случаев НЦПГ, имевших место в Swiss HIV Cohort Study (SHCS), большом когортном исследовании, начатом в Швейцарии в 1988 г. и продолжающемся до настоящего времени.

Методы исследования. В гнездовое случай-контроль-исследование были включены 15 больных с идиопатической НЦПГ и 75 больных без НЦПГ (5 контролей на 1 случай), соответствующих первым по длительности ВИЧ-инфекции и отсутствию вирусного гепатита. Целью исследования было определение факторов риска НЦПГ.

Результаты исследования. 15 случаев НЦПГ имели место в 2000–2007 гг. Первыми симптомами проблем с печенью были: повышение уровня ферментов печени, рвота с примесью крови, асцит. Данные симптомы повлекли за собой обследование, и во всех 15 случаях диагноз

НЦПГ был подтвержден эндоскопически. Большинство больных были мужского пола (13 или 87%), большинство заразились ВИЧ путем гетеросексуальных контактов. Средний возраст на момент постановки диагноза НЦПГ — 52 года (межквартильный интервал [МКИ] 47–59 лет). Все 15 больных получали АРТ, но на момент постановки диагноза НЦПГ 4 из них прервали терапию по причине подозрения на патологию печени. У 9 больных (60%) вирусная нагрузка была неопределимой, а еще у 2-х — низкой (<100 копий/мл). Среднее время от диагноза ВИЧ-инфекции до диагноза НЦПГ составило 14,6 лет (МКИ 10,8–18,2). У всех 15 больных были найдены варикозно расширенные вены пищевода, а у 7 отмечались повторные эпизоды пищеводных кровотечений. У 13 больных не было увеличения селезенки, а у 2-х больных размеры селезенки не были задокументированы. Асцит был отмечен у 8 больных и печеночная энцефалопатия — у 2-х. При этом повышение уровней щелочной фосфатазы и ферментов печени, а также понижение числа тромбоцитов были умеренными у всех 15 больных. Всем им была проведена одна и более биопсия печени и ни у одного не было найдено цирроза.

Лечение было симптоматическим. Шунтирование проведено у одного больного, ни одному не проводили пересадку печени. После постановки диагноза НЦПГ больных наблюдали в среднем 12 лет (МКИ 9–18). За это время умерли 4 человека: 2 — от кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и 2 — от печеночной недостаточности.

При сравнении изучаемых больных с группой контроля исследователи определили, что больные с НЦПГ были старше, имели более низкое среднее число CD4-клеток на момент постановки диагноза ВИЧ-инфекции (155 против 522 кл/мкл), более низкий средний надир CD4-клеток (103 против 164 кл/мкл) и худшие лабораторные показатели функции печени после начала АРТ.

Однофакторный анализ связи НЦПГ и АРТ, показал, что больные НЦПГ чаще, чем участники группы контроля, начинали АРТ с моно или двойной терапией, а также были на АРТ дольше (отношение рисков [ОР] 1,31). Повышение риска развития НЦПГ было связано также с приемом ритонавира в терапевтической дозе (ОР 1,4), нелфинавира (ОР 1,4), любых НИОТ (ОР 1,3) и диданозина (ОР 3,4, 95% ДИ 1,5–8,1). Группы не различались по частоте и длительности приема ненуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы и других ингибиторов протеазы. В многофакторном анализе только прием диданозина остался независимым предиктором развития НЦПГ, а связь НЦПГ и остальных препаратов потеряла статистическую значимость.

Выводы. Авторы исследования пишут, что они нашли сильную корреляцию между длительным приемом диданозина и риском разви-

тия НЦПГ. Так как НЦПГ является тяжелым осложнением, а ее проявления могут значительно увеличить летальность, врачи должны проявлять высокую настороженность в отношении любых печеночных симптомов у принимающих диданозин больных и тщательно обследовать их при малейшем подозрении на дисфункцию печени и портальную гипертензию. Помимо симптоматического лечения у больных с НЦПГ или подозрением на НЦПГ следует отменять диданозин.

Источник. Kovari H., et al. Association of non-cirrhotic portal hypertension in HIV-infected persons and antiretroviral therapy with didanosine: a nested case-control study. *Clin. Infect. Dis.* (2009) **49**, 626–635.

НЕСМОТЯ НА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ АРТ, ЗАМЕНА ПЕРВИЧНОГО РЕЖИМА ПРОИСХОДИТ ДОВОЛЬНО ЧАСТО

12.03.2010

Комбинированная антиретровирусная терапия (кАРТ) оказалась исключительно эффективным вмешательством, добавившим десятилетия жизни ВИЧ-инфицированным больным. Однако несмотря на успехи последних лет и значительное улучшение качества и эффективности отдельных антиретровирусных препаратов, по-прежнему существует угроза развития побочных эффектов терапии и, как следствие, необходимость модификации первичного режима кАРТ. Причем риск развития побочных явлений терапии индивидуален и трудно предсказуем. Швейцарские ученые провели анализ большой когорты получающих кАРТ ВИЧ-инфицированных больных с целью определить частоту модификации современного первичного режима кАРТ и ее факторы риска.

Методы исследования. Swiss HIV Cohort Study (SHCS) является большим когортным исследованием, начатым в 1988 г. и продолжающимся до настоящего времени. В данный анализ вошли взрослые больные, которым была впервые назначена кАРТ (два нуклеотидных ингибитора обратной транскриптазы [НИОТ] и либо ингибитор протеазы [ИП], либо нуклеотидный ингибитор обратной транскриптазы [ННИОТ]) в 2005–2008 гг. В анализ не включались беременные женщины, а также больные, получающие ингибиторы интегразы и другие новые препараты. Модификацией первичного режима кАРТ считалась замена одного и более препаратов, либо отмена терапии в течение первого года лечения. Основной конечной точкой было время от начала терапии до модификации режима кАРТ.

Результаты исследования. В исследование были включены 1318 больных (средний возраст – 39–40 лет; >70% – мужчины). Среднее исходное

(на момент начала кАРТ) число CD4-лимфоцитов было 198 кл/мкл в 2005 г. и 273 кл/мкл в 2008 г. Доля больных с проявлениями СПИДа в анамнезе до начала кАРТ снизилась с 23,3% в 2005 г. до 10,7% в 2008 г. Более 50% больных начинали кАРТ с режима, содержащего усиленный ритонавиром ИП, а около 46% – с режима, содержащего ННИОТ. Доля больных, принимающих препараты 1 раз в день, возросла с 52% в 2005 г. до 62% в 2008 г. У 391 (29,7%) из 1318 больных была проведена модификация режима кАРТ, что составило 41,5 на 100 человеко-лет. Причем в половине случаев модификация пришлась на первые три месяца терапии. Основными официально задокументированными причинами модификации были: токсические эффекты антиретровирусных препаратов (46,6%), решение врача (22,8%), решение пациента (16,9%) и неэффективность/неудача терапии (5,9%); 297 (76%) больных сменили режим кАРТ на первых 4-х неделях терапии, а 94 больных прервали терапию минимум на 4 недели. Из сменивших режим у 48,8% были заменены как пара НИОТ, так и третий препарат, у 43,8% – только третий препарат и у 6,4% – только пара НИОТ. Факт смены режима кАРТ практически не повлиял на вирусологическую эффективность терапии: через год терапии вирусная нагрузка (ВН) < 50 копий/мл отмечалась у 87,9% сменивших и у 89,2% не менявших первичный режим кАРТ.

Больные, которым первоначально назначались зидовудин и ламивудин + ритонавир/лопинавир, имели наибольшую вероятность модификации режима кАРТ (70,7 на 100 человеко-лет). За данным режимом следовали следующие: тенофовир и эмтрицитабин + невирапин (44,2 на 100 человеко-лет), абакавир и ламивудин + эфавиренц (38,5), зидовудин и ламивудин + эфавиренц (36,7), тенофовир и эмтрицитабин + эфавиренц (27,1). Самым редко заменяемым режимом был тенофовир и эмтрицитабин + атазанавир/ритонавир (24,1 на 100 человеко-лет).

Из 1318 больных 208 (15,8%) сменили режим кАРТ на первом году терапии по причине токсических реакций или непереносимости препаратов (22,4 на 100 человеко-лет). В большинстве случаев (>64%) это произошло в первые 3 месяца лечения; 182 человека перешли на другой режим кАРТ, а 26 – прервали режим на 4 недели и больше. С 2005 по 2008 г. не произошло значительных изменений в частоте развития побочных явлений, приведших к модификации режима кАРТ ($p = 0,26$). Побочные явления со стороны ЖКТ имели место в 28,9% случаев, а смена режима по их причине происходила в среднем через 66 (МКИ 10–21) дней. Для повышенной чувствительности к препарату те же показатели составили 18,3% и 14 (10–21) дней, для осложнений со стороны ЦНС – 17,3% и 105 (50–228) дней и для побочных явлений со стороны печени – 11,5% и 72 (28–120) дня. Как ожидалось, изменения в составе кАРТ в отличие от отмены

лечения практически не влияли на вирусологическую эффективность терапии. К 12-му месяцу терапии ВН < 50 копий/мл отмечалась у 85% больных, изменивших состав кАРТ, и у 87% больных, не менявших первичный режим терапии.

Смена режима чаще происходила у лиц, начавших кАРТ с ННИОТ-содержащего режима, чем у начавших кАРТ с ИП-содержащего режима ($p = 0,052$). Эфавиренц чаще всего замещался другим препаратом по причине осложнений со стороны ЦНС (44,4%), лопинавир – по причине осложнений со стороны ЖКТ (52,7%), невирапин – по причине реакций гиперчувствительности (40,7%), атазанавир/ритонавир – по причине осложнений со стороны печени (29,3%) или гиперчувствительности (24,6%).

По данным многофакторного анализа основными факторами риска модификации первичного режима кАРТ были: зидовудин-ламивудин в составе терапии (относительный риск [ОР] 2,71), невирапин в составе терапии (ОР – 1,95), одновременное лечение по поводу оппортунистических инфекций (ОР – 2,24), более старший возраст (ОР – 1,21 на каждые 10 лет), женский пол (ОР – 1,68), принадлежность к не белой расе (ОР – 1,71), более высокое исходное число CD4-клеток (ОР – 1,19 на каждые 100 кл/мкл) и исходная ВН > 5 \log_{10} копий/мл (ОР – 1,47). Ни вирусные гепатиты, ни внутривенное наркопотребление не были факторами риска модификации первичного режима кАРТ.

Выводы. Авторы исследования отмечают, что модификация первичного режима кАРТ по-прежнему происходит довольно часто. Вовремя произведенная смена режима кАРТ не снижает эффективность терапии в отличие от ее отмены. Авторы исследования предлагают продолжить изучение факторов риска развития токсических побочных явлений АРТ, в том числе попытаться определить гены, предрасполагающие к токсическим реакциям и реакциям гиперчувствительности.

Источник. L. Elzi, et al. Treatment Modification in Human Immunodeficiency Virus-Infected Individuals Starting Combination Antiretroviral Therapy Between 2005 and 2008. *Arch. Intern. Med.* (2010) **170** (1), 57–65.

ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ И ТУБЕРКУЛЕЗ НАДО ЛЕЧИТЬ ОДНОВРЕМЕННО. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ SAPIT

29.03.2010

Согласно действующим клиническим руководствам после постановки диагноза сочетанной ТБ/ВИЧ-инфекции рекомендуется сначала пролечить туберкулез или, по крайней мере, завершить начальную двухмесячную фазу интен-

сивного лечения, а затем назначать антиретровирусную терапию (АРТ). Считается, что такая тактика позволяет предотвратить развитие синдрома иммунной реконституции, а также помогает избежать токсических реакций, связанных с взаимодействием противотуберкулезных и антиретровирусных препаратов. С целью определить оптимальные сроки начала АРТ у больных с ТБ/ВИЧ-инфекцией группа южноафриканских и американских ученых провела исследование SAPIT (Starting Antiretroviral therapy in three Points In Tuberculosis therapy). Предварительные результаты исследования были опубликованы в сентябре 2008 г. Настоящая работа завершает исследование и обобщает данные многолетнего наблюдения.

Методы исследования. Открытое рандомизированное испытание SAPIT проведено силами Центра по программе исследования СПИДа в Южной Африке (Centre for the AIDS Program of Research in South Africa [CAPRISA]) университета KwaZulu-Natal. С 28 июня 2005 г. по 11 июля 2008 г. в исследование были включены ВИЧ-положительные больные с легочным ТБ, подтвержденным микроскопией мазка мокроты. Еще одним критерием включения было число CD4-лимфоцитов < 500 кл/мкл.

Больных рандомизировали в три группы:

1) группа раннего интегрированного лечения: АРТ начиналась как можно раньше (в любом случае в течение первых двух месяцев от начала лечения ТБ);

2) группа позднего интегрированного лечения: АРТ начиналась через два месяца интенсивной фазы лечения ТБ;

3) группа последовательного лечения: АРТ начиналась по окончании лечения ТБ, т.е. через 6–8 месяцев.

Всем больным назначалась стандартная противотуберкулезная терапия, а также профилактика триметоприм-сульфаметоксазолом. Основной конечной точкой исследования была смертность от всех причин. В качестве АРТ использовалась следующая комбинация препаратов: диданозин (didanosine), ламивудин (lamivudine) и эфавиренц (efavirenz). Такая комбинация может применяться 1 раз в сутки, что позволяет интегрировать ее в систему лечения ТБ под непосредственным наблюдением (DOT).

На основании данных промежуточного анализа наблюдательный комитет по безопасности исследования принял решение прекратить лечение по протоколу последовательной терапии. В сентябре 2008 г. всем больным было рекомендовано немедленно начать АРТ.

Результаты исследования. В исследование были включены 642 больных с ВИЧ и ТБ, из них 429 – в группы интегрированного лечения (в дальнейшем – группа интегрированного лечения) и 213 – в группу последовательного лечения. Между группами интегрированного лечения и последовательного лечения не было зна-

чимых различий по исходным клинико-демографическим показателям, включая возраст, стадию ВИЧ-инфекции по классификации ВОЗ, число CD4-лимфоцитов и распространенность туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ). Среднее время до инициации АРТ после начала противотуберкулезного лечения составило 70 (± 72) дней в группе интегрированного лечения против 260 (± 71) дней в группе последовательного лечения. В среднем пациенты группы последовательной терапии начинали АРТ на 190 дней позже. Средняя длительность наблюдения составила 12,1 месяцев (межквартильный интервал 6,1–21,6).

Промежуточный анализ, выполненный в сентябре 2008 г., когда срок наблюдения составил 60% от запланированного, показал, что в группе последовательного лечения смертность была значительно выше. В группах интегрированного лечения умерли 25 человек (летальность 5,4 на 100 человеко-лет), а в группе последовательного лечения – 27 человек (летальность 12,1 на 100 человеко-лет): отношение рисков (ОР) 0,44, 95% доверительный интервал (ДИ) 0,25–0,79; $p = 0,003$. После поправки на такие факторы, как стадия ВИЧ-инфекции, число CD4-клеток, возраст, пол, наличие или отсутствие ТБ в анамнезе, наличие или отсутствие внелегочного ТБ и исходная вирусная нагрузка ОР составило 0,43 (95% ДИ 0,25–0,77; $p = 0,004$).

Приверженность терапии была высокой в обеих группах (выше 97%). Исследователи не обнаружили существенного различия между группами по исходам в отношении ТБ (доля случаев успешного лечения). Через 12 месяцев после рандомизации в группе интегрированного лечения отмечалось больше больных с ВН < 400 копий/мл (90 против 77,8%), однако к 6 месяцам после рандомизации данное различие исчезло.

Синдром иммунной реконституции был диагностирован у 53 из 429 больных (12,4%, 95% ДИ 9,5–15,9) в группе интегрированной терапии и у 8 из 213 больных (3,8%, 95% ДИ 1,8–7,5) в группе последовательной терапии ($p < 0,001$). Терапия кортикостероидами потребовалась 6 пациентам; 5 – в группе интегрированной терапии и 1 – в группе последовательной терапии. Ни одному больному не потребовалась смена/отмена режима АРТ по причине синдрома иммунной реконституции. Ни один случай смерти не был признан связанным с синдромом иммунной реконституции. Частота других побочных явлений терапии не различалась между группами.

Выводы. Данное исследование предоставило серьезное научное доказательство того, что АРТ, начатая во время противотуберкулезного лечения, значительно улучшает прогноз больных с сочетанной ВИЧ/ТБ-инфекцией.

Источник. S.S. Abdool Karim, et al. Timing of Initiation of Antiretroviral Drugs during Tuberculosis Therapy. *N. Engl. J. Med.* (2010) **362**, 697–706.

У НЕКОТОРЫХ БОЛЬНЫХ ТЕНОФОВИР ВЫЗЫВАЕТ НЕОБРАТИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЧКАХ

29.03.2010

Тенофовир (tenofovir) является одним из самых широко используемых в настоящее время нуклеотидных ингибиторов обратной транскриптазы (НИОТ). Известно, что у небольшой (1–2%) части больных развиваются нефротоксические реакции на тенофовир. В литературе описаны случаи развития почечной недостаточности, синдрома Фанкони и несахарного диабета на фоне приема тенофовира. Считается, что факторами риска развития реакций нефротоксичности являются фоновые заболевания почек или состояния, предрасполагающие к их развитию (сахарный диабет, гипертоническая болезнь), а также длительный анамнез антиретровирусной терапии (АРТ), внутривенное наркопотребление, одновременный прием других нефротоксических препаратов (диданозин или ингибиторы протеазы), низкое число CD4-клеток, анемия и коинфекция вирусными гепатитами. Считается также, что нефротоксические реакции на тенофовир являются обратимыми и что функции почек быстро восстанавливаются после отмены препарата. Австралийские ученые провели когортное исследование с целью оценки частоты развития синдрома нефротоксичности при приеме тенофовира и изучения динамики показателей функции почек после его отмены.

Методы исследования. В исследование включались взрослые ВИЧ-инфицированные больные, наблюдающиеся в крупном ВИЧ-центре Сиднея, у которых тенофовир был отменен по причине нефротоксичности. Диагноз связанной с тенофовиром реакции нефротоксичности ставился на основании скорости клубочковой фильтрации (СКФ) < 60 мл/мин/1,73 м² при отсутствии других причин болезни почек. В целом почки считались затронутыми при СКФ < 90 мл/мин/1,73 м². После отмены тенофовира оценка функции почек проводилась каждый месяц в течение 1–3 лет.

Результаты исследования. У 29 (4,1%) из 710 пациентов, получавших тенофовир, препарат был отменен по причине нарушения функции почек. Пять пациентов были исключены из анализа по различным причинам (сепсис, тяжелые онкологические заболевания, отъезд из страны, тенофовир назначен по поводу гепатита В). Все 24 больных, включенных в анализ, были мужчинами и принадлежали к белой расе. Средний возраст – 56 лет (межквартильный интервал [МКИ] 49–63); 19 (79%) больных получали ингибиторы протеазы; 21 (81%) пациент с вирусной нагрузкой (ВН) < 50 копий/мл получал тенофовир в среднем 30 месяцев (МКИ 14–42). У 20 (83%) больных СКФ до начала терапии тенофовиром была < 90 мл/мин/1,73 м².

Медиана СКФ снизилась с 74 (МКИ 61–88) до начала приема тенофовира до 51 (МКИ 39–64) на момент отмены тенофовира, а среднее месячное снижение СКФ составило 1,2 мл/мин/1,73 м². После отмены тенофовира 9 пациентов не начали прием никакого другого препарата, а продолжили принимать «урезанную» АРТ (без нарастания ВН), 7 – заменили тенофовир на абакавир, 5 – на ралтегравир, 1 – на зидовудин, 1 – на лопинавир, и 1 больной полностью прервал АРТ.

После отмены тенофовира больных в среднем наблюдали в течение 13 месяцев (МКИ 7–35), за которые СКФ в среднем возросла на 19 мл/мин/1,73 м² (МКИ 9–28). Самое быстрое восстановление СКФ отмечалось в первые месяцы после отмены тенофовира, а максимальное – к 5 месяцу после отмены. Только 10 из 24 (42%) больных вернулись к уровню СКФ, который они имели до начала приема тенофовира. И только у 2 больных СКФ достигла уровня > 90 мл/мин/1,73 м². И максимально восстановившаяся, и последняя измеренная в рамках исследования СКФ были ниже, чем СКФ до начала терапии тенофовиром (соответственно $p = 0,028$ и $p = 0,0008$). Результаты были сходными для СКФ и креатинина сыворотки крови.

Исследователи сравнили две группы больных – 12 больных, у которых СКФ после отмены тенофовира увеличилась на > 20 мл/мин/1,73 м², и 12 больных, у которых СКФ увеличилась на < 20 мл/мин/1,73 м². Они обнаружили, что у больных первой группы отмечалось более быстрое снижение СКФ на фоне приема тенофовира (1,9 против 0,7 в месяц, $p = 0,009$), они чаще принимали ингибиторы протеазы вместе с тенофовиром (100 против 54%, $p = 0,02$), и имели меньшую продолжительность приема тенофовира до его отмены (21 против 40 месяцев, $p = 0,08$). Исследователи не обнаружили различий между группами по таким показателям как исходный уровень СКФ, наименьший уровень СКФ на фоне приема тенофовира, ВН, коинфекция гепатитом, прием диданозина, гипертензия или диабет.

Выводы. Исследователи обнаружили значительную распространенность нарушений функции почек на фоне приема тенофовира в изученной когорте больных. Нарушения функции почек не были полностью обратимыми. Худший прогноз в отношении восстановления функции почек имели больные с более быстрым ее снижением, которые при этом не принимали ингибиторы протеазы одновременно с тенофовиром. Исследователи считают, что их находки должны быть проверены на больших гетерогенных когортах больных. Они полагают, что снижение СКФ до уровня < 60 мл/мин/1,73 м², даже если оно происходит постепенно, должно быть показанием к отмене тенофовира.

Источник. K. Wever, et al. Incomplete Reversibility of Tenofovir-Related Renal Toxicity in HIV-

Infected Men. *J. Acquir. Immune. Defic. Syndr.* (2010) Feb. 19 [Epub. ahead of print].

НЕОБХОДИМ РАЗУМНЫЙ КОНСЕРВАТИЗМ ПРИ ПРИНЯТИИ РЕШЕНИЯ ОБ «УЛУЧШЕНИИ» РАБОТАЮЩЕГО АНТИРЕТРОВИРУСНОГО РЕЖИМА. ДАЖЕ КОГДА РЕЧЬ ИДЕТ О РАЛТЕГРАВИРЕ

29.03.2010

Ралтегравир (raltegravir) является первым ингибитором интегразы, одобренным в США для лечения ВИЧ-инфекции. В настоящее время продолжают проводиться постмаркетинговые испытания ралтегравира. В одном из последних номеров журнала «Lancet» опубликованы результаты SWITCHMRK 1 и 2, двух исследований, изучавших целесообразность перевода на ралтегравир длительнолеченных ВИЧ-инфицированных больных со стойкой вирусной супрессией.

Методы исследования. Двойные слепые рандомизированные исследования SWITCHMRK 1 и 2 были проведены в 81 центре Европы, Австралии, Северной и Латинской Америки, Африки и Юговосточной Азии. В исследования включались взрослые (старше 18 лет) ВИЧ-инфицированные больные, получающие комбинированную антиретровирусную терапию (кАРТ) в составе лопинавира-ритонавира (Калетра, 200/50 мг по 2 таб. 2 раза в день) и двух нуклеотидных ингибиторов обратной транскриптазы (НИОТ), и имеющие неопределимую вирусную нагрузку (ВН) в течение не менее 3-х месяцев. В исследование не включались больные, принимающие терапию, направленную на снижение липидов крови, беременные, кормящие, больные с декомпенсированными вирусными гепатитами, почечной недостаточностью, сахарным диабетом и коронарной болезнью сердца. Все участники исследования были рандомизированы в отношении 1 : 1 либо на замену лопинавира-ритонавира на ралтегравир, либо на продолжение прежнего режима кАРТ. Причем в том и другом случае использовалось плацебо с целью достижения эффекта слепого исследования. Для этого всем больным к существующему режиму был добавлен либо ралтегравир (400 мг 2 раза в день), либо имитирующее его плацебо. В свою очередь, у больных, которые были рандомизированы на ралтегравир, на плацебо замещали Калетру. Все больные продолжали получать остальные препараты кАРТ, чаще всего 2 НИОТ, которые заменяли только в случае токсических реакций. Основными конечными точками были изменение липидного профиля больных к 12-й неделе наблюдения и доля больных с неопределимой ВН к 24-й неделе наблюдения.

Результаты исследования. Из 702 больных, включенных в единый анализ эффективности и безопасности, 352 остались на Калетре, а 350 перешли на ралтегравир. Средний возраст когорты — 42 года, 35% больных были представителями не белой расы, мужчины составили 78% участников исследования. Средняя длительность кАРТ до исследования — 3,4 года в группе ралтегравира и 4,1 в группе Калетры. Среднее исходное число CD4-клеток — соответственно 436 и 454 кл/мкл.

К 12-й неделе лечения в группе ралтегравира в отличие от группы лопинавира отмечено значительное улучшение липидного профиля больных по сравнению с данными на начало исследования. Уровень общего холестерина снизился в среднем на 12,6% в группе ралтегравира и увеличился на 1% в группе лопинавира ($p < 0,0001$). Уровень триглицеридов снизился в среднем на 42,2% в группе ралтегравира и увеличился на 6,2% в группе лопинавира ($p < 0,0001$). Уровень холестерина липопротеидов не высокой плотности (non-HDL cholesterol) снизился в среднем на 15% в группе ралтегравира и увеличился на 2,6% в группе лопинавира ($p < 0,0001$). Динамика холестерина липопротеидов высокой плотности не имела значительных различий между группами (-0,7% против -1%).

Неожиданностью для авторов исследования стало то, что Калетра оказалась эффективнее ралтегравира в плане поддержания вирусной супрессии. К 24-й неделе исследования ВН <50 копий/мл отмечалась у 293 (84,4%) больных группы ралтегравира и у 319 (90,6%) больных группы Калетры: абсолютная разница 6,2% (95% ДИ 1,3–11,2). Сходные результаты были получены, когда отдельно анализировали данные SWITCHMRK 1 и 2, а также в нескольких дополнительных анализах чувствительности. Прирост числа CD4-клеток был небольшим (+5–17 кл/мкл) и не различался между группами.

У 49 больных имела место вирусологическая несостоятельность лечения; 32 из них получали ралтегравир, а 17 — Калетру. У 27 из 32 больных группы ралтегравира (84%) кАРТ, предшествующая включению в исследование, была не первым режимом кАРТ, а у 18 (67%) из них имелись эпизоды вирусологической несостоятельности кАРТ в анамнезе. То же самое отмечалось у соответственно 8 (47%) и 4 (50%) больных группы лопинавира. Генотипическое тестирование было проведено у 14 из 16 больных с ВН > 400 кл/мкл (3 из группы лопинавира и 11 из группы ралтегравира). Из 11 больных группы ралтегравира у 8 (72,73%) были обнаружены мутации резистентности к ралтегравире. У 5 из этих 8 больных также отмечались мутации резистентности ВИЧ к НИИОТ.

Безопасность обоих режимов кАРТ была довольно высокой. Не было ни одного тяжелого побочного явления. Побочные явления средней тяжести отмечались у 1% больных и были представлены в основном диареей (3% больных груп-

пы лопинавира и ни одного случая в группе ралтегравира).

Исследование было остановлено через 24 недели после того, как стала ясной разница между группами в отношении доли больных с полной вирусной супрессией.

Выводы. Авторы исследования отмечают, что несмотря на то, что ралтегравир значительно улучшал липидные профили больных, получавших перед этим лопинавир-ритонавир, его эффективность в плане подавления репликации ВИЧ оказалась меньшей, чем эффективность Калетры. Исследователи говорят о том, что гетерогенность исследуемых групп пациентов и тот факт, что их не стратифицировали перед рандомизацией, могли оказать влияние на результаты. Они отмечают также, что вирусологическая неудача терапии чаще всего имела место у больных с длительным анамнезом кАРТ и видимо была связана в том числе и с мутациями резистентности к НИИОТ. Тем не менее они считают, что практикующие врачи должны быть очень осторожны и консервативны в решениях вопросов о заменах препаратов режима кАРТ, на котором удается достичь вирусной супрессии.

Источник. Eron J.J., et al. Switch to a raltegravir-based regimen versus continuation of a lopinavir-ritonavir-based regimen in stable HIV-infected patients with suppressed viraemia (SWITCHMRK 1 and 2): Two multicentre, double-blind, randomised controlled trials. *Lancet* (2010) Jan. 30, 375, 396.

ОДНОКРАТНЫЙ ПРИЕМ НЕВИРАПИНА ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ РЕЗКО ПОВЫШАЕТ ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ УСТОЙЧИВОСТИ ВИЧ К НИИОТ

12.04.2010

Профилактика невирапином остается одним из основных вмешательств, используемых для предотвращения передачи ВИЧ от матери плоду/новорожденному. Невирапин используется в качестве единственного препарата или в сочетании с другими антиретровирусными средствами. При этом основным отрицательным моментом данной методики является высокий риск развития устойчивости ВИЧ к нуклеотидным ингибиторам обратной транскриптазы (НИИОТ). Профилактика невирапином успешна не во всех случаях, и у части получивших ее детей все таки развивается ВИЧ-инфекция. Международная группа ученых провела наблюдательное исследование с целью установить, как прием невирапина в раннем постнатальном периоде влияет на общий прогноз у детей с ВИЧ-инфекцией, получающих АРТ, в состав которой входят НИИОТ.

Методы исследования. В исследование включались дети, получающие АРТ, содержащую НИИОТ. Исследователи сравнивали иммунологическую и вирусологическую эффективность

АРТ у получавших и не получавших профилактику невирапином детей. У детей с несостоятельностью АРТ проводилось генотипическое тестирование ВИЧ на мутации резистентности.

Результаты исследования. В исследование были включены 104 ребенка. Все дети были в возрасте ≤ 5 лет; 35 (33,7%) детей получили невирапин после рождения, а 69 (66,3%) — не получили. Все дети получали АРТ, в состав которой входил невирапин и два нуклеотидных ингибитора обратной транскриптазы.

Вирологическая эффективность терапии была значительно выше у детей, не получавших профилактику невирапином. К концу 24-й недели терапии вирусная нагрузка < 400 копий/мл отмечалась только у 34,6% получивших профилактику детей против 63,5% не получивших профилактику: отношение рисков (ОР) 3,28; 95% ДИ 1,37–9,2; $p = 0,0167$. Данное различие сохранялось и даже усиливалось и к концу 48-й недели терапии (ОР 3,47; 95% ДИ 1,28–9,37; $p = 0,0091$). При этом между данными группами детей не отмечалось статистически значимого различия по уровню/проценту CD4-лимфоцитов. У 10 детей с высокой вирусной нагрузкой были определены множественные мутации резистентности к ННИОТ, в частности K103N, Y181C и G190A. Все они получили невирапин в постнатальном периоде.

Выводы. Результаты исследования в очередной раз подтверждают, что даже однократный прием невирапина провоцирует развитие устойчивости к нему ВИЧ, а также устойчивости к ННИОТ вообще. Полученные данные поддерживают рекомендации ВОЗ, согласно которым у детей, получивших невирапин после рождения в целях профилактики ВИЧ-инфекции, первый режим АРТ должен включать ингибиторы протеазы, а не ННИОТ. В данном исследовании также обращает на себя внимание тот факт, что 69 детей не получили никакой профилактики ВИЧ-инфекции в перинатальном периоде.

Источник. Mushiime V., et al. Response to non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor-based therapy in HIV-infected children with perinatal exposure to single-dose nevirapine. *AIDS Res. Hum. Retroviruses* (2009) Oct., **25**, 989.

НЕВОЗМОЖНОСТЬ ЛАБОРАТОРНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ НЕ ДОЛЖНА БЫТЬ ПРИЧИНОЙ ОТСРОЧКИ НАЗНАЧЕНИЯ АРТ

12.04.2010

Инициация антиретровирусной терапии (АРТ) предполагает мониторинг как клинического состояния больного, так и лабораторных показателей эффективности АРТ, которыми являются вирусная нагрузка и число CD4-клеток, и лабораторных показателей безопас-

ности АРТ, а именно гематологических и биохимических маркеров токсического воздействия антиретровирусных препаратов (гемоглобин, клетки крови, печеночные ферменты, креатинин и др.). При всей своей доказанной важности лабораторное мониторирование получающих АРТ больных очень затратно. Оно требует наличия лабораторного оборудования и расходных материалов, обученных лаборантов, а также связано с затратами больных на поездки в лабораторию. В африканских странах с низким уровнем жизни и высокой распространенностью ВИЧ-инфекции перед органами здравоохранения встают вопросы, насколько жизненно необходимым является лабораторное наблюдение при АРТ, назначать ли АРТ больным, у которых нет доступа к лабораторным анализам, тратить ли деньги на лабораторное мониторирование в ущерб покупке антиретровирусных препаратов и т.д. Международная группа исследователей выдвинула гипотезу, что клиническое мониторирование больных на АРТ как на предмет побочных явлений, так и на предмет успешности терапии, не уступает их лабораторному мониторингу. Данная гипотеза была проверена в ходе исследования Development of AntiRetroviral Therapy in Africa (DART), результаты которого опубликованы на сайте журнала «Lancet» 9 декабря 2009 года.

Методы исследования. Открытое рандомизированное клиническое исследование DART проходило в трех ВИЧ-центрах Уганды и одном центре Зимбабве. В 2003–2004 гг. в исследование включались взрослые больные с симптомами ВИЧ-инфекции (2–4 стадия по классификации ВОЗ) и числом CD4-клеток < 200 кл/мкл. В исследование не включались беременные и кормящие, больные с активным туберкулезом, онкозаболеваниями или заболеваниями крови, печени или почек, являющимися противопоказаниями к назначению АРТ. Всем больным была назначена тройная АРТ (зидовудин-ламивудин + тенофовир [75%] или абакавир, или невирапин) и они были рандомизированы на либо только клиническое мониторирование (КМ), либо клиническое и лабораторное мониторирование (КЛМ). Рандомизация была стратифицирована по уровню CD4-клеток, центру исследования и первичному режиму АРТ. Перевод на второй (и более) режим АРТ производился в обеих группах на основании клинических показаний, которыми считались новое событие стадии 4 по классификации ВОЗ (абсолютное показание) или новое событие стадии 3 по классификации ВОЗ (относительное показание, по усмотрению медперсонала). В группе КЛМ показанием к смене режима также считалось число CD4-клеток < 100 кл/мкл. Всех больных каждые 4 недели осматривали медицинские сестры. Всем больным проводилось лабораторное тестирование каждые 12 недель, но результаты анализов группы КМ не направлялись врачам и медицин-

ских сестрам. Такая тактика соблюдалась до декабря 2008 г., с января 2009 г. все результаты лабораторных исследований больных группы КМ были направлены лечащим врачам и у больных с низким уровнем CD4-клеток АРТ была модифицирована. Вирусная нагрузка у больных не определялась. При развитии побочных явлений врачи пытались заменить только тот препарат, который был причиной их развития. Основными конечными точками в исследовании считались смерть, новое клиническое событие стадии 4 по классификации ВОЗ или тяжелое нежелательное событие (например, госпитализация, инвалидность и т.д.).

Результаты исследования. В исследование был включен 3321 больной; 1659 человек были рандомизированы в группу КЛМ, а 1662 — в группу КМ. За 5 лет наблюдения потеряна связь только с 7% больных, что является исключительным достижением для исследования, проведенного в Африке. Исходные клинико-демографические характеристики были сходными в группах сравнения: 64–66% групп составили женщины; в 99% заражение ВИЧ происходило в ходе гетеросексуальных половых отношений; средний исходный уровень числа CD4-клеток составил 86 кл/мкл (у 33% больных — <49 кл/мкл); средний исходный индекс массы тела — 21,7. Приверженность терапии также была одинаковой в группах — около 96,5–97%.

Общая пятилетняя выживаемость больных не имела статистически значимых различий и составила 87% в группе КМ (95% ДИ 88–91) и 90% в группе КЛМ (95% ДИ 88–91). Смерть или новое клиническое событие стадии 4 по классификации ВОЗ имели место у 459 (28%) больных группы КМ и 356 (21%) группы КЛМ, что соответственно составило заболеваемость равную 6,94 (95% ДИ 6,3–7,6) на 100 человеко-лет и 5,24 (95% ДИ 4,7–5,8) на 100 человеко-лет: абсолютная разница 1,7 на 100 человеко-лет или отношение шансов 1,31 (1,1–1,5), $p = 0,0001$. То есть больные в группе КМ на 30% чаще умирали или у них развивался СПИД. Однако авторы исследования подчеркивают, что различия между группами в заболеваемости и смертности появились только на третьем году наблюдения.

Пятилетняя выживаемость, свободная от новых клинических событий стадии 4 по классификации ВОЗ, составила 72% в группе КЛМ против 78% в группе КМ, а число больных, которых надо было мониторировать в течение года для того, чтобы предотвратить одно событие стадии 4, составило 59 человек.

К декабрю 2008 г. на первичном режиме АРТ оставались 81% группы КМ против 78% группы КЛМ. Смена режима АРТ по причине побочных явлений отмечалась в группах с одинаковой частотой и составила 83% всех случаев смены первичного режима АРТ в данном исследовании. По сравнению с группой КМ в группе КЛМ смена первичного режима АРТ проводилась ча-

ще в течение второго года терапии, а на 4-м году разница между группами по этому признаку исчезала.

Исследователи не обнаружили значительной разницы между группами по частоте тяжелых нежелательных явлений: 283 (17%) случаев в группе КМ и 260 (16%) в группе КЛМ. Из нежелательных явлений всех степеней тяжести чаще всего отмечались анемии (76 против 61 случаев соответственно). Исследователи отмечают, что большинство нежелательных явлений 3–4 степени были проявлениями токсичности АРТ, определяемыми лабораторно (чаще всего нейтропения) и не имеющими клинических проявлений.

Выводы. Исследователи делают вывод, что назначение АРТ без лабораторного мониторинга токсических эффектов достаточно безопасно. Они полагают, что различия между группами в отношении прогрессирования ВИЧ-инфекции и развития СПИДа говорят о целесообразности мониторинга числа CD4-клеток, начиная со второго года терапии. Такое мониторинг необходимо для своевременной замены режима АРТ в случае его несостоятельности.

Авторы исследования подчеркивают, что в регионах с ограниченными ресурсами снабжение антиретровирусными препаратами ВИЧ-инфицированных больных, которым показана АРТ, должно быть приоритетом даже в условиях, когда рутинное лабораторное мониторинг невозможно. Речь идет безусловно прежде всего об африканских странах, в которых проживает более 60% ВИЧ-инфицированных людей планеты. Однако доказанная возможность клинического мониторинга ВИЧ-инфицированных больных на АРТ, по крайней мере, в течение первого года терапии, вероятно будет полезна и для других отдаленных и/или экономически несостоятельных регионов.

В редакционном комментарии к статье указывается, что пятилетняя выживаемость больных с исходным числом CD4 86 кл/мкл равная 87% в группе КМ и 90% в группе КЛМ сама по себе является свидетельством беспрецедентной эффективности АРТ. Известно, что пятилетняя выживаемость нелеченных ВИЧ-инфицированных больных в Африке составляет около 5%. Результаты исследования важны для всех без исключения программ помощи ВИЧ-инфицированным больным. Программы, распространяющие антиретровирусные препараты без лабораторного мониторинга, получили подтверждение того, что большинство больных получит от такого лечения безусловную пользу. Программы, тратящие ограниченные ресурсы на гематологическое и биохимическое тестирование на предмет токсических эффектов антиретровирусных препаратов, могут отменить или ограничить это тестирование и перенаправить средства на более важные нужды, прежде всего, непосредственно на АРТ. Авторы комментария подчер-

квивают при этом, что мониторинг числа CD4-клеток и вирусной нагрузки у больных с ВИЧ-инфекцией, как получающих, так и не получающих АРТ, безусловно улучшает качество медицинской помощи и прогноз больных. Они считают, что компании, производящие лабораторное оборудование, должны продолжить работу над дешевыми автоматизированными лабораторными инструментами и наборами.

Источник. DART Trial Team. Routine versus clinically driven laboratory monitoring of HIV antiretroviral therapy in Africa (DART): a randomized non-inferiority trial. *Lancet* (2010) Jan. 9, 375 (9709), 123–131 (Epub. 2009, Dec. 8).

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

12.04.2010

С разработкой антиретровирусной терапии и профилактики вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку каждый год рождается все больше неинфицированных детей от ВИЧ-инфицированных матерей. При этом, несмотря на то, что ребенок не инфицирован ВИЧ, остаются опасения по поводу того, как инфекция матери повлияла на его общее здоровье. Как известно, в раннем возрасте прибавка в весе является универсальным показателем здоровья и развития. В южно-африканской провинции Квазулу Натал проведено большое сравнительное исследование динамики прибавки веса и выживаемости детей от ВИЧ-инфицированных и не-ВИЧ-инфицированных матерей. Основной целью исследования было определение того, как влияет АРТ ВИЧ-инфицированной матери на здоровье детей, у которых удалось предотвратить заражение ВИЧ в ходе беременности и родов.

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

Результаты исследования. В исследование был включен 1261 ребенок от ВИЧ-инфицированных матерей и 1061 ребенок от матерей без ВИЧ-инфекции. ВИЧ-инфицированные матери были моложе неинфицированных, и у них чаще рождались недоношенные и маловесные дети. Средняя прибавка веса ВИЧ-инфицированных детей была значительно ниже, чем средняя прибавка веса неинфицированных детей от

ВИЧ-инфицированных матерей. Средняя разница составила к 6 неделям 249 г для мальчиков и 200 г для девочек, а к 52-м неделям жизни — 420 г для мальчиков и 405 г для девочек.

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

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

Многофакторный анализ с поправками на множественные клинико-демографические факторы показал, что наибольшее влияние на прибавку в весе в первые месяцы жизни оказывали следующие факторы: окружность плеча матери (показатель ее уровня питания), уровень CD4-клеток матери, вес при рождении и ВИЧ-статус младенца.

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

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

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДВУХ ПАР НИОТ ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ТЕРАПИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

12.04.2010

Как известно, рекомендованным первичным режимом комбинированной антиретровирусной терапии (кАРТ) является сочетание двух нуклеотидных ингибиторов обратной транс-

криптазы (НИОТ) и либо нуклеотидного ингибитора обратной транскриптазы (ННИОТ), либо ингибитора протеазы (ИП). На данный момент неизвестно, какие два НИОТ являются оптимальными для первичного назначения. В США проводится большое рандомизированное исследование с целью сравнения эффективности и безопасности следующих двух пар НИОТ: тенофовир-эмтрицитабин (tenofovir-emtricitabine) и абакавир-ламивудин (abacavir-lamivudine). Промежуточные результаты исследования опубликованы в одном из декабрьских номеров журнала «New England Journal of Medicine».

Методы исследования. Исследование AIDS Clinical Trials Group Study A5202 является рандомизированным слепым многоцентровым исследованием. В исследовании принимают участие взрослые ВИЧ-инфицированные больные, не имевшие кАРТ в анамнезе на момент включения. Рандомизация была стратифицирована по вирусной нагрузке (ВН). В данный отчет вошли только больные с исходной $VH \geq 100\ 000$ копий/мл. Исследование сравнивает следующие четыре начальных режима АРТ: абакавир-ламивудин + ННИОТ эфавиренц (efavirenz), абакавир-ламивудин + ИП атазанавир-ритонавир (atazanavir-ritonavir), тенофовир-эмтрицитабин + эфавиренц и тенофовир-эмтрицитабин + атазанавир-ритонавир (atazanavir-ritonavir). Основной конечной точкой было принято время до развития вирусологической неудачи терапии, которой считается $VH \geq 1000$ копий/мл в период от 16 до 24 недели кАРТ или $VH > 200$ копий/мл после 24-й недели кАРТ.

Результаты исследования. С сентября 2005 г. по ноябрь 2007 г. в исследование AIDS Clinical Trials Group Study A5202 были включены 1858 больных. В данный анализ вошли 797 больных с исходной $VH \geq 100\ 000$ копий/мл. Из них 398 получали абакавир-ламивудин и 399 – тенофовир-эмтрицитабин. Средняя длительность наблюдения составила 60 недель. Вирусологическая неудача терапии имела место у 57 больных, получавших абакавир-ламивудин, и у 26 больных, получавших тенофовир-эмтрицитабин. Время до вирусологической неудачи было значительно более коротким в группе абакавира-ламивудина по сравнению с группой тенофовира-эмтрици-

табина: отношение рисков (ОР) 2,33, 95% ДИ 1,46–3,72, $p < 0,001$. Вероятность вирусологической неудачи также была в 2 раза ниже в группе тенофовира (отношение шансов [ОШ] 2,08, 95% ДИ 1,28–3,37). Вероятность того, что у больного не будет вирусологической неудачи терапии после 48 недель кАРТ составила 0,84 (95% ДИ 0,79–0,88) в группе абакавира и 0,93 (95% ДИ 0,90–0,96) в группе тенофовира.

Исследователи определили, что на сравнительную вероятность развития вирусологической неудачи оказывали влияние определенные исходные данные. Так, вирусологическая неудача реже отмечалась при приеме тенофовира-эмтрицитабина по сравнению с приемом абакавира-ламивудина у мужчин ($p = 0,05$), у лиц, которым был проведен генотипический анализ ВИЧ ($p = 0,03$) и у больных с более низким исходным числом CD4-клеток ($p = 0,01$).

Модификация кАРТ потребовалась 114 больным группы абакавир-ламивудин и 68 больным группы тенофовир-эмтрицитабин (ОШ 1,87, $p < 0,001$). Иммунологический ответ на терапию не имел различий между группами. Средний прирост числа CD4-клеток составил 194 кл/мкл в группе абакавира-ламивудина и 199 кл/мкл в группе тенофовира-эмтрицитабина. Сочетание тенофовир-эмтрицитабин также оказалось сравнительно безопаснее, побочных явлений в данной группе было меньше и развивались они позднее ($p < 0,001$). В группе абакавира также появилось несколько больше новых мутаций резистентности ВИЧ, чем в группе тенофовира. Среди больных с вирусологической неудачей терапии мутации развились у 45% получавших абакавир-ламивудин против 38% получавших тенофовир-эмтрицитабин.

Выводы. В данном анализе, проведенном с участием не принимавших ранее антиретровирусные препараты ВИЧ-инфицированных больных с высокой ВН, сочетание НИОТ тенофовир-эмтрицитабин показало преимущество перед сочетанием абакавир-ламивудин как в отношении вирусологической эффективности, так и в отношении безопасности.

Источник. P.E. Sax, et al. Abacavir-Lamivudine versus Tenofovir-Emtricitabine for Initial HIV-1 Therapy. *N. Engl. J. Med.* (2009) **361**, 2230–2240.

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

Создан общественный фонд
«Здоровье Бурятии»

Учредителем и директором Регионального общественного фонда «Здоровье Бурятии» является Светлана Будашкаева. «Задача фонда – объединить всех заинтересованных людей в борьбе против инфекционных болезней», – говорит С. Будашкаева. В создаваемую фондом коалицию вой-

дут министерства и ведомства, НКО, члены политических партий и депутаты. Первая акция будущей коалиции – информационно-пропагандистская кампания по профилактике инфекционных заболеваний, которая прошла 5–11 апреля.

Желающие присоединиться к кампании могут позвонить по телефону: (3012)60-9060 или обратиться с предложениями по электронной почте: budashkaeva@yandex.ru



ВИЧ и ПРАВО в Российской Федерации*

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

О правовом положении иностранных граждан

Вопрос: Почему при регистрации иностранный гражданин должен сдавать анализ на ВИЧ-инфекцию?

Ответ: В соответствии с № 38-ФЗ от 30.03.1995 г., Федеральным законом РФ от 25.07.2002 г. № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» (абзац 1 ч. 5 ст. 6.1; абзац 13 ч. 1 ст. 7 и абзац 13 ч. 1 ст. 9), Постановлением Правительства РФ от 01.11.2002 г. № 789 «Об утверждении положения о выдаче иностранным гражданам и лицам без гражданства разрешения на временное проживание» (п. 8, 31), а также Приказа Министерства внутренних дел РФ от 14.04.2003 г. № 250 «Об организации органов внутренних дел РФ по оформлению и выдаче иностранным гражданам и лицам без гражданства разрешений на временное проживание и видов на жительство» (Приложение № 3 к Приказу: п. 12.8, п. 59; Приложение № 4 к Приказу: п. 11.7, 50), иностранный гражданин при подаче заявления с целью получения разрешения на временное проживание или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации

представляет ряд документов, в том числе и сертификат об отсутствии у заявителя ВИЧ-инфекции.

Ситуация: Гражданин Украины хочет получить разрешение на временное проживание в РФ с последующим оформлением гражданства, зачем ему справка, что у него СПИДа нет?

Ответ: Документ называется сертификатом «Об отсутствии ВИЧ-инфекции», предъявляемому, иностранными гражданами и лицами без гражданства при их обращении за визой на въезд в РФ на срок свыше трех месяцев. Эти требования правомерны и отражены в ряде нормативно-правовых актов РФ.

Так, согласно ст. 7 и 9 Федерального закона «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» разрешение на временное проживание, вид на жительство в РФ иностранному гражданину не выдаются, а ранее выданные разрешение или вид на жительство аннулируются, если данный иностранный гражданин «не имеет сертификата об отсутствии у него заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».

В Постановлении Правительства РФ № 789 от 1 ноября 2002 года «Об утверждении положения о выдаче иностранным гражданам и лицам без гражданства разрешения на временное проживание», при подаче заявления на получение разрешения на временное проживание или вида на жительство, иностранный гражданин должен

* Правовая защита граждан. Сборник вопросов и ответов. РОО «СПИД инфосвязь», Москва, 2008. Окончание, начало см.: «Шаги профессионала» № 6, 2009 и № 1, 2010.

предоставить ряд документов, в том числе сертификат об отсутствии у него (членов его семьи) ВИЧ-инфекции.

Кроме этого, в силу ст. 10 № 38-ФЗ от 30.03.1995 г., российская виза на въезд в РФ иностранным гражданам и лицам без гражданства, прибывающим в РФ на срок свыше 3-х месяцев, выдается только при предоставлении сертификата об отсутствии у них ВИЧ-инфекции.

Ситуация: Я, иностранный гражданин, прибыл в Россию в порядке, не требующем получения визы. Для получения разрешения на временное проживание мне сказали обследоваться и пройти анализ на ВИЧ. Законно ли это? Если результат будет положительным, дадут ли мне вид на жительство?

Ответ: В соответствии со ст. 6.1. Федерального закона от 25 июля 2002 г. № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» для получения разрешения на временное проживание иностранный гражданин, прибывший в Российскую Федерацию в порядке, не требующем получения визы, действительно обязан представить в территориальный орган федерального органа исполнительной власти в сфере миграции, принявший его заявление о выдаче ему разрешения на временное проживание сертификат об отсутствии у него заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), в течение тридцати суток со дня подачи им заявления о выдаче ему разрешения на временное проживание. В случае, если результат обследования будет положительным и иностранный гражданин не предоставит сертификат об отсутствии ВИЧ-инфекции, в соответствии со ст. 9 вышеуказанного закона вид на жительство выдан не будет.

Ситуация: Я – гражданка России, мой муж ВИЧ-инфицирован, не гражданин РФ. Слышала о том, что гражданин Украины добился, чтобы отменили его депортацию. Можно разъяснить ситуацию?

Ответ: В жалобе гражданина Х., поданной в Конституционный суд РФ, обосновывалось, что положения законов, позволяющие депортировать ВИЧ-инфицированного иностранного гражданина, являющегося членом (в данном случае мужем и отцом) семьи, проживающей в России, противоречат российской Конституции, нарушая конституционные права человека проживать совместно с семьей, заботиться о ребенке и воспитывать его, а также право на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Конституционный суд РФ (далее КС), отталкиваясь от конкретной жалобы, рассматривает вопрос о соответствии Конституции того

закона, который был применен (или должен был быть применен) в деле заявителя. Но принимаемое КС решение о конституционности или неконституционности закона применимо не только к обратившемуся в суд человеку, но и ко всем лицам, которых затрагивает обжалованный закон.

Определением Конституционного суда РФ от 12 мая 2006 года по жалобе Х. нормы законов о депортации из РФ ВИЧ-инфицированных иностранцев и о невозможности легализации иностранных граждан в РФ без предоставления сертификата об отсутствии ВИЧ-инфекции признаны соответствующими Конституции РФ. Но КС, издав обязательное и не подлежащее обжалованию толкование этих норм, фактически изменил их императивный (безоговорочный) характер. Благодаря Определению КС в России теперь нет и не может быть безусловного, автоматического выдворения любого иностранца с ВИЧ, равно как не может быть безоговорочных отказов в выдаче разрешения на временное проживание и вида на жительство в РФ без предоставления указанного сертификата. То есть при наличии заслуживающих внимания обстоятельств иностранные граждане с установленной ВИЧ-инфекцией могут законно проживать в РФ и даже получить со временем гражданство РФ.

Сославшись на международный опыт и на решения Европейского суда, КС обязал государственные органы действовать, руководствуясь гуманитарными соображениями, т.е. подходить к каждому случаю индивидуально. Причиной, дающей основание преодолеть требования закона, может быть состояние здоровья иностранного гражданина, наличие семьи как таковой, пусть еще бездетной, но имеющей намерение родить ребенка, да и независимо от намерения – государство защищает семью, даже если в ней нет детей. Конституционный суд принял хотя половинчатое, но очень полезное решение, утверждающее индивидуальный, гуманный подход в каждом конкретном случае.

Ситуация: Сотрудники больницы обратились с просьбой о помощи. В район в апреле 2003 года из Азербайджана прибыл гражданин сроком до декабря 2006 года. В июле 2005 года он обратился за медицинской помощью в ЦРБ, где был обследован на ВИЧ-инфекцию. Данные результатов оказались положительными. Кровь этого пациента была отправлена на арбитраж (подтверждение) в лабораторию Республиканского СПИД-центра, где анализ подтвердился.

Врачи СПИД-центра о случае выявления ВИЧ-инфекции у иностранного гражданина сообщили в Республиканскую паспортно-визовую службу для депортации из РФ. Но районная прокуратура обратилась в ЦРБ дать разъяснения, почему врачи районной больницы своевременно не подали эту информацию в местную паспортно-визовую службу. Есть ли в данной ситуации нарушения?

Ответ: Согласно Постановлению Правительства РФ от 13.11.1995 г. № 1017 «Об утверждении Правил проведения обязательного медицинского освидетельствования на выявление ВИЧ-инфекции», Приложения 1 к приказу Минздравмедпрома РФ от 16.08.1994 г. № 170 о методических указаниях по организации лечебно-диагностической помощи и диспансерного наблюдения за больными ВИЧ-инфекцией и СПИДом, исследование сыворотки на наличие антител к вирусу иммунодефицита должно проводиться в два этапа:

- обнаружение антител к вирусу с помощью иммуноферментного анализа;
- определение антител к определенным белкам вируса при помощи иммунного блоттинга.

При постановке ИФА в случае положительного результата проведение иммунного блоттинга является обязательным. В данной ситуации проведение иммунного блоттинга, как обязательного компонента при диагностике ВИЧ-инфекции, возможно только в условиях лаборатории Центра СПИД, где устанавливается окончательный лабораторный диагноз.

Наличие же положительного результата в условиях ЦРБ не дает права устанавливать окончательный лабораторный диагноз ВИЧ-инфекции, а тем более незамедлительно сообщать в паспортно-визовую службу. В данной ситуации в действиях врачей нет ничего противозаконного.

Разное

Вопрос: Я работаю врачом-эпидемиологом. При добровольном медицинском освидетельствовании был выявлен пациент, инфицированный ВИЧ, который отказался отвечать на мои вопросы об источнике заражения, заявив, что это вмешательство в его личную жизнь. Существует ли установленная законом обязанность сообщать об источнике заражения?

Ответ: В данном случае мы имеем дело с частной жизнью гражданина, в понятие «частная жизнь» Европейский суд по правам человека, решения которого обязательны для РФ, включает социальные связи лица. Поскольку ВИЧ — это болезнь поведения, то очевидно, что налицо вмешательство в частную жизнь гражданина без его согласия. Согласно ст. 23 ч. 1, ст. 24 ч. 1 Конституции РФ, сбор информации о частной жизни лица без его согласия недопустим.

Согласно ч. 3 п. 10 Постановления Пленума Верховного суда РФ от 10 октября 2003 г. № 5 «О применении судами общей юрисдикции общепризнанных принципов и норм международного права и международных договоров Российской Федерации»: «Российская Федерация как участник Конвенции о защите прав человека и основных свобод признает юрисдикцию Европейского суда по правам человека обяза-

тельной по вопросам толкования и применения Конвенции и Протоколов к ней в случае предполагаемого нарушения Российской Федерацией положений этих договорных актов, когда предполагаемое нарушение имело место после вступления их в силу в отношении Российской Федерации (ст. 1 Федерального закона от 30 марта 1998 г. № 54-ФЗ «О ратификации Конвенции о защите прав человека и основных свобод и Протоколов к ней»). Поэтому применение судами вышеназванной Конвенции должно осуществляться с учетом практики Европейского суда по правам человека во избежание любого нарушения Конвенции о защите прав человека и основных свобод».

То есть практика Европейского суда по правам человека для РФ обязательна. Однако в КоАП РФ существует ст. 6.1 КоАП РФ, которая предусматривает наложение штрафа за сокрытие контактов с лицами, заразившимися ВИЧ, от 500 до 1000 рублей.

Очевидно, что данная статья противоречит Конституции РФ, кроме того, данная норма не может быть применена судом в силу содержания п. 2 пп. «а» ПП ВС РФ № 8 от 31 октября 1995 г. «О некоторых случаях применения судами Конституции РФ при осуществлении правосудия»: «Суд, разрешая дело, применяет непосредственно Конституцию, в частности: а) когда закрепленные нормой Конституции положения, исходя из ее смысла, не требуют дополнительной регламентации и не содержат указания на возможность ее применения при условии принятия федерального закона, регулирующего права, свободы, обязанности человека и гражданина и другие положения». Согласно этой норме, Конституция применяется непосредственно, когда ее норма не требует дополнительной регламентации в Законе.

Конечно, на данную проблему можно иметь и другую точку зрения, основанную на норме ч. 3 ст. 55 Конституции РФ: «3. Права и свободы человека и гражданина могут быть ограничены федеральным законом только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства». Исходя из этого, можно сделать вывод, что ст. 6.1 КоАП РФ и есть норма закона, ограничивающая право на неприкосновенность частной жизни. Представляется, что данная позиция несостоятельна: конструкция нормы ст. 6.1 КоАП РФ построена от противного и не мотивирована ссылками на охрану здоровья других лиц.

Диспозиция ст. 6.1 КоАП РФ содержит глагол «сокрытие»: «Сокрытие лицом, больным ВИЧ-инфекцией, венерическим заболеванием источника заражения, а также лиц, имевших с указанным лицом контакты, создающие опасность заражения этими заболеваниями». Поэтому необходимо определиться с лингвистичес-

ким толкованием слова сокрытие, входит ли в понятие «сокрытие» понятие «отказ сообщить о чем-либо». Законы РФ не содержат позитивно сформулированной обязанности сообщать о своей частной жизни сторонним лицам, включая медицинских работников, а поскольку такая обязанность законом не установлена, то не может быть и ответственности за ее нарушение.

Такая же позиция сформулирована в ч. 2 ст. 5 № 38-ФЗ от 30.03.1995 г.: «Права и свободы граждан Российской Федерации могут быть ограничены в связи с наличием у них ВИЧ-инфекции только федеральным законом». Окончательный ответ на данный вопрос может дать только Конституционный суд РФ.

Вопрос: *Может ли быть расторгнут договор добровольного МС на основании ВИЧ-положительного статуса?*

Ответ: Договор обязательного медицинского страхования фонд ОМС заключает с гражданином независимо от заболевания ВИЧ.

Что касается добровольного МС, необходимо просмотреть договор страхования компании и правила страхования.

Если в договоре страхования компании есть нормы об одностороннем расторжении договора в случае сокрытия, при заключении такого договора, сведений о наличии ВИЧ или есть что-то подобное в правилах страхования, на которые имеется ссылка в договоре — то расторжение договора возможно. Если инфицирование произошло после заключения договора — то вряд ли.

Если ничего подобного или похожего нет — то расторжение по соглашению сторон или через суд, т.к. самостоятельное одностороннее расторжение договора, если это договором не предусмотрено, не допускается.

Ситуация: *ВИЧ-положительная родила ребенка, но в связи с болезнью длительное время находится в больнице, ребенок тоже в детской больнице. Нет свидетельства о рождении, регистрации по адресу. Что делать?*

Ответ: Необходимо обратиться в районный загс, получить свидетельство о рождении ребенка. В органах соцзащиты оформить пособие на рождение ребенка. Срок обращения ограничен 6 месяцами. Следовательно, необходимо поторопиться.

Ситуация: *Обратившаяся инвалид плохо себя чувствует, необходима поддержка в виде установления патронажа. Какова процедура установления патронажа, последствия установления?*

Ответ: Согласно п. 1 ст. 41 Гражданского кодекса РФ, по просьбе совершеннолетнего дееспособного гражданина, который по состоянию

здоровья не может самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности, над ним может быть установлено попечительство в форме патронажа.

Попечитель (помощник) совершеннолетнего дееспособного гражданина может быть назначен органом опеки и попечительства только с согласия такого гражданина. Таким образом, необходимо желание гражданина об установлении патронажа и определенные условия для его установления.

Попечитель должен назначаться, как правило, по месту жительства подопечного. Патронаж прекращается: по требованию самого гражданина; при помещении подопечного в лечебное учреждение или учреждение социальной защиты; по просьбе попечителя; при отстранении попечителя от его обязанностей при ненадлежащем их выполнении.

Для прекращения патронажа необходимо решение соответствующего органа опеки и попечительства. Свою помощь попечитель может осуществлять не в силу решения органа опеки и попечительства, а на основании договора поручения или договора о доверительном управлении имуществом.

Ситуация: *Обратившаяся зарегистрирована в квартире ЖСК вместе с матерью и сестрой. Мать обратилась в суд с иском о признании лица утратившим право пользования жилым помещением. При этом она не пускает в квартиру клиентку, сменила замок, новый ключ не дает. Что делать?*

Ответ: Предъявить встречный иск о нечинении препятствий в пользовании жильем. Представить в суд доказательства того, что мать препятствует в проживании в спорном жилом помещении.

Ситуация: *Обратившийся освободился из МЛС. Родственники препятствуют в проживании в квартире. Ему принадлежит доля в праве общей собственности. Что делать в данной ситуации?*

Ответ: Составить акты о чинении препятствий, и затем необходимо обратиться в суд с заявлением о нечинении препятствий в праве пользования жилым помещением и добиваться исполнения решения суда через службу судебных приставов.

Ситуация: *Обратившаяся с дочерью проживают в Ленинградской области, постоянной регистрации нигде нет, есть временная в Санкт-Петербурге. Клиентка хочет снять квартиру в Петербурге, но опасается, что дочь без регистрации не возьмут в школу.*

Ответ: Разъяснено право ребенка в соответствии с законом «Об образовании» посещать учебное заведение по месту жительства. В случае

отказа учебного заведения в приеме ребенка следует обращаться за юридической помощью.

Вопрос: У меня ВИЧ, у старшего брата нет. Квартира приватизирована на мать, при приватизации я отказался от приватизации в пользу матери. Мать втайне от меня оформила договор дарения на брата. Теперь брат требует, чтобы я освободил квартиру, поскольку он является собственником и показывает мне копию нотариального договора дарения.

Ответ: Обзор законодательства и судебной практики Верховного Суда РФ за четвертый квартал 2005 г. (утв. постановлением Президиума Верховного Суда РФ от 1 марта 2006 г.) так отвечает на вопрос: Сохранится ли право бессрочного пользования жилым помещением у бывшего члена семьи собственника жилого помещения, отказавшегося от участия в приватизации жилья, при переходе права собственности на жилое помещение к другому лицу с учетом положений статьи 19 Федерального закона «О введении в действие Жилищного кодекса Российской Федерации» и статьи 292 ГК РФ?

Согласие лица, которое совместно проживает с собственником жилого помещения, является обязательным условием для приватизации. При этом следует учитывать, что, дав согласие на приватизацию жилого помещения, лицо исходило из того, что право пользования данным жилым помещением для него будет носить бессрочный характер, следовательно, его права должны быть учтены при переходе права собственности на жилое помещение другому лицу, поскольку иное толкование нарушало бы положения ст. 40 Конституции Российской Федерации, в соответствии с которой каждый имеет право на жилище и никто не может быть произвольно лишен своего жилища. Таким образом, в данном случае право на жилище не будет нарушено. Кроме того, следует обратиться к нотариусу с заявлением о принятии наследства, проверить, зарегистрирован ли данный договор дарения.

Ситуация: Обратившийся работает на морском судне, совершающем рейды за рубежом. Интересуются правилами пересечения границ иностранных государств для ВИЧ-инфицированных.

Ответ: В большинстве государств при краткосрочном (до 3 месяцев) въезде в страну сертификат об отсутствии ВИЧ не требуется. Порядок пересечения границ в США, Ираке, Китае предусматривает ограничения для въезда ВИЧ-инфицированных.

Ситуация: Обратившаяся находится в стационаре длительное время, слышала, что можно сделать перерасчет за коммунальные услуги. Каким образом?

Ответ: Согласно Правилам предоставления коммунальных услуг гражданам (утверждены Постановлением Правительства РФ № 307 от 23.05.2006 года), при временном отсутствии потребителя в жилом помещении более 5 полных календарных дней подряд осуществляется перерасчет платы за холодное водоснабжение, горячее водоснабжение, водоотведение, электроснабжение и газоснабжение. Данный перерасчет размера платы за коммунальные услуги осуществляется при отсутствии в жилом помещении индивидуальных приборов учета по соответствующим видам коммунальных услуг.

Перерасчет размера платы за коммунальные услуги осуществляется в течение 5 рабочих дней на основании письменного заявления, поданного в течение месяца после окончания периода временного отсутствия потребителя. К заявлению должны прилагаться документы, подтверждающие продолжительность периода временного отсутствия.

Документом, подтверждающим временное отсутствие потребителя, может являться:

- а) копия командировочного удостоверения или справка о командировке, заверенные по месту работы;
- б) справка о нахождении на лечении в стационарном лечебном учреждении;
- в) проездные билеты, оформленные на имя потребителя (в случае если имя потребителя указывается в данных документах в соответствии с правилами их оформления), или их копии;
- г) счета за проживание в гостинице, общежитии или другом месте временного пребывания или их копии;
- д) справка органа внутренних дел о временной регистрации потребителя по месту его временного пребывания;
- е) справка организации, осуществляющей охрану жилого помещения, в котором потребитель временно отсутствовал;
- ж) иные документы, подтверждающие временное отсутствие потребителя.

Следовательно, при выписке из стационара необходимо получить справку о времени нахождения в стационаре. Обратиться в бухгалтерию по месту жительства, написать заявление о перерасчете и предъявить указанную справку.



16 февраля 2010 г. в Центральном Доме ученых РАН состоялась конференция «Проблемы вирусных инфекций в России», посвященная официальному открытию Научного информационного центра по профилактике и лечению вирусных инфекций.

Для отечественного научного сообщества начало 2010 г. отмечалось обнадеживающей и воодушевляющей активностью. После того как Президент России Дмитрий Медведев, цитируя Луи Пастера, 8 февраля 2010 г. вручил Президентские премии в области науки и инноваций для молодых ученых, отечественный научный мир снова отметил значимое событие, отвечающее правительственному курсу научного и экономического инновационного развития. В Центральном Доме ученых РАН Институт развития общественного здравоохранения представил свой новый проект – Научный информационный центр по профилактике и лечению вирусных инфекций.

Проект призван объединить усилия специалистов по борьбе с вирусными инфекциями, способствовать информационной грамотности населения, а также решать задачи повышения информационно-образовательного уровня врачей-специалистов и осведомленности пациентов; наладить доступ к информации о новейших методах терапии вирусных заболеваний, сотрудничество и интеграцию с международными ассоциациями в области вирусных инфекций.

Предпосылкой для создания Научного информационного центра по профилактике и лечению вирусных инфекций послужила усугубляющаяся ситуация по эпидемиологии, в лечении и профилактике вирусных инфекций на территории РФ. Смертность от инфекционных и паразитарных заболеваний в России на 72,6% выше, чем в экономически развитых странах.

Ввиду демографического кризиса последних лет существует явная необходимость уделить особое внимание проблемам здравоохранения и улучшению качества здоровой жизни населения в репродуктивном возрасте. Это одна из приоритетных задач Центра.

Деятельность Научного информационного центра по профилактике и лечению вирусных инфекций направлена на решение следующих задач:

- создание информационного поля о современных методах диагностики вирусных заболеваний в России;

- обеспечение адекватного доступа российских врачей и пациентов к инновационным и оригинальным противовирусным препаратам;

- создание информационно-образовательных программ, направленных на предотвращение распространения социально значимых инфекций, своевременную диагностику и преодоление сниженной приверженности к лечению ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов, герпес-вирусных инфекций.

Научный информационный центр по профилактике и лечению вирусных инфекций планирует издательскую деятельность, организацию круглых столов, семинаров, конференций, лекций, тренингов, конгрессов, пресс-конференций с привлечением широкого спектра СМИ, создание Веб-сайтов, фармако-экономические и медико-экономические исследования эффективности применения лекарственных препаратов.

География проекта – пять крупных городов, административных и научных центров России: Москва, Санкт-Петербург, Екатеринбург, Казань, Красноярск.

Контактная информация: Викулов Георгий Христович – руководитель Института развития общественного здравоохранения (тел.: +7 (495) 649-8733, электронная почта: vikulov@public-health.ru).

Актуальность вирусных инфекций*

- Междисциплинарная медико-социальная значимость обусловлена значительным преобладанием среди всех инфекционных заболеваний вирусных инфекций, высоким процентом пораженных среди молодого населения в репродуктивном возрасте, неуклонным ростом распространенности дисфункции иммунной системы.

- В структуре смертности среди вирусных инфекций лидирующие позиции сохраняют: грипп, ОРВИ, герпес-вирусные инфекции, вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекция; смертность

* Аналитический обзор официальных данных Росстата, МЗ и СР России, ВОЗ и экспертных оценок по проблеме.

от инфекционных и паразитарных заболеваний в России на 72,6% выше, чем в экономически развитых странах.

- Ежегодный значительный экономический ущерб (экономические потери России составят к 2020 году 20% от совокупного национального дохода).

- Повсеместное распространение, способность вызывать как спорадические случаи, эпидемии, так и пандемии, хронические и медленные инфекции, скрытые формы болезней.

- Изменение клинической картины и появление новых вирусных инфекций.

- Эпидемиологический переход: увеличение доли причин смертности от внутренних причин. Герпес-вирусы ускоряют развитие атеросклероза; онковирусы, ВИЧ, вирус Эпштейна–Барр, папилломавирусы высокого канцерогенного риска, вирусы гепатитов способствуют развитию распространенных опухолей человека.

- Вирус-ассоциированные синдромы потери плода, бесплодия, врожденных аномалий.

Актуальность проекта

- Неполный доступ к информации по современным методам терапии вирусных инфекций и недостаточный образовательный уровень врачей и пациентов.

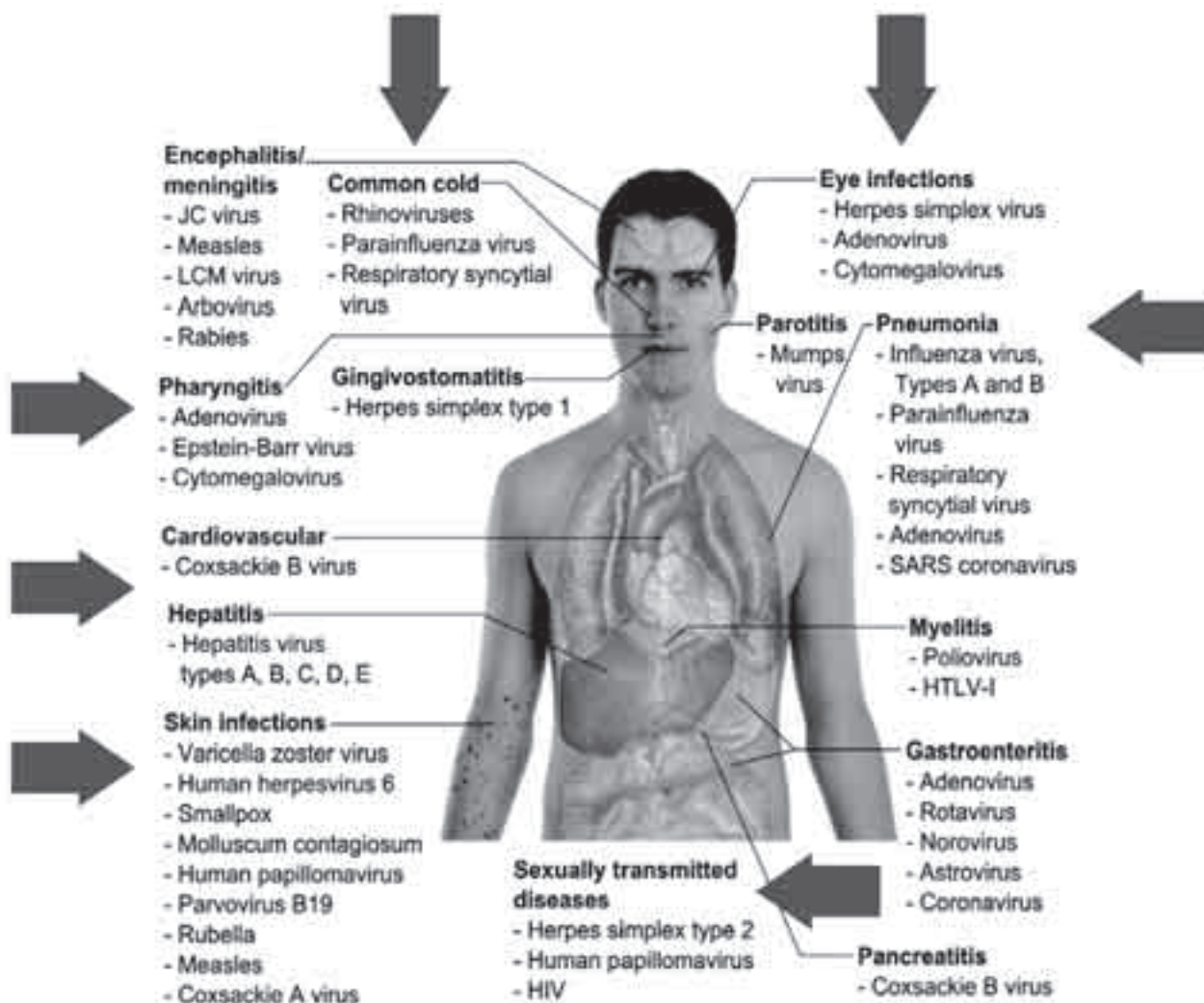
- Недостаточная диагностика вирусных инфекций в России.

- Отсутствие адекватного доступа врачей и пациентов к инновационным и оригинальным противовирусным препаратам в России.

- Сниженная приверженность к проведению терапии ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов, герпес-вирусных инфекций.

Миссия

Продление и повышение качества жизни пациентов и обеспечение доступа врачей к инновационным и оригинальным подходам в профилактике и лечении вирусных инфекций



➔ Сфокусировано внимание на ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, гриппе, ОРВИ, герпес-вирусных инфекциях.

Видение

- Организация и развитие общественных и профессиональных движений в поддержку осознания необходимости лечения пациентов с гепатитами В, С, ВИЧ-инфекцией, гриппом, герпетическими и другими вирусными инфекциями через конкретные проекты в системе здравоохранения России.
- Содействие осознанию профессиональным сообществом преимуществ внедрения инновационных и оригинальных методов диагностики, препаратов и профилактики в области клинической вирусологии.
- Реализация информационно-просветительских проектов через ключевых лидеров мнений, специальные мероприятия и средства массовой информации в масштабах страны.

Цели

- Осуществление информационно-образовательной и просветительской деятельности среди профессионального сообщества (врачей) и пациентов по профилактике и лечению вирусных инфекций с привлечением ведущих специалистов в области клинической и фундаментальной вирусологии.
- Актуализация междисциплинарных вопросов лечения гепатитов В, С, ВИЧ-инфекции, гриппа, герпес-вирусных и других инфекций в массовом сознании и восприятии врачей-специалистов, реализация информационно-образовательных программ.
- Формирование информационного поля, необходимого для создания организаторами здравоохранения и органами законодательной и исполнительной власти госпрограмм по вирусным инфекциям.
- Создание предпосылок увеличения финансирования госпрограмм.
- Информирование врачей о существующих стандартах ведения пациентов (протоколах) с вирусными инфекциями в России.

Задачи

- Инициация новых проектов и осуществление поддержки существующих программ по вирусным инфекциям для дальнейшей их реализации на федеральном, региональном и муниципальном уровнях.
- Обеспечение взаимодействия врачей-специалистов с ключевыми лидерами мнений.
- Поддержка деятельности ассоциаций пациентов с вирусными гепатитами.
- Разработка и реализация образовательных программ (школ) для пациентов с вирусными гепатитами и ВИЧ-инфекцией.
- Создание и реализация специальных образовательных программ для врачей с адаптацией

материалов международных организаций в области вирусологии.

- Создание благоприятных информационных условий и методической базы для целевых аудиторий (организаторы здравоохранения, врачи, пациенты).
- Выявление клинико-фармакологических потребностей в новых препаратах для лечения вирусных инфекций.
- Информирование и поддержка клинических и постмаркетинговых исследований лекарственных противовирусных средств.
- Способствование международной интеграции, сотрудничеству с ассоциациями и учреждениями по актуальным вопросам в области вирусных инфекций.

5 шагов реализации проекта

- Формализация отношений в рамках проектной структуры.
- Создание проектной группы.
- Создание Научного совета и Исполнительного комитета.
- Формирование и утверждение программы действий.
- Реализация программ силами проектной группы.

Структура управления и направления деятельности



Создание Научного совета и Исполнительного комитета

- Создание Положений о Научном информационном центре, Научном совете и Исполнительном комитете.
- Переговоры с кандидатами — ключевыми лидерами мнений.
- Определение состава Научного совета и Исполнительного комитета.
- Определение и утверждение Научным советом плана мероприятий.

Взаимодействие между Научным советом и Исполнительным комитетом

- Возглавляет Научный информационный центр по профилактике и лечению вирусных инфекций — директор (руководитель) проекта.
- Научный совет является совещательным органом и действует в целях научно-методического обеспечения деятельности Научного информационного центра.
- Заключение Научного совета носят рекомендательный характер. Заключение Научного совета, закрепленные приказом директора Института развития общественного здравоохранения, являются обязательными и подлежат исполнению всеми сотрудниками института.
- Исполнительный комитет является организационно-совещательным органом и действует в целях организационно-методического обеспечения деятельности Научного информационного центра.
- Директор (руководитель) проекта Научного информационного центра осуществляет взаимодействие и организует работу Исполнительного комитета и Научного совета.

Формирование и реализация проекта



- Проектный супервайзинг.
- Разработка веб-сайта и его поддержка.
- Взаимодействие с лидерами мнений.
- Медико- и фармако-экономические исследования.
- Коммуникационная деятельность (пресс-конференции для пациентских ассоциаций и врачей, симпозиумы, круглые столы, лекции).
- GR.

Основная программа*

- **Инициатор:** Институт развития общественного здравоохранения.
- **Направления деятельности проекта:** издательская деятельность, круглые столы, семинары, конференции, лекции, тренинги, конгрессы, пресс-конференции с привлечением СМИ, создание веб-сайтов, медико- и фармако-экономические исследования; методы социальной работы, направленные на установление контактов и донесение информации, консультаций, средств профилактики до закрытых социальных групп в местах привычных для них.
- **Нозологии:** ВИЧ-инфекция, хронические вирусные гепатиты, грипп, герпес-вирусные инфекции и др.
- **Целевые аудитории:** пациенты, врачи, организаторы здравоохранения.
- **Методы исследования:** логико-аналитический, эпидемиологический, статистический, организационно-функционального моделирования, экономические, множественных сравнений, социологические, математические, компьютерные и др.
- **География проекта:** Москва, Санкт-Петербург, Екатеринбург, Казань, Красноярск.
- **Исполнители:** Проектная группа Научного информационного центра по профилактике и лечению вирусных инфекций.
- **Финансирование:** собственные средства Института, гранты.

Организации, с которыми планируется сотрудничество в процессе реализации проекта

- Министерство здравоохранения и социального развития России.
- Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.
- НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского РАМН (Москва).
- ФГУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора (Москва).
- Федеральный научно-методический Центр по профилактике и борьбе со СПИДом (Москва).
- Российская академия медицинских наук.
- Российская ассоциация гастроэнтерологов, общество гепатологов (Москва).

* Передается на согласование в Научный совет.

Целевые аудитории



Диагностика и профилактика вирусных инфекций



- ГОУ ВПО Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова.
- Российский государственный медицинский университет (Москва).

Организации, с которыми планируется сотрудничество в процессе реализации проекта

- ГОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет (Москва).
- Федеральное государственное учреждение Научно-исследовательский институт детских инфекций (Санкт-Петербург).

- Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (Санкт-Петербург).
- НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи РАМН (Москва).
- Департамент здравоохранения (Москва, Санкт-Петербург, Екатеринбург, Казань, Красноярск).
- Медицинская академия последипломного образования (Москва, Санкт-Петербург).
- ГУ «Республиканский научно-практический центр» эпидемиологии и микробиологии (Минск).
- Российские и зарубежные фармацевтические компании и ЛПУ.

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

Российских фармпроизводителей заставят перейти на стандарты GMP до 2014 года

Российские производители лекарственных средств должны перейти на международные стандарты качества (GMP) к 1 января 2014 года. Как сообщает ИТАР-ТАСС, об этом министр здравоохранения и социального развития Татьяна Голикова заявила в ходе подготовки ко второму чтению законопроекта «Об обращении лекарственных средств». Глава ведомства отметила, что уже имеющиеся у производителей лицензии, а также те документы, которые будут выданы в течение переходного периода, будут действовать до указанного срока. «Эти лицензии прекратят свое действие, если предприятия не будут соответствовать стандартам GMP», — добавила она. По данным Голиковой, на сегодняшний день более 400 предприятий имеют лицензии на производство фармацевтических препаратов, однако лишь на 30 из них производство организовано в соответствии с международными стандартами. Министр предположила, что предприятия, которые не соответствуют этим стандартам, получат поддержку государства. Она добавила, что такая возможность предусмотрена стратегией развития фармацевтической промышленности, разрабатываемой Минпромторгом. Ранее глава Минздравсоцразвития заявляла, что переоборудование российского производства лекарств в соответствии с стандартами GMP необходимо завершить до 2012 года. Законопроект «Об обращении лекарственных средств» был принят Госдумой в первом чтении 29 января. Документ определяет порядок производства, регистрации и реализации фармацевтической продукции. Кроме того, он содержит ряд изменений процедуры клинических испытаний лекарств. В частности, законопроект вводит процедуру обязательного страхования добровольцев при проведении таких испытаний.

<http://medportal.ru/mednovosti/>

Минздрав более чем в два раза снизил госпошлину за регистрацию лекарств

Министерство здравоохранения и социального развития намерено более чем в два раза снизить госпошлину за регистрацию лекарств, предусмотренную новым законом об обращении лекарственных средств. Об этом, как передает ИТАР-ТАСС, заявила глава Минздравсоцразвития Татьяна Голикова на «круглом столе» в Госдуме.

Согласно первоначальному варианту законопроекта, одобренного Госдумой в первом чтении, размер единой государственной пошлины за регистрацию лекарственного средства составлял 670 тысяч рублей. По итогам обсуждения законопроекта перед вторым чтением Минздрав принял решение сократить размер пошлины.

Как пояснила Голикова, из новой версии законопроекта будет исключена норма о предварительном контроле лекарственного средства. «За счет исключения нормы о предконтроле снижается сумма госпошлины с 670 до 300 тысяч рублей», — сообщила министр.

Татьяна Голикова напомнила также, что после введения единой госпошлины за регистрацию лекарства экспертиза и другие действия органов надзора будут осуществляться бесплатно. Согласно существующему порядку, производитель лекарства платит за его регистрацию всего 2 тысячи рублей, однако при этом он вынужден оплачивать услуги по экспертизе, которые осуществляются Росздравнадзором на договорной основе. Ранее глава Минздравсоцразвития заявляла о том, что введение единой госпошлины за регистрацию лекарств принесет бюджету РФ дополнительно 2 миллиарда рублей в год.

<http://medportal.ru/mednovosti/>

ВОЗ видит в России и тревожные, и обнадеживающие показатели в борьбе с наиболее опасным туберкулезом

Как одни из самых неприятных, так и одни из наиболее обнадеживающих показателей в глобальной борьбе с так называемым мультирезистентным туберкулезом (МРТ) зарегистрированы в России. Об этом говорится в новом докладе ВОЗ, распространенном одновременно в Вашингтоне и Женеве. Согласно докладу, в 2008 г. среди всех новых случаев заболевания туберкулезом в Мурманской обл. 28,3% приходилось на МРТ. Это наиболее опасная форма инфекции, при которой бактерии-возбудители становятся невосприимчивыми к двум и более лечебным препаратам. Мурманский показатель — новый рекорд для ВОЗ, перекрытый 22%-ную планку, достигнутую в 2007 г. в столице Азербайджана — Баку. Среди регионов России крайне тревожная ситуация наблюдается также в Псковской и Архангельской областях (соответственно 27,3 и 23,8%). Вместе с тем специалисты ВОЗ отмечают, что в Орловской и Томской областях в борьбе с МРТ за последние годы произошел перелом. Это очень обнадеживает авторов доклада, делающих на этом основании вывод, что и быстро распространяющийся МРТ можно побеждать. Такого же успеха, согласно документу, удалось добиться властям Латвии и Эстонии. В качестве примеров «устойчиво успешного» удерживания МРТ под контролем в докладе названы США и Гонконг. По оценкам ВОЗ, всего в мире в 2008 г. насчитывалось около 440 тыс. человек, зараженных МРТ. Около трети из них скончались. Примерно половина всех случаев заболевания МРТ в мире приходилась на Китай и Индию.

ИТАР-ТАСС



Никита Габдрахманов*

СПЕЦИАЛИСТЫ В СВОЕМ РОДЕ

Мы привыкли к материалам, в которых рассказывается о непростой жизни ВИЧ-позитивных людей... В статье Никиты Габдрахманова представлен взгляд с другой стороны – специалиста по социальной работе. Как работает социальный работник в медицинском учреждении? Зачем он нужен?

Духовные проблемы и вопросы, возникающие в связи с темой ВИЧ-инфекции мало где поднимаются, но они есть: хрупкость и смертность человека, его смысл и предназначение, смысл страданий и болезней, почему получение удовольствия может привести к «неизлечимым» последствиям, за что ответственен человек...

Получив образование в Православной духовной семинарии, я могу найти ответы на многие вопросы. Какие вопросы задают себе те, кто столкнулся с этим заболеванием, где ищут ответы?

Вступление

Раздался звонок на мобильнике. В трубке слышу женский вопрошающий голос: «Здравствуйте, меня зовут Екатерина, мне психолог вашего Центра дал телефон, я готовлюсь к терапии и у меня сейчас только один вопрос к вам. Мне не понятно, зачем дали ваши координаты, для чего с вами общаться, зачем вы нужны?»

Хороший вопрос. Действительно, зачем нужны специалисты по социальной работе для людей, зараженных ВИЧ-инфекцией? Что они делают? Девушка еще задалась этим вопросом, многие просто игнорируют сам факт существования такого специалиста в центре СПИДа. Обидно? Нисколько. В силу необходимости кому-то придется столкнуться с этим специалистом. А если нет, то и хорошо – значит, и не надо. Ни в этом суть, а в том, чтобы роль этого специалиста в помощи ВИЧ-положительным была прозрачнее, привычнее и понятней. Поэтому здесь я и хочу пролить свет на эту деятельность.

* Н.Р. Габдрахманов – специалист по социальной работе. Данная статья взята с сайта Свердловского областного СПИД-центра www.livehiv.ru

Давайте по порядку

Начну с того, что вкратце обрисую эту профессию, а потом перейду к конкретной работе в конкретном СПИД-центре, а точнее в Свердловском областном.

Не секрет, что эта профессия у многих не вызывает никаких эмоций. С трудом большинство привыкает к посещению психологов и консультациям у них. А тут новая «неведомая зверюшка». Ведь все представления, которые имеются у людей, в большинстве своем базируются на памяти прошлых советских лет. Тогда существовали собесы, гуманитарная помощь. В общем, тогда роль специалиста по социальной работе была в перераспределении некоторых материальных благ нуждающимся. Сегодня, конечно же, дело обстоит не так. Социальная работа давно вышла за рамки такого понимания в странах Запада и у нас начинает набирать такой же оборот. Эта деятельность включает в себя множество компонентов: педагогические, психологические, социологические, реабилитационные, организационные и так далее.

Кстати, сразу хочу заметить, что только у нас есть разделение на специалиста по социальной работе с высшим образованием и социального работника. Нигде в мире такого нет. Есть только социальные работники. Для удобства я буду называть свою профессию именно так – социальный работник.

Ответить на вопрос, чем занимается социальный работник предельно просто. Социальный работник занимается социальной работой. Ответив же на вопрос, в чем заключается эта работа, мы поймем, кто такие социальные работники. Чтобы не вдаваться в пространные объяснения и не превратить мой рассказ в методическое пособие, буду краток. Социальная работа –

это деятельность, которая направлена на улучшение жизни людей в обществе. Не тех, кто сам о себе может позаботиться, а тех, кто в силу тех или иных обстоятельств не может этого сделать сам или испытывает в этом трудности. Помимо этого, социальная работа направлена на то, чтобы в социуме были созданы максимальные условия для развития человека. Социальная работа ведется для уменьшения или облегчения страданий в обществе. Беспомощный должен получить помощь, одинокий — общение, голодный — еду, несчастный — улыбнуться, горящий — утешиться. Звучит упрощенно, казалось бы. Или нереально возвышенно. А я бы сказал: более просто и человечно. Думаю, это поможет избежать формализма в работе. Каким же образом это все достигается, какими, так сказать, инструментами, подскажет технология социальной работы. Но у нас речь не об этом, а о том, напомню, чем помогает социальный работник ВИЧ-инфицированным.

Социальные работники могут трудиться во многих сферах: пенитенциарной системе, системе социального обслуживания населения, реабилитационных центрах, в здравоохранении, в культурно-досуговой деятельности.

Но, наверно, самое сложное для специалистов социальной сферы — это работать в медицинских учреждениях. Это как бы прийти в чужой монастырь со своим уставом. Здесь существует сложная и непоколебимая система власти врачей. Они во многом авторитарны, свое мнение ценится выше, и другие воспринимаются как их прислуга, выполняющая рекомендации. Это божки, которым трудно не уступить, их нужно задобрить жертвами своего профессионального самолюбия и компетентности. А от пациентов они ждут неукоснительного выполнения всех рекомендаций, иначе строить отношения с ними будет очень сложно и падение в их глазах неминуемо. Протиснуться социальному работнику через белые халаты очень сложно. Радует, что в нашем СПИД-центре, не знаю как в других, с этим делом обстоит проще, хотя и не идеально.

Что же касается деятельности социального работника в сфере здравоохранения, то в основном она направлена на оптимизацию лечения пациента, грубо говоря, помочь человеку в прохождении лечения и чтобы оно было эффективной. Также это и просветительские труды в области пропаганды здорового образа жизни и профилактики распространения различных заболеваний, как например, инфекций, передающихся половым путем и ВИЧ/СПИДа.

Вот мы и подошли к самой главной теме: для чего и чем помогает социальный работник ВИЧ-положительному пациенту.

Мы с тобой вдвоем пройдем по улочке

Никому не хочется лечиться, а тем более принимать таблетки строго через каждые 12 ча-

сов в одно и то же время в течение всей жизни. Но этот момент настает. Сигналом служат результаты анализов. Отсрочить этот момент, наверно, хочет каждый. Пока себя хорошо чувствуешь, не хочется начинать лечение. Мы привыкли обращаться за помощью только тогда, когда что-то не заладится в нашем организме. Люди пытаются максимально отсрочить прием таблеток. А это может быть чревато. *И вот к ним домой выходит социальный работник.*

Бывает такое, что человек сдал анализы, ну и по какой-то причине не пришел за результатами, а они показывают, что иммунитет снизился. Организм уже не справляется сам, и ему нужна поддержка извне, то есть опять же — всеми любимыми таблетками. Нужно сказать об этом. Поговорить. Подготовить. Ведь сами пациенты могут еще долго не появляться у врача. *И вот к ним выходит социальный работник.*

Человека, который нуждается в лечении, готовят к новому этапу жизни. Жизни, если хотите, с АРВТ. Ему все подробно объясняет врач, потом психолог. А потом он, к примеру, пропадает на месяц-другой. Ведь для него объявление результата на иммунный статус может по тяжести восприятия и стресса сравниться с объявлением положительного результата на ВИЧ. Что с ним происходит, что вынес он из всех консультаций, что его останавливает начать прием? Это надо выяснить, не оставить его. *Поэтому к нему выходит социальный работник.*

Пациент начал лечение. Лечится, лечится, а потом раз — и перестал. Как так? Что случилось? Не пришел за очередными таблетками. Это называется «срыв с терапии». И это плохо. Надо узнать, что явилось причиной, может, нужна помощь, поддержка, необходимо восполнить недостаток информации, а кого-то, извиняюсь за выражение, и подопнуть. *Вот тогда к ним выходит социальный работник.*

Такие выходы на дом называются «патронажи». Патронаж — это манящее и отталкивающее одновременно слово. Это символ доброго вмешательства. Это увлекательное путешествие по городу зимой и летом, в снег и в дождь. А знаете, какой самый любимый мультфильм у социальных работников? «Чип и Дейл спешат на помощь». Шутка. А если серьезно, то патронаж — это та форма работы, которая позволяет увидеть человека в его среде, у него дома, когда он меньше всего склонен надевать социальные маски и способен быть максимально искренним. Хотя не всегда. Порой, мне кажется, нас воспринимают как надзорный орган за людьми, состоящими на учете в СПИД-центре.

Понравилось бы вам, если бы к вам в дверь постучались? Вы открываете, а там робеющая девушка или слегка небритый бугай в пальто с серьезным видом? На сайте для ВИЧ-положительных Свердловской области проводился опрос в том году, кажется, на тему: «Как вы отнеслись бы к тому, что соцработник пришел бы к

вам домой?». Из 56 участников 23% ответили, что положительно, хорошее дело; 22% сказали, что они просто делают свою работу, и 55% заявили, что это плохо, это вторжение в частную жизнь. Интересно, что бы я ответил на этот вопрос, будучи ВИЧ-положительным? Трудно сказать. Вот если бы ко мне пришел кто-то из больницы по поводу моего мизинца, который я недавно сломал, и нужна хирургическая операция в центре кисти, и пригласил бы на прием к врачу?.. Вначале меня бы охватило недоверчивое недоумение, все переросло бы в удивление, а потом, знаете ли, приятно, как ни крути. Меня бы пригласили на операцию, все бы объяснили: как она будет проходить, насколько больно, сколько будет заживать. Главное, напомнили о дате назначенной операции, что пропускать не следует, что это важно, хоть кость и срослась и сильно не мучает, но в дальнейшем может чаще болеть, и так далее и тому подобное. Ведь у нас, особенно среди молодежи, свойственно все пускать на самотек, откладывать на потом и относиться к своему здоровью несерьезно. Поломанная кость и ВИЧ — это вещи несравнимые, но все же. Я бы этот приход считал положительным для меня.

Но 55% ответили, что это плохо, это вторжение в частную жизнь. Плохо. Иногда я тоже чувствую и думаю, что мой приход был совсем некстати, особенно тогда, когда открывает мать и сообщает, что ее сын вот уже как месяц назад умер. Приходишь к живому, а его уже нет, и для родственников это тяжело. Ничего не остается, как быстро узнать, где и когда умер, для того чтобы снять его с учета, и только сказать: «Примите мои соболезнования». Хочется что-то еще произнести, но понимаешь, что это не тот случай, не та ситуация. Причинил им нечаянно боль. Неприятно. Но если подумать, были бы патронажи в практике всегда, может быть, этого и не случилось?

За свою жизнь каждый ответствен сам. Но приход социального работника на дом позволяет человеку воспрянуть от опасного сна — ухода от проблемы через «забыть и не думать». Один пациент признался, когда пришел к врачу после моего вызова: «Лучше бы я ничего не знал, теперь тяжело думать об этом». Тяжело, но зато он может лечение начать вовремя, когда успех от действия терапии более вероятен, чем когда иммунитет ниже 100 или 50 клеток. Тогда вероятность успешного роста иммунитета, по данным главного специалиста в области ВИЧ-инфекции в РФ В.В. Покровского, составляет около 25%. Так что, вторгаться в частную жизнь или нет?

Для чего мы выходим к пациентам? Ответ дают не мои размышления, а сами пациенты: «Хоть кто-то о нас не забывает». Редко это звучит. Мне даже ухо порой режет. Но звучит. А еще говорят: «Спасибо, что беспокоитесь». Один пациент начал принимать терапию, потом бросил. Полгода не являлся, жил на своем участке земли

в сарае, так как дом его сгорел. И все это время пребывал в бездействии и унынии. Пришел социальный работник, пообщался с ним о терапии, о жизни, выслушал все его беды, помог «почистить» голову от его некоторых надуманных «заморочек». Мужичок как-то воспрянул немного, дошел до врача-инфекциониста, прошел несколько обследований. Обнаружили возникший туберкулез. Расстроился, конечно, социальному работнику звонил (нам ведь позвонить можно, представляете?), делился переживаниями. Сейчас лежит в больнице, лечится от туберкулеза, от ВИЧ препараты уже стал принимать. А если бы не это вторжение в частную жизнь? Оказался бы он также в больнице, но уже через «Скорую помощь», а значит — в тяжелейшем состоянии, и неизвестно еще, как бы проходило лечение и какие бы были результаты.

А один мне благодарность обещал написать, но забыл, наверно. Ничего страшного, главное для нас и лучшая похвала, это когда человек доходит до врача и начинает (продолжает) лечение. Или все-таки напомнить ему об этом?

Тут еще какой момент присутствует. Ведь если с человеком познакомился, общался, увидел его в коридоре в Центре, можешь к нему подойти, поздороваться, узнать, как поживает. Разве не будет после этого более легко приходить в Центр? Туда, где тебя уже знают?

Да, патронаж это вмешательство, но будет оно грубым или участливым, зависит от такта самого социального работника. Патронаж может манить своей необычностью, поиском, добычей новой информации о пациенте, причастностью к его тайне. Патронаж отталкивает, когда перестаешь относиться к нему творчески. Когда никого не застаешь дома. Когда в глазах видишь пьяное равнодушие ко всему, к жизни, к себе, к окружающим, к тому, что терапия, доступная для них, стоящая немалых денег, а они не ценят этого. Лечение начинают, потом забрасывают, и так постоянно: ни рыба ни мясо. Звонить им, приглашать на прием, выходить на дом, напоминать о приеме таблеток, контролировать? Есть ли смысл? Может быть, стоит в нашем медицинском учреждении научиться отказывать ненадежным (читайте «безнадежным») и не давать дорогостоящие таблетки? Здесь заканчивается граница ответственности социального работника. Няньчиться со взрослыми людьми нет никакого смысла. Это может привести только к еще большему отвыканию человека от ответственности и самостоятельности. Никто никому ничего не должен. Лечиться надо обязательно, но если к этому не проявляется никакой заинтересованности со стороны пациента, даже после нескольких консультаций врача, психолога, социального работника, стоит ли тратить усилия? Кому это больше всего нужно? Делать нам одолжение не стоит, мы в нем не нуждаемся. Но если пациент проявит живую заинтересованность и попросит помочь в сопровождении во время

лечения (в начале приема терапии, например: «Боюсь, что буду пропускать время приема таблеток, а окружающие о моем заболевании не знают, напомнить некому»), то ему никто и никогда не откажет.

Есть еще один интересный термин – «социальное сопровождение». Это такая работа с пациентом, где социальный работник особенно активно включается в процесс взаимодействия с пациентом и иногда с его окружением. Чаще всего в нашем Центре такая работа проводится со следующими категориями: с семьями, воспитывающими ВИЧ-положительных детишек, особенное внимание уделяется тем, кто своего ребенка не наблюдает у педиатра, где высок риск СПИДа и нужно срочно назначать лечение. С такими у нас возится Екатерина Русакова. Также есть беременные ВИЧ-положительные, ждущие пополнения, для их сопровождения организована «Школа для беременных». С ними занимается Ольга Бондаренко. А еще есть тяжелые пациенты, для которых вероятность успешного прохождения лечения очень мала, есть и откровенно умирающие. Такая работа самая трудная и эмоционально затратная. Расскажу на примере.

Обратился за помощью молодой человек, состоящий у нас на учете. Он жил со своей девушкой, тоже состоящей у нас на учете. У нее обнаружили опухоль головного мозга, онкологи лечить уже не взялись, отправили домой. Лечение от ВИЧ-инфекции начала поздно. В декабре того года слегла в постель, перестала разговаривать. За ней требовался уход. Вот при таком ее состоянии Андрей (здесь и далее имена изменены) и обратился за помощью. И помощь нужно было оказывать самому Андрею, а Кате опосредовано, через него. Для начала в Центре выдали ему памперсы и специальное питание. Затем социальный работник пришел к ним домой, проконсультировал по вопросам ухода. Поговорили про его отношение к происходящему. Что-то обсудили. Андрей был растерян, немного в тумане, измотан стонами Кати от боли. Ему нужна была не только поддержка, но и координация его действий. Часто созванивались, обсуждали с ним, что нужно сделать, куда сходить. Дело в том, что девушка мучилась от болей, а тех лекарств, которые давал терапевт из местной поликлиники, не хватало для обезболивания. Связались с выездной хосписной службой Екатеринбургской Епархии, приехал врач, осмотрел, назначил схему обезболивания. Теперь нужно было получить больше лекарств, чем выписывали раньше. Для этого социальный работник отправил Андрея в районную поликлинику, где он ходил по врачам, вместе с социальным работ-

ником дошел до заведующей. Все получилось. Катя меньше мучилась от болей. И все это время Андрей чувствовал, что он не один на один со свалившейся на него проблемой, благодаря чему у него появлялись силы, чтобы ухаживать за своей подругой.

Умерла она 31 декабря днем. После этого Андрей еще не раз встречался со своим социальным работником в СПИД-центре, рассказывал о Кате, об их совместной жизни, проклинал наркотики, жалел, что не остановились раньше. Таким образом, происходила очень важная перемена в его душе, он учился жить с потерей, а не просто сбрасывал груз тяжести на кого-то другого. Вместе с тем он начал готовиться к терапии, чтобы и с ним подобного не случилось в ближайшем будущем.

Я уже не буду подробно рассказывать о другой очень важной части работы, как до- и посттестовое консультирование. Здесь мы, общаясь с людьми, желающими сдать кровь на ВИЧ, имеем уникальную возможность столкнуться и увидеть истоки распространения эпидемии: это человеческая наивность, глупость, невежество, легкомысленность, а также трусость и преступная безответственность ВИЧ-положительных, ставящих под угрозу здоровье своих случайных или постоянных партнеров. Суть, смысл, значение, эффективность данной работы выражается фразой: «Никогда не думал о том, что это так серьезно, теперь без справки ни с кем, или только с презервативом, да и лучше совсем остепениться». Грамотно проведенное дотестовое консультирование – это социальная профилактика распространения ВИЧ/СПИДа, профилактика эпидемии.

Профилактикой в школах, институтах, техникумах, клубах через лекции, презентации и тренинги и занимаются в нашем Центре социальные работники. Так что работы для социальных работников – непочатый край.

Заключение

Раздался телефонный звонок.

– Простите, вчера мне оставили записку в дверях с этим номером телефона. Хотел узнать, что вам нужно было? Фамилия? Воронцов Геннадий (фамилия и имя изменены).

– Здравствуйте, Геннадий, да, я приходил к вам. Я из медицинского центра, что на Ясной, 46. Вы пять месяцев назад сдавали анализы на иммунный статус и не пришли за результатом. Так вот, клеток у вас по анализам меньше 200. Вам это о чем-нибудь говорит? Хотите обсудить?

Программа и план 24-часового (3-дневного) семинара-тренинга «Интеграция детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции, в образовательную среду»

Программа семинара-тренинга

Программа семинара-тренинга состоит из трех модулей и 11 блоков. Один модуль — один день. Каждый модуль начинается блоком «Введение...» и заканчивается блоком «Подведение итогов работы...».

Модуль 1 (первый день) «ВИЧ-инфекция и дети» состоит из четырех блоков и посвящен информированию участников о проблеме ВИЧ/СПИДа и проблемах детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции, вопросам инфекционной безопасности в образовательном учреждении.

Модуль 2 (второй день) «Дети, затронутые эпидемией ВИЧ-инфекции, и образовательное пространство: проблемы интеграции» состоит из четырех блоков и посвящен различным аспектам интеграции — снижению стигмы и дискриминации, толерантности, роли образовательных учреждений в процессе интеграции, правовой защите детей, принципам интеграции детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции, в образовательную среду и т.д.

Модуль 3 (третий день) «Развитие коммуникативных навыков» состоит из трех блоков и посвящен отработке практических навыков эффективного общения при обсуждении проблем, связанных с ВИЧ-инфекцией.

Программа проведения семинара-тренинга построена на комбинации теоретического материала и практических упражнений с использованием различных интерактивных методов.

Кроме основных блоков и тем, в программу семинара включены также практикумы «Настройка на деятельность», введенные как средство релаксации и создания благоприятного психологического климата (практикумы проводятся после перерывов на отдых).

ПЕРВЫЙ ДЕНЬ.

МОДУЛЬ 1. «ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И ДЕТИ»

Блок 1. Введение в семинар-тренинг (1 ч 20 мин)

Открытие семинара-тренинга. Вступительное слово организаторов семинара-тренинга. Зна-

комство. Анализ ожиданий участников. Представление целей и задач семинара-тренинга. Презентация проекта интеграции детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции, в образовательную среду. Принятие правил работы в группе. Оценка уровня информированности участников по проблеме ВИЧ-инфекции (по методике «вход—выход»).

Блок 2. Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) и проблемы, связанные с ним (5 ч 15 мин)

Общие представления о ВИЧ-инфекции (2 ч 00 мин). Анализ знаний участников о ВИЧ-инфекции. Масштабы распространения ВИЧ в России, в регионе. Индивидуально-личностные, социальные, экономические последствия эпидемии ВИЧ-инфекции. Актуализация проблемы интеграции детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции. Определение отношения участников к детям, затронутым эпидемией ВИЧ-инфекции. Отношение различных категорий участников образовательного процесса к детям, затронутым эпидемией ВИЧ-инфекции (по результатам социологических опросов в Оренбурге и Челябинске).

Пути передачи ВИЧ-инфекции, ее диагностика и лечение (2 ч 00 мин). Понятия «ВИЧ» и «СПИД». Пути передачи ВИЧ-инфекции. Профилактика передачи ВИЧ. Траектория жизни с ВИЧ. Понятие «период окна». Диагностика ВИЧ-инфекции. Особенности диагностики ВИЧ-инфекции у детей. Первые проявления ВИЧ-инфекции у детей. Цели, задачи и принципы лечения ВИЧ-инфекции у взрослых и детей. Высокоактивная антиретровирусная терапия. Понятия «резистентность» и «приверженность к лечению». Роль взрослых в поддержании физического и психического здоровья детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции.

ВИЧ-инфекция и материнство (0 ч 35 мин). ВИЧ-инфекция и беременность: правовые, социальные и медицинские аспекты. Возможность рождения ВИЧ-положительной матерью здорового ребенка. Принципы профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

Проблемы детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции (0 ч 40 мин). Медицинские, социальные, психологические, правовые проблемы детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции, и пути их решения. Дети, рожденные ВИЧ-положительными матерями: медико-социальный прогноз и «траектория жизни». «Отказные» дети. Проблема социального сиротства детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции. Формы жизнеустройства детей.

Блок 3. Обеспечение безопасности пребывания детей в образовательном учреждении (1 ч 10 мин)

Универсальные меры профилактики (1 ч 10 мин). Понятие «универсальные меры профилактики». Рекомендации Всемирной организации здравоохранения и Министерства здравоохранения и социального развития РФ по универсальным мерам профилактики. Меры инфекционной безопасности в образовательном учреждении. Понятие «аварийные ситуации» и правила поведения персонала и учащихся при их возникновении. Аптечка первой помощи в образовательном учреждении. Обсуждение ситуаций, возникновения которых опасаются педагоги и родители при совместном посещении образовательного учреждения обычными и ВИЧ-положительными детьми.

Блок 4. Подведение итогов работы первого дня (0 ч 05 мин)

Получение обратной связи от участников. Эмоциональная и информационная оценка участниками первого дня работы. Получение участниками домашнего задания. Процедура прощания.

ВТОРОЙ ДЕНЬ. МОДУЛЬ 2. «ДЕТИ, ЗАТРОНУТЫЕ ЭПИДЕМИЕЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, И ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО: ПРОБЛЕМЫ ИНТЕГРАЦИИ»

Блок 5. Введение в тему второго дня (0 ч 15 мин)

Приветствие, повторение тем первого дня, обсуждение задач и представление тем второго дня.

Блок 6. Принятие детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции (4 ч 10 мин)

Защита прав детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции (0 ч 45 мин). Правовая защита детей,

затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции. Нормативно-правовая база. Правовые основы профилактики ВИЧ-инфекции. Моделирование ситуаций, связанных с нарушением прав людей, живущих с ВИЧ.

Предотвращение дискриминации детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции (2 ч 10 мин). Понятия «стигма» и «дискриминация»; причины, виды, проявления. Влияние стигматизации на качество жизни людей, живущих с ВИЧ. Преодоление предрассудков в отношении ВИЧ-положительных людей. Причины и последствия стигматизации детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции, и пути решения этих проблем. Формирование позитивного мышления и развитие позитивной речи. Речевой этикет в работе с людьми, живущими с ВИЧ.

Толерантность к детям, затронутым эпидемией ВИЧ-инфекции (1 ч 15 мин). Толерантность: понятие, уровни толерантности. Толерантность как часть воспитательного процесса. Создание «Кодекса толерантности». Формирование толерантного и уважительного отношения к другому человеку. Толерантность как индивидуальный и социальный феномен.

Блок 7. Интеграция детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции, в образовательную среду (2 ч 45 мин)

Принципы интеграции детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции, в образовательную среду (1 ч 00 мин). Административные и организационные условия успешной интеграции детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции, в образовательную среду. Необходимость подготовки персонала образовательных учреждений по проблемам ВИЧ-инфекции. Работа с педагогическим коллективом и родительской общественностью. Роль учреждений образования в решении проблем, связанных с обучением детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции, в образовательную среду. Правила и принципы интеграции детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции, в образовательную среду.

Рекомендации по организации пребывания детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции, в детском коллективе (1 ч 45 мин). Особенности воспитания ребенка, затронутого эпидемией ВИЧ-инфекции, в детском коллективе: режим дня, занятия спортом, организация учебного процесса, отдых, закаливание, питание, вакцинация. Решение вопроса о форме и месте обучения ребенка, затронутого эпидемией ВИЧ-инфекции. Психологическая поддержка ВИЧ-положительного ребенка в случае, когда о его диагнозе стало известно в детском коллективе. Рекомендации для педагогов по интеграции детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции, в образовательную среду.

Блок 8. Подведение итогов работы второго дня (0 ч 05 мин)

Получение обратной связи от участников. Эмоциональная и информационная оценка участниками второго дня работы. Получение участниками домашнего задания. Процедура прощания.

ТРЕТИЙ ДЕНЬ. МОДУЛЬ 3. «РАЗВИТИЕ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ»

Блок 9. Введение в тему третьего дня (0 ч 20 мин)

Приветствие, повторение тем второго дня, обсуждение задач и представление тем третьего дня.

Блок 10. Техники эффективного общения (6 ч 30 мин)

Основы эффективной коммуникации в профессионально-педагогической деятельности (0 ч 40 мин). Понятие «общение». Цели общения. Условия для эффективного общения. Общение, ориентированное на собеседника.

Техники общения (3 ч 00 мин). Умение говорить и умение слушать. Умение задавать вопросы. Типы вопросов. Закрытые и открытые вопросы. Вербальные и невербальные средства коммуникации и их значение для достижения взаимопонимания. Техники активного слушания: рефлексия и эмпатия. Практические приемы построения диалога при решении вопросов интеграции детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции, в образовательную среду: моделирование «трудных» диалогов при раскрытии диагноза ребенка в образовательном учреждении, негативно-агрессивной реакции родительской общественности на совместное пребывание в одном образовательном учреждении обычных и ВИЧ-положительных детей. Сообщение диагноза ребенку с ВИЧ-инфекцией. Сказка как прием информирования ребенка.

Разговор о ВИЧ-инфекции с коллегами и родителями (2 ч 50 мин). Работа с возражениями. Проблематизация. Причина возражений. Потребности явные и скрытые. Практикум «Преодоление возражений». Практикум «Разговор о ВИЧ-инфекции с коллегами и родителями». Рекомендации руководителям и персоналу образовательных учреждений: действия в случае раскрытия диагноза ВИЧ-положительного ребенка. Просмотр и анализ фильма «Дети со знаком «плюс».

Блок 11. Завершение работы семинара-тренинга (0 ч 55 мин)

Повторная самодиагностика отношения к детям с ВИЧ (портрет ребенка, затронутого эпидемией ВИЧ-инфекции). Анализ позиции участ-

ников тренинга, сравнение результатов первоначального тестирования с результатами повторного опроса. Итоговый тест по методике «вход—выход». Заполнение участниками итоговой оценочной анкеты. Подведение итогов работы на тренинге (слово участников по принципу «микрофона»). Вручение сертификатов. Напутствие тренеров. Процедура прощания.

Практикумы «Настройка на деятельность» (1 ч 00 мин).

ПЛАН СЕМИНАРА-ТРЕНИНГА

ПЕРВЫЙ ДЕНЬ.

МОДУЛЬ 1. «ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И ДЕТИ»

Блок 1. Введение в семинар-тренинг.

09:00–09:10 (10 мин). Открытие семинара-тренинга. Вступительное слово организаторов.

09:10–09:30 (20 мин). Практикум «Знакомство».

• Упражнение «Протеже».

09:30–09:40 (10 мин). Практикум «Ожидания участников».

• Индивидуальная и/или групповая работа с использованием цветных стикеров и флипчарта. Заполнение «дерева ожиданий».

09:40–09:50 (10 мин). Информационный блок «Цели и задачи тренинга. Обзор программы».

• Электронная презентация № 1 и мини-лекция «Проект интеграции детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции, в образовательную среду». Цели и задачи семинара-тренинга.

09:50–10:00 (10 мин). Практикум «Обсуждение и принятие правил группы».

• Мозговой штурм.

10:00–10:10 (10 мин). Практикум «Оценка уровня информированности участников по проблеме ВИЧ-инфекции».

• Тестирование по методу «вход—выход».

10:10–10:20 (10 мин). Практикум «Создание атмосферы тренинга».

• Разминка «Мячики».

Всего: 1 ч 20 мин.

10:20–10:35 (15 мин). Перерыв.

Блок 2. Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) и проблемы, связанные с ним.

10:35–11:00 (25 мин). Общие представления о ВИЧ-инфекции.

• Практикум «Анализ знаний участников о ВИЧ-инфекции».

• Упражнение «Листок с секретом».

11:00–11:20 (20 мин). Общие представления о ВИЧ-инфекции.

• Информационный блок «Масштабы распространения ВИЧ в России, в регионе».

• Электронная презентация № 2 и мини-лекция «Эпидемия ВИЧ/СПИДа в России».

11:20–11:40 (20 мин). Общие представления о ВИЧ-инфекции.

- Практикум «Индивидуально-личностные, социальные, экономические последствия эпидемии ВИЧ-инфекции».

- Работа в мини-группах.

11:40–12:00 (20 мин). Общие представления о ВИЧ-инфекции.

- Информационный блок и практикум «Актуализация проблемы интеграции детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции, в образовательную среду».

- Дискуссия «Почему проблемой ВИЧ-инфекции занимаются педагоги» – 10 мин.

- Электронная презентация № 3 и мини-лекция «Образовательная среда и дети, затронутые эпидемией ВИЧ-инфекции» – 10 мин.

12:00–12:20 (20 мин). Общие представления о ВИЧ-инфекции.

- Практикум «Определение отношения участников к детям, затронутым эпидемией ВИЧ-инфекции».

- Работа в мини-группах «Портрет ребенка, затронутого эпидемией ВИЧ/СПИДа».

12:20–12:35 (15 мин). Общие представления о ВИЧ-инфекции.

- Информационный блок «Отношение различных категорий участников образовательного процесса к детям, затронутым эпидемией ВИЧ-инфекции (по результатам социологических опросов в Оренбурге и Челябинске)».

- Лекция и/или электронная презентация № 4 «Основные выводы, полученные в ходе проведения социологического опроса по изучению отношения к детям, затронутым проблемой ВИЧ-инфекции».

Всего: 2 ч 00 мин.

12:35–13:15 (40 мин). Обед.

13:15–13:25 (10 мин) Практикум «Настройка на деятельность».

- Разминка «Мы объединились, потому что мы похожи».

13:25–14:15 (50 мин). Пути передачи ВИЧ-инфекции, ее диагностика и лечение.

- Практикум и информационный блок «Понятия «ВИЧ» и «СПИД». Пути передачи ВИЧ-инфекции».

- Работа в мини-группах «Мифы о ВИЧ» – 10 мин.

- Электронная презентация № 5 и мини-лекция «Современные представления о ВИЧ-инфекции» – 35 мин.

- Упражнение «Разрушение мифов» – 5 мин.

14:15–14:30 (15 мин). Пути передачи ВИЧ-инфекции, ее диагностика и лечение.

- Практикум «Профилактика передачи ВИЧ».
- Упражнение «Опасность передачи ВИЧ-инфекции».

14:30–15:10 (40 мин). Пути передачи ВИЧ-инфекции, ее диагностика и лечение.

- Информационный блок «Диагностика и лечение ВИЧ-инфекции». Электронная презентация

№ 6 и мини-лекция «Диагностика и лечение ВИЧ-инфекции. Антиретровирусная терапия».

15:10–15:15 (5 мин). Пути передачи ВИЧ-инфекции, ее диагностика и лечение.

- Практикум «Лечение ВИЧ-инфекции».

- Упражнение «Антиретровирусная терапия».

Всего: 2 ч 00 мин.

15:15–15:30 (15 мин). Перерыв.

15:30–16:05 (35 мин). ВИЧ-инфекция и материнство.

- Практикум «ВИЧ-инфекция и беременность: правовые, социальные и медицинские аспекты». Индивидуально-групповая работа «Нужно ли рожать ВИЧ-положительным женщинам» – 10 мин.

- Информационный блок «Возможность рождения ВИЧ-положительной матерью здорового ребенка. Принципы профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку».

- Электронная презентация № 7 и мини-лекция «Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку» – 25 мин.

16:05–16:45 (40 мин). Проблемы детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции.

- Практикум «Медицинские, социальные, психологические, правовые проблемы детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции, и пути их решения. Дети, рожденные ВИЧ-положительными матерями: медико-социальный прогноз и «траектория жизни».

- Работа в мини-группах «Медицинские, социальные, психологические, правовые проблемы детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции, и пути их решения» – 20 мин.

- Работа в мини-группах «Дети, рожденные ВИЧ-положительными матерями: медико-социальный прогноз и «траектория жизни» – 20 мин.

Всего: 1 ч 15 мин.

Блок 3. Обеспечение безопасности пребывания детей в образовательном учреждении.

16:45–17:35 (50 мин). Универсальные меры профилактики.

- Практикум и информационный блок «Понятие «универсальные меры профилактики». Рекомендации Всемирной организации здравоохранения и Министерства здравоохранения и социального развития РФ по универсальным мерам профилактики. Понятие «аварийные ситуации» и правила поведения персонала и учащихся при их возникновении. Аптечка первой помощи в образовательном учреждении.

- Дискуссия «Безопасное пребывание ребенка в образовательном учреждении» – 10 мин.

- Электронная презентация № 8 и мини-лекция «Профилактика заражения ВИЧ. «Аварийные ситуации» – 25 мин.

- Работа в мини-группах «Обсуждаем аптечку первой помощи» – 15 мин.

17:35–17:55 (20 мин). Универсальные меры профилактики.

- Практикум «Моделирование ситуаций, при которых возможен риск инфицирования ВИЧ».
- Упражнение «Степень риска».

Всего: 1 ч 10 мин.

Блок 4. Подведение итогов работы первого дня.

17:55–18:00 (5 мин). Получение обратной связи от участников.

- Эмоциональная и информационная оценка участниками первого дня работы. Процедура прощания.

- Групповая работа «Подводим итоги дня».

Всего: 0 ч 05 мин.

ВТОРОЙ ДЕНЬ.

МОДУЛЬ 2. «ДЕТИ, ЗАТРОНУТЫЕ ЭПИДЕМИЕЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, И ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО: ПРОБЛЕМЫ ИНТЕГРАЦИИ»

Блок 5. Введение в тему второго дня.

09:00–09:15 (15 мин). Приветствие, повторение тем первого дня, обсуждение задач и представление тем второго дня.

- Разминка «Снежный ком» – 5 мин.
- Упражнение «Ретроспектива» – 10 мин.

Всего: 0 ч 15 мин.

Блок 6. Принятие детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции.

09:15–09:40 (25 мин). Защита прав детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции.

- Информационный блок, практикум «Правовая защита детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции. Нормативно-правовая база. Правовые основы профилактики ВИЧ-инфекции».

- Электронная презентация № 9 и мини-лекция «Правовые аспекты ВИЧ-инфекции» – 10 мин.

- Дискуссия «Необходимость правовой защиты детей» – 15 мин.

9:40–10:00 (20 мин). Защита прав детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции.

- Практикум «Моделирование ситуаций, связанных с нарушением прав детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции».

- Работа в мини-группах «Решение ситуационных задач по нарушениям прав людей, живущих с ВИЧ».

10:00–10:55 (55 мин). Предотвращение дискриминации детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции.

- Практикум «Понятия «стигма» и «дискриминация», причины, виды, проявления. Влияние стигматизации на качество жизни людей, живущих с ВИЧ. Преодоление предрассудков в отношении ВИЧ-положительных людей».

- Разминка «Поменяйтесь местами те, кто...» – 5 мин.

- Упражнение «Дружелюбие и неприязнь» – 15 мин.

- Упражнение «Паутина предрассудков» – 20 мин.

- Информационный блок: «Преодоление предрассудков в отношении ВИЧ-положительных людей».

- Электронная презентация № 10 и мини-лекция «Проблема стигматизации и дискриминации в контексте ВИЧ/СПИДа» – 15 мин.

Всего: 1 ч 40 мин.

10:55–11:10 (15 мин). Перерыв.

11:10–11:35 (25 мин). Предотвращение дискриминации детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции.

- Дискуссия «Причины и последствия стигматизации детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции, и пути решения этих проблем».

11:35–12:25 (50 мин). Предотвращение дискриминации детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции.

- Упражнение «Позитивная речь и позитивное мышление» – 20 мин.

- Упражнение «Речевой этикет в работе с людьми, живущими с ВИЧ» – 15 мин.

- Упражнение «Плохо–хорошо» – 15 мин.

Всего: 1 ч 15 мин.

12:25–13:05 (40 мин). Обед.

13:05–13:15 (10 мин). Практикум «Настройка на деятельность».

- Разминка «Ты мне нравишься, потому что...»

13:15–14:30 (1 ч 15 мин). Толерантность к детям, затронутым эпидемией ВИЧ-инфекции.

- Практикум «Толерантность как часть воспитательного процесса».

- Дискуссия «Что такое толерантность и как она проявляется» – 15 мин.

- Работа в мини-группах «Примеры уровней толерантности» – 15 мин.

- Упражнение «Создание «Кодекса толерантности» – 30 мин.

- Информационный блок «Формирование толерантного и уважительного отношения к другому человеку».

- Электронная презентация № 11 и мини-лекция «Толерантность как индивидуальный и социальный феномен» – 15 мин.

14:30–14:45 (15 мин). Практикум «Подведение итогов задания для самостоятельного выполнения».

- Упражнение «Антиретровирусная терапия».

Всего: 1 ч. 40 мин.

Блок 7. Интеграция детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции, в образовательную среду.

14:45–15:45 (1 ч 00 мин). Принципы интеграции детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции, в образовательную среду.

- Практикум «Административные и организационные условия успешной интеграции детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции, в образовательную среду. Необходимость подготовки персонала образовательных учреждений по проблемам ВИЧ-инфекции».

- Упражнение «Роль учреждений образования в решении проблем, связанных с обучением детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции» — 30 мин.

- Дискуссия «Принципы интеграции детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции, в образовательную среду» — 15 мин.

- Информационный блок «Работа с педагогическим коллективом и родительской общественностью».

- Электронная презентация № 12 и мини-лекция «Правила и принципы интеграции детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции, в образовательную среду» — 15 мин.

Всего: 1 ч 00 мин.

15:45–16:00 (15 мин). Перерыв.

16:00–16:10 (10 мин). Практикум «Настройка на деятельность».

- Разминка «Считаем до десяти».

16:10–17:55 (1 ч 45 мин). Рекомендации по организации пребывания детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции, в детском коллективе.

- Практикум и информационный блок «Особенности воспитания ребенка, затронутого эпидемией ВИЧ-инфекции, в детском коллективе: режим дня, занятия спортом, организация учебного процесса, отдых, закаливание, питание, вакцинация. Решение вопроса о форме и месте обучения ребенка, затронутого эпидемией ВИЧ-инфекции. Психологическая поддержка ВИЧ-положительного ребенка в случае, когда о его диагнозе стало известно в детском коллективе. Рекомендации для педагогов по интеграции детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции, в образовательную среду».

- Работа в мини-группах «Пребывание ВИЧ-положительного ребенка в образовательном учреждении» — 30 мин.

- Электронная презентация № 13, мини-лекция и общее обсуждение «Пребывание ВИЧ-положительного ребенка в детском коллективе» — 15 мин.

- Дискуссия «Решение вопроса о форме и месте обучения ребенка, затронутого эпидемией ВИЧ-инфекции» — 15 мин.

- Работа в мини-группах «Психологическая поддержка ВИЧ-положительного ребенка в случае, когда о его диагнозе стало известно в детском коллективе» — 30 мин.

- Работа в мини-группах «Рекомендации для педагогов по интеграции детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции, в образовательную среду» — 15 мин.

Всего: 1 ч 55 мин.

Блок 8. Подведение итогов работы второго дня.
17:55–18:00 (5 мин). Практикум «Подводим итоги дня».

- Получение обратной связи от участников — 2 мин.

- Эмоциональная и информационная оценка участниками второго дня работы — 2 мин.

- Получение участниками домашнего задания: придумать сказку для информирования ребенка о его диагнозе. Процедура прощания — 1 мин.

Всего: 0 ч 05 мин.

ТРЕТИЙ ДЕНЬ.

МОДУЛЬ 3. «РАЗВИТИЕ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ»

Блок 9. Введение в тему третьего дня.

09:00–09:20 (20 мин). Практикум «Настройка на деятельность».

- Упражнение «Приветствие, повторение тем второго дня, обсуждение задач и представление тем третьего дня» — 5 мин.

- Разминка «Найди свою пару» — 15 мин.

Всего: 0 ч 20 мин.

Блок 10. Техники эффективного общения.

09:20–10:00 (40 мин). Основы эффективной коммуникации в профессионально-педагогической деятельности.

- Практикум «Понятие «общение». Цели общения. Условия для эффективного общения. Общение, ориентированное на собеседника».

- Ролевая игра «Проблематизация и рефлексия» — 30 мин.

- Дискуссия «Условия для эффективного общения. Общение, ориентированное на собеседника» — 10 мин.

10:00–11:05 (1 ч 05 мин). Техники общения.

- Информационный блок: «Умение слушать и понимать собеседника. Виды слушания».

- Электронная презентация № 14 и мини-лекция «Умение слушать. Приемы рефлексивного и эмпатического слушания» — 15 мин.

- Практикум «Умение говорить и умение слушать. Умение задавать вопросы. Типы вопросов. Закрытые и открытые вопросы. Вербальные и невербальные средства коммуникации и их значение для достижения взаимопонимания»

- Упражнение «Я слушаю. Я слышу?» — 30 мин.

- Упражнение «Типы вопросов» — 20 мин.

Всего: 1 ч 45 мин.

11:05–11:15 (10 мин). Перерыв.

11:15–12:40 (1 ч 25 мин). Техники общения.

- Практикум «Практические приемы построения диалога при решении вопросов интеграции детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции, в образовательную среду: моделирование «трудных» диалогов при раскрытии диагноза ребенка в образовательном учреждении, негативно-агрессивной реакции родительской общественности на совместное пребывание в одном

образовательном учреждении обычных и ВИЧ-положительных детей».

- Упражнение «Ярлыки» – 20 мин.
 - Упражнение «Техники общения в трудных ситуациях» – 30 мин.
 - Упражнение «Работа с возражениями» – 20 мин.
 - Ролевая игра «Преодоление возражений» – 15 мин.
- Всего:** 1 ч 25 мин.

12:40–13:20 (40 мин). Обед.

13:20–13:30 (10 мин). Практикум «Настройка на деятельность».

- Разминка «Здравствуй, друг!»
- 13:30–14:00** (30 мин). Техники общения.
- Практикум «Сообщение диагноза ребенку с ВИЧ-инфекцией».
- Ролевая игра «Разговор с ребенком о его диагнозе» – 30 мин.

14:00–15:30 (1 ч 30 мин). Разговор о ВИЧ-инфекции с коллегами и родителями.

- Практикум «Разговор о ВИЧ-инфекции с коллегами и родителями».
- Ролевая игра «Разговор с коллегами или родителями о ВИЧ-положительном ребенке».

15:30–15:50 (20 мин). Разговор о ВИЧ-инфекции с коллегами и родителями.

- Информационный блок и практикум «Рекомендации руководителям и персоналу образовательных учреждений: действия в случае раскрытия диагноза ВИЧ-положительного ребенка».

- Мини-лекция и индивидуальная работа «Обсуждение рекомендаций».

Всего: 2 ч 30 мин.

15:50–16:05 (15 мин). Перерыв.

16:05–17:05 (1 ч 00 мин). Разговор о ВИЧ-инфекции с коллегами и родителями.

- Практикум «Дети со знаком «плюс».
- Просмотр фильма «Дети со знаком плюс» – 45 мин.

- Дискуссия «Фильм как элемент обучения и формирования отношений» – 15 мин.

Всего: 1 ч 00 мин.

Блок 11. Завершение работы семинара-тренинга.

17:05–17:25 (20 мин). Практикум «Повторная самодиагностика отношения к детям с ВИЧ».

- Анализ позиции участников семинара-тренинга до и после обучения
 - Работа в мини-группах «Портрет ребенка, затронутого эпидемией ВИЧ-инфекции» – 10 мин.
 - Упражнение «ВИЧ и моя позиция» – 10 мин.
- 17:25–17:30** (5 мин). Практикум «Оценка информированности участников по проблеме ВИЧ-инфекции».

- Индивидуальная работа «Итоговый тест по методике «вход–выход»: повторная самодиагностика участников»

17:30–17:50 (20 мин). Практикум «Оценка участниками семинара-тренинга».

- Индивидуальная работа «Итоговая оценочная анкета» – 5 мин.
- Упражнение «Подведение итогов» – 10 мин.
- Упражнение «Сбывшиеся желания» – 5 мин.

17:50–18:00 (10 мин). Практикум «Завершение работы. Процедура прощания».

- Вручение сертификатов – 5 мин.
- Напутствие тренеров – 2 мин.
- Упражнение «Подсолнух» – 3 мин.

Всего: 0 ч 55 мин.

Итого:

- рабочего времени 23 ч 50 мин (включая основные семинары-тренинги и практикумы настройки на деятельность);

- дополнительного времени на отдых и обеда 3 ч 25 мин.

Всего:

- время пребывания участников на семинаре-тренинге 27 ч 15 мин (или 9 ч 05 мин ежедневно в течение 3-х дней).

ВИЧ скрывается от лекарств в стволовых клетках

Американские ученые обнаружили, что ВИЧ может длительное время «дремать» в стволовых кроветворных клетках, защищаясь таким способом от действия противовирусных препаратов. Отчет об исследовании опубликован в журнале «Nature Medicine». Как пояснила руководитель исследования К. Коллинз, применяющееся в настоящее время для лечения ВИЧ-инфицированных сочетание лекарств, известное как высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ), эффективно борется с прогрессированием инфекции, предотвращая встраивание вирусного генома в здоровые клетки. Однако при прекращении приема этих лекарств (которое по тем или иным причинам происходит у значительного числа пациентов) ВИЧ снова активируется и начинает размножаться. Это происходит из-за того, что вирус способен находиться внутри клеток в

«дремлющем» состоянии, не подвергаясь действию препаратов, а его активация происходит лишь после прекращения терапии. Ранее было показано, что такими «убежищами» для ВИЧ могут служить клетки яичка и лимфоидной ткани кишечника. Исследователи из Университета Мичигана обнаружили, что такую роль играют и стволовые клетки костного мозга из числа предшественниц лимфоцитов. Чтобы выяснить это, ученые взяли образцы кроветворных клеток у получающих ВААРТ больных, в анализах которых ВИЧ не определялся как минимум в течение полугода. Когда в лабораторных условиях из этих клеток вырастили лимфоциты, у 40 процентов участников эксперимента они оказались инфицированы вирусом. Экспериментальное заражение клеточных культур костного мозга здоровых людей показало, что многие из клеток со встроенным в геном вирусом продолжают нормально развиваться, внешне не отличаясь от здоровых.

<http://medportal.ru/mednovosti/>



«ВРАЧИ ДЕТЯМ»

Слова «ВИЧ» и «дети» кажутся несовместимыми. Однако на сегодняшний день в России тысячи несовершеннолетних живут с ВИЧ/СПИДом и число их постоянно растет. Эта печальная статистика в основном обусловлена ростом количества ВИЧ-положительных женщин репродуктивного возраста (44% от всех ВИЧ-положительных) и вертикальной передачей ВИЧ-инфекции от матери к ребенку, а также широким распространением ВИЧ среди уличных подростков, активно практикующих рискованные формы поведения (внутривенное употребление наркотиков, беспорядочная половая жизнь, коммерческий секс).

*Сегодня мы рассказываем о проектах помощи детям и подросткам, затронутым ВИЧ-инфекцией, осуществляемых Санкт-петербургскими организациями «Врачи детям» и «Право на здоровье».**

Предпосылки появления проектов

Случаи ВИЧ-инфекции зарегистрированы во всех субъектах Российской Федерации, но Санкт-Петербург лидирует по абсолютному числу ВИЧ-инфицированных. При этом более 80% новых случаев ВИЧ-инфекции приходится на людей моложе 30 лет, из них 32% — на молодых женщин. ВИЧ-инфекция обнаруживается у каждой 200-й беременной женщины, только в 2007–2008 гг. у ВИЧ-положительных мам в Санкт-Петербурге родилось 712 малышей. Еще менее утешительна статистика распространения ВИЧ среди уличных детей: распространенность ВИЧ-инфекции среди беспризорных и безнадзорных подростков 15–17 лет составляет 30,1%.

Дети и подростки, затронутые эпидемией ВИЧ/СПИДа, сталкиваются с проблемами не только физического здоровья, но и с психологическими, педагогическими и социокультурными трудностями, которые окружают людей, живущих с ВИЧ в нашем обществе.

Прежде всего, это проблема перинатальной или вертикальной передачи ВИЧ от инфицированной матери к ребенку, риск которой без врачебного вмешательства составляет около 25–40%, в то время как при своевременном проведении профилактических мероприятий риск можно снизить до 1–2%. Таким образом, многие дети рождаются ВИЧ-позитивными из-за неже-

лания или невозможности их матери получить своевременную помощь.

Еще одной серьезной проблемой является биологическое и социальное сиротство детей, связанное с положительным ВИЧ-статусом их родителей. Дети таких родителей попадают в сиротские учреждения или подолгу живут в больницах в связи со смертью одного или обоих родителей от СПИДа или в результате оставления ребенка ВИЧ-положительной матерью, находящейся в кризисной социально-экономической и психологической ситуации. К сожалению, до 20% детей, рожденных ВИЧ-положительными матерями, остаются на попечении государства.

Кроме того, дети ВИЧ-инфицированных родителей, а также ВИЧ-положительные подростки, как никто другой, сталкиваются с проявлением стигмы и дискриминации, выражающимися в предвзятом отношении врачей, отказе от зачисления в детский сад и школу, пренебрежительности сверстников и нежелании замещающих родителей взять в свои семьи детей, затронутых проблемой ВИЧ-инфекции.

ВИЧ-положительные мамы с маленькими детьми, а также ВИЧ-положительные подростки, у которых часто отсутствуют документы, регистрация, а также социальные навыки обращения к специалистам, ограничены в получении необходимой им медицинской, социальной и психологической помощи. Миссию помощи этим социально уязвимым группам взяли на себя Санкт-Петербургская общественная органи-

* www.vd-spb.ru



зация «Врачи детям» и российское представительство международной гуманитарной организации «Право на здоровье» (Healthright International) в партнерстве с правительством Санкт-Петербурга.

Проект «МАМА +»

В 2004 году появился проект «МАМА+», деятельность которого направлена на предупреждение отказов от детей, рожденных ВИЧ-положительными матерями, и оказание комплексной помощи семьям с детьми раннего возраста, затронутым проблемой ВИЧ-инфекции.

Специалисты проекта «МАМА+» устанавливают контакт с ВИЧ-положительными женщинами в родильных домах, предлагают им социальную и психологическую помощь, ведут активное сопровождение мам с маленькими детьми. Сотрудники проекта консультируют женщин по вопросам ВИЧ/СПИДа, профилактике вертикальной передачи ВИЧ-инфекции, особенностям ухода за ребенком и необходимости лечения, а также по социально-правовым вопросам: постановке на учет в СПИД-центр и другие медицинские учреждения, восстановлению утраченных или получению отсутствующих документов мамы и ребенка, получению доступа к услугам, предоставляемым ВИЧ-инфицированным людям.

В рамках проекта весной 2006 года совместно с Городской детской инфекционной больницей № 3 был открыт центр «МАМА+». В Центре работает отделение дневного пребывания для детей от 0 до 4 лет, где мамы могут оставить малышей на время решения своих проблем. Здесь с ними занимаются психологи, социальные и медицинские работники – они проводят диагностику уровня развития ребенка, ведут развивающие занятия, делают массаж. Мамам предоставляются консультации психолога и врача-педиатра по вопросам развития и воспитания малыша.

Важным направлением в работе по поддержанию здоровья мамы и ребенка является повышение информированности женщин и членов их семей по вопросам ВИЧ-инфекции, беременности и уходу за ребенком. Для этого специалисты проекта и медицинских учреждений города проводят совместные обучающие занятия и организуют группы взаимной поддержки для мам и членов их семей. Для родственников в Школе паллиативной помощи организованы специальные группы поддержки.

Мама, которая чувствует в себе желание и силы помогать женщинам, столкнувшимся с аналогичными проблемами, может реализовать себя в качестве волонтера – они оказывают социальную поддержку клиентам проекта, делятся собственным опытом преодоления трудностей, помогают сотрудникам центра «МАМА+» принимать звонки и заниматься с детьми, участвуют в группах поддержки по методике «равный – равному».

Также совместно с администрацией Калининского района Санкт-Петербурга создана Социальная гостиница для ВИЧ-положительных мам с детьми раннего возраста, находящихся в кризисной ситуации. Гостиница рассчитана на одновременное проживание 8 женщин и 16 детей.

С начала работы проекта 460 ВИЧ-положительных женщин и членов их семей получили помощь. Для 549 детей, рожденных ВИЧ-положительными мамами, сохранена семейная поддержка.



Комплексная помощь уличным детям и подросткам, затронутым ВИЧ-инфекцией

Другая значительная область деятельности организаций «Врачи детям» и «Право на здоровье» направлена на профилактику ВИЧ-инфекции, а также оказание помощи, реабилитацию и социальную адаптацию ВИЧ-положительных подростков. С этой целью в партнерстве с администрациями Калининского, Невского и Фрунзенского районов Санкт-Петербурга организациями развивается ряд проектов, которые в комплексе формируют модель преемственной помощи несовершеннолетним в трудной жизненной ситуации, в том числе затронутым ВИЧ-инфекцией.

Один из компонентов модели – это уличная социальная служба («аутрич») – профессиональная мобильная команда в составе аутрич-работников, психологов и врача-консультанта, которая осуществляет картирование так называемых уличных «тусовок», налаживает эффективное выявление в них подростков группы риска, а также осуществляет социально-психологическое консультирование и направление в Отделения дневного пребывания или партнерские организации. Для выявления ВИЧ-положительных несовершеннолетних служба использует мобильную лабораторию. Установив контакт с уличным подростком, аутрич-работник предлагает ему пройти экспресс-тестирование на ВИЧ, а также осуществляет до- и послетестовое консультирование. В 2007–2008 гг. 270 подростков прошли консультирование и экспресс-тестирование на ВИЧ, из них 76 (28,1%) оказались ВИЧ-положительными.

Следующим этапом взаимодействия с подростком может быть его направление в одно из Отделений дневного пребывания для несовершеннолетних, работающих в структуре государственного Социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних Фрунзенского района и Центра социальной помощи семье и детям Невского района. В каждом из отделений подростку предоставляется санитарно-гигиеническая и доврачебная помощь, социально-психологическое консультирование, услуги профориентации, помощь в учебе и организации досуга. Отделения дневного пребывания принимают более 800 детей и подростков в год.

Во Фрунзенском районе организовано также Отделение кратковременного кризисного проживания, которое предоставляет ночлег и питание на срок до 2-х недель тем, кто недавно ушел из дома вследствие насилия или конфликта, а также тем, кто нуждается в поддержке после установления положительного диагноза на ВИЧ, готовится к госпитализации в СПИД-центр или помещению в приют.

За время существования проектов более 1500 уличных детей и подростков получили медицинскую, социальную и психологическую помощь,

660 прошли консультирование и экспресс-тестирование на ВИЧ, 78 ВИЧ-положительных ребят обследованы и поставлены на учет в СПИД-центре.

К сожалению, некоторые клиенты Отделений дневного пребывания, получив необходимую помощь, вновь возвращаются к привычному образу жизни на улице, что значительно затрудняет процесс их реабилитации, целью которой должна быть подготовка к успешному независимому проживанию. Чтобы решить эту проблему, в структуре государственного Центра социальной помощи семье и детям Калининского района и Социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних Фрунзенского района были созданы Социальные гостиницы для несовершеннолетних, находящихся в трудной жизненной ситуации. Одна из них предназначена специально для проживания ВИЧ-положительных подростков, в том числе наркозависимых.

Во время пребывания в Социальной гостинице подросткам помогают справиться с наркотической зависимостью, решить их жилищные проблемы, проблемы с учебой и здоровьем, а также другие социальные и психологические трудности. Проживание в Социальной гостинице – этап системы помощи, который способствует максимально эффективной адаптации ВИЧ-положительного подростка к самостоятельному проживанию. На сегодняшний день, реабилитацию в Социальных гостиницах прошли 42 подростка.

Профориентационная работа и профессиональное обучение – это следующий важный шаг адаптации. Подростки проходят психологическое тестирование с целью выявления их профессиональных и творческих талантов, склонностей и пристрастий, после чего им предлагается пройти курс обучения по наиболее подходящей им специальности. Многие клиенты проекта уже получили профессии парикмахера, повара, автослесаря, программиста, штукатур-маляра и успешно работают в выбранной сфере. Проект также предлагает свои услуги по профориента-



ции, обучению и устройству на работу клиенткам проекта «МАМА+» – ВИЧ-положительным женщинам с детьми.

Цикл профилактических тренингов «Ступени»

Кроме непосредственной помощи ВИЧ-положительным детям, сотрудниками организаций «Врачи детям» и «Право на здоровье» активно ведется деятельность по профилактике ВИЧ-инфекции среди подростков группы риска. С этой целью был разработан цикл профилактических тренингов «Ступени», состоящий из 10 занятий, на которых, помимо информации о ВИЧ/СПИДе и инфекциях, передающихся половым путем (ИППП), подростки обсуждают и другие волнующие их темы: когда начинать сексуальные отношения, как планировать беременность, как строить взаимоотношения с противоположным полом, как научиться говорить «Нет», когда тебя вынуждают действовать против собственного желания. Тренинги, а также консультации по принципу «равный–равному» разработаны с учетом особенностей уличных ребят. Во время занятий они активно участвуют в групповых дискуссиях, учатся выражать свою точку зрения, а также принимать позицию других. Также для ребят создана серия профилактических брошюр «Просто о сложном», в которой доступно рассказывается о наркотиках, ИППП, профилактике ВИЧ и особенностях жизни с ВИЧ-инфекцией.



Обучение специалистов и адвокативная деятельность

С целью предотвращения стигматизации и дискриминации детей и подростков, затронутых проблемой ВИЧ-инфекции, сотрудниками Ресурсного центра по социальной работе, поддерживаемого организациями «Врачи детям» и «Право на здоровье» проводятся обучающие занятия для специалистов учреждений социальной защиты населения, а также выпускаются руководства и методические указания по работе с детьми и семьями, затронутыми ВИЧ-инфекцией, такие как: «Руководство по профилактике ВИЧ-инфекции и помощи ВИЧ-положительным уличным подросткам и молодежи», «Руководство по сохранению семейного жизнеустройства детей, затронутых ВИЧ-инфекцией»; «Программа профилактического тренинга для подростков «Ступени». Руководство для тренера».

Преимуществом данных видов услуг формирует систему комплексной помощи уличным детям и подросткам, успешный опыт которой может быть взят за основу другими общественными организациями, а также государственными структурами.

Открытие сайта «Социальная помощь»

С конца октября 2009 года начал свою работу новый портал социальной информации «Социальная помощь» www.socialhelp.ru, разработанный общественной организацией «Врачи детям» с целью обобщения и распространения полезной информации и опыта профессионалов по вопросам социальной защиты детей и семей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, в том числе затронутых ВИЧ-инфекцией. Актуальные материалы, новости, эффективные методики и инновационные модели помощи детям и семьям группы риска – все это собрано и про-

должает собираться на данном открытом информационном ресурсе. На сайте представлены материалы по следующим разделам:

- замещающие семьи;
- дети с особыми потребностями;
- насилие;
- семьи, затронутые ВИЧ;
- безнадзорность;
- наркотическая и алкогольная зависимость.

Общественная организация «Врачи детям» приглашает к сотрудничеству государственные и общественные организации, работающие в области здравоохранения и социальной защиты детей и семей. Если у Вас есть материалы (новости, пресс-релизы, статьи, издания, видео- и аудио-записи, брошюры) по одной из вышеперечисленных тем и Вы готовы поделиться ими с коллегами, пишите по адресу pr@vd-spb.ru. Также мы будем очень благодарны за ваши отзывы и пожелания по развитию нового Интернет-портала.

Социальное сопровождение семей, затронутых ВИЧ-инфекцией, в государственных учреждениях Санкт-Петербурга

Развитие единой, доступной и качественной государственной медико-социальной помощи ВИЧ-положительным людям имеет на сегодняшний день первостепенное значение. На начало 2009 года в Санкт-Петербурге было зарегистрировано 35 тыс. случаев ВИЧ-инфекции, из которых 30% — среди женщин.

Начиная с 2007 года, Комитет по социальной политике Санкт-Петербурга содействует организации помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам и женщинам с детьми в государственных учреждениях социальной защиты населения, оказывает систематическую поддержку внедрению успешных технологий социальной работы. За этот период в городе на сопровождение было взято более 300 ВИЧ-положительных женщин и женщин с детьми.

30 сентября 2009 г. в Смольном дворце прошла общегородская конференция «Организация медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным женщинам с детьми в Санкт-Петербурге». Конференция организована при участии Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга для специалистов служб социальной защиты населения и здравоохранения.

На конференции были представлены Методические рекомендации по социальному сопровождению ВИЧ-инфицированных женщин с детьми, подготовленные Комитетом по социальной политике с привлечением экспертов в данном вопросе, в том числе специалистов Санкт-Петербургской общественной организации «Врачи детям». В основу методологических рекомендаций лег опыт работы Отделения помощи женщинам, находящимся в трудной жиз-

ненной ситуации, Калининского района Санкт-Петербурга, работающего при организационно-методологической поддержке организаций «Врачи детям» и «Право на здоровье». В рекомендациях описан междисциплинарный подход к ведению случая, приведены методы, алгоритмы и формы оценки и сопровождения клиента.

Внедрение данных методологических рекомендаций в работу служб социальной защиты населения и здравоохранения, безусловно, значительно улучшит качество и эффективность оказания помощи ВИЧ-положительным женщинам в Санкт-Петербурге.

День красоты в Социальной гостинице для ВИЧ-положительных мам

28 августа 2009 г. Социальную гостиницу «МАМА+» для ВИЧ-положительных женщин с детьми раннего возраста, поддерживаемую Центром социальной помощи семье и детям Калининского района Санкт-Петербурга в партнерстве с некоммерческими организациями «Врачи детям» и «Право на здоровье», посетила команда профессиональных визажистов компании «М•А•С Cosmetics». Предварительно мастера визажа прошли обучающий тренинг, где узнали больше о ВИЧ/СПИДе, способах заражения ВИЧ-инфекцией и толерантности по отношению к ВИЧ-положительным людям. Кроме того, в рамках тренинга была проведена психологическая подготовка для общения с маленькими детьми.

Благотворительная акция в поддержку клиенток проекта «МАМА+» длилась целый день, в течение которого визажисты делали женщинам профессиональный макияж, рассказывали о том, как правильно заботиться о своей внешности, о модных тенденциях в косметике и об особенностях ее использования.

Детям участниц акции тоже не пришлось скучать — для них было придумано необычное



развлечение. Малышам выпала возможность вволю порисовать профессиональной косметикой на бумаге, создать свои первые косметические шедевры.

«Мы очень рады, что нам удалось организовать эту встречу, — рассказывает Дарья Лапшина, координатор проекта «М•А•С AIDS». — Нам было очень приятно познакомиться с жительницами Социальной гостиницы. Это очень смелые и волевые женщины, и я надеюсь, что нашим визажистам удалось помочь им на некоторое время забыть о своих неприятностях и горестях».

«М•А•С», лидирующий бренд в профессиональной декоративной косметике, открыл в 1994 году благотворительный фонд «М•А•С AIDS Fund». Собрав свыше 100 млн долларов, он стал крупнейшим корпоративным благотворительным донором вне фармацевтического рынка, работающим с ВИЧ/СПИДом.

Социально-реабилитационному центру для ВИЧ-инфицированных девочек — 1 год

26 сентября 2009 г. исполнился год с момента открытия Социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних, который был создан в Калининском районе Санкт-Петербурга благодаря партнерству общественного благотворительного фонда «За здоровое поколение на пороге XXI века», Санкт-Петербургского регионального отделения Общероссийской общественной организации «Российский Красный Крест», «Красного Креста» города Осло (Норвегия) и администрации Калининского района Санкт-Петербурга.

Центр представляет собой специализированное учреждение для несовершеннолетних наркозависимых ВИЧ-инфицированных девочек, прошедших медицинскую реабилитацию и нуждающихся в социальной. Деятельность центра направлена на преодоление последствий безнадзорности, формирование у девочек осознанной потребности в получении образования, способности к самооценке, самоконтролю, творческому осмыслению собственных возмож-

ностей и перспектив. Срок пребывания детей в центре определяется индивидуальной программой, учитывающей их возраст, психическое и физическое состояние.

В Социально-реабилитационном центре предусмотрены две службы, работающие в стационарных и нестационарных условиях. Стационарная служба позволяет обеспечить социальную реабилитацию детей в случае их круглосуточного пребывания в Центре, что особенно важно при необходимости изоляции несовершеннолетних от привычной асоциальной среды. Форма работы нестационарной службы позволяет создать условия для реабилитации детей без длительного отрыва от дома и семейного окружения. Специалистами также проводится работа с семьей девочек.

В этом же здании с 1997 года размещена и функционирует социальная служба Межрегионального общественного благотворительного фонда «За здоровое поколение на пороге XXI века», которая занимается социальной реабилитацией наркозависимых ВИЧ-инфицированных мальчиков. Вышеуказанные два центра вошли в систему учреждений социального обслуживания семей и детей Калининского района Санкт-Петербурга.

Обмен опытом с коллегами из Вьетнама

В августе 2009 г. сотрудники Санкт-Петербургской общественной организации «Врачи детям» и российского представительства организации «Право на здоровье» приняли участие в международном симпозиуме, посвященном созданию и поддержке приемных семей для детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе затронутых проблемой ВИЧ/СПИДа. Симпозиум проходил в Ханое (Вьетнам) 21–22 августа 2009 г. при поддержке международной гуманитарной организации «Право на здоровье» и Министерства труда, инвалидности и социальных вопросов Вьетнама.

В симпозиуме приняли участие представители правительства и социальных институтов Вьет-



нама, а также сотрудники международных организаций, оказывающих помощь детям группы риска, таких как ЮНИСЕФ, ВОЗ, Агентство США по международному развитию, международной организации «ПАКТ» и других.

Координатор проекта «Приемная семья» организации «Врачи детям» Любовь Смыкало поделилась многолетним опытом проекта в области привлечения, оценки и подготовки приемных родителей, а также социально-психологического сопровождения приемных семей. Ольга Суковатова, координатор проекта «МАМА+», рассказала об организации поддержки опекунских семей для детей, затронутых проблемой ВИЧ-инфекции.

Сотрудники организаций «Врачи детям» и «Право на здоровье» провели ряд тренингов и супервизий для коллег из вьетнамского отделения организации «Право на здоровье», где с 2007 года работает проект «МАМА+», нацеленный на поддержку ВИЧ-положительных матерей с детьми раннего возраста. Вьетнамский проект «МАМА+» был создан на основе модели, успешно функционирующей с 2004 года по настоящее время в Санкт-Петербурге.

Кроме того, во время пребывания во Вьетнаме представители организации «Врачи детям» провели ряд встреч с чиновниками, отвечающими за защиту детей во Вьетнаме.

Центр дневного пребывания для детей, затронутых эпидемией ВИЧ, «Маленький принц» отметил день рождения

Группа дневного пребывания для детей до шести лет «Маленький принц» стала одним из направлений проекта помощи семьям, затронутым эпидемией ВИЧ, Санкт-Петербургской региональной общественной организации по работе с детьми и молодежью «Центр «Инновации».

Зачастую ВИЧ-инфицированных детей отказываются принимать в детские сады. Ребенок оказывается изолирован от других детей. Его общение ограничивается его мамой или бабушкой. Это отрицательно сказывается на развитии малыша, мешает его нормальной социализации.

В центре «Маленький принц» дети получают необходимое для их развития педагогическое и психологическое сопровождение, занимаются с логопедом, общаются с другими детьми — своими сверстниками, с волонтерами. В среднем группа состоит из 15 человек. Для малышей организовано все необходимое: столовая, кухня, прихожая, ванная комната, спальня, игровая.

В сентябре центру «Маленький принц» исполнилось два года. На праздник к ребятам пришли друзья и доноры проекта, коллеги из организации «Врачи детям». Ребята из театральной студии «FunТазИЯ» подарили малышам незабываемое представление.



«За два года выросли мы, выросли и наши воспитанники, — говорит специалист по связям с общественностью «Центра «Инновации» Валентина Забазлаева. — Малыши, которые посещают нашу группу, начинают ходить, улыбаться. Они общаются с другими детьми и взрослыми, видят, как можно выражать свои эмоции и желания. И самое главное: меняются дети — меняются и их мамы. Они по-другому начинают видеть мир, верить, что их ребенок может быть счастливым!»

Лето — время профилактики

Использование нестандартных приемов в области профилактики ВИЧ среди подростков может значительно повысить ее результативность. Чтобы привлечь внимание ребят на эту сложную проблему, многие организации создают оригинальные, творческие проекты, используя нетрадиционные формы обращения к молодежи. Такие, например, как театр.

«В форме спектакля легче донести до ребят проблемы ВИЧ/СПИДа, чем проводить лекции, семинары», — считает режиссер-постановщик пьесы «Just live, just love» Екатерина Платова.



Спектакль прошел в июле 2009 года в Вельске (Архангельская область) в рамках молодежного форума «Команда-29». Герои постановки — обычные юноши и девушки, чью жизнь навсегда изменил вирус иммунодефицита. Смогут ли молодые люди победить свое отчаяние, и окажется ли любовь сильнее болезни — на эти вопросы отвечает спектакль, во время которого зрители были не в силах сдержать слезы.

Другая постановка, посвященная жизни с ВИЧ, была показана этим летом в Улан-Удэ в рамках проекта «Театр против СПИДа». Инициатива, подготовленная волонтерами СПИД-центра, призывала толерантно относиться к ВИЧ-положительным людям. Главной особенностью спектакля стало отсутствие сценария, все было построено только на импровизации.

Для тех же, кто предпочитает театру более активное времяпрепровождение, в Ростове-на-Дону нашли свой подход, организовав для всех желающих «Танцевальные субботы».

Проект был осуществлен Молодежной общественной организацией «Молодые медики Дона» и ростовской командой добровольцев международного проекта «Танцуй ради жизни». Главный замысел инициативы состоит в том, чтобы через музыку и танцы привлечь молодежь к участию в международном движении по профилактике ВИЧ/СПИДа.

В Москве в начале сентября также прошла запоминающаяся акция — агитационный концерт «СПИД-СТОП». На нем выступили Юлия Чичерина, группы «Конец фильма», «День радио», «Параллель» и многие другие. Рок-звезды в перерывах между песнями рассказывали всем собравшимся о необходимости регулярно проходить тесты на ВИЧ и о том, как защититься от инфекции. Инициатива была организована в рамках международного автопробега «СПИД-СТОП».

К более традиционным методам профилактики обратились в Тюмени, где 115 ребят из группы риска познакомились с основными сведениями о передаче и профилактике ВИЧ-инфекции.



«Уникальность этой акции в том, что дети сами искали ответы на поставленные вопросы, участвовали в написании тематических сценариев к концертной программе», — объяснила заведующая методико-профилактическим отделом областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями Елена Утюганова.

«Это здорово, что профилактические мероприятия все чаще стали носить нетрадиционный характер, — считает ведущий профилактического тренинга для подростков «Ступени» организации «Врачи детям» Олег Воробьевский, — ведь самое важное в профилактике — научиться говорить с подростком на его языке. Этим летом во многих городах России началась череда оригинальных акций, и будет здорово, если эти инициативы подхватят организации и других регионов России».

История маленького Артема

Артем родился ясным осенним днем 2007 года. Как и большинство новорожденных, первым, что он увидел, была светлая больничная палата, белые халаты врачей и, конечно, лицо своей мамы... Мать Артема зовут Юлия, на момент рождения сына ей было 28 лет. Когда мальчик появился на свет, он еще не знал, какие трудности уготовила для него судьба: кроме слов «мама» и «папа», в его жизнь с первых дней ворвалось еще одно слово — «ВИЧ».

До рождения Артема его мать и отец активно употребляли наркотики, в 2004 году узнали о своем ВИЧ-положительном статусе. Это известие никак не поменяло привычного образа жизни супругов. Они продолжали жить с матерью мужа, постоянно конфликтуя с родными из-за употребления наркотиков, и скрывали ото всех свой ВИЧ-статус. Мать Юлии давно отвернулась от дочери-наркоманки и отношений с ней не поддерживала. В 2008 году Юлия забеременела. Во время беременности она продолжала употреблять наркотики и, несмотря на прохождение терапии, ребенок родился ВИЧ-положительным.

После роддома, малыш с матерью вернулись домой. Состояние здоровья Юлии сильно ухудшалось. Кроме того, женщина постоянно находилась в тяжелом психологическом состоянии, не знала, что делать с новорожденным сыном, как о нем заботиться. Все Юлины родственники крайне негативно восприняли новость о рождении ребенка и помогать молодой маме не собирались.

По совету специалиста СПИД-центра Юлия обратилась за помощью в проект «МАМА+», где ей была оказана незамедлительная социально-психологическая помощь. Женщина начала посещать психолога, семинары по ВИЧ и уходу за ребенком в центре «МАМА+». Благодаря проек-

ту Юля получила материальную помощь, также ей оказали содействие в оформлении полагающихся ей пособий. Кроме того, специалисты проекта «МАМА+» поспособствовали медицинскому обследованию Юли и членов ее семьи. К сожалению, в результате проведенных анализов у нее была диагностирована открытая форма туберкулеза. Такой же диагноз был поставлен ее мужу и ребенку.

Несмотря на тяжелую болезнь, Юля и ее муж продолжали употреблять наркотики. Состояние здоровья супругов ухудшалось, им требовалось срочное лечение в стационаре. Родители больше не могли заботиться об Артеме, им угрожало лишение родительских прав. Судьба ребенка оказалась на тот момент совершенно неопределенной. Вероятнее всего, мальчик мог в скором времени оказаться в доме ребенка или в больнице с малой долей надежды на то, что он когда-нибудь сможет узнать, что такое семья.

Перед сотрудниками проекта стояла задача незамедлительно отыскать поддержку среди родственников Юли, найти человека, готового взять на воспитание маленького Артема. Этим человеком могла стать Юлина мать – Людмила Федоровна. После длительных занятий с психологом Юля рассказала ей о своем статусе, а также о болезни, которая угрожает ее жизни.

«Работа с матерью Юли далась нам непросто, – рассказывает Ольга Суковатова, координатор проекта «МАМА+», – ведь изначально женщина даже слышать ничего не хотела о своей дочери и ее ребенке. Постепенно нам все же удалось убедить Людмилу Федоровну принять статус дочери и внука и пойти с ними на контакт».

Так в жизни Артема появилось еще одно слово – теплое и нежное – «бабушка».

От специалистов проекта бабушка Артема получила информацию о ВИЧ, о потребностях ВИЧ-инфицированных женщин и детей. В центре «МАМА+» она посетила школу паллиативного ухода для родственников ВИЧ-положительных женщин.

Сейчас маленький Артем живет с Людмилой Федоровной в ее квартире. Бабушка с удовольствием заботится о внуке, следит за его здоровьем, регулярным посещением врачей. По словам Людмилы Федоровны, теперь она жизни не мыслит без своего внука и готова создать для Артема полноценную любящую семью.

Проект «Зеленая улица» комплексного центра социального обслуживания детей и молодежи «Доверие» (Казань)

В сентябре 2009 года подвел итоги проект «Зеленая улица» по программе «Профилактика ВИЧ-инфекции среди детей группы социального риска, в том числе уличных детей», действующий с сентября 2005 года на базе Отделения психолого-педагогической помощи «Сердэш»

комплексного центра социального обслуживания детей и молодежи «Доверие» г. Казани.

«Анализ работы аутрич-службы проекта за отчетный период показал, что в городе значительно увеличилось количество детей, склонных к уличному образу жизни, – рассказывает Гузель Фатыхова, руководитель Отделения уличной социальной работы. – Очередной кризис экономической системы в стране в первую очередь негативно отразился на психическом, физическом, материально-финансовом благополучии взрослых. Однако эти изменения, отражающиеся на качестве жизни семей, становятся испытанием на жизнестойкость и для детей. Большинство детских травм носят семейно-бытовой характер. Спасаясь от жестокого обращения дома, дети все чаще уходят на улицу».

По результатам проведенных в рамках работы проекта исследований, выяснилось, что в Казани существенно увеличилось количество уличных детей, употребляющих табак, спиртные напитки, а также ПАВ. Кроме того, возрастной порог употребления ПАВ снизился до 6–8-летнего возраста. В связи с активным распространением рискованного поведения среди уличных детей и подростков увеличились риски инфицирования ВИЧ, ИППП и гепатитами.

«В данных условиях требуется организация систематической социальной работы с ребенком и его окружением, – говорит Гузель Фатыхова. – Обеспечению непрерывности в работе с социально-дезадаптированными детьми с момента знакомства с ними до всестороннего восстановления способствует межведомственный подход к реабилитационному процессу детей и преемственность социального сопровождения ребенка».

Основными задачами проекта на его завершающем этапе стали: обеспечение доступности аутрич-работника как связующего звена между ребенком и услугами государственных учреждений, для контакта и обращения за помощью; оказание медико-социальной и психологической помощи уличным детям; обеспечение их профилактическими средствами; укрепление здоровья детей.





На сегодняшний день аутрич-служба проекта «Зеленая улица» — одна из немногих в Казани структур, оказывающих комплексную социально-психолого-педагогическую помощь уличным детям. Благодаря налаженному механизму взаимодействия проект смог воспользоваться услугами, предоставляемыми городскими учреждениями системы здравоохранения: Республиканского центра профилактики и борьбы со СПИДом и инфекционными заболеваниями МЗ РТ; кожно-венерологического диспансера; травматологического пункта ГKB № 12, городской дезинфекционной станции. Кроме того, в работу проекта были включены культурно-досуговые организации города, а также социально-психологические службы Республиканской специализированной общеобразовательной школы закрытого типа (РСОШ) и Центра временной изоляции несовершеннолетних правонарушителей (ЦВИНП).

«В целом можно отметить работу проекта как успешную, — подводит итоги Гузель. — Нам, безусловно, удалось добиться решения поставленных перед нами задач. Как результат деятельности можно отметить организацию системной реабилитационной работы с детьми группы риска, помещенными в РСОШ и ЦВИНП, профилактику виктимизирующего поведения. Кроме того, дети получили поддержку, хорошее отношение, узнали, что их ценят. У ребят появились довери-

тельные отношения друг с другом и взрослыми. Показателем положительной динамики коррекционной работы может служить и то, что дети начали говорить о семье, вспоминать о пережитом опыте уличной жизни, сопереживать друг другу и говорить о своих чувствах».

IV общегородской конкурс «Социальная ответственность власти и бизнеса»

15 января 2010 года стартовал ежегодный общегородской конкурс «Социальная ответственность власти и бизнеса», который уже в четвертый раз проводит Санкт-Петербургская общественная организация «Врачи детям» при поддержке Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга.

Конкурс был учрежден с целью формирования положительного образа благотворительной деятельности, а также поощрения социальной активности представителей коммерческих и государственных структур.

Для общественных организаций этот конкурс становится хорошей возможностью поблагодарить тех, кто оказывает поддержку их проектам, а для благотворителей — это шанс заявить о себе как о социально ответственной организации.



AIDS-2010

XVIII МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ВОПРОСАМ ВИЧ/СПИДА

Права человека – здесь и сейчас

РОЛЬ РУССКОГО ЯЗЫКА В ПРЕДСТОЯЩЕЙ КОНФЕРЕНЦИИ

Какую роль играет выбор языка на том или ином мероприятии международного масштаба? Однозначно – ключевую. «Инглиш» хоть и становится все более распространенным и даже модным на территории постсоветского пространства, но им продолжает владеть лишь небольшая часть специалистов, не говоря уже об активистах ЛЖВ.

В 2010 году местом проведения Международной конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа (AIDS-2010) станет Австрия, находящаяся в непосредственной близости к нашему региону. Именно поэтому (а еще благодаря активному участию в организации конференции представителей нашего региона), координационным комитетом конференции было принято решение о том, что хотя официальным языком конференции остается английский, будут предприняты особые усилия к тому, чтобы русскоязычные участники могли принять полноценное участие, в частности:

- будет обеспечен **синхронный перевод сессий**, как это указано на веб-сайте конференции (<http://www.aids2010.org/Default.aspx?pagelid=171>);
- сайт конференции (<http://www.aids2010.org/>) доступен и на английском, и на русском языках;
- большая часть печатных материалов конференции также будет переведена на русский язык.

А для того, чтобы перевод был еще и качественным, Секретариат конференции при участии представителей нашего региона в программных комитетах и сотрудников ВЦО ЛЖВ разработал англо-русский словарь и руководство по стилю.

Помимо перевода на русский язык, важно отметить, что на грядущей конференции в Вене будет организован **ряд региональных мероприятий на русском языке**.

Но, увы, есть несколько ограничений для участников. Так, **все профили на сайте заполняются на английском языке**, но при заполнении пользователи смогут просматривать всплывающие подсказки на русском языке. Еще одно ограничение – тезисы можно подавать только на английском языке. Главная причина заключается

в том, что для отбора тезисов потребуется огромное количество русскоязычных рецензентов – десятки, а возможно сотни специалистов! Понятно, что собрать такую армию людей, имеющих достаточную квалификацию (и время) для рецензирования тезисов, крайне сложно.

Тем не менее, смотря на то, каким образом проходит формирование программы и другие процессы организации AIDS-2010, появляется уверенность, что на этой конференции русскоязычные участники не будут чувствовать себя «не в своей тарелке».

Но это лишь на этой конференции... Поэтому, вспоминая поговорку «Спасение утопающего – дело рук самого утопающего», хочется призвать активистов и специалистов нашего региона к изучению английского языка, без которого пока, к сожалению, возможности участия в международных встречах и обсуждениях крайне ограничены!

НОВОСТИ КОНФЕРЕНЦИИ

Определена тема предстоящей конференции: **«Права человека – здесь и сейчас»**.

Тема конференции «Права человека – здесь и сейчас» подчеркивает важность вопроса защиты и отстаивания прав человека, как необходимое условие эффективного ответа на эпидемию ВИЧ/СПИДа. Это выражается в:

- каждый представитель наиболее уязвимых групп к эпидемии ВИЧ/СПИДа имеет право на достоинство и самоопределение,
- каждый человек имеет право на доступ к программам жизненно важной профилактики и лечения,
- каждый человек имеет право на медицинское вмешательство, основанное на эмпирических научных достижениях, а не на политике.

Тема конференции «Права человека – здесь и сейчас» подчеркивает важность места проведения конференции, поскольку Вена, отчасти была выбрана благодаря своей географической близости к Восточной Европе и Средней Азии – регионам с наиболее высокими темпами распространения эпидемии, преимущественно обусловленными употреблением инъекционных нар-

котиков. Кроме того, тема конференции акцентирует внимание на обещание мировых лидеров обеспечить до 2010 года универсальный доступ к профилактике ВИЧ, лечению, уходу и поддержке.

Для стран Восточной Европы и Центральной Азии «Права человека — здесь и сейчас» — призыв к лидерству, ответственности и активным действиям. Все это говорит о необходимости объединения наших усилий ради улучшения качества жизни всех ВИЧ-позитивных людей в мире!

НУВ-ЦЕНТРЫ КОНФЕРЕНЦИИ

НУВ — предоставляет возможность участия в конференции большему количеству заинтересованных людей. Вы можете принять участие в конференции, даже если не можете посетить ее в Вене. Вам просто необходимо зарегистрироваться и предоставить контактному лицу центра конференции информацию об интересующей Вас теме или принять участие во всех трансляциях конференции. Транслироваться будут темы с наибольшим интересом зарегистрированных участников.

Дополнительная информация находится по ссылке: www.aids2010.org/hubs.aspx

ПОЧЕМУ МЫ ХОТИМ, ЧТОБЫ БОЛЬШЕ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ БЫЛО НА КОНФЕРЕНЦИИ?

Потому что молодежь наиболее сильно затронута ВИЧ/СПИДом. Практически половина новых случаев инфицирования ВИЧ происходит среди молодых людей в возрасте до 25 лет. Оценка показывает, что ежедневно более 7400 молодых людей заражаются ВИЧ. В мире 5,4 млн молодых людей живут с ВИЧ и СПИДом. Молодые женщины в возрасте до 25 лет находятся под еще большим риском и составляют 57,4% от всей инфицированной молодежи. Молодежь продолжает быть наиболее уязвимой группой к ВИЧ-инфекции под влиянием многих факторов, включая недостаток информации, образования, общественное влияние и отсутствие доступа к услугам здравоохранения.

Потому что мы хотим мобилизовать молодежные сети со всего мира и сделать присутствие молодежи видимой на конференции не только в роли посетителей, но и как организаторов, спикеров, лидеров и равных. У молодежи будет свое собственное пространство на конференции, но она должна быть уполномочена принимать участие и в больших дискуссиях.

Потому что мы хотим поддержать молодежь, адвокатировать острые и критические вопросы, которые влияют на молодежь всего мира, а в дальнейшем сосредоточить свое внимание на стратегиях эффективных изменений. Построе-

ние партнерства молодежи является важным компонентом в осуществлении эффективных мер в ответ на ВИЧ и СПИД среди молодых людей и молодыми людьми, особенно для маргинализированных групп молодежи. Это включает, но не ограничивается молодыми людьми, живущими с ВИЧ, молодыми людьми, которые принимают наркотики, молодыми людьми, предоставляющими секс-услуги, молодыми мужчинами, имеющими секс с мужчинами, молодыми женщинами и молодыми мигрантами. Мы ожидаем охватить молодых людей Европы и включить региональные проблемы в круг вопросов, которые будут подняты для обсуждения в Австрии.

УСИЛИЯ МЕЖДУНАРОДНЫХ ПАРТНЕРОВ КОНФЕРЕНЦИИ ПО ПРИВЛЕЧЕНИЮ К УЧАСТИЮ ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА И ЛЖВ

С целью повышения вовлечения организаций сообщества ЛЖВ и гражданского общества в конференцию, один из международных партнеров конференции, Международный совет СПИД-сервисных организаций (ICASO), объявил о начале работы он-лайн ресурса «Руководство по участию гражданского общества в AIDS-2010». На веб-сайте: www.aids2010community.org можно ознакомиться со следующими информационными блоками:

- проблемы людей, живущих с ВИЧ: здоровье, позитивная жизнь, путешествия;
- участие в AIDS-2010: стипендии, участие в работе конференции, планирование и наиболее рациональная организация процесса участия в конференции;
- практическая информация: создание профиля участника конференции, организация поездки в Вену, крайние сроки подачи заявок и т.д.;
- организаторы конференции и опыт эффективного участия сообществ в разделе «Наше сообщество»;
- программа конференции и подробное описание сессий и мероприятий конференции.

Данный ресурс действует на английском, русском, испанском и французском языках. Веб-сайт удобен в использовании и богат информацией.

Представители сообщества ЛЖВ стран Восточной Европы и Центральной Азии объединились для разработки совместного плана привлечения сообщества региона к участию в Международной конференции

31 октября в Москве прошла встреча представителей ВЦО ЛЖВ, Всероссийского объединения ЛЖВ (ВО ЛЖВ) и ИТРС-ru, целью которой была выработка единой позиции сообщества ЛЖВ региона Восточной Европы и Централь-

ной Азии (ВЕ и ЦА) в подготовке и участии в AIDS-2010.

В результате встречи, согласованы ключевые моменты, которые должны быть включены в мессидж сообщества ЛЖВ ВЕ и ЦА на конференции:

- темпы роста эпидемии превышают темпы роста финансирования;
- особенности региона ВЕ и ЦА;
- приверженность преодолению эпидемии;
- готовность сообщества нашего региона брать ответственность за контроль над распространением эпидемии наравне с государством.

Участники встречи утвердили методы информирования гражданского сообщества и разработали рабочий план для участия сообщества Восточной Европы и Центральной Азии в конференции AIDS-2010. Представители стран рассмотрели пути помощи и организации доступа сообществ региона к AIDS-2010 через организацию центров конференции и техническую помощь ЛЖВ из стран Восточной Европы и Центральной Азии.

Детальнее о результатах работы членов ВЦО ЛЖВ во время ЕАСААС 2009 можно прочитать по ссылке: http://ecuo.org/news/conference/III_Moskow_Conference и <http://ecuo.org/news/conference/XVIII/news:2009-II-09>

МБО «Восточноевропейское и Центральное-Азиатское объединение ЛЖВ» (ВЦО ЛЖВ) является региональным партнером Координационного комитета конференции AIDS-2010 в странах Восточной Европы и Центральной Азии. Наша главная цель – привлечь к участию в конференции максимальное количество представителей наших стран. Сегодня мы активно принимаем участие в заседаниях Координационного комитета конференции, информируем Вас о мероприятиях, процедурах и временных рамках.

ВЦО ЛЖВ создано в ответ на эпидемию ВИЧ/СПИДа в регионе Восточной Европы и Центральной Азии в 2005 году и официально зарегистрировано в 2007. На сегодняшний день ВЦО ЛЖВ объединяет организации и сообщества ЛЖВ из 13 стран: Азербайджан, Армения, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Молдова, Монголия, Польша, Таджикистан, Узбекистан, Украина и Эстония. Более подробную информацию о нашей работе Вы можете найти на нашем сайте: www.ecuo.org

МЕРОПРИЯТИЯ «ГЛОБАЛЬНОЙ ДЕРЕВНИ» И «МОЛОДЕЖНОЙ ПРОГРАММЫ»

Прием заявок на проведение мероприятий в рамках «Глобальной деревни» и «Молодежной программы» завершился 10 февраля с потрясающими результатами! В общей сложности было получено почти 700 заявок на проведение сес-

сий, площадок для общения, киосков, стендов и культурных мероприятий. Однозначно, такое количество заявок позволит обеспечить разнообразие, яркость и высокое качество мероприятий, проводимых в рамках «Глобальной деревни» и «Молодежной программы». Мы рады сообщить, что из 676 поданных заявок на проведение программных мероприятий 291 заявка касается молодежи. Это означает, что молодежь и ее потребности займут заметную позицию в «Глобальной деревне» и, надеемся, во всей конференции.

Процесс отбора заявок длился до 10 марта 2010 г. Изучением и оценкой заявок занимались члены рабочих групп по «Глобальной деревне» и «Молодежной программе», а также 136 независимых экспертов. Каждая заявка оценивалась тремя равными рецензентами. Для оценки использовалась анонимная система рецензирования, критерии которой были сформированы в ходе обсуждений в рабочих группах, а также основывалась на задачах «Глобальной деревни» и «Молодежной программы».

К ним относятся:

- важность темы/проблемы в свете глобальных ответных мер на ВИЧ;
- интерактивный характер и принципы участия;
- сотрудничество и официальные партнерства с другими группами и организациями;
- связь с темой конференции: «Права сейчас».

10 февраля также завершился прием заявок на международные стипендии. Стипендии распределялись между самыми разными людьми, в том числе теми, кто подал тезисы, заявки на семинары или программные мероприятия (в рамках «Глобальной деревни» или «Молодежной программы»). Кроме того, стипендии выделены и для ряда участников, не подававших заявок на проведение тех или иных мероприятий, а также для представителей СМИ. Те, чьи заявки на стипендии были утверждены, должны были получить уведомление до середины апреля.

Рабочая группа «Молодежной программы» (Youth Programme Working Group) является той частью организации конференции, которая координирует молодежные мероприятия. Она состоит из 11 человек из разных регионов, которые составляют «Молодежную программу» для Международной конференции AIDS-2008, оформляют молодежный павильон и координируют семинары.

«Сила молодежи Вены» (Vienna Youth Force) была основана после AIDS-2008 и является глобальной платформой для молодежных организаций, которые находятся в контакте через социальную сеть «Takingitglobal». В «Силу молодежи Вены» входят следующие неправительственные организации: «Адвокаты для молодежи», «Общественный форум Австрии», «Глобальная коалиция молодежи по ВИЧ/СПИДу» (GYCA), «Международная федерация ассоциаций сту-

дентов-медиков» (IFMSA), «Всемирная кампания против СПИДа», «Молодежная коалиция по половым и репродуктивным правам», «YouAct», «Y-Peer», «CHOICE for youth and sexuality» и «Youth R.I.S.E».

Обе группы взаимодействуют и координируют все мероприятия молодых людей на Международной конференции по СПИДу. При возникновении вопросов обратиться по адресу: youth@aids2010.org

Стать юным корреспондентом

«Сила молодежи Вены» отбирала энергичных и целеустремленных молодых журналистов для освещения AIDS-2010. Сформированная команда юных корреспондентов будет писать, фотографировать, снимать на видео, готовить материалы для блогов и для подкастинга, и тем самым будет отвечать за то, чтобы проблемы молодежи заняли важную часть в повестке дня конференции. Кроме того, это позволит озвучить мнение самой молодежи в отношении важных мероприятий, заявлений и презентаций.

Цель создания команды юных корреспондентов — обеспечить отличное освещение конференции, причем не только путем повышения видимости проблем молодежи в рамках конференции и в СМИ, но и путем предоставления свежей информации по молодежным мероприятиям тем молодым людям, которые не смогли приехать в Вену.

Роли и обязанности:

- Написание ознакомительных блогов.
- Подготовка материалов для опубликования на блогах.
- Проведение интервью.
- Написание статей для молодежного информационного бюллетеня.
- Подкастинг (звуковой живой журнал).
- Фотография.
- Доступность для участия в онлайн-тренингах, которые состоятся перед конференцией, а также в тренингах на рамочных заседаниях.
- Молодежная преконференции.

Квалификация:

- Значительный интерес и знания в сфере ВИЧ/СПИДа.
- Свободное владение английским или русским языками (владение обоими языками рассматривалось как преимущество).
- Опыт в сфере журналистики или фотографии.
- Хорошие навыки коммуникации и владения языком.
- Ориентация на детали и способность работать в команде.
- Способность работать в быстро меняющейся среде.
- Наличие финансовой поддержки.

Адвокация

Адвокацию можно описать как усилия, направленные на изменение общественных взглядов, а также направленные на то, чтобы оказать влияние на процессы принятия политических решений и на расстановку приоритетов в отношении финансирования. В некоторых случаях политика правительств, учреждений и организаций создает барьеры, причиняет вред или оказывается несправедливой по отношению к людям и к группам людей.

Те, кто занимается адвокацией, обучают других по данной проблеме, а также предлагают конкретные решения. Другими словами, адвокация — это поддержка определенного дела, а также работа над тем, чтобы это дело было поддержано и другими.

Молодые люди во всем мире работают над тем, чтобы создать позитивные изменения и остановить распространение эпидемии ВИЧ, чтобы улучшить качество жизни людей, живущих с ВИЧ/СПИДом. Это включает широкий спектр мер, таких как:

- повышение доступа молодых людей к лечению ВИЧ и научно-обоснованной профилактике;
- осуществление мер по снижению бедности, например обучение трудоустройству и эффективному поиску работы;
- создание и финансирование программ обмена игл;
- обеспечение того, что женщины могут владеть имуществом, а также что законы, запрещающие сексуальное насилие, введены и действуют.

Онлайн-консультация проводится для того, чтобы помочь Подкомитету по адвокации в разработке молодежных «мессиджей» — адвокационных сообщений или посланий для AIDS-2010. Это будет способствовать тому, чтобы проблемы, имеющие значение для молодых людей во всем мире, были освещены, и тем самым было создано единое глобальное молодежное движение. Имея общие адвокационные сообщения и цели, молодые участники конференции смогут получить информацию и рекомендации, которые позволят им вести собственную адвокационную работу, при этом выступая с едиными посланиями.

Каучсерфинг: преврати свое пребывание в Вене в межкультурный опыт

Каучсерфинг — это образ жизни активных и любознательных людей. Для кого-то это возможность найти новых друзей, а для кого-то — любовь. Каждый мечтает о своем, отправляясь в этот незнакомый путь.

Существует несколько онлайн-сетей, которые строятся на убеждении, что прием гостей и проживание в гостях в других странах — это яркая и богатая форма культурного взаимодействия. Такой обмен может способствовать меж-

дународной дружбе, тем самым повышая взаимопонимание между культурами и укрепляя мир. Присоединись к одной из сетей каучсерферов и узнай о том, как пребывание в Вене может стать еще интересней.

Как это работает? Ты регистрируешься в сети и вступаешь в контакт с другими членами. После того, как ты представишь себя, ты однозначно сможешь найти идеальное место для проживания в чьем-нибудь доме в Вене. В ответ, люди из других стран могут связаться с тобой, если они собираются приехать в твой город и нуждаются в жилье, а также если хотят встретиться новых друзей.

Существует еще несколько сайтов по данному направлению. Один из самых популярных — www.couchsurfing.com, организованный Кейси Фентоном в 2004 году. На сайте на сегодняшний день зарегистрировано больше миллиона человек из 230 стран мира. В общем, поехать можно в любую страну, где есть Интернет. Призыв сайта: «Сделаем мир лучше, путешествуя и общаясь!»

Организируйте независимый центр доступа к Конференции в своем регионе

Организаторы AIDS-2010 намерены сделать содержание конференции доступным для людей во всем мире. В дополнение к официальным центрам доступа в Москве (Россия), Киеве (Украина) и Алматы (Казахстан), мы предлагаем вам организовать независимый центр доступа в вашем регионе и таким образом стать частью движения за расширенный доступ к конференции.

Что такое центр доступа к Конференции («хаб»). Центры доступа к Конференции — это точки по всему миру, где проводится трансляция отдельных сессий Конференции. После просмотра сессий в центрах доступа, как правило, будет проводиться обсуждение того, каким образом содержание сессии может способствовать повышению эффективности ответа на эпидемию на местном уровне.

Для чего нужно организовывать центр доступа к конференции? Организация центра доступа к Конференции дает уникальную возможность повысить профессиональный потенциал мест-

ных участников в ответе на эпидемию. Посредством проведения обсуждений и дебатов, центры доступа усилят ответ на эпидемию на местном уровне с потенциалом разработки всеобщего плана дальнейших действий на местном и региональном уровнях. Организации, проводящие центр доступа, получают возможность привлечь к участию местных и региональных лидеров, повысить свой авторитет и построить партнерские сети. Центры доступа к Конференции могут быть организованы местными неправительственными организациями, религиозными организациями, больницами и клиниками, университетами и медицинскими институтами, правительственными учреждениями и агентствами ООН.

Заявки на проведение центров доступа принимаются с 16 марта до 15 июня. За дополнительной информацией, обращайтесь в секретариат Конференции по электронной почте: hubs@aids2010.org

Молодежная преконференция: отмечаем в календаре

14–16 июля 2010 г. в Медицинском университете в Вене «Сила молодежи Вены» и «Молодежная программа» AIDS-2010 организуют Молодежную преконференцию, открытую для молодых делегатов AIDS-2010 и для других молодых людей. Предпочтение будет отдаваться тем молодым людям, которые уже зарегистрировались для участия в AIDS-2010.

Преконференция будет состоять из информационных сессий и семинаров по формированию практических навыков в сфере ВИЧ/СПИДа; при этом темами сессий и семинаров будут самые разные вопросы: от научных знаний до эффективной политической адвокации. Участники также смогут развить навыки в сфере методологии проведения исследований, мониторинга и оценки, СМИ и коммуникаций, а также получат последнюю информацию о стратегиях профилактики, снижения вреда, лечения, ухода и поддержки. В середине марта было сделано объявление о приеме заявок на проведение сессий и тренингов, а также заявок от фасилитаторов.



АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ВЗРОСЛЫХ И ПОДРОСТКОВ

© 2010 Всемирная организация здравоохранения

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти, или относительно делимитации их границ. Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами. Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

ВИЧ: НОВЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ, УМЕНЬШЕНИЯ ЧИСЛА ИНФЕКЦИЙ И СПАСЕНИЯ ЖИЗНЕЙ

В настоящее время ВОЗ рекомендует начинать антиретровирусную терапию (АРТ) взрослых людей и подростков на более ранних стадиях, предоставлять более благоприятные для пациентов антиретровирусные препараты (АРВ) и использовать АРВ для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку в течение более длительного времени.

Для предотвращения передачи ВИЧ ВОЗ рекомендует прием АРВ ВИЧ-позитивными матерями или их детьми грудного возраста во время грудного вскармливания.

«Эти новые рекомендации основаны на самых последних данных, — сказал д-р Хироки Накатани, помощник генерального директора Всемирной организации здравоохранения по ВИЧ/СПИДу, ТБ, малярии и забытым тропическим болезням. — Их широкое принятие будет способствовать продлению и оздоровлению жизни многих людей в районах с тяжелым бременем болезни».

По оценкам, в мире насчитывается 33,4 млн человек с ВИЧ/СПИДом и ежегодно происходит около 2,7 млн новых заражений. Во всем мире ВИЧ/СПИД является основной причиной смерти среди женщин детородного возраста.

Принятые сокращения: АРВ — антиретровирусный (препарат); АРТ — антиретровирусная терапия; ВГВ — вирус гепатита В; ВИЧ — вирус иммунодефицита человека; ВН — вирусная нагрузка; ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения; ВСВИ — воспалительный синдром восстановления иммунитета; ИП — ингибитор протеазы; ЛЖВ — люди, живущие с ВИЧ; НИОТ — нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы; ННИОТ — нунуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы; ППМР — профилактика передачи от матери ребенку; РКИ — рандомизированное клиническое испытание; /р — низкая доза ритонавира; ТБ — туберкулез; ЮНЭЙДС — Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу; CD4 — Т-лимфоцит, несущий рецептор CD4⁺; CDC — центры по контролю и профилактике заболеваний; GRADE — градация рекомендаций, анализ, разработка и оценка; PEPFAR — чрезвычайный план по борьбе со СПИДом президента США.

Новые рекомендации по лечению. По рекомендациям ВОЗ 2006 года, всем пациентам следовало начинать АРТ, когда число CD4 (показатель силы иммунной системы) опускалось у них до 200 кл/мм³ или ниже — на этом уровне у них обычно начинали появляться симптомы заболевания ВИЧ. Проведенные с тех пор исследования и испытания четко продемонстрировали, что более раннее начало АРТ снижает показатели смертности и заболеваемости. Сейчас ВОЗ рекомендует начинать АРТ при более высокой пороговой величине CD4, равной 350 кл/мм³ для всех ВИЧ-позитивных пациентов, включая беременных женщин, независимо от симптомов.

ВОЗ также рекомендует странам прекратить использование ставудина, или d4T, из-за его длительных необратимых побочных реакций. Ставудин до сих пор широко применяется в качестве терапии первой линии в развивающихся странах из-за его низкой стоимости и легкодоступности. Рекомендуется применять зидовудин (AZT) или тенофовир (TDF) как менее токсичные и в равной мере эффективные альтернативные варианты.

В рекомендациях 2009 года отводится более важная роль лабораторному мониторингу для улучшения качества лечения и ухода при ВИЧ. Рекомендуется обеспечить более широкий доступ к тестированию на CD4 и, при необходимости, проводить мониторинг вирусной нагрузки

ки. Однако при отсутствии этих контрольных тестов нельзя отказывать в доступе к АРТ.

Предотвращение передачи инфекции от матери ребенку и улучшение выживания детей. По рекомендациям ВОЗ 2006 года, для предотвращения передачи ВИЧ от матери ребенку АРВ следовало предоставлять беременным женщинам на третьем триместре (начиная с 28 недель беременности). В то время не было достаточного количества фактических данных о защитном действии АРВ во время грудного вскармливания. В результате ряда проведенных с тех пор клинических испытаний была выявлена эффективность АРВ в предотвращении передачи инфекции ребенку во время грудного вскармливания. Согласно рекомендациям 2009 года, необходимо начинать прием АРВ на более ранних сроках беременности, с 14 недель, и продолжать до конца периода грудного вскармливания.

Сейчас ВОЗ рекомендует продолжать грудное вскармливание до тех пор, пока ребенку не исполнится 12 месяцев, при условии, что в течение этого периода ВИЧ-позитивная мать или ребенок принимают АРВ. Это уменьшит риск передачи ВИЧ и улучшит вероятность выживания ребенка.

«В новых рекомендациях мы передаем четкое послание в отношении того, что грудное вскармливание является хорошим выбором для всех детей, даже для тех детей, матери которых ВИЧ-позитивны, при условии, что они имеют доступ к АРВ», — заявила Дэйзи Мафубелу, помощник генерального директора ВОЗ по здоровью в семье и общине.

ВОЗ призывает национальные органы здравоохранения определить наиболее приемлемую практику кормления детей грудного возраста (либо грудное вскармливание с АРВ, либо использование детских сухих смесей) для своих сообществ. Затем необходимо продвигать выбранную практику в качестве единственного стандарта по уходу за детьми.

Преимущества и проблемы. Проведение антиретровирусного лечения на более ранних стадиях стимулирует иммунную систему и снижает риски связанных с ВИЧ смерти и болезней. Это также снижает риск передачи ВИЧ и ТБ.

Новые рекомендации по предотвращению передачи инфекции от матери ребенку (РППИМР) потенциально могут способствовать снижению риска передачи ВИЧ от матери ребенку до 5% и ниже. В сочетании с улучшенной практикой кормления детей грудного возраста рекомендации могут способствовать улучшению выживания детей.

Основной проблемой является расширение доступа к лечению в странах с ограниченными ресурсами. Расширению служб АРТ и РППИМР в настоящее время препятствуют слабая инфраструктура, ограниченные кадровые и финансовые ресурсы и плохая интеграция мероприятий

в области ВИЧ в более широкие службы по охране здоровья матерей и детей.

Если эти рекомендации будут приняты, число людей, нуждающихся в лечении, возрастет. Расходы, связанные с более ранним началом лечения, можно компенсировать снижением больничных расходов, повышением продуктивности благодаря уменьшению количества дней, пропущенных по болезни, уменьшением числа осиротевших из-за СПИДа детей и уменьшением числа ВИЧ-инфекций.

Другой проблемой является содействие тому, чтобы большее число людей обращалось для добровольного тестирования и консультирования в отношении ВИЧ до появления у них симптомов. В настоящее время многие ВИЧ-позитивные люди обращаются за лечением слишком поздно, обычно когда число CD4 у них становится ниже 200 кл/мм³. Однако преимущества более раннего начала лечения могут также способствовать повышению числа людей, обращающихся для тестирования и консультирования в отношении ВИЧ с тем, чтобы узнать свой ВИЧ-статус.

В сотрудничестве с основными партнерами ВОЗ будет оказывать техническую поддержку странам в адаптации, принятии и проведении пересмотренных руководящих принципов. Новые рекомендации ВОЗ, проводимые в широких масштабах, будут способствовать улучшению здоровья людей с ВИЧ, уменьшению числа новых инфекций и спасению жизней.

ОБЩИЙ ОБЗОР

Предпосылки. Рекомендации «Антиретровирусная терапия при ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков», разработанные Всемирной организацией здравоохранения, были впервые опубликованы в 2002 г., упрощены в 2003 г. и обновлены в 2006 г. Рекомендации продолжают следовать принципам, которые лежат в основе подхода общественного здравоохранения. Цель этого подхода — оптимизировать конечные результаты, включая качество жизни и выживаемость людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), а также служить справочным пособием для стран, которое они могут использовать и адаптировать в соответствии с национальными условиями.

В 2009 г. ВОЗ работала над обновлением рекомендаций, предпринимая ряд скоординированных усилий по обзору и синтезу вновь появляющихся данных о том, когда начинать антиретровирусную терапию (АРТ) и какие схемы препаратов использовать, а также о ведении случаев коинфекции и неудачах лечения. Эти данные были получены из систематических обзоров, в процессе подготовки и анализа профиля GRADE¹, консультаций с ЛЖВ, исследова-

¹ <http://www.gradeworkinggroup.org/index.htm>

ний влияния затрат и экономического воздействия, оценки выполнимости на уровне стран и сравнений существующих на сегодняшний день национальных рекомендаций.

В разработке этих обновленных рекомендаций участвовали следующие группы: внутренняя рабочая группа ВОЗ по разработке рекомендаций по АРТ (созвана в апреле 2009 г.), группа по подготовке проекта рекомендаций по АРТ (созвана в сентябре 2009 г.), внешняя группа независимой экспертизы по АРТ (созвана в сентябре 2009 г.) и Комитет по рассмотрению и оценке рекомендаций по АРТ в полном составе (созван в октябре 2009 г.).

Причины пересмотра. С момента последнего пересмотра рекомендаций в 2006 г. появились новые убедительные данные, в частности, касающиеся более раннего начала АРТ. Растет число доказательств улучшения показателей выживаемости и снижения частоты обусловленных ВИЧ-инфекцией заболеваний при более раннем начале АРТ. Исследования подтверждают, что расширение доступа к АРТ существенным образом сказывается на предотвращении передачи ВИЧ. Ставудин продолжает играть важную роль в расширении масштаба предоставления АРТ в странах с низким и средним уровнем доходов; однако кумулятивная токсичность этого препарата неприемлема для ЛЖВ и многих провайдеров медицинских услуг. Существуют новые, более благоприятные для пациентов, но пока более дорогие схемы АРТ.

Цель рекомендаций — определить стандарты оказания высококачественной помощи ЛЖВ и предоставить рекомендации, основанные на фактических данных при одновременном рассмотрении рисков и преимуществ, приемлемости, выполнимости, затрат и финансовых последствий.

Целевая аудитория — это в первую очередь национальные консультативные группы по вопросам лечения.

Ключевые рекомендации, содержащиеся здесь, выпущены в виде «быстрого совета», поскольку некоторые страны с самым высоким бременем ВИЧ-инфекции в настоящее время находятся в процессе изменений их национальных рекомендаций по лечению и оказанию помощи при ВИЧ-инфекции, а также в процессе обновления оценок для предоставления отчетности по расширению всеобщего доступа в 2010 г. Документ «быстрый совет» сфокусирован на двух ключевых разделах полного текста рекомендаций: когда начинать АРТ и какие АРВ-препараты использовать для лечения взрослых, подростков, беременных женщин, а также пациентов с сопутствующим туберкулезом (ТБ) или инфекцией, вызванной вирусом гепатита В (ВГВ).

Руководящие принципы. Комитет по рассмотрению и оценке рекомендаций по АРТ провел обсуждение и пришел к соглашению относительно ряда принципов, которые должны ис-

пользоваться при разработке национальных рекомендаций по лечению. Принципиальная установка состояла в том, что вмешательства общественного здравоохранения должны обеспечить максимальные возможности для выживания и поддержания качества жизни как можно большему числу ЛЖВ.

Не навредить. При внесении изменений сохранить доступ к лечению и помощи для самых больных и самых нуждающихся.

Обеспечить доступ к лечению и справедливость. Все, кто соответствует клиническим критериям, должны иметь возможность получать услуги по лечению (включая АРТ) с соблюдением честного и справедливого распределения соответствующих услуг.

Способствовать качеству и эффективности. Обеспечить предоставление помощи на основе самых высоких стандартов в соответствии с подходом общественного здравоохранения для того, чтобы достичь наибольшего воздействия на здоровье при оптимальном использовании имеющихся человеческих и финансовых ресурсов.

Обеспечить устойчивость. Понять долгосрочные последствия изменений с учетом обеспечения непрерывного, пожизненного доступа к АРТ нуждающихся в лечении ЛЖВ.

В этом контексте, ЛЖВ не должны утратить свои права в процессе реализации данного подхода общественного здравоохранения.

ПРОЦЕСС ПЕРЕСМОТРА

Получение, обобщение и представление фактических данных. Вопросы PICO², подлежащие рассмотрению, были согласованы с членами рабочей группы ВОЗ по разработке рекомендаций по АРТ в мае 2009 г.

Для подготовки к проведению совещания по рассмотрению и оценке рекомендаций в октябре 2009 г. проведены следующие мероприятия:

1. Составлены профили GRADE по ключевым вопросам PICO:

- когда начинать АРТ;
- какие АРВ-препараты использовать для схем первого и второго ряда;
- когда переходить на схему второго ряда.

2. Проведены систематические обзоры литературы по взаимодействию АРВ-препаратов и препаратов для лечения ТБ, гепатита, малярии и опиоидной зависимости; предоставлению АРТ-пациентам с коинфекцией ВИЧ/ВГВ; рефераты по токсичности тенофовира, зидовудина, невирапина и ставудина; безопасности эфавиренца; тератогенности эфавиренца; профилю безопас-

² PICO — это аббревиатура, описывающая элементы хорошо сформулированного клинического вопроса. В аббревиатуру входит: «P» (Patient или Population — пациент или популяция), «I» (Intervention — вмешательство, которое нас интересует), «C» (Comparison — сравнение) и «O» (Outcome — исход или конечный результат).

ности низких доз ставудина; и обзоры лабораторных технологий для определения клеток CD4 и вирусной нагрузки.

3. Проведена оценка воздействия для определения числа ЛЖВ, нуждающихся в лечении, в соответствии с различными пороговыми уровнями клеток CD4, предложенными для начала терапии.

4. Проведены консультации с тремя организациями, представляющими ЛЖВ, и полученные данные суммированы.

5. На основе исследования закупок и производства АРВ-препаратов подготовлена информация по затратам.

6. Для внедрения предложенных рекомендаций проведена оценка выполнимости в Малави (аналогичная оценка продолжается в Танзании).

7. Подготовлен доклад по проблеме приверженности АРТ у ЛЖВ, включая подростков.

8. С целью изучения и сравнения проведен обзор имеющихся в 26 странах рекомендаций по АРТ.

9. Критерии неудач АРТ проанализированы с использованием данных ART-LINC и других исследований.

Профили оценки качества доказательств GRADE, а также все подтверждающие документы или ссылки на них будут включены в рекомендации³.

Консенсус, внешняя экспертиза и обновление. Существующие рекомендации были проанализированы и пересмотрены к совещанию Группы по подготовке проекта рекомендаций по АРТ, состоявшегося в сентябре 2009 г. На основе презентаций и отдельных обзоров имеющихся фактических данных, полученных, как описано выше, группа провела анализ рисков и преимуществ для каждой области, представляющей интерес. Для каждого набора рекомендаций была подготовлена таблица по следующим разделам: существующие рекомендации; новые рекомендации; уровень качества фактических данных для существенно важных исходов (смертность, прогрессирование болезни и серьезные побочные эффекты); выгоды; риски; ценность; приемлемость; затраты; выполнимость; пробелы и потребности в научных исследованиях. Разногласия обсуждались в ходе пленарных и групповых заседаний, в результате которых был достигнут консенсус.

Группа независимой экспертизы по АРТ провела обзор и пересмотр таблиц по рискам и преимуществам и проекта рекомендаций, подготовленных Группой по подготовке проекта рекомендаций по АРТ, и представила свои комментарии и другие замечания на странице ART Guidelines 2009 (рекомендации по АРТ 2009) веб-сайта ВОЗ EZCollab. оппоненты обменивались опытом и идеями на EZCollab и в ходе теле-

конференций. Их предложения и замечания были обобщены и размещены на веб-сайте EZCollab. Пересмотренные рекомендации были представлены Комитету по рассмотрению и оценке рекомендаций по АРТ в октябре 2009 г.

На совещании по рассмотрению и оценке рекомендаций по АРТ, проведенного в октябре 2009 г., каждая предметная область была рассмотрена, обсуждена и найден консенсус по каждой рекомендации и рейтингу каждой рекомендации.

Полностью рекомендации будут снова пересматриваться в 2012 г.

ВРЕМЯ ОПУБЛИКОВАНИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Документ «Быстрый совет по рекомендациям по антиретровирусной терапии при ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков» (Rapid Advice on Recommendations for Antiretroviral Therapy in Adults and Adolescents) опубликован в Интернете. Учитывая актуальность документа, он размещен онлайн на английском языке. Однако запросы региональных бюро ВОЗ относительно перевода на другие языки будут удовлетворяться штаб-квартирой ВОЗ.

Целиком проект рекомендаций для окончательного утверждения будет готов в феврале 2010 г., а публикацию и распространение планируется начать в марте или апреле 2010 г.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ, АДАПТАЦИЯ, РЕАЛИЗАЦИЯ И ОЦЕНКА

ВОЗ работает в тесном сотрудничестве с региональными и страновыми бюро, с ООН и другими партнерами по осуществлению плана быстрого распространения, адаптации и реализации новых рекомендаций. Важный опыт был получен из анализа предыдущих рекомендаций по АРТ, и необходима активная поддержка обновленных рекомендаций на уровне стран. основные этапы распространения включают:

- выпуск документа «Быстрый совет»;
- подготовка и публикация полного текста рекомендаций с переводом на другие языки;
- быстрая разработка инструментария для адаптации и перехода;
- брифинги и совместное планирование мероприятий по распространению с международными и национальными партнерами по реализации плана;
- проведение региональных конференций и семинаров с целью поддержки процесса адаптации рекомендаций в странах.

Инструментарий для адаптации и перехода разрабатывается для того, чтобы:

- оказать помощь странам в определении приоритетности расходования ограниченных

³ Для получения всех справочных материалов можно сделать запрос по электронному адресу: hiv-aids@who.int.

ресурсов с целью содействия полному внедрению с течением времени;

- не поставить под угрозу доступ к АРТ и не исключить наиболее нуждающихся;
- не нанести урон проводимым мероприятиям по расширению масштаба и не поставить под угрозу приверженность;
- постепенно продвигаться в направлении принятия всех рекомендаций.

ВОЗ и ЮНЭЙДС завершат разработку глобального и странового механизма, необходимо для оценки потребностей в лечении и ресурсах к моменту предоставления отчетности по всеобщему доступу 2010 г.

ДЕКЛАРАЦИЯ ИНТЕРЕСОВ

Заполненные формы были получены от всех членов каждой группы. Были сделаны два заявления, и основной группой по разработке рекомендаций было признано, что нет конфликта интересов. Группа независимой экспертизы по АРТ была извещена через веб-сайт ВОЗ E2Collab о заявлении одного из членов (P. Sahn) о возможном конфликте интересов, и Группа независимой экспертизы по АРТ пришла к заключению, что конфликт интересов отсутствует. Заявление о возможном конфликте интересов члена Комитета по рассмотрению и оценке рекомендаций по АРТ обсуждалось совместно со всеми членами Комитета по рассмотрению и оценке рекомендаций по АРТ на совещании в октябре 2009 г. Комитет пришел к заключению, что конфликт отсутствует.

СОТРУДНИЧЕСТВО С ВНЕШНИМИ ПАРТНЕРАМИ

Для разработки документа «Быстрый совет» не привлекались какие-либо специальные партнеры, однако некоторые партнеры были привлечены к работе над рекомендациями. Все элементы сотрудничества будут отражены в полном тексте рекомендаций.

Финансирование для поддержки этой работы получено от чрезвычайного плана по борьбе со СПИДом президента США (PEPFAR), единого бюджета и рабочего плана объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (UNAIDS UBW) и специальных фондов для временных сотрудников.

КЛЮЧЕВЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Рекомендация 1. Когда начинать.

1. Начинать антиретровирусную терапию у всех пациентов с числом CD4 < 350 кл/мм³, независимо от клинических симптомов (сильная рекомендация, среднее качество доказательств).

2. Необходимо определять число клеток CD4 для выяснения, нужно ли начинать АРТ у ВИЧ-положительных пациентов с клинической стадией ВИЧ-инфекции 1 или 2 (по классификации ВОЗ) (сильная рекомендация, низкое качество доказательств).

3. Начинать АРТ у всех ВИЧ-положительных пациентов с клинической стадией ВИЧ-инфекции 3 или 4, независимо от числа клеток CD4 (сильная рекомендация, низкое качество доказательств).

Примечания. При разработке этих рекомендаций, помимо вопросов, касающихся затрат и выполнимости, группа придавала особое значение тому, как избежать смертельных исходов, прогрессирования болезни и передачи ВИЧ. Рекомендации поддерживаются доказательствами среднего качества, полученными в одном РКИ — CIPRA-NT001 (одноцентровое исследование на Гаити), и в одном случае вторичного анализа (post hoc) в рамках РКИ (испытание SMART; многоцентровое исследование в 33-х странах, преимущественно с высоким уровнем доходов); они касались исходов у пациентов, находящихся в критическом состоянии, и результатов мероприятий общественного здравоохранения. В профиле GRADE объединенные данные этих двух исследований относительно того, что начало АРТ при уровнях CD4 выше 200 или 250 кл/мм³ снижает показатели смертности у бессимптомных, не получавших ранее АРТ ВИЧ-положительных пациентов, получили оценку «доказательства среднего качества». Группа также провела большой обзор наблюдационных данных, полученных в учреждениях с ограниченным и большим объемом ресурсов, которые совпадали с данными РКИ, хотя это не повысило качество доказательств в целом. Группа пришла к заключению, что более раннее начало АРТ осуществимо, если вводится поэтапно со скоростью и полнотой, которые определяются потенциалом системы здравоохранения, бременем ВИЧ-инфекции, охватом АРТ, справедливым доступом и финансированием.

Учитывая неопределенность прогностической ценности некоторых состояний, наблюдающихся на стадии 2 (классификация ВОЗ), и рассмотрев данные недавно проведенного моделирования и наблюдационные данные, свидетельствующие о том, что у более 50% ВИЧ-положительных пациентов на этой стадии ВИЧ-инфекции число CD4 составляет 350 кл/мм³, экспертная группа рекомендовала: ВИЧ-положительные лица с клинической стадией 1 и 2 должны иметь доступ к исследованию CD4 для принятия решения о начале лечения.

Рекомендация 2. Какие АРВ-препараты использовать для начала АРТ. Начинать одну из следующих схем у лиц, не получавших ранее АРТ и соответствующих критериям назначения лечения:

- зидовудин + ламивудин + эфавиренц;
- зидовудин + ламивудин + невирапин;
- тенофовир + ламивудин или эмтрицитабин + эфавиренц;
- тенофовир + ламивудин или эмтрицитабин + невирапин (сильная рекомендация, среднее качество доказательств).

Примечания. При разработке этих рекомендаций группа придавала особое значение тому, как избежать неприятных, обезображивающих последствий токсичности ставудина, на необходимости выбирать схемы, подходящие для большинства групп пациентов, и на преимуществах использования комбинаций с фиксированной дозировкой. Имеющиеся доказательства свидетельствуют о том, что эти схемы сопоставимы по эффективности со схемами на основе ставудина, но в целом их профиль токсичности лучше. Мнение экспертов подтверждалось профилем доказательств GRADE на основе РКИ, нерандомизированных испытаний и обсервационных исследований, проведенных в странах с низким и средним уровнем доходов, не показавших преимущество зидовудина по сравнению с тенофовиром или невирапином по сравнению в эфавиренцом, если они входили в комбинацию АРВ-препаратов для АРТ у нелеченных пациентов.

Что касается вопроса о постепенном сокращении использования ставудина там, где схемы, содержащие ставудин, были схемами выбора для начала АРТ, то страны должны разработать план перехода на схемы первого ряда на основе зидовудина или тенофовира с учетом оценок затрат и выполнимости. Необходимо внедрение систем для предупреждения, мониторинга и ведения случаев токсичности ставудина.

Рекомендуется, чтобы программы выбирали предпочтительную(ые) схему(ы), которые можно применять у большинства ЛЖВ. Введение более безопасных, но на сегодняшний день более дорогих схем АРТ первого ряда должно происходить поэтапно, поскольку в настоящий момент это не выполнимо или не доступно по средствам во многих местах с высоким бременем ВИЧ-инфекции и низким охватом, с менее развитыми системами здравоохранения, ограниченными лабораторными мощностями, ограниченным бюджетом и конкурирующими приоритетами в области здравоохранения. В странах с высоким уровнем охвата и более развитыми системами здравоохранения переход на новые схемы лечения должен происходить быстрее.

ВОЗ будет разрабатывать механизмы поддержки стран/программ в переходе на эти рекомендации и их внедрении.

Рекомендация 3. АРТ при коинфекции ВИЧ-инфекция/туберкулез.

1. Начинать АРТ у всех ВИЧ-положительных лиц с активным туберкулезом (ТБ), независимо от числа клеток CD4 (сильная рекомендация, низкое качество доказательств).

2. Начинать с лечения ТБ, а после этого сразу же, как только возможно, начинать АРТ (сильная рекомендация, среднее качество доказательств).

3. Использовать эфавиренц в качестве предпочтительного нуклеозидного ингибитора обратной транскриптазы (ННИОТ) у пациентов, начинающих АРТ в период лечения ТБ (сильная рекомендация, высокое качество доказательств).

Примечания. При разработке этих рекомендаций группа придавала особое значение снижению преждевременной смертности при коинфекции ВИЧ/ТБ и уменьшению частоты передачи ТБ при раннем начале АРТ у всех лиц с ТБ и улучшению ведения случаев ТБ.

По вопросу, когда начинать АРТ у пациентов с ТБ, в одном РКИ (испытание SAPIT) полученные доказательства среднего качества, свидетельствующие о том, что раннее начало АРТ снижает смертность от всех причин, улучшает исходы ТБ и снижает частоту развития воспалительного синдрома восстановления иммунитета (ВСВИ), однако имеются лишь ограниченные данные о необходимости начинать АРТ у пациентов с ТБ и числом CD4 > 350 клеток/мм.

По вопросу, касающемуся влияния АРТ на передачу и заболеваемость ТБ, сообщалось о снижении частоты ТБ до 90% на индивидуальном уровне, на 60% на популяционном уровне и снижении частоты рецидивов ТБ на 50%. Моделирование показало, что начало АРТ у всех пациентов с коинфекцией ВИЧ/ТБ, если это сопровождается высокими уровнями охвата и приверженности АРТ, снижает число случаев ТБ, показатели смертности от ТБ и передачу ТБ на популяционном уровне.

Дальнейшее моделирование показывает, что если от момента инфицирования ВИЧ до начала АРТ проходит меньше пяти лет, то снижение заболеваемости ТБ составляет от 60 до 70%.

По вопросу, какой ННИОТ использовать для начала АРТ, поддерживались рекомендации по АРТ 2006 г.; в частности, рекомендуется эфавиренц, поскольку он меньше взаимодействует с рифампицином по сравнению с невирапином.

Рекомендация 4. АРТ при коинфекции ВИЧ/ВГВ.

1. Начинать АРТ у всех лиц с коинфекцией ВИЧ/ВГВ, которые нуждаются в лечении гепатита В, независимо от числа клеток CD4 или клинической стадии ВИЧ-инфекции (по классификации ВОЗ) (сильная рекомендация, низкое качество доказательств).

2. Начинать прием тенофовира и ламивудина или эмтрицитабина у всех лиц с коинфекцией ВИЧ/ВГВ, нуждающихся в лечении (сильная рекомендация, среднее качество доказательств).

Примечания. При разработке этих рекомендаций группа особое значение придавала важности расширения диагностики гепатита В и более эффективного лечения коинфекции ВИЧ/ВГВ.

При проведении систематического обзора по этой теме не обнаружено РКИ по важным исходам ВИЧ-инфекции (смерть, прогрессирование болезни, тяжелые побочные эффекты), и профиль GRADE сообщался только по результатам, относящимся к гепатиту В (вирусная нагрузка ВГВ и устойчивость к препаратам для лечения гепатита В).

По вопросу, когда начинать АРТ у лиц с коинфекцией ВИЧ/ВГВ, сравнительных исследований (более раннее начало АРТ по сравнению с более поздним) не проводилось. Однако данные наблюдательных исследований подтверждают, что у лиц с коинфекцией ВИЧ/ВГВ в 3–6 раз повышен риск развития хронического гепатита В, повышен риск развития фиброза и цирроза и в 17 раз повышен риск смертельного исхода по сравнению с лицами, инфицированными ВГВ, но не инфицированными ВИЧ. Аналогично, данные наблюдательных исследований подтверждают уменьшение поражений печени при раннем назначении АРТ с использованием препаратов, эффективных и в отношении ВГВ.

По вопросу, какие препараты использовать для начала АРТ при коинфекции ВИЧ/ВГВ, имеются данные одного РКИ, поддерживающие использование, по крайней мере, двух препаратов, обладающих активностью против ВГВ, для снижения вирусной нагрузки ВГВ и уменьшения развития устойчивости к препаратам для лечения гепатита В.

Рекомендация 5. АРТ у беременных женщин.

1. Начинать АРТ у всех беременных женщин с ВИЧ-инфекцией при количестве CD4 < 350 кл/мм³, независимо от клинических симптомов (сильная рекомендация, среднее качество доказательств).

2. Исследование CD4 необходимо для выявления ВИЧ-положительных беременных женщин с клинической стадией ВИЧ-инфекции 1 или 2 (по классификации ВОЗ), нуждающихся в начале АРТ или в профилактике АРВ-препаратами (сильная рекомендация, низкое качество доказательств).

3. Начинать АРТ у всех ВИЧ-положительных беременных женщин с клинической стадией ВИЧ-инфекции 3 или 4 (по классификации ВОЗ), независимо от числа CD4 (сильная рекомендация, низкое качество доказательств).

4. Начинать одну из следующих схем у беременных женщин, не получавших ранее АРТ и соответствующих критериям назначения лечения (сильная рекомендация, среднее качество доказательств):

- зидовудин + ламивудин + эфавиренц;
- зидовудин + ламивудин + невирапин;
- тенофовир + ламивудин/эмтрицитабин + эфавиренц;
- тенофовир + ламивудин/эмтрицитабин + невирапин.

5. Не начинать прием эфавиренца во время первого триместра беременности (сильная рекомендация, низкое качество доказательств).

Примечания. При разработке этих рекомендаций, помимо рассмотрения вопросов, касающихся затрат или применимости, экспертные группы по АРТ и ППМР особое значение придавали обеспечению раннего начала лечения у беременных женщин с ВИЧ-инфекцией для того, чтобы избежать передачи ВИЧ от матери ребенку.

По вопросу о том, когда начинать, специальных исследований с участием беременных не выявлено. В целом, фактические данные поддерживают строгие рекомендации для снижения смертности, прогрессирования болезни, тяжелых побочных эффектов, риска ТБ и передачи ВИЧ (половой и вертикальный путь передачи). Что касается рекомендации, когда начинать лечение для общей популяции ВИЧ-положительных лиц, группа признала неопределенность прогностической ценности некоторых состояний при стадии ВИЧ-инфекции 2 (по классификации ВОЗ); данные, полученные путем моделирования и в наблюдательных исследованиях, показывают, что у более 50% ВИЧ-положительных пациентов с этой клинической стадией число CD4 составляет ≤ 350 кл/мм³. Исходя из этого, группа рекомендовала обеспечить всем беременным женщинам с клинической стадией 1 и 2 (по классификации ВОЗ) доступ к исследованию CD4 для решения, когда начинать лечение.

По вопросу о том, какие препараты использовать для начала АРТ, не было подготовлено профилей GRADE для использования схемы зидовудин + ламивудин + невирапин специально у беременных женщин. В отчетах когортных исследований показано снижение передачи ВИЧ или смерти. Нет данных, подтверждающих повышение частоты серьезных побочных эффектов у матерей и не проводилось исследований, в которых специально оценивали материнский ответ на АРТ. Регистрационные данные по использованию тенофовира во время беременности не дают повода для беспокойства, и нет доказательств, подтверждающих, что схема тенофовир + ламивудин или эмтрицитабин не является приемлемой альтернативой схеме зидовудин + ламивудин.

Степень относительности фактических данных относительно риска дефектов нервной трубки при использовании эфавиренца низкая, и эти данные противоречивы. В целом, сообщалось о том, что частота врожденных аномалий при использовании эфавиренца, невирапина, лопинавира/ритонавира (лопинавира/р) или тенофовира оказалась сходной и сопоставимой с частотой регистрации врожденных аномалий для популяции беременных в целом. Поскольку закрытие нервной трубки происходит в первые 28 дней беременности и в очень малом проценте случаев беременность определяется на этом сроке, действительный риск, связанный с использованием эфавиренца для начала АРТ в первом триместре беременности трудно оценить.

Обзор безопасности невирапина у беременных женщин с числом CD4 250–350 кл/мм³ не подтверждает повышение риска серьезных побочных эффектов; группа пришла к заключению, что преимущества от использования невирапина в этой ситуации превышают риски при отсрочке начала АРТ.

Группа не смогла вынести заключение на основе рассмотренных фактических данных, существуют ли преимущества, связанные с использованием эфавиренца по сравнению с невирапином у беременных женщин с высоким или неизвестным числом клеток CD4 после первого триместра беременности, хотя больше половины членов группы отдали предпочтение использованию в этих ситуациях эфавиренца.

Рекомендация 6. Когда переходить на другую схему АРТ.

1. Там, где возможно, использовать определение вирусной нагрузки (ВН) для подтверждения неудачи лечения (сильная рекомендация, низкое качество доказательств).

2. Где есть возможность исследовать ВН в обычном порядке, определять ВН каждые 6 месяцев для определения уровня репликации вируса (условная рекомендация, низкое качество доказательств).

3. Постоянная ВН выше 5000 копий/мл подтверждает неудачу лечения (условная рекомендация, низкое качество доказательств).

4. Если исследование ВН провести невозможно, использовать иммунологические критерии для подтверждения неудачи лечения (сильная рекомендация, среднее качество доказательств).

Примечания. При разработке этих рекомендаций экспертная группа выразила обеспокоенность относительно ограничений клинического и иммунологического мониторинга для диагностики неудач лечения и указала, что особенно важно избежать преждевременного или необязательного перехода на дорогостоящую схему АРТ второго ряда. Кроме того, подчеркнута необходимость оптимизировать использование вирусологического мониторинга и обеспечить приверженность.

На основе объединенного анализа эффекта терапии в двух рандомизированных исследованиях (испытания НВАС и DART), проведение только клинического мониторинга (по сравнению с комбинированным иммунологическим и клиническим или комбинированным вирусологическим, иммунологическим и клиническим мониторингом) приводило к повышению смертности, прогрессированию болезни и необязательному переходу на другую схему, но не к различиям в частоте серьезных побочных эффектов. Однако в одном из этих испытаний (НВАС) при сравнении комбинированного иммунологического и клинического мониторинга с комбинированным вирусологическим, иммуноло-

гическим и клиническим мониторингом не обнаружено различий в смертности, прогрессировании болезни, необязательном переходе на другую схему или вирусологической неудаче лечения.

Рекомендация 7. Схемы АРТ второго ряда.

1. Для схемы АРТ второго ряда рекомендуется усиленный ингибитор протеазы (ИП/р) плюс два нуклеозидных аналога (НИОТ) (сильная рекомендация, среднее качество доказательств).

2. Атазанавир/р и лопинавир/р предпочтительнее усиленного ИП для схемы АРТ второго ряда (сильная рекомендация, среднее качество доказательств).

3. Рекомендуется упростить выбор НИОТ для схемы второго ряда:

- если для схемы АРТ первого ряда использовался ставудин или зидовудин, используйте тенофовир + ламивудин или эмтрицитабин в качестве основы из НИОТ в схеме второго ряда;
- если для схемы АРТ первого ряда использовался тенофовир, используйте зидовудин + ламивудин в качестве основы из НИОТ в схеме второго ряда (сильная рекомендация, среднее качество доказательств).

Примечания. При разработке этих рекомендаций группа подчеркнула важность использования упрощенных схем второго ряда и доступность устойчивых к воздействию тепла комбинаций с фиксированной дозировкой.

По вопросу о том, можно ли использовать монотерапию ИП для второй схемы АРТ, среднее качество доказательств получено на основе девяти РКИ и одного индивидуального исследования, в которых показаны более слабое подавление репликации вируса и более высокая частота возврата виремии при монотерапии ИП по сравнению со стандартными схемами АРТ из трех препаратов. Группа пришла к заключению, что следует использовать НИОТ в качестве основы.

По вопросу о том, какой усиленный ИП использовать для схемы второго ряда, имеются доказательства среднего качества, свидетельствующие о том, что атазанавир/р не уступает лопинавиру/р (в комбинации с тенофовиром и оптимизированным вторым НИОТ) у пациентов, имеющих опыт лечения. Нетяжелые побочные эффекты отличаются при использовании усиленного ИП; существенных различий в тяжелых побочных эффектах не отмечено.

По вопросу о том, какие НИОТ использовать как основу в схемах второго ряда, соответствующих исследований найдено мало. Рекомендуемая последовательность используемых НИОТ основана на вероятности мутаций устойчивости и возможности снижения противовирусной активности. Если зидовудин + ламивудин использовались в схеме первого ряда, при условии мониторинга чувствительности и раннего перехода, активные НИОТ, которые оста-

ются, это тенофовир и ставудин (оба с большой вероятностью) и абакавир (вероятно). В сценарии с отсутствием мониторинга чувствительности и позднем переходе, активность тенофовира и диданозина менее вероятна, а активность абакавира очень маловероятна. Если для схемы первого ряда используются тенофовир + ламивудин, при условии раннего перехода, активными НИОТ остаются зидовудин и ставудин (высокая вероятность), диданозин и абакавир (возможно). В сценарии позднего перехода активность зидовудина и ставудина весьма вероятна, а активность диданозина и абакавира очень маловероятна. Сохранение активности ламивудина вероятно при раннем переходе и менее вероятно при позднем. Зидовудин + ламивудин, тенофовир + эмтрицитабин и тенофовир + ламивудин выпускаются в таблетках с фиксированной дозировкой.

Рекомендация 8. Схемы третьего ряда.

1. В национальных программах по АРТ с использованием схем третьего ряда необходимо разрабатывать стратегии, в которых учитываются вопросы финансирования, устойчивости и предоставления справедливого доступа к АРТ (условная рекомендация, низкое качество доказательств).

2. В схемы третьего ряда должны входить новые препараты, обладающие активностью против ВИЧ, такие как ингибиторы интегразы, а также ННИОТ и ИП второго поколения (условная рекомендация, низкое качество доказательств).

3. Пациентам, у которых лечение с использованием схемы второго ряда оказалось неудач-

ным и не имеющим возможности выбрать новые препараты для АРТ, следует продолжать прежнюю схему (условная рекомендация, очень низкое качество доказательств).

Примечания. Группа выразила обеспокоенность в связи с тем, что не были опубликованы отчеты о когортах пациентов, у которых лечение схемой второго ряда оказалось неудачным, и наблюдался высокий уровень смертности. При этом группа указала на важное значение установления баланса между необходимостью разработки стратегий в отношении схем третьего ряда и поддержкой расширения доступа к АРТ первого ряда. Признано, что многие страны испытывают финансовые затруднения, которые могут ограничивать применение схем третьего ряда.

Фактические данные, полученные путем целевого обзора литературы соответствующих исследований, ограничиваются несколькими исследованиями новых агентов в условиях ограниченных ресурсов. Имеются данные РКИ, проведенных в основном в развитых странах, и касающиеся усиленного дарунавира, этравирина и ралтегравира. Вместе взятые эти данные подтверждают эффективность этих препаратов у пациентов с большим опытом АРТ. Все члены группы были уверены, что схемы третьего ряда необходимы. Однако выражалась неуверенность относительно того, как доступность схем третьего ряда повлияет на предоставление АРТ первого ряда. Также выражалась неуверенность по вопросу о том, какие препараты использовать для схем третьего ряда, поскольку многие исследования еще продолжаются.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Severe P., Pape J., Fitzgerald D. et al. A Randomized Clinical Trial of Early Versus Standard Antiretroviral Therapy for HIV-Infected Patients with a CD4 T-Cell Count of 200–350 Cells/ml (CIPRAHT001). 49th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy; San Francisco, 2009; Abstract H-1230c.
- Emery S., Neuhaus J.A., Phillips A.N., Babiker A., Cohen C.J., Gatell J.M. et al. Major clinical outcomes in antiretroviral therapy (ART)-naïve participants and in those not receiving ART at baseline in the SMART study. *J. Infect. Dis.* (2008) Apr. 15, **197** (8), 1133–1144.
- Moh R., Danel C., Messou E., Ouassa T., Gabillard D., Anzian A. et al. Incidence and determinants of mortality and morbidity following early antiretroviral therapy initiation in HIV-infected adults in West Africa. *AIDS* (2007) Nov. 30, **21** (18), 2483–2491.
- Badri M., Bekker L.G., Orrell C., Pitt J., Cilliers F., Wood R. Initiating highly active antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa: an assessment of the revised World Health Organization scaling-up guidelines. *AIDS* (2004) May 21, **18** (8), 1159–1168.
- Erhabor O., Ejele O.A., Nwauche C.A. The effects of highly active antiretroviral therapy (HAART) of stavudine, lamivudine and nevirapine on the CD4-lymphocyte count of HIV-infected Africans: the Nigerian experience. *Niger. J. Clin. Pract.* (2006) Dec., **9** (2), 128–133.
- Wong K.H., Chan K.C., Cheng K.L., Chan W.K., Kam K.M., Lee S.S. Establishing CD4 thresholds for highly active antiretroviral therapy initiation in a cohort of HIV-infected adult Chinese in Hong Kong. *AIDS Patient Care STDs* (2007) Feb., **21** (2), 106–115.
- Abdool Karim S.S., Naidoo K., Grobler A., Padayatchi N., Nair G., Bamber S. et al. Initiating ART during TB Treatment Significantly Increases Survival: Results of a Randomized Controlled Clinical trial in TB/HIV co-infected Patients in South Africa. 16th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; Montreal, 2009. Oral abstract 36a. [<http://www.retroconference.org/Abstracts/34255.htm>].
- Lawn S.D., Churchyard G. Epidemiology of HIV-associated tuberculosis. *Curr. Opin. HIV AIDS* (2009) Jul., **4** (4), 325–333.
- Middelkoop K., Wood R., Myer L., Sebastian E., Bekker L.G. Can antiretroviral therapy contain a previously escalating TB epidemic in a high HIV prevalence community. 5th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention; 2009; Cape Town. Abstract CDB 041 [<http://www.ias2009.org/pag/Abstracts.aspx?AID=2932>].
- Golub J.E., Astemborski J., Ahmed M., Cronin W., Mehta S.H., Kirk G.D. et al. Long-term effectiveness of diagnosing and treating latent tuberculosis infection in a cohort of HIV-infected and at-risk injection drug users. *J. Acquir. Immune. Defic. Syndr.* (2008) Dec. 15, **49** (5), 532–537.
- Atun R.A., Lebcir R.M., Drobniewski F., McKee M., Coker R.J. High coverage with HAART is required to substantially reduce the number of deaths from tuberculosis:

- system dynamics simulation. *Int. J. STD AIDS* (2007) Apr., **18** (4), 267–273.
12. Matthews G.V., Avihingsanon A., Lewin S.R., Amin J., Rerknimitr R., Petcharapirat P. et al. A randomized trial of combination hepatitis B therapy in HIV/HBV coinfecting antiretroviral naive individuals in Thailand. *Hepatology* (2008) Oct., **48** (4), 1062–1069.
 13. Selliera P.N.S., I. Jarrina, M.-C. Mazonob, G. Simoneau, M. Parrinelloc, J. Evansd, C. Lafuente-Lafuentea Description of liver disease in a cohort of HIV/HBV coinfecting patients, *J. Clin. Virology* (2009).
 14. Bae W.H., Wester C., Smeaton L.M., Shapiro R.L., Lockman S., Onyait K. et al. Hematologic and hepatic toxicities associated with antenatal and postnatal exposure to maternal highly active antiretroviral therapy among infants. *AIDS* (2008) Aug. 20, **22** (13), 1633–1640.
 15. The antiretroviral pregnancy registry [database on the Internet]. Antiretroviral Pregnancy Registry Steering Committee, 2009. [Available from: http://www.apregistry.com/forms/interim_report.pdf].
 16. Coutinho A., Mermin J., Ekwaru J., Were W., R. Bunnell, Kaharuzza F. et al. Utility of Routine Viral Load, CD4-Cell Count, and Clinical Monitoring among HIV-infected Adults in Uganda: A Randomized Trial. 15th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; 2008; Boston, Abstract 125 [Available from <http://www.retroconference.org/2008/Abstracts/30881.htm>].
 17. Mugenyi P., Walker S., Hakim J., Munderi P., Gibb D., Kityo C. et al. Impact of routine laboratory monitoring over 5 years after antiretroviral therapy (ART) initiation on clinical disease progression of HIV-infected African adults: the DART trial final results 2009. 5th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, 2009; Cape Town. Abstract TUSS 102 [Available from <http://www.ias2009.org/pag/Abstracts.aspx?AID = 3807>].
 18. Arribas J.R., Pulido F., Delgado R., Lorenzo A., Miralles P., Arranz A. et al. Lopinavir/ritonavir as single-drug therapy for maintenance of HIV-1 viral suppression: 48-week results of a randomized, controlled, open-label, proof-of-concept pilot clinical trial (OK Study). *J. Acquir. Immune. Defic. Syndr.* (2005) Nov. 1, **40** (3), 280–287.
 19. Escobar I., Pulido F., Perez E., Arribas J.R., Garcia M.P., Hernando A. [Pharmacoeconomic analysis of a maintenance strategy with lopinavir/ritonavir monotherapy in HIV-infected patients]. *Enferm. Infecc. Microbiol. Clin.* (2006) Oct., **24** (8), 490–494.
 20. Cameron D.W., da Silva B.A., Arribas J.R., Myers R.A., Bellos N.C., Gilmore N., et al. A 96-Week Comparison of Lopinavir-Ritonavir Combination Therapy Followed by Lopinavir-Ritonavir Monotherapy versus Efavirenz Combination Therapy. *J. Infect. Dis.* (2008), **198** (2), 234–240.
 21. Arribas A.H., Gerstoft J., Fatkenheuer G., Nelson M., Clumeck N., Pulido F., et al. The MONET trial: darunavir/ritonavir monotherapy shows non-inferior efficacy to standard HAART, for patients with HIV RNA < 50 copies/mL at baseline. 5th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, 2009; Cape Town. Abstract.TUAB 106-LB [Available from <http://www.ias2009.org/pag/Abstracts.aspx?AID = 3626>].
 22. Katlama C., Valentin M.A., Algarte-Genin M., Duvivier C., Lambert-Niclot S., Girard P.M., et al. Efficacy of darunavir/ritonavir as single-drug maintenance therapy in patients with HIV-1 viral suppression: a randomized open-label non-inferiority trial, MONOI-ANRS 136. 5th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, 2009; Cape Town. Abstract WELBB 102 [Available from <http://www.ias2009.org/pag/Abstracts.aspx?AID = 3689>].
 23. Delfrayssy J.F., Flandre P., Delaugerre C., Ghosn J., Horban A., Girard P.M., et al. Lopinavir/ritonavir monotherapy or plus zidovudine and lamivudine in antiretroviral-naïve HIV-infected patients. *AIDS* (2008) Jan. 30, **22** (3), 385–393.
 24. Molina J.M., Andrade-Villanueva J., Echevarria J., Chetchotisakd P., Corral J., David N., et al. Once-daily atazanavir/ritonavir versus twice-daily lopinavir/ritonavir, each in combination with tenofovir and emtricitabine, for management of antiretroviral-naïve HIV-1-infected patients: 48 week efficacy and safety results of the CASTLE study. *Lancet* (2008) Aug. 23, **372** (9639), 646–655.

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

Власти Алтайского края намерены урезать расходы на здравоохранение

В Алтайском крае намерены сократить расходы на реализацию краевых целевых программ в области здравоохранения в 2010 году с учетом предложений Главного управления по здравоохранению и фармацевтической деятельности. Соответствующие изменения в закон «Об утверждении краевых целевых программ в области здравоохранения на 2007–2011 годы» планируется внести 29 апреля на 27 сессии Алтайского краевого Законодательного собрания (АКЗС). Как отмечается в пояснительной записке, законопроект подготовлен в соответствии с краевым бюджетом на 2010 г. и на плановый период 2011 и 2012 гг. В подпрограммы «Неотложные меры по предупреждению распространения в Алтайском крае заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», «Профилактика, лечение и реабилитация лиц, больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией», «Меры по развитию помощи онкологическим больным в Алтайском крае», «Охрана психического здоровья граждан», «Сахарный диабет», «Развитие системы первичной медико-санитарной помощи сельскому населению», «Профилактика и лечение артериальной гипертензии», «Кардиохирургия», «Пульмонология (бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, дыхательная недостаточность)» и «Высокотехнологичные операции в травматологии, орто-

педии и эндопротезировании» вносятся изменения в части исключения сумм затрат на реализацию мероприятий в 2010 году. Также в проекте закона учтены фактические затраты с 2007 по 2009 год по всем программам и подпрограммам. По некоторым программам сокращение расходов исчисляется тысячами рублей, по иным – десятками тысяч.

regnum.ru

Китай открыл границы для ВИЧ-положительных

Власти Китая отменили запрет на въезд в страну ВИЧ-инфицированных иностранцев, сообщает АРР. Соответствующее решение было принято на заседании Госсовета КНР вечером во вторник 27 апреля. Согласно новым правилам, посещать территорию Китая запрещено лицам, страдающим тяжелыми расстройствами психики, открытой формой туберкулеза легких или другим инфекционным заболеванием, представляющим значительную опасность для общественного здоровья. Представители Госсовета не уточнили, необходимо ли иностранцам сообщать о наличии у них ВИЧ-инфекции при получении китайской визы. Однако один из членов совета, чье имя не называется, отметил, что ВИЧ-положительный статус не будет основанием для отказа в выдаче визы.

medportal.ru

XVII КОНФЕРЕНЦИЯ ПО РЕТРОВИРУСАМ И ОППОРТУНИСТИЧЕСКИМ ИНФЕКЦИЯМ*

Сан-Франциско, США

16–19 февраля 2010

Новый препарат Quad и агент-усилитель. Два исследования показали, что новый агент-усилитель кобицистат (cobicistat) также безопасен и эффективен, как и утвержденный бустер ритонавир (Норвир). Одно из исследований также показало, что препарат, содержащий три противоретровирусных препарата плюс кобицистат (препарат Quad) может быть хорошей альтернативой Атрипле.

В первом из исследований проводилось сравнение препарата Quad, содержащего кобицистат, элвитегравир (экспериментальный преинтегративный ингибитор), тенофовир (Виреад) с препаратом FTC (Эмтрива) для Атриплы, который содержит эфавиренц (Сустива), тенофовир и FTC. Оба препарата (и Quad, и Атрипла) принимались 1 раз в день.

После 24-недельного курса 90% пациентов, принимавших Quad имели вирусную нагрузку менее 50 копий/мл по сравнению с 83% тех, кто принимал Атриплу.

Во втором исследовании сравнивали кобицистат с ритонавиром в качестве агента-усилителя для ингибитора протеазы атазанавир (Рейатаз). Все пациенты также принимали Труваду (тенофовир и FTC).

В этом исследовании, также как и в первом, почти одинаковое число пациентов в обеих группах (84 и 86%) имели неопределяемую вирусную нагрузку после 24-недельного курса терапии.

В обоих случаях увеличение числа CD4-лейкоцитов было сопоставимо, независимо от того, какую терапию принимал пациент.

Исследования показали, что кобицистат хорошо себя зарекомендовал и было всего несколько отказов от препарата по причине побочных эффектов. Однако, вызывает некоторую тревогу то, что у нескольких пациентов, принимавших препарат, немного повысился уровень креатинина.

Добавление викривирока для усиления действия препарата. Добавление викривирока, экспериментального антагониста CCR5, в терапию, которая включает, по крайней мере, два активных препарата, не имело значительного эффекта.

В исследовании, включавшем пациентов с длительным сроком лечения, пациенты в одной группе принимали викривирок в комбинации с оптимальной терапией, в другой группе пациенты принимали только терапию.

Через 48 недель почти равное количество пациентов в обеих группах имело вирусную нагрузку ниже 50 копий/мл (64 и 62%). Число CD4-лейкоцитов было также сравнимым в обеих группах. Викривирок хорошо показал себя у пациентов, принимавших только один активный препарат.

Кроме того, у пациентов, принимавших викривирок, гораздо реже наблюдались побочные эффекты, чем у тех, кто принимал только терапию.

Однако получив эти результаты, представители «Merck», производящей викривирок, заявили, что они не будут искать одобрения для препарата, который используется пациентами, длительно принимающими терапию.

Новый антагонист CCR5. Как показали ранние клинические исследования, новый антагонист CCR5, названный TBR-652, имеет большой противоретровирусный эффект и хорошо усваивается.

В десятидневном исследовании «Фаза-2» тестировались различные дозы препарата. Самое значительное падение вирусной нагрузки наблюдалось при однократной 75 мг дозе, кроме того, у пациентов, принимавших такую дозу, реже наблюдались побочные эффекты.

TBR-652 также подавляет CCR2 – корцептор, найденный в клетках, которые ответственны за воспаление. Исследователи полагают, что этот препарат может иметь хороший противовоспалительный эффект.

Однократный прием дарунавира (Презиста), усиленного ритонавиром, также эффективен, как и одобренный двукратный прием, когда он принимается с одним из других противоретровирусных препаратов.

Исследование, представленное на конференции, включало пациентов с длительным сроком лечения. Одна группа пациентов принимала 800 мг дарунавира, усиленного 100 мг ритонавира 1 раз в день. Другая группа принимала одобренную 600/100 мг дозу дважды в день. Другие противоретровирусные препараты подбирались для пациентов индивидуально.

После 48 недель лечения, 72% пациентов, принимавших однократную дозу, имели неопределяемую вирусную нагрузку, а среди принимавших двукратную дозу таких пациентов было 70%. Эти результаты показывают эффективность однократной дозы.

* www.aidsmap.com

Увеличение числа CD4-лейкоцитов было сравнительно одинаковым в обеих группах.

Однократный прием препарата показал меньше случаев побочных эффектов.

Увеличение липидов было ниже среди тех, кто принимал препарат однократно, а также у таких пациентов реже наблюдались неблагоприятные последствия (побочные эффекты) или увеличение уровня энзимов печени.

Скрининг снижает степень заболевания цервикальным раком в Замбии. Проводимый средним медперсоналом скрининг выявил, что большинство ВИЧ-позитивных женщин в Замбии имеют патологию цервикальных клеток, связанную с повышенным риском цервикального рака.

Между 2006 и 2008 гг. более 6500 ВИЧ-позитивных женщин прошли цервикальный скрининг. Патология цервикальных клеток была обнаружена у 54% пациенток.

Исследователи полагают, что скрининг помогает предотвратить одну смерть от цервикального рака на каждые 32 обследованные женщины.

Эпидемиология

Заболеваемость ВИЧ стабильна среди гомосексуалистов во Франции и Амстердаме. Число новых случаев заболевания ВИЧ во Франции среди мужчин, имевших секс с мужчинами, не снижается, а данные из Амстердама показывают, что заболеваемость там может увеличиться среди более молодых гомосексуалистов.

Французские исследователи оценили случаи заболевания ВИЧ в период с 2003 по 2008 гг. Общее число новых случаев заболевания снизилось, но осталось высоким и стабильным среди гомосексуалистов.

Исследователи из Амстердама изучили случаи заболевания ВИЧ среди гомосексуалистов за 25-летний период. Такие случаи были на нижней отметке (1% в год) в период между 1990 и 1997 гг. Однако к 2009 г. их количество увеличилось до 2%.

Среди гомосексуалистов моложе 30 лет к концу исследования заболеваемость составляла свыше 3%.

Более широкое тестирование на ВИЧ в США показало свою эффективность. Увеличение числа людей, протестированных на ВИЧ, может помочь снизить число новых случаев заболевания ВИЧ в Сан-Франциско. В Вашингтоне увеличение числа протестированных людей может помочь снизить количество позднего диагностирования.

Исследователи полагают, что снижение количества новых случаев заболеваний ВИЧ в Сан-Франциско происходит благодаря снижению «групповой вирусной нагрузки», т.к. люди проходят диагностику и принимают противоретровирусное лечение. Эти данные будут обсуждаться на дебатах, посвященных влиянию ВИЧ-терапии на инфекционность.

В Вашингтоне количество проведенных тестов на ВИЧ увеличилось с 35 000 в 2006 г. до 95 000 в 2009 г. В течение этого периода среднее число CD4-лейкоцитов у пациентов с выявленным ВИЧ увеличилось с 213 до 343 кл/мм³.

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

Завершена первая фаза испытаний российской вакцины «ВИЧРЕПОЛ»

На встрече в Госдуме с директором глобального вакцинного центра Аланом Берштайном руководитель лаборатории молекулярной биологии ВИЧ Института иммунологии ФМБА России Эдуард Карамов заявил, что завершилась первая фаза клинических испытаний уникальной отечественной вакцины против ВИЧ «Вичрепол», разработанной в Институте иммунологии. Несмотря на успешное завершение тестирования, Эдуард Карамов не уверен, что удастся продолжить исследования в виду возможного прекращения финансирования. «Насколько мне известно, на 2011–2012 годы в бюджете не предусмотрено средств для продолжения работы над ВИЧ-вакциной. Это связано с недопониманием некоторыми чиновниками министерства финансов того, что вакцину против ВИЧ нельзя сделать за 2–3 года. Сложность этой проблемы сравнима с атомными или космическими проектами», — отметил Эдуард Карамов. Вообще испытания начались еще в 2004 году, но из-за прекращения финансирования тогда были приостановлены уже в 2005 году. Но после саммита «Большой восьмерки» в Санкт-Петербурге в 2007 году было решено

ускорить разработку вакцины против ВИЧ. Для этого утвердили российскую вакцинную программу на 2008–2010 годы и выделили из федерального бюджета трем российским центрам по разработке вакцин (московскому, санкт-петербургскому и новосибирскому) 1 млрд рублей. В результате самой успешной оказалась московская вакцинная программа. Лишь она дошла до стадии клинических испытаний. В рамках тестирования первой фазы «Вичрепола» исследователи убедились в том, что вакцина безопасна, не содержит неприемлемых компонентов, вызывает хороший иммунный ответ, дает индекс нейтрализации вируса, то есть, появление антител, способных нейтрализовать вирус, до 30–40%. С самого начала в первой фазе испытаний участвовали 65 добровольцев, однако под конец их осталось только 15. Для второй фазы испытаний необходимо 100 человек. Но, по словам Эдуарда Карамова, ученые не могут продолжить работу с людьми, пока не получат каких-либо гарантий дальнейшего финансирования программы. На это глава комитета Госдумы по науке и наукоемким технологиям Валерий Черешнев сказал, что по итогам встречи будут выработаны рекомендации о продолжении финансирования программы разработки вакцины. Рекомендации обязательно направят в соответствующие инстанции.

medicine.newsru.com

ДЕТИ СО ЗНАКОМ «ПЛЮС»*

В настоящем материале изложены современные представления о ВИЧ-инфекции, ее профилактике, диагностике и лечении, рассказано о стигме и дискриминации и их влиянии на жизнь детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции, а также о роли образовательных учреждений в сохранении качества жизни таких детей и основных принципах и правилах их интеграции в образовательную среду. Особое внимание уделено вопросам обеспечения прав детей, живущих с ВИЧ, и ответственности персонала образовательных учреждений за соблюдение этих прав. Включены разделы, посвященные проблеме раскрытия ВИЧ-положительного статуса ребенка, описаны действия персонала по защите физического и психоэмоционального здоровья ВИЧ-положительных детей в образовательном учреждении, формированию толерантности у учащихся и сотрудников образовательных учреждений.

Сегодня в России проживает более 400 тыс. людей с ВИЧ-инфекцией, и с каждым годом их число возрастает в среднем на 35–40 тысяч. Среди них есть и мужчины, и женщины, большинство из которых находятся в молодом (до 30 лет) возрасте.

За последние 10 лет у ВИЧ-положительных родителей родилось более 41 тыс. детей. Благодаря современной медицине передачу вируса иммунодефицита человека от родителей детям удается предотвратить в 98–99% случаев, однако несмотря на это свыше 2-х тыс. детей, рожденных ВИЧ-положительными матерями, все же оказались инфицированными. Сегодня многим из этих детей из-за предубеждения взрослых (а не по медицинским показаниям!) не суждено ходить в детский сад, а обучение в начальной школе может обернуться для них чередой обид и разочарований.

До сих пор многие взрослые, в том числе воспитатели, учителя, родители, не имеют достаточной и достоверной информации о ВИЧ-инфекции. Зачастую их знания о проблеме основываются на мифах и предрассудках. В результате — необоснованные и преувеличенные опасения за свое собственное здоровье и здоровье своих детей и категорическое нежелание, чтобы в школе или детском саду в одном классе или группе с их ребенком находился ВИЧ-положительный ребенок.

Между тем в ближайшие годы число ВИЧ-положительных детей и подростков будет увеличиваться. Так же, как и всем остальным детям, им надо играть и общаться со сверстниками, ходить в детский сад и школу, учиться и получать специальность. Медицинских показаний для отдельного от остальных детей воспитания и обучения детей с ВИЧ, в том числе из соображений инфекционной безопасности, не существует.

* Е.Е. Воронин, Л.А. Глазырина, А.И. Загайнова, Т.А. Епоян, Е.В. Фомина. Дети со знаком «плюс»: информационное пособие для сотрудников дошкольных и общеобразовательных учреждений. М., 2008.

Сегодня единственным препятствием для нормального развития, обучения, общения и счастливого детства детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции, является негативное отношение общества к ВИЧ-положительным людям.

Конституция и законы Российской Федерации не допускают дискриминации людей, живущих с ВИЧ, в том числе и в вопросе получения образования. Дети, затронутые эпидемией ВИЧ-инфекции, могут и должны учиться вместе с остальными детьми, ведь ВИЧ не передается, когда люди общаются, вместе работают, отдыхают, едят, занимаются спортом и учатся.

Задача этой публикации — дать работникам образования достоверную и необходимую информацию о ВИЧ-инфекции, чтобы они не опасались ВИЧ-положительного ребенка в школе или детском саду, более того, могли помочь коллегам и родителям остальных детей перебороть необоснованные страхи и предвзятое отношение к детям с ВИЧ и их родителям.

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И СПИД. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) является возбудителем хронического длительно текущего инфекционного заболевания, называемого ВИЧ-инфекцией. ВИЧ-инфекция проходит в своем развитии несколько стадий. Поздние стадии ВИЧ-инфекции характеризуются состоянием организма, которое принято называть синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД).

Вирус иммунодефицита человека отличается крайней неустойчивостью во внешней среде, то есть вне организма человека очень быстро теряет жизнеспособность и гибнет. ВИЧ может жить исключительно в биологических жидкостях человека. Он не сохраняется ни в сухой крови, ни в высохших сперме, слюне или грудном молоке. ВИЧ быстро погибает при нагревании, обработке любым дезинфицирующим средством, в том

числе 70%-м спиртом, перекисью водорода, йодом, хлорсодержащими или азотсодержащими веществами в обычных концентрациях.

Вирус иммунодефицита человека поражает только определенные клетки организма человека. В основном это клетки иммунной системы и в определенной степени — центральной нервной системы.

Попав в организм человека, ВИЧ может проникнуть внутрь только тех клеток, которые имеют на поверхности своих оболочек специфическую белковую молекулу — CD4. Клетки с такой белковой молекулой на своей оболочке называются CD4-клетками и имеются в организме каждого человека.

Функцию иммунной системы человека в значительной степени обеспечивают определенные клетки крови, и в первую очередь Т-лимфоциты. Большинство из них имеют на своей оболочке белковую молекулу CD4, поэтому их часто называют также CD4-лимфоцитами, или Т(CD4)-лимфоцитами.

CD4-лимфоциты отвечают за организацию иммунного ответа организма человека на внедрение в него возбудителей различных инфекционных заболеваний. Таким образом, CD4-лимфоциты можно образно сравнить с «генералами» или «генеральным штабом иммунной армии» человека. ВИЧ поражает CD4-лимфоциты, что приводит к полной дезорганизации иммунного ответа, ослаблению функции иммунной системы и в конечном счете — к полному ее разрушению.

Это, в свою очередь, сказывается на способности организма сопротивляться различным инфекциям. Человек становится беззащитным перед любыми инфекциями — пневмонией, туберкулезом, желудочно-кишечными, грибковыми и онкологическими заболеваниями и т.д. На поздних стадиях ВИЧ-инфекции у больного развивается состояние истощения иммунной системы — СПИД, на фоне которого даже неопасные для человека с нормально функционирующей иммунной системой заболевания (так называемые оппортунистические инфекции) приобретают тяжелый, практически не поддающийся излечению характер. Развившиеся вследствие истощения ВИЧ иммунной системы инфекционные и/или онкологические заболевания и являются причиной смерти ВИЧ-положительных людей, находящихся на поздних стадиях заболевания.

Поражение ВИЧ CD4-клеток центральной нервной системы может привести к развитию энцефалопатий (слабоумия), задержке психического и физического развития у детей.

ВИЧ разрушает иммунную систему человека довольно медленно и постепенно. От момента инфицирования ВИЧ до развития СПИДа может пройти много времени (в среднем 12–15 лет без применения специального лечения и несколько десятков лет при правильном лечении). Как

правило, инфицированный ВИЧ человек долгие годы может чувствовать себя вполне нормально, сохраняя трудоспособность и все основные биологические и социальные функции (состояние носительства вируса). Иногда он может даже не догадываться о том, что является носителем ВИЧ. Установить диагноз в этот период можно только с помощью специального теста на наличие в крови антител к ВИЧ и его белкам.

Однако внешне здоровый, но инфицированный ВИЧ человек является источником инфекции с момента заражения и до конца своей жизни.

ВИЧ в России. Первый случай ВИЧ-инфекции в Российской Федерации был зарегистрирован в 1986 году. До 1988 года случаи заболевания отмечались преимущественно среди иностранцев. В 1988–1989 годах при использовании нестерильных медицинских инструментов в больницах Элисты, Волгограда, Ростова было заражено более 250 детей. С 1990 по 1995 год наблюдался медленный рост заболеваемости ВИЧ, преимущественно половым путем.

В 1996 году во многих регионах России произошла вспышка эпидемии среди потребителей инъекционных наркотиков. По темпам распространения вируса Россия вышла на первое место в мире. Начиная с 2002 года развитие эпидемии несколько стабилизировалось.

За десять лет, с 1987 до конца 2007 года, в России было зарегистрировано более 418 тыс. случаев ВИЧ-инфекции (не считая детей с неустановленным диагнозом, родившихся у ВИЧ-положительных родителей). Ежедневно ВИЧ заражается более 100 человек, и около половины из них — женщины. Большинству из них от 18 до 30 лет. Это наиболее благоприятный детородный возраст, и многие из них принимают решение родить ребенка. Ежегодно у ВИЧ-положительных рождается 6–7 тыс. детей. Несмотря на эффективные современные меры профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, абсолютное количество ВИЧ-положительных детей хоть и медленно, но продолжает расти за счет активного вовлечения в эпидемию женщин и значительного роста числа беременностей и родов среди них.

Пути передачи ВИЧ-инфекции. Пути передачи ВИЧ-инфекции изучены очень тщательно. Достоверно известно, что ВИЧ передается только от человека к человеку через кровь, сперму, влагалищные выделения и грудное молоко. В этих биологических жидкостях концентрация вируса может достигать уровня, достаточного для заражения другого человека. Максимальной она бывает в самом начале заболевания, когда человек только что инфицировался и вирус начал активно размножаться, и на последних стадиях ВИЧ-инфекции.

Следы присутствия ВИЧ обнаруживаются также в моче, слюне, мокроте, слезах и поте ин-

фицированного человека, но в таком малом количестве, что заражение при контакте с этими биологическими жидкостями невозможно ни при каких обстоятельствах.

Чтобы человек инфицировался ВИЧ, необходимы определенные условия: вирус в объемах, достаточных для инфицирования, должен попасть непосредственно в кровоток здорового человека.

Эти условия возникают при инъекционном введении инфицированной крови прямо в кровоток здорового человека (как правило, это происходит при проведении инъекционных манипуляций немедицинского характера, то есть при употреблении наркотиков) или при механическом втирании инфицированного биологического материала (крови, спермы, влагалищного отделяемого) в поврежденную кожу или слизистые оболочки здорового человека (например, при совершении полового акта).

Таким образом, ВИЧ может попасть в организм человека через кровеносные сосуды и/или половые органы.

Этим объясняется тот факт, что более 90% всех случаев инфицирования ВИЧ приходится всего на две ситуации:

1) использование нестерильных инъекционных растворов и/или игл, шприцев (в подавляющем большинстве — при употреблении инъекционных наркотиков);

2) незащищенный (без использования презерватива) половой акт.

«Кровь в кровь». Как уже было сказано выше, заразиться ВИЧ можно через загрязненные инфицированной кровью иглы, шприцы и другой инструментарий, а также через нестерильные инъекционные растворы. Совместное использование игл и шприцев для внутривенного введения наркотиков привело к резкой вспышке эпидемии ВИЧ в среде их потребителей. В 2007 году в России 6 из 10 ВИЧ-положительных инфицировались при потреблении инъекционных наркотиков.

Высокий риск инфицирования существует при переливании донорской крови и пересадке органов. Поэтому доноры обязательно дважды — при сдаче крови и шесть месяцев спустя — обследуются на ВИЧ, а вся кровь, используемая для переливания или приготовления медицинских препаратов, проверяется на наличие вируса.

При половом контакте. Инфицирование ВИЧ может произойти во время любого незащищенного полового контакта при проникновении спермы, влагалищных выделений, крови инфицированного человека в организм его партнера.

Женщины при половом контакте биологически более восприимчивы к ВИЧ, чем мужчины. Передача инфекции от мужчины женщине во время незащищенного полового акта происходит в 3–5 раз чаще, чем от женщины мужчине. Культурные, социальные, религиозные традиции сексуальных взаимоотношений зачастую

значительно усиливают уязвимость женщин к ВИЧ. Таким образом, распространение ВИЧ через половые контакты приводит к феминизации эпидемии.

От матери ребенку. Природа позаботилась о том, чтобы большинство детей, рожденных ВИЧ-положительными матерями, были здоровы. При применении современных методов профилактики риск инфицирования ВИЧ новорожденного можно снизить до 1%.

Вероятность попадания вируса из крови ВИЧ-положительной матери в кровь ребенка во время беременности при здоровой и нормально функционирующей плаценте практически отсутствует (здоровая плацента пропускает в кровоток плода только материнские антитела к ВИЧ, но не сам вирус). Однако риск инфицирования ребенка значительно возрастает при поврежденной плаценте. Кроме того, ВИЧ может проникнуть в организм ребенка с грудным молоком матери.

Как невозможно инфицироваться ВИЧ. Можно ли инфицироваться ВИЧ через рукопожатие или объятия? Нет! Неповрежденная кожа является естественным непреодолимым барьером для вируса.

Вероятность проникновения вируса через незажившие царапины и ссадины ничтожно мала и может возникнуть только при длительном активном втирании довольно большого количества инфицированной крови в поврежденную кожу неинфицированного человека (в реальной жизни подобная ситуация может быть создана только искусственно!). При более глубоких ранениях, сопровождающихся кровотечением, инфицированию ВИЧ препятствует то обстоятельство, что кровь с поверхности кожи внутрь не всасывается, а истекает из раны, не давая возбудителям инфекционных заболеваний (в том числе и ВИЧ) проникнуть внутрь.

Можно ли инфицироваться ВИЧ при поцелуе? Нет! Во-первых, при поцелуях нет условий, необходимых для инфицирования (инфицированный биологический материал не поступает прямо в кровоток другого человека, нет и длительного механического втирания достаточного для заражения количества биологической жидкости с высокой концентрацией ВИЧ). Во-вторых, в слюне содержатся ферменты, снижающие способность ВИЧ инфицировать CD4-лимфоциты.

Можно ли инфицироваться ВИЧ воздушно-капельным путем? Нет! Концентрация вируса в слюне (равно как и в слезах, поте, моче) настолько мала, что заразиться ВИЧ от кашляющего и чихающего ВИЧ-положительного человека невозможно. Именно поэтому не происходит передачи вируса и при пользовании общей посудой, столовыми приборами, игрушками и т.д.

Можно ли инфицироваться ВИЧ через одежду, постельное белье? Нет! Даже если на одежду или белье попали капельки инфицированной крови,

спермы или влагалищных выделений, вирус быстро погибает на воздухе.

Можно ли инфицироваться ВИЧ в бассейне, ванне, туалете? Нет! При попадании жидкости, содержащей ВИЧ, в воду вирус погибает. Неповрежденная кожа не позволяет вирусу проникнуть в организм, даже если капельки инфицированной крови, спермы или влагалищных выделений оказались, например, на сиденье унитаза. При этих обстоятельствах также отсутствуют необходимые условия для инфицирования ВИЧ.

Можно ли инфицироваться ВИЧ через укусы насекомых или контакты с животными? Нет! ВИЧ может жить и размножаться только в человеческом организме, поэтому животные и кровососущие насекомые, такие как комары, передавать вирус не могут.

Можно ли инфицироваться ВИЧ у стоматолога или делая маникюр? Нет! Такие случаи не зарегистрированы. Обычной дезинфекции маникюрных и стерилизации стоматологических инструментов достаточно для предотвращения инфицирования ВИЧ.

Профилактика ВИЧ-инфекции среди взрослых и подростков. В настоящее время вакцины от ВИЧ-инфекции не существует, как нет и лекарств, полностью излечивающих от нее.

По статистике ВИЧ-инфекция чаще встречается у молодых людей в возрасте до 29 лет. Однако ВИЧ может поражать людей любого возраста. В распространении ВИЧ-инфекции решающую роль играет модель поведения человека (насколько рискованный в плане инфицирования ВИЧ образ жизни человек ведет).

Ранние, множественные половые связи, незащищенные сексуальные контакты способствуют распространению не только ВИЧ, но и других инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Высокому риску заражения ВИЧ и ИППП подвергают себя и молодые люди, и люди более старшего возраста, не использующие презерватив и часто меняющие половых партнеров.

Особенно высока вероятность инфицирования ВИЧ у потребителей инъекционных наркотиков, работников коммерческого секса, детей и подростков, живущих на улице, пробующих наркотики и вступающих в половые отношения часто по принуждению или в обмен на еду, защиту или кров.

Рекомендации по профилактике передачи ВИЧ среди молодежи в образовательных учреждениях регламентированы письмом Министерства образования и науки Российской Федерации (№ АС-1270/06 от 6 октября 2005 г.) и Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (№ 0100/8129-05-32 от 4 октября 2005 г.) «О концепции превентивного обучения в области про-

филактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде» (Приложение 1)**

Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку. Достижения современной медицины позволяют ВИЧ-положительным родителям иметь здоровых детей. Для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку беременной женщине, у которой выявлена ВИЧ-инфекция, назначают специальные лекарства – антиретровирусные (АРВ) препараты, которые она должна принимать, как правило, начиная с 28-й недели беременности. Такие же лекарства дают ей во время родов и новорожденному ребенку в течение первых шести недель жизни. В случае высокой вирусной нагрузки (концентрации вируса в крови) у роженицы и при отсутствии противопоказаний родоразрешение осуществляют путем кесарева сечения, что также является профилактической мерой. Новорожденного к груди не прикладывают, чтобы исключить его инфицирование через грудное молоко, а сразу же переводят на искусственное вскармливание.

Диагностика ВИЧ-инфекции. У человека, инфицированного ВИЧ, внешние признаки заболевания долгое время могут отсутствовать. Поэтому стандартным способом выявления ВИЧ-инфекции является анализ крови на наличие антител к ВИЧ и его белкам. Антитела начинают вырабатываться в крови человека уже через 12 часов после инфицирования ВИЧ, но у большинства людей необходимой для лабораторной диагностики концентрации они достигают не ранее чем через 1–3 месяца после инфицирования (как правило, при заражении путем «кровь в кровь») или через 4–6 месяцев (при половом пути заражения).

Период от момента инфицирования до момента возможного лабораторного определения в крови антител называется периодом «окна». В этот период обнаружить ВИЧ у инфицированного человека стандартным способом лабораторной диагностики или при врачебном осмотре невозможно. Обследование в это время может дать отрицательный результат даже при наличии вируса в организме. Для того чтобы быть уверенным в отрицательном результате лабораторного теста, необходимо повторить исследование крови через 3 и/или 6 месяцев после ситуации, в которой могло произойти инфицирование ВИЧ.

Результаты теста крови на наличие антител к ВИЧ и его белкам могут быть:

- *положительными* (ВИЧ имеется в крови, человек инфицирован);
- *отрицательными* (либо ВИЧ отсутствует, либо ВИЧ имеется, но в данный момент человек находится в периоде «окна»). Возможно, необ-

** Приложения, на которых имеются ссылки в данной публикации, будут опубликованы в следующем номере журнала.

ходим повторный анализ по истечении 3–6 месяцев (необходимость повторного исследования и его сроки определяет врач-инфекционист);

- *неопределенными, или сомнительными* (в крови еще мало антител к ВИЧ, или же тест-системы среагировали на признаки гепатитов или других заболеваний). В этом случае через некоторое время необходимо провести повторный анализ, по результатам которого и выставляется окончательный диагноз.

Кроме выявления антител к ВИЧ и его белкам, диагностировать ВИЧ-инфекцию можно и методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), с помощью которого определяется наличие или отсутствие в крови человека генетического материала самого вируса. Это обследование дает достаточно достоверные результаты уже через 10 дней после возможного заражения. Однако ПЦР-диагностика носит предварительный характер, и в дальнейшем диагноз должен быть лабораторно подтвержден стандартными тестами на антитела к ВИЧ и его белкам.

В настоящее время методом ПЦР широко пользуются для ранней предварительной диагностики ВИЧ-инфекции у детей, родившихся у ВИЧ-положительных матерей.

Если нужно срочно получить результаты анализа, например, при экстренной операции или при поступлении на роды беременной с неизвестным ВИЧ-статусом, используют экспресс-тесты. В дальнейшем этот результат также должен подтверждаться проведением стандартных исследований на определение антител.

При обнаружении вируса врач может назначить еще одно обследование для измерения степени концентрации ВИЧ в крови, или вирусной нагрузки – количества вирусов в 1 мл крови. По величине вирусной нагрузки судят о скорости прогрессирования ВИЧ-инфекции, определяют время, когда необходимо назначить специальные препараты, и контролируют эффективность проводимого лечения.

Для оценки состояния иммунной системы – определения так называемого иммунного статуса человека – в процессе специального анализа измеряют количество CD4-лимфоцитов в 1 мл крови. Иммунный статус характеризует способность организма противостоять различным инфекциям.

Диагностика ВИЧ-инфекции у детей, рожденных ВИЧ-положительными матерями. Диагностика ВИЧ-инфекции у новорожденных имеет свои особенности в связи с тем, что собственная иммунная система ребенка начинает полноценно функционировать только к 18-му месяцу жизни. До этого времени все дети, рожденные ВИЧ-положительными матерями, имеют в своей крови материнские антитела к ВИЧ, т.е. ВИЧ-положительны (но это не означает, что ребенок обязательно инфицирован ВИЧ).

Окончательно установить ВИЧ-статус ребенка, рожденного ВИЧ-положительной матерью, возможно только по достижении им 18-месячного возраста. С момента рождения и до определения ВИЧ-статуса такие дети имеют диагноз «перинатальный контакт по ВИЧ».

Постепенно материнские антитела в крови ребенка разрушаются. Если в возрасте 18 месяцев анализ его крови на антитела к ВИЧ и его белкам будет положительным, значит ребенок получил ВИЧ-инфекцию от матери, если отрицательным – ребенок здоров.

Течение ВИЧ-инфекции. ВИЧ-инфекция имеет несколько этапов развития и на каждом из них проявляется по-разному. С момента инфицирования вирус начинает активно размножаться в организме. Острый начальный период, в который человек может чувствовать себя или совершенно здоровым, или испытывать легкое короткое недомогание, часто протекающее по типу гриппа, острой респираторной или желудочно-кишечной инфекции, довольно быстро переходит в хроническую стадию. Человек в этот период продолжает чувствовать себя здоровым, но уровень CD4-лимфоцитов снижается, и его организм становится более уязвимым к различным инфекциям. Однако иммунная система еще способна справляться с проблемами – течение возникающих инфекционных заболеваний на данном этапе развития ВИЧ-инфекции, как правило, довольно благоприятное, они хорошо поддаются лечению обычными средствами в обычных дозах.

Со временем истощенная бурно размножающимся вирусом иммунная система организма перестает справляться с возбудителями инфекционных заболеваний. Развивается состояние приобретенного иммунодефицита: начинают прогрессировать бактериальные, грибковые и вирусные поражения слизистых и кожных покровов, поражения внутренних органов приобретают множественный и генерализованный характер, могут возникнуть тяжелые онкологические заболевания. Часто отмечаются такие болезненные состояния, как потеря веса, лихорадка, длительная диарея, сильные боли.

Постепенно даже самая интенсивная терапия становится неэффективной. Наступает терминальная стадия, и через несколько месяцев больной погибает.

Течение ВИЧ-инфекции зависит как от свойств вируса (встречается несколько его типов и большое многообразие штаммов), так и от состояния организма человека. Примерно в 10% случаев инфекция прогрессирует быстро. На скорость прогрессирования заболевания и его тяжесть могут влиять такие факторы, как возраст и генетические особенности, наличие других заболеваний, употребление алкоголя, наркотиков, курение, характер питания и т.д.

В отличие от взрослых, у детей, которые инфицировались ВИЧ от матери при рождении, часто заболевание протекает более тяжело, и момент, когда ВИЧ-положительный ребенок будет нуждаться в антиретровирусной терапии и специальном уходе, может наступить гораздо быстрее.

Первыми наиболее характерными проявлениями ВИЧ-инфекции у детей являются отставание в физическом и нервно-психическом развитии, увеличение печени, селезенки, лимфатических узлов, частые инфекционные заболевания верхних дыхательных путей, кожи и т.д.

Для своевременного диагностирования ВИЧ-инфекции и начала лечения, позволяющего сохранить и продлить ребенку полноценную жизнь на многие годы, рожденные ВИЧ-положительными матерями дети должны от момента рождения регулярно наблюдаться у врача-педиатра.

Наряду с медикаментозным лечением ВИЧ-инфекции большое значение для продления и поддержания качества жизни ВИЧ-положительных взрослых и детей имеет здоровый образ жизни: правильное питание, полноценный отдых, психологический комфорт, надлежащий уход и поддержка со стороны близких и окружающих.

Лечение ВИЧ-инфекции. В 1996 году появились лекарства, способные эффективно подавлять распространение вируса в организме. Это перевело ВИЧ-инфекцию из разряда смертельных в число хронических, хотя пока и не излечимых заболеваний.

К сожалению, сегодня нет таких способов лечения ВИЧ-инфекции, которые бы привели к полному избавлению организма от вируса. Современные лекарственные препараты могут лишь подавлять активность вируса, препятствовать его размножению в организме человека. Однако при строгом соблюдении режима приема лекарств и здоровом образе жизни такое лечение значительно продлевает жизнь ВИЧ-положительному человеку и на длительное время сохраняет ее качество.

Целью лечения ВИЧ-инфекции является максимальное снижение вирусной нагрузки и обеспечение относительно высокого иммунного статуса, чтобы заболевший человек чувствовал себя нормально, не был уязвим к различным инфекциям, мог вести обычную жизнь.

Для лечения ВИЧ-инфекции используются антиретровирусные препараты (АРВ-препараты) в определенной дозировке и комбинации. Стандартом лечения является высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ) — комбинация трех или более АРВ-препаратов.

ВААРТ направлена на подавление способности вируса к размножению. С течением времени общее количество вирусов в крови человека снижается. При этом иммунная система начинает восстанавливаться. При эффективном

лечении вирусная нагрузка может снизиться до неопределяемых диагностическими тестами значений.

ВААРТ назначают не всем больным ВИЧ-инфекцией, а только тем, у кого проявились клинические симптомы истощения иммунной системы и/или у кого низкий уровень CD4-лимфоцитов в крови и высокая вирусная нагрузка.

Если ВААРТ была назначена, она должна применяться пожизненно. Это значит, что человек, болеющий ВИЧ-инфекцией, не должен прерывать лечение даже на один день ни при каких обстоятельствах.

Жизненно важным условием успешности терапии является приверженность пациента к исполнению предписаний врача по приему препаратов строго в определенное время и в определенной дозировке.

Если пациент принимает АРВ-препараты не вовремя или пропускает хотя бы один прием, лечебный эффект терапии падает, а у вируса вырабатывается резистентность (невосприимчивость, устойчивость) к препаратам. Чтобы сохранить жизнь и поддержать иммунитет, этому пациенту должна быть подобрана новая схема АРВ-препаратов, но существующих вариантов комбинаций препаратов для ВААРТ не так много.

Формирование резистентности к разным схемам препаратов может привести к невозможности подобрать курс лечения для больного и в конечном итоге к его гибели. Об этом необходимо помнить прежде всего взрослым, осуществляющим уход за детьми с ВИЧ-инфекцией, которым назначена терапия АРВ-препаратами.

ОБЩЕСТВО, СИСТЕМА ОБРАЗОВАНИЯ И ДЕТИ, ЗАТРОНУТЫЕ ЭПИДЕМИЕЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

С каждым годом и в мире, и в России увеличивается число детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции. Это дети, получившие ВИЧ от матери во время беременности или в родах, и подростки, которые инфицировались половым путем или при инъекции наркотиков. К этой категории относятся и здоровые дети, у которых инфицированы родители или другие ближайшие родственники — братья или сестры. По самым скромным подсчетам, в России сейчас насчитывается не менее 50 тыс. детей, рожденных ВИЧ-положительными матерями, и их число продолжает расти.

Все дети, так или иначе затронутые эпидемией ВИЧ-инфекции, испытывают негативное отношение, неприятие, отвержение со стороны соседей и сверстников, учителей, воспитателей и даже медицинских работников.

Стигматизация и дискриминация взрослых и детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции. Стигматизация (предвзятое отношение к чело-

веку, связанное с наличием у него каких-либо особых свойств, признаков) и дискриминация (ущемление, ограничение прав) взрослых и детей, которых коснулась эпидемия ВИЧ-инфекции, — глобальные явления, встречающиеся во всех странах мира, и главные препятствия, мешающие эффективно бороться с распространением инфекции и ее последствиями.

Главными причинами возникновения стигматизации и дискриминации являются недостаток знаний о природе заболевания и негативные образы больных ВИЧ-инфекцией людей, сформированные средствами массовой информации и порождающие страх случайного заражения и смерти.

Сегодня уже и сам вирус иммунодефицита человека досконально изучен, и достоверно известны пути его передачи, однако многие люди все еще опасаются общаться с ВИЧ-положительными, здороваться с ними за руку, вместе работать и учиться.

В странах Западной Европы и Северной Америки, где эпидемия началась в 80-х годах прошлого века, благодаря усилиям активистов из сообщества людей, живущих с ВИЧ, а также ответственной политике правительств, были приняты законы, не допускающие дискриминацию людей в связи с наличием у них ВИЧ-инфекции. В настоящее время во многих странах мира, в том числе и в России, развернуты масштабные программы по поддержке людей, живущих с ВИЧ.

Недопустимость ограничения прав людей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции, в вопросах трудоустройства, получения образования, доступа к медицинской и социальной помощи, участия в общественной и политической жизни закреплена в ряде международных документов, в том числе в Резолюции Комиссии ООН по правам человека, принятой в 1999 году, и в Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, утвержденной на специальной сессии Генеральной ассамблеи ООН в 2001 году.

В 1995 году в нашей стране был принят Федеральный закон № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».

Закон запрещает ограничение прав ВИЧ-положительных и не допускает увольнения с работы или отказа в приеме на работу, отказа в приеме в образовательные учреждения и учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также ограничения иных прав и законных интересов граждан на основании наличия у них ВИЧ-инфекции (*Приложение 2***).

Однако наличие законов не всегда гарантирует их исполнение. Как и в большинстве стран мира, в России люди, живущие с ВИЧ, вынуждены скрывать свой диагноз от окружающих, соседей, коллег по работе, друзей, в том числе и от самых близких людей.

Опасаясь разглашения ВИЧ-положительного статуса ребенка, родители нередко предпочитают не отдавать его в детский сад, сами ограничивают общение ребенка со сверстниками, что, безусловно, негативно отражается на его развитии и социализации.

Чтобы не допустить ограничения прав детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции, на получение образования, во многих странах в 1990-х годах были разработаны и приняты специальные законодательные акты, а также положения, регламентирующие порядок приема и обучения ВИЧ-положительных детей в дошкольных учреждениях и в общеобразовательных школах.

Положение об обучении детей, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции, основывается:

- на праве родителей не разглашать свой диагноз и диагноз ребенка при зачислении его в образовательное учреждение;
- на правиле соблюдения персоналом учебного заведения конфиденциальности, то есть неразглашения сведений о состоянии здоровья ребенка, полученных от родителей или ставших известными другим путем;
- на требовании соблюдать основные гигиенические правила и универсальные меры профилактики.

Принятие таких положений и проведение масштабной просветительской работы среди руководителей, воспитателей и преподавателей образовательных учреждений дало многим тысячам ВИЧ-положительных детей возможность ходить в детский сад, учиться в школе вместе со сверстниками, получить достойное образование.

Возникшие в некоторых странах, в частности в Швеции, в начале 1980-х годов (когда ВИЧ был только что открыт и ученые еще многого о нем не знали) специальные группы дневного пребывания детей и детские клубы-кружки для ВИЧ-положительных дошкольников были в скором времени расформированы за полной ненужностью. Сегодня в большинстве стран мира дети, живущие с ВИЧ, ходят в обычные детские сады, учатся в обычных школах, отдыхают вместе с остальными детьми на обычных курортах и в летних лагерях.

За годы распространения эпидемии ВИЧ-инфекции нигде в мире, в том числе и в России, не было зарегистрировано ни одного случая передачи вируса от одного ребенка другому в условиях детского сада или школы.

ВОСПИТАНИЕ И ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ, ЗАТРОНУТЫХ ЭПИДЕМИЕЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Право на образование. Российские законы гарантируют ВИЧ-положительным взрослым и детям те же права, что и всем остальным гражданам Российской Федерации, без всяких ограничений. Право ВИЧ-положительных детей на

обучение и воспитание реализуется в рамках действующего законодательства, согласно которому ВИЧ-положительный ребенок должен быть принят в любое учебное заведение на общих основаниях. Наличие ВИЧ-инфекции у ребенка не может служить основанием для отказа в приеме его в дошкольное учреждение или начальную школу, равно как и исключения из них.

Состояние здоровья – единственный критерий определения места и формы обучения ВИЧ-положительного ребенка. Вопрос о посещении ребенком детского сада или общеобразовательной школы решают его родители вместе с врачом, который наблюдает ребенка. С учетом общего состояния здоровья, уровня психомоторного, речевого и физического развития ребенка определяется оптимальная форма его обучения в раннем, дошкольном и школьном возрасте.

При удовлетворительном состоянии здоровья ВИЧ-положительные дети могут посещать обычные образовательные учреждения, детские кружки, спортивные секции на общих основаниях, так как они не представляют инфекционной опасности ни для других детей, ни для персонала образовательного учреждения.

Если по состоянию здоровья ВИЧ-положительному ребенку трудно посещать школу, то родители ребенка вместе с лечащим врачом и специалистами органа управления образованием решают вопрос о его временном или постоянном надомном обучении. В таких случаях также возможен перевод ребенка в учебное заведение санаторного типа.

Право родителей на сохранение тайны диагноза ребенка. При поступлении в дошкольные образовательные заведения или школу от родителей не требуется сообщать диагноз ребенка администрации образовательного учреждения.

Ни одно официальное лицо (включая директора образовательного учреждения, руководителя районного или городского отдела образования, воспитателей и педагогов и т.д.) не имеет права требовать от родителей справки о наличии или отсутствии у ребенка ВИЧ-инфекции или принуждать родителей к объявлению диагноза ребенка.

Право на сохранение в тайне медицинского диагноза, в том числе диагноза «ВИЧ-инфекция», предусмотрено законодательством не случайно. Население в целом и работники образования в частности недостаточно информированы о ВИЧ-инфекции, а неверные представления о природе заболевания и необоснованные опасения заразиться ВИЧ широко распространены. Поэтому высока вероятность того, что в школе или детском саду к ВИЧ-положительному ребенку будут относиться с опаской, а часто – и откровенно негативно, с презрением и негодованием требовать, чтобы его удалили из группы или класса.

По данным исследований, проведенных фондом «ФОКУС-МЕДИА» в разные годы во многих городах страны, от 55% (в 2004 году) до 44% (в 2006 году) опрошенных сказали, что они забрали бы своего ребенка из школы или детского сада, если бы узнали, что туда ходит ребенок с ВИЧ. В то же время, согласно исследованию Центра социологических исследований Министерства науки и образования РФ, проведенному в 2005 году в 23 городах страны, лишь около 15% родителей потребовали бы удалить ВИЧ-положительного ребенка из класса или школы или же сами забрали бы оттуда своего ребенка. Более чем у половины учителей известие о том, что в школе учится ВИЧ-положительный ребенок, вызвало бы некоторую обеспокоенность, но существенно менять свое поведение по отношению к нему они бы не стали.

Информирование руководителя и персонала учебного заведения о наличии у ребенка ВИЧ-инфекции возможно только в добровольном порядке.

Родители могут сообщить персоналу образовательного учреждения диагноз ребенка, например, в том случае, когда ребенку назначены АРВ-препараты и их прием приходится на время пребывания ребенка в детском саду или школе. Естественно, это произойдет, только если родители будут доверять воспитателю, медсестре или учителю, находить у них понимание и сочувствие и, самое главное, будут уверены, что объявление диагноза не повлечет за собой негативного отношения к ребенку или к ним самим, а информация о ВИЧ-положительном статусе ребенка сохранится в тайне от остальных сотрудников, детей и их родителей.

Правило соблюдения конфиденциальности. Медицинские и другие работники образовательных учреждений, которым стало известно о ВИЧ-положительном статусе ребенка, несут дисциплинарную, административную, а в некоторых случаях – и уголовную ответственность за разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, к которой относится диагноз ребенка и его родителей.

Если работнику образовательного учреждения стало известно о наличии у конкретного ученика ВИЧ-инфекции или о том, что в школе есть ВИЧ-положительный ученик, ему не следует сообщать об этом остальным воспитателям, учителям или родителям – разглашение таких сведений преследуется по закону.

Требование соблюдать универсальные меры профилактики. Противоэпидемический режим в учреждениях образования регламентируют документы Минздравсоцразвития РФ (Санитарно-эпидемиологические правила СанПиН 2.4.2.1178-02 «Гигиенические требования к условиям обучения в общеобразовательных учреждениях. Гигиена детей и подростков. Учреждения обще-

го среднего образования. Гигиенические требования к условиям обучения в общеобразовательных учреждениях», утвержденные главным государственным санитарным врачом Российской Федерации, первым заместителем министра здравоохранения Российской Федерации 25 ноября 2002 г. Дата введения: 1 сентября 2003 г.).

Сегодня ВИЧ-инфекция может коснуться каждого. Люди могут годами жить с вирусом и не подозревать о его наличии из-за отсутствия у них каких-либо признаков заболевания.

Для того чтобы предотвратить возможность инфицирования ВИЧ, гепатитами, другими инфекциями, передаваемыми через кровь, всем необходимо соблюдать простые меры профилактики.

Соблюдать эти меры нужно всегда, везде (в учебном и медицинском учреждении, на работе и на отдыхе) и в отношении всех без исключения людей, поэтому они называются универсальными (*Приложение 3***).

Требование соблюдать универсальные меры профилактики в дошкольных и общеобразовательных учреждениях связано с профилактикой не только ВИЧ-инфекции, но и любых инфекционных заболеваний, передающихся через кровь.

Универсальные меры профилактики должны соблюдаться в любом дошкольном учреждении и школе независимо от того, обнаружена ли у кого-то из учеников или сотрудников ВИЧ-инфекция или другое инфекционное заболевание.

Строгое соблюдение универсальных мер профилактики инфицирования ВИЧ и вирусами гепатитов В и С диктуется сложившейся эпидемической ситуацией в стране. В конце 2007 года в Российской Федерации проживало около 400 тыс. людей, инфицированных ВИЧ, положительный статус которых был установлен по результатам лабораторного обследования и официально зарегистрирован. По оценкам Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, реальное число ЛЖВ в России сегодня может составлять от 900 тыс. до 1,2 млн человек. В ряде регионов страны (Свердловская, Московская, Самарская, Иркутская, Ленинградская, Челябинская, Оренбургская области, Ханты-Мансийский автономный округ, Санкт-Петербург и Москва) на каждые 100 тыс. жителей приходится от 500 до 800 случаев ВИЧ-инфекции, а в отдельных городах доля жителей с ВИЧ достигает 1–2,5%.

Руководители образовательных учреждений должны обеспечить не только знание персоналом универсальных мер профилактики (алгоритм действий персонала при оказании первой помощи представлен в *Приложении 4***), но и их ежедневное соблюдение, для чего в учреждении должен быть постоянно пополняемый запас дезинфицирующих средств, медицинских перчаток, одноразовых медицинских инструментов, средств для оказания первой помощи.

Оборудование и оснащение аптечки первой помощи медицинского кабинета образовательного учреждения регламентируют Санитарные правила и нормы (СанПиН 2.4.2. 1178-02 — «Примерный перечень оборудования и инвентаря медицинского кабинета»). Использование содержимого аптечки контролирует медицинский работник учреждения образования.

Рекомендуемый примерный перечень содержимого аптечек первой помощи, которые должны быть доступны на рабочих местах педагогическому (немедицинскому) персоналу, приводится в *Приложении 5***.

С универсальными мерами профилактики при оказании первой помощи, в том числе самим себе, должны быть ознакомлены также воспитанники и ученики образовательного учреждения в объеме и форме, которые доступны пониманию в их возрасте. Воспитатели и учителя должны научить детей правилам оказания первой помощи при травмах и соблюдению универсальных мер профилактики.

Если о ВИЧ-инфекции у ребенка стало известно в образовательном учреждении. Если о наличии ВИЧ-инфекции у ребенка или у его родителей никому в школе или детском саду не известно и сам ребенок об этом не знает, то проблем, связанных с этой стороной его жизни, в учебном заведении, как правило, и не возникает.

Однако рано или поздно родители расскажут ребенку о том, что у него или у них самих ВИЧ-инфекция. Может случиться и так, что ребенок сам догадается или узнает от других о своем заболевании — ведь его регулярно приводят в СПИД-центр или к врачу-инфекционисту на обследование, он смотрит телевизор, слышит разговоры взрослых. Когда ребенок уже знает о том, что у него или у его родителей ВИЧ-инфекция, как правило, родители просят его хранить это в тайне, но очень беспокоятся, сможет ли он это сделать.

Необходимость сохранения тайны и постоянный страх, что она будет раскрыта, могут отрицательно сказаться на психическом и физическом здоровье ребенка. Он может замкнуться в себе, перестать дружить с детьми, стать нервным, капризным. Тем не менее страх общественного осуждения, требования забрать ребенка из детского сада или школы вынуждают большинство ВИЧ-положительных родителей тщательно скрывать свой диагноз и диагноз ребенка.

Если о диагнозе ребенка сообщили родители. Медсестре, воспитателю, классному руководителю, заведующей детсадом или завучу школы, которым родители сообщили о диагнозе ребенка, важно помнить, что без согласия родителей они не имеют права говорить об этом другим сотрудникам образовательного учреждения, а также родителям других детей и что они несут ответственность за разглашение этих сведений третьим лицам.

Задача заведующей детским садом или завуча начальной школы — определить ребенка в группу или класс к чуткому и внимательному воспитателю или классному руководителю, с которым впоследствии родителям будет легче установить доверительные отношения.

Сотрудник образовательного учреждения, который знает о ВИЧ-положительном статусе ребенка, должен помогать родителям и ребенку адаптироваться к детскому коллективу, успешно учиться, преодолевать проблемы, вызванные состоянием здоровья ребенка, не поддаваться депрессии и негативным переживаниям, связанным с диагнозом, с необходимостью принимать лекарства и хранить в тайне от всех остальных диагноз или с плохим самочувствием.

Профессионально зрелый, чуткий и грамотный воспитатель или педагог может и должен стать партнером родителей в борьбе за здоровье и психологическое благополучие ребенка.

Если о своем диагнозе рассказал сам ребенок. Возможно, что ребенок сам расскажет воспитателю или учителю о своей болезни. Он может назвать свое заболевание или просто сказать, что болен, что ежедневно принимает лекарства, что больна его мама или отец.

В этом случае ребенка надо заверить в том, что взрослый, которому он доверился (воспитатель или учитель), ему друг, готов ему помогать и поддерживать его и никому не расскажет о том, что стало ему известно. Педагог должен предложить ребенку обязательно рассказать родителям о том, что он сообщил учителю или воспитателю о своем заболевании, и попросить ребенка пригласить родителей для беседы.

В ходе этой беседы педагогу вместе с родителями ребенка необходимо выработать тактику дальнейшего сохранения диагноза ребенка в тайне или, если есть необходимость, — процедуру раскрытия диагноза, выяснить, какую помощь он может оказать для поддержания в хорошей форме физического и психоэмоционального здоровья ребенка. Очень полезной в данном случае может оказаться помощь школьного психолога — при условии, что родители ВИЧ-положительного ребенка согласятся принять ее, а психолог владеет достаточной и достоверной информацией по проблеме.

Если известно, что, возможно, кто-то из детей, посещающих образовательное учреждение, инфицирован ВИЧ. Если стало известно, что, возможно, у кого-то из детей ВИЧ-инфекция, воспитатели и учителя не должны поддерживать эти слухи, тем более — расспрашивать «подозреваемых» родителей о ВИЧ-статусе их ребенка.

На нынешнем этапе эпидемии, когда в нее вовлечены все слои населения независимо от их образа жизни, ВИЧ-инфекция может затронуть самую добропорядочную семью.

Подобные расспросы не только незаконны, но могут поставить родителей ВИЧ-положительного ребенка в неловкое положение, спровоци-

ровать нежелательное раскрытие диагноза, что может привести к негативным последствиям как для самого ребенка и его родителей, так и для излишне любопытного работника образования.

В этой ситуации, чтобы развеять мифы, устранить искаженные представления и предрассудки, рекомендуется провести информационно-просветительскую работу по вопросам профилактики передачи ВИЧ и вирусных гепатитов как среди учеников, так и среди учителей, а также организовать уроки толерантности.

Если стало известно о ВИЧ-положительном статусе конкретного ребенка или сотрудника образовательного учреждения. Чаще всего, особенно в небольших городах, работники образования будут сталкиваться с ситуацией, когда о том, что у ребенка, его родителей или какого-либо сотрудника образовательного учреждения есть ВИЧ-инфекция, сообщат не родители или сам ребенок, а посторонние — соседи, знакомые, медицинские работники.

В этом случае задача сотрудника образовательного учреждения (воспитателя или учителя) — поговорить с источником информации: объяснить, какие трагические последствия для ребенка и его семьи может иметь распространение подобных слухов, подробно разъяснить, что знание ВИЧ-статуса конкретного ребенка или сотрудника образовательного учреждения вовсе не обязательно для обеспечения безопасности остальных детей и учителей, напомнить об универсальных мерах профилактики.

Если велика вероятность того, что эти слухи будут распространяться и дальше, целесообразно побеседовать с родителями ребенка, объяснить им ситуацию и, не задавая прямого вопроса о том, действительно ли ребенок или сами родители ВИЧ-положительные, предложить помощь и совместно выработать тактику дальнейшего поведения.

Как и в предыдущих случаях, рекомендуется провести в образовательном учреждении занятия по вопросам профилактики передачи ВИЧ и вирусных гепатитов и организовать уроки толерантности.

Если о ВИЧ-положительном статусе ребенка узнали родители детей, посещающих данное образовательное учреждение. Родители могут обратиться к учителю, воспитателю или руководителю учреждения с просьбой разъяснить, не опасно ли присутствие ребенка с ВИЧ-инфекцией в классе или группе, или же сразу потребовать, часто в категоричной, ультимативной форме, чтобы ВИЧ-положительного ребенка исключили из образовательного учреждения.

Воспитатель или учитель должен поговорить с обеспокоенными родителями, объяснить им, что:

- сведения о ВИЧ-положительном ученике могут быть недостоверными;
- присутствие в детском коллективе ВИЧ-положительного ребенка не опасно для остальных детей и разъяснить, почему: рассказать о

путях передачи ВИЧ и о том, как ВИЧ не передается, акцентировать внимание родителей на том, что почти за 25 лет развития эпидемии во всем мире не было зафиксировано ни одного случая передачи ВИЧ от ребенка ребенку в детском саду или в начальной школе, объяснить, почему риск инфицирования, когда дети кусаются, дерутся, царапаются, практически отсутствует, рассказать о том, какие меры профилактики соблюдаются в образовательном учреждении;

- закон запрещает исключение ребенка из образовательного учреждения на основании наличия у него диагноза «ВИЧ-инфекция»;

- образовательное учреждение в полном соответствии с законами Российской Федерации принимает и обучает всех детей независимо от их ВИЧ-статуса;

- требовать у родителей разглашения ВИЧ-статуса — их собственного или их ребенка — противозаконно;

- не следует создавать ажиотажа вокруг ученика, у которого, возможно, есть ВИЧ-инфекция: учитывая эпидемическую ситуацию в стране, регионе и городе, вполне можно допустить, что среди самих обеспокоенных родителей, их коллег по работе, друзей и родственников могут оказаться люди, живущие с ВИЧ, а в школе могут учиться другие дети с ВИЧ;

- обнаружить и изолировать всех людей, живущих с ВИЧ, невозможно, нецелесообразно, недопустимо и бесчеловечно;

- надо проявлять деликатность: не следует задавать вопросов о наличии ВИЧ-инфекции у кого бы то ни было;

- если сам ребенок или его родители кому-то из одноклассников или их родителей раскроют свой ВИЧ-статус, следует проявить сочувствие и морально поддержать ребенка.

Родителям можно дать почитать буклеты информационных кампаний по солидарности с людьми, живущими с ВИЧ, а также буклеты с общими сведениями о ВИЧ-инфекции и ее профилактике.

Такую беседу можно провести с одним или несколькими родителями. И в том, и в другом случае родителей надо успокоить и попросить не распространять слухи дальше. Если родителей много, то целесообразно провести с ними общую беседу, к которой надо тщательно подготовиться: разработать план беседы, продумать ответы на возможные вопросы, обязательно пригласить для участия в беседе руководителя и медицинского работника образовательного учреждения, а при возможности — специалиста из местного Центра по профилактике и борьбе со СПИДом или врача-инфекциониста. Исследования показывают, что в подобных случаях люди больше доверяют информации, полученной от медицинского работника.

Если ребенка переводят в другое учебное заведение. По разным причинам, в том числе из-за раскрытия диагноза, родители ВИЧ-положи-

тельного ребенка могут принять решение перевести его в другой детский сад или школу. При передаче личного дела ребенка в другое учреждение администрации и персоналу образовательного учреждения следует помнить об ответственности за разглашение диагноза ребенка без согласия родителей.

Подробные и четкие рекомендации для педагогов по интеграции ВИЧ-положительных детей в образовательную среду приведены в *Приложении 6***.

Трудные разговоры о ВИЧ-инфекции. Как рассказать ВИЧ-положительному ребенку о его диагнозе. Разговор с ребенком о том, что он инфицирован ВИЧ, дается взрослым (родителям, воспитателям, учителям), как правило, нелегко и сопряжен с сильными душевными переживаниями: взрослые часто не умеют и боятся открыто обсуждать с детьми глубоко личные и интимные темы.

Педагоги и особенно родители боятся, что раскрытие диагноза может иметь негативные последствия для ВИЧ-положительного ребенка и он не сумеет сохранить свой диагноз в тайне.

Зачастую родители не хотят лишать ребенка безмятежного детства и стараются как можно дольше уберечь его от тяжелого груза знания о своей болезни, опасаясь, что эта информация может повлечь за собой тяжелую депрессию и последующее ухудшение физического здоровья.

Однако дети растут, и сохранять диагноз в тайне становится все труднее. В школе ВИЧ-положительному ребенку задают все больше вопросов о пропусках занятий или ухудшающейся успеваемости, о принимаемых им лекарствах и частых обращениях к врачу.

Если дети не посвящены в происходящее, они могут ощущать растерянность и одиночество, чувствовать себя брошенными и ненужными.

Когда семья решает рассказать ребенку о его болезни, ей может понадобиться помощь (например, педагога или психолога), чтобы донести до ребенка информацию в доступной и приемлемой для него форме, соответствующей его возрасту.

Прежде чем сообщать ребенку о диагнозе «ВИЧ-инфекция», необходимо учесть ряд факторов. Решение рассказать о ВИЧ-статусе может повлечь за собой раскрытие других семейных тайн, в том числе о настоящих, биологических родителях, о других членах семьи, больных ВИЧ-инфекцией, и о том, как произошло заражение.

Большинство родителей предпочитают поговорить с ребенком дома, без посторонних, но многие с благодарностью принимают предложение педагога или психолога присутствовать при беседе, особенно если родители боятся, что разволнуются и не смогут довести разговор до конца.

Крайне важно правильно выбрать момент для раскрытия диагноза. Следует учесть возраст ребенка, его эмоциональное и умственное раз-

вители, тщательно продумать, где проводить беседу, какие слова употреблять, как отвечать на вопросы о заражении и т.д.

Информация должна подаваться в доступной форме. Предвидение реакции ребенка наряду с тщательным планированием беседы и наличием дополнительной поддержки со стороны педагогов и психологов повышает шансы на то, что ребенок все правильно поймет и адекватно отреагирует на полученную информацию.

Объяснения по поводу вируса и медицинских процедур должны быть точными, простыми, соответствовать уровню развития ребенка и в то же время быть полными, чтобы ребенок не воспринимал необходимость лечения как наказание. Ребенка нужно убедить в том, что он не виноват в своей болезни. Родители и педагоги должны быть готовы ответить на массу вопросов — от простых и невинных до возмущенных, обвиняющих и эмоционально мучительных.

Раскрытие диагноза — это длительный процесс. После первого разговора могут пройти дни, а то и недели, прежде чем ребенок соберется с духом, чтобы задать дополнительные вопросы. Некоторые родители, сообщив ребенку о его положительном ВИЧ-статусе, с облегчением считают, что теперь, когда тайна раскрыта, «все уже позади» и им больше не нужно будет возвращаться к этой теме. Это ошибочное мнение: детям необходимо делиться с кем-то своими переживаниями по поводу болезни и того, как она отражается на остальных членах семьи. Очень хорошо, если в лице педагога своего образовательного учреждения ребенок найдет понимающего друга, с которым ему можно в любое время обсудить любой вопрос. Поэтапное раскрытие диагноза ребенку представлено в *Приложении 7***.

Беседа с детьми, узнавшими о ВИЧ-положительном диагнозе одноклассника. Дети дошкольного и младшего школьного возраста, услышавшие о том, что в детском саду или школе у кого-то ВИЧ, скорее всего, не поймут, о чем речь, и не обратят на это внимания. Если кто-то им скажет о ВИЧ-инфекции у конкретного ребенка, то, вероятнее всего, они расскажут об этом дома, спросят у воспитателя или учительницы, у самого ребенка, возможно, начнут его задирать и дразнить.

В такой ситуации с детьми надо побеседовать и объяснить, что если у кого-то в группе или классе ВИЧ-инфекция или какое-то другое заболевание, то из-за этого нельзя задирать, дразнить, издеваться, давать обидные прозвища, что делать так плохо и стыдно. Детям необходимо рассказать на понятном для них языке, что такое ВИЧ, успокоить, что учиться или играть вместе с ребенком, у которого есть ВИЧ, совсем неопасно. Надо обязательно рассказать об универсальных мерах профилактики и объяснить, почему их надо соблюдать всем и везде.

Обсуждать вопросы ВИЧ-инфекции (как и вопросы секса, насилия) с детьми всегда нелег-

ко, но делать это необходимо. Нашим детям предстоит жить в мире, где нарастает эпидемия ВИЧ-инфекции. Существуют определенные общие рекомендации по организации беседы с детьми на тему ВИЧ-инфекции:

- доверительные разговоры требуют доверительной обстановки и взаимного уважения собеседников;

- подобные беседы требуют открытости и честности: ребенок любого возраста заслуживает того, чтобы ответы на его вопросы были честными;

- необходимо учитывать возраст ребенка, уровень его развития и информированности: с маленькими детьми можно провести беседу в форме сказки, прибегнуть к рисованию и т.п., а с более взрослыми детьми и подростками предпочтительнее использовать такие формы, как дискуссии, ролевые игры, «вопросы—ответы»;

- во время разговора нужно слушать ребенка не перебивая, дослушать его до конца и постараться понять его чувства;

- не нужно пытаться за один прием выдать всю информацию: большинство детей в течение одного разговора могут усвоить лишь часть информации, поэтому лучше вернуться к этому разговору еще несколько раз;

- необходимо прививать ребенку принципы морали и нравственности, научить его уважать себя и окружающих: чем лучше ребенок относится к себе, тем меньше у него вероятность рискованного поведения.

При построении плана беседы с детьми важно помнить главное: она должна решать две основные задачи — воспитывать толерантное отношение к людям, живущим с ВИЧ, и учить детей профилактике и безопасному поведению.

Беседа с персоналом образовательного учреждения. Если в школе или детском саду распространяются слухи о ВИЧ-положительном воспитателе или ученике, руководителю образовательного учреждения необходимо провести беседу с персоналом, аналогичную разговору с родителями. Во время беседы следует обратить особое внимание педагогов на требование закона к образовательным учреждениям не допускать дискриминации детей, живущих с ВИЧ, и на необходимость оказать моральную поддержку ребенку, о ВИЧ-статусе которого стало известно.

Беседа с родителями ВИЧ-положительного ребенка. Если родители решили раскрыть диагноз ребенка персоналу образовательного учреждения или же оказались в ситуации, когда о диагнозе догадываются или знают со слов «доброжелателей» его работники и родители других детей, то руководитель образовательного учреждения, психолог, воспитатель или учитель могут помочь родителям выработать тактику поведения, которая позволит максимально защитить ребенка в его взаимоотношениях с персоналом и детьми в образовательном учреждении.

ВИЧ-положительный ребенок в образовательном учреждении. Создавать особые условия для пребывания ВИЧ-положительного ребенка в школе или детском саду не требуется. Воспитателям или учителям не нужно будет уделять такому ребенку больше внимания, чем другим детям.

Сохранение здоровья ВИЧ-положительного ребенка во время пребывания в детском коллективе. Из-за недостаточности собственной иммунной системы ВИЧ-положительные дети, посещающие детский сад или школу, более подвержены детским, простудным и другим инфекционным заболеваниям (из этого не следует, что у каждого часто болеющего ребенка надо подозревать ВИЧ-инфекцию!).

В силу этого обстоятельства другие дети с проявлениями любых, даже банальных инфекционных заболеваний могут представлять реальную опасность для ребенка с ВИЧ-инфекцией (а не наоборот!). Если в детском коллективе были отмечены случаи респираторных, кишечных и других заболеваний, а воспитателю или учителю известен ВИЧ-положительный статус ребенка, то нужно сообщить его родителям об этих случаях и предложить оставить ребенка дома, пока эпидемическая обстановка в группе или классе не нормализуется.

Вакцинация. ВИЧ-положительные дети обязательно должны быть вакцинированы, так как возбудители различных инфекционных заболеваний представляют для них серьезную и реальную угрозу.

Вакцинация ребенка с ВИЧ осуществляется в соответствии с принятым в России календарем прививок под наблюдением участкового педиатра по месту жительства. В данном случае существует только одно ограничение: детей с ВИЧ нельзя прививать живыми вакцинами.

Родители должны предупредить медсестру образовательного учреждения, что все прививки они будут проводить только в поликлинике по месту жительства (это право родителей), о чем должна быть сделана отметка в медицинской карточке ребенка.

Не следует предполагать у ребенка наличие ВИЧ-инфекции, если его родители настаивают на проведении прививок только в условиях поликлиники. В районной поликлинике или другом лечебном учреждении по желанию родителей или медицинским показаниям могут прививаться дети и по любым другим причинам.

Соблюдение режима дня и гигиены. Дневной сон, прогулки и игры на свежем воздухе, предусмотренные режимом дня дошкольного учреждения, в полной мере показаны и ребенку с ВИЧ. Хороший дневной сон поможет ребенку чувствовать себя бодрым и веселым и даст достаточно сил для игр и занятий. Прогулки на свежем воздухе необходимы для нормального развития ребенка и укрепления его здоровья.

Дети, живущие с ВИЧ, должны играть, принимать участие в развивающих и обучающих ме-

роприятиях, спортивных играх вместе с другими детьми. Если воспитатель знает о ВИЧ-инфекции у ребенка, то нужно проследить, чтобы ребенок не уставал и не переутомлялся. Однако при этом не надо создавать какие-то особые условия для такого ребенка, ограничивать его участие в играх и занятиях.

Питание ВИЧ-положительных детей в образовательном учреждении. Питание ребенка является важной составной частью правильного ухода за любым ребенком и играет ключевую роль в поддержании его здоровья на должном уровне.

Режим питания ВИЧ-положительного ребенка в дошкольном учреждении такой же, как и остальных детей. Если ребенок проголодался и просит кушать, необходимо предусмотреть для него возможность перекусить между основными приемами пищи, предложив ему печенье, стакан молока, фрукты.

Родители ребенка, не раскрывая его диагноза, могут попросить исключить из рациона ряд продуктов, например, недоваренные яйца и блюда, которые их могут содержать, непастеризованные молочные продукты и ряд других, которые могут представлять повышенную инфекционную опасность для ВИЧ-положительного ребенка либо не сочетаться с лекарственными препаратами, которые он получает.

Занятия спортом. Вопрос о посещении ВИЧ-положительным ребенком спортивных занятий и уроков физкультуры решает наблюдающий его врач-педиатр, исходя из состояния его здоровья. Если оно ослаблено, то врач может временно освободить ребенка от занятий или рекомендовать занятия лечебной физкультурой. Если же ребенок чувствует себя хорошо, не существует никаких ограничений для посещения спортивных занятий и уроков физкультуры.

В случае травмы у любого ребенка во время занятий необходимо оказать ему первую помощь, соблюдая универсальные меры профилактики (см. подраздел «Требование соблюдать универсальные меры профилактики»).

Меры предосторожности при контактах с домашними животными. Необходимо помнить, что некоторые домашние животные, например кошки, могут являться источниками различных инфекций. Если в детском саду или школе есть «живой уголок», в нем не должно быть больных животных. Обитателей уголка не следует выпускать на улицу, кормить сырым мясом и рыбой.

После контакта с домашними животными всем детям необходимо тщательно мыть руки с мылом. Персонал должен следить за тем, чтобы дети не контактировали с фекалиями животных и водой из аквариумов.

Следует избегать таких игр детей с животными, которые могут привести к царапинам или укусам. Если это произошло, место укуса или царапину необходимо тщательно промыть и обработать дезинфицирующим раствором (3%-ный раствор перекиси водорода, 5%-ный раствор йода),

не допуская вылизывания животным раны или пореза.

Данные меры предосторожности относятся ко всем детям, посещающим образовательное учреждение.

Воспитание толерантного отношения. В переводе с латинского толерантность (*tolerantia*) означает терпение, терпимость.

В Декларации принципов толерантности (ЮНЕСКО, 1995) дается следующее определение толерантности: «Толерантность — это уважение, принятие и понимание многообразия культур нашего мира, форм самовыражения и способов проявления человеческой индивидуальности». Развитию толерантности способствуют знания, открытость, общение, свобода мысли, совести и убеждений.

Люди не рождаются толерантными или интолерантными. Формирование толерантности является неотъемлемой частью воспитательного процесса, а следовательно, и составляющей педагогической деятельности сотрудников учреждений образования.

Сотрудники образовательных учреждений должны формировать у детей сознание того, что для достижения взаимопонимания и построения эффективных взаимоотношений с другими людьми, также как и для достижения своих собственных целей, необходимо быть толерантными, то есть допускать, что есть люди, отличные от нас по многим факторам, в том числе и по состоянию здоровья.

Результатом такого воспитания становятся взаимопонимание, желание помогать, содействовать, сотрудничать, вести диалог и т.д. Дети должны осознавать, что толерантность — это общественная норма, которая осуществляется через законы, сложившиеся традиции и привычки и предполагает защиту прав любого человека и общественное осуждение проявлений нетерпимости.

Общее понимание толерантности в контексте эпидемии ВИЧ-инфекции состоит в признании и уважении равенства всех людей независимо от их социального статуса, состояния здоровья или физических возможностей.

Проблему формирования толерантного отношения к людям, живущим с ВИЧ, в образовательном учреждении следует рассматривать как трехстороннюю задачу:

1. Деятельность педагогов в осуществлении социально-психологической реабилитации самих ВИЧ-положительных и членов их семей: очень важно преодолеть психологическое отчуждение, комплекс неполноценности самих ВИЧ-положительных и членов их семей, так как процесс формирования толерантной среды — это результат взаимных усилий всего общества в целом.

2. Участие педагогов в формировании толерантного общественного мнения: в настоящее

время в общественном сознании доминирует предубеждение в отношении ВИЧ-положительных людей, которое необходимо преодолеть, чтобы создать благоприятную среду для формирования толерантности у детей.

3. Деятельность педагогов по формированию толерантного отношения к ВИЧ-положительным людям со стороны учащейся молодежи и своих коллег — сотрудников образовательных учреждений.

Для формирования толерантного отношения к ВИЧ-положительным людям можно использовать медико-просветительские, психологические, воспитательные методы, различные унифицированные комплексные программы.

В основе программ формирования толерантного отношения учащейся молодежи и сотрудников образовательных учреждений к ВИЧ-положительным людям должен быть культурно-ориентированный подход, основанный на формировании культуры отношения здоровых людей к больным людям, чувства уважения и содействия.

ВМЕСТО ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Для любого ребенка начало посещения детского сада или школы — стрессовая ситуация, которая может негативно повлиять на его здоровье. Для ребенка с ВИЧ первая встреча с новым миром может быть особенно трудной. Ведь до этого момента многие родители, как правило, ограничивают общение ребенка с другими детьми и взрослыми, опасаясь за его здоровье, а также из-за негативного отношения окружающих к людям, живущим с ВИЧ. В такой ситуации волнуются все — и ребенок, которого пугает незнакомая обстановка, и родители, которые тревожатся за него.

Доброжелательное, внимательное отношение персонала образовательного учреждения к ребенку и его родителям может в значительной степени облегчить ему процесс привыкания к детскому коллективу, новому режиму жизни. Это особенно важно для детей с ослабленной иммунной системой, в том числе для ВИЧ-положительных.

Общение со сверстниками, развивающие занятия, совместные игры положительно влияют на развитие ребенка. Если ребенок посещает детский сад, то его родители (как правило, мама) могут вернуться к трудовой деятельности, что благоприятно скажется на материальном положении семьи и создаст дополнительные возможности для полноценного питания и поддержания здоровья ребенка.

Ребенку, посещавшему детский сад, легче адаптироваться к школе. А обучение в обычной школе станет важным фактором социализации ребенка, его подготовки к самостоятельной жизни.

Дети с ВИЧ – такие же полноценные члены общества, как и все остальные дети. Задача педагогов – создать в образовательном учреждении такую обстановку, где каждый ребенок будет чувствовать себя комфортно и безопасно, расти, развиваться, учиться и готовиться к плодотворной жизни на благо всего общества.

Использованная и рекомендуемая литература

1. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федеральная служба исполнения наказаний. Фонд «Российское здравоохранение». Проект «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИДа». Сборник нормативно-правовых актов и методических документов по вопросам диагностики, лечения, эпидемиологического и поведенческого надзора ВИЧ/СПИД и сопутствующих заболеваний. Том III.

2. Противоэпидемические мероприятия при ВИЧ-инфекции в РФ. М., 2007.

3. Загайнова А.И. Детское лицо «недетской» болезни: Информационное пособие для работников интернатных и дошкольных учреждений. Иркутск, 2007.

4. Башкина Ю.Д. Как уберечь ребенка от ВИЧ/СПИДа: Пособие для родителей. М., 2006.

5. Диспансеризация детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями. Наблюдение и лечение детей с ВИЧ-инфекцией: Рекомендации для педиатров амбулаторно-поликлинической сети, медицинских, социальных и образовательных учреждений, врачей общей практики. Е.Е. Воронин, Л.Ю. Афонина, Ю.А. Фомин, В.Н. Садовникова. М., 2006.

6. HIV in Schools. Good practice guide to supporting children infected or affected by HIV. Conway M., National Children's Bureau. London, 2005.

7. School HIV/AIDS Policy Tool Kit. Smith Cox N., Wisconsin Department of Public Instruction, 2003.

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

В 2010 году средства на противодействие ВИЧ-инфекции в рамках Приоритетного нацпроекта «Здоровье» будут направлены на закупку диагностических средств и АРВ-препаратов

Зам. председателя правительства Российской Федерации Александр Жуков провел в режиме видеоконференции совещание по вопросу «Об итогах реализации приоритетных национальных проектов в 2009 г. и программах реализации проектов на 2010–2012 гг.». В совещании приняла участие министр здравоохранения и социального развития РФ Татьяна Голикова. Как было отмечено в ее докладе, на реализацию Приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2009 г. было предусмотрено 148,5 млрд руб. Основные направления Приоритетного национального проекта на 2009–2012 гг. включают: «Формирование здорового образа жизни», «Развитие первичной медико-санитарной помощи и совершенствование профилактики заболеваний» (включая «Обследование населения с целью выявления инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, а также лечение больных ВИЧ-инфекцией, гепатитами В и С»), «Повышение доступности и качества специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи», «Совершенствование медицинской помощи матерям и детям». По всем направлениям в 2010 г. финансирование Нацпроекта составит 144,8 млрд руб., в 2011 г. – 151,4 млрд руб., в 2012 г. – 157,3 млрд руб. Министр Голикова сообщила, что в рамках реализации Нацпроекта на обследование населения с целью выявления инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С в 2009 г. было выделено 9 300 000 тыс. руб. (кассовое исполнение на 01.01.2010 г. – 9 298 887,7 тыс. руб., или 99,9%). За счет этих средств проведено 25 523 789 обследований (116% от планового показателя), выявлено более 54 765 новых случаев ВИЧ-инфекции. Получают лечение 56 080 человек (107,8% от планового показателя). Лечение от вирусных гепатитов В и С получают 6000 человек (200% от плана), инфицированных ВИЧ, вирусами гепатитов В и С, а также остро нуждающихся в лечении больных гепатитами В и С. Представленный министром Голиковой план реализации Нацпроекта на 2010–2012 гг. предполагает увеличение объема финансирования по статье «Обсле-

дование населения с целью выявления инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, а также лечение больных ВИЧ-инфекцией, гепатитами В и С» до 13,5 млрд руб. в 2010 г., 19,6 млрд руб. в 2011 г. и до 19,7 млрд руб. в 2012 г. В соответствии с утвержденным федеральным бюджетом на 2010 г. средства, выделенные в рамках Нацпроекта на мероприятия по противодействию ВИЧ-инфекции и гепатитам В и С в Российской Федерации (13 503 500,0 тыс. руб.), направляются на закупку диагностических средств и антиретровирусных препаратов. Расходы на «мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С» в 2010 г. не предусмотрены, и основной статьей государственных расходов на ВИЧ/СПИД по-прежнему остается лечение.

HIVpolicy.ru

Свердловских школьников начнут проверять на наркотики

В Свердловской области с мая начнется тестирование учащихся на употребление наркотических средств. Об этом рассказал главный подростковый нарколог области Олег Забродин. По словам Забродина, сначала проект будет запущен в пилотном режиме – в нем примут участие 22 общеобразовательных школы из различных районов области. Для этого до 1 мая необходимо собрать подписи родителей 6044 школьников под разрешениями на проведение анализов. Учащихся в возрасте от 13 до 17 лет предполагается проверять на употребление героина, амфетамина и марихуаны. Как пояснил собеседник агентства, в ходе пилотного тестирования намечается отработать на практике процедуру забора мочи для анализа с помощью тест-полосок, а также защиту конфиденциальности полученных результатов – они должны сообщаться только родителям учащегося и психиатру-наркологу по месту жительства, который будет заниматься лечением. Поголовную проверку школьников области на употребление наркотиков планируется начать в сентябре 2010 года. О ее необходимости заявил губернатор области Александр Мишарин, ознакомившись с полученными в нескольких детдомах данными о том, что каждый пятый воспитанник хотя бы единожды употреблял наркотики.

medportal.ru

Новости от Восточноевропейского и Центрально-Азиатского Объединения ЛЖВ (ВЦО)

• В январе 2010 г. членами Координационного совета Всероссийского объединения ЛЖВ (ВО ЛЖВ) было единогласно принято решение о вступлении в состав ВЦО. ЛЖВ. Теперь нас больше и вместе мы еще сильнее!

• В Бишкеке на общем собрании ЛЖВ Кыргызстана, состоялись выборы члена общего собрания ВЦО ЛЖВ и Фокал Пойнт от Кыргызстана. По итогам выборов членом общего собрания ВЦО ЛЖВ стала Лилия Мальцева, а Фокал Пойнт – Бурул Исаева.

• Новым членом общего собрания от Казахстана на общем собрании Казахстанского союза ЛЖВ выбрана Зоя Ружникова.

• С 1 января исполнительным директором Эстонской сети ЛЖВ стала Виктория Винклер. Виктория начала работать в сфере ВИЧ/СПИДа в 2005 году; с 2005 по 2009 год была руководителем проекта «АРТ-терапия+». Она открытый и талантливый человек, с которым свободно можно пообщаться на русском, эстонском, английском и финском языках.

• Наша команда пополнилась еще одним замечательным сотрудником. С февраля Геннадий Рошупкин – новый координатор по технической помощи Секретариата ВЦО ЛЖВ, который обладает многолетним опытом работы в сфере ВИЧ/СПИДа в России и Литве, и который, несомненно, поможет сделать работу секретариата лучше и эффективнее.

• Перед самым Новым годом мы (секретариат) переехали в новый офис. Он находится ровно на один этаж выше нашего старого места работы. Теперь у нас появилось больше пространства для работы и новых идей. У нас всегда есть вкусный кофе и замечательный чай, и мы всегда рады хорошим людям обязательно заходите к нам в гости.

• Головной офис Эстонской сети ЛЖВ теперь находится в одном из двух прекрасных двухэтажных зданий в самом центре Таллина, которые, к тому же, являются памятниками архитектуры конца XIX века. Друзья, пусть новое место принесет вашей команде много замечательных идей и энергии для их осуществления!

• Молдова обеспечена АРВ-терапией на 2010 год с учетом буферного запаса и все препараты уже находятся в стране. В настоящее время

представитель сообщества ЛЖВ (член рабочей группы СКК по лечению ЛЖВ) принимает участие в подготовке страновой заявки на закупку АРВ-терапии и медикаментов для лечения оппортунистических инфекций на 2011 год. Окончательный вариант заявки будет представлен на заседании рабочей группы СКК в апреле 2010 г.

• Министерство здравоохранения Украины направило распоряжение по составлению годовой потребности АРВ-препаратов областным управлениям здравоохранения. В письме указаны ориентировочные цены закупки АРВ-препаратов, приближенные к низким международным ценам. Это стало возможным во многом благодаря адвокационным кампаниям, инициированным Всеукраинской сетью ЛЖВ. Снижение цен в два–три раза (по сравнению с прошлыми годами) позволит увеличить количество людей, получающих терапию. Данное распоряжение является первым шагом к закупкам АРВ-терапии для ЛЖВ Украины на 2010 год из средств государственного бюджета.

• В январе 2010 года Всеукраинская сеть ЛЖВ приняла активное участие в разработке проекта постановления Кабинета министров Украины, предписывающее закупки препаратов напрямую у производителей по международным ценам и практикам. Активным партнером Сети в продвижении данного законодательного акта является представительство МБФ «Фонд Уильяма Дж. Клинтона» в Украине, что позволит использовать цены на АРВ-препараты, предложенные фондом. Сеть настаивает на активном включении общественных организаций в процесс государственных закупок.

• Опубликовано постановление Правительства Республики Молдова об утверждении Национальной программы по обеспечению гендерного равенства на 2010–2015 годы (официальное печатное издание Республики Молдова «Мониторул официал», 19 января 2010 года). В данном постановлении министерствам, другим центральным административным органам предписывается внедрять положения Национальной программы, что будет способствовать выполнению Республикой Молдова внутренних и международных обязательств, принятых в области гендерного равенства и обеспечения прав человека, в том числе и в контексте ВИЧ/СПИДа.

• В Украине в январе начался проект «Гендер и ВИЧ: от патернализма – к активному учас-

тию». Его реализует Всеукраинская сеть ЛЖВ при поддержке Фонда ООН по развитию в интересах женщин (UNIFEM). Проект рассчитан на 2 года и направлен на обеспечение включения гендерно-сенситивных подходов в национальные, секторальные, региональные и местные программы по ВИЧ/СПИДу, а также на обеспечение гендерного равенства в доступе к услугам, включая медицинские, социальные, психологические, образовательные, юридические и др.

- В Армении сотрудники организации «Реальный мир, реальные люди» при поддержке World Vision Armenia провели качественное исследование среди молодежи ЛЖВ и детей, пострадавших от ВИЧ. Респондентам предлагалось ответить на вопросы на тему жизни с ВИЧ, стигмы и дискриминации, внутренней стигмы, а также описать свои взгляды на жизнь. Этот проект будет представлен на Конференции AIDS-2010 в Вене.

- Лига ЛЖВ Молдовы стала одним из четырех субреципиентов средств Глобального фонда. Общая сумма гранта, предоставляемого Молдове, составит 15 730 106 евро на 5 лет. Благодаря активному участию в подготовке заявки Молдавской Лиги ЛЖВ при поддержке ВЦО ЛЖВ, в рамках гранта будет профинансирована психосоциальная помощь ЛЖВ и реабилитация ПИН. Программа грантов для НПО на оказание услуг по психосоциальной поддержке для ЛЖВ на 2010 год составит 441 750 евро, на развитие потенциала и программной деятельности Лиги ЛЖВ Молдовы на 2010 г. предусмотрено финансирование в размере 394 178 евро, на 2011 г. – 537 853 евро.

В первый год проекта планируется предоставить различную помощь и поддержку для 80% ЛЖВ Молдовы, в том числе предусмотрено предоставление продуктовых пакетов для 432 ЛЖВ. Также, во многом благодаря активному участию ЛЖВ, проектом предусмотрены ежемесячные продуктовые пакеты на 30 евро для ВИЧ-положительных детей.

- В январе Всеукраинская сеть ЛЖВ при финансовой поддержке «Sidaction» начала реализацию проекта «Просто дети». Цель этого проекта – расширение опыта по открытию ВИЧ-положительного статуса детям, формирование толерантного отношения к ВИЧ-положительным детям среди НПО, государственных служб, а также разработка научно-методических обучающих материалов. Проект реализуется с января по декабрь 2010 года.

- В декабре 2009 г. в Казахстане состоялся Первый съезд людей, живущих с ВИЧ, в котором приняли участие ЛЖВ из различных регионов Казахстана.

- В декабре 2009 г. и январе 2010 г. во многих странах ВЦО ЛЖВ проходили стратегические планирования, на которых наши организации определяли свои видения, миссии и стратегические цели.

- С января 2010 г. все желающие могут бесплатно пройти тест на ВИЧ в Латвийском центре инфектологии, а также получить бесплатные консультации специалистов.

- С 25 января официально открыт общественный Интернет-портал для ВИЧ-позитивных людей www.pozytywni.net. На этом портале ВИЧ-позитивные люди могут познакомиться, обменяться знаниями, завести личный блог, а также получить достоверную информацию по ВИЧ/СПИДу. Портал также будет полезен людям, которые недавно узнали о своем ВИЧ-позитивном статусе, а также всем заинтересованным людям, независимо от статуса.

- Эстонской сетью ЛЖВ при финансовой поддержке AIDS Healthcare Foundation создан фотоотчет «Тестируя миллионы» (фотограф – В. Мельникова). В него вошли фотографии людей, которые пришли сдать экспресс-анализ на ВИЧ в центральный парк столицы 30 ноября и 1 декабря 2009 г., а также активистов Эстонской сети ЛЖВ.

Фотографии людей в очереди на тестирование являются явным свидетельством огромной потребности людей узнать свой ВИЧ-статус. Уже в ближайшие несколько лет Эстония может начать использовать экспресс-тесты для групп высокого риска и при анонимном тестировании. Ознакомиться с отчетом вы можете здесь: http://www.lovecondoms.org/misc/TestingMillions_Estonia_PhotoBooklet.pdf

- В конце декабря 2009 г., в канун Нового года, в центральном офисе Всеукраинской сети ЛЖВ был проведен аукцион «Просто праздник». Основной целью аукциона было не просто хорошо и весело провести время, но и силами сотрудников Сети ЛЖВ помочь ВИЧ-положительным детям, оказавшимся без опеки родителей. На аукцион было выставлено девять уникальных лотов, среди которых: мастер-класс по росписи витражей, роспись по ткани, урок танго, навыки фигурного катания, экскурсия по древнему району Киева Подолу, шопинг с консультантом, чаепитие и кофепитие с директорами организации, охранная грамота, экскурсия в музей нэцкэ. Уникальность лотов состоит в том, что все они были не просто лотами, а увлечениями, талантом и потенциалом самих сотрудников Сети. В результате все замечательно провели время, а еще собрали значительную сумму средств на нужды ВИЧ-положительных детей-сирот из Украины.



29 марта 2010 года остановилось сердце нашего друга, соратника, активиста и просто хорошего человека Юры Кучерявого. Многие знали его под коротким именем Ганс. Он не дожид всего 3 дня до своего дня рождения – 2 апреля ему исполнился бы 31 год.

Он ушел от нас в самом расцвете сил, полный огромным желанием приносить пользу людям. Еще вчера мы обсуждали с ним наши грандиозные планы, как будем помогать ВИЧ-положительным детишкам, как будем развивать всероссийскую линию по реабилитации, как поедем в Вену и в очередной автопробег..

А сегодня его не стало. В душе многих людей образовалась глубокая рана, которая долго не затянется.

Если вы верующие, помяните его в своих молитвах. Юра не делил людей по их вере. Он помогал и христианам, и мусульманам, и иудеям, и буддистам. Помогал искренне, от всего сердца, которое не выдержало.

Он всегда был там, где нужен, и никогда не жаловался, хотя ему было подчас очень трудно.

Светлая тебе память, наш друг!

Всероссийское объединение ЛЖВ



8 800 200 5555

РАВНЫЙ-РАВНОМУ

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ-ПОЛОЖИТЕЛЬНОМУ

ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ

«ШАГИ»

www.hiv-aids.ru

С газетой «Шаги экспресс»



к здоровому образу жизни