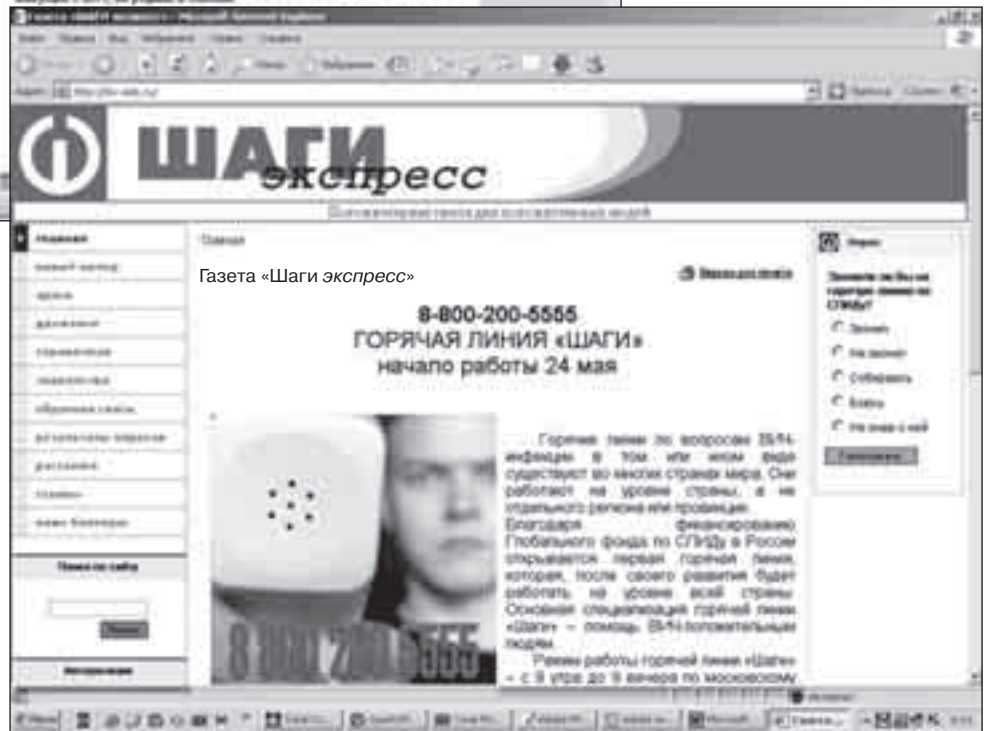
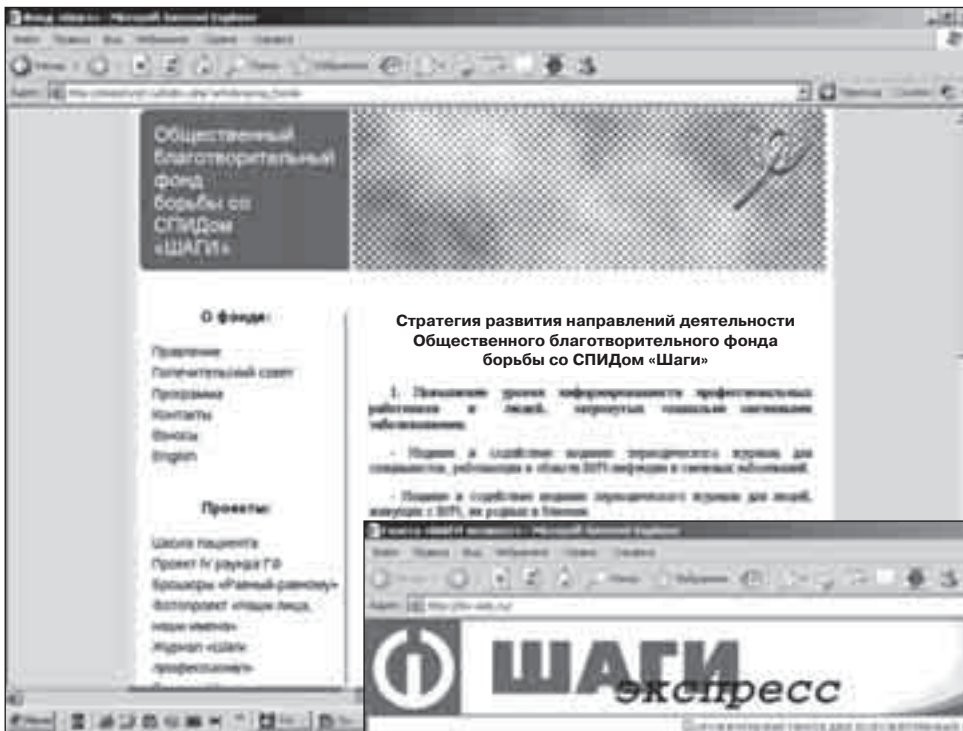




*«Риск заражения
ВИЧ для каждого
россиянина не снижается,
а наоборот — с каждым
днем возрастает!»*

Стр. 24

Вадим Покровский



Сайты фонда «Шаги» и газеты «Шаги экспресс»

www.stepsfund.ru

www.hiv-aids.ru

СОДЕРЖАНИЕ

16 мая 2010 года Всемирный день памяти людей, умерших от СПИДа	2	
Суздаль-2010		
«Диагностика и лечение оппортунистических и сопутствующих заболеваний при ВИЧ-инфекции»	14	
Выступление А.Т. Голиусова (Роспотребнадзор)	15	
Презентация «Организация надзора за оппортунистическими и вторичными заболеваниями при ВИЧ-инфекции в Российской Федерации» Н.Н. Ладная (Федеральный СПИД-центр)	17	
Лица		
Вадим Покровский: «Риск заражения ВИЧ для каждого россиянина не снижается, а наоборот — с каждым днем возрастает!»	24	
.....	26	
Обзоры мировых медицинских журналов		36
Осторожно! СПИД-диссиденты!	42	
Дети со знаком «плюс»	55	
Церковь против СПИДа		55
Участие Свято-Димитриевского сестричества в помощи больным ВИЧ/СПИДом		
В помощь лечащему врачу		
Повышение уровня непрямого билирубина при приеме Атазанавира О.А. Козырев	58	
ВИЧ и право		63
ВИЧ. Приговор вирусу. Общественное здоровье, права человека и уголовное право		
Руководство Aidsrap к приему заявок на финансирование 10-го раунда Глобального фонда Дэвид Гармейз, Мэтью Гринхол	79	
	23, 35, 54, 57, 62, 78, 96	
Вести отовсюду		

«ШАГИ профессионал» № 3 (24) 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.

День памяти



16 мая 2010 года

Всемирный день памяти людей, умерших от СПИДа

16 мая 2010 года, во Всемирный день памяти людей, умерших от СПИДа, Всероссийская общественная организация «Объединение людей, живущих с ВИЧ» (ВОО «Объединение ЛЖВ») при поддержке Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) и организации «СПИД инфосвязь» провела Всероссийскую акцию «Знать, чтобы жить».

Красная ленточка

Простая вещь – петелька из отрезка ленты красного цвета, длиной 15 сантиметров. Ее носят, приколов к одежде булавкой. Но красная ленточка на вашей одежде – это не обычное украшение, это символ.

Красная ленточка – это символ осознания людьми важности проблемы СПИДа, принятый во всем мире. Чем больше людей наденут красную ленточку, тем слышнее будет голос тех, кто требует внимания к проблеме СПИДа и к проблемам миллионов людей, затронутых этой эпидемией.

Красная ленточка – это символ памяти о сотнях тысяч людей, унесенных этой жестокой болезнью.

Красная ленточка – это символ солидарности с теми, кого эпидемия СПИДа затронула лично: с людьми, живущими с ВИЧ-инфекцией и СПИДом, с их близкими, родными и друзьями.

Красная ленточка – это символ надежды, что вскоре будет найдено лекарство, излечивающее от СПИДа, и вакцина, предохраняющая от заражения.

Красная ленточка – это символ поддержки ведущихся во всем мире научных разработок и клинических испытаний, призванных найти новые лекарства и вакцину от СПИДа.

Красная ленточка – это символ протеста против истерии и невежества, против дискриминации и общественной изоляции людей, живущих с ВИЧ/СПИДом.

Надеть красную ленточку – это самый первый шаг.

Следующий шаг – это конкретные действия.

Ваше содействие требуется по многим направлениям:

- содержание и развитие служб, оказывающих поддержку людям, живущим с ВИЧ/СПИДом;

- продолжение работы по привлечению внимания общества к проблеме предотвращения распространения ВИЧ-инфекции;

- борьба с предрассудками по отношению к ВИЧ-положительным и дискриминацией людей, лично затронутых эпидемией;

- распространение правдивой информации о путях заражения и распространения ВИЧ, получение информации об опыте борьбы со СПИДом в разных странах.

Красная ленточка – призыв к действию. Вы хотите внести свой вклад в борьбу со СПИДом, но не знаете как? Существует множество вариантов:

Сбор достоверной информации. Стремитесь получить надежные современные данные о безопасном сексе, путях передачи заболевания, динамике роста числа больных и инфицированных, последних достижениях медицинской науки в этой области, государственной политике. Умейте различать факты и домыслы.

Передача информации другим. Рассказывайте своим родственникам, друзьям, коллегам, соседям о ВИЧ/СПИДе – о том, как передается вирус и какие есть способы профилактики этого заболевания. Организуйте лекцию, семинар по данной проблеме. Прекрасную возможность для подобных акций представляет Международный день борьбы со СПИДом.

Работа в качестве добровольца и финансовые пожертвования. Вносите средства на поддержку научных исследований, целью которых является разработка эффективных препаратов для лечения СПИДа. Поддержите местные СПИД-сервисные организации – поработайте в качестве добровольца или внесите средства.

Воздействие на общественное мнение. Рассказывайте другим о вашем вкладе в борьбу со

СПИДом. Не стесняйтесь высказывать свое суждение по поводу предрассудков, вызванных страхом и антиспидовской истерией в печати. Постарайтесь, чтобы люди поняли, что СПИД — наша общая проблема.

Не откладывайте, действуйте сейчас!



Как все начиналось. Поучительна история создания красной ленточки. В тот момент Америка переживала две трагедии — потерю 79 солдат, исчезнувших в Кувейте, и эпидемию СПИДа. В знак поддержки своих пропавших без вести соотечественников и надежды увидеть их снова американцы носили на одежде желтые ленточки. Однако о СПИДе, который к тому времени унес 140 тысяч жизней, предпочитали не говорить.

В апреле 1991 года, чтобы привлечь внимание общественности к проблеме СПИДа, художник Франк Мур создает *красную ленточку*. Красная ленточка становится символом надежды, объединившим голоса людей, заявлявшим о необходимости осмысления проблемы СПИДа. Сначала ее носил только узкий круг людей — члены благотворительной организации «Visual AIDS», где состояли люди искусства, желавшие свои силы и талант направить на борьбу с эпидемией. Очень быстро красная ленточка стала символом борьбы со СПИДом, популярным в самых широких слоях общества.

В ноябре 1991 года на концерте, посвященном памяти Фредди Меркьюри, в Великобритании красную ленточку впервые надели 70 тысяч поклонников артиста.

В 1992 году на церемонии вручения премии «Оскар» в Голливуде у двух третей присутствующих на груди была красная ленточка.

Красную ленточку надевали Элизабет Тейлор, Мэджик Джонсон, Артур Эм и другие популярные люди.

Сегодня во всем мире красная ленточка является символом солидарности с людьми, которых затронула проблема ВИЧ/СПИДа. Как символ своего участия в антиспидовской борьбе красную ленточку носят люди в Америке, Европе и во всем мире.

Как получить красную ленточку. Вы можете сделать ее сами. Это очень просто — отрежьте полоску ткани красного цвета длиной примерно



Франк Мур

15 сантиметров, сложите ее пополам, чтобы концы образовали букву V. Приколите верх ленточки к одежде английской булавкой.

Если вам необходимо большое количество ленточек (например, тысяча) для проведения каких-либо мероприятий, позвоните в вашу местную СПИД-сервисную организацию. Или просто пойдите в ближайший магазин и купите там ленты и булавки.



Москва

В Москве акция прошла на Тверском бульваре около памятника С. Есенину, где было установлено Дерево памяти. Волонтеры раздавали информационные буклеты о профилактике ВИЧ, желающие могли в знак солидарности завязать на дереве красные ленточки. Акция была поддержана певцами Юрием Феклистовым и Дианой Гурцкой.



На Малой Садовой улице прошел флешмоб*. Прохожим было предложено взять в руки красную ленточку и зажечь свечу. Всем желающим: проходящим мимо горожанам, а также специально пришедшим на акцию активистам сообщества ЛЖВ — было предложено взять в руки красную ленту и поднять вверх в минуту молчания, для того чтобы вспомнить тех, кого уже нет, и подумать о тех, кто рядом. После минуты молчания все зажгли памятные свечи и из горящих свечей составили ленту. В акции приняло участие более 70 человек.

Цель FlashMob — обратить внимание общества на проблему распространения эпидемии и лечения ВИЧ-инфекции. Мы надеемся, что люди, принявшие участие в FlashMob, взявшие в руки свечу, задумаются о том, что на месте ВИЧ-инфицированного сегодня может оказаться каждый. Что проблема ВИЧ существует, и только наше объективное принятие действительности, правильное отношение к себе и к окружающим поможет изменить ситуацию к лучшему.

Организаторы акции — программная линия «Равновесие» совместно с БФ «Свеча».



* Флешмоб (от англ. *flash mob*: *flash* — вспышка; миг, мгновение; *mob* — толпа, переводится как «вспышка толпы» или как «мгновенная толпа») — это заранее спланированная массовая акция, в которой большая группа людей (*мобберы*) внезапно появляется в общественном месте, в течение нескольких минут они выполняют заранее оговоренные действия и затем одновременно быстро расходятся в разные стороны как ни в чем не бывало. Психологический принцип флешмоба заключается в том, что мобберы создают непонятную ситуацию, но ведут себя в ней так, как будто для них это вполне нормально и естественно: серьезные лица, никто не смеется, все находится в здравом рассудке, трезвые и вменяемые. Флешмоб — это представление, рассчитанное на случайных зрителей (*фомичей*), у которых возникают неоднозначные чувства: полное непонимание, интерес и даже ощущение собственного помешательства. Идеология классического флешмоба придерживается принципа «флешмоб вне религии, вне политики, вне экономики», то есть флешмоб не может быть использован в корыстных целях.

В этот день мы поминаем не только умерших от СПИДа, но и тех людей, которые посвятили свою жизнь, свою профессиональную деятельность борьбе с эпидемией.

Профессор кафедры инфекционных болезней МАПО Елена Николаевна Виноградова умерла в возрасте 52 лет от метастатической раковой болезни. Она прошла тяжелый, славный и мужественный путь. Закончив 1-й ЛМИ, работая медсестрой в период учебы, далее клиническим ординатором и позже — докторантом по хроническим вирусным гепатитам, она организовала при поддержке Комитета здравоохранения Городской гематологической центр с регистром, став его главным врачом. Позже ей предложили возглавить городской центр СПИДа. Елена Николаевна согласилась при условии, если ей разрешат объединить городской гепатологический центр со стационаром на 180 коек с поликлиникой центра СПИДа. Комитет здравоохранения пошел ей навстречу, и Елена Николаевна, уже будучи профессором кафедры МАПО, по совместительству стала осуществлять свои планы. Это стоило ей многих сил и здоровья, возможно послужило причиной болезни. Образно выражаясь, Елена Николаевна «взошла на Голгофу», но создала уникальный для нашей страны, а возможно, и многих стран мира центр профилактики и борьбы со СПИДом и инфекционными заболеваниями.

Ее основные достижения — открытие впервые в стране палат «Мать и дитя», а также первых в стране отделений паллиативной медицины («Хоспис») и «Материнства и детства». Ею были организованы новые структурные подразделения по хроническим вирусным гепатитам и хирургии и ВИЧ-инфекции.

Уже будучи больной, профессор Е.Н. Виноградова создавала новые подразделения. Ее любили больные, а дверь в ее кабинет была открытой для всех



Е.Н. Виноградова

В парке имени Первого мая прошла акция «Помнить, чтобы жить». Организаторами мероприятия выступили: отдел по делам молодежи Администрации города Ростова-на-Дону; общественные организации «Благополучие поколения» и «Молодые медики Дона»; клуб женщин, живущих с ВИЧ, «Надежда»; представители Донского антинаркотического фронта, волонтеры международного проекта «Танцуй ради жизни», общественность города. На акции собрались люди, которым небезразлично их будущее и будущее их детей: представители общественных организаций по работе с людьми, живущими с ВИЧ, государственных структур, работающих в сфере противодействия ВИЧ-инфекции, добровольцы молодежных объединений.



Участники акции подготовили квилты — полотнища в память о каждом, чью жизнь унесла эпидемия СПИДа. Состоялся митинг, на котором выступили: ведущий специалист управления Роспотребнадзора по РО Е.С. Прокопьева, представитель Областного центра СПИДа Н.А. Бойков, руководитель РООО «Ростов без наркотиков» С.В. Горяинов, руководитель организации по развитию немедицинского сервиса для ЛЖВ «ОК+» О. Копяев, врач-психотерапевт и ведущая группы поддержки для ЛЖВ Ростова «Социум+» А.А. Панкова, председатель Красного Креста в Ростовской обл. Е.И. Хлиян, представитель УФСКН по Ростовской обл. Г.Н. Сагайдачная, исполнительный директор ЧУПСИ «Благополучие поколений» председатель женского клуба «Надежда» И.О. Моисеева, руководитель организации «Молодые медики Дона» Р. Поликарпов, волонтер проекта «Танцуй ради жизни» Ю. Терещенко. После митинга все почтили память умерших минутой молчания и зажгли свечи вокруг красной ленты — символа борьбы с ВИЧ и СПИДом во всем мире.

Добровольцами молодежных организаций была подготовлена работа информационной палатки, целью которой было рассказать о том, как можно защитить себя от ВИЧ.

Махачкала

В воскресенье, 16 мая в Махачкале прошла акция, посвященная Всемирному дню памяти людей, умерших от СПИДа. В этот день у памятника русской интеллигенции собрались те, кто неравнодушен к данной проблеме. Организаторами акции выступила ДРОО «СВОИ». В акции также принимали участие ректор НОУ ВПО «Социальный университет» Магомед Рамазанов, заместитель главного врача РЦ СПИД и ИЗ Лаура Умаханова, начальник управления комитета по молодежной политике Республики Дагестан Наталья Демидова, заместитель начальника ФСНК Хасайбат Валиева.

Спонсорскую поддержку оказала компания «Билайн». Активное участие в проведении акции приняли студенческие активы вузов Махачкалы.

В знак памяти в небо были запущены воздушные шары с именами тех, кого уже нет с нами, в воду были опущены лепестки роз, были зажжены свечи. Память погибших почтили минутой молчания.



Красноярск

В Красноярске с 13 по 16 мая проходил театральный марафон «ВИЧ: не игра». Пять спектаклей на темы, связанные с социальными, правовыми, бытовыми, психологическими аспектами такого заболевания, как ВИЧ-инфекция, представили профессиональные и любительские театры: Красноярский драматический театр им. А.С. Пушкина, Шарыповский драматический театр, народный театр «Орфей», штаб волонтерского движения СПИД-центра Красноярского края. Самым ожидаемым событием марафона станет демонстрация спектакля «Заполярная правда» московского документального театра «Театр.doc», которую красноярцам представит режиссер Георг Жено. Пьеса интересна тем, что в основу ее положены реальные истории из жизни ВИЧ-инфицированных жителей Норильска.

Серов (Свердловская область)

«Помнить и жить» — под таким девизом проходит в Свердловской области День памяти. Все больше в нашей стране появляется людей, для которых этот день становится не просто датой в календаре. В России более 40 000 человек умерли от СПИДа. В Свердловской области — 5364 человека.

«За этими цифрами — судьбы людей. Кто-то умер, не дождавшись антиретровирусной терапии, которая появилась в стране в 2006 году. Кто-то умирает сейчас, потому что слишком поздно обратился за медицинской помощью. Умирают молодые люди в возрасте 25–30 лет. Многие из них употребляли или употребляют наркотики: их юность пришлась на первую волну наркомании в России. Это поколение часто называют «потерянным». Кто-то, возможно, винит и осуждает этих ребят. Но на самом деле их судьбы — это напоминание нам, живым, о том, что эпидемия ВИЧ-инфекции — это реальность сегодняшнего дня, что от СПИДа умирают, что сохранить жизнь можно, но только в том случае, если отказаться от рискованного поведения», — комментирует Анжелика Подымова, главный врач Свердловского областного центра по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции.

В Серове накануне Дня памяти, 14 мая, прошла акция «Помнить и жить». В ходе акции было организовано экспресс-тестирование на ВИЧ, волонтеры филиала Свердловского областного центра по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции по Северному округу (г. Серов) распространяли среди жителей города информационные материалы, красные ленточки. На площади около кинотеатра «Родина» транслировались аудиоролики социальной рекламы по профилактике ВИЧ-инфекции, звучали песни Фредди Меркьюри, умершего от СПИДа.

Экспресс-тестирование на ВИЧ проходило в рамках мероприятий Глобальной инициативы «Тестирование для миллионов». В 2010 году уже 739 жителей Свердловской области присоединились к этой инициативе.

Каменск-Уральский

В филиале Свердловского областного центра по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции по Южному округу (г. Каменск-Уральский) появилась Стена Памяти. Волонтеры филиала вместе с сотрудниками медицинского учреждения сделали 143 маленьких сердечка (по числу умерших жителей Каменск-Уральского). На каждом написано имя и возраст человека, который умер от СПИДа. На стене эти маленькие сердечки образуют одно большое сердце.

«Пусть сердце скажет...» — так называется акция, организованная к Дню памяти умерших от СПИДа. «Очень важно, что в подготовке акции

принимали участие наши волонтеры – учащиеся образовательных учреждений города. Их 10 человек, и сейчас они заканчивают обучение по программе профилактики ВИЧ-инфекции в молодежной среде. Эти ребята смогут организовать профилактическую работу среди своих сверстников. Думаю, что подготовка к Дню памяти помогла им осознать, что ВИЧ-инфекция – это реальная угроза, что СПИД уносит жизни. Поэтому их знания и навыки, их участие в профилактической работе необходимы для того, чтобы сохранить жизни их сверстников», – говорит один из сотрудников филиала.

На 01.05.2010 года в Каменск-Уральском зарегистрировано 1245 случаев ВИЧ-инфекции.

Первоуральск

Акция «Помнить и жить» прошла 14 мая. Около торгового центра «Пирамида» работал мобильный пункт экспресс-тестирования на ВИЧ. Вместе со специалистами филиала Свердловского областного центра по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции по Западному округу (Первоуральск) в акции приняли участие волонтеры Первого металлургического техникума, прошедшие обучение по программе «Полезные практики: реальная альтернатива» (проект «ХОУП»), которая направлена на формирование личного отношения учащихся к проблеме ВИЧ/СПИДа. Волонтеры не только информировали жителей города о времени и месте проведения экспресс-тестирования, но и, опираясь на полученные знания и навыки, проводили консультирование горожан по вопросам ВИЧ/СПИДа.

Первоуральск находится на втором месте в области (после Екатеринбурга) по абсолютному числу ВИЧ-инфицированных людей. Каждый 16-й житель Первоуральска в возрасте от 18 до 29 лет живет с диагнозом ВИЧ-инфекция. В Свердловской области умерло 5364 ВИЧ-инфицированных.

Екатеринбург

«Помнить и жить» – под таким девизом в Свердловской области вот уже второй год проходят мероприятия, посвященные Дню памяти. «Помнить о том, что более 20 миллионов умерших от СПИДа – это предостережение нам, живым» – это текст листовки, которую 14 мая распространяли волонтеры Октябрьского района.

14 мая на перекрестке ул. Белинского и ул. Куйбышева возле здания УрГУ работал мобильный пункт экспресс-тестирования на ВИЧ-инфекцию. В условиях эпидемии знать свой ВИЧ-статус необходимо. ВИЧ-инфекция долгие годы не проявляет себя. Человек может жить не зная, что у него ВИЧ-инфекция и подвергать опасности себя и своих партнеров. Знание своего

ВИЧ-статуса в условиях эпидемии ВИЧ-инфекции – это первый шаг к изменению рискованного поведения. На мобильном пункте за 15 минут каждый желающий может узнать свой ВИЧ-статус и получить информацию по профилактике ВИЧ-инфекции – анонимно и бесплатно. Всем, сдавшим анализ на ВИЧ, предоставляются сувениры, информационные материалы.

Инициаторами организации работы мобильного пункта экспресс-тестирования Свердловского областного центра по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции является отдел по делам молодежи Октябрьского района и Центр внешкольной работы «Спектр».

16 мая при поддержке областного СПИД-центра состоялась акция, в которой приняли участие представители Свердловского отделения ВОО ЛЖВ, общественных организаций «Шанс+» и «Движение Урал-позитив», а также волонтеры отряда «Милосердие» Свердловского областного медицинского колледжа (СОМК) и Ассоциации студентов и выпускников СОМК. 30 добровольцев раздали горожанам воздушные шары, около 1000 красных ленточек и около 3000 флаеров, подготовленных специалистами областного СПИД-центра. Акция проходила в центре города, на пешеходной улице Вайнера, улице 8 Марта, в Историческом сквере, около ТЦ «Гринвич».

Напомним, что в Екатеринбурге на 1 мая 2010 г. выявлено 17 060 ВИЧ-инфицированных (для сравнения: на 01.05.2009 г. было выявлено 15 654 ВИЧ-инфицированных). Показатель пораженности на 100 тыс. населения составил 1259,6, что в 1,25 раза превышает среднеобластную, т.е. свыше 1,3% населения города поражено ВИЧ-инфекцией. Около 4% молодого населения Екатеринбурга поражено эпидемией ВИЧ-инфекции. За 4 месяца 2010 года вновь выявлено 522 случая ВИЧ-инфекции. По прогнозам эпидемиологов, в конце 2010 года количество ВИЧ-инфицированных жителей Екатеринбурга составит 20 тыс. человек.

В Екатеринбурге с 2004 года преобладающим путем передачи ВИЧ-инфекции остается половой – 57,5% от всех выявленных ВИЧ-положительных инфицировались именно так.

Самара

В воскресенье, 16 мая 2010 года в центре Самары прошла ежегодная акция, посвященная Всемирному дню памяти людей, умерших от СПИДа. Организаторами акции выступили АНО «Молодежный театр «Light» и инициативная группа людей, живущих с ВИЧ, «Позитивный подход».

Целью акции было не только почтить память людей, умерших от СПИДа, но также привлечь внимание гражданского общества и властей города к актуальности проблем эпидемии и ВИЧ-



инфицированных людей, к их правам, оказать моральную поддержку им и их близким.

«День памяти людей, умерших от СПИДа, как и Международный день борьбы со СПИДом (1 декабря), это та дата, когда людям стоит остановиться, вынырнуть из повседневного океана суеты и забот и задуматься: что в жизни главное, а что второстепенное и что по-настоящему ценно. В этот день людям важно вспомнить о тех, кого рядом нет и кто уже никогда не вернется. Людям нужно задуматься, как они живут и что они делают для того, чтобы не было мучительно больно за совершенное», — это слова представителя инициативной группы людей, живущих с ВИЧ, «Позитивный подход» Алексея Щербакова.

В 15.00 в Самарской областной универсальной научной библиотеке состоялся просмотр известного и актуального по сей день кинофильма «Филадельфия» с Томом Хэнксом и Дензелом Вашингтоном в главных ролях. Фильм 1993 года, получивший две премии «Оскар», повествует о многогранности проблем ВИЧ-инфекции и СПИДа в современном обществе.

Затем действие переместилось на улицу Ленинградскую, где все желающие смогли принять участие в объединяющем танце проекта «Танцуй ради жизни» («Dance4life»). Не все прохожие решились поучаствовать в танце, но с удовольствием наблюдали за происходящим. Одним из организаторов акции стал руководитель «Молодежного театра «Light» Михаил Ушаков. Из его слов стало ясно, что «данный танец является символом осознания и актуальности проблем ВИЧ/СПИДа, и все участники смогли продемонстрировать равнодушие к данной проблеме». Также Михаил отметил важность участия в акции людей, живущих с ВИЧ. Ему кажется, что ВИЧ-положительным людям стоит гораздо чаще участвовать в профилактических мероприятиях, направленных на борьбу со СПИДом, как это бывает в других городах.

К сожалению, результаты опроса, проводимого во время акции, могут только огорчать. Подавляющее большинство опрошенных, хоть и считают тему ВИЧ/СПИДа актуальной для Самары, но уверены, что именно их данная проблема никак не коснется. Удивительно, что так думают жители губернской столицы, которая занимает лидирующее место в стране по темпам распространения ВИЧ-инфекции!

Организаторы акции надеются, что в будущем подобные мероприятия будут поддержаны администрацией города и области, благодаря чему они выйдут на новый, более качественный и масштабный уровень.

Волгоград

16 мая 2010 года в Волгограде успешно прошла акция «Помнить, чтобы жить». В мероприятии участвовало около тысячи человек, с которыми были проведены консультации на тему ВИЧ/СПИДа, розданы информационные материалы с координатами сервисов, вручены воздушные шары с записками ЛЖВ внутри. В знак солидарности к проблеме и толерантного отношения к ЛЖВ каждому участнику акции прикрепляли к груди красную ленту. Около 100 человек приняли участие в мини-викторине вопросы—ответы на тему ВИЧ-инфекции, с вручением в качестве призов дисков с фильмами по теме ВИЧ/СПИДа. В знак памяти умершим от СПИДа финалом акции стал запуск воздушных шаров.

В акции приняли участие ЛЖВ, представители администрации города, представители СПИД-



центра, Российского Красного Креста, врачи районных поликлиник, сотрудники социального центра «Семья», муниципального телевидение Волгограда и городских газет. Акцию посетил мэр города Р.Г. Гребенников.

Барнаул

В Алтайском крае на 1 мая 2010 года выявлено более 10 тыс. человек, у которых диагностировали ВИЧ-инфекцию. Смертность среди них за все годы достигла 1121 человека, в том числе непосредственно от СПИДа умерло 232.

«Благодаря программам антиретровирусной терапии, летальность удалось снизить вдвое по сравнению с расчетными данными Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом. Но несмотря на эти достижения в лечении ВИЧ-инфекции, СПИД продолжает уносить жизни во всем мире», — отметили в пресс-службе Алтайкрайздрава.

В рамках Дня памяти в Барнауле 17 мая иерей Сергей Холодков, священник храма Иоанна Богослова, провел панихиду по умершим от СПИДа в здании Краевого СПИД-центра.

Астрахань

В Астраханской области в рамках Дня памяти проводилось множество мероприятий. Так, 14 мая проведена акция «Красная ленточка», в рамках которой на пересечении улиц Ахматовская и Кирова организована раздача памяток, агитационного материала; 15 мая в Астраханской медицинской государственной академии (АГМА) состоялся семинар «Остановить СПИД». Кроме того, были проведены различные мероприятия по распространению информации о профилактике и борьбе со СПИДом в высших учебных заведениях города, муниципальных образовательных учреждениях Астрахани и Астраханской области. «Учитывая сложившуюся ситуацию, нам необходимо обратить особое вни-

мание на проблемы, с которыми сталкиваются ВИЧ-инфицированные, и каждому из нас постараться по мере своих сил сделать их жизнь лучше. Вспоминая умерших от этого заболевания людей, не стоит забывать о тех, кто еще живет с этой страшной болезнью и нуждается в нашей поддержке», — говорили участники акций.

Тольятти

Тольятти с проектом «Время жить!» посетил известный любому российскому зрителю тележурналист Владимир Познер. Проект, который реализуется уже пять лет, задуман в виде телемарафонов, посвященных проблемам ВИЧ/СПИДа. За это время Владимир Познер провел телеэфиры во многих городах России, где проблема ВИЧ/ СПИДа наиболее серьезна, и Тольятти стал 45-м по счету. По словам журналиста, ситуация с распространением ВИЧ-инфекции в Тольятти — одна из самых тяжелых: по количеству зарегистрированных инфицированных Тольятти делит первые три места с Ленинградской областью и Иркутском. Одна из основных целей телеэфира, который состоялся на местном телеканале, по словам Владимира Познера, понять, с чем это связано.

Согласно данным, предоставленным организаторам телемарафона, 99% молодежи города знают о ВИЧ/СПИДе. Однако, по сведениям команды Владимира Познера, проводившей телеопрос на улицах Тольятти, уровень просвещенности местной молодежи несколько преувеличен. Между тем, подчеркнул журналист, молодые люди должны уметь защитить себя от болезни, а для этого должна проводиться профилактика, дети должны знать о реальном положении дел в городе.

«Раньше были группы риска: проститутки, наркоманы и люди другой сексуальной ориентации, наиболее уязвимые для ВИЧ, — сказал Владимир Познер. — В какой-то степени можно объяснить негативную реакцию на них. Но сегодня больше нет групп риска, потому что СПИД



шагнул далеко за эти группы. И это нужно объяснить. И понимать, что если человек заболел, его не нужно за это бить. Люди до сих пор боятся отдавать своего ребенка в один детский сад с ВИЧ-инфицированным ребенком. Почему?! Ведь он абсолютно не заразный. Люди недостаточно подготовлены».

Журналист рассказал, что благодаря телемафону «Время жить!» стало известно, что, к примеру, в Рязани наркоманы употребляют синтетические наркотики, изготовить которые могут запросто, купив кодеиносодержащие препараты в аптеке. Во время телепередачи поступило предложение не продавать эти препараты без рецепта. И спустя несколько дней после того, как прошла телепрограмма, вышло соответствующее запрещающее распоряжение губернатора.

По словам Владимира Познера, и в его окружении есть ВИЧ-инфицированные люди разной сексуальной ориентации. Их нужно не отталкивать, а всячески поддерживать.

Иркутск

16 мая в 16.00 на набережной Ангары возле ночного клуба «Акула» состоялась акция, посвященная Дню памяти людей, умерших от СПИДа. Организаторы акции: ИОЦ СПИД, ИООО Красный Крест, ИОО «Статус-кво», Добровольческий центр «Твори Добро», Городской студенческий совет. В сценарии были предусмотрены выступления музыкальных коллективов, раздача информационных материалов, консультации специалистов, проведена минута молчания. Кроме того, выпуск воздушных шаров, консультации специалистов, раздача всем прохожим красных ленточек — это ставшая традицией обязательная часть любой акции.

Актив молодежи города, при ресурсной поддержке администрации города, провел 16 мая акцию на пешеходной улице Урицкого. Акция включала в себя несколько компонентов, в том числе и живые рекламные щиты с надписью «Если у меня ВИЧ, то вы пожмете мне руку?» и раздачу 500 красных ленточек, и брошюры, и раздаточный материал, взятый в Красном Кресте.

На месте проведения акции был установлен стенд со слоганом: «Знать, чтобы жить!», на свободном поле которого можно было всем прохожим оставлять свои пожелания и мысли о ситуации с ВИЧ/СПИДом, отношении к проблеме, к ВИЧ-положительным людям, или просто обводить контур своей руки красным маркером.

Новосибирск

В Первомайском сквере 16 мая прошла акция Дня памяти, на которой молодые люди раздавали красные ленточки и информационные листки. Организаторами этого мероприятия

выступили Новосибирская городская общественная организация «Гуманитарный проект» совместно с международным проектом «Dance4life».

«Наверное, нет человека, который мог бы сказать про себя: «Я хочу заболеть», но мы постоянно сталкиваемся с ростом числа ВИЧ-инфицированных молодых людей. Причина — безответственное отношение к себе и другим людям. Целью нашей акции является привлечение внимания молодежи прежде всего к себе и своему здоровью, а также привлечение внимания общества к проблемам распространения эпидемии ВИЧ/СПИДа», — рассказал региональный координатор проекта «Dance4life» в Новосибирской области Олег Пименов.

В Новосибирской области сегодня насчитывается 9521 ВИЧ-инфицированных. За 4 месяца 2010 года в области были выявлены 1118 новых случаев ВИЧ-инфекции, в том числе у 8 детей. Главной причиной смерти ВИЧ-инфицированных за последние годы становятся такие болезни, как туберкулез, пневмония, грибковые заболевания и другие инфекции, которые развиваются вследствие иммунного дефицита.

Кировоград

На центральной площади Кировограда по случаю Всемирного дня памяти людей, умерших от СПИДа, прошел флешмоб — акция, во время которой волонтеры создали живую ленту солидарности.

Также волонтеры благотворительной организации «Всеукраинская сеть людей, живущих с ВИЧ» раздавали прохожим, в основном молодым людям, презервативы.

По словам регионального представителя организации Александра Александрова, нынешняя акция проходила под лозунгом «Знать — недостаточно, постарайтесь понять!»

«Мы пытаемся донести абсурдность страха перед ВИЧ-положительными людьми, не допустить их общественного отторжения. А от власти требуем сделать диагностику и лечение болезни более доступными», — сказал Александров. По его словам, сегодня в Кировоградской области зарегистрировано и находится на учете 1207 ВИЧ-положительных людей.

«В действительности таких больных намного больше. Проблема заключается в ограниченном доступе к ВИЧ-обследованию. Например, в Светловодске с начала года только три человека прошли обследование, один из которых оказался ВИЧ-инфицированным», — сказала руководитель Кировоградской областной благотворительной организации «Открытое сердце» Алина Ярославская. По ее словам, в Кировограде пройдут и другие акции в знак солидарности с ВИЧ-положительными людьми: в одном из ночных клубов города состоится тематическая вечеринка, в кировоградском дендропарке во-

лонтеры организуют роспись полотна памяти, в нескольких вузах Кировограда будет представлена фотоэкспозиция «Позитивная жизнь», посвященная проблеме больных ВИЧ/СПИДом.

В Украине эпидемия ВИЧ/СПИДа в настоящее время достигла самых опасных в Европе масштабов. Экспертов ООН беспокоит тот факт, что развитие эпидемии продолжает опережать масштабы и темпы борьбы с ней.

Кишинев

16 мая 2010 года Ассоциация «Tineretul Pozitiv» («Позитивная молодежь») провела социальный «Марш памяти» посвященный Всемирному дню памяти людей, умерших от СПИДа. Старт марша состоялся в парке Памяти Афганцев, затем продолжился по улицам столицы Молдовы Кишиневу и закончился в центре города, в месте проведения акции памяти другими организациями. Лозунги марша: «Остановите СПИД – сохраните многие жизни», «От вашего отношения к проблеме зависит будущее страны», «Каждый имеет право на жизнь», «Дискриминируя людей с ВИЧ – СПИД не остановишь», «Толерантность, солидарность – социальное партнерство», «Люди с ВИЧ – такие же члены общества».

Кроме раздачи ленточек и информационных буклетов, участники марша организовали сбор подписей под обращением к правительству и парламенту, государственным чиновникам, политическим и общественным деятелям, всему обществу Республики Молдова.

Одесса

«Знать – недостаточно, попытайтесь понять!» – таким был лозунг акции, посвященной памяти людей, умерших от СПИДа 16 мая 2010 года в Украине.

В уличной акции, посвященной Дню памяти людей, умерших от СПИДа, на Греческой площади 16.05.2010 года в Одессе принимали участие мобильные амбулатории ОД «Вера. Надежда. Любовь» и ОБФ «Дорога к дому», в которых производилось анонимное и бесплатное тестирование граждан Одессы экспресс-тестами на ВИЧ, гепатит, сифилис и ЗППП, а также выездной флюорограф противотуберкулезного диспансера, где все желающие граждане Одессы могли пройти диагностику на предмет выявления туберкулеза.

В Одессе это мероприятие проводится с 1989 года и стало с тех пор традиционным. Несколько слов о традиции и о символике «Красная лента». В рамках одесской акции было изготовлено и роздано всем участникам 2500 красных ленточек и 250 значков.

В рамках проведения акции, активисты, члены ВБВ «Всеукраинская сеть ЛЖВ» в одесском

регионе, под музыкальное звучание песни Фредди Меркьюри вынесли красную ленту на середину Греческой площади в центре Одессы и все желающие могли водрузить на нее зажженные свечи.

Кроме того, на Греческой площади состоялась вынос квилтов, композиция которых была выложена на площади и находилась там в течение 4 часов. Люди смотрели, вспоминали, фотографировали.

Квилт – это полотно, сшитое из ткани в память о сотнях тысяч женщин, мужчин, детей, которых отняла у нас эпидемия СПИДа. В англоязычных странах, словом quilt называют лоскутное одеяло. По традиции, его шили всей семьей, иногда вместе с соседями и знакомыми, собираясь в круг за столом и, слово за словом, стежок за стежком, лоскут к лоскуту – создавая порой удивительное по красоте полотно. И неизвестно, что было важнее – само ли одеяло или та атмосфера общности и взаимопонимания, которыми сопровождался процесс работы.

Эпидемия СПИДа дала новую жизнь этой старой традиции. Квилтом теперь называют секции соединенных вместе полотен, сшитых в память о тех, кого унесла от нас эта болезнь. Памятные полотна шьют родные и близкие, друзья и любимые, родители и дети умерших от СПИДа людей.

Это огромное лоскутное одеяло, объединяющее в себе десятки тысяч памятных полотен, каждое из которых имеет размер могилы – 1 × 2 метра. Люди шьют памятные полотна для того, чтобы восполнить утрату об ушедшем человеке, выразить свою любовь, нередко чувство вины и боли. И еще для того, чтобы это полотно могли увидеть другие люди и понять проблему СПИДа по-новому.

Когда смотришь на квилт, порой возникает ощущение, что лично знакомишься с человеком, узнаешь историю его жизни, черты характера, привычки. Квилт рассказывает о тысячах разных судеб. Строки воспоминаний, обращения к утраченным любимым, пришиты красочные аппликации, личные вещи, детские игрушки. Квилт говорит нам о том, что каждая жизнь драгоценна и что эпидемия, охватившая всю планету, затронула каждого из нас без исключения.

Организаторы акции в Одессе: Управление молодежной и семейной политики Одесского городского совета; Всеукраинская сеть людей, живущих с ВИЧ; Фонд поддержки граждан Одессы, основанный Эдуардом Гурвицем в 1999 году; Благотворительная организация «Объединение неправительственных организаций Одесской области «Разом за життя»; Общественное движение «Вера. Надежда. Любовь»; общественная организация «Молодежный центр развития»; Благотворительный фонд «Дорога к дому»; Молодежное общественное движение «Партнер»; Международная благотворительная организация «Реабилитационный центр «Ступени»; Общественная организация «Эра Милосердия»;



Благотворительный фонд «Веселка»; общественная организация «Южно-Украинский центр «Здоровье. Женщина. Долголетие»; Общественная организация «Солнечный круг»; Благотворительный фонд «Каритас. Одесса»; Общественная молодежная организация «Клуб взаимопомощи «Жизнь +».

В уличной акции 16.05.2010 года на Греческой площади в Одессе приняли участие мотоциклисты-байкеры. Они на протяжении всего мероприятия объезжали площадь и привлекали к участию в акции граждан Одессы.

Перечень мероприятий, проведенных в рамках акции:

- проведение тематической пресс-конференции в Доме медицинского работника, посвященной Дню памяти людей, умерших от СПИДа;
- проведение субботника в Кировском сквере (уборка, посадка цветов) на Аллее памяти людям, умершим от СПИДа;
- проведение акции, посвященной Дню памяти людей, умерших от СПИДа, на Греческой площади;
- участие в акции на Греческой площади мобильных амбулаторий ОД «Вера. Надежда. Любовь» и ОБФ «Дорога к дому», в которых производилось анонимное и бесплатное тестирование граждан Одессы экспресс-тестами на ВИЧ, гепатит, сифилис и ЗППП;
- участие в акции на Греческой площади мобильной флюорографической амбулатории — бесплатная, анонимная диагностика граждан Одессы на предмет заболевания туберкулезом;
- выставка-ярмарка одесских общественных ВИЧ-сервисных организаций и распространение тематической и профилактической информационной литературы;
- проведение тематического концерта с участием творческих коллективов и музыкальных групп;
- участие в акции на Греческой площади группы мотоциклистов-байкеров;
- запуск шаров, вынос ленты и зажжение свечей на Греческой площади.
- ток-шоу (прямой эфир) на Одесской областной государственной телерадиокомпании (автор и ведущая — Солоненко Алена Николаевна).

Сегодня Украина занимает одно из первых мест в Европе по темпам распространения ВИЧ/СПИДа. С момента выявления первого случая ВИЧ-инфекции в 1987 году и до апреля 2010 года в Украине официально зарегистрировано 166 183 ВИЧ-инфицированных. Из них больше 15% — это дети, рожденные ВИЧ-позитивными матерями и более 32% случаев инфицирования половым путем. За эти годы эпидемия унесла жизни 18 562 украинцев, в том числе 268 детей. В 2009 г. в Украине зарегистрировано около 20 тысяч (19 842) новых случаев ВИЧ-инфекции. Из которых 3761 — это дети. Умерло от СПИДа 2591 человек.



«Диагностика и лечение оппортунистических и сопутствующих заболеваний при ВИЧ-инфекции»

20–22 апреля 2010 года

С 20 по 22 апреля 2010 года в Суздале Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом (Федеральный СПИД-центр) провел совещание «Диагностика и лечение оппортунистических и сопутствующих заболеваний при ВИЧ-инфекции».

В работе совещания приняли участие представители Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор), Федерального центра СПИД, НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского РАМН, Центрального НИИ туберкулеза РАМН, Центрального НИИ информатизации и организации здравоохранения Минздравсоцразвития РФ (ЦНИИОИЗ МЗ РФ), региональных центров СПИД, российских и зарубежных компаний, производящих фармацевтические препараты и лабораторное оборудование, и др.

Специальные сессии были посвящены вопросам молекулярной диагностики ВИЧ-инфекции и вторичных заболеваний у больных ВИЧ-инфекцией, оказания медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией и туберкулезом, диагностики ВИЧ-инфекции и вторичных заболеваний у больных ВИЧ-инфекцией, ВИЧ-инфекции и хронических вирусных гепатитов, оппортунистических инфекций, герпетических и других вирусных инфекций, а также онкологических заболеваний, связанных с ВИЧ и оппортунистическими возбудителями.

В ходе пленарного заседания были рассмотрены нормативно-правовое обеспечение реализации Приоритетного национального проекта «Здоровье» по разделу «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ», особенности оказания медицинской помощи больным с вторичными заболеваниями при ВИЧ-инфекции в российских регионах, заболеваемость оппортунистическими инфекциями и младенческая смертность среди детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей.

С презентацией «Организация надзора за оппортунистическими и вторичными заболеваниями при ВИЧ-инфекции в Российской Федерации» на заседании выступила старший специалист Федерального СПИД-центра Наталья Ладная. Согласно приведенным данным, в систему мониторинга за ВИЧ-инфекцией на территории России входят:

- централизованная поименная регистрация всех случаев ВИЧ/СПИДа, летальных исходов в 1987–2010 годах;

- централизованное ежемесячное сообщение о количестве обследованных и выявленных ВИЧ-инфицированных по контингентам на всех территориях страны;

- активное и массовое обследование населения на антитела к ВИЧ;
- проведение обязательного эпидрасследования случаев ВИЧ-инфекции;
- дозорные анонимные обследования;
- поведенческие исследования;
- надзор за клиническим состоянием людей, живущих с ВИЧ;
- надзор за резистентностью;
- анализ ситуации по заболеваниям с общими путями передачи (заболеваемость вирусными гепатитами В и С, инфекциями, передаваемыми половым путем, туберкулезом);
- анализ заболеваемости наркоманией.

Как отметила в своей презентации «Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в России» руководитель Федерального центра мониторинга противодействия распространению туберкулеза в РФ ЦНИИОИЗ МЗ РФ Елена Скачкова, каждый день в Российской Федерации:

- обследуются на туберкулез 240 тыс. человек;
- регистрируются 323 впервые выявленных больных туберкулезом;
- на диспансерный учет встают 67 больных туберкулезом, прибывших из других субъектов и ведомств;
- умирают от туберкулеза 66 человек;
- умирают от других причин 53 человека;
- излечиваются от туберкулеза 240 человек;
- снимаются с учета в связи с выздоровлением 205 человек;
- регистрируется эффективный результат лечения у 195 человек;
- прерывают лечение 33 человека;
- впервые выявляются 16 больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ);

- выявляются 4 больных с рецидивом МЛУ-ТБ;
- впервые выявляется 21 больной туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией.

Руководитель центра противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией Министерства здравоохранения и социального развития РФ (Минздравсоцразвития) Ольга Фролова в презентации «Туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией: эпидемиологическая ситуация, основные направления противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией» сообщила о том, что в 2009 году в России было впервые зарегистрировано 62,3 тыс. случаев ВИЧ-инфекции (43,9 на 100 тыс. населения) и 113,5 тыс. (82,6 на 100 тыс. населения) случаев туберкулеза. Число новых случаев туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, увеличилось с 7387 (5,2 на 100 тыс. населения) в 2008 году до 9253 (6,5 на 100 тыс. населения) в 2009 году. Всего в 2009 году насчитывалось 20 755 больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией (13,5 на 100 тыс. населения).

Среди впервые выявленных больных туберкулезом в 2009 году на ВИЧ-инфекцию были обследованы 90,4%. В том же году из числа прошедших диспансерное обследование по поводу ВИЧ-инфекции на туберкулез были обследованы 81%, из числа состоящих на учете в центрах

СПИД — 71%, из числа всех ВИЧ-инфицированных — 50%. В 2009 году 62% всех умерших от ВИЧ-инфекции умерли от прогрессирующего туберкулеза.

В тот же день под председательством руководителя Федерального центра СПИД Вадима Покровского состоялось техническое совещание «Оптимизация заявок на поставку диагностических и лекарственных препаратов для выявления и лечения ВИЧ-инфекции».

На второй день совещания в рамках пяти секций обсуждались следующие вопросы:

- ВИЧ-инфекция и хронические вирусные гепатиты;
- оппортунистических инфекции как угроза жизни ВИЧ-позитивных лиц;
- герпетические и другие вирусные инфекции у больных ВИЧ-инфекцией;
- проточная цитометрия, диагностика вирусных гепатитов, диагностика ВИЧ-инфекции и вторичных заболеваний у больных ВИЧ-инфекцией.

Третий день был посвящен проблеме онкологических заболеваний, связанных с ВИЧ-инфекцией и оппортунистическими возбудителями. Программа совещания включала также сателлитные мероприятия и семинары. Завершилось совещание общей дискуссией.

* * *

Выступление А.Т. Голиусова

(Роспотребнадзор)

В настоящее время единственным инструментом, который оказывает значимое влияние на эпидемию ВИЧ в России, остается Приоритетный национальный проект. И в своем докладе, с которым планировал выступить Г.Г. Онищенко, но, к сожалению, не смог приехать, я хочу остановиться именно на этом проекте: на его выполнении, перспективах и на том, как мы должны работать в ближайшем будущем, в частности в 2010 г.

В настоящее время пораженность ВИЧ составляет 340,2 на 100 тыс. населения. На 1 апреля 2010 года в Российской Федерации зарегистрировано 529 353 ВИЧ-инфицированных, из них 4568 детей в возрасте до 15 лет. Умерли по различным причинам 73 959 ВИЧ-инфицированных. Для сравнения: в это же время в 2009 году было зарегистрировано 57 911 новых случаев ВИЧ-инфекции, что в свою очередь превышало показатели 2008 года на 7,3%. Таким образом, несмотря на все наши усилия, эпидемия продолжает расширяться и захватывать все новые регионы страны. При этом наиболее высокие показатели распространения ВИЧ отмечаются в

промышленно развитых центрах и крупных городах.

Сегодня практически вся эпидемия сосредоточена в максимально активной, молодой возрастной группе населения — свыше 82% случаев ВИЧ приходится на возраст от 20 до 40 лет. Тем не менее тенденцией последних лет является смещение центра тяжести с 15–20 лет на более старший возраст: почти до 37% увеличилось число случаев инфицирования в возрастной группе старше 30 лет. Так, если в 2000 году 24,7% новых случаев приходилось на возраст 15–20 лет, то к 2009 году их доля снизилась до 2,9%. На наш взгляд, на эту динамику существенно повлияли масштабные и разносторонние профилактические программы, в которых основное внимание было сосредоточено именно на молодежи подросткового возраста. В 2009 году профилактические мероприятия были направлены на информирование и обучение молодежи, на профилактику вертикальной передачи, на профилактику среди уязвимых групп и специальных групп — ФСИН, армия, органы МВД и пр. В группе тридцати- и сорокалетних профилак-

тическая работа ограничивалась редкими случаями размещения плакатов и роликов социальной рекламы в общественных местах — магазинах, аэропортах. Из этого следует важный вывод: необходимы новые подходы к профилактической работе с данной возрастной категорией. На наш взгляд, эффективным каналом профилактики могут стать тематические программы на рабочих местах, вовлечение в них бизнеса, работодателей, профсоюзов. К сожалению, возможность профилактической работы с данной целевой группой может появиться лишь к 2011 году, т.к. по каким-то причинам в Национальном проекте в настоящем году деньги на профилактику не выделены.

Существенные средства — 247 млн рублей, — в соответствии с рекомендациями Конференции стран Восточной Европы и Центральной Азии о поддержке неправительственных организаций, работающих в области ВИЧ/СПИДа, Минздравсоцразвития РФ выделил Красному Кресту. Основанием для выбора данной общественной организации стал тот факт, что Красный Крест имеет свои представительства во всех территориях РФ.

Проект Красного Креста изначально не предполагал каких-либо мероприятий по первичной профилактике. Он был направлен, в первую очередь, на оказание поддержки ВИЧ-инфицированным и членам их семей. В настоящий момент проект претерпевает некоторые изменения в связи с решением расширить его за счет профилактического компонента. Это достаточно новая форма работы, поскольку в отличие от Национального проекта, где все позиции были детально отработаны, субсидии направляются в неправительственную организацию. Здесь приняты иные подходы, другая отчетность. Поэтому данный проект следует рассматривать как пилотный. Что будет в следующем году — сказать трудно. Но мы надеемся, что предусмотренные средства на профилактику (один миллиард рублей) в Национальном проекте будут выделены и это направление работы станет приоритетным.

Эпидемия ВИЧ/СПИДа начала развиваться на фоне роста наркомании. Употребление наркотиков стало для России очень серьезной проблемой, и общеизвестно, насколько серьезно и жестко к ней подходит руководство страны в последнее время. В период с 2005 по 2009 годы число зарегистрированных наркопотребителей выросло на 10%. При этом до 72% от общего числа составляют потребители инъекционных наркотиков. Важно заметить, что, как и в группе ВИЧ-инфицированных, акцент смещается от двадцати- к сорокалетним. То есть сегодня сорокалетние потребители — это не те, кто с двадцатилетнего возраста употребляют наркотики. В этой возрастной группе увеличивается число новых случаев развития зависимости.

Еще одна серьезная тенденция последних лет — рост числа случаев полового пути передачи ВИЧ у женщин от 15 до 24 лет. Это, в свою очередь, ведет к повышению частоты рождения детей от ВИЧ-инфицированных матерей. Все больше женщин нуждается в АРВТ: в 2007 году их доля составляла 31%, а в 2009 г. — уже 39%. Это также очень значимая проблема.

Также чрезвычайно острой остается проблема дискриминации и стигматизации людей, живущих с ВИЧ.

Как уже было отмечено, единственным серьезным инструментом в борьбе с эпидемией ВИЧ-инфекции в России является Приоритетный национальный проект. И в соответствии с поручением Президента этот проект будет продолжаться. До настоящего времени все расчеты, сделанные с учетом предложений территорий, пока оправдывались. Каких-либо серьезных сбоев и нестыковок за это время не было. Все показатели Приоритетного национального проекта были достигнуты в соответствии с графиком. Но при этом не выполнен самый важный показатель — снижение роста новых случаев. При запланированном 5%-ном ежегодном снижении этого показателя, мы имеем ежегодный прирост в 7%. Тем не менее очевидно, что без мероприятий Приоритетного проекта, этот показатель не ограничился бы 7% и, возможно, достиг бы всех 20%. Весь наш опыт говорит об этом.

Одним из показателей Приоритетного национального проекта были результаты мониторинга: при запланированных 22 млн было обследовано 25 млн человек. Хотя охват населения обследованием имел отличия от территории к территории, иногда — существенные: от 5 до 20%.

В 2009 года лечение АРВТ получили 56 тыс. человек при запланированных 52 тыс. (107,7%). При этом большая доля — почти 7 тыс. человек — из лечения выбыли: 37% — по причине смерти и 36% из-за отказа от лечения. Это чрезвычайно важная проблема, в усугубление которой, к сожалению, внесли свою лепту средства массовой информации, особенно региональные. Подобно отрицанию вращения Земли вокруг Солнца в средневековье, в СМИ массово появляются люди, не только имеющие возможность высказывать свои бредовые идеи, но и оказывающие серьезное влияние на людей, у которых выбор между приемом и отказом от лечения означает выбор между жизнью и смертью. Есть и врачи, которые считают, что не надо лечить ВИЧ-инфекцию. Они дают такие советы своим пациентам, ВИЧ-инфицированным женщинам рекомендуют грудное вскармливание, обвиняют во всех смертных грехах фармацевтические компании, Роспотребнадзор и СПИД-центры. На это необходимо обратить самое серьезное внимание и по возможности пресекать эти ситуации. Мы уже имели опыт с моралистами, которые пропагандировали моральные ценности, но не объяс-

няли, что делать с пятью миллионами наркоманов. Возвращаясь к вопросу отказа от лечения, важно отметить, что несмотря на ряд организационных недостатков, в целом все, кто нуждается в лечении, его получают.

В целях повышения эффективности Приоритетного национального проекта и оказания квалифицированной медпомощи ЛЖВ в ряде областей, например, в Свердловской и Оренбургской, были организованы филиалы центров СПИД. Тем не менее в ряде территорий нет полного понимания необходимости укрепления службы и центров по профилактике в качестве организационно-методических центров. Более того, в ряде территорий вообще нет полноценных центров СПИД. Это говорит о непонимании их значения в предупреждении эпидемии ВИЧ со стороны лиц, принимающих решения в данных территориях.

По данным мониторинга, с 66 до 55% снизилась доля ВИЧ-инфицированных, умерших в течение первых 6 месяцев лечения. Тем не менее сохраняющиеся высокие показатели свидетельствуют либо о позднем обращении пациентов в СПИД-центр, либо о начале лечения уже при выраженных проявлениях вторичных заболеваний.

Основным индикатором заболевания по-прежнему остается туберкулез, который является основной причиной общего числа летальных исходов: в 2007 году — 12%, в 2009 году — 16% случаев. В то же время среди причин смерти, связанных с ВИЧ-инфекцией, туберкулез, как вторичное заболевание, составил в 2007 году 64%, а в 2009 — 61%. Недавно проблема туберкулеза стала темой обсуждения в Государственной думе, что говорит не только о ее значении, но и о необходимости принятия решений на достаточно высоком уровне. В настоящее время сохраняется тенденция к принудительному лечению, поскольку пациенты, выходя за пределы медучреждений, прекращают лечение и становятся источником распространения инфекции.

В рамках Нацпроекта начато лечение гепатитов, однако его масштабы крайне малы. На 2010 году запланировано лечение 5 тыс. человек с гепатитами В и С, но эти цифры будут уточнены только после закупки АРВ-препаратов, т.к. препараты для лечения гепатита закупаются после произведенных закупок АРВТ. В 2009 году, в связи со снижением цен на 15%, удалось пролечить гораздо больше запланированных пациентов. Число пациентов, которые будут пролечены в 2010 году, также будет зависеть от формирования цены на соответствующие препараты.

* * *

Презентация

«Организация надзора за оппортунистическими и вторичными заболеваниями при ВИЧ-инфекции в Российской Федерации»

Н.Н. Ладная

(Федеральный СПИД-центр)

Система мониторинга за ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации

- Централизованная поименная регистрация всех случаев ВИЧ-инфекции, СПИДа, летальных исходов 1987–2010 г.
- Централизованное ежемесячное сообщение о количестве обследованных и выявленных ВИЧ-инфицированных лиц по контингентам на всех территориях страны.
- Активное и массовое обследование населения на антитела к ВИЧ.
- Проведение обязательного эпидрасследования случаев ВИЧ-инфекции.
- Дозорные анонимные обследования.
- Поведенческие исследования.
- Надзор за клиническим состоянием ЛЖВС и АРТ.
- Надзор за резистентностью.
- Анализ ситуации по заболеваниям с общими путями передачи:

- заболеваемость вирусными гепатитами В и С;
- заболеваемость инфекциями, передающимися половым путем;
- заболеваемость туберкулезом .
- Анализ заболеваемости наркоманией.

Оппортунистические и вторичные заболеваниями при ВИЧ-инфекции

СПИД-индикаторные болезни (Европейское определение случая СПИД, 1993. Инструкция к составлению ф. № 61, РФ, 2005).

1. Бактериальные инфекции (множественные или возвратные) у ребенка в возрасте до 13 лет.
2. Кандидоз пищевода.
3. Кандидоз трахеи, бронхов или легких.
4. Рак шейки матки (инвазивный).
5. Кокцидиомикоз (диссеминированный или внелегочный).

6. Внелегочный криптококкоз.
7. Криптоспоридиоз кишечника с диареей >1 месяца.
8. Цитомегаловирусная инфекция (с поражением других органов, кроме печени, селезенки, лимфатических узлов) у пациента в возрасте старше одного месяца.
9. Цитомегаловирусный ретинит с потерей зрения.
10. Энцефалопатия, обусловленная действием ВИЧ.
11. Инфекция, обусловленная вирусом простого герпеса: хронические язвы, сохраняющиеся более одного месяца, или бронхит, пневмония, эзофагит у пациента в возрасте старше одного месяца.
12. Гистоплазмоз диссеминированный или внелегочный.
13. Изоспороз кишечника (с диареей длительностью более одного месяца).
- 14.
15. Интерстициальная лимфоидная пневмония у ребенка в возрасте до 13 лет.
16. Лимфома Беркитта.
17. Иммунобластная лимфома.
18. Лимфома мозга первичная.
19. Микобактериозы, вызванные *M. kansasii*, *M. aviumintracellulare*, диссеминированные или внелегочные.
20. Туберкулез легких у взрослого или подростка старше 13 лет.
21. Туберкулез внелегочный.
22. Другие и недифференцированные диссеминированные или внелегочные микобактериозы.
23. Пневмоцистная пневмония.
24. Пневмонии возвратные (две и более в течение 12 месяцев).
25. Прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия.
26. Сальмонеллезные (не тифоидные) септицемии, возвратные.
27. Токсоплазмоз мозга у пациента в возрасте старше одного месяца.
28. Синдром истощения, обусловленный ВИЧ.

Оппортунистические и вторичные заболеваниями при ВИЧ-инфекции, приведенные в классификации МКБ10

Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), появляющаяся в виде:

- V20 инфекционных и паразитарных болезней
- V20.0 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями микобактериальной инфекции.**
- V20.1 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других бактериальных инфекций.
- V20.2 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями цитомегаловирусного заболевания.**

- V20.3 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других вирусных инфекций.
- V20.4 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями кандидоза.**
- V20.5 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других микозов.
- V20.6 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями пневмонии, вызванной *Pneumocystis carinii*.**
- V20.7 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями множественных инфекций.
- V20.8 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других инфекционных и паразитарных болезней.
- V20.9 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями неуточненными инфекционных и паразитарных болезней.
- V21 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), проявляющаяся в виде злокачественных новообразований.
- V21.0 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями саркомы Капоши.**
- V21.1 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями лимфомы Беркитта.**
- V21.2 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других неходжкинских лимфом.

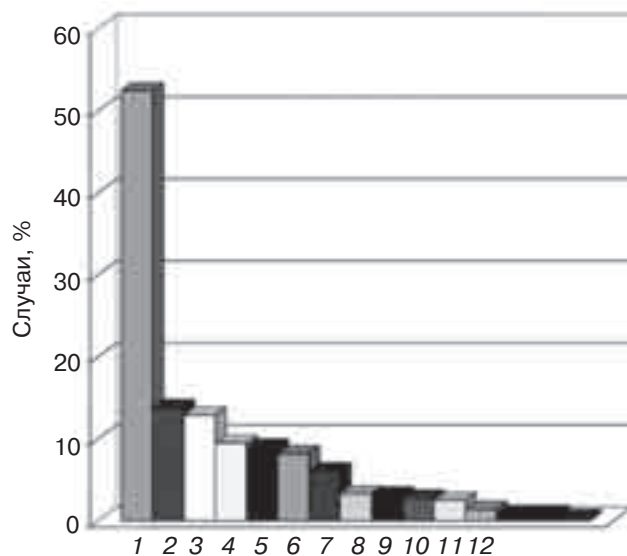


Рис. 1. Распределение ВИЧ-инфицированных с установленным диагнозом СПИД по наиболее распространенным индикаторным заболеваниям на 31.12.2009 г. (по данным персонафицированного учета ФНМЦ СПИД). 1 – Туберкулез легких; 2 – туберкулез внелегочный; 3 – синдром истощения, обусловленный воздействием ВИЧ; 4 – энцефалопатия, обусловленная воздействием ВИЧ; 5 – кандидоз пищевода; 6 – пневмоцистная пневмония; 7 – кандидоз трахеи, бронхов и легких; 8 – другие микобактериозы или недифференцированные микобактериозы диссеминированные или внелегочные; 9 – цитомегаловирусная инфекция (с поражением других органов, кроме печени, селезенки, лимфоузлов); 10 – пневмонии возвратные (2 раза и более в течение 12 мес.); 11 – саркома Капоши; 12 – простой герпес, хронические язвы, сохраняющиеся более 1 мес. или бронхит, пневмония, эзофагит.

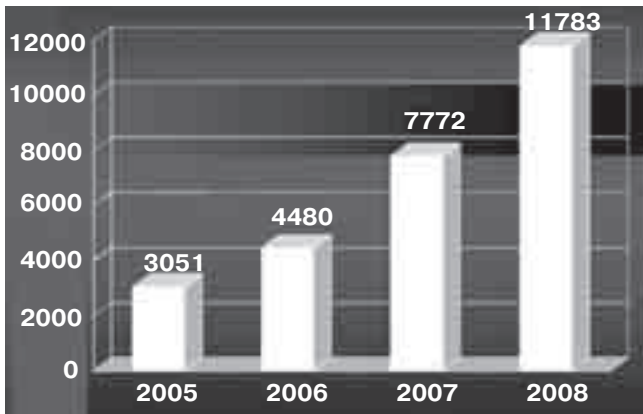


Рис. 2. Динамика зарегистрированного количества случаев СПИДа в Российской Федерации (по данным формы федерального государственного статистического наблюдения [ФГСН] № 61)

- V21.3 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других злокачественных новообразований лимфатической, кроветворной и родственных им тканей.
- V20.7 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями множественных инфекций.
- V20.8 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других инфекционных и паразитарных болезней.
- V21.7 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями множественных злокачественных новообразований.
- V21.8 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других злокачественных новообразований.

- V21.9 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями неуточненных злокачественных новообразований.
- V22 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ], проявляющаяся в виде других уточненных болезней.
- V22.0 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями энцефалопатии.**
- V22.1 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями лимфатического интерстициального пневмонита.**
- V22.2 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями изнуряющего синдрома.**
- V22.7 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями множественных болезней, классифицированных в других рубриках.
- V23 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ], проявляющаяся в виде других состояний.
- V23.0 Острый ВИЧ-инфекционный синдром.
- V23.1 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями (персистентной) генерализованной лимфаденопатии.
- V23.2 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями гематологических и иммунологических нарушений, не классифицированных в других рубриках.
- V23.8 Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других уточненных состояний.
- V24 Болезнь, вызванная ВИЧ, неуточненная.

Сопутствующие заболевания при ВИЧ-инфекции

- Туберкулез
- Вирусные гепатиты В и С

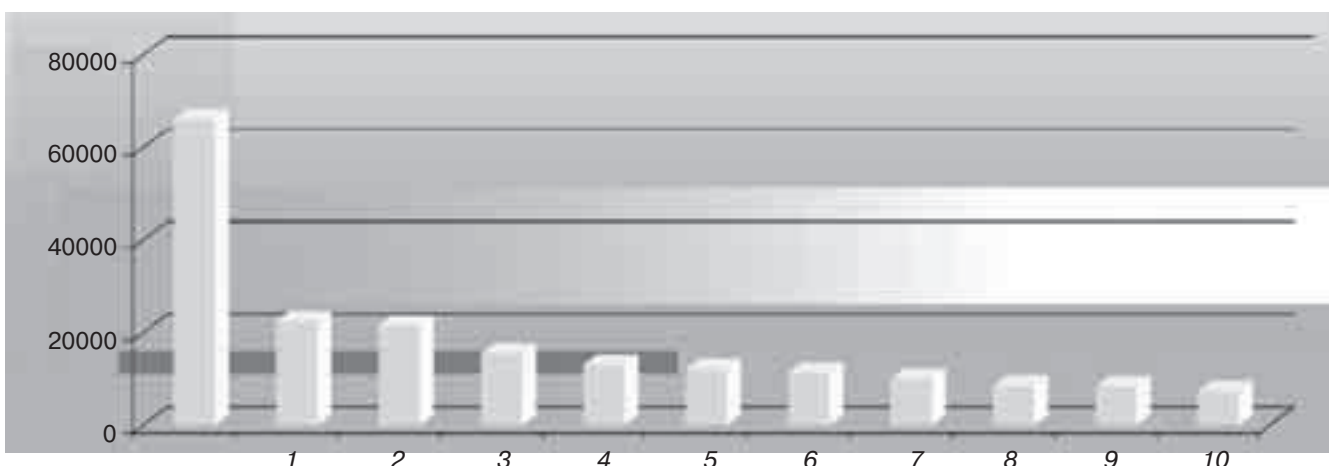


Рис. 3. Количество зарегистрированных случаев вторичных заболеваний у больных ВИЧ-инфекцией в РФ на 31.12.2008 г. (по данным ФГСН ф. № 61). 1 – ВИЧ-инфекция, проявляющаяся в виде других состояний; 2 – ВИЧ, с проявлениями кандидоза; 3 – ВИЧ, с проявлениями других вирусных инфекций; 4 – ВИЧ, с проявлениями микобактериальной инфекции; 5 – ВИЧ, с проявлениями иммунологических нарушений; 6 – из них туберкулез (стадии 4Б, 4В, 5); 7 – из них простой герпес; 8 – ВИЧ, с проявлениями множественных инфекций; 9 – ВИЧ, с проявлениями других бактериальных инфекций; 10 – ВИЧ-инфекция, проявляющаяся в виде других уточненных болезней.

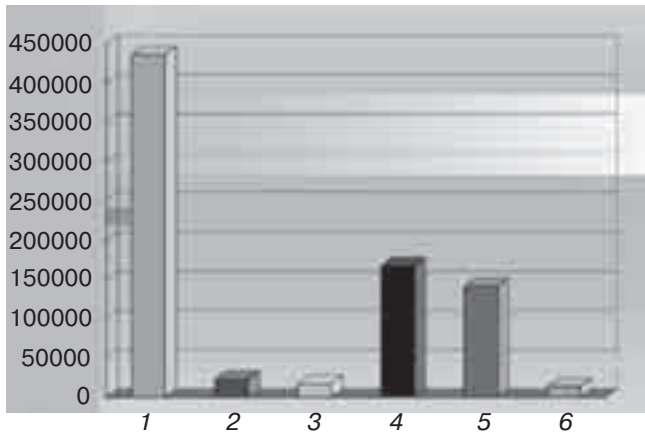


Рис. 4. Количество зарегистрированных случаев сопутствующих заболеваний среди инфицированных ВИЧ в РФ на 31.12.2008 г. (по данным ФГСН ф. № 61). 1 – ВИЧ+, 2 – ВИЧ + ТБ, 3 – ВИЧ + активный ТБ, 4 – ВИЧ + ВГ, 5 – ВИЧ + ВГС, 6 – ВИЧ + ИППП.

- Инфекции, передаваемые половым путем
- Наркомания

Всероссийская база данных случаев ВИЧ-инфекции, СПИДа, обследований на ВИЧ и исходов ВИЧ-инфекции

Сбор информации о ВИЧ-инфекции начат в 1987 г.

Во всех территориальных СПИД-центрах и Федеральном СПИД-центре было установлено

в 1999 г. единое программное компьютерное обеспечение и регистр «АСОДОС», регулярная передача информации ведется по электронным каналам, в виде факсимильных и почтовых сообщений.

Персонифицированные данные из регионов РФ поступают ежедневно, а суммарные ежемесячно и ежегодно из территориальных и региональных центров по профилактике и борьбе со СПИДом и центров гигиены и эпидемиологии Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Сбор данных об оппортунистических заболеваниях ведется в рамках надзора за СПИДом по классификации Европейского определения случая СПИДа.

Система учета и надзора за оппортунистическими и вторичными заболеваниями при ВИЧ-инфекции действует в системе СПИД-центров и центров Роспотребнадзора

Персонифицированные отчетно-учетные формы по ВИЧ-инфекции:

- форма № 266 у-88 «Оперативное донесение о случае ВИЧ-инфекции»;
- № 263/у-ТВ «Карта персонального учета больного туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией»;
- № 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного»;
- № 112/у «История развития ребенка»;

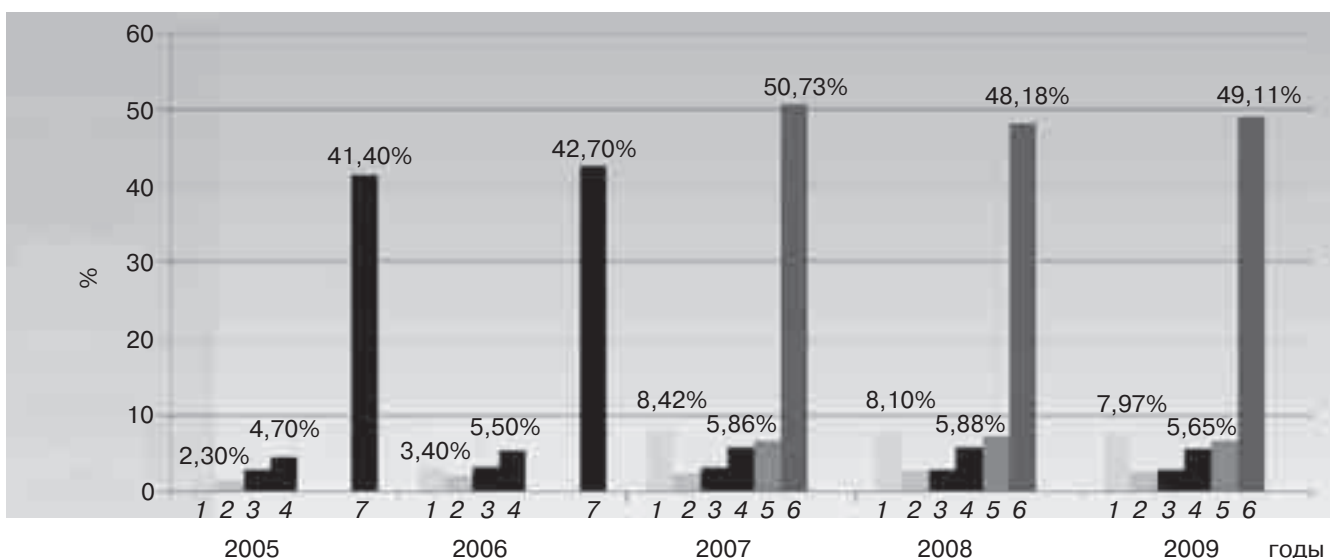


Рис. 5. Исследование по причинам летальных исходов. Количество инфицированных ВИЧ, имевших диагноз СПИД, туберкулез и гепатит В и С (%): 1 – имевшие диагноз СПИД среди состоявших на диспансерном наблюдении; 2 – имевшие ТБ у больных СПИДом среди состоявших на диспансерном наблюдении; 3 – имевшие ТБ несвязанный со СПИДом среди состоявших на диспансерном наблюдении; 4 – всего имели ТБ среди состоявших на диспансерном наблюдении; 5 – имели вирусный гепатит В среди состоявших на диспансерном наблюдении; 6 – имели вирусный гепатит С среди состоявших на диспансерном наблюдении; 7 – вирусный гепатит В и/или С среди состоявших на диспансерном наблюдении.

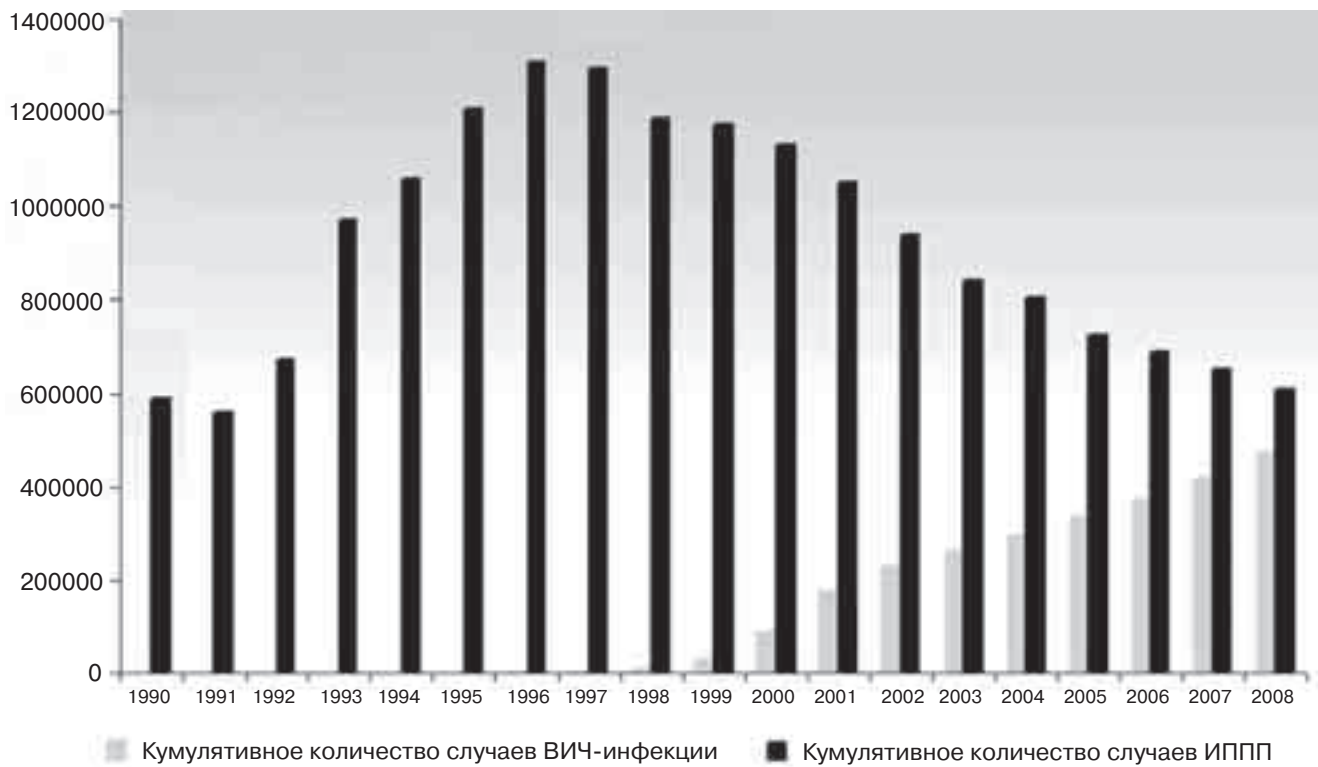


Рис. 6. Динамика количества зарегистрированных случаев ИППП и ВИЧ-инфекции у граждан России в 1987–2008 годах. В 2008 г. среди инфицированных ВИЧ было зарегистрировано 13 576 больных ИППП, ФГСН ф. № 61 (Иванова М.А., Ладная Н.Н., 2008).

- № 003/у «Медицинская карта стационарного больного»;
- № 30/у-04 «Контрольная карта диспансерного наблюдения».

Формы Федерального государственного статистического наблюдения по ВИЧ-инфекции

Оппортунистические заболевания:

- форма № 61 «Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией».

Сопутствующие заболевания:

- форма № 2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях»;
- форма № 1 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях»;
- форма № 11 «Сведения о заболеваниях наркологических расстройствами»;
- форма № 37 «Сведения о контингентах наркологических больных»;
- форма № 9 «Сведения о заболеваниях, передаваемых преимущественно половым путем, грибковых кожных заболеваниях и чесоткой»;
- форма № 34 «Сведения о больных, заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем, грибковыми кожными заболеваниями и чесоткой»;

- форма № 33 «Сведения о больных туберкулезом»;
- форма № 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом»;
- форма мониторинга Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения «Сведения о мероприятиях по профилактике ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявлению и лечению больных ВИЧ», Роспотребнадзор.

Оппортунистические и вторичные заболевания при ВИЧ-инфекции

Организации, уполномоченные осуществлять сбор информации об оппортунистических и вторичных заболеваниях при ВИЧ-инфекции:

1. Персонифицированные данные о случаях СПИД и СПИД-индикаторных заболеваниях – ФНМЦ СПИД.
2. Форма № 61 «Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией» – ЦНИИОИЗ Росздрава.

Специальные исследования

- Исследование по причинам летальных исходов у больных ВИЧ-инфекцией (2007, 2010 гг.) Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Федеральный научно-методический центр по

профилактике и борьбе со СПИДом, ФГУН Центрального НИИ эпидемиологии.

• В 2007 г. были обработаны и проанализированы ответы 67 субъектов Российской Федерации на запрос Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

• В 2010 г. были обработаны и проанализированы ответы 82 субъектов Российской Федерации на запрос Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Не был предоставлен ответ Приморским краем.

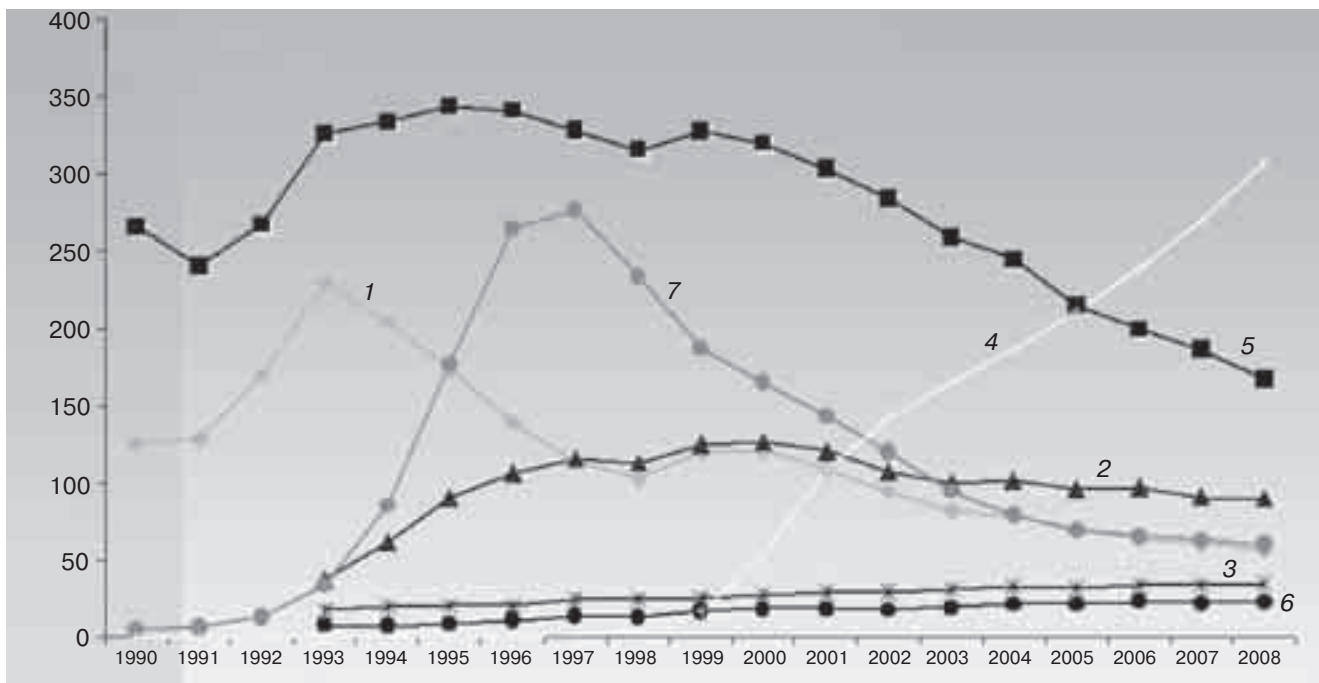


Рис. 7. Динамика заболеваемости ИППП и пораженности ВИЧ-инфекцией в России в 1990–2008 гг. (на 100 тыс. населения): 1 – гонококковая инфекция, 2 – урогенитальный хламидиоз, 3 – аногенитальные бородавки, 4 – ВИЧ-инфекция, 5 – трихомониаз, 6 – урогенитальный герпес, 7 – сифилис (Иванова М.А., 2009).

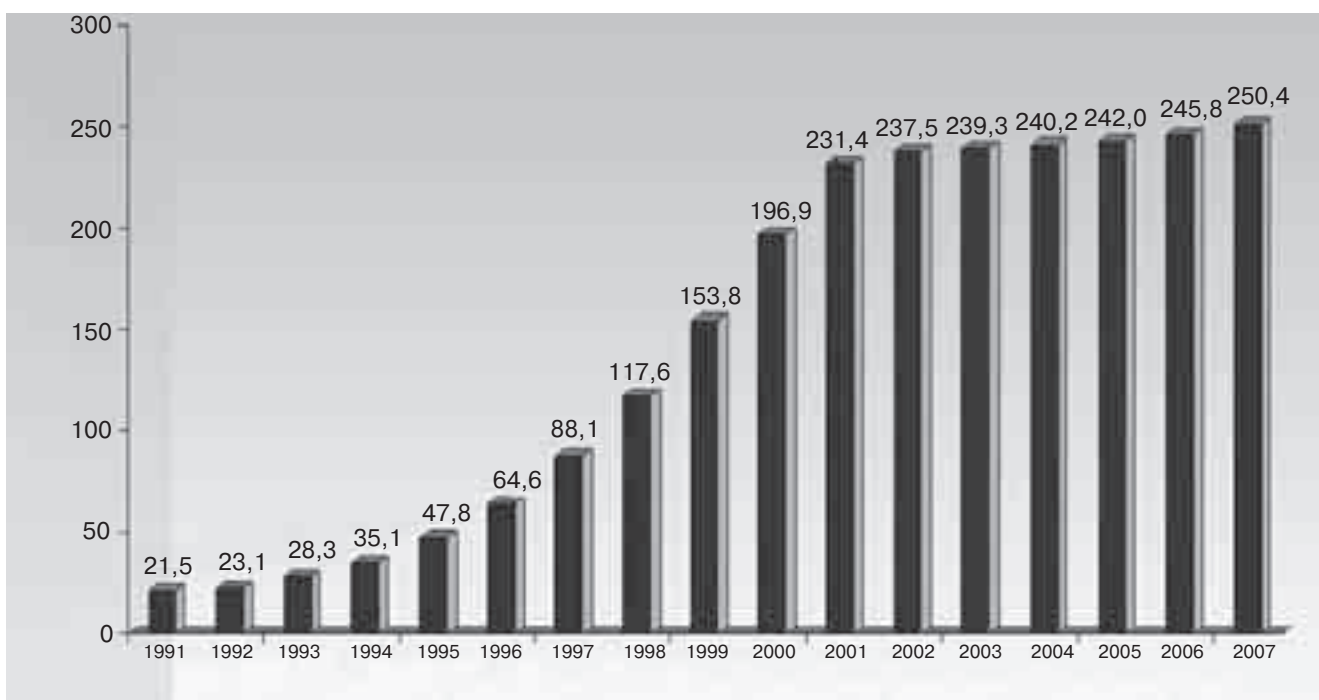


Рис. 8. Динамика учтенной распространенности наркомании в Российской Федерации (Киржанова В.В., Национальный научный центр наркологии).

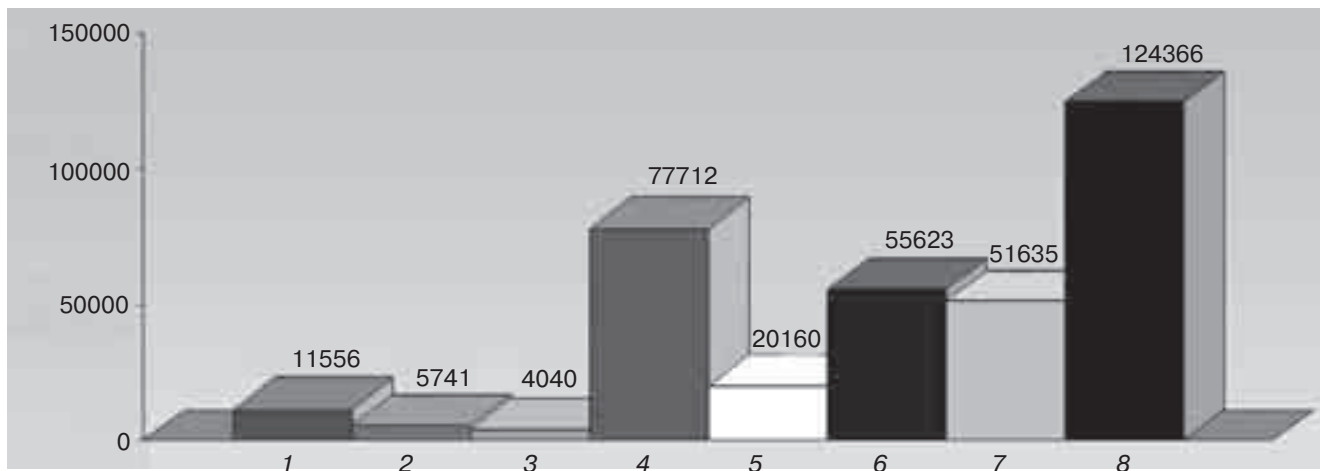


Рис. 9. Динамика учтенной заболеваемости ВГВ и ВГС среди населения Российской Федерации в 2008 г. (ФГУН Центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора): 1 – острый гепатит А, 2 – острый гепатит В, 3 – острый гепатит С, 4 – хронические вирусные гепатиты (впервые установленные), 5 – хронический гепатит В, 6 – хронический гепатит С, 7 – носительство возбудителя вирусного гепатита В, 8 – носительство возбудителя вирусного гепатита С.

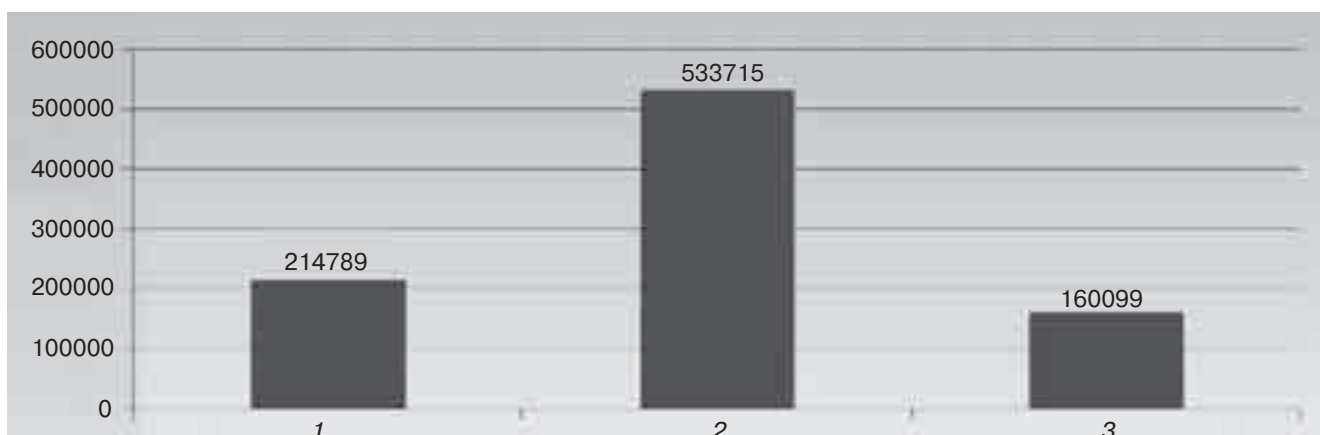


Рис. 10. Распространенность ВГВ и ВГС среди населения Российской Федерации в 2008 г. По данным формы мониторинга Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения. 1 – Количество лиц, инфицированных гепатитом В (из строки 46); 2 – количество лиц, инфицированных гепатитом С (из строки 47); 3 – количество лиц с вирусными гепатитами В и С, состоящих на диспансерном наблюдении.

В Махачкале прошел первый форум СКФО ВО людей, живущих с ВИЧ

Проблема с распространением ВИЧ/СПИДа уже не нова для нашей республики. Практически не осталось ни одного района Дагестана, включая горные, в котором не имелось бы ВИЧ-инфицированных граждан. В Дагестане силами руководства республики, минздрава и общественных организаций делается все возможное во избежание большего распространения смертельного вируса. Общепризнано, что наиболее действенным барьером на пути распространения инфекции является информированность населения о грозном недуге. Одной из организаций, активно помогающих медикам в борьбе с ВИЧ-инфекцией в плане разъяснительной работы среди населения, является ДРОО «Свои». В мае руководители этой организации принимали гостей из СКФО. Поводом для визита стал первый офици-

альный форум координационного совета ВО ЛЖВ Северо-Кавказского федерального округа. Всероссийское объединение людей, живущих с ВИЧ, организовывается по принципу федеральных округов, то есть в каждом округе имеется свой координационный совет. В связи с указом Президента РФ об образовании нового СКФО здесь тоже был организован свой координационный совет. Его председателем открытым голосованием был избран один из лидеров ДРОО «Свои» Джаппар Гаджиев, региональным координатором СКФО выбрали руководителя ДРОО «Свои» Сабият Зульпукарову. Зам. координационного совета ВО ЛЖВ А. Кропинов высоко отозвался о работе ДРОО «Свои»: «В Дагестане мы наблюдаем четко построенную и слаженно работающую модель сотрудничества между общественным сектором и властью. Соответственно мы будем стараться, чтобы эти модели были внедрены и на других территориях РФ».

riadagestan.ru



Вадим Покровский:

«Риск заражения ВИЧ

для каждого россиянина не снижается, а наоборот — с каждым днем возрастает»

Руководитель Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, академик РАМН Вадим Валентинович Покровский делится сегодня с нами своими мыслями и тревогами по поводу будущего в лечении ВИЧ-инфекции, а также ее профилактики.

Я начинал работу по СПИДу 25 лет назад, когда у нас в России еще ни одного случая заражения не было. Сейчас, как вы наверно знаете, зарегистрировано уже более полумиллиона случаев ВИЧ-инфекции. Но это речь идет только о зарегистрированных случаях, а реально, по нашим и ЮНЭЙДС оценочным данным, получается порядка миллиона человек. Потому что с момента заражения до развития болезни, когда пациент так или иначе попадает в руки медиков, может проходить до 20 лет и, таким образом, многие люди просто не знают о своей болезни, пока не сделают анализы.

По доступным статистическим данным на 11 мая 2009 г. в России ВИЧ-инфекция была зарегистрирована у 544 151 российского гражданина и 13 432 иностранцев. Умерли 73 959 ВИЧ-позитивных россиян. Средний возраст умерших ВИЧ-позитивных составлял всего лишь 32,3 года. В 2007 г. умерли 11 159 ВИЧ-позитивных россиян, в 2008 г. — 12 759, в 2009 г. — 13 990, то есть число смертей увеличивается. Соответственно возрастает и смертность (показатель смертности измеряется в пересчете на 100 тыс. населения). Хотя часть умерших ВИЧ-позитивных погибла от «внешних» причин (передозировка наркотиков, суицид, насильственная смерть), основной причиной смертности стали поражения, вызванные ухудшением здоровья, связанные со снижением иммунитета. Так, в 2009 г. передозировка наркотиков, суицид и насильственная смерть суммарно были причиной гибели лишь 15% умерших. Таким образом очевидно, что заражение ВИЧ существенно сокращает продолжительность жизни населения РФ и наносит огромный демографический и экономический ущерб. При отсутствии эффективных мер борьбы с заболеванием урон будет многократно возрастать.

Показатель зарегистрированного количества людей, живущих с ВИЧ среди всего населения России (пораженность ВИЧ-инфекцией) к концу 2009 г. составил 338,5 на 100 тыс. населения (то есть 0,34%). Среди взрослого населения страны в возрасте 15—49 лет 0,5%, то есть каждый 200-й жил с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции. В некоторых регионах (Самарская, Иркутская, Ленинградская, Оренбургская, Свердловская, Тюменская, Ульяновская, Челябинская, Кемеровская и Калининградская области, город Санкт-Петербург и Ханты-Мансийский автономный округ) с диагнозом ВИЧ жили до 1,5% населения (реальный процент зараженных ВИЧ в этих регионах еще выше!).

В 2009 г. в РФ ежедневно регистрировалось в среднем 160 новых случаев ВИЧ-инфекции. Число новых случаев заражения растет (2007 г. — 44 693, 2008 г. — 54 525, 2009 г. — 58 448). Такой рост числа новых случаев уже не отмечается в других регионах мира.

В заражении ВИЧ существенную роль играет употребление наркотиков (61,3% в 2009 г.), однако возрастает роль половой передачи ВИЧ, в особенности гетеросексуальной (35,8% в 2009 г.). Растет число заражений при гомосексуальных контактах, хотя мужчины, имеющие секс с мужчинами, в РФ остаются сравнительно малопораженной ВИЧ-группой. Доля женщин среди ВИЧ-инфицированных, впервые выявленных в 1987—2001 гг., составляла 22%, среди выявленных в 2002—2004 гг. — 36%, среди выявленных в 2006—2009 гг. — 42%. При этом большинство женщин (68,4%) заразились при половых контактах с мужчинами, а большая часть мужчин — при потреблении наркотиков. В 2009 г. отмечены 2 случая заражения при переливании крови. В 2009 г. впервые за последние 20 лет отмечен случай подозрительный на внутрибольничное

заражение при использовании нестерилизованного медицинского инструментария.

Таким образом, риск заражения ВИЧ для каждого россиянина не снижается, а наоборот — с каждым днем возрастает!

В настоящее время ВИЧ-инфекция остается неизлечимым заболеванием (не удастся полностью освободить организм зараженного человека от ВИЧ), но при постоянном приеме специальных антиретровирусных (АРТ) препаратов возможно подавление ВИЧ и частичное восстановление иммунитета, в результате чего продолжительность жизни ВИЧ-позитивных граждан можно довести до средней продолжительности жизни населения.

Хотя правительство Российской Федерации в рамках Приоритетного национального проекта «Здоровье» выделяет огромные средства на лекарственные препараты, тем не менее этих средств уже скоро будет недостаточно, для того чтобы обеспечить всех нуждающихся в лечении. Так, в 2009 г. было взято на лечение 20 тыс. ВИЧ-позитивных (а было выявлено 58 448 новых случаев). В 2010 г. также планируется закупить лекарств на 50 тыс. уже получающих лечение и только на 20 тыс. новых пациентов, в результате чего разрыв между количеством нуждающихся в лечении и количеством получающих его ВИЧ-позитивных россиян начнет увеличиваться. К концу 2010 г. лечение по планам

Минздравсоцразвития будут получать 70 тыс. из 450 тыс. выживших к этому времени зарегистрированных ВИЧ-позитивных россиян. К 2015 г. в постоянном лечении будет нуждаться не менее 400 тыс. ВИЧ-позитивных россиян. При дальнейшем росте числа зараженных ВИЧ россиян расходы на лечение будут только возрастать, что станет тяжелым бременем для бюджета. Неясно поэтому, почему правительство совсем не выделило в 2010 г. средств на предупреждение новых случаев заражения, то есть на «первичную профилактику», хотя по данным опросов знания населения о мерах по предупреждению заражения ВИЧ отнюдь не улучшаются, а наоборот — падают. Неясно также, почему более полутора лет не собирается «Правительственная комиссия по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита (ВИЧ-инфекции)». Неясно, почему Минздравсоцразвития не поддерживает заявку на продолжение лечения части нуждающихся пациентов за счет грантов Глобального фонда по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией. Неясно, есть ли в России какая-либо стратегия или долгосрочная программа по противодействию ВИЧ-инфекции и где находится «штаб» по ее осуществлению.

Ответы на эти вопросы хотелось бы услышать от представителей администрации и прочих народных избранников.



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.

ПОЗДНЯЯ ПОСТАНОВКА НА УЧЕТ И ПОЗДНО НАЧАТАЯ АРТ – ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

29.04.2010

Современные методы профилактики вертикальной передачи ВИЧ свели риск заражения плода/новорожденного в развитых странах к 0,5–2%. К этим методам можно отнести антиретровирусную терапию матери, антенатальную и интранатальную монотерапию, неонатальную антиретровирусную профилактику, соответствующее ведение родов и отказ от грудного вскармливания. Однако передача ВИЧ от матери ребенку (ПВМР) остается основным путем заражения ВИЧ-инфицированных детей. Международная группа ученых в составе американских и российских специалистов провела в Санкт-Петербурге большое эпидемиологическое исследование, целью которого было оценить реальное положение дел в плане использования профилактических методик и определить частоту и факторы ПВМР.

Методы исследования. Исследователи проанализировали когорту женщин с подтвержденной методом ПЦР ВИЧ-инфекцией, родивших в 2004–2007 гг. в одном из родильных домов Санкт-Петербурга. Полученные данные были соотнесены со сведениями о ВИЧ-статусе их детей.

Результаты исследования. За время исследования роды имели место у 1547 женщин, из которых у 1498 дети были живорожденными. Данные о ВИЧ-статусе детей (результаты ПЦР-теста) были доступны для 1159 (75%) пар мать–ребенок, которые в дальнейшем и были проанализированы; 93% матерей были в возрасте ≤ 30 лет, большинство были замужем (75%) и имели местную прописку/регистрацию (85%), то есть имели право получать бесплатную медицинскую помощь и антиретровирусные препараты. Избирательное кесарево сечение применялось редко, 95% женщин рожали через естественные родовые пути. Около половины матерей (47%) получили антиретровирусную профилактику на сроке ≥ 29 недель и треть (32%) не получили никакой дородовой профилактики. Более полови-

ны женщин (58%) имели внутривенное наркотребление в анамнезе, а 35% из них потребляли наркотики во время беременности. У многих женщин на момент родов не было данных об уровне CD4-клеток (48%) и/или о вирусной нагрузке (82%).

Общая частота ПВМР составила в данной когорте 6,3%. ВИЧ-инфекция была подтверждена у 73 из 1159 детей (95% ДИ 4,9–7,7). Риск ПВМР значительно возрастал с увеличением срока беременности на момент первичного обращения женщины по поводу беременности. Так, при постановке на учет на сроке ≤ 20 недель, частота передачи составила 4,1%, на сроке 21–28 недель – 5,9%, на сроке ≥ 29 недель – 8,5% и при отсутствии дородового наблюдения – 10,6% (P для тренда 0,001). Сходная зависимость определялась и в отношении срока начала антиретровирусной профилактики. Частота ПВМР составила 1,8, 4,1, 8,6 и 11,3% при сроках начала терапии соответственно ≤ 20 недель, 21–28 недель, ≥ 29 недель и в родах. Терапию на данных сроках начали соответственно 29, 24,1, 15,2 и 31,8% женщин. Исследователи отметили также, что чем мощнее была антиретровирусная профилактика, тем меньше была вероятность заражения ребенка. Только 140 женщин получили двухпрепаратную и 9 женщин – трехпрепаратную антиретровирусную профилактику. Частота ПВМР в данной подгруппе была низкой и составила 2,7%. Около 29% женщин начали антиретровирусную профилактику до 20-й недели беременности и риск ПВМР составил в данной подгруппе 1,8%.

Большинство женщин получили полный антенатальный курс зидовудина (52,4%), часть – однократную дозу невирапина (14,9%) и у части женщин перинатальная антиретровирусная профилактика была неполной (19,8%).

Повышенный риск ПВМР отмечался также у женщин с внутривенным наркотреблением в анамнезе (7,8%), во время беременности (10,4%); при преждевременных родах (10,5%), а также у женщин с низким или неизвестным уровнем CD4-клеток (соответственно 9,1 и 9,6%) и неизвестной вирусной нагрузкой (7,3%).

Многофакторный анализ с поправками на срок родов, вид родов и наркотребление во

время беременности показал, что основными факторами риска ПВМР были позднее начало антиретровирусной профилактики и неполная антиретровирусная профилактика.

Авторы исследования попытались выявить характеристики женщин, поздно начавших антиретровирусную профилактику. Они определили, что основными факторами риска позднего начала терапии являлись отсутствие прописки/регистрации (отношение рисков [ОР] 7,1), наркопотребление во время беременности (ОР 2,7), постановка на учет после 28 недели беременности (ОР 14,2) и полное отсутствие дородового наблюдения (ОР 36,9).

Выводы. Исследователи считают, что в Санкт-Петербурге имеется большой потенциал для дальнейшего снижения частоты перинатальной передачи ВИЧ. Усилия должны быть направлены на более раннее начало наблюдения ВИЧ-инфицированных беременных женщин, более раннее начало антиретровирусной профилактики, а также более широкое использование комбинированной антиретровирусной терапии во время беременности. Исследователи отмечают, что доля женщин, которые не наблюдались до родов, составила треть когорты, в то время как на них пришлось более половины случаев передачи ВИЧ. Кроме того, авторы исследования считают целесообразным более массовое применение избирательного кесарева сечения у данной категории больных. Они выражают надежду, что значительный рост направленных на борьбу с ВИЧ-инфекцией ресурсов, имеющий место в последние несколько лет, позволит приблизить уровень риска ПВМР в России к уровню риска в других европейских странах.

Источник. Hillis S.D. et al. Antiretroviral prophylaxis to prevent perinatal HIV transmission in St. Petersburg, Russia: too little, too late. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, 2010 (advance online edition, March, 2010).

ПРИ СОБЛЮДЕНИИ ПРАВИЛ И РЕКОМЕНДАЦИЙ ПРАКТИЧЕСКИ КАЖДАЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННАЯ ЖЕНЩИНА МОЖЕТ РОДИТЬ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА

29.04.2010

Как показали последние исследования, передача ВИЧ от матери ребенку (ПВМР) предотвратима. Вероятность рождения здорового ребенка высока и практически целиком зависит от систематичности и последовательности профилактических мер. Поэтому в странах с хорошо развитой системой здравоохранения и помощью ВИЧ-инфицированным больным частота ПВМР является низкой. В большинстве европейских стран приняты и строго выполняются рекомендации по профилактике ПВМР, включающие

поголовное тестирование беременных на ВИЧ, антенатальную, интранатальную и неонатальную антиретровирусную профилактику, тщательный выбор метода родоразрешения и искусственное вскармливание новорожденного. Мы предоставляем вашему вниманию исследование датских ученых, оценивающее динамику частоты ПВМР в Дании в течение двух последних десятилетий.

Методы исследования. Исследователи ретроспективно изучили медицинскую документацию всех случаев рождения детей от ВИЧ-инфицированных женщин в Дании в 1994–2008 гг.

Результаты исследования. В исследование были включены 210 женщин, у которых за охваченное исследованием время было 255 родов, закончившихся рождением 258 детей. Чуть более половины (51%) женщин были выходцами из Африки, остальные принадлежали к белой расе. Среднегодовое число родов ВИЧ-инфицированных женщин увеличилось в Дании с 7 в 1994 г. до 39 в 2008 г.

До 1999 г. только 8% женщин до беременности знали о том, что они ВИЧ-инфицированы, остальным диагноз был поставлен во время беременности или после родов. В 2000–2008 гг. 80% женщин знали о своем ВИЧ-статусе до наступления беременности.

После 2000 г. две трети беременностей были запланированными, а в 14% случаев женщины получали лечение от бесплодия.

В целом за время, охваченное исследованием, у 8 женщин ВИЧ-инфекция была диагностирована поздно, т.е. во время или после родов. Все 8 случаев имели место до 1999 г. Антиретровирусные препараты во время беременности получали 50% когорты, причем в 1994–1999 гг. этот процент составил 11%, а в 2000–2008 гг. – 58%. До 14-й недели беременности антиретровирусная терапия (АРТ) была начата у 18% женщин, в том числе у 6% женщин до 1999 г. и у 19% – в 2000–2008 гг. Большинство женщин (67%) начали АРТ во втором триместре беременности, 8% – в третьем триместре и 7% – не получали АРТ во время беременности. Основной причиной отсутствия антиретровирусного лечения в течение беременности была поздняя диагностика, однако было и несколько случаев отказа от терапии.

После 2000 г. женщины в основном получали трехпрепаратную АРТ. Чаще всего использовались зидовудин + ламивудин либо с лопинавиром/ритонавиром, либо с невирапином. Однократное внутривенное введение зидовудина в родах получили 91% женщин, то есть все, у кого был известен диагноз ВИЧ-инфекции; 81% женщин имели в родах неопределимую (<40 копий/мл) вирусную нагрузку. Женщины, начавшие АРТ до 14-й недели беременности, значительно чаще имели неопределимую вирусную нагрузку в родах: 87 против 71% ($p < 0,05$).

До 2000 г. подавляющему большинству женщин было проведено кесарево сечение (84% ро-

дов), однако в последние годы 46% женщин предпочли вагинальные роды. Всего 6 из 258 новорожденных оказались ВИЧ-инфицированными, что составило общую частоту ПВМР 2,4%. При этом с течением календарного времени частота ПВМР упала с 10% в 1994–1999 гг. до 0,5% в 2000–2008 гг.; 5 из 6 детей родились через естественные родовые пути. Ни одна из матерей, передавших ВИЧ, не получала АРТ. У 4-х из 6 женщин не проводилась профилактика зидовудином в родах, т.к. диагноз ВИЧ был поставлен после родов. Одна из женщин, передавших ВИЧ, не знала о своем заболевании и начала кормить ребенка грудью. Все остальные дети вскармливались искусственно.

Выводы. Исследователи обращают внимание на резкое снижение частоты ПВМР в Дании в последние 14 лет. Они подчеркивают, что в тех случаях, когда соблюдались национальные рекомендации по профилактике ПВМР, не был заражен ни один ребенок.

Источник. von Linstow M.L. et al. Prevention of mother-to-child transmission of HIV in Denmark, 1994–2008. *HIV Med.*, 2010, Feb, 8 (Epub ahead of print).

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ПРИЕМ КОТРИМОКСАЗОЛА ЗНАЧИТЕЛЬНО СНИЖАЕТ СМЕРТНОСТЬ БОЛЬНЫХ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ 12–18 МЕСЯЦЕВ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

29.04.2010

Большинство ВИЧ-инфицированных больных имеют ту или иную степень иммунного дефицита на момент начала антиретровирусной терапии (АРТ). По этой причине существуют рекомендации профилактического приема антимикробных препаратов на начальном периоде АРТ. В частности, рекомендуется назначать котримоксазол, в первую очередь для профилактики пневмоцистной пневмонии. Котримоксазол является недорогим, доступным препаратом, обладающим широкой противомикробной и антипаразитарной (противомалярийной) активностью.

Существующие рекомендации выполняются не в полной мере, так как многие врачи опасаются перекрестной токсичности котримоксазола и антиретровирусных препаратов, а также низкой приверженности терапии котримоксазолом. Авторы большого клинического исследования DART (Development of AntiRetroviral Therapy in Africa) провели анализ с целью оценки влияния котримоксазола на выживаемость и прогноз ВИЧ-инфицированных больных, начинающих АРТ.

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 тяжелыми заболеваниями крови, печени или почек, являющимися противопоказаниями к назначению АРТ. Всем больным была назначена тройная АРТ (зидовудин-ламивудин + тенофовир [75% больных], или абакавир, или невирапин) и они были рандомизированы на либо только клиническое мониторингирование (КМ), либо клиническое и лабораторное мониторингирование (КЛМ). 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 медицинским 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. Котримоксазол не применялся рутинно, а назначался выборочно по усмотрению лечащего врача в дозе 800 мг сульфаметоксазола и 160 мг триметоприма 1 раз в день. Целью исследования было определить его влияние на выживаемость, вероятность развития СПИД-индикаторных заболеваний и малярии, а также на индекс массы тела (ИМТ) и гематологические показатели.

Результаты исследования. В исследование были включены 3179 участников и наблюдение за ними составило 14 214 человеко-лет (в среднем 4,9 лет наблюдения за одним больным). Котримоксазол не принимали вообще 324 (10%) больных, 1959 (62%) больных принимали его в период инициации АРТ, а 826 (28%) – позднее. Медиана продолжительности приема котримоксазола составила 3,5 лет (МКИ 0,9–4,5), что составило в целом 8128 человеко-лет на котримоксазоле. Предикторами назначения котримоксазола были низкое число CD4-клеток, низкий гемоглобин, низкий ИМТ и СПИД в анамнезе.

За 14 214 человеко-лет наблюдения умерли 326 больных; смертность составила 2,3 на 100 человеко-лет; 85 (26%) случаев смерти имели место в первые 12 недель АРТ. Исследователи определили, что профилактический прием котримоксазола в половину снижал смертность в первые 12 недель АРТ: отношение шансов (ОШ) 0,52, 95% ДИ 0,30–0,92. Многофакторный анализ с поправками на многочисленные клинико-демографические факторы продемонстрировал, что положительное влияние котримоксазола на выживаемость было выраженным во время его приема, сохранялось в течение некоторого времени после его отмены, но не было долгосрочным. Так, текущий прием котримоксазола зна-

чительно снижал смертность больных (ОШ 0,65; $p = 0,001$). Это влияние сохранялось через 12 недель после отмены препарата и через 12–72 недели после отмены (ОШ для смертности соответственно 0,41 и 0,56), однако исчезало в дальнейшем (ОШ 0,96; $p = 0,02$). Прием котримоксазола значительно снижал вероятность заболеть малярией (ОШ 0,74; 95% ДИ 0,63–1,45), однако мало влиял на вероятность развития СПИД-индикаторных заболеваний. Исследователи объясняют это тем, что большинство клинических событий 4-й стадии по классификации ВОЗ составили случаи кандидоза пищевода, криптококкоза и экстрапульмонального туберкулеза, возбудители которых не чувствительны к котримоксазолу. Среднее число CD4-клеток в первые 12 недель АРТ было в когорте 73 кл/мкл, а средний ИМТ – 0,76 кг/м². Исследователи не получили доказательств положительного влияния котримоксазола на данные показатели.

Исследователи не обнаружили влияния котримоксазола на гемоглобин или число тромбоцитов, однако отметили небольшое, но статистически значимое снижение числа нейтрофилов у больных, получавших котримоксазол на 72 и более недель АРТ. Всего 22 (3%) из 650 отмечавшихся в ходе исследования серьезных нежелательных явлений были связаны с котримоксазолом (гематологические реакции, сыпь и реакции гиперчувствительности).

Выводы. Авторы исследования пишут, что результаты их работы подтверждают необходимость строго следовать рекомендациям и рутинно назначать начинающим АРТ ВИЧ-инфицированных больным Африки профилактический курс котримоксазола длительностью как минимум 72 недели. Данные исследования безусловно могут быть экстраполированы на всех ВИЧ-инфицированных больных, начинающих антиретровирусное лечение при низких значениях числа CD4-клеток.

Источник. A.S. Walker et al. Daily co-trimoxazole prophylaxis in severely immunosuppressed HIV-infected adults in Africa started on combination antiretroviral therapy: an observational analysis of the DART cohort. *Lancet*, online edition, DOI: 10.1016/S0140-6736(10)60057-8, March 27, 2010.

ЧЕМ РАНЬШЕ НАЧАТА АРТ, ТЕМ БОЛЬШЕ ВЕРОЯТНОСТЬ РОЖДЕНИЯ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ МАТЕРИ

29.04.2010

Передача ВИЧ от матери ребенку (ПВМР) во время беременности и родов является большой социальной и медицинской проблемой. Создание и внедрение высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) значительно повысило шансы рождения здорового ребенка от ВИЧ-

инфицированной матери. Однако остаются неясными оптимальные сроки и оптимальный состав ВААРТ для беременных женщин. Международная группа ученых провела наблюдательное исследование большой когорты ВИЧ-инфицированных женщин Южной Африки, где распространенность ВИЧ-инфекции среди беременных достигает 29%.

Методы исследования. Данные были собраны в двух специализированных клиниках, так называемых ВИЧ-АРТ-клиниках, в которых проводится антиретровирусное лечение и наблюдение за беременными женщинами; 28 ВИЧ-центров Йоханнесбурга и окрестностей направляют в данные клиники беременных женщин, которым показана АРТ, т.е. с числом CD4 < 250 кл/мл (с декабря 2009 г. – <350 кл/мл.). Женщины остаются под наблюдением в данных клиниках до 4–6 недель после родов, а именно до того момента, когда методом ПЦР будет определен ВИЧ-статус ребенка. В исследование включались женщины, наблюдавшиеся в клиниках в 2004–2008 гг. Их условно разделили на подгруппу начавших ВААРТ во время беременности и подгруппу зачавших на ВААРТ. Целью исследования было определить предикторы ПВМР.

Результаты исследования. В исследование включены 1142 женщины, находившиеся под наблюдением и родившие в данных клиниках. ВИЧ-статус после рождения был известен для 873 детей. Остальные женщины либо прекратили посещать клинику, либо родили мертвого ребенка. Средний возраст женщин – 30 лет, 98% из них – африканского происхождения. Среднее число предыдущих беременностей – 2,6. Беременность была запланированной у около 30% женщин. Число CD4-клеток было <200 кл/мл у 76% женщин (среднее – 161 кл/мл); 968 (85,2%) женщин начали ВААРТ во время беременности, а 174 (14,8%) зачали детей, уже принимая ВААРТ. Средняя длительность ВААРТ до родов составила 10,7 недель у женщин, начавших ВААРТ во время беременности, и 93,4 недели у женщин, зачавших на ВААРТ. Во время беременности чаще всего назначался режим ВААРТ, содержащий лопинавир-ритонавир (51,2%), либо невирапин (43,1%). Подавляющее число женщин обеих подгрупп (97,3%) получали stavudin и ламивудин в качестве НИОТ-составляющей ВААРТ. Сравнивая клинико-демографические характеристики женщин двух данных подгрупп, исследователи определили, что зачавшие на ВААРТ имели более высокое число CD4-клеток (188 против 156 кл/мл), чаще получали эфавиренц в составе терапии (53,6 против 5,7%; однако многим была произведена замена эфавиренца в ходе беременности) и чаще рожали детей с низкой массой тела при рождении; 97% детей не прикладывались к груди и вскармливались искусственно.

В целом в когорте частота ПВМР составила 4,9% (43 инфицированных ребенка из 873). В

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

21.05.2010

подгруппе из 143 женщин, зачавших на ВААРТ, был только один случай передачи ВИЧ. Женщина родила на 31-й неделе беременности. В целом частота ПВМР была в 8 раз ниже в подгруппе женщин, зачавших на ВААРТ, чем в подгруппе женщин, начавших ВААРТ в ходе беременности: 0,7 против 5,7%; $p = 0,01$. Причем чем продолжительнее была ВААРТ в течение беременности, тем меньше была вероятность ПВМР: 9,3% для <4-х недель ВААРТ против 3,5% для 16–32 недель ВААРТ. Исследователи подчеркивают, что у женщин, получавших терапию >32-х недель в течение беременности, не было ни одного случая передачи ВИЧ. Женщины, получившие только однократную дозу невирапина, имели частоту ПВМР, равную 7,9%, а поступившие после родов и не имевшие никакой дородовой профилактики имели частоту ПВМР, равную 17,4% (4 из 23).

Однофакторный анализ показал, что каждая неделя ВААРТ снижала вероятность ПВМР на 7%. В многофакторном анализе с поправками на число CD4-клеток и на состав ВААРТ длительность ВААРТ в течение беременности сохранила статистическую достоверность (отношение рисков [OR] 0,92, $p = 0,02$). Преждевременный разрыв околоплодного пузыря (безводный период >12 часов) был сильным предиктором ПВМР в однофакторном анализе (OR 5,5, $p = 0,002$), однако потерял значимость в многофакторном анализе.

Исследователи также определили, что более высокое число CD4-клеток значительно снижало вероятность ПВМР: –26% на каждые +50 кл/мкл ($p = 0,045$). Такие факторы, как режим ВААРТ, возраст матери, кратность беременности, гипертензия, употребление алкоголя, курение, пол младенца и вес младенца при рождении, не оказывали влияния на вероятность ПВМР.

Выводы. Исследователи констатируют, что более позднее начало ВААРТ приводило к значительному повышению вероятности ПВМР. Как известно, первичным фактором риска ПВМР является вирусная нагрузка. Исследователи пишут, что анализируя результаты, они рассматривают длительность ВААРТ как эквивалент вирусной нагрузки. Известно, что максимальная вирусная супрессия наступает через 10–16 недель ВААРТ. В реальной жизни не всегда удается мониторировать уровень у ВИЧ-инфицированных беременных женщин и исследователи предлагают в любом случае стремиться к более длительной ВААРТ во время беременности, а по возможности и к началу ВААРТ до зачатия ребенка.

Источник. R.M. Hoffman et al. Effects of Highly Active Antiretroviral Therapy Duration and Regimen on Risk for Mother-to-Child Transmission of HIV in Johannesburg, South Africa. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, 2010 (advance online edition, March, 2010).

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

ма 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 (2010) *N. Engl. J. Med.*, **362**, 697–706.

О ПРОФИЛАКТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ИЗОНИАЗИДОМ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

21.05.2010

Согласно рекомендациям ВОЗ, все ВИЧ-инфицированные больные, проживающие в регионах с высокой распространенностью туберкулеза (ТБ), должны получать профилактику изониазидом. Степень соблюдения данных рекомендаций различается в различных странах и регионах мира; в том числе по причине того, что эффективность и безопасность методики остается малодоказанной. Международная группа ученых провела исследование большой когорты ВИЧ-инфицированных больных в Ботсване, получивших курс изониазида. Известно, что в Ботсване ТБ является основной причиной в 40% случаев смерти ВИЧ-инфицированных больных, а 80% ТБ-больных инфицированы ВИЧ.

Методы исследования. В данное открытое когортное исследование больных отбирали в 2004–2006 гг. в государственных клиниках Ботсваны. В исследование включались взрослые ВИЧ-инфицированные больные без признаков СПИДа и без подтвержденного ТБ (нормальная рентгенограмма грудной клетки, число нейтрофилов >1000 кл/мкл), а также без тяжелых сопутствующих заболеваний печени и почек. Больным с числом CD4-клеток <200 кл/мкл сразу начинали бесплатную антиретровирусную терапию (АРТ). В качестве первичного режима АРТ использовали сочетание зидовудина, ламивудина и невирапина либо эфавиренца. Всем больным был назначен 6-месячный курс изониазида в дозе 300 мг в день (+ 25 мг пиридоксина). ТБ считался подтвержденным при повторном положительном бактериологическом исследовании мокроты методами микроскопии мазка либо посева.

Результаты исследования. 1995 из 4331 первично отобранных больных отвечали всем критериям включения/исключения. Основными причинами отсева больных были изменения на рентгенограмме грудной клетки, острые инфек-

ционные заболевания и число нейтрофилов <1000 кл/мкл. Средний возраст когорты составил 32 года, большинство были женского пола (72%), у 18% отмечалось пониженное питание. Туберкулиновая проба исходно была положительной у 24% больных, исходный уровень CD4-лимфоцитов <200 кл/мкл отмечался у 31% больных. На момент начала исследования только 1,4% больных получали АРТ, а в первые 3 месяца около 22% больных начали получать терапию.

За 6 месяцев наблюдения, в течение которых больные получали изониазид, ТБ был диагностирован только у 8 человек. Из 8 случаев 3 были лабораторно подтвержденными, 2 – вероятными и 2 – случаями смерти от ТБ. У 7 пациентов был диагностирован легочный ТБ, а единственной больной с внелегочным ТБ погиб. У 4-х больных число CD4-клеток было <200 кл/мкл. У 2-х больных диагноз ТБ был поставлен через 2 месяца после начала АРТ, однако в обоих случаях врачи сочли маловероятным развитие синдрома иммунной реконституции. Изониазид хорошо переносился. Тяжелые побочные явления имели место у 28 из 1995 (1,4%) больных. Из 28 больных у 19 отмечались осложнения со стороны печени, причем один больной умер от печеночной энцефалопатии, которую признали связанной с изониазидом. У 5 больных отмечалась сыпь, у 2-х – судороги, у одного – головокружение и у одного – головная боль. Всего за время исследования умерли 20 больных, в основном от СПИД-индикаторных заболеваний.

Приверженность терапии изониазидом была высокой в течение всего исследования – более 80%. Причем приверженность больных, которые начали АРТ в процессе исследования, была выше, чем у больных, не получавших АРТ.

Выводы. Профилактический курс изониазида оказался эффективным и достаточно безопасным вмешательством, делают вывод авторы исследования. Заболеваемость ТБ в изучаемой когорте ВИЧ-инфицированных больных была низкой, а тяжелые побочные исследования – редкими.

Источник. В. Mosimaneotsile et al. Isoniazid tuberculosis preventive therapy in HIV-infected adults accessing antiretroviral therapy: A Botswana experience, 2004–2006. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, 2009, Nov 20 (e-pub ahead of print).

ПРЕДЛОЖЕН АЛГОРИТМ ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

21.05.2010

Туберкулез (ТБ) является одной из основных причин смерти ВИЧ-инфицированных больных. В связи с высокой распространенностью сочетанной ВИЧ/ТБ-инфекции ВОЗ рекомен-

дует скрининг на ТБ после постановки диагноза ВИЧ-инфекции, перед назначением антиретровирусной терапии (АРТ), а также регулярно в течение всего времени наблюдения. Показанием к внеочередному обследованию на ТБ в настоящее время считается кашель, длящийся более 2-х недель. Однако у значительной части ВИЧ-инфицированных больных ТБ диагностируется поздно. Поэтому продолжают поиски скрининговых методик и клинических симптомов – предикторов ТБ у ВИЧ-инфицированных больных. Международная группа ученых провела большое проспективное исследование с целью выработки алгоритма исключения ТБ и ранней диагностики ТБ у больных с ВИЧ-инфекцией, которые еще не начали АРТ.

Методы исследования. В исследовании приняли участие 8 амбулаторных ВИЧ-клиник Камбоджи, Вьетнама и Таиланда. Включались не получающие АРТ больные старше 6 лет, которых не обследовали на ТБ (рентгенограмма грудной клетки и микроскопия мазка мокроты) в течение 3-х месяцев и не лечили от ТБ в течение года. У каждого пациента были забраны и лабораторно исследованы три пробы мокроты, и по одной пробе мочи, крови, стула и аспирата из лимфоузлов (в случае лимфаденопатии). Весь отобранный материал был посеян на *M. Tuberculosis*. Исследователи сравнили клиническую симптоматику и результаты посевов у больных, которым впоследствии был выставлен диагноз ТБ, и у больных без ТБ.

Результаты исследования. В исследование были включены 1768 больных. Половина больных были мужского пола (53%), средний возраст составил 31 год, а среднее число CD4-клеток – 242 кл/мкл. ТБ был диагностирован у 267 больных. Самыми сильными предикторами ТБ были следующие клинические симптомы: повышенная утомляемость, лихорадка, потеря в весе и кашель. Их чувствительность в плане диагностики ТБ составила соответственно 75, 74, 73 и 71%. Длительный кашель – в течение 2–3-х недель – не был сильным предиктором ТБ.

Чувствительность симптома «кашель в течение 2-х недель» составила 33%, а симптома «кашель в течение 3-х недель» – 22%. Положительный результат микроскопического исследования мазка мокроты на *M. Tuberculosis* обладал высокой предсказательной ценностью, однако его чувствительность составила всего 38% (результат был положительным только у 38% больных с ТБ).

Исследователи протестировали более 80 млн комбинаций 1–5 предикторов ТБ. Они обнаружили, что наибольшей чувствительностью обладает сочетание кашля любой продолжительности, лихорадки любой продолжительности и эпизодов ночного пота в течение как минимум 3-х из 4-х недель, предшествующих осмотру. Чувствительность и специфичность данного сочетания составили соответственно 93 и 36%. Исследова-

тели также определили, что при наличии хотя бы одного из перечисленных симптомов следующие данные помогают исключить ТБ: нормальный результат рентгенографии грудной клетки + 2 отрицательных анализа микроскопии мазка мокроты + число CD4 ≥ 350 кл/мкл. Только у 113 из 1199 больных с каким-либо из перечисленных симптомов (кашель любой продолжительности, лихорадка любой продолжительности и эпизоды ночного пота) отмечался положительный результат микроскопии мазка мокроты. У остальных больных диагноз ТБ был подтвержден бактериологическим посевом мокроты.

Выводы. Авторы исследования считают, что при клиническом скрининге на ТБ недостаточно учитывать только хронический кашель и предлагают ориентироваться на определенное ими сочетание симптомов (кашель любой продолжительности, лихорадка любой продолжительности и ночной пот). Они полагают, что наличие данного сочетания симптомов может служить поводом для бактериологического и рентгенологического обследования на ТБ. Исследователи пишут, что выработанный ими алгоритм должен быть испытан в более крупных проспективных исследованиях в различных регионах мира.

Источник. K.P. Cain et al. An Algorithm for Tuberculosis Screening and Diagnosis in People with HIV (2010) *N. Engl. J. Med.*, 362, 707–716.

У БОЛЬШИНСТВА БОЛЬНЫХ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ОСТАЮТСЯ СТАБИЛЬНЫМИ НА ПРОТЯЖЕНИИ МНОГИХ ЛЕТ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

21.05.2010

Антиретровирусная терапия (АРТ) предполагает пожизненный прием большого количества лекарственных средств, что безусловно влияет на почки как основной выделительный орган. При этом было замечено, что повышенный уровень креатинина крови у ВИЧ-инфицированных больных является фактором риска повышенной смертности и СПИД-индикаторной заболеваемости. Однако на сегодняшний день недостаточно научных данных о том, с какой неизбежностью страдают почки и их функция на фоне АРТ. Французские ученые провели исследование большой когорты ВИЧ-инфицированных больных с целью определения вероятности поражения почек при длительной АРТ. Их результаты опубликованы в декабрьском выпуске журнала «Clinical Infectious Diseases».

Методы исследования. В когортное исследование ANRS CO8 APROCO-COPILOTE в 1997–1999 годах включались ВИЧ-инфицированные больные, наблюдавшиеся в 47 ВИЧ-центрах Франции и начинавшие АРТ, содержащую ингибито-

ры протеазы (ИП). Наблюдение за когортой продолжается. Ученые исследовали как меняется уровень клубочковой фильтрации (УКФ) в зависимости от длительности АРТ и как он в свою очередь влияет на смертность больных.

Результаты исследования. В анализ был включен 1121 ВИЧ-инфицированный больной, для которых были доступны полные исходные (до назначения АРТ) данные. Средняя длительность наблюдения составила 7 лет; 77% когорты составили лица мужского пола, 90% – представители белой расы. На момент включения в исследование средний возраст был 37 лет, у 21% больных был СПИД в анамнезе, средний уровень CD4-лимфоцитов – 273 кл/мкл, а средняя вирусная нагрузка (ВН) – $4,5 \log_{10}$ копий/мл. Средний исходный уровень креатинина был 81 ммоль/л (межквартильный интервал [МКИ] 71–91 ммоль/л), а средний исходный УКФ – 93 мл/мин/1,73 м² (МКИ 82–107 мл/мин/1,73 м²).

Через 7 лет АРТ уровень CD4-клеток возрос до 534 кл/мкл, а средняя ВН снизилась до $1,7 \log_{10}$ копий/мл. Индекс массы тела не изменился и остался на уровне 22. Артериальная гипертензия – фактор риска почечной недостаточности – отмечалась у 18% больных когорты. Большинство больных начали АРТ с режима, содержащего либо индинавир (40%), либо нелфинавир (29%). За 7 лет наблюдения модификация режима АРТ потребовалась большинству участников когорты; 43% из них продолжили получать АРТ, содержащую какой-либо ИП, а у 50% из них ИП были заменены на препараты других классов. Средний УКФ менялся в когорте следующим образом: 93 мл/мин/1,73 м² (МКИ 82–107 мл/мин/1,73 м²) – на момент инициации АРТ, 97 мл/мин/1,73 м² (МКИ 84–113) – через 2 года, 96 мл/мин/1,73 м² (МКИ 83–112) – через 4 года, 93 мл/мин/1,73 м² (МКИ 82–107) – через 6 лет наблюдения. Исследователи отмечают, что в течение первых 16 месяцев АРТ имело место повышение УКФ ($+0,72$ мл/мин/1,73 м² в месяц), а затем его постепенное снижение и стабилизация ($+0,01$ мл/мин/1,73 м² в месяц). Доля больных с УКФ <60 мл/мин/1,73 м² оставалась стабильной в течение всего периода наблюдения и составила 3%. Доля больных с УКФ = 60 – 90 мл/мин/1,73 м² также мало изменилась: 36% исходно и 39% через 7 лет наблюдения.

УКФ оказывал значительное влияние на смертность больных, которая составила 4,1 на 100 человеко-лет наблюдения у лиц с УКФ <60 мл/мин/1,73 м² против 1,8 на 100 человеко-лет у лиц с УКФ >90 мл/мин/1,73 м². Исходно УКФ был относительно выше у более молодых пациентов и у пациентов с более низким индексом массы тела, а относительно более низкий УКФ отмечался у пациентов с числом CD4-клеток <200 кл/мкл.

Многофакторный анализ динамики УКФ в первые 16 месяцев терапии показал, что с более низкими показателями УКФ связаны такие

факторы, как мужской пол, СПИД, низкий индекс массы тела и прием индинавира. В дальнейшем (после первых 16 недель терапии) динамика УКФ не зависела от факта приема индинавира или других препаратов.

Выводы. Данное исследование имеет наибольшую длительность наблюдения в отношении здоровья почек у европейских пациентов, получающих АРТ. Его результаты показали стабильность функции почек с течением времени. Более того, у большинства больных отмечалось улучшение функции почек с началом АРТ, что исследователи связывают с благотворным влиянием вирусной супрессии. Они отмечают, что в целом снижение УКФ с течением времени соответствовало возрастному снижению УКФ, характерному для населения в целом. Однако исследование также показало и отрицательное влияние на функцию почек ингибитора протеазы индинавира. Авторы исследования предлагают клиницистам мониторировать функцию почек ВИЧ-инфицированных больных, особенно если они получают ренотоксичные препараты, такие как индинавир.

Источник. С. Leport et al. Long-Term Evolution and Determinants of Renal Function in HIV-Infected Patients Who Began Receiving Combination Antiretroviral Therapy in 1997–1999, ANRS CO8 APROCO-COPILOTE (2009) *Clinical Infectious Diseases*, **49**, 1950–1954.

ХРОНИЧЕСКАЯ ВЫСОКАЯ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ВОЗМОЖНА

21.05.2010

Антиретровирусная терапия предполагает пожизненный прием нескольких препаратов. При этом обязательным требованием и залогом успеха является высокая приверженность лечению. Только высокая ($\geq 95\%$) приверженность обеспечивает вирусную супрессию и рост числа CD4-клеток, предотвращает синдром вирусной отдачи, минимизирует вероятность развития резистентности ВИЧ и приближает ожидаемую длительность жизни больных к средней популяционной. Возможна ли длительная/хроническая высокая приверженность ВИЧ-инфицированных больных? Как меняется их отношение к лечению, когда оно становится привычным, а их жизни в течение многих лет не угрожает иммунодефицит и инфекции? Ответить на эти и другие вопросы попытались британские ученые, проведя большое обсервационное исследование.

Методы исследования. Исследователи воспользовались данными когорты Royal Free HIV Cohort. Когорта состоит из ВИЧ-инфицированных больных, получающих бесплатное лечение

в одной из ВИЧ-клиник Лондона. Антиретровирусные препараты в данном случае выдаются в той же клинике, а не в коммерческой аптеке. Приверженность антиретровирусной терапии (АРТ) оценивалась на основании того, как регулярно больные предоставляли в аптеку рецепты и получали препараты. Анализ приверженности проводился для трех препаратов каждые 6 месяцев. Определялся процент дней, покрытых полученными препаратами. В анализ включались больные, получавшие АРТ в течение как минимум двух периодов длительностью 6 месяцев. Больных отслеживали до смерти или до последнего предоставленного рецепта.

Результаты исследования. В исследование были включены 2060 больных, начавших АРТ в 1999–2008 гг. Их отслеживали на предмет приверженности в среднем 4,5 лет (межквартильный интервал 2,4–7,2 лет, максимальная длительность наблюдения – 13 лет) и общая длительность наблюдения составила 16 454 отрезка времени по 6 месяцев. Причем до данного исследования больные уже принимали АРТ в среднем в течение 3,7 лет. Большинство больных были мужского пола (78%) и представителями белой расы (66%). Средний возраст на момент начала данного анализа составил 41 год. В течение времени, охваченного данным наблюдением, большинство имели неопределимый уровень ВИЧ в крови (79% больных) и число CD4-клеток >350 кл/мкл (67% больных). Число CD4-клеток >200 кл/мкл имели 88% участников исследования. У более чем половины больных (57%) не было зарегистрировано ни одного эпизода несостоятельности АРТ. Средняя приверженность АРТ на протяжении всего периода наблюдения была около 92%. Приверженность не только не падала, но даже несколько повышалась с годами лечения (отношение рисков [ОР] 1,02 для каждого последующего года АРТ, 95% ДИ 1,01–1,04, $p = 0,0533$). Однако у почти половины больных в определенный момент времени имела место низкая ($\leq 60\%$) приверженность. У 48% больных были зарегистрированы один и более таких 6-месячных периодов. Средний срок от начала АРТ до такого периода составил в когорте 4 года. При этом большинство больных восстанавливали ритм приема препаратов: у 60% отмечался только один 6-месячный период низкой приверженности и у 72% периоды низкой приверженности не были последовательными.

Оценивая факторы риска низкой приверженности, исследователи определили, что она значительно чаще имела место у черных гетеросексуальных мужчин ($p = 0,0153$). Данная взаимосвязь очевидно имеет социоэкономические корни. Другим фактором риска был более ранний календарный год начала АРТ ($p = 0,0003$).

Средняя приверженность больных, у которых отмечались ≥ 3 эпизодов несостоятельности терапии (высокая вирусная нагрузка на фоне

АРТ), была на 37% ниже приверженности больных без эпизодов несостоятельности терапии в анамнезе. А приверженность больных, у которых отмечались 1–3 эпизода несостоятельности терапии, была на 19% ниже ($p < 0,0001$ для обоих трендов).

Лучшая приверженность отмечалась у более старших больных (ОР 1,12 на каждые 10 лет). Исследователи отмечают также, что более высокая приверженность наблюдалась у больных, принимавших АРТ, в составе которой были усиленный ритонавиром атазанавир или усиленный ритонавиром саквинавир.

Как ожидалось, больные с более низкой приверженностью терапии отличались также

необязательностью в отношении визитов в клинику и с ними чаще терялась связь.

Выводы. Авторы исследования с удовлетворением констатируют, что в течение как минимум декады АРТ-приверженность подавляющего числа больных данной когорты оставалась высокой и не снижалась с годами. Они считают, что данное наблюдение продемонстрировало возможность поддержания стойкой вирусной супрессии в течение многих лет и десятилетий.

Источник. Cambiano V. et al. Long-term trends in adherence to antiretroviral therapy from start of HAART. *AIDS* (online edition), DOI:10.1097/QAD.0b013e32833847af, 2010.

Приглашаем добровольцев!

Информация предназначена для руководителей молодежных организаций, учреждений и инициативных групп добровольцев, работающих в области охраны здоровья и развития молодежи, а также руководителей региональных и муниципальных органов управления молодежной политикой, специальных учреждений и организаций, на базе которых работают группы добровольцев по принципу «равный—равному».

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

Первая Летняя школа добровольцев была проведена региональной общественной организацией «Сибирская инициатива» в 2001 году при поддержке UNICEF в рамках программы «Здоровье и развитие молодежи». В первой ЛШД принимали участие около 50 человек из 4 субъектов РФ. Именно на первой Летней школе добровольцев были

сформулированы ее основные цели, которые до сих пор являются определяющими при формировании программы Школ и подборе участников:

- популяризация идеи добровольчества и программ «равный—равному» среди молодежи России;
- создание условий для обмена информацией и опытом работы между добровольцами России.

Летняя школа добровольцев и сейчас способствует достижению этих целей, собирая на свои форумы самую активную, творческую и ответственную молодежь.

В 2010 году очередная Школа пройдет 4–8 августа.

Для проведения работы Летней школы добровольцев РОО «Сибирская инициатива» выбрала одно из красивейших мест России — Горный Алтай, что позволило органично соединить работу и обучение с отдыхом и познавательными мероприятиями. В программу работы Школы, кроме тренингов и семинаров, вошли сплавы по горным рекам, восхождение в горы, экскурсии в пещеры и прогулки на перевалы. Такой подход делает работу в Летней школе одним из мощных стимулов деятельности добровольцев и может рассматриваться как способ привлечения молодежи к

решению многих проблем общества.

За годы проведения Летней школы обучено более 850 молодых людей, представляющих около 250 государственных, муниципальных и общественных организаций из 47 субъектов РФ. При этом Летняя школа добровольцев не только объединяет молодых людей из различных регионов и организаций. Летняя школа добровольцев усиливает их энергию, улучшает их знания, помогает организовывать продуктивное сотрудничество, способствует их дальнейшему совершенствованию. Развитие добровольчества содержит в себе огромный потенциал, а Летняя школа является прекрасной площадкой для развития этого движения.

В настоящее время началась подготовка к Летней школе добровольцев-2010. Вы можете высказать Ваши предложения и пожелания на сайте ЛШД в соответствующем форуме (<http://www.schoolsummer.ru/forum/>).

Получить более полную информацию о мероприятии, ознакомиться с его историей, отзывами участников, материалами предыдущих лет Вы можете на сайте: <http://www.schoolsummer.ru>

Вениамин Вольнов
(3852) 269911 / 269925

ОСТОРОЖНО! СПИД-ДИССИДЕНТЫ!

«Отрицатели вирусной природы СПИДа появились давно. Распространяемая ими информация нацелена на широкие слои населения, которые, как правило, не ориентируются в медицинских терминах и тонкостях природы ВИЧ-инфекции. Именно поэтому псевдонаучные высказывания, приправленные жуткими историями об испытании ядовитых препаратов на людях и принуждении беременных женщин к аборту под предлогом ВИЧ-инфекции (что, кстати, является вопиющей ложью, поскольку при применении профилактического лечения ВИЧ-инфицированная женщина может родить здорового ребенка). В Интернете на торрент-трекерах и на видеохостингах очень распространены фильмы и ролики под интригующими названиями «СПИД — самая крупная мистификация XX века», «ВИЧ не существует». Аргументы, приведенные в них, столь несостоятельны, что верить в них — это просто дикость. Последней каплей была передача «Гордон Кихот», вышедшая в эфир 23 апреля 2010 года. Понятно, что подобные передачи снимаются не один час, а в эфир пускаются наиболее интересные и вызывающие наиболее яркие эмоции моменты. Так вот, при просмотре этой передачи создавалось впечатление, что сторонникам традиционного подхода к причинам СПИДа, вызванного ВИЧ, просто не дали возможности защитить свою точку зрения, а точнее говоря, не позволили донести достоверную информацию до зрителя. ВИЧ-диссиденты «задавили» оппонентов криками и шумом. Передача, безусловно, от этого выиграла — получилось ярко, скандальное ток-шоу, но вот что касается последствий...»

*Из письма Салахиевой Асии,
ГУЗ «Ульяновский областной центр по профилактике
и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями»*

* * *



Всероссийская общественная организация «Объединение людей, живущих с ВИЧ»

Исх. № 30
от 30 апреля 2010 г.

Президенту Российской Федерации
Медведеву Д.А.

Глубокоуважаемый Дмитрий Анатольевич!

В последнее время в распространяемых различными СМИ материалах по вопросам ВИЧ/СПИДа прослеживается тенденция отрицания самого факта существования вируса, развития эпидемии и необходимости проведения профилактических и лечебных мероприятий. К обсуждению этих вопросов привлекаются далеко не самые компетентные лица, выстраивающие свою аргументацию на тенденциозно подобранных фактах и делающие некорректные выводы о «тотальном заговоре» врачей и фармацевтов.

Между тем, вирус иммунодефицита человека является одним из самых изученных в мире, и печальных доказательств распространения эпидемии — более чем достаточно. На данный момент в России официально зарегистрировано более 500 тыс. человек, живущих с ВИЧ. Во всем мире,

по оценкам ООН, вирусом иммунодефицита человека инфицированы около 40 миллионов, а число умерших от СПИДа составляет 20 миллионов человек. Специально в противовес распространяемой антинаучной информации еще в 2000 году более 5000 ученых всего мира, в том числе 11 нобелевских лауреатов, подписали Дурбанскую декларацию, в которой в очередной раз подтвердили, что ВИЧ является причиной СПИДа.

Отношение к проблеме ВИЧ всех участников недобросовестных публикаций и телевизионных передач могло бы оставаться их частным делом, если бы не общественная значимость рассматриваемого вопроса и очевидные отрицательные последствия как для лиц, вовлеченных в эпидемию, так и для общенациональных мероприятий по противодействию эпидемии.

Последним ярким примером откровенно агрессивного продвижения этой односторонней точки зрения стала программа «Гордон Кихот» (Первый канал – ОРТ, 23.04.10), вызвавшая немедленную реакцию всего сообщества людей, живущих с ВИЧ и затронутых эпидемией.

Общественные организации располагают фактами о случаях отказа от приема антиретровирусной терапии – единственного и чрезвычайно дорогостоящего способа лечения ВИЧ-инфекции, которые напрямую связаны с выпуском этой передачи. Пациенты, на формирование приверженности к лечению которых были затрачены большие усилия как врачей, так и добровольцев из общественных организаций, прекращают принимать терапию, формируя у себя лекарственную резистентность и невозможность последующего лечения. Беременные с ВИЧ-статусом отказываются от профилактических мероприятий по предотвращению внутриутробной передачи ВИЧ ребенку. Родившие женщины продолжают кормить новорожденных грудью, многократно увеличивая риск передачи им инфекции. Наряду с этим в обществе нарастает отторжение всех профилактических мероприятий, направленных на предотвращение распространения эпидемии.

Учитывая колоссальные финансовые вложения нашего государства в противодействие эпидемии, не будет большим преувеличением сказать, что распространение подобной информации, в том числе и через наиболее массовые и популярные информационные каналы, наносит серьезный урон государственной политике в об-

ласти ВИЧ и, по сути, противодействует усилиям государства и гражданского сектора по снижению распространения эпидемии.

Будучи убежденными сторонниками свободы слова, мы также уверены, что свобода должна сочетаться с высокой ответственностью и соблюдением законности. В данном конкретном случае с выпуском передачи «Гордон Кихот» были нарушены важные статьи закона о СМИ (ФЗ № 2124-1 от 27.12.1991 «О средствах массовой информации», ст. 51), где прямо указывается о недопустимости распространения ложной информации, способной вызвать общественное беспокойство и подорвать доверие к стране.

Являясь представителями гражданского общества, которым небезразличны перспективы развития эпидемии ВИЧ в России, обращаемся к Вам с просьбой дать соответствующую оценку информационной политике СМИ и, в частности, Первому каналу (ОРТ), по данной проблеме, донести до граждан официальную позицию государства по вопросам профилактики и лечения ВИЧ и публично подтвердить приверженность высшего руководства страны взятым на себя международным обязательствам по приверженности к борьбе со СПИДом.

С уважением,

*Маяновский В.А.,
председатель Координационного совета
Всероссийской общественной организации
«Объединение людей, живущих с ВИЧ»*

* * *



Международная коалиция по готовности к лечению в Восточной Европе и Центральной Азии (ITPCru)

<http://itpcorg.ru/petitions/531.html>

**Президенту Российской Федерации Медведеву Д.А.,
министру здравоохранения и социального развития
Российской Федерации Голиковой Т.А.,
главе Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав
потребителей и благополучия человека Онищенко Г.Г.**

ОБРАЩЕНИЕ К ПРАВИТЕЛЬСТВУ О РАСПРОСТРАНЕНИИ СПИД-ДИССИДЕНТСКИХ ТЕОРИЙ

Мы, люди, затронутые проблемой ВИЧ/СПИДа, а также НКО, работающие в сфере ВИЧ/СПИДа, глубоко обеспокоены тем, что в нашей стране все чаще ведущими средствами массовой информации освещается тема СПИД-диссидент-

ства, которая опровергает существование ВИЧ/СПИДа как заболевания.

23 апреля 2010 года в эфир Первого канала вышел выпуск программы «Гордон-Кихот» Александра Гордона. В телепрограмме приняли учас-

тие такие публичные деятели, как депутат Государственной думы Алексей Валентинович Митрофанов, врач-патолог и кандидат медицинских наук Владимир Агеев, журналист Мария Трещанская. Они абсолютно серьезно говорили о теориях СПИД-диссидентства и утверждали, что лечение ВИЧ-инфекции антиретровирусными препаратами вызывает летальный исход. Делая подобные заявления, СПИД-диссиденты распространяют устаревшую информацию, преследуя корыстные интересы, такие как рост личной популярности и повышение рейтинга их программ и изданий.

Факт существования СПИДа и выделения вируса иммунодефицита научно доказан. Существует фото вируса, сделанное с помощью электронного микроскопа, в 2009 году получено фото процесса заражения ВИЧ. Эти фотографии являются весомыми аргументами в доказательстве существования ВИЧ.

Мы должны признать, что в нашей стране уровень грамотности и информированности в вопросах ВИЧ/СПИДа низок. Согласно Национальному докладу Российской Федерации о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, менее 34% респондентов среди молодежи в возрасте 15–24 лет отвечают правильно на основные вопросы про профилактику и пути передачи ВИЧ-инфекции, среди школьников в возрасте 15–16 лет – только 17%. Перед правительством и всеми секторами, задействованными в борьбе с ВИЧ/СПИДом, по-прежнему стоит серьезная задача по реализации и проведению программ, повышающих осведомленность населения в этих вопросах.

По официальной статистике Федерального центра СПИДа, количество ВИЧ-инфицированных на территории России на 31.10.2009 года составляет 516 167 человек. Начиная с 1998 года, число новых диагностированных случаев инфицирования ВИЧ ежегодно увеличивается. Более 75% ВИЧ-инфицированных россиян – молодые люди в возрасте от 15 до 30 лет. Статистические данные указывают, что эпидемия в нашей стране распространяется огромными темпами.

Выпуск в эфир телепередач, призывающих к отказу от лечения и профилактики ВИЧ/СПИДа – преступление. Среди населения появились убеждения в правильности отказа от посещений консультаций врача и медицинских учреждений, пациенты считают бессмысленным прохождение процедуры тестирования на ВИЧ. По данным «равных» консультантов из разных регионов РФ, уже сейчас ВИЧ-положительные пациенты прерывают прием жизненно необходимой антиретровирусной терапии, что повлечет за собой летальный исход для этих граждан, а в случае вертикальной передачи ВИЧ от беременной женщины к ребенку – инфицирование плода. Результатом подобного поведения станет необходимость выделения дополнительных денежных средств для ликвидации последствий таких действий.

На сегодняшний день нельзя точно сказать, на какое количество людей повлиял выпуск этой телепрограммы, и они стали приверженцами этих теорий. Мы однозначно утверждаем, что ответственность за жизнь и дальнейшее состояние здоровья этих людей лежит на тележурналисте Александре Гордоне и редакционном совете программы «Гордон Кихот».

Мы обращаемся к правительству и министерствам Российской Федерации, а также к представителям медицинского, научного сообществ, с просьбой оперативно отреагировать на сложившуюся ситуацию:

– подготовить выпуск ответной телепередачи, в которой будут адекватно представлены фото, видеоматериалы, научно-обоснованные, доказанные свидетельства существования, или же отсутствия вируса (данная программа должна быть подготовлена в диалоговой форме и предоставить возможность обеим сторонам честно отстоять свои права и убеждения);

– в связи со скоростью распространения идей СПИД-диссидентства, в связи с масштабом распространения самой эпидемии в стране, мы считаем необходимым создание государственной обучающей программы по ВИЧ/СПИДу для массового информирования населения по вопросам профилактики и лечения этого заболевания и запуск этой программы на одном из главных ТВ-каналов страны.

Факты свидетельствуют о том, что движение СПИД-диссидентов нацелено на подрыв здоровья нации и против здоровой России. Оно действует в противовес государственным приоритетным проектам, направленным, на снижение темпов распространения ВИЧ-инфекции на территории Российской Федерации. Мы, люди живущие с ВИЧ и защитники их интересов, выражаем крайнюю озабоченность тем, что на главном государственном канале создается благоприятная обстановка для распространения шарлатанских теорий, и призываем руководство первого канала и программы «Гордон Кихот» выступить с публичным опровержением таких идей.

*Григорий Вергус,
региональный координатор Международной
коалиции по готовности к лечению ВИЧ/СПИДа
в Восточной Европе и Центральной Азии*

От редакции: На сайте <http://itpcorg.ru/petitions/531.html> было собрано более 250 подписей людей из разных регионов и стран (некоторые с комментариями), часть из которых мы приводим ниже для вашего ознакомления.

Подписи к комментариям:

#228 Sat May 15, 2010, 01:39:27. Яна: «Если уважаемые господа, принявшие участие в передаче, выдают желаемое за действительное в

жажде видеть всех ВИЧ-позитивных на кладбище — это их дело. Мы жили, живем и будем жить! А таких умников нужно привлекать к суду! Или ждать когда кто-то из их близких инфицируется ВИЧ. Ведь в Свазиленде или Танзании, где полнаселенья ВИЧ-позитивны, такого и в голову не придет! Столько денег вкладывается в коррекцию информации о ВИЧ/СПИДе, а тут такое... Неужели у российского правительства не найдется управы на таких умников?! Думаю, в Беларуси Гордон за это серьезно бы поплатился».

#227 Sat May 15, 2010, 01:31:17. Лена Григорьева: «От имени белорусских людей, живущих с ВИЧ, выражаем протест любой неправде о СПИДе! Мы с трудом поверили в то, что с диагнозом «ВИЧ» можно жить, еще с большим трудом поверили в то, что врачам можно доверять и что есть эффективное лечение ВИЧ-инфекции — АРВ-терапия. Вышедшая в белорусский эфир передача «Гордон-Кихот» повергла нас в ужас! Те немногие прогрессивные меры, предпринимаемые нашими правительствами за счет национальных бюджетов и международной помощи, откатываются на несколько лет назад ветряными мельницами Гордон-Кихотов! Мы выражаем решительный протест против гордонкихотства и всякой формы СПИД-диссидентства! Мы хотим жить, а не парить себе мозг глупыми надеждами и лжеучениями! Обращаемся к российскому правительству с требованиями принять экстренные меры по исправлению случившегося путем опровержения и выхода в эфир серии корректных передач по тематике ВИЧ/СПИДа, а также пресечению аналогичных инцидентов в будущем путем усиления контроля материалов в СМИ по ВИЧ/СПИДу и привлечения ЛЖВ в качестве экспертов по вопросам стигмы, дискриминации, приверженности к АРТ».

#226 Fri May 14, 2010, 20:37:25. Александр Скальд (Иркутск): «Уважаемый господин Президент! По меньшей мере странно наблюдать такое вопиющее несоответствие происходящего в эфире государственного телеканала самому духу и букве всех международных соглашений, подписанных от лица нашей страны Вашими предшественниками! Сам факт выхода данной передачи в эфир представляет собой прецедент позорной практики популизма и демагогии и, к моему глубочайшему сожалению, бросает тень на репутацию нашей державы как Государства способного ДЕРЖАТЬ СЛОВО!»

#219 Wed May 12, 2010, 21:50:23. Рафаэль (Баку): «Пытаются доказать то, во что сами не верят».

#217 Wed May 12, 2010, 18:57:06. Елена (Новороссийск): «Это просто неразумная, ужасная передача, которая приведет к отрицательным

последствиям... Разочарована, что такое допустили».

#206 Tue May 11, 2010, 20:05:55. Серебренникова Екатерина Станиславовна: «Поощрять подобные антинаучные «теории» — значит способствовать скорейшему вымиранию нации. Мне казалось, что демографическая ситуация в нашей стране не настолько безоблачна, чтобы позволить еще большему числу людей заразиться вирусом в результате того, что шарлатаны убедили их в том, что вируса не существует и профилактика не нужна. Допустима ли такая агитация против профилактики ВИЧ на центральном телеканале?»

#201 Tue May 11, 2010, 16:28:33. Подгорная Наталья Николаевна: «Я сама больна 14 лет и видела сколько народу умирает именно потому, что вовремя не получили терапию. Та информация, которую сейчас продвигают в массы СПИД-диссиденты, просто убивает!»

#195 Mon May 10, 2010, 14:21:02. Игорь (Кишинев): «ВИЧ+ с 1996 года и жив благодаря АРВ-терапии. Страшный вред телепередачи «Гордон-Кихот» 23 апреля 2010 года сложно переоценить!»

#186 Thu May 06, 2010, 17:14:47. Елена: «Совершенно необходимо работать в направлении профилактики ВИЧ-диссидентства. Саму передачу, о которой идет речь, не видела. НО! Часто сталкиваюсь с последствиями того информационного мусора, который заполняет СМИ и особенно Интернет. Работая в сфере ВИЧ-сервиса более 7 лет, согласна с утверждением одного из подписавшихся (Юлия из г. Орел) «подобные передачи аннулируют проделанную работу по профилактике в области ВИЧ/СПИДа». Факт: в прошлом году за июль мы потеряли сразу 5 клиентов нашего проекта. Три человека ушли из жизни по причине присоединившегося туберкулеза, который они не хотели лечить, а остальные двое — именно из-за ВИЧ-диссидентства. При этом, одному мужчине (отцу ТРОИХ (!) детей, двое из которых — ВИЧ-положительные) «промыли мозги» в религиозной секте. А другой — год проработал в одной из общественных организаций и получил необходимые знания и поддержку по ВИЧ/СПИДу, но выбрал информацию из Интернета (был там какой-то фильм про отмывание денег на ВААРТ и ссылки на ученых умы из России), просто отказался начинать терапию. А когда понял, что умирает, то терапию начинать было уже поздно. Я и мои соцработники были с этими людьми до их последнего дня. Очень жаль терять людей из-за их собственных мифов, подогретых СМИ. Кстати, перед своим концом уже не вспоминали ВИЧ-диссидентов, а только просили: «Спасите». Мне больших усилий стоило не уйти из этой сферы деятельности,

«синдром сгорания» и депрессия длились почти три месяца. Короче, совершенно необходимо работать в направлении профилактики ВИЧ-диссидентства. Давайте ВМЕСТЕ думать — КАК? С уважением, не ВИЧ-позитивная, но имеющая ВИЧ-позитивную лучшую подругу на свете».

#184 Thu May 06, 2010, 13:16:32. Вячеслав (Минск): «О чем здесь можно говорить! Обратиться на прямую к ведущему программы и предложить в дальнейшем выступить в программе людям, знающим не понаслышке о ВИЧ».

#178 Thu May 06, 2010, 10:25:48. Ирина: «Все мои знакомые, которые на протяжении 7 лет поддерживали СПИД-диссидентские теории будучи в статусе ВИЧ+, поумирали, один сейчас лежит в больнице в тяжелейшем состоянии. Все, кто придерживались назначений врача и начинали вовремя АРВ-терапию, не просто живы, а живут полноценной жизнью».

#176 Thu May 06, 2010, 01:53:53. Степан Логинов (Минск): «Желаю всем СПИД-диссидентам (сторонники этой теории вымерли как динозавры в 90-е во всем цивилизованном западном мире) инфицироваться ВИЧ и на своей шкуре испытать все «прелести» болезни».

#171 Wed May 05, 2010, 15:53:56. Годунова Юлия (Орел): «Подобные передачи аннулируют проделанную работу по профилактике в области ВИЧ/СПИДа».

#169 Wed May 05, 2010, 12:56:07. Яна Полонская: «В 2005 году, дочь ВИЧ-позитивной Робин Сквилл, одной из лидеров международного движения СПИД-диссидентов, умерла от осложнений, связанных с развитием у нее СПИДа, который ее мать отказалась лечить в связи с убеждениями, что вируса не существует. Ребенку было 3 года».

#166 Wed May 05, 2010, 09:35:25. Ольга: «Такая информация, исходящая из уст центральных каналов телевидения, показатель низкой осведомленности всего общества. Это преступно по отношению как к ВИЧ-положительным людям, так и к здоровым. Никто, к сожалению, не может посчитать сколько жизней унесла и еще унесет эта псевдотеория».

#148 Tue May 04, 2010, 19:52:47. Ледков Роман Викторович (Красноярск): «Дмитрий Анатольевич! От лица людей, живущих с ВИЧ в Сибирском федеральном округе, прошу Вас рассмотреть вопрос о формировании Государственной информационной политики по вопросам ВИЧ/СПИДа в РФ. Прискорбно видеть, как всего несколькими часами информационного влияния СПИД-диссидентов на центральных телеканалах России разрушаются годы работы

по противодействию распространению эпидемии ВИЧ/СПИДа. Как глава государства Вы можете коренным образом повернуть сложившуюся ситуацию в направлении защиты своих граждан и торжества справедливости. С глубоким уважением, люди, живущие с ВИЧ в СФО».

#144 Tue May 04, 2010, 17:07:05. Андрей (Ростов-на-Дону): «Я, как человек, живущий с ВИЧ 14 лет, обеспокоен тем, что было озвучено в этой передаче. Считаю, что такие люди не имеют права работать на телевидении. Ведь к моему мнению, которое прозвучало, могут прислушиваться те люди, которые не владеют информацией о ВИЧ».

#132 Tue May 04, 2010, 09:23:10. Степанова Екатерина Юрьевна (врач-инфекционист, Казань): «Давно хочется увидеть хотя бы одну адекватную, грамотную передачу о ВИЧ-инфекции. До сегодняшнего момента такого на телевидении не создано. Очень много искаженной информации, предоставляемой не медиками, парамедиками или специалистами-теоретиками, а не теми врачами, которые уже много лет лечат ВИЧ-инфицированных людей. Подобные передачи не только опасны, а просто смертельны для наших пациентов».

#118 Mon May 03, 2010, 09:48:50. Елена (Талдыкорган, Казахстан): «Факт существования ВИЧ научно доказан и отрицать его на уровне философских размышлений, делая из глобальной проблемы ШОУ, нельзя».

#117 Mon May 03, 2010, 09:41:47. Светлана Садуакасова (Талдыкорган, Казахстан): «Все чаще появляются в СМИ статьи, видеоролики, рекламы, опровергающие существование ВИЧ-инфекции и СПИДа. Тем не менее ежегодно количество зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции растет не только в России, но и в странах Центральной Азии. Подобные передачи, программы вводят в заблуждение общее население, тем самым мотивируя людей на рискованное поведение».

#96 Sun May 02, 2010, 09:28:07. Виктор (Московская область): «Такое ощущение, что кто-то хочет пополнить свои личные счета на отказе борьбы со СПИДом».

#93 Sun May 02, 2010, 02:26:09. Дмитрий: «Рейтинг передачи — это важно, но человеческая жизнь и здоровье не должны ставиться под угрозу! Подобные действия СМИ угрожают здоровью нации».

#91 Sat May 01, 2010, 23:56:13. Филин Анна Сергеевна (Москва): «Я ВИЧ+. Мои родители тяжело переживают мой диагноз. После просмотра таких передач у нас дома происходит скандал: родители пытаются запретить мне ле-

читься. Но я убеждена в правильности моих действий. А подобные передачи мешают мне жить. Точки зрения могут быть разными. Но Земля все равно круглая, а не плоская».

#75 Sat May 01, 2010, 17:56:41. Александр Григорьевич Савицкий (Москва): «Считаю, что эта передача повлечет за собой жертвы. Смерть людей в результате отказа от лечения — это ответственность Гордона и тех, кто выпустил эту передачу в эфир. Необходимо публичное извинение господина Гордона перед нами. Перед теми, кто потерял близких в связи с эпидемией и деятельностью подобных ему товарищей».

#62 Sat May 01, 2010, 12:47:32. Алсеитов Канат Байдуллаевич (Шымкент): «Я, Алсеитов Канат, от своего имени и от имени сообщества родителей ВИЧ-положительных детей Южно-Казахстанской области РК, полностью поддерживаю «Обращение к правительству о распространении СПИД-диссидентских теорий».

#38 Fri April 30, 2010, 23:50:04. Ирина (Санкт-Петербург): «Сытый голодного не разумеет... Мы растим детей, радуясь, что они здоровы. Но что будет дальше, если пустить дело на самотек? ВИЧ и так слишком быстро распространяется, а если люди еще и решат, что его нет, или он не опасен, и перестанут беречься...»

#31 Fri April 30, 2010, 22:18:07. Громова Ульяна (Балаково, Саратовская обл.): «Я одна из людей, живущих с ВИЧ, и мне не безразлична эта проблема. Уже зарегистрированы случаи отказа от терапии людей, живущих с ВИЧ. Что же будет дальше? Здоровые люди и наша молодежь, наслушавшись подобного бреда, просто прекратят заботиться о мерах предосторожности и за этим последуют необратимые последствия. А как же здоровая нация? Будущее наших детей под угрозой! Задумайтесь!»

#15 Fri April 30, 2010, 20:18:53. Виталий (Кумертау): «Считаю теорию диссидентов полным бредом, ничем не обоснованным и не подкрепленным никакими фактами и исследованиями. Наука все доказала и не надо еще что-то доказывать!»

#13 Fri April 30, 2010, 20:02:09. Просвирина Светлана (Калининград): «Меня как человека, живущего с ВИЧ 14 лет, из которых 5 лет я принимаю АРВ-терапию, трудно убедить в том, что ВИЧ не существует и АРВ — отравка. Я могу сравнить свое здоровье до- и после начала приема АРВ-препаратов. Но есть множество людей, которые только начали прием препаратов, кто готовится их принимать. Искаженная информация по ТВ окажет необратимые последствия на здоровье и жизни этой категории людей. У меня как у мамы 24-летней дочери возникают опасения о здоровом будущем наших детей, которые,

наслушавшись таких передач, перестанут принимать профилактические меры, чтобы уберечь себя».

#10 Fri April 30, 2010, 19:29:56. Анастасия Полякова: «Как консультант могу лишь добавить, что к СПИД-диссидентству присоединяются и будущие ВИЧ-положительные матери, которые в дальнейшем планируют кормить детей грудью».

#7 Fri April 30, 2010, 19:06:42. Зверьков Константин Станиславович (Одесса): «Такие телекомпании и ведущих надо сажать в тюрьму или облагать огромными штрафными санкциями, а также лишать лицензии на право трансляции в прямом эфире — за предоставление заведомо ложной информации и преступления против граждан своей страны».

Подписи без комментариев:

Алена Никитина (Воронеж), Нина Карасева (Норильск), Jeyhun Eminbayli, Овсянников Павел Владимирович (Сочи), Shona Schonning (Vilnius), Леонид Власенко (Днепропетровск), Цукерман Елена (Киев), Сидоренко Наталья (Томск), Инна (Южно-Сахалинск), Елена Шастина (Оренбург), Ольга Ф. (Пенза), Владлена Семенюк (Кагул, Молдова), Елена Жукова (врач СПб Центра СПИДа), Наталья (Санкт-Петербург), Юрий Саранков (Киев), Докиенко Ольга (Тамбов), Марон Евгения (Москва), Сергей (Гомель, Белоруссия), Олеся (Санкт-Петербург), Дмитрий (Тюмень), Илья Ахлюстин (Челябинск), Сергей (Челябинск), Pavel Naumov (St. Petersburg), Татьяна Потапова (Златоуст), Константин (Златоуст), Лена Калинина (Златоуст), Елена Боровкова (Златоуст), Игорь Плотников (Златоуст), Евгений (Златоуст), Марков Н.А. (Саратов), Казаков Денис (Тверь), Юрий (Красноярск), Яна (Санкт-Петербург), Денис (Новосибирск), Устюжанина Наталья Владиславовна (Тюмень), Малышев Константин Павлович (Пермь), Наиля (Казань), Аста Минквявичене (Вильнюс), Александр Зеличенко (Бишкек), Алексей Яскович (Москва), Игорь Соболев (Таллинн), Максим (Курск), Рута Шульцайте (Вильнюс), Elchin Mustafayev (Baku), Азизбек Болтаев (Бухара), Zulfiyya Mustafayeva (Baku), Рамин Джафаров (Баку), Эхтирам Пашаев (Баку), Аревик Петросян (Ереван), Наира (Ереван), мать ВИЧ-инфицированного (Московская область), Сона Навасардян (Ереван), Рипсима Абрамян (Ереван), Рузанна Мовсисян (Ереван), Гарик (Ереван), Аргине Степанян (Ереван), Грета Хачатрян (Ереван), Ольга Гурьевна Блинова (Воронеж), Карина (Королев), Абдюшева Ирина Николаевна (Калининград), Ласкин Алексей (Казань), Сапронов Денис (Мичуринск), Бурул (Бишкек), Дамир Бикмухаметов (Казань), Олеся (Волгоград), Иван (Ижевск), Марина (Санкт-Петербург) и многие другие.

ДЕТИ СО ЗНАКОМ «ПЛЮС»

В прошлом номере нашего журнала было опубликовано информационное пособие для сотрудников дошкольных и общеобразовательных учреждений «Дети со знаком «плюс» (Е.Е. Воронин, Л.А. Глазырина, А.И. Загайнова, Т.А. Епоян, Е.В. Фомина. М., 2008). В этом выпуске мы публикуем *Приложения* к данному пособию.

Приложение 1

КОНЦЕПЦИЯ ПРЕВЕНТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ

**Министерство образования и науки
Российской Федерации**

6 октября 2005 г.

№ АС-1270/06

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

4 октября 2005 г.

№ 0100/8129-05-32

ПИСЬМО О КОНЦЕПЦИИ ПРЕВЕНТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ В ОБЛАСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ/СПИДА В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ

В целях повышения эффективности деятельности по профилактике ВИЧ/СПИДа среди детей и молодежи Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Министерство образования и науки Российской Федерации направляют для использования в работе прилагаемую Концепцию превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде (далее – Концепция).

Органам управления здравоохранением, органам управления образованием, органам по делам молодежи, территориальным управлениям Роспотребнадзора по субъектам РФ предлагается довести Концепцию до сведения подведомственных органов и учреждений и обеспечить взаимодействие органов и учреждений, отвечающих за реализацию различных аспектов превентивного обучения в образовательной среде в рамках своей компетенции.

*Заместитель министра образования и науки
Российской Федерации
А.Г. СВИНАРЕНКО*

*Руководитель Федеральной службы по надзору
в сфере защиты прав потребителей
и благополучия человека
Г.Г. ОНИЩЕНКО*

Приложение

*к письму Минобрнауки России
от 6 октября 2005 г. № АС-1270/06
и Роспотребнадзора
от 4 октября 2005 г. № 0100/8129-05-32*

КОНЦЕПЦИЯ ПРЕВЕНТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ В ОБЛАСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ/СПИДА В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ

1. Введение

Концепция превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде предназначена для реализации на территории Российской Федерации Минобрнауки России, Минздравсоцразвития России и другими заинтересованными министерствами и ведомствами и находящимися в их ведении учреждениями и организациями, международными и общественными организациями, занимающимися превентивным обучением в области профилактики ВИЧ/СПИДа.

Концепция содержит основные положения, касающиеся организации и проведения превентивного обучения в области ВИЧ/СПИДа в образовательной среде. Своевременное и полномасштабное внедрение указанных положений позволит сдерживать темпы роста эпидемии на территории Российской Федерации за счет повышения информированности детей и молодежи о путях передачи ВИЧ/СПИДа и мерах по предупреждению заражения и воздействия на их поведение.

2. Обоснование целесообразности разработки и реализации Концепции превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде

Эпидемия ВИЧ/СПИДа является угрозой стабильности развития современного общества большинства стран мира, включая Российскую Федерацию. Развитие эпидемии приводит к усугублению социальных проблем, в дальнейшем оно может представлять собой угрозу экономической стабильности России.

В настоящее время эпидемия ВИЧ/СПИДа в Российской Федерации представляет собой социомедикиобиологическое явление, отличающееся динамичностью, нарастающим негативным эффектом, и сочетает в себе признаки чрезвычайной ситуации и долговременной проблемы. Она требует как принятия мер немедленного реагирования, так и разработки системы длительной защиты и противодействия.

Динамика изменения общего числа ВИЧ-инфицированных в Российской Федерации показывает, что начиная с 1999 года распространение ВИЧ/СПИДа приобрело угрожающий характер. Численность ВИЧ-инфицированных, выявленных только в течение 1999–2001 гг., составила абсолютное итоговое большинство за весь предшествующий период статистического наблюдения. С 2001 года наметилась тенденция к снижению числа вновь выявляемых ВИЧ-инфицированных, но показатель распространенности неуклонно продолжает расти. Общая численность ВИЧ-инфицированных в Российской Федерации, выявленных к сентябрю 2005 года, составляет более 330 тыс. человек, 14 тыс. из них — дети в возрасте до 14 лет.

Эпидемия ВИЧ/СПИДа в России, повторяя в своем развитии общемировые тенденции, в то же время имеет ряд особенностей, касающихся процессов феминизации и омоложения ВИЧ-инфицированных как в общей популяции, так и в группах, имеющих факторы риска инфицирования.

Изучение факторов, способствующих заражению ВИЧ-инфекцией, позволило констатировать, что в основном заражение обусловлено «рискованным» поведением (злоупотребление наркотическими средствами, рискованное сексуальное поведение и др.), способствующим реализации ведущих путей передачи вируса от человека человеку — через кровь и половые контакты. Многолетний опыт изучения особенностей распространения эпидемии показывает, что молодежь особенно уязвима к ВИЧ в силу рискованного сексуального поведения, употребления психоактивных веществ, отсутствия доступа к информации о ВИЧ-инфекции и службам профилактики, а также по целому ряду других социальных и экономических причин.

До последнего времени в Российской Федерации доминировал шприцевый (парентеральный) путь заражения ВИЧ-инфекцией при введении наркотиков, но сейчас он сравнялся по своей значимости с заражением половым путем. Это свидетельство того, что эпидемия выходит за пределы групп, имеющих факторы риска ВИЧ-инфицирования, распространяясь на самые широкие слои населения.

По оценкам экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), снизить темпы развития эпидемии возможно в первую очередь за счет просвещения людей с целью изменения их поведения. Принимая во внимание междуна-

родный опыт борьбы с эпидемией ВИЧ-инфекции и опыт, накопленный в России, можно предполагать, что превентивное обучение в области ВИЧ/СПИДа позволит не только уменьшить угрозу заражения, но и создать у подрастающего поколения установку на формирование навыков здорового образа жизни и ответственного поведения.

3. Нормативное правовое обеспечение разработки и реализации Концепции

Правовую основу Концепции составляют Конституция Российской Федерации, федеральные законы и другие нормативные правовые акты, а также общепринятые принципы и нормы международного права, в том числе:

- Всеобщая декларация прав человека. Принята и провозглашена резолюцией 217 А (III) Генеральной ассамблеи ООН 10 декабря 1948 г. Ратифицирована Российской Федерацией 5 мая 1998 г.;

- Декларация прав ребенка. Провозглашена резолюцией 1386 (XIV) Генеральной ассамблеи от 20 ноября 1959 г.;

- Конвенция о правах ребенка. Принята и открыта для подписания, ратификации и присоединения резолюцией Генеральной ассамблеи ООН № 44/25 от 20 ноября 1989 г. Ратифицирована Постановлением Верховного Совета СССР от 13.06.90 № 1559-1;

- Семейный кодекс Российской Федерации от 29.12.95 № 223-ФЗ;

- Федеральный закон от 30.03.95 № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»;

- Федеральный закон от 30.03.99 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»;

- Закон РФ от 22.07.93 № 5487-1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»;

- Закон РФ от 10.07.92 № 3266-1 «Об образовании»;

- Федеральный закон от 24.06.99 № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»;

- Федеральный закон от 19.05.95 № 82-ФЗ «Об общественных объединениях»;

- Постановление Правительства РФ от 13.11.2001 № 790 «О Федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002–2006 годы)»;

- Приказ Минздравмедпрома России от 16.08.94 № 170 «О мерах по совершенствованию профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации»;

- Приказ Минздрава СССР от 05.09.88 № 690 «О совершенствовании учета лиц, инфицированных ВИЧ и больных СПИДом»;

- Приказ Минздрава России от 07.08.2000 № 312 «О совершенствовании организационной структуры и деятельности учреждений по профилактике и борьбе со СПИДом»;

- Приказ Минздрава СССР от 10.06.85 № 776 «Об организации поиска больных СПИДом и контроле доноров на наличие возбудителя СПИДа»;

- Постановление главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 14.01.2004 № 2 «Об активизации мероприятий, направленных на противодействие распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации».

4. Цель и задачи Концепции

Цель данной Концепции – выработать согласованную позицию Минобрнауки России, Минздравсоцразвития России и других заинтересованных министерств и ведомств по развитию системы превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИДа, направленного на снижение темпов распространения эпидемии ВИЧ/СПИДа в Российской Федерации среди детей и молодежи.

Задачами Концепции являются:

- формирование приоритетных направлений превентивного обучения в области ВИЧ/СПИДа в образовательной среде, единой концептуально-методологической базы превентивного обучения в области ВИЧ/СПИДа, базисных принципов обучающих профилактических программ;

- выработка единой стратегии организации превентивного обучения в области ВИЧ/СПИДа в рамках межведомственного взаимодействия Минобрнауки России, Минздравсоцразвития России, других заинтересованных министерств и ведомств и сотрудничества с международными организациями и общественными объединениями;

- создание платформы для организации превентивного обучения в области ВИЧ/СПИДа органами государственной власти, органами местного самоуправления, международными организациями, общественными объединениями;

- оптимизация использования финансовых и кадровых ресурсов в области превентивного обучения по вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа за счет объединения усилий всех заинтересованных структур, включая негосударственные и международные организации;

- создание системы мониторинга профилактики ВИЧ/СПИДа в Российской Федерации и ее субъектах.

5. Основные положения Концепции

Предупреждение распространения ВИЧ/СПИДа на территории Российской Федерации – это общенациональная политическая задача, она не может и не должна осуществляться как

ведомственный проект. Субъектами профилактической деятельности являются федеральные и региональные органы государственной власти, органы местного самоуправления, педагогическое, научное, культурное сообщества, бизнес-сообщество, другие общественные институты, молодежные объединения, все граждане России, в том числе семья и родительская общественность.

Концепция основывается на оценке современной эпидемиологической ситуации, последних научных и методологических достижениях в области вирусологии и профилактики социально обусловленных заболеваний и состояний. В случае появления новых данных, дополняющих или противоречащих ныне признанным, возможно внесение изменений и дополнений в Концепцию.

Превентивное обучение в области ВИЧ/СПИДа является планируемым и прогнозируемым только тогда, когда оно формируется в терминах и понятиях своеобразного «государственного стандарта», определяющего участников профилактического процесса, особенности организации их деятельности, выделение «целевых групп», с которыми они работают, прогноз ожидаемого результата. В противном случае оно остается стихийным, малоуправляемым процессом, связанным с разрозненными инициативами авторов отдельных программ, образовательных и других учреждений.

Профилактические программы, как просветительские, так и тренинговые, являются мощным инструментом воздействия на поведение детей и молодежи. Их спонтанная реализация может быть связана с риском повышения интереса к экстремальным формам поведения, активацией механизмов резистентного поведения, закреплением недостоверной информации и другими негативными последствиями. В связи с изложенным все программы, реализуемые в системе образования, должны быть утверждены структурами, уполномоченными проводить экспертизу образовательных программ на уровне муниципального образования, региона, Федерации.

Для осуществления эффективной реализации данных программ необходима целенаправленная подготовка высокопрофессиональных специалистов с высшим педагогическим, медицинским или психологическим образованием, которые способны заниматься превентивным обучением. Все специалисты, занятые в этой области, должны иметь документы, подтверждающие их право на ведение профилактической деятельности в образовательной среде.

Профилактические программы, разрабатываемые для системы образования, должны базироваться на научных достижениях в областях психологии, образования и культуры. Они должны учитывать специфические особенности регионов и тех целевых групп, для которых они

предназначаются, включая этнические, социально-экономические, возрастные и гендерные особенности.

Для детей и молодежи, воспитывающихся в асоциальных семьях, находящихся в детских домах, приютах и местах ограничения свободы, склонных к асоциальному поведению, необходима разработка специальных профилактических программ, учитывающих особенности их жизненного опыта, специфику социальной среды, эмоционально-личностные особенности и уровень развития коммуникативной и интеллектуальной сферы.

Для сохранения преемственности различных направлений формирования ответственного поведения и здорового образа жизни целесообразно использовать уже реализованные модели и программы профилактики наркоманий и других социально обусловленных заболеваний с усилением компонента профилактики ВИЧ/СПИДа.

Ключевые элементы превентивного обучения в области ВИЧ/СПИДа в образовательной среде включают: просвещение и информирование населения в областях ВИЧ/СПИДа, инфекций, передающихся половым путем (ИППП), репродуктивного здоровья; развитие личностных ресурсов, формирование социальной и персональной компетентности, развитие адаптивной стратегии поведения, формирование здоровой полоролевой и семейной идентификации.

Концепция превентивного обучения в области ВИЧ/СПИДа в образовательной среде является развивающейся системой, которая в дальнейшем может стать частью общенациональной стратегии формирования ответственного поведения всех членов общества.

Настоящая Концепция служит основой для разработки соответствующих целевых программ превентивного обучения в области ВИЧ/СПИДа среди несовершеннолетних и молодежи на федеральном, региональном и местном уровнях в зависимости от эпидемиологической ситуации.

6. Базовые принципы организации превентивного обучения в области ВИЧ/СПИДа в образовательной среде

Принцип системности предполагает разработку и проведение программных профилактических мероприятий на основе системного анализа актуальной социальной и эпидемиологической ситуации в отношении ВИЧ-инфекции в стране.

Принцип стратегической целостности определяет единую целостную стратегию профилактической деятельности, обуславливающую основные стратегические направления и конкретные мероприятия и акции.

Принцип многоаспектности предполагает сочетание различных аспектов профилактической деятельности:

- образовательный аспект, формирующий базовую систему представлений и знаний о социально-психологических, медицинских, правовых и морально-этических последствиях ВИЧ-инфицирования;

- социальный аспект, ориентированный на формирование позитивных моральных и нравственных ценностей, определяющих выбор здорового образа жизни;

- психологический аспект, направленный на формирование стрессоустойчивых личностных ресурсов, позитивно-когнитивных оценок, а также установок «быть успешным», быть способным сделать позитивный альтернативный выбор в трудной жизненной ситуации.

Принцип аксиологичности (ценностной ориентации). Этот принцип включает в себя формирование у детей и молодежи мировоззрения, основанного на понимании об общечеловеческих ценностях, привлекательности здорового образа жизни, законопослушности, уважении к личности, государству, окружающей среде, которые являются ориентирами и регуляторами их поведения. Принятие общечеловеческих ценностей и норм поведения является одним из основных морально-этических барьеров инфицирования ВИЧ и, как следствие, сдерживания эпидемии ВИЧ-инфекции.

Принцип ситуационной адекватности означает соответствие профилактических действий реальной социально-экономической ситуации в стране и в образовательной среде, обеспечение непрерывности, целостности, динамичности, постоянства, развития и совершенствования профилактической деятельности с учетом оценки эффективности и мониторинга ситуации.

Принцип индивидуальной адекватности подразумевает разработку профилактических программ с учетом возрастных, гендерных, культурных, национальных, религиозных и других особенностей целевых групп.

Принцип легитимности — профилактическая деятельность должна соответствовать законодательству Российской Федерации и нормам международного права.

Принцип соблюдения прав человека — профилактические действия не должны нарушать права и свободы человека.

Принцип комплексности предполагает согласованность взаимодействия:

- на профессиональном уровне — специалистов разных профессий, в функциональные обязанности которых входят различные аспекты профилактической работы (воспитатели, педагоги, дошкольные и школьные психологи, врачи, социальные педагоги, социальные работники, работники комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав, инспекторы подразделений по делам несовершеннолетних и др.);

- на ведомственном уровне — органов и учреждений соответствующей ведомственной принадлежности, осуществляющих деятельность по

профилактике ВИЧ/СПИДа в образовательной среде (на федеральном, региональном и муниципальном уровнях);

- на межведомственном уровне – органов и учреждений, отвечающих за реализацию различных аспектов профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде в рамках своей компетенции (органы и учреждения образования, здравоохранения и др.);

- на уровне государственных, общественных и международных организаций.

7. Основные направления превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде

Эксперты ВОЗ и отечественные ученые выделяют сегодня наиболее перспективные направления превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИДа:

- просвещение и информирование в области ВИЧ/СПИДа;

- обучение детей и молодежи ответственному поведению;

- формирование условий, поддерживающих профилактическую деятельность.

7.1. Просвещение и информирование в области ВИЧ/СПИДа. Глобальная задача этого направления – обеспечить предоставление всесторонней и точной информации о путях заражения ВИЧ и мерах по его предупреждению; обстоятельствах, повышающих риск заражения.

К информированию детей и молодежи в области ВИЧ/СПИДа необходимо широко привлекать центральные и местные СМИ, включая телевидение. Для обеспечения достоверности и безопасности информации к подготовке журналистов, освещающих темы ВИЧ/СПИДа, необходимо привлекать специалистов в областях образования, здравоохранения, психологии и т.д., работников государственных органов и учреждений, научных организаций.

7.2. Обучение ответственному поведению несовершеннолетних и молодежи. Реализация этого направления профилактической работы возможна только в рамках превентивного обучения с формированием мотивации на здоровый образ жизни, изменение проблемного и рискованного поведения, повышение социальной, межличностной компетентности на основе профилактических образовательных программ.

Задачи подобных программ: формирование личностных ресурсов, эффективных стратегий поведения, способствующих формированию ответственности за собственную жизнь, осознанный выбор здорового образа жизни, приобретение уверенности для противостояния негативному влиянию среды, минимизация проявлений рискованного поведения, формирование здоровой полоролевой и семейной идентификации личности, отсрочка начала половой жизни.

7.3. Формирование условий, поддерживающих деятельность по превентивному обучению. В рамках данного направления осуществляются семейное консультирование, направленное на улучшение семейных взаимоотношений; обучение родителей основам полового воспитания детей; вовлечение в работу людей, которые способны оказывать положительное влияние на детей и молодежь; привлечение молодежи на лидирующие роли в противодействии эпидемии; расширение возможностей доступа детей и молодежи к консультативной помощи, программной профилактической поддержке, медицинскому обслуживанию. На участие несовершеннолетних в программах превентивного обучения, затрагивающих вопросы полового просвещения, за исключением основных общеобразовательных программ, соответствующих требованиям государственного образовательного стандарта общего образования, целесообразно получать согласие родителей (иных законных представителей) несовершеннолетних.

8. Механизмы реализации Концепции

Федеральные органы исполнительной власти и органы исполнительной власти субъектов РФ должны учитывать положения Концепции при разработке мер государственной поддержки превентивного обучения в области ВИЧ/СПИДа, а также при реализации федеральных и региональных программ охраны и укрепления здоровья детей, подростков и молодежи.

Реализация Концепции предполагает:

- разработку специализированных образовательных программ по вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа и их методического обеспечения с участием ведущих образовательных и научно-исследовательских учреждений Российской Федерации;

- внедрение этих программ в практику работы образовательных учреждений и (или) интеграцию вопросов превентивного обучения в области ВИЧ/СПИДа в программы общего и дополнительного образования; в систему воспитательной и социальной работы;

- обеспечение системы подготовки педагогических кадров по вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа в учреждениях высшего профессионального образования и последипломного образования;

- создание механизмов экспертизы программ превентивного обучения в области ВИЧ/СПИДа в образовательной среде на основе объективных критериев их безопасности, эффективности и действенности;

- создание системы мониторинга профилактики ВИЧ/СПИДа в Российской Федерации и ее субъектах, основанного на современных научных методах. Вопросы проведения мониторинга должны быть упорядочены нормативными актами и реализовываться по поручению и

под контролем исполнительных органов власти наиболее компетентными специалистами. Результаты мониторинга должны использоваться при анализе эффективности профилактических мероприятий и программ и дальнейшем планировании профилактической работы;

- создание поддерживающего окружения путем реализации программ родительского всеобуча в области репродуктивного здоровья и ВИЧ/СПИДа, программ по принципу «равный—равному», вовлечения общественных организаций, СМИ в превентивное обучение в области профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде;

- усиление взаимодействия органов и учреждений системы Минобрнауки России с органами и учреждениями системы Минздравсоцразвития России (региональные центры по профилактике и борьбе со СПИДом, органы социальной защиты населения и др.), Росспорта, МВД России, других ведомств, международными и общественными организациями, а также органами, координирующими деятельность по профилактике ВИЧ/СПИДа.

9. Глоссарий

В рамках настоящей Концепции употребляются следующие основные термины.

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) — вирус, вызывающий поражение клеток иммунной системы.

Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) — комплекс вторичных симптомов, вызываемых ВИЧ, характеризующийся присоединением инфекций и развитием полиорганной недостаточности.

Психоактивные вещества (ПАВ) — химические и фармакологические средства, влияющие на физическое и психическое состояние, вызывающие болезненное пристрастие. К ним относятся наркотические средства (наркотики), транквилизаторы, алкоголь, никотин и другие средства.

Наркотики — психоактивные вещества, включенные в официальный перечень наркотических средств и психотропных веществ.

Злоупотребление ПАВ — употребление ПАВ без назначения врача, имеющее негативные медицинские и социальные последствия.

Профилактика распространения ВИЧ/СПИДа в образовательной среде — комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, направленных на выявление и устранение причин и условий, способствующих ВИЧ-инфицированию, на предупреждение развития и ликвидацию негативных личностных, социальных и медицинских последствий ВИЧ-инфицирования.

Гендер — культурно-специфический набор признаков, определяющих социальное поведение женщин и мужчин и взаимоотношения между ними.

Приложение 2

ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРАВО НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ

Конституция Российской Федерации (в ст. 38) провозглашает право каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь. Охрана здоровья — это комплекс мер медицинского, социального, правового, экономического и политического характера, направленных на укрепление физического и психического здоровья человека.

Правовое регулирование охраны здоровья осуществляется «Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. № 5487-1.

Статья 17. Право граждан Российской Федерации на охрану здоровья (извлечение):

Государство гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний. Лица, виновные в нарушении этого положения, несут установленную законом ответственность.

ПРАВО НА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Конституция Российской Федерации гарантирует каждому право на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, защиту своей чести и доброго имени.

Каждый пациент имеет право на сохранение врачебной тайны и ее конфиденциальность. Права граждан на соблюдение конфиденциальности информации закреплены «Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. № 5487-1.

Статья 30. Права пациента (извлечение):

При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на: б) сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, в соответствии со статьей 61 настоящих Основ;

9) получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья в соответствии со статьей 31 настоящих Основ, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.

Статья 31. Право граждан на информацию о состоянии здоровья (извлечение):

Информация, содержащаяся в медицинских документах гражданина, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия гражданина только по основаниям, предусмотренным статьей 61 настоящих Основ.

ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ЕЕ НАРУШЕНИЕ

«Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. № 5487-1 не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, и предусматривается ответственность за ее разглашение.

Статья 61. Врачебная тайна (извлечение):

Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Гражданину должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений.

Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей, кроме случаев, установленных частями третьей и четвертой настоящей статьи.

С согласия гражданина или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и в иных целях.

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

1) в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;

2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

3) по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;

4) в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте, установленном частью второй статьи 24 настоящих Основ, для информирования его родителей или законных представителей;

5) при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.

Лица, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками с учетом причиненного гражданину ущерба несут за разглашение врачебной тайны дисциплинарную, административную или уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации.

НЕДОПУЩЕНИЕ ДИСКРИМИНАЦИИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ

В соответствии с Федеральным законом от 30.03.95 № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» не допускается ограничение прав лиц по причине наличия у них ВИЧ-инфекции.

Статья 17. Запрет на ограничение прав ВИЧ-инфицированных (извлечение):

Не допускаются увольнение с работы, отказ в приеме на работу, отказ в приеме в образовательные учреждения и учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также ограничение иных прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных на основании наличия у них ВИЧ-инфекции, равно как и ограничение жилищных и иных прав и законных интересов членов семей ВИЧ-инфицированных, если иное не предусмотрено настоящим Федеральным законом.

ПРАВО НА ОБРАЗОВАНИЕ

Конституция Российской Федерации гарантирует каждому гражданину право на получение дошкольного, основного общего, среднего и высшего (на конкурсной основе) профессионального образования.

Закон Российской Федерации от 10.07.92 № 3266-1 «Об образовании» (п. 3 ст. 5) гарантирует общедоступность и бесплатность дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования и начального профессионального образования всем гражданам Российской Федерации независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, возраста, состояния здоровья, социального, имущественного и должностного положения.

ОБСЛЕДОВАНИЕ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ

Медицинское освидетельствование на выявление ВИЧ-инфекции проводится в порядке, предусмотренном Федеральным законом от 30.03.95 № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».

Статья 7. Медицинское освидетельствование (извлечение):

3. Медицинское освидетельствование проводится добровольно, за исключением случаев, предусмотренных статьей 9 настоящего Федерального закона, когда такое освидетельствование является обязательным.

5. Медицинское освидетельствование несовершеннолетних в возрасте до 14 лет и лиц,

признанных в установленном порядке недееспособными, может проводиться по просьбе или с согласия их законных представителей, которые имеют право присутствовать при проведении медицинского освидетельствования.

6. Медицинское освидетельствование граждан проводится с предварительным и последующим консультированием по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции.

7. В учреждениях государственной системы здравоохранения медицинское освидетельствование граждан Российской Федерации проводится бесплатно.

Статья 9. Обязательное медицинское освидетельствование (извлечение):

1. Обязательному медицинскому освидетельствованию подлежат доноры крови, биологических жидкостей, органов и тканей.

3. Работники отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации, проходят обязательное медицинское освидетельствование для выявления ВИЧ-инфекции при проведении обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров.

Приложение 3

УНИВЕРСАЛЬНЫЕ МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ*

Учитывая особенности развития таких заболеваний, как гепатиты В и С, ВИЧ-инфекция (длительные инкубационный и бессимптомный периоды заболеваний, невозможность постановки точного лабораторного диагноза сразу после инфицирования), Всемирная организация здравоохранения в целях профилактики распространения гепатитов В, С и ВИЧ-инфекции предлагает считать все население условно инфицированным гепатитами В, С и ВИЧ-инфекцией и в случае возникновения «аварийных» ситуаций контакта с чужой кровью любого человека соблюдать универсальные меры профилактики для предотвращения инфицирования.

Эффективность универсальных мер профилактики в учреждениях образования обеспечивают следующие моменты:

1) создание максимально безопасных условий пребывания детей и профилактику возникновения травматических ситуаций;

2) допущение сотрудников, имеющих на руках какие-либо повреждения (порезы, царапины, проколы и т.п.), к работе только после обработки поврежденных кожных покровов дезинфицирующими средствами и наложения на поврежденные места повязки, пластыря, медицинского клея и т.п.;

3) допущение детей с повреждениями кожи (порезы, царапины, проколы, ссадины и т.п.) на занятия только после их обработки дезинфицирующими средствами и наложения на поврежденные места повязки, пластыря, медицинского клея и т.п.;

4) обучение всего педагогического персонала приемам оказания первой помощи при травмах;

5) при оказании первой помощи максимально возможное избежание контакта с чужой кровью и другими биологическими жидкостями с видимой примесью крови другого человека;

6) оказание первой помощи при травмах только в резиновых (латексных) перчатках! В случае отсутствия перчаток при оказании первой помощи при травмах допускается использование подручного материала – полиэтиленовых пакетов, тканей и т.п.;

7) размещение аптечек первой помощи в местах, удобных и доступных педагогическому персоналу в любое время. В целях безопасности любые химические вещества, находящиеся в аптечке, должны быть недоступны детям. Аптечки первой помощи должны быть укомплектованы достаточным количеством латексных перчаток и дезинфицирующих средств. В учреждении образования должно быть назначено ответственное лицо за пополнение и сохранность аптечек первой помощи.

Приложение 4

АЛГОРИТМ СОБЛЮДЕНИЯ УНИВЕРСАЛЬНЫХ МЕР ПРОФИЛАКТИКИ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ «АВАРИЙНЫХ» СИТУАЦИЙ

«Аварийными» ситуациями в контексте профилактики заражения ВИЧ, вирусами гепатитов В, С называются ситуации контакта с чужой кровью.

* Приложения 3, 4 и 5 составлены на основании и в соответствии со Сборником нормативно-правовых актов и методических документов по вопросам диагностики, лечения, эпидемиологического и поведенческого надзора ВИЧ/СПИДа и сопутствующих заболеваний. Том III. «Противоэпидемические мероприятия при ВИЧ-инфекции в Российской Федерации» (Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федеральная служба исполнения наказаний. Фонд «Российское здравоохранение». Проект «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИДа», Москва, 2007 г.) и Санитарно-эпидемиологических правил СанПиН 2.4.2. 1178-02 «Гигиенические требования к условиям обучения в общеобразовательных учреждениях. Гигиена детей и подростков. Учреждения общего среднего образования. Гигиенические требования к условиям обучения в общеобразовательных учреждениях», утвержденных главным государственным санитарным врачом Российской Федерации, первым заместителем министра здравоохранения Российской Федерации 25 ноября 2002 г. (дата введения: 1 сентября 2003 г.).

В образовательном учреждении подобные «аварийные» ситуации могут возникнуть при травмах — чаще всего при ушибах, порезах, носовых кровотечениях и т.д., если кровь травмированного ребенка попадает на кожные покровы или слизистые оболочки других детей или педагогического персонала.

Для обеспечения универсальных мер профилактики в образовательном учреждении все педагоги должны быть обучены мерам профилактики при оказании первой помощи. Необходимо помнить, что все манипуляции по оказанию первой помощи, при которых возможен контакт с чужой кровью, должны проводиться в резиновых медицинских перчатках.

Риск инфицирования ВИЧ при контакте с чужой кровью незначительный, но риск инфицирования вирусами гепатитов В, С гораздо выше. ВИЧ очень нестоек во внешней среде и чувствителен к дезинфицирующим средствам в обычных концентрациях и высокой температуре.

Здоровая кожа представляет собой естественную защиту от возбудителей, в том числе и от ВИЧ. Однако на коже могут быть микротравмы, микротрещины, ссадины, через которые при определенных обстоятельствах возможно проникновение инфекции, особенно вирусов гепатитов В, С.

Соблюдение простых и доступных универсальных мер профилактики снижает вероятность инфицирования ВИЧ и вирусами гепатитов В, С при «аварийных» ситуациях практически до нуля и гарантирует высокую степень инфекционной безопасности как для детей, так и для персонала образовательного учреждения.

Алгоритм соблюдения универсальных мер профилактики инфицирования гепатитами В, С и ВИЧ-инфекцией при оказании первой помощи включает следующие основные моменты:

1) помнить о факторе времени: чем быстрее проведены описанные ниже профилактические мероприятия, тем они эффективнее;

2) удалить как можно быстрее чужую кровь с кожных покровов или слизистых оболочек (то есть максимально сократить время контакта с чужой кровью) путем промывания места контакта проточной водой;

3) продезинфицировать место контакта с чужой кровью дезинфицирующим средством;

4) в случае проникающих ранений обработать рану в соответствии с правилами оказания помощи при ранах и проконсультироваться с врачом-инфекционистом по вопросу возможного назначения медикаментозной профилактики инфицирования ВИЧ и гепатитами.

Аварийные ситуации и действия персонала

• **В случае попадания чужой крови на слизистые оболочки (глаз, рта, носа):**

• глаза обильно промыть водой или 1%-ным раствором борной кислоты;

• ротовую полость прополоскать большим количеством воды или 1%-ным раствором борной кислоты;

• слизистую носа можно обработать 1%-ным раствором протаргола;

• необходима консультация врача-инфекциониста в течение первых 72 часов с момента возникновения «аварийной» ситуации.

• **В случае попадания чужой крови на неповрежденную кожу:**

• место контакта в течение 30 секунд обработать любым дезинфицирующим средством для обработки рук (содержащим 70%-ный этиловый спирт, азот или 3%-ный раствор хлорамина);

• затем дважды промыть руки проточной водой с мылом и насухо вытереть их индивидуальным полотенцем или салфеткой.

Примечание. Дезинфицирующие средства для обработки рук имеются в свободной продаже в общедоступной фармацевтической сети.

• **В случае попадания чужой крови на поврежденную кожу (ссадину, царапину, ранку, которые уже имелись ранее):**

• место контакта в течение 30 секунд обработать дезинфицирующим средством для обработки рук (содержащим 70%-ный этиловый спирт, азот или 3%-ный раствор хлорамина);

• затем дважды промыть руки проточной водой с мылом и насухо вытереть их индивидуальным полотенцем или салфеткой;

• наложить повязку или лейкопластырь.

Примечание. Дезинфицирующие средства для обработки рук имеются в свободной продаже в общедоступной фармацевтической сети.

• **В случае повреждения кожных покровов режущими-колющими предметами, которые могли содержать на своей поверхности чужую кровь (укол инъекционной иглой, порез предметом со следами чужой крови и т.д.):**

• немедленно обработать перчатки дезинфицирующим раствором для обработки рук (см. предыдущий раздел) и аккуратно снять их;

• выдавить несколько капель крови из ранки (если порез или прокол незначительный);

• тщательно промыть место повреждения проточной водой с мылом;

• обработать место контакта с чужой кровью дезинфицирующим средством (перекись водорода, 70%-ный этиловый спирт, раствор зелени бриллиантовой, йода и т.п.);

• обработать рану 5%-ным раствором йода;

• наложить на рану повязку, пластырь;

• в данном случае необходима консультация врача-инфекциониста для решения вопроса о назначении медикаментозной профилактики.

Примечание. Помните, что медикаментозная профилактика эффективна только в том случае, если она проводится в течение первых 72 часов с момента наступления «аварийной» ситуации.

• **В случае попадания крови на одежду:**

• испачканную одежду необходимо снять, кожу под одеждой тщательно промыть проточ-

ной водой с мылом и обработать дезинфицирующими средствами для обработки рук (см. выше);

- испачканную одежду замочить на 2 часа в дезинфицирующем растворе и далее стирать обычными моющими средствами, просушить и прогладить;

- если есть необходимость хранения испачканной чужой кровью одежды, ее необходимо упаковать в плотный полиэтиленовый пакет и тщательно его завязать.

• В случае попадания крови на пол, стены, мебель, окружающие предметы:

- поверхность залить дезинфицирующим раствором;

- затем протереть поверхность ветошью, смоченной в дезрастворе – обработку повторяют дважды: немедленно и спустя 15 минут;

- после использования ветошь опустить в емкость с дезинфицирующим раствором;

- затем промыть поверхность большим количеством воды с добавлением дезинфицирующих моющих средств.

При возникновении «аварийной» ситуации следует проконсультировать всех детей, имевших контакт с чужой кровью, у медицинского работника детского образовательного учреждения для оценки возможного риска инфицирования и, в случае необходимости, оказания квалифицированной медицинской помощи.

Приложение 5

ПРИМЕРНЫЙ РЕКОМЕНДОВАННЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ* СОДЕРЖИМОГО АПТЕЧКИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ РАЗМЕЩЕНИЯ В МЕСТАХ ПОСТОЯННОГО ПРЕБЫВАНИЯ ДЕТЕЙ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

(классные, игровые комнаты, спортзалы и т.п.)

1. Бриллиантовой зелени р-р фл. 10 мл (йода р-р) – 1 уп.
2. Аммиака р-р фл. 10 мл (40 мл) – 1 уп.
3. Перекись водорода фл. 40 мл – 2 уп.
4. Натрия гидрокарбонат порошок 10 г – 2 пак.
5. Сульфацил натрия р-р 20% фл. 5 мл (туб. кап. № 2) – 1 шт.
6. Перчатки латексные – 5 пар (разного размера).
7. Салфетки бактерицидные дезинфицирующие (например, «Колетекс»-ГЕМ 6 × 10, «Ак-

* Данный перечень не распространяется на медицинские кабинеты образовательных учреждений. Медицинские кабинеты образовательных учреждений оснащаются в соответствии с Санитарными правилами и нормами (СанПиН 2.4.2. 1178-02 – «Примерный перечень оборудования и инвентария медицинского кабинета» и Стандартом оснащения отделений организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях, утвержденным Министерством здравоохранения и социального развития РФ).

тивтекс» с фурагином, «Активтекс» с хлоргексидином, «Колетекс» с хлоргексидином, салфетки спиртовые) – 8–10 уп.

8. Дезинфицирующие средства для обработки рук и поверхностей – 0,3–0,5 л.

9. Салфетки марлевые стерильные 5 × 5 № 10 – 1 уп.

10. Вата хирургическая нст. 50 г (25 г № 2) – 2 уп.

11. Набор детских лейкопластырей – 1 уп.

12. Лейкопластырь бактерицидный 1,9 × 7,2 (2,5 × 7,2; 2,3 × 7,2) – 20 шт.

13. Лейкопластырь 1 × 250 (1 × 500) – 1 шт.

14. Бинт эластичный трубчатый № 1, 3, 6 – 2 уп.

15. Бинт стерильный 7 × 14 (7 × 10) – 1 шт.

16. Бинт стерильный 5 × 7 (5 × 10) – 2 шт.

17. Бинт стерильный 5 × 10 (5 × 7) – 1 шт.

18. Ножницы тупоконечные – 1 шт.

19. Напальчник – 5 шт.

20. Жгут кровоостанавливающий – 1 шт.

21. Гипотермический (охлаждающий) пакет – 2 шт.

22. Инструкция по применению содержимого аптечки первой помощи – 1 шт.

Примечание. Включение в состав аптечки первой помощи, которой будет пользоваться педагогический персонал образовательного учреждения, лекарственных препаратов для лечения различных заболеваний и состояний недопустимо!

Даже кажущиеся безобидными и привычными лекарственные средства (например, такие как аспирин, но-шпа, корвалол и т.д.) при употреблении детьми могут вызвать очень тяжелые реакции, вплоть до смертельного исхода.

Важно помнить, что лекарственные средства может назначать только медицинский работник, и без разрешения родителей или законных представителей ребенка педагогический работник не имеет права давать ребенку какие-либо лекарственные средства.

Приложение 6

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПЕДАГОГОВ ПО ИНТЕГРАЦИИ ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ДЕТЕЙ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНУЮ СРЕДУ

Рекомендации для руководителя общеобразовательного учреждения

Основной задачей руководителя образовательного учреждения является обеспечение безопасного образовательного процесса в образовательном учреждении.

Надо помнить, что самым важным средством профилактики ВИЧ является соблюдение участниками образовательного процесса, службами сопровождения и обслуживающим персоналом универсальных мер профилактики.

Руководителю образовательного учреждения необходимо:

- ознакомить всех работников образовательного учреждения с универсальными мерами профилактики;
- разработать и утвердить необходимые внутренние документы, определяющие соблюдение универсальных мер профилактики в образовательном учреждении, размещение аптечек первой медицинской помощи, присутствие медицинского работника на массовых мероприятиях и др.;
- обеспечить наличие в каждой учебной аудитории и местах общего пользования аптечек для оказания первой медицинской помощи;
- способствовать формированию психологической готовности педагогического коллектива к тому, что среди учащихся могут быть дети с диагнозом «ВИЧ-инфекция»;
- осуществлять контроль в части своих компетенций за соблюдением универсальных мер профилактики всеми участниками образовательного процесса;
- способствовать созданию воспитательной системы в образовательном учреждении, направленной на гуманное отношение к людям, имеющим отклонения в здоровье, людям, находящимся в трудной жизненной ситуации.

Если руководитель образовательного учреждения знает о диагнозе ребенка с ВИЧ, он должен:

- определить ребенка в группу или класс к чуткому и внимательному воспитателю или классному руководителю, с которым впоследствии родителям будет легче установить доверительные отношения;
- обеспечить ВИЧ-положительному ребенку все условия для реализации его права на получение образования в соответствии с его возможностями и интересами;
- обеспечить необходимую психолого-педагогическую поддержку ВИЧ-положительному ребенку;
- в случае возникновения конфликтных ситуаций с родителями других детей, учащимися или же сотрудниками образовательного учреждения в связи с тем, что им стало известно о ВИЧ-положительном ученике, принять меры по их разрешению.

Рекомендации для классного руководителя (воспитателя группы в дошкольном учреждении, воспитателя группы продленного дня)

Задача классного руководителя состоит в том, чтобы создать условия, способствующие разностороннему развитию личности учащегося, свободному и полному раскрытию всех его способностей, его самоопределению и самореализации. Классный руководитель является ос-

новным связующим звеном между учащимися, их родителями и другими педагогами; именно от него зависит качество их взаимодействия, что обеспечивает условия для полноценного обучения, воспитания и развития детей.

Классному руководителю (воспитателю) необходимо:

- соблюдать универсальные меры профилактики во время проведения воспитательных мероприятий;
- формировать в классе воспитательную среду на основе общечеловеческих ценностей, уважения к личности каждого человека, принятия особенностей людей, толерантного отношения к окружающим;
- использовать в своей деятельности только методы гуманной педагогики, средства и формы воспитания учащихся, направленные на всестороннее развитие учащихся, их максимальную социализацию, формирование активной гражданской позиции, здорового образа жизни;
- включать в план (программу) воспитательной деятельности с классом мероприятия, способствующие развитию таких человеческих качеств, как внимательность, доброта, отзывчивость, понимание и т.п.;
- изучать классный ученический коллектив при помощи педагогических, психологических, социометрических методов в целях своевременного выявления проблем в детском коллективе (назревание межличностных конфликтов в классе, формирование группировок, наличие аутсайдеров) и психолого-педагогической коррекции ситуации;
- проводить мероприятия для родителей обучающихся с обсуждением вопросов толерантного отношения к окружающим людям на основе этических норм и общечеловеческих ценностей в рамках семейного воспитания.

Если о диагнозе ребенка с ВИЧ стало известно классному руководителю, он должен:

- обращать особое педагогическое внимание на ВИЧ-положительного ребенка, оказывая ему помощь в обучении, самореализации, социализации;
- осуществлять взаимодействие с учителями-предметниками, специалистами служб сопровождения, родителями этого ребенка в целях создания комфортных условий для получения образования этим ребенком;
- защищать права ВИЧ-положительного ребенка, по возможности оказывать ему и его родителям информационную поддержку, привлекать специалистов для оказания адресной помощи этой семье;
- поддерживать и помогать адаптироваться вновь поступившему в образовательное учреждение (класс) ВИЧ-положительному ребенку, стать партнером родителей в борьбе за здоровье и психологическое благополучие ребенка.

Рекомендации для педагога, реализующего основную образовательную программу (учителя-предметника)

Задача учителя при реализации образовательной программы – формировать содержание образования таким образом, чтобы оно было доступно всем обучающимся, в том числе обучающимся, имеющим отклонения в здоровье, и использовать для этого адекватные педагогические технологии.

Учителю-предметнику необходимо:

- строго соблюдать правила безопасного образовательного процесса в соответствии с требованиями охраны труда;

- соблюдать универсальные меры профилактики в процессе взаимодействия с обучающимися и воспитанниками;

- следить за наличием в учебном кабинете (лаборантской) или другой учебной аудитории, закрепленной за данным учителем, аптечки первой медицинской помощи;

- в случае возникновения «аварийной» ситуации (травмы, кровотечения, ранения, пореза и др.) остановить урок (занятие) и оказать помощь потерпевшему ребенку, использовав средства аптечки первой помощи, находящейся в кабинете, или отвести травмированного ребенка к медицинскому работнику школы, при необходимости вызвать скорую помощь.

Если учителю стало известно о диагнозе ребенка с ВИЧ, он должен:

- контролировать самочувствие ребенка с ВИЧ, не привлекая всеобщего внимания к его проблемам;

- в случае пропуска ребенком занятий из-за состояния здоровья дать рекомендации по самостоятельному изучению учебного материала, провести индивидуальное консультирование по какой-либо теме или разделу образовательной программы;

- при взаимодействии с ВИЧ-положительным ребенком и его родителями не проявлять по отношению к ним агрессию, бестактность, неуважение, соблюдать этику, моральные нормы и правила;

- формировать у учащихся толерантное отношение к окружающим.

Приложение 7

ПРОЦЕСС РАСКРЫТИЯ ДИАГНОЗА РЕБЕНКУ: РЕКОМЕНДАЦИИ ПЕДАГОГАМ И ПСИХОЛОГАМ

Этап 1. Подготовка

- Проведите встречу с родителем/лицами, ухаживающими за ребенком, которые участвуют в принятии решения по раскрытию диагноза ребенку. На встрече должны присутствовать толь-

ко те сотрудники образовательного учреждения, которым семья доверяет.

- Объясните важность раскрытия диагноза и удостоверьтесь, что у семьи есть продуманный план действий. Эта проблема глубоко затрагивает личные чувства, и к ним следует отнестись с уважением. Узнайте у родителей, какой реакции они ожидают от ребенка. Выясните уровень знаний ребенка, степень его эмоциональной устойчивости и зрелости.

- Если семья не готова к раскрытию диагноза, порекомендуйте различные способы начать разговор (см. этап 2).

- Если семья не готова к разговору с ребенком, посоветуйте ввести в обиход общения с ребенком слова, на которые впоследствии можно будет опереться: иммунные проблемы, вирус, инфекция. Снабдите родителей книгами о вирусах, которые можно почитать вместе с ребенком. Предоставьте семье необходимую информацию, поддержите ее морально и назначьте время следующей встречи. Объясните родителям, что вы будете встречаться с ними регулярно, чтобы помочь пройти через процедуру раскрытия диагноза и поддержать ребенка и семью после того, как это будет сделано. Выбор момента разговора с ребенком предоставьте семье, но настоятельно посоветуйте не лгать ребенку, если он прямо спросит, есть ли у него ВИЧ (если только нет веских причин, которые делают раскрытие диагноза нежелательным по соображениям безопасности). Также напомните семье, что нельзя сообщать ребенку диагноз в пылу спора или в состоянии раздражения.

Этап 2. Сообщение диагноза

- Заранее попросите родителей продумать или записать на бумаге ход предстоящего разговора. Им нужно досконально разобраться, что должен вынести ребенок из беседы. Посоветуйте начать со слов: «Ты помнишь...», чтобы напомнить ребенку о прошлых событиях в его жизни, о лекарствах, которые он принимал, и (или) процедурах, которые ему делали, — это поможет подвести его к восприятию новых сведений.

- Предложите семье выбрать место, где ребенок будет чувствовать себя наиболее комфортно и сможет говорить открыто.

- Дайте родителям список вопросов, которые ребенок может задать, чтобы у них были заранее готовы ответы. Среди таких вопросов: «Ты давно об этом знаешь?», «У кого еще есть этот вирус?», «Я умру?», «Я смогу иметь детей?», «Кому об этом можно рассказать?», «Почему именно я?», «Кто еще об этом знает?».

- Желательно, чтобы при разговоре присутствовали только те люди, с которыми ребенок чувствует себя наиболее комфортно. Медицинский работник может предложить свою помощь в проведении беседы, но по возможности всю

подготовку следует провести заблаговременно, чтобы родители могли сообщить ребенку о его болезни самостоятельно.

- Следует свести к минимуму медицинские подробности и обнадежить ребенка. Нужно с пониманием отнестись и к его молчанию, и к его вопросам. Следует сказать ребенку, что по сути ничего не изменилось — просто теперь его болезнь названа вслух. Ребенку также необходимо услышать, что он не виноват в случившемся и что его семья всегда будет рядом с ним.

- Если диагноз требуется сохранить в тайне, важно назвать ребенку имена конкретных людей, с которыми можно об этом говорить, — это может быть медицинский работник, другой ребенок с ВИЧ-инфекцией или друг семьи. Слова «никому не говори» вызывают у ребенка чувство стыда и вины.

- Дайте ребенку тетрадь для ведения дневника, чтобы он записывал туда свои вопросы, мысли и переживания. В зависимости от обстоятельств дайте ему книги о детях, живущих с ВИЧ.

- Назначьте время следующей встречи.

Этап 3. После сообщения диагноза

- Через две недели после сообщения диагноза проведите встречу с ребенком и другими членами семьи, чтобы оценить, как повлияло на

них это событие, ответить на вопросы и помочь укрепить взаимную поддержку между ребенком и его семьей. Затем проводите такие встречи каждые 2–4 недели в течение первых шести месяцев.

- Попросите ребенка рассказать вам, что он узнал о вирусе, — это позволит развеять неправильные представления. Можно использовать литературное и художественное творчество.

- Оцените изменения в эмоциональном состоянии и сообщите семье симптомы, которые могут указывать на необходимость более интенсивного вмешательства.

- Подкрепите в родителях уверенность в том, что они правильно поступили, рассказав ребенку о его диагнозе, и направьте их в родительскую группу поддержки, если таковая имеется и они проявят к этому интерес. Обратите внимание родителей на то, что раскрытие диагноза «ВИЧ-инфекция» затрагивает и других детей в семье, поэтому об их эмоциональном состоянии тоже следует подумать.

- Напомните родителям, что раскрытие диагноза — не одноразовое событие, оно потребует постоянного контакта с ребенком. Спросите родителей, какая еще поддержка была бы полезна им и их ребенку. Предоставьте информацию о различных службах помощи ВИЧ-положительным людям, действующих в вашем городе, регионе.

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

В Санкт-Петербурге открылась поликлиника для ВИЧ-положительных

В Санкт-Петербурге открывается после реконструкции новое амбулаторно-поликлиническое отделение Городского центра по профилактике и борьбе со СПИДом. Как сообщили сегодня корреспонденту ИА REGNUM Новости в пресс-службе городской администрации, отделение сможет принимать до 450 больных в сутки.

В медицинском учреждении предусмотрены детское и взрослое отделения с самостоятельными входами, гардеробные, регистратура для консультации больных. На разных этажах здания разместятся кабинеты дерматовенеролога, гинеколога, стоматологический и процедурный кабинеты, помещения для обслуживания пациентов. На реконструкцию из бюджета Санкт-Петербурга было потрачено 148,5 млн руб.

Отделение оснащено флюорографическим и рентгенологическим блоками, а также 2 прививочными кабинетами. Прием будут вести врачи-физиотерапевты, ЛОР-специалисты, инфекционисты. Здесь же предусмотрено помещение для оформления документов. К услугам больных — квалифицированная помощь психологов, врачей-наркологов, невропатолога, окулиста, диагностические кабинеты — УЗИ и ЭКГ. Здание на набережной Обводного канала было построено в начале XX века. Последний раз его реконструировали в 50–60 годы, тогда же был надстроен пятый этаж.

СПб ГУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями» был создан в апреле 2001 года. В центре оказывается специализирован-

ная медицинская помощь ВИЧ-положительным людям. Центр принимает участие в реализации Приоритетного национального проекта «Здоровье», за счет которого в 2007–2009 годах было выделено 797 195 тыс. руб. (на закупку лекарственных препаратов для ВААРТ (антиретровирусной терапии) — 80%, диагностических систем и расходных материалов для проведения клинических лабораторных исследований — 20%).

Всего за все годы слежения за эпидемией ВИЧ-инфекции в Санкт-Петербурге учтено 39651 случаев ВИЧ-инфекции, что выше, чем в среднем по России. Пораженность населения города ВИЧ составляет 0,8% (1 из 125). Высокий показатель обусловлен всплеском заболеваемости ВИЧ в 2000–2003 годах. В России этот показатель составляет 0,3% и постоянно увеличивается за счет регионов, вошедших в эпидемию позже. За 4 месяца 2010 года зарегистрировано 915 человек с ВИЧ-инфекцией, а за тот же период 2009 года — 1326 чел.

В 2009 году преимущественный путь инфицирования вирусом иммунодефицита человека по-прежнему инъекционный, доля которого в общем количестве выявленных составила 76,4%. Вместе с тем в 2009 году, как и в предыдущие 3 года, отмечено возросшее число больных с ВИЧ-инфекцией с половым путем заражения, удельный вес которого возрос до 20,5%. Среди вновь зараженных половой путь передачи ВИЧ в Санкт-Петербурге и в России превысил 50%. Чаще всего (около 90%) ВИЧ-инфекцией заражаются молодые люди в возрасте до 39 лет.

regnum.ru

Участие Свято-Димитриевского сестричества в помощи больным ВИЧ/СПИДом*

Религиозные организации играют большую роль в профилактике, лечении ВИЧ/СПИДа и уходе за больными людьми. Церковные общины в России с 2004 года участвуют в деле попечения о ВИЧ-инфицированных, особенно пастыри и сестры милосердия. Активно занимается этой работой и Свято-Димитриевское сестричество.

Одно из направлений работы сестричества – распространение практического опыта помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС). Уже в течение нескольких лет сестричество проводит обучающие семинары по уходу за ЛЖВС. Опыт проведения этих семинаров показал недостаточную информированность и подготовленность сестер милосердия в вопросах ВИЧ-инфекции и оказания помощи ЛЖВС. Поэтому Свято-Димитриевское сестричество развивает деятельность по их обучению уходу за больными ВИЧ/СПИДом. Наряду с этим сестричество продолжает оказывать практическую помощь страдающим этим заболеванием в нескольких больницах Москвы, а также на дому.

В 2007 году сестричеством был создан Ресурсный центр по оказанию паллиативной помощи ЛЖВС. Ресурсный центр специализируется на оказании паллиативной помощи и обучении уходу за больными с хроническими прогрессирующими заболеваниями, в том числе и ВИЧ/СПИДом, а также пропаганде знаний о ВИЧ/СПИДе и его профилактике. Методики организации паллиативной помощи в сестричестве универсальны для пациентов с любыми хроническими и неизлечимыми заболеваниями. При разработке этих методик используется уникальный опыт сестричества по уходу за тяжело больными. На базе Ресурсного центра разработаны и внедрены программы и учебные модули в области оказания паллиативной помощи и предоставления ухода ВИЧ-инфицированным больным. Сегодня существует четыре учебных модуля для разных целевых аудиторий.

Модуль 1. Обучение сестер милосердия православных организаций уходу за больными с ВИЧ-инфекцией. Цель обучения – подготовить сестер милосердия к оказанию паллиативной помощи, поддержке ЛЖВС и в дальнейшем привлечь их к уходу за ВИЧ-позитивными в

* Информационный бюллетень КС РПЦ, 2009.

ближайших больницах государственного сектора и на дому. Продолжительность обучения составляет 32 часа.

В помощь сестрам милосердия церковных медико-социальных организаций издано пособие «Организация служб паллиативного ухода». Пособие было распространено в 120 организациях в 12 регионах России, Украины и Белоруссии.

Обучение согласно Модулю 1 проведено в сестричествах Москвы, Санкт-Петербурга, Архангельска, Волгограда, Ростова-на-Дону, Минска, Могилева, Киева, Оренбурга. Оно позволило стимулировать церковные организации к переходу от психологической поддержки ЛЖВС к оказанию им медико-социальной помощи и уходу за ними.

Ресурсный центр паллиативного ухода также приглашает сестер милосердия из регионов России для отработки практических навыков ухода за больными в палате паллиативной помощи, действующей на базе Центра. Такое обучение уже прошли сестры из Санкт-Петербурга и Ярославля. Есть запросы на проведение обучения от сестриществ Тюмени, Иванова, Ростова-на-Дону.

Модуль 2. Обучение добровольцев паллиативной помощи и уходу за больными с ВИЧ-инфекцией. Цель обучения – привлечение добровольцев к оказанию помощи ВИЧ-инфицированным взрослым и детям в больницах, детских домах и в семьях. Продолжительность обучения – 24 часа.

В помощь добровольцам издано «Пособие по уходу за тяжелыми больными». Это методическое пособие распространяется среди широкого круга добровольческих организаций.

Модуль 2 помогает стремлению добровольцев оказывать поддержку ЛЖВС, способствует сплочению волонтеров и их вовлечению в группы и команды паллиативной помощи.

Модуль 3. Обучение медицинских сестер государственных учреждений здравоохранения уходу за больными с ВИЧ-инфекцией. Эта программа нацелена на то, чтобы познакомить медицинских сестер с моделью и особенностями оказания паллиативной помощи силами сестер милосердия и объединить усилия медиков в практике оказания этой помощи. Продолжительность курса обучения – 16 часов.

Обучение по этому курсу проведено в СПИД-центрах Москвы, Саратова, Оренбурга, Нижнего Новгорода.

Модуль 3 помогает стимулировать более тесное сотрудничество между религиозными организациями и государственными учреждениями здравоохранения. Примером тому является Соглашение о сотрудничестве Сестричества и МГЦ СПИД Департамента здравоохранения города Москвы.

Модуль 4. Обучение студентов государственных медицинских колледжей уходу за больными

с ВИЧ-инфекцией. Цель обучения – предоставить студентам расширенный курс знаний по теме «Сестринский процесс в паллиативном уходе за больными с ВИЧ/СПИДом» для подготовки к практической работе в инфекционных больницах. Продолжительность обучения – 16 часов.

Такое обучение проведено в Москве, Нижнем Новгороде, Оренбурге. Сейчас готовится к печати методическое пособие по реализации Модуля 4 для преподавания в медицинских колледжах.

С использованием системы обучающих модулей проведено в общей сложности 30 тренингов: в Москве (16), Санкт-Петербурге (2), Оренбурге (4), Саратове (1), Нижнем Новгороде (1), Волгограде (1), Архангельске (1), Минске (1), Могилеве (1), Киеве (1), Алушке (1).

Отработанная на разных аудиториях и снабженная методическими материалами образовательная программа будет распространяться в новых регионах.

Свято-Димитриевское сестричество постоянно набирает опыт взаимодействия с государственными медицинскими и образовательными учреждениями и все чаще упоминается в качестве примера успешного партнерства государства, общественных организаций и Русской православной Церкви в сфере поддержки, ухода и лечения ЛЖВС.

Хотелось бы отметить сотрудничество сестричества с Департаментом здравоохранения Москвы и МГЦ СПИД в области противодействия распространению ВИЧ-инфекции. Проводятся совместные семинары и рабочие встречи, происходит обмен опытом. 19 марта 2008 года Комиссия по взаимодействию Департамента здравоохранения Москвы и Московской епархии Русской православной церкви приняла решение расширить программу по обучению уходу за ВИЧ-инфицированными пациентами и оказанию им медицинской помощи. Во исполнение решений Комиссии 10 ноября 2008 года было подписано соглашение между Свято-Димитриевским сестричеством и МГЦ СПИД. Предметом Соглашения является совместная деятельность сторон для достижения общей цели – создания условий для проведения образовательных семинаров по обучению уходу и оказанию паллиативной помощи в целях последующего применения полученных знаний и навыков на практике для оказания медицинской помощи нуждающимся. Реализацией соглашения стало проведение обучающих семинаров по программе Модуля 3 для медицинских сестер, фельдшеров и врачей, которые работают в КИБ № 2 (Москва) и в стационарах общего профиля Центральной клинической больницы Святителя Алексия Митрополита Московского Русской православной церкви. В ноябре 2009 года планируется очередное совместное мероприятие с МГЦ СПИД – проведение информационно-об-

разовательного семинара «Модель оказания паллиативной помощи ЛЖВС церковными медико-социальными службами» для 30 медицинских сотрудников (врачей и сестер) первичного звена кабинетов анонимной помощи 10 округов Москвы.

Деятельность Свято-Димитриевского сестричества в области профилактики ВИЧ/СПИДа и помощи ЛЖВС получила признание и на международном уровне.

В прошлом году Свято-Димитриевское Сестричество посетила супруга президента США госпожа Мишель Обама. Ее визит был во многом обусловлен именно работой сестричества в области ВИЧ/СПИДа, которая получила известность не только в России, но и за рубежом.

В сентябре 2009 года в Москве состоялась «Российско-американская рабочая встреча по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции». Целью встречи было обсуждение предшествующих стратегий борьбы и профилактики ВИЧ-инфекции и выработка рекомендаций по изменению стратегий и общемировых подходов к профилактике ВИЧ-инфекции. С российской стороны во встрече приняли участие руководители ведущих СПИД-центров, представители департаментов здравоохранения Москвы и Санкт-Петербурга, главный нарколог города Москвы Е.А. Брюн и директор Биомедицинского центра Санкт-Петербурга А.П. Козлов. Участвовали также представители общественных межрегиональных организаций и общественных фондов. Впервые к участию в подобной встрече была приглашена религиозная организация —

Сестричество во имя благоверного царевича Дмитрия. Участниками встречи с американской стороны были руководители крупнейших исследовательских центров, департаментов и институтов здравоохранения США. Среди них: Шепард Смит (президент Института молодежного развития, США), Боб Редфилд (Институт человеческой вирусологии, США), Анита Смит (президент Детского фонда борьбы со СПИДом, США), Эдвард Грин (Школа здравоохранения, Центр общественных и научных исследований, Гарвардский университет, США).

Итоговым документом встречи стал меморандум, в котором всеми американскими и российскими участниками признается неэффективность ряда элементов так называемых «программ снижения вреда» и провозглашается, что в основе новых стратегий должны лежать измененные модели поведения и пропаганда ответственного поведения, как основные элементы профилактики всех опасных инфекционных заболеваний, передающихся половым путем. Информированность молодежи и пропаганда верности в браке должны стать основными подходами к реализации стратегии. Принятие таких положений свидетельствует о признании правильности подходов к решению проблем ВИЧ/СПИДа, предлагаемых церковными организациями и отраженных в Концепции РПЦ по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом.

*Егорова О.Ю.,
руководитель Ресурсного центра
паллиативной помощи.*

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

Антиретровирусная терапия снижает риск передачи ВИЧ на 92%

АРВ-препараты позволили снизить риск передачи ВИЧ-инфекции на 92%. Исследование доказало, что лекарства, используемые для подавления вируса, способны остановить его распространение. В исследовании, описанном в статье журнала «Ланцет», приняла участие 3381 гетеросексуальная пара из африканских стран. В каждой из них один из партнеров был инфицирован ВИЧ. Препараты были розданы 349 участникам после изучения их иммунной системы и определения уровня клеток CD4. Другие участники принимали плацебо. Исследователи брали образцы крови у их партнеров каждые три месяца. Спустя 24 месяца у 103 партнеров также был выявлен ВИЧ. Но только в одном случае заражение произошло от постоянного инфицированного партнера. Ученые подтвердили это генетической экспертизой вируса. В целом, прием препаратов против ВИЧ снижал риск инфекции на 92%. Особое влияние лекарства оказали на людей с низким количеством клеток CD4 в крови (менее 200 на микролитр). Препараты снижают количество вируса в крови и других жидкостях организма (сперма, выделения из влагалища), уменьшая риск передачи ВИЧ. Но в этом исследовании не учитывались другие способы заражения: анальные контакты, использование нестерильных игл и передача вируса от матери к плоду.

medstream.ru

Москва будет осуществлять сотрудничество с НКО в сфере профилактики ВИЧ

Мосгордума (МГД) приняла в среду законопроект об основных принципах предупреждения распространения ВИЧ-инфекции в Москве, передает корреспондент РИА Новости. «Закон закрепляет уже существующие в городе меры», — сказала председатель комиссии МГД по здравоохранению и охране общественного здоровья Людмила Стебенкова. В частности, принятый закон предусматривает проведение на постоянной основе в школах, средних и высших учебных заведениях мероприятий по информированию о путях заражения ВИЧ-инфекцией и способах избежать заражения, распространение в этих заведениях соответствующей литературы по данной теме. Кроме того, документ устанавливает, что при проведении уроков о профилактике ВИЧ-инфекции необходимо ориентироваться на формирование уважительного отношения к российской культуре и религии, на укрепление института семьи и пропаганду здорового образа жизни. При этом предусматривается, что регламент проведения междисциплинарных уроков в школах по профилактике ВИЧ будет разрабатываться органами исполнительной власти Москвы. Закон также устанавливает, что город будет осуществлять сотрудничество с некоммерческими организациями в сфере профилактики ВИЧ, в том числе, за счет предоставления некоторым из них средств из бюджета города.

ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ НЕПРЯМОГО БИЛИРУБИНА ПРИ ПРИЕМЕ АТАЗАНАВИРА

© 2010 г. О.А. Козырев*

*ГУЗ «Волгоградский областной Центр по профилактике
и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями»*

С момента появления высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) как общепризнанного стандарта для лечения ВИЧ-инфекции продолжительность жизни ВИЧ-инфицированных пациентов непрерывно растет. Сейчас это заболевание рассматривается как хроническая инфекция, требующая пожизненного проведения ВААРТ. В связи с этим требованиями, которые предъявляются к препаратам, являются не только высокая эффективность, но и хорошая переносимость, безопасность в отношении отдаленных побочных эффектов и, конечно, удобство применения. К препаратам, которые удовлетворяют этим требованиям можно отнести и атазанавир (АТV), который за 5 лет, прошедших с момента его регистрации, прочно занял одно из лидирующих мест в ряду назначаемых сегодня антиретровирусных препаратов.

По данным клинических исследований и нашим собственным данным атазанавир переносится очень хорошо, побочные эффекты, характерные для всего класса ингибиторов протеазы — связанные с желудочно-кишечным трактом, или нарушения метаболизма глюкозы или липидов — встречаются очень редко. При этом на фоне приема атазанавира, достаточно часто встречается нарушение лабораторных показателей в виде повышения уровня непрямого билирубина. Это не всегда сопровождается видимыми проявлениями — желтушным окрашиванием кожных покровов и слизистых, т.е. желтухой, однако вызывает беспокойство пациентов и некоторых врачей, не знакомых с механизмом развития гипербилирубинемии на фоне приема АТV. Цель данной статьи описать механизм развития гипербилирубинемии при приеме АТV, факторы, предрасполагающие к развитию желтухи и некоторые практические советы из личного опыта.

Гипербилирубинемия: механизмы и причины возникновения. Синдром гипербилирубинемии — повышение уровня билирубина¹ за счет прямой или непрямой фракции развивается при различных заболеваниях печени и крови. В зависимо-

сти от того, какой механизм лежит в основе данного состояния происходит повышение преимущественно одной или другой фракции билирубина. Метаболизм билирубина схематично представлен на рис. 1. Непрямой билирубин (несвязанный, неконъюгированный) образуется при распаде Hb (гемоглобина) в клетках ретикулоэндотелиальной системы (80%) и других гемсодержащих белков (миоглобина, цитохромов и др.) в печени (20%). Непрямой билирубин нерастворим в воде, липотропен, почками не выводится, в крови связывается с альбумином. Печеночные клетки поглощают непрямой билирубин из крови и конъюгируют (связывают) его с глюкуроновыми кислотами (с помощью фермента уридин-дифосфат-глюкуронил-трансферазы [УДГТ]) с образованием прямого (связанного, конъюгированного) билирубина. Прямой билирубин водорастворим, не растворяется в жирах, может выводиться почками (при циркуляции в крови в больших концентрациях). Прямой билирубин выводится с желчью. У здоровых лиц общий билирубин сыворотки крови в основном представлен непрямым билирубином (не более 20 мкмоль/л), прямой билирубин составляет не более 25% от общего, он окрашивает кал, в моче присутствуют следы уробилина.

Повышение уровня билирубина может развиваться из-за нарушений, происходящих на различных этапах его метаболизма. Повышение концентрации непрямого билирубина происходит за счет повышения выработки билирубина и снижения его клиренса. Например, усиленный гемолиз, вкупе с функциональной незрелостью ферментных систем печени новорожденных приводит к т.н. физиологической желтухе новорожденных. При этом гипербилирубинемия развивается в основном за счет непрямой фракции, тогда как при синдроме холестаза повышение уровня билирубина происходит в основном за счет прямой фракции.

Механизм гипербилирубинемии на фоне приема атазанавира. Механизм гипербилирубинемии на фоне приема атазанавира подробно описан и заключается в ингибировании атазанавиром изофермента 1A1 уридин-дифосфат-глюкуронил-трансферазы (УДГТ). Схожий механизм лежит в основе гипербилирубинемии при добро-

* О.А. Козырев — заместитель главного врача по медицинской части, к.м.н., врач-инфекционист высшей категории.

¹ Уровень билирубина 1 мг/л = 17 мкмоль/л.

качественной гипербилирубинемии (синдроме Жильбера) – наследственном заболевании, характеризующимся дефицитом УДГТ разной степени выраженности, а также гипербилирубинемии при приеме индинавира.

Распространенность гипербилирубинемии у пациентов, получающих атазанавир. Согласно инструкции по медицинскому применению атазанавира, желтуха регистрируется в среднем у 12% пациентов (без уточнения дозировки атазанавира, с добавлением ритонавира или без него) [1]. На данный момент полных данных, насколько часто регистрируется повышение непрямого билирубина и/или желтуха у пациентов, получающих атазанавир, в Российской Федерации нет.

В клинических исследованиях были получены следующие результаты: при использовании небустированного атазанавира (исследование 034) желтуха встречалась у 5%, у 1% было отмечено только наличие иктеричности склер [2]. В исследовании 089 желтуха была зарегистрирована у 3% пациентов, принимавших бустированный ATV, и менее 1% при использовании небустированного атазанавира [3]. В многоцентровом рандомизированном исследовании CASTLE (оценивавшем эффективность и безопасность при-

менения бустированного атазанавира и бустированного лопинавира) с участием 883 пациентов, было сообщено о развитии желтухи у 4% пациентов [4].

По данным когортного исследования MASTER [6] ($n = 1716$) у пациентов, получавших атазанавир, существенная или выраженная гипербилирубинемия встречалась с частотой 0,15 (95% ДИ: 0,13–0,17) на пациенто-лет наблюдения. Степень выраженности гипербилирубинемии у пациентов, у которых она была зарегистрирована, распределилось следующим образом: у 51,6% пациентов она была 1–2-й степени выраженности, у 39,6% – 3-й степени и только у 8,8% пациентов – 4-й степени выраженности [6].

Развитие желтухи крайне редко приводило к прерыванию пациентами приема атазанавира. В клинических исследованиях процент таких пациентов колебался от 0% в исследовании 045 [5] до менее чем 1% во всех остальных [2–4].

Гипербилирубинемия и гепатотоксичность. Настороженное отношение и пациентов, получающих антиретровирусную терапию, и врачей, ее назначающих, к появлению желтушного окрашивания склер и/или кожи на фоне приема АРВ-препаратов обусловлено, конечно, опасением развития гепатотоксичности, связанной с

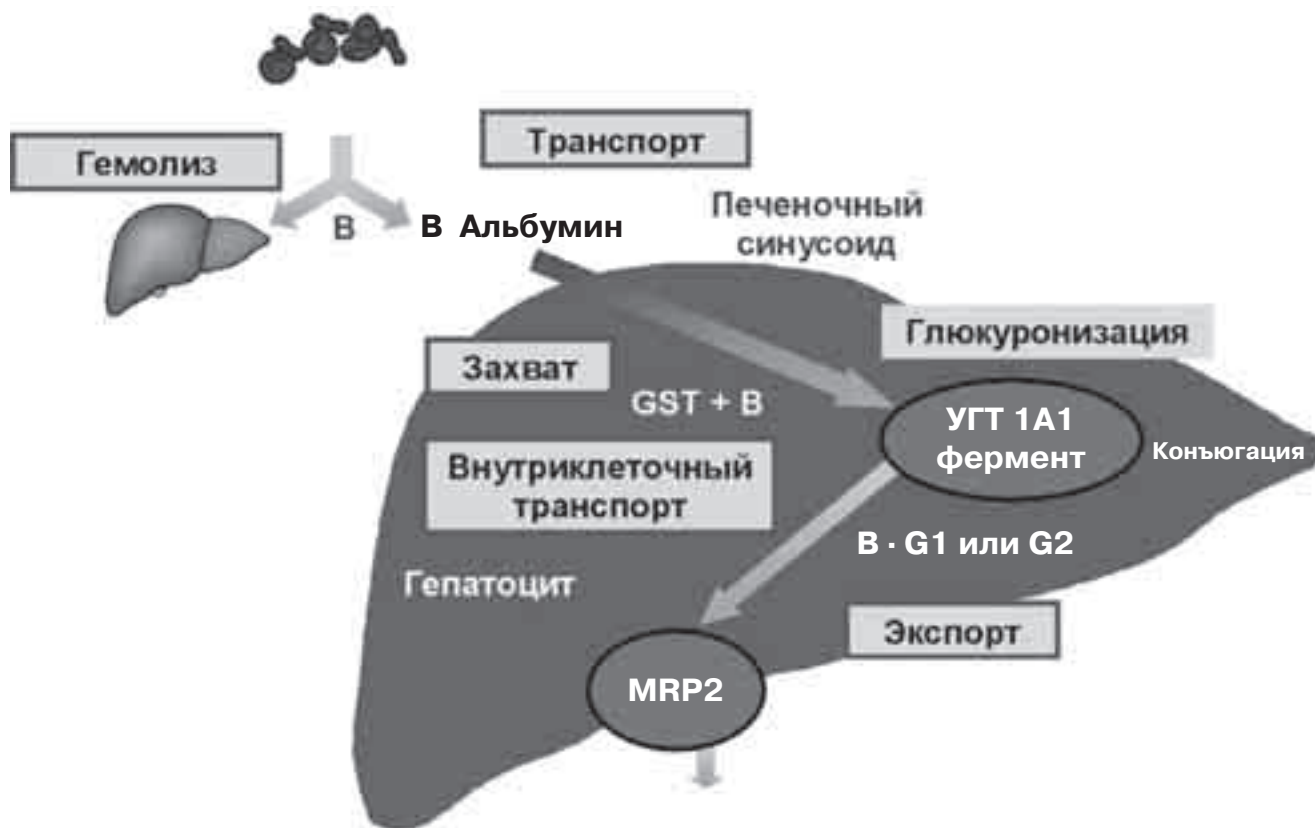


Рис. 1. Обмен билирубина: В – билирубин; GST – семейство ферментов, ответственных за детоксикацию; В · G1 или G2 – конъюгация с участием глюкуроновой кислоты; MRP2 – белок, ответственный за транспорт билирубина из печеночной клетки; непрямой билирубин – жирорастворимое вещество; УГТ1A1 – уридиндифосфат-глюкуронилтрансфераза – превращает неконъюгированный билирубин в конъюгированный.

приемом АРВТ. Действительно уровень билирубина учитывается при оценке тяжести нарушения функции печени, однако он учитывается только в совокупности с целым рядом других признаков и показателей, таких как: уровень аминотрансфераз, альбумина плазмы, протромбинового времени и т.д.

Наиболее важным лабораторным показателем, указывающим на повреждение (цитоллиз) гепатоцитов, является уровень аминотрансфераз. При приеме атазанавира повышение уровня общего билирубина 3–4 степени было крайне редко связано с 3–4 степенью повышения АЛТ/АСТ [1, 7, 8]. На рис. 2 представлены данные, полученные в исследовании CASTLE [4]. Уровни повышения АЛТ и АСТ не различались в исследуемых группах при достоверном различии в уровне повышения билирубина.

Кроме того, факт наличия или отсутствия коинфекции никак не влиял на уровень гипербилирубинемии. Как видно из представленных на рис. 3 данных, повышение трансаминаз чаще встречалось у пациентов, коинфицированных ВИЧ и вирусными гепатитами, в то время как повышение билирубина 3–4 степени у пациентов, получавших атазанавир, встречалось в одинаковой степени и не зависело от статуса инфицирования вирусными гепатитами [9].

Результаты исследования эффективности и безопасности применения препарата атазанавир в составе схем ВААРТ у больных с циррозами печени (компенсированными и декомпенсированными) показали высокую эффективность терапии и отсутствие существенного повышения среднего уровня АЛТ в течение 12 месяцев ВААРТ [10].

Факторы, влияющие на вероятность повышения уровня билирубина у пациентов, получающих атазанавир. К настоящему моменту накоплено достаточно много данных, позволяющих предсказать уровень повышения билирубина при приеме атазанавира. По данным исследований

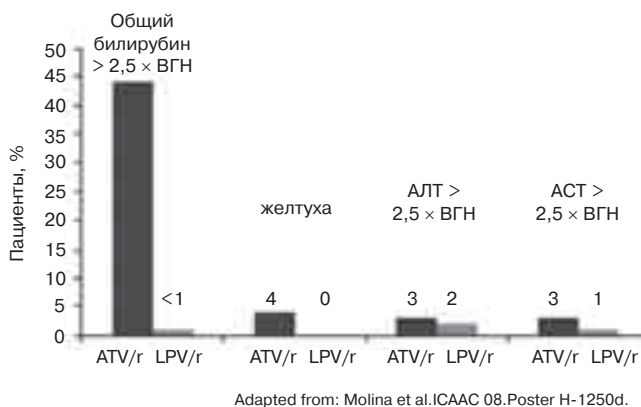
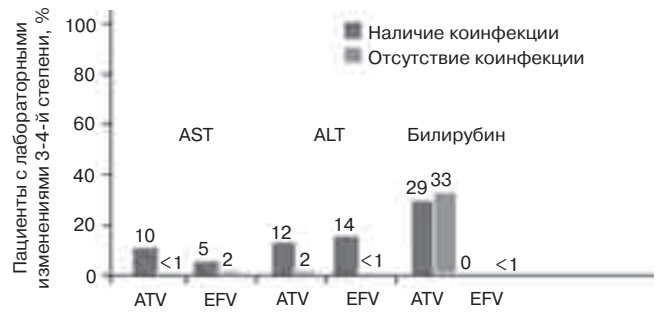


Рис. 2. Исследование CASTLE: ATV/г в сравнении с LPV/г: избранные нарушения лабораторных показателей. ВГН – верхние границы нормы.



Adapted from: Cahn P. et al. 6th ICDTHIV. Glasgow. Nov. 2002. Poster P281.

Рис. 3. Коинфекция ВИЧ и вирусными гепатитами. Уровень повышения билирубина и аминотрансфераз. Повышение уровня билирубина не связано с гепатотоксичностью и не провоцируется коинфекцией вирусными гепатитами.

фармакокинетики атазанавира известно, что повышение уровня общего билирубина и развитие желтухи прямо пропорционально уровню $C_{24ч}$ (плазменная концентрация в конце промежутка между приемами) ATV [11]. Таким образом, является логичным, что при бустировании атазанавира ритонавиром (300 мг ATV + 100 мг RTV), когда значение минимальной эффективной концентрации препарата возрастает примерно в 10 раз, возрастает и вероятность возникновения клинически незначимых (косметических) проявлений гипербилирубинемии (желтухи) [3]. Снижение дозы атазанавира в данной ситуации не рекомендовано, т.к. может привести к снижению вирусологического ответа на терапию и развитию резистентности [1].

Другие предикторы повышения уровня билирубина при приеме атазанавира определенные в когортном исследовании MASTER представлены в таблице [6].

Наиболее важными показателями, предсказывающими возможное более выраженное повышение уровня билирубина, были: уровень билирубина выше нормы до начала лечения (которое может быть обусловлено наличием у пациента синдрома Жильбера) и бустирование ритонавиром. Фактором, указывающим на уменьшение риска развития гипербилирубинемии 3 степени, был совместный с атазанавиром прием ННИОТ. Риск развития гипербилирубинемии 4 степени уменьшался при наличии коинфекции ВИЧ и вирусным гепатитом В [6].

Уровень билирубина при терапии небустированным ATV (без ритонавира) повышается на ранних этапах, обычно в первые 2–12 недель лечения, и остается постоянным в течение всего курса терапии (от 1,2 до 1,6 мг/дл). Медиана повышения уровня общего билирубина у пациентов, получающих ATV в дозе 300 мг при бустировании ритонавиром, также была низкой, и прирост уровня общего билирубина варьировал от 1,0 до 2,0 мг/дл.

Предикторы 3-й степени гипербилирубинемии				Предикторы 4-й степени гипербилирубинемии			
фактор	HR*	[95% CI]	P-величина	фактор	HR**	[95% CI]	P-величина
Применение ННИОТ	0,38	[0,2–0,66]	0,001	бустированием ритонавиром	1,70	[1,01–2,86]	0,045
Бустированием ритонавиром	1,76	[1,39–2,23]	<0,001	Исходный уровень билирубина >1,2 мг/дл	3,62	[2,49–5,27]	<0,001
Исходный уровень билирубина >1,2 мг/дл	2,00	[1,61–2,47]	<0,001	HBsAg положительный	0,63	[0,44–0,90]	0,010
CD4 ⁺ (на 50 клеток/мм ³)	1,02	[1,01–1,03]	0,019				

* Скорректированные для пола факторы риска ВИЧ, HBsAg, АЛТ, показатель APRI, ВИЧ РНК, гемоглобин, применение двойных ПИ.

** Скорректированные для пола.

Lapadula G., et al. EACS 2007. Poster 9.6/03.

Обратимость желтухи на фоне приема атазанавира. Желтуха на атазанавире носит обратимый характер и, как правило, проходит на фоне дальнейшего приема атазанавира [12, 13]. Это объясняется установлением постоянной равновесной внутриклеточной концентрации препарата. Этот процесс индивидуален для каждого отдельного пациента, хотя и посчитано усредненное время достижения стационарного состояния.

Повышение уровня билирубина до уровня $\geq 0,3$ мг/дл служит косвенным признаком хорошего соблюдения режима приема атазанавира [14].

Тактика ведения пациентов с гипербилирубинемией. По мнению экспертов, гипербилирубинемия (изолированная без повышения аминотрансфераз) — является клинически незначимой — не требует какого-либо корригирующего вмешательства (тактика, аналогичная таковой при синдроме Жильбера). Желтуха сама по себе не требует какой либо терапии, необходимо проводить лечение только того заболевания, которое и является причиной гипербилирубинемии [15].

По данным Ш. Шерлок, Дж. Дули [15] существуют данные, что уровень непрямого билирубина в сыворотке крови у пациентов с синдромом Жильбера (сходный механизм развития гипербилирубинемии) можно снизить с помощью фенобарбитала, но косметический эффект от такого лечения отмечается лишь у немногих больных [16]. Однако компания «Бристол-Майерс Сквибб» не располагает данными клинических исследований эффективности и безопасности применения фенобарбитала для коррекции гипербилирубинемии 3–4 степени тяжести на фоне приема атазанавира, и соответственно, компания не может рекомендовать использование подобной схемы терапии у пациентов с гипербилирубинемией.

В соответствии с нашими наблюдениями, любые мероприятия, направленные на улучшение пассажа желчи (регулярное дробное питание, достаточный водный режим, желчегонные и спазмолитические препараты) уменьшают также и проявления гипербилирубинемии.

Компания «Бристол-Майерс Сквибб» рекомендует отменять препарат у пациентов, уровень общего билирубина которых стойко (более месяца) превышает 5 верхних границ нормы, что считается 4-й степенью тяжести по классификации степеней тяжести [1, 17] (ВГН — верхняя граница нормы; что соответствует 100 и более мкмоль/л). В связи с этим, если у пациента нет проявлений гепатотоксического действия препарата, т.е. повышения печеночных трансаминаз и уровень билирубина составляет менее 100 мкмоль/л, прямых показаний для отмены препарата нет. Также рекомендуется смена атазанавира на другой препарат, если желтуха в силу социальной роли или публичности пациента, является для него значимым косметическим эффектом.

Атазанавир является современным высокоэффективным антиретровирусным препаратом. Благодаря удобству применения, отличному профилю безопасности и переносимости, наименьшей среди всех ИП частоте побочных эффектов со стороны ЖКТ и минимальному влиянию на показатели метаболизма липидов и глюкозы, атазанавир занял достойное место в современных схемах АРВТ. Частым побочным эффектом/нарушением лабораторных показателей, связанным с приемом атазанавира, является повышение уровня непрямого билирубина. Атазанавир селективно ингибирует изофермент 1A1 уридин-дифосфат-глюкуронил-трансферазы (врожденное снижение функции данного фермента характерно для синдрома Жильбера), замедляя тем самым процесс конъюгации билирубина. Этот процесс не является гепатотоксич-

ным, поскольку никакого цитолиза гепатоцитов не происходит и повышение уровня билирубина не сопровождается схожим по уровню повышением АЛТ/АСТ. Коинфекция ВИЧ и вирусными гепатитами не утяжеляет проявления гипербилирубинемии. Предикторами возможного более высокого уровня гипербилирубинемии является уровень билирубина выше нормы до начала лечения и бустирование атазанавира ритонавиром.

Препарат может быть отменен, если уровень общего билирубина стойко превышает 100 мкмоль/л (4 степень гипербилирубинемии) или желтуха представляет для пациента косметическую проблему. Гипербилирубинемия/желтуха при приеме атазанавира не требует какого-либо корректирующего вмешательства (тактика, аналогичная таковой при синдроме Жильбера). По нашим наблюдениям любые мероприятия направленные на улучшение пассажа желчи (регулярное дробное питание, достаточный водный режим, желчегонные и спазмолитические препараты), также уменьшают и проявления гипербилирубинемии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Инструкция по медицинскому применению Реатаза (атазанавира).
2. Squires et al. (2004) *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, Vol. 36, 5, August 15.
3. Malan N., et al. 4th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment, and Prevention. Sydney, Australia, July 22–25, 2007. Poster WEPEB024.
4. Molina et al. ICAAC 08, Poster H-1250d.
5. Johnson M. et al. ICDT 2004: Presentation PL14.4.
6. Lapadula G., et al. EACS 2007 Poster 9.6/03.
7. Zhang D. et al. (2005) *Drug Metab. Dispos.*, Epub ahead of print.
8. Johnson M. et al. (2005) *AIDS*, 19, 685–694.
9. Cahn P. et al. 6th ICDTHIV, Glasgow, Nov. 2002. Poster P281.
10. Hermida Donate J., et al. 4th IAS Conference; Sydney, Australia; July 22–25, 2007. Abstract MOPEB060.
11. Bertz R., et al. 14th CROI, 2007 Постер 565.
12. Korenblat K.M., Berk P.D. (2005) *Clin. Gastroenterol. Hepatol.*, 3, 303–310.
13. Johnson M., et al. (2006) *AIDS*, 20, 711–718.
14. *AIDS*, 2005, 19, 1700.
15. Шерлок Ш., Дули Дж., Заболевания печени и желчных путей 1999, с. 243
16. Black M., Sherlock S. Treatment of Gilbert's syndrome with phenobarbitone (1970) *Lancet*, I, 1359.
17. Барглетт Д. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции, 2009.

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

Новое лекарство против ВИЧ проходит клинические испытания

В рамках 19-й международной конференции «СПИД, рак и общественное здоровье», которая проходила в Санкт-Петербурге 24–26 мая, состоялось вручение международных наград за выдающийся вклад в борьбу с ВИЧ/СПИДом, раком и другими заболеваниями. Главная награда была присуждена проф. Леониду Марголису – заведующему отделом межклеточных взаимодействий Национального института здоровья ребенка и развития человека под Вашингтоном. В 2008 г. его коллектив экспериментально доказал, что противовирусный препарат ацикловир, эффективно использующийся для лечения герпеса, можно превратить в эффективное оружие против СПИДа. Г-н Марголис рассказал, что теперь, зная о свойствах ацикловира, он и его сотрудники пытаются на его основе синтезировать лекарство против ВИЧ. «Сегодня, – сказал он, – мы проводим клинические испытания, результат которых будет известен через пару лет». На вопрос, насколько случайно было это открытие, он ответил: «Как всегда в науке, и да и нет. С одной стороны, случайно, но подобная случайность должна быть хорошо подготовлена учеными, чтобы ее не пропустить. Занимаясь взаимодействием вирусов и бактерий в организме, мы решили посмотреть, как действует ацикловир на размножение вируса ВИЧ, и с удивлением увидели, что он его подавил. Это было неожиданно и противоречило всем догмам, потому что ацикловир считался высокоспецифическим лекарством только против герпеса. Но теперь есть надежда, что в результате нашего открытия появится новое лекарство против ВИЧ.

pharmvestnik.ru

Лубриканты увеличивают риск заражения

Использование смазки во время анального секса может увеличить риск передачи ВИЧ, как выяснилось в ходе

исследования. Некоторые гели оказывают токсический эффект на клетки и ткани.

Как известно, ВИЧ при незащищенном анальном сексе передается через микротрещинки, возникающие в результате проникновения полового члена в анальное отверстие. Справедливо считается, что достаточное количество смазки снижает неприятные ощущения и сокращает количество микротрещин.

Однако смазка не может считаться сколько-нибудь надежной защитой от ВИЧ. Наоборот, она увеличивает риск заражения ВИЧ при анальном сексе.

Сразу два исследования доказали, что использование лубриканта может увеличить риск заражения ВИЧ от одного партнера другому. Особенно этот риск возрастает, если в анальном отверстии партнера уже живут другие болезнетворные инфекции. Так в ходе исследования, охватившего 900 мужчин и женщин, проживающих в Лос-Анджелесе и Балтиморе, удалось установить, что гель-смазка увеличивает риск заражения ВИЧ и других ЗППП в три раза.

Исследователи не сообщили, какие именно лубриканты являются самыми опасными, однако 76% участников исследования использовали смазки на основе воды, 18% – на основе силикона, 6% на масляной основе. В ходе второго исследования, проведенного учеными из Университета Питтсбурга, было изучено сексуальное здоровье девяти тысяч мужчин и женщин, живущих в 100 разных странах. Все они использовали гели на основе воды, и лишь один продукт был изготовлен с использованием силикона.

Ученые не проверяли действенность смазки во время реального секса, опыты проводились в лабораторных условиях. Выяснилось, что некоторые лубриканты обладают токсичным эффектом на клетки и ректальную ткань. Возможно, это является результатом растворения солей и сахара, которые были использованы при их производстве. Ученые заявляли, что окончательных выводов на основе двух этих небольших исследований делать нельзя. И все гипотезы нуждаются в дополнительной проверке.

medikforum.ru

ВИЧ. Приговор вирусу

Общественное здоровье,
права человека и уголовное право*

Уголовное право в настоящее время представляет собой недостаточно гибкий инструмент для профилактики ВИЧ. Оно вызывает серьезное беспокойство с позиции прав человека и способствует возникновению рисков, подрывающих уже достигнутые результаты в противодействии ВИЧ в глобальном масштабе. В настоящее время представляется важным укрепление взаимодействия между правозащитными и ВИЧ-сервисными организациями в данном контексте.

Десять ключевых тем этого руководства предлагают краткий обзор результатов проведенных исследований и анализ различных мнений, собранных со всего мира. Оно поможет вам детально разобраться в проблематике криминализации передачи или подвергания риску приобретения ВИЧ, познать суть данной проблемы и узнать, почему эта тема в настоящее время приобрела особенное значение. Вместе с тем вы

сможете понять, к каким последствиям это явление приводит в контексте человеческого здоровья, стигмы, прав человека, законодательства и жизни людей, живущих с ВИЧ.

Руководство предлагает вам информацию и ресурсные источники с целью:

- поддержать продвижение юридических аспектов и социальной мобилизации в странах, в которых передача или подвергание риску при-

* Публикуемый материал был разработан в партнерстве с МФПС, GNP+ и ICW, а также благодаря многим людям, которые вложили в издание свою приверженность, энергию, видение и частичку себя. Основным автором издания является L. Stackpool-Moore при участии A. Ahmed, J. Fairfax, A. Garner, R. Maina, C. Mallouris и K. Osborne. Особенная благодарность Y. Azad, E.J. Bernard, A. Bondyopadhyay, E. Cameron, M. Clayton, B. Harrison, J. Hows, B. Hull, D. ter Huurne, M. Kennedy, S. Khan, K. Lima, K. Moody, T. Mor, A. Nilo, R. Pearshouse, F. Pettit, R. Reynolds, N. Ritter, K. Singh, K. Thomson, B.A. Tima, S. Timberlake, A. Trossero, C. Weir, A. Welbourn и M. Wait, которые рецензировали публикацию, добавили результаты исследований и дополнили подборку мнений по тематике. Публикация этого издания была координирована Командой по адвокации и взаимодействию МФПС.

Принятые сокращения: АРВ – антиретровирусные препараты; ВИЧ – вирус иммунодефицита человека; ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения; ДКТ – добровольное консультирование и тестирование; ИППП – инфекции, передающиеся половым путем; ЛЖВ – люди, живущие с ВИЧ; МФПС – Международная федерация планирования семьи; МСМ – мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами; НПО – неправительственная организация; ПКП – постконтактная профилактика; ПВПВ – профилактика вертикальной передачи ВИЧ; ПРЗ – половое и репродуктивное здоровье; СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита человека; ТТП – тяжелое телесное повреждение; ЮНЭЙДС – Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу; ЮНФПА – Фонд ООН в области народонаселения; АРАСА – СПИД и Правовой альянс для Южной Африки (AIDS and Rights Alliance for Southern Africa); СРС – служба уголовного преследования (Великобритания); ГИРА – более активное вовлечение людей, живущих с ВИЧ; GNP+ – Глобальная сеть людей, живущих с ВИЧ (Global Network of People Living with HIV); HRW – Международная организация по правам человека «Human Rights Watch» (Хьюман Райтс Вотч); ICW – Международное сообщество женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом (International Community of Women Living with HIV/AIDS); NAM – национальное пособие по СПИДу (Aidsmap); NFI – Международный фонд «Naz»; PILS – профилактика, информация и борьба со СПИДом (Prevention information et lutte contre le SIDA).

обретения ВИЧ преследуется по закону, с целью пересмотра и реформирования этих законов;

- консолидировать аргументы и документировать факты, свидетельствующие о том, что криминализация передачи или подвергание риску приобретения ВИЧ не является эффективным подходом для укрепления общественного здоровья;

- способствовать развитию и укреплению движения активистов на национальном и международном уровнях в целях пресечения разработки и принятия аналогичных криминализирующих законов в будущем;

- поддерживать людей, живущих с ВИЧ, наращивая их потенциал в области законодательства и их прав.

Майкл Кирби, судья Верховного суда, Австралия, 1995 г.: «СПИД способствует нашей озлобленности. Но в рамках законодательства мы должны быть рациональными. Мы должны руководствоваться ведущим принципом, что закон это нечто большее, чем просто средство борьбы с опасной эпидемией. Мы должны искать эффективные законодательные инструменты, а не просто законы, которые способствуют замедлению распространения СПИДа».

Майк Кеннеди, исполнительный директор Victorian AIDS Council, Австралия, 2008 г.: «Все еще существует возможность для активного противодействия подобному применению уголовного законодательства. Именно сейчас настал тот момент, когда необходимо приложить все усилия для сопротивления текущим тенденциям и продвижения других альтернатив в сфере общественного здоровья».

Эдвин Камерон, судья Высшего Суда, Южная Африка, 2008 г.: «ВИЧ – это вирус, а не преступление. Данный факт является элементарным и исключительно важным. Слишком часто законодатели и судебные исполнители не замечают этого».

Ноно Симилела, директор по техническому потенциалу и поддержке, МФПС, Великобритания, 2008 г.: «В обозримом будущем мы не сможем увидеть мир, свободный от СПИДа, но мы найдем новые способы жить и любить, становясь мудрее и богаче вследствие этого. Мы должны принять ВИЧ, а не бояться его».

ПРИГОВОР

С тех пор, как мы впервые столкнулись с ВИЧ, многое стало известно о профилактике. Знание путей передачи ВИЧ, роли основных стратегий по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку, инициатив по снижению вреда для людей, принимающих наркотики, способ-

ствовало значительным изменениям в сфере профилактики. Однако недавно мы столкнулись с другим предметом для беспокойства. Использование уголовного закона и уголовного преследования, применяемого в случаях передачи ВИЧ, является наиважнейшим аспектом в сфере прав человека, с которым сегодня столкнулся весь мир.

От Мали до Мозамбика, от Азербайджана до Австралии и от Канады до Кот-д'Ивуара политические деятели используют уже существующие законы и разрабатывают новые, применение которых представляет реальную угрозу для устойчивости так тяжело достигнутых нами результатов в области профилактики ВИЧ. Используемые в настоящее время подходы способствуют возникновению сомнений, неразберихи и стигматизации, формирующих благоприятную основу для дальнейшего распространения ВИЧ.

Во многих странах уголовное преследование, связанное с ВИЧ-статусом, осуществляется на основании недавно вступивших в силу законов или в рамках уже устаревшей законодательной базы, которая лишь недавно нашла свое применение в случаях передачи и подвергания риску заражения ВИЧ. В силу того что появление каждого нового закона или завершение расследование по очередному делу постоянно изменяют базовые условия, комплексная оценка кумулятивного эффекта от воздействия подобных законов еще не закончена. В будущем, безусловно, возникнет еще больше вопросов, на которые потребуются аргументированные ответы.

Криминализация передачи или подвергание риску приобретения ВИЧ ослабляет эффективность стратегий по профилактике ВИЧ (и тем самым ухудшает состояние общественного здоровья), подрывает принципы незыблемости прав человека, а также усиливает стигму и дискриминацию. Более того, криминализация значительно усиливает маргинализацию тех, кто уже уязвим к ВИЧ-инфекции.

МФПС, GNP+ и ICW, базируясь на результатах Саммита Living 2008 [1], признали важность реализации комплексных подходов, основанных на правах человека, так же, как и полную несовместимость этих подходов с каким-либо уголовным преследованием на основании ВИЧ-статуса.

Данный материал базируется на мнениях лидирующих правовых и юридических экспертов, советников ООН и людей, живущих с ВИЧ; демонстрирует собранные со всего мира примеры, которые способствуют нашему пониманию аспектов криминализации передачи и подвергания риску приобретения ВИЧ.

В обозримом будущем мы не сможем увидеть мир, свободный от СПИДа, но мы найдем новые способы жить и любить, становясь мудрее и богаче вследствие этого. Несмотря на возраст, состояние здоровья, гендерную принадлеж-

ность или сексуальную ориентацию, мы все должны взрастить в себе адвокативного лидера и возвысить свой голос, сокрушая несправедливость.

Марк МакГанн, ВИЧ-активист и актер, Великобритания, 2004 г.: «Я глубоко взволнован в отношении криминализации ВИЧ. Я просто не верю, что вы можете адекватно применять законы, регламентирующие добровольные сексуальные отношения двух людей... Как любой человек, живущий с диагнозом ВИЧ, я тоже знаю, как нелегко принять свой собственный статус, когда выясняется, что у тебя вирус. Еще более важно то, что нам необходимо перестать демонизировать людей с вирусом. Делая это, мы способствуем укреплению предположения, что «каждый, у кого есть ВИЧ, представляет собой угрозу для того человека, у кого его нет». Это просто неправда».

ЧТО ТАКОЕ «КРИМИНАЛИЗАЦИЯ» И ПОЧЕМУ ЭТА ТЕМА ТАК ОСТРА СЕЙЧАС?

«Криминализация» подразумевает применение уголовного права с целью уголовного преследования за передачу ВИЧ другому лицу или подвергание его риску заражения ВИЧ. Подобные законы сейчас достаточно широко применяются в большей части мира, начиная от Канады, Европы, США и заканчивая Африкой, южнее Сахары и Азией [2]. До настоящего времени было проведено незначительное количество исследований, определяющих причины, которыми политические деятели руководствуются в процессе принятия подобных законов, или же касающихся оценки эффективности законодательства [3]. Создается впечатление, что они идут плечом к плечу с разочарованием, которое является результатом того, что, несмотря на усиление доступности лечения и два десятилетия усилий по профилактике, ВИЧ продолжает неконтролируемо распространяться.

Количество стран, в которых передача и подвергание других лиц риску заражения ВИЧ преследуется в рамках уголовного законодательства, постепенно увеличивается. Обвинения выдвигаются на основании целого ряда законов как характерных для случаев передачи или подвергания риску приобретения ВИЧ, так и преследующих за убийство, непредумышленное убийство, покушение с целью убийства, нападение, тяжкое телесное повреждение (ТТП) или отравление. В некоторых странах законодательно делается различие между умышленной передачей ВИЧ, передачей «по неосторожности» или даже небрежности. Законы, область действия которых касается вопросов подвергания риску заражения ВИЧ, в первую очередь, касаются аспектов добровольности согласия,

тогда как законы, направленные на преследование передачи ВИЧ, касаются и вопросов добровольности согласия, и подтверждения факта передачи.

Некоторые люди считают, что криминализация способна улучшить общественное здоровье и укрепить усилия по профилактике ВИЧ. На самом же деле криминализация может негативно сказываться на доступности добровольного консультирования и тестирования (ДКТ), являться результатом снижения интереса к выяснению своего ВИЧ-статуса и препятствовать людям в поиске соответствующей поддержки и помощи.

В последнее время увеличилось использование законов относительно ВИЧ и начали появляться новые законы, принимаемые в рамках национального ответа на эпидемию ВИЧ. До сих пор существует исключительно мало доказательств того, что применение уголовного законодательства является эффективным способом противодействия ВИЧ [4]. В странах с низкой концентрацией эпидемии ВИЧ некоторые правительства рассматривают законодательство как метод препятствия генерализации эпидемии. Подобное также может быть рассмотрено как механизм контроля за «неприемлемым» поведением некоторых людей. В странах с высоким уровнем распространения ВИЧ правительствам, возможно, требуется показать, что они предпринимают хоть какие-то упреждающие меры по снижению негативных последствий, связанных с «провалом в профилактике».

Но эти попытки ошибочны и бессмысленны. Криминализация передачи или подвергание риску заражения ВИЧ является негибким инструментом профилактики новых случаев распространения ВИЧ, сводящим на нет достижения более общих и эффективных мер по противодействию ВИЧ.

Некоторые ключевые аспекты для рассмотрения и анализа:

- Сексуальное здоровье должно быть ответственностью каждого человека и обоих партнеров, если они находятся в сексуальных отношениях. Криминализация передачи или подвергание риску заражения ВИЧ подрывает этот принцип и вынуждает людей, живущих с ВИЧ, нести на себе большую ответственность за сохранение сексуального здоровья их партнеров. Чтобы профилактика работала, каждый должен быть в состоянии контролировать свое собственное здоровье и иметь доступ к услугам по профилактике, лечению, тестированию, уходу и поддержке.

- Криминализация передачи или подвергание риску приобретения ВИЧ вместе с законами, криминализующими различные типы поведения, связанные с ВИЧ (секс-бизнес, потребление инъекционных наркотиков или секс с лицами того же пола), еще больше маргинализует людей, наиболее подверженных ВИЧ. В зависи-

мости от контекста эти группы могут включать в себя женщин, молодых людей, детей, матерей, которые находятся в заключении, мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами (МСМ), наркопотребителей, мигрантов (зарегистрированных и без регистрации), видимые меньшинства, работников секс-бизнеса, вынужденных переселенцев, людей, пострадавших в конфликтах и стихийных бедствиях, и коренное население. Страх перед уголовным преследованием может ослабить эффективность попыток по обеспечению профилактическими услугами тех, кто наиболее в них нуждается.

- Политические деятели, законодатели и женские правозащитные группы зачастую прибегают к использованию специфического законодательства, как к инструменту, «защищающему женщин», но практика применения этих законов показывает, что они оказывают обратное действие. Уголовное законодательство одинаково применимо как к мужчинам, так и к женщинам и расценивает их равными в тех случаях, когда необходимо выявить виновного в передаче ВИЧ. Другие официальные и общепринятые законы зачастую являются дискриминирующими к женщинам и девочкам, например, законы, ограничивающие женщину в равных правах на имущество и наследование. Женщины чаще подвергаются тестированию либо в рамках обычного гинекологического обследования, либо во время ведения беременности, благодаря чему они бывают информированы о своем ВИЧ-статусе. Подобное ведет к диспропорциональному увеличению доли женщин, к которым может быть применено уголовное преследование за передачу ВИЧ.

- Криминализация передачи или подвержение риску заражения ВИЧ наиболее сильно воздействует на тех, кто знает о своем ВИЧ-статусе. Многие люди живут с ВИЧ, не зная о своем статусе, и могут непреднамеренно передавать ВИЧ. При некоторых условиях и особенностях юрисдикции подобное может также оказывать воздействие на тех, кого предположительно считают ВИЧ-положительными (без подтвержденного диагноза), что безусловно связано с социальной маргинализацией и уязвимостью к ВИЧ. Усиливающаяся стигма и дискриминация, зачастую испытываемая людьми, живущими с ВИЧ, или наиболее уязвимыми к ВИЧ лицами, может скорее подорвать, чем способствовать развитию мер по профилактике ВИЧ.

- Доказательства, используемые в ходе уголовного расследования, связанного с ВИЧ, могут быть неоднозначно истолкованы. Закон — это инструмент, которым следует пользоваться для наказания кого-либо, основываясь на веских доказательствах и неопровержимых уликах. Поиск доказательств при расследовании передачи ВИЧ от одного лица другому становится все более комплексным вопросом. Влияние антиретровирусной терапии (АРВ) на «инфектив-

ность» и значительная сложность научного определения времени и направления инфицирования («у кого вирус был изначально») должны рассматриваться с особенной тщательностью в случаях передачи ВИЧ половым путем.

- Уголовное законодательство в отношении передачи или при подвержении риску заражения ВИЧ подрывает права людей, живущих с ВИЧ. Закон может быть инструментом по защите и продвижению прав человека, равно как и по созданию условий для обеспечения наивысшего стандарта охраны здоровья для всех с исключением каких-либо стигматизирующих или дискриминирующих компонентов. Подход, направленный на уголовное преследование за передачу ВИЧ, оказывает совершенно противоположное воздействие. Применение закона в сфере ВИЧ выделяет людей, живущих с ВИЧ, и тем самым нарушает их права.

- Криминализация передачи или подвержение риску заражения ВИЧ, оказывает влияние на каждого из нас. Люди, живущие с ВИЧ, могут испытывать на себе нарастающее предубеждение и стигму со стороны окружающих, и/или, предавая этому субъективный характер, они могут начать думать о себе как о потенциальных уголовных преступниках. Каждый подвержен воздействию в результате криминализации передачи ВИЧ, так как связь между передачей ВИЧ и уголовным преследованием лишь усиливает стигму и дискриминацию.

Майкл Кирби, судья Верховного Суда, Австралия, 2007 г. [5]: «Сейчас мы наблюдаем возврат к тем временам, когда я впервые заявил о появлении «Высоконеэффективных законов» (ВНЗ), когда-то призывавших к поголовному тестированию на ВИЧ. Волна ВНЗ особенно четко наблюдается сейчас в Африке, хотя и другие страны мира она не обошла стороной».

Михаэла Клейтон, СПИД и Правовой альянс для Южной Африки, Намибия, 2008 г.: «Необходимо прилагать все усилия для искоренения первопричин, порождающих потребность в криминализации».

Швейцария: возрастающее сомнение — является ли человек инфекционно опасным в случае, если он ВИЧ-положителен и у него неопределяемая вирусная нагрузка? Последние исследования указывают на то, что при определенном стечении обстоятельств человек, живущий с ВИЧ, по сути, не может передать вирус половым путем. В начале 2008 года Швейцарская федеральная комиссия по СПИДу сделала заключение, в соответствии с которым люди, живущие с ВИЧ, принимающие антиретровирусную терапию (это включает в себя неопределяемую вирусную нагрузку в течение 6 месяцев, приверженность лечению и постоянное медицинское наблюдение) и у которых не наблюдается наличие других ин-

фекций, передающихся половым путем (ИППП), не могут передать ВИЧ половым путем.

Данное заключение оказывает влияние на уголовное право, так как оно определяет условия, при которых ВИЧ-положительный человек не может передать ВИЧ другому человеку половым путем. Следовательно, такого человека нельзя преследовать в уголовном порядке лишь на основании того, что в его теле есть вирус.

Определение. Криминализация передачи или подвергание риску заражения ВИЧ — это применение уголовного права за передачу ВИЧ или подвергание другого человека риску заражения ВИЧ.

ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ УГОЛОВНОЕ ПРАВО ЭФФЕКТИВНЫМ ИНСТРУМЕНТОМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ ДЛЯ УКРЕПЛЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ?

Если криминализация передачи или подвергание риску заражения ВИЧ является мерой по усилению профилактики ВИЧ (и таким образом способствует защите общественного здоровья), можем ли мы быть уверенными, что исследовали все остальные возможности, перед тем как прибегать к уголовному праву? Можем ли мы с определенной уверенностью доказать, что такие законы оказывают положительный эффект на профилактику ВИЧ, перед тем как подвергать криминализации невинных людей?

Уголовное законодательство применяется по-разному в зависимости от страны или судебного дела. В общей практике оно используется для достижения следующих задач:

1. Осуществить возмездие (чтобы пострадавший человек или члены его семьи ощутили факт свершения справедливого правосудия).

2. Способствовать сдерживанию (чтобы сдержать виновника от повторения преступления, также как и других диагностированных ВИЧ-положительных людей от повторения преступления).

3. Ограничить дееспособность (создать условия, при которых виновник не сможет повторить аналогичное преступление).

4. Реабилитация (изменить поведение виновника таким образом, чтобы он не повторял преступление в будущем).

5. Возмещение ущерба (попытка возместить ущерб, нанесенный в результате преступления) [6].

По своему содержанию и применению уголовное законодательство может служить как для вынесения наказания, так и для формирования чувства справедливости у тех, кого затронула передача ВИЧ. Однако эта справедливость обладает «горько-сладким» привкусом, так как один

и тот же закон последовательно рассматривает «пострадавшего» в одном деле и потенциально-го виновника в другом.

В отношении ВИЧ существует незначительное количество данных, подтверждающих заявление, что уголовное преследование (или угроза такого преследования) способствует раскрытию людьми, живущими с ВИЧ, своего статуса своим сексуальным партнерам и пресекает поведение, усиливающее риск передачи вируса [7]. Также существует мало сведений, подтверждающих заявление о том, что уголовное преследование напрямую влияет на подавление стимула к тестированию. Тем не менее свидетельства подтверждают, что уголовное преследование в значительной степени усиливает стигму [8]. Стигма и дискриминация подрывают результативность усилий по профилактике; требуется дополнительное исследование для осознания глубины воздействия уголовного преследования на основании ВИЧ-статуса на каждого отдельного человека и общественное здоровье в целом.

Майк Кеннеди, исполнительный директор, Victorian AIDS Council, Австралия, 2008 г.:

«Простейший метод права и порядка создает впечатление, что решительные меры действительно предпринимаются. Мы хорошо знаем, что стигма и дискриминация являются потенциальными факторами, усиливающими эпидемию ВИЧ. Наблюдаемые нами усилия со стороны судебных органов, СМИ и сообщества по всему миру, в то время как уголовное законодательство является одним из инструментов, которым пользуется общество для предотвращения ВИЧ, — все это в большей мере скорее усугубляет, чем улучшает все ухудшающиеся тенденции, связанные с ВИЧ. Теперь настало то критическое время, когда необходимо противостоять текущим тенденциям и продвигать другие альтернативы в контексте общественного здоровья».

Эдвин Бернارد, NAM, Великобритания, 2008 г.:

«Людам, которые чувствуют себя «преданными» после приобретения ВИЧ посредством незащищенного полового контакта с предварительным диагностированным ВИЧ-положительным партнером, следует искать возможности получения консультирования, а не возмездия посредством уголовно-процессуальной системы».

Задачи по сохранению общественного здоровья могут быть достигнуты без использования уголовного законодательства посредством следующих примеров:

• Взаимодействие людей, живущих с ВИЧ, со специалистами общественного здравоохранения и равными консультантами, которые могут поделиться информацией о рисках передачи ВИЧ и способах снижения или предотвращения подобных рисков. Они также могут предоставить информацию о тех учреждениях, где можно

получить соответствующее лечение, поддержку и помощь.

- Усиление эффективности кампаний по снижению стигмы, которые позволят создать благоприятную атмосферу и условия для добровольного раскрытия статуса.

- Предоставление услуг по юридической поддержке для ЛЖВ, их семей и друзей, которые испытали дискриминацию.

- Предоставление услуг по консультированию для вновь диагностированных людей и предоставление поддержки по разнообразному кругу вопросов, таких как повторное раскрытие статуса и построение близких личных отношений с ВИЧ-положительным человеком.

- Включение профилактических программ для ЛЖВ в комплексный пакет по профилактике ВИЧ на национальном уровне.

- Предоставление образования на тему сексуальности, межличностных отношений и ценностей в рамках общеобразовательной школьной программы.

Определение. Постконтактная профилактика (ПКП) — это однемесячная антиретровирусная терапия, которая сокращает риск приобретения ВИЧ и проводится незамедлительно после возникновения риска приобретения вируса. В некоторых странах, несмотря на недостаточность доказательств, ПКП рекомендуется проводить в течение четырех часов после возникновения риска приобретения вируса, если это возможно. ПКП не проводится спустя 48 часов (в некоторых странах этот лимит продлен до 72 часов). Существует необходимость в более комплексном исследовании эффективности ПКП, включая динамику эффективности с течением времени после возникновения риска приобретения вируса, ее реального воздействия на сероконверсию и доступность в различных учреждениях.

Мнение эксперта. Существует ли какая-нибудь правомерность в криминализации ВИЧ?

Мэтью Виит, ведущий лектор по законодательству и юридическим исследованиям, Биркбек, Университет Лондона, 2008 г. : «Уголовное законодательство является наиболее мощным механизмом, который используется обществом для выражения коллективного несогласия с поведением конкретного человека, результатом которого является вынесение наказания как в денежной форме, так и в форме лишения свободы.

Уголовное законодательство служит, прежде всего, общественным потребностям; оно не может и не должно быть средством частного возмездия. Для правомерности криминализации должен существовать четкий общественный интерес, а не только индивидуальная заинтересованность.

При рассмотрении правомерности криминализации передачи ВИЧ очень важно основательно подумать об общественном интересе в наказании за содеянное. Некоторые могут поспорить, что это не требующий доказательств факт; общество имеет право на защиту от тех, кто может использовать других для достижения своих целей и эгоистического удовлетворения, и кто может нанести ущерб другим в этом процессе. Исключительно важно осознать, что криминализация передачи ВИЧ может иметь значительные последствия для общества, в особенности для общественного здоровья. Рассмотрим несколько примеров:

- если люди знают о своем ВИЧ-статусе и боятся передать ВИЧ кому-либо еще, они могут быть менее заинтересованы в информировании своего партнера о необходимости поиска ПКП, опасаясь того, что сами могут в будущем подвергнуться уголовному преследованию;

- лица, которые являются ВИЧ-положительными, но не знают об этом наверняка, а также люди, которые предполагают, что являются ВИЧ-положительными, возможно, будут обладать меньшим стимулом к раскрытию статуса, опасаясь того, что эта информация может быть использована против них;

- презервативы не эффективны на 100%; в тех случаях, когда уголовная ответственность может быть применена лишь за подвергание кого-либо риску передачи ВИЧ, некоторые ЛЖВ (даже если это очень маленькое сообщество) могут решить, что нет необходимости в принятии дополнительных мер предосторожности. В отсутствие защиты для соответствующего использования презервативов, такое уголовное законодательство не способствует минимизации дельнейшего риска передачи.

Все эти возможные последствия могут лишь способствовать дальнейшей передаче ВИЧ и, таким образом, ставят нас перед вопросом относительно эффективности криминализации, как общественно-оправданного средства.

Практической причиной, усложняющей рассмотрение вопросов о криминализации передачи ВИЧ, является трудность нахождения доказательств. Наука (филогенетический анализ) попросту не может или не достаточно основательна для определения источника, пути и времени передачи. Даже в тех случаях, когда у ответчика и пострадавшего один и тот же субтип вируса, нельзя однозначно быть уверенным, при отсутствии других убедительных доказательств, что ответчик виновен по всем пунктам. В практике существует некоторое количество судебных дел, когда люди признали себя виновными в предъявленном им обвинении на основании предоставленных им подобных научных доказательств, и сейчас едва ли можно с уверенностью сказать, что их осудили правильно. Возможность совершения ошибок правосудия исключительно велика.

При рассмотрении вопроса о правомерности криминализации передачи или подвергания риску заражения ВИЧ очень важно, чтобы мы, несмотря на наши моральные взгляды, имели в виду более широкие и, на мой взгляд, пагубные последствия подобного решения».

КАКИЕ ЗАКОНЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ В ЦЕЛЯХ УГОЛОВНОГО ПРЕСЛЕДОВАНИЯ ЗА ПЕРЕДАЧУ ИЛИ ПОДВЕРГАНИЕ РИСКУ ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ?

Некоторые страны разработали напрямую связанные с ВИЧ законодательства, которые однозначно запрещают передачу или подвергание другого лица риску заражения ВИЧ. Другие страны, в которых не существует специфического законодательства относительно ВИЧ, применяют существующее общее законодательство для вынесения наказания за передачу ВИЧ. Подобное законодательство может включать законы, касающиеся передачи инфекционных заболеваний, инфекций, передающихся половым путем, или наносящих вред здоровью; также законы, связанные с нанесением телесных повреждений, тяжких телесных повреждений, включая нападение и физическое насилие при отягчающих обстоятельствах, и/или законы, касающиеся убийства, убийства по неосторожности, отравления и смертельных случаев.

Джулиан Хоус, экс-член президиума GNP+, Великобритания, 2008 г.: «На самом деле преследуются не наши действия, а наш вирус».

Крис Малурис, директор программ GNP+, 2008 г.: «Я никогда не встречал позитивного человека, который бы желал передать свой вирус кому-либо. А я знаю многих ВИЧ-положительных!»

Последние тенденции подтверждают, что эти законы часто применяются в отношении ЛЖВ, несмотря на то, что они систематически не использовались в прошлом [9]. Подобная практика может нарушить принципы социальной справедливости (так как это подразумевает селективное использование закона) и препятствовать осуществлению мер по противодействию ВИЧ (т.к. это лишь усиливает маргинализацию наиболее уязвимых к ВИЧ групп).

Передача или подвергание риску приобретения ВИЧ может воздействовать на применение других законов, криминализирующих поведение, ассоциируемое с уязвимостью к ВИЧ (наркопотребление, секс-бизнес и однополый секс), например, при вынесении судебного решения. Множество законов, касающихся содомии, половой распущенности и непристойного поведения, являются наследием колониальной эпохи

[10] и/или были сформированы культуральными и религиозными убеждениями. Все это усугубляет стигму, в результате которой люди, наиболее уязвимые к ВИЧ, вынуждены прятаться из-за страха перед наказанием и насилием.

Уголовное преследование должно применяться в тех случаях, когда нанесение вреда было очевидно умышленным. Но даже в подобных случаях нет никакой необходимости в применении специфических к ВИЧ законов, а существующие законы должны быть использованы для наказания за содеянное, а не за вирус.

Западная Африка: как «модель» может стать типовым законом? Типовой закон Нджамена: ст. 36 определяет умышленную передачу ВИЧ как преступление, а ст. 1 определяет умышленную передачу более широко, как передачу ВИЧ другому человеку «посредством любых способов от человека, знающего о своем ВИЧ-статусе». Это исследование конкретного случая демонстрирует пример специфического к ВИЧ законодательства и показывает, как политические деятели продвигают законодательство, не учитывая возможных последствий и результатов потенциально селективного применения этих законов.

В течение последних лет Восточная и Центральная Африка испытала существенный рост количества стран, в которых были приняты уголовные законы, касающиеся исключительно передачи или подвергания риску заражения ВИЧ.

Законы изменяются в зависимости от страны; некоторые из них более суровые, чем другие. Например, в Бенине только подвергание риску заражения ВИЧ криминализуется (даже если передача не состоялась). В Танзании, доказательство умышленной передачи ВИЧ ведет к пожизненному заключению [11]. Большинство этих законов базируется на африканской модели законодательства, созданной в сентябре 2004 г. во время семинара, проведенного организацией «Действие для Западно-Африканского региона – ВИЧ/СПИД (Action for West Africa Region – HIV/AIDS, AWARE) в Нджамене, Чад. С 2005 года Бенин, Гвинея, Гвинея-Бисау, Мали, Нигер, Того и Сьерра-Леоне приняли соответствующие законы [12] и большее количество стран предполагает принятие аналогичных законов [13].

Несмотря на некоторые государственные стратегии, регламентирующие предварительное и апостериорное консультирование, законы также содержат положения, которые проблематичны или представляют опасность для общественного здоровья. Например, в Танзании «умышленная передача [14] посредством любых способов» является результатом некоторой неопределенности, когда дело доходит до применения закона. Потому что остается не ясным,

что благоразумный человек должен делать в целях предотвращения передачи ВИЧ. Даже люди, которые используют презервативы, и лица, раскрывающие свой ВИЧ-статус, могут подвергнуться уголовному преследованию за передачу вируса. В некоторых случаях область действия закона настолько широка, что уголовное преследование может применяться даже в случаях передачи ВИЧ от матери ребенку.

Кевин Осборн, главный советник по ВИЧ, 2008 г.: «ООН и другие организации были достаточно беспечны и позволили сформироваться западноафриканской модели закона прямо под нашим носом. Этот закон распространился как вирус. Мы пытались его остановить, но он продолжает распространяться».

Бери Хал, ICW, США, 2008 г.: «Я очень обеспокоен слабостью адвокативных усилий со стороны гражданского сектора в США. Вовлечение людей, живущих с ВИЧ, снижается в США, и это тоже является частью проблемы. Я не думаю, что большинство людей, живущих с ВИЧ, знают, какие законы существуют в разных штатах, или имеют хоть какое-либо представление, что финансирование USAID способствует распространению типовых законов в Африке».

Мнение эксперта. Эпидемия недействующих законов: формирование противодействия.

Ричард Пирсхаус, директор по исследованиям и политике, Канадская юридическая сеть по ВИЧ и СПИДу, 2008 г.: «Начиная с 2005 года, волна связанного с ВИЧ законодательства захлестнула Африку. Национальные законодатели, как правило, чувствуют острую необходимость «сделать что-нибудь» для противодействия эпидемии. Законодательное регулирование ВИЧ является очень чувствительным к разным аспектам, поэтому подобная деятельность слишком часто приводила к чрезмерно упрощенным законам, основанным скорее на предубеждении, чем на фактах. В настоящее время наблюдается явная тенденция к увеличению темпа появления законов, связанных с ВИЧ. Поэтому необходимо противостоять этим неадекватным и упрощенным попыткам, направленным на юридическую регламентацию ВИЧ.

В Западной и Центральной Африке побуждением к юридической регламентации ВИЧ стал «типовой закон» о ВИЧ, внедрение которого финансировалось USAID. Несмотря на детализированную структуру, основанную на принципах прав человека, призванных применять законотворческую деятельность в контексте правового регулирования развития пандемии на практике, лучшие подходы для реализации запланированного были проигнорированы [15]. «Недействующие» законы могут, к примеру, содержать ограничения на предоставление обра-

зования по тематике, связанной с ВИЧ, для некоторых групп или принуждение к обязательному раскрытию статуса партнера, либо содержать расширенные положения для криминализации передачи ВИЧ «посредством любых путей».

Некоторые законы, которые недавно были приняты в разных странах, отличаются чрезвычайно непоследовательными положениями. В качестве примера: в Гвинее тестирование на ВИЧ является обязательным перед бракосочетанием; в Сьерра-Леоне закон, связанный с ВИЧ, достаточно широко криминализует передачу ВИЧ от матери ребенку или плоду (другие национальные законы могут регламентировать это косвенно). Эти законы должны быть изменены. Не представляется возможным избежать долгого и сложного процесса по изменению подобного законодательства, предпринимая все возможное, чтобы направить действие этих законов на поддержку людей и организаций, работающих в сфере ВИЧ и прав человека в этих странах. В качестве экстренной меры необходимо разработать национальные стратегии, направленные на изменение существующих положений.

Зачастую сложнее повлиять на изменение существующего закона, чем на содержание еще формирующегося документа.

В настоящий момент в системе юрисдикции некоторых стран Африки на стадии разработки и рассмотрения находится несколько подобных документов (на стадии разработки правовых документов сейчас находятся Кот-д'Ивуар, Мозамбик, Малави и Гамбия). В тех странах, где законодательство еще находится на стадии формирования, политические деятели и организации гражданского общества должны предпринять все возможные действия и критически проанализировать эти законы. Люди и организации, работающие в странах, в которых формируется упоминаемое законодательство, должны активно вовлекаться в процесс подготовки законопроектов с целью внесения предложений по их изменению. ЮНЭЙДС подготовила «альтернативный язык», который может стать полезным адвокативным инструментом, применимым в особо проблематичных положениях «типового закона» относительно ВИЧ, о которых говорилось ранее [16].

Египет: служить и защищать, или дискриминировать и наказывать? Египет: ст. 9 (С) Закона № 10/1961 (по борьбе с проституцией и подстрекательством к ее организации) рассматривает «половую распущенность (fujur)» как преступление.

Данное исследование конкретного случая демонстрирует пример использования другого закона (в данном случае касающегося гомосексуальности), криминализующего ЛЖВ и способствующего большей маргинализации и стигматизации людей, уязвимых и затронутых ВИЧ. В данном случае не сама передача ВИЧ является уголовно преследуемой, а лишь наличие ВИЧ,

что является достаточным «доказательством» факта половой распущенности.

В 2007 году полиция Египта устроила облаву и арестовала людей, у которых они заподозрили наличие вируса в крови. В тот день 12 мужчин были преследованы в уголовном порядке, 9 из которых были признаны виновными с вынесением приговора за «половую распущенность». У некоторых из тех мужчин тест на ВИЧ был положительным. Существуют доказательства, что мужчины были подвергнуты тестированию без их согласия, по неподтвержденным данным в процессе дознания были избиты полицией и в последствии прикованы к своим больничным кроватям.

Органы власти используют ВИЧ-положительный статус мужчин как доказательство того, что они имеют половые контакты с другими мужчинами, а это является противозаконным поведением в Египте и инкриминируется им соответственно под определением «половая распущенность» [17]. Подобное событие было встречено широкой волной осуждения со стороны международного правозащитного сообщества, но требуется много усилий для того, чтобы отменить применение подобной политики [18]. Прямое ассоциирование мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, с ВИЧ-положительными еще более отягощает стигму как MSM, так и ВИЧ в целом.

Ребекка Шлейфер, советник по вопросам ВИЧ, Хьюман Райтс Вотч (Human Rights Watch), 2008 г. [19]: «Опасность, связанная с обращением за информацией по профилактике и лечению ВИЧ, влечет за собой не только нарушение основных прав людей, живущих с ВИЧ, но и угрожает общественному здоровью в целом».

Скотт Лонг, директор Human Rights Watch Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Rights Program, США, 2006 г. [20]: «У полиции Лакхнау есть позорная архивная запись о преследовании геев и неправительственных организаций, работающих с ними. У полиции есть полное на это право, так как правительство Индии прикладывает много усилий для криминализации гомосексуального поведения, что лишь отталкивает людей от тестирования на ВИЧ, получения информации и услуг».

Ананд Гровер, адвокат и директор, Lawyers Collective HIV/AIDS Unit in India, Индия, 2008 г.: «Криминализуя гомосексуалов за то, кем они являются, Статья 377 нарушает их право жить с достоинством».

Индия: являетесь ли вы преступником, если вы распространяете презервативы? Индия: ст. 308 и 420 Уголовного кодекса Индии позволяет вести уголовное преследование за подвержение риску приобретения ВИЧ без раскрытия статуса (и по-

тенциальную передачу ВИЧ по «неосторожности»), «пытаясь совершить умышленное убийство» и «склонение к передаче собственности обманным путем». Ст. 377 также позволяет вести уголовное преследование за «противоестественные правонарушения», которые, в частности, включают в себя «противоестественный половой акт». Данная статья используется для наказания и запугивания мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами.

Этот случай также демонстрирует как неспецифическое к ВИЧ законодательство (ст. 377, также известная как «Закон о содомии») и ассоциированная с ним криминализация одной из ключевых групп, уязвимых к ВИЧ, в сущности подрывает здоровье. Это также показывает нам, как гражданское общество может способствовать пересмотру или улучшению данного законодательства.

В Индии мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, на протяжении долгого периода были предметом особого внимания со стороны полиции и органов власти. Например, в 2001 году бы проведен полицейский рейд в местных офисах двух неправительственных организаций (НПО), работающих в области профилактики ВИЧ, одной из которых был Международный фонд «Naz» (NFI). Четыре сотрудника организации были отправлены в тюремное заключение более чем на месяц за содержание «подозрительного учреждения» для геев. Они были признаны виновными в соответствии с Законом о содомии Индии с вынесением приговора за нелегальную деятельность, подстрекательство, пособничество в преступлении и продажу непристойных изделий. Данный факт был осужден со стороны международного сообщества, а эта группа стала известна под названием «Четверка из Лакхнау».

Несмотря на существование достаточно подробного закона о передаче ВИЧ, по нему еще не было осуждено ни одного человека. Однако в практике было зарегистрировано достаточное количество случаев наказаний на основании «Закона о содомии», который препятствует попыткам по профилактике и напрямую подрывает общественное здоровье. Этот закон усиливает маргинализацию, стигматизацию и уязвимость одной из наиболее затронутых ВИЧ групп в стране, которая характеризуется одним из самых высоких уровней ВИЧ. Индийский трастовый фонд «Naz» внес на рассмотрение Высшего Суда Дели новые изменения в «Закон о содомии» в 2001 году, настаивая на том, чтобы закон больше не применялся к совершеннолетним гражданам, вступающим в отношения по обоюдному согласию. Ответ правительства на тот момент был следующим: «Основная цель этого закона заключается в создании здоровой атмосферы в обществе посредством криминализации неестественного сексуального поведения».

В 2006 году национальная организация по контролю за СПИДом (National AIDS Control Organization) под эгидой Министерства здравоохранения подготовила заявление, в котором было признано, что ст. 377 является сдерживающим фактором для профилактики ВИЧ и должна быть удалена из Кодекса. По словам юриста в сфере прав человека Индии Адитыя Бондуопадхуа, эта инициатива была недавно поддержана Министром здравоохранения Индии Амбумани Рамодасс, но встретила сильную оппозицию со стороны Министерства юстиции. Шивананда Кхан из NFI вспоминает его разговор с представителем правительства, который однажды сказал ему, что «пока Министерство здравоохранения поддерживает работу по профилактике ВИЧ, уходу и поддержке МСМ, у Министерства внутренних дел больше возможностей». По сути дела, Верховный Суд запросил и Министерство здравоохранения, и Министерство внутренних дел выступить с совместной позицией по данному вопросу в Суде.

Защищать или наказывать женщин? Данное исследование конкретного случая демонстрирует, каким образом законы, криминализирующие передачу или подвержение риску приобретения ВИЧ, даже если они направлены на защиту прав женщин и девочек, могут в действительности поставить их в положение еще большего риска уголовного преследования, а также усилить их уязвимость к ВИЧ, насилию и маргинализации.

Политические деятели, законодатели и группы, защищающие права женщин, зачастую прибегают к использованию специфического законодательства, как к инструменту для «защиты женщин», которые уязвимы к ВИЧ. Однако подобный подход может подвергнуть их еще большему риску уголовного преследования, так как сам закон не является специфичным к гендерным особенностям, а применение уголовного законодательства не подразумевает рассмотрение экономической, социальной, политической и личной маргинализации, которая усиливает насилие на гендерной основе и уязвимость женщин к ВИЧ.

Учитывая тот факт, что состоящие в сексуальных отношениях женщины чаще первыми узнают о своем ВИЧ-статусе, большинство законов возлагают ответственность за раскрытие статуса на женщину, подвергая ее риску насилия или/и изгнанию из дома, или/и обвинению за то, что она принесла ВИЧ в дом. Женщины могут подвергаться большему риску уголовного преследования в тех странах, которые криминализуют «информированную» передачу ВИЧ и передачу ВИЧ «по неосторожности». Женщины чаще проходят тестирование в рамках планового гинекологического обследования, при подготовке к родам либо беременности, а это значит, что они бывают информированы о своем статусе [21]. Женщина также может быть привлечена к

ответственности за передачу ВИЧ своему ребенку во время беременности или грудного вскармливания [22]. Эти социальные и биологические факторы могут стать результатом несоизмеренного уголовного преследования женщин за передачу или подвержение риску приобретения ВИЧ. Более того, при наличии очевидного властного дисбаланса в отношениях, женщины зачастую не могут обсуждать аспекты безопасных сексуальных отношений, что делает их еще более уязвимыми к уголовному преследованию на основании многих законов. Все эти факторы усиливают уязвимость женщин и девочек к ВИЧ и являются результатом таких сопутствующих явлений, как социальная изоляция, потеря внутреннего потенциала и насилие на гендерной основе.

Подобная уязвимость также усиливается законами, которые ограничивают женщину в равных правах на имущество и наследование, доступ к кредитам или оплачиваемым видам работ. Отсутствие прав на имущество в течение брачных отношений и при разводе означает, что женщина может быть принуждена состоять в отношениях, в которых присутствует жестокое отношение. Некоторые нормы обычного права допускают наличие наносящих вред традиционных практик, таких как ранний брак, полигамия (когда первые жены не могут возражать решениям мужа о дополнительных женах), наследование вдовы (когда родственник умершего мужа наследует его вдове, что влечет за собой сексуальные отношения), очищение вдовы (когда вдовы должны быть сексуально очищены после смерти их мужей) — все это оказывает очевидное влияние как на приобретение ВИЧ женщинами и девочками, так и на его дальнейшую передачу [23].

Несмотря на то, что мужчины и женщины могут быть одинаково подвержены уголовному преследованию, тем не менее женщины являются более подверженными подобному преследованию, т.к. они проходят тестирование раньше, чем их партнеры. Национальное законодательство продолжает игнорировать ключевые вопросы, связанные с нарушением прав человека, которые усиливают гендерное неравенство и уязвимость к ВИЧ.

Ричард Пирсхаус, директор по исследованиям и политике, Канадская юридическая сеть по ВИЧ и СПИДу, сентябрь 2008 г.: «Потребовалось много времени для осознания того, что женщины физиологически больше подвержены ВИЧ, чем мужчины, в особенности когда мы говорим о гетеросексуальной передаче. Еще большее количество времени заняло осознание того, что физиологические факторы были всего лишь одним из аспектов женской уязвимости к ВИЧ. Подавляющее большинство законов, касающихся ВИЧ в Африке, сохраняют роковое молчание в отношении ВИЧ среди женщин».

Тзили Мор, Университет Джорджтауна, центр по законодательству, и Азиза Ахмед, ICW, США, 2008 г.: «Криминализация усиливает стигматизацию женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом, посредством обвинения женщин за передачу ВИЧ, в особенности, при вертикальной передаче ВИЧ от матери ребенку. Это усугубляет стигматизацию женщин, которые могут быть как носительницами, так и распространителями эпидемии, оправдывая при этом насилие против ВИЧ-положительной женщины, ее изгнание из дома и отказ в правах на наследование имущества».

Канада: уголовное преследование за материнство? Канада: ст. 215 (2) (a) (ii) Уголовного Кодекса Канады указывает на то, что родитель, опекун или глава семьи, который по закону обязан предоставлять «все необходимое для жизни ребенка по достижении им 16-летнего возраста», и который не в состоянии это делать без законного на то оправдания, совершает правонарушение «если невозможность исполнения своих обязательств угрожает жизни человека, который зависит от исполнения упомянутых обязательств, или представляет опасность нанесения непоправимого ущерба для его здоровья» [24].

Данное исследование конкретного случая демонстрирует, как неспецифический к ВИЧ закон был использован для уголовного преследования матери, которая не смогла осуществить профилактику вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку. Это еще раз подчеркивает, как закон может оказать непредвиденное и незапланированное воздействие на женщину.

Женщина в Канаде была обвинена в преступной небрежности, которая повлекла за собой ущерб для здоровья, так как она не обратилась за услугами по профилактике вертикальной передачи ВИЧ. Этот случай необычен. Обычно подобные правонарушения инкриминируются в случаях невыполнения обязанностей в отношении ребенка. Эта женщина была также приговорена за преступную небрежность, которая стала результатом нанесения вреда здоровью с отягчающими обстоятельствами. Однако эти обвинения были сняты с нее [25].

У женщины есть двое детей, первый родился в 2003 году и у него нет ВИЧ. Когда она забеременела во второй раз в 2004 году, она поменяла своего врача и не сообщила новым докторам о своем ВИЧ-положительном статусе. Ее второй ребенок не получил обязательного медицинского обслуживания после рождения, и у него был выявлен ВИЧ в 2005 году. Несмотря на то, что женщина не кормила грудью своего первого ребенка (по совету ее доктора), она вскармливала грудью второго, что в свою очередь усилило вероятность передачи ВИЧ. Женщина была осуждена на 6 месяцев условно, за этим приговором

последовал трехгодичный период испытательного срока, что было отмечено в криминалистическом учете, который имеет серьезные последствия для будущего устройства на работу, путешествий и доступа к социальному пакету.

Этот случай также имеет последствия и для других стран (такие как Сьерра-Леоне), в которых закон может применяться в случае передачи ВИЧ от матери ребенку, а доступность услуг по профилактике вертикального пути передачи ВИЧ очень затруднена. Женщины могут избегать обращения в специализированные службы, если у них будет предположение, что они ВИЧ-положительны, так как родовые женские консультации зачастую настаивают на ВИЧ-тестировании, как обязательной составляющей ведения беременности. Подобное тестирование не предлагает возможности отказаться, а конфиденциальность подобного процесса маловероятна.

С другой стороны, знающие о своем ВИЧ-статусе женщины могут также быть ограничены в получении услуг по профилактике вертикальной передачи ВИЧ из-за страха перед стигмой и осуждением. Этот пример еще раз акцентирует существование неравенства в сфере доступности услуг по здравоохранению, лечению и поддержке. Во всем мире все еще существует большое количество сотрудников здравоохранения, которые не предоставляют услуги по профилактике вертикальной передачи ВИЧ, что ставит некоторых матерей в такую ситуацию, когда не совершить «противозаконные действия» просто невозможно.

До сих пор ощущается недостаток действий, направленных на противодействие насилию, неравенству и нарушениям прав человека, которые управляют эпидемией среди женщин/девочек и оказывают на них свое пагубное воздействие.

Одной из инициатив, направленных на решение данной проблемы, является составление законодательства, касающегося конкретных областей прав женщин, которое в настоящее время разрабатывается Канадской юридической сетью по ВИЧ/СПИДу. Проект вместили в себя международное законодательство по правам человека и наглядные примеры национального законодательства, как основы для подготовки юридического пакета, в котором сочетались бы уважение, защита и реализация прав женщин в контексте ВИЧ.

Эдвин Камерун, судья Верховного Суда, Южная Африка, 2008 г. [26]: «Я думаю, что за всеми этими недействующими законами стоит стигма. Эти законы кажутся очень привлекательными, но они не имеют ничего общего с профилактикой и лечением. Они наносят вред и тому, и другому, а также усиливают стигму. Подобные законы лишь подливают масло в огонь стигмы».

УСИЛИВАЕТ ЛИ КРИМИНАЛИЗАЦИЯ СТИГМУ, СОПРЯЖЕННУЮ С ВИЧ?

Использование уголовного законодательства по вопросам, связанным с ВИЧ, предают данной теме достаточную степень серьезности, что было бы невозможно, и если бы этими вопросами занимались другие юридические и гражданские организации. Криминализация передачи или подвержение риску заражения ВИЧ имеет очень длительный эффект, более продолжительный и более скрытый, чем просто срок тюремного заключения. Данный эффект включает отношение, восприятие, осознание и моральность, ассоциированные с ВИЧ и криминальностью. ВИЧ все еще остается высоко морализируемым вирусом, который ассоциируется с социальными табу и интимным поведением, такими, как секс и потребление наркотиков. Несмотря на то, что существует огромное количество различий в моральных аспектах, в контексте и знаниях о случаях передачи ВИЧ, закон не в состоянии сжато охватить всю сложность человеческих взаимоотношений.

Гизлейн Науоми, Марокканская ассоциация планирования семьи, 2008 г.: «Криминализация ВИЧ может воздействовать на людей, живущих с ВИЧ, которые уже страдают от различных видов стигматизации и дискриминации... Криминализирующий передачу ВИЧ закон может привести к полной социальной изоляции людей, живущих с ВИЧ».

Криминализация передачи и подвержение риску приобретения ВИЧ, усиленная отсутствием разграничения в законах, способствует смешанному восприятию данного аспекта в СМИ и среди представителей общественности относительно различных прав, потребностей, приоритетов и примеров жизненного опыта различных людей, живущих с ВИЧ. Это смешивает понятие «преступление» с ВИЧ-статусом, обобщая уголовные правонарушения и поведение всех людей, живущих с ВИЧ, акцентируя их состояние здоровья, а не возможные меры.

Например, криминализация может:

- воздействовать на взаимоотношения между сотрудниками системы здравоохранения и их пациентами. Общение, в ходе которого, возможно, были обсуждены пути передачи ВИЧ, частота и тип сексуальных контактов, тестирование и консультирование — все это может стать доказательством при инициации уголовного расследования;

- воздействовать на самооценку людей, живущих с ВИЧ. Люди, живущие с ВИЧ, выделяются в группы «потенциально криминальных лиц» только по причине наличия вируса в крови, а не по причине противоправных действий. Это чувство «внутренней стигмы» проникает

очень глубоко и воздействует на пользование услугами по лечению, уходу и поддержке;

- воздействовать на общее восприятие людей, живущих с ВИЧ. Попытки нормализовать ВИЧ подвергаются серьезной опасности, так как ВИЧ и нелегальность стали синонимами. Это усиливает предубеждение и стигму, которые ведут к передаче ВИЧ и оказывают негативное влияние на эффективность профилактики ВИЧ;

- разрушать жизни тех, кто напрямую вовлечен в полицейские расследования. Вторжение в частную жизнь может нести такие же тяжелые последствия для чьей-либо жизни, как и наказание всех вовлеченных лиц.

Определение. **Стигма** — это процесс построения и репродуцирования несправедливого доминирующего отношения, в рамках которого отрицательное отношение группы людей, базирующееся на специфических качествах, таких как ВИЧ-статус, гендер, сексуальность или тип поведения представителей другой группы людей, является определяющим для установления или узаконивания доминирования одной группы над другой в обществе. Стигма, ассоциируемая с ВИЧ, зачастую базируется на ассоциации ВИЧ с теми формами поведения, которые уже подвергнуты маргинализации и стигматизации, например, секс-бизнес, наркопотребление, сексуальные отношения между лицами одного пола и трансгендерными лицами. Стигма на основании ВИЧ-статуса воздействует на людей, живущих с ВИЧ, и через ассоциирование влияет на их партнеров, детей, домочадцев и других представителей их сообщества.

Внутренняя стигма — относится к тому, как ВИЧ-положительный человек ощущает себя, особенно, это касается того, испытывает ли он чувство стыда от того, что он ВИЧ-положительный. Внутренняя стигма может приводить к снижению самооценки, депрессии, а также стать результатом исключения человека, живущего с ВИЧ, из социальных и интимных взаимоотношений.

Дискриминация — это выражение стигмы. Дискриминация состоит из действия (или бездействия), направленного напрямую на стигматизируемого человека. Дискриминация осуществляется на многих уровнях, например, внутри семьи или в сообществе, в институциональном или образовательном учреждении, и/или в национальном законодательстве или политике.

В ПОИСКЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ: ГЛОБАЛЬНОЕ СКАНИРОВАНИЕ ПО КРИМИНАЛИЗАЦИИ

GNP+ приступает к осуществлению Глобального сканирования по криминализации — это новая всемирная программа, нацеленная на выявление и фиксирование документов, крими-

нализирующих передачу ВИЧ, также как и случаи, в которых люди были привлечены к ответственности за передачу ВИЧ.

Усилиями Terrence Higgins Trust методология была опробована в Европе и сейчас распространяется в глобальном масштабе. Глобальное сканирование по криминализации предполагает сотрудничество с региональными и национальными сетями, проведение тренингов для людей, живущих с ВИЧ, на всех уровнях в целях обучения методологии проведения исследований и способам использования полученной информации для совершенствования на программном уровне и при осуществлении адвокативной деятельности. Отчеты, собранные на уровне страны, региона и глобально, будут основываться на полученных доказательствах, которые позволят сетям людей, живущих с ВИЧ, организовывать адвокативные мероприятия с юристами, правозащитниками, парламентариями, правительственными представителями и другими заинтересованными лицами для обеспечения защиты людей, живущих с ВИЧ.

В рамках программы Глобального сканирования по криминализации планируется постоянное обновление информации и поддержка адвокативных кампаний против криминализации передачи ВИЧ, основанных на фактической информации.

ИЗМЕРЯЯ ВОЗДЕЙСТВИЕ: ИНДЕКС СТИГМАТИЗАЦИИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ

Большую часть того, что мы знаем о стигме на основании ВИЧ и сопряженной с ней дискриминации, составляет фрагментированная информация, построенная на отдельных описаниях. Проведенные исследования среди сообществ и сотрудников здравоохранения выявили достаточно высокий уровень знаний о влиянии стигмы, например, что стигма может снижать доступность услуг по профилактике ВИЧ, лечению и поддержке. Без согласованных действий достижение Целей универсального доступа будет совершенно невозможной задачей. Индекс стигматизации людей, живущих с ВИЧ, представляет собой инструмент, способный измерить и четко определить изменяющиеся тенденции в отношении стигмы и предубеждений, испытываемых людьми, живущими с ВИЧ.

Эдвин Бернارد, НАМ, Великобритания, 2008 г.: «Мы знаем, что основными барьерами к тестированию являются страх, стигма и отвержение. Законы, которые криминализуют передачу или подвергают риску приобретения ВИЧ, вместе с освещением в СМИ арестов, расследований и наказаний, утонченно или дерзко, работают на усугубление всех этих трех факторов».

Принси Мангалика, Lanka+, Шри-Ланка, 2008 г.: «Индекс предоставляет лучшую возможность для людей, живущих с ВИЧ, рассказать о своих секретах, поэтому нам необходимо развить навыки, благодаря которым мы сможем спросить их об этом».

Данные, которые будут получены в рамках индекса стигматизации людей, живущих с ВИЧ, позволят укрепить аргументацию, основанную на опыте и свидетельствах людей, живущих с ВИЧ, необходимую для внесения изменений в политику, связанную с криминализацией.

Индекс стигматизации людей, живущих с ВИЧ, внесет свой вклад в улучшение политики, посредством:

- предоставления фактических данных для адвокации продвижения альтернатив криминализации, среди которых расширение и улучшение существующих программ по профилактике, лечению и поддержке, а также продвижение профилактики среди людей, живущих с ВИЧ, посредством более широкого включения услуг по профилактике в национальные стратегии здравоохранения;

- продвижения во всех агентствах, вовлеченных в процессы уголовного преследования на основании ВИЧ, идеи о пересмотре и изменении их подходов к криминализации, оказывающих негативное воздействие на общественное здоровье. Работа будет проведена с теми агентствами, которые работают с мигрантами, в сфере прав человека, образования, здравоохранения, юрисдикции и с органами, управляющими национальными и местными полицейскими службами;

- продвижения информированных общественных дебатов и воздействия на общественное мнение с целью снижения уровня стигмы на основании ВИЧ, включая и другие факторы (среди которых расизм, иммиграция, гомофобия, женоненавистничество, ксенофобия и стигма, связанная с наркопотреблением).

СПОСОБСТВУЕТ ЛИ УГОЛОВНОЕ ПРЕСЛЕДОВАНИЕ НА ОСНОВАНИИ ВИЧ-СТАТУСА УКРЕПЛЕНИЮ ИНТЕРВЕНЦИЙ В СФЕРЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ИЛИ ОКАЗЫВАЕТ НА НИХ ПАГУБНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ?

Уголовное законодательство является неэффективным и, в сущности, непродуктивным при продвижении ВИЧ-инициатив в сфере общественного здоровья. Усугубляя стигму на основании ВИЧ и способствуя уязвимости, благодаря которой она существует, криминализация может:

- Служить причиной нежелания тестироваться на ВИЧ. Преимущество знания своего статуса может сравниться с риском любого потенциального преследования и наказания в будущем. Люди, которые особенно уязвимы к ВИЧ, уже сталкиваются с определенными препятствиями при обращении в службы по добровольному консультированию и тестированию.

- Являться сдерживающим фактором для раскрытия статуса. Если человек боится, что он может передать вирус своему сексуальному партнеру (если, например, нарушится целостность презерватива), он может относиться с большей осмотрительностью к раскрытию своего статуса (если он еще этого не делал), так как его могут обвинить в преступлении.

- Создавать барьеры к доступности услуг. Людям, осознанно живущим с ВИЧ, требуется полноценный и комплексный пакет услуг, предоставляемых в клиниках и медицинских учреждениях. Стигма, сопряженная с ВИЧ, обостренная криминализацией передачи или подверганием риску приобретения ВИЧ, создает барьеры для регулярных медицинских проверок и психосоциальной поддержки. Это может также привести к обострению недоверия между сотрудниками здравоохранения и их пациентами.

- Создавать культуру, в которой властвует порицание, а не соучастие. Доступ к современной и достоверной информации является ответственностью и правом каждого человека. Каждый ответственен за снижение риска передачи ВИЧ, поэтому нельзя возлагать все бремя ответственности на людей, которые уже знают о своем ВИЧ-положительном статусе. Более безопасные и ответственные сексуальные отношения возлагают ответственность на обоих партнеров.

- Подорвать эффективность превентивных стратегий. Фокусируясь на незначительной группе людей, которые знают о своем ВИЧ-статусе, криминализация может оказывать лишь ограниченное воздействие. Возрастающий доступ к АРТ, который сейчас стал реальностью, и использование многими людьми эффективной терапии (см. заключения Швейцарского заявления) — все это оказывает влияние на степень «инфективности». В некоторых странах (Сингапур и Швейцария), где подвергание кого-либо риску передачи является преступлением (с использованием или без использования презерватива, открывая свой статус или сохраняя его в тайне), некоторые люди могут не уделять должного внимания мерам предосторожности.

- Создавать плодородную почву для неверных суждений. Если наказание становится обычной практикой и закон указывает на то, что раскрытие статуса является обязательным для

того чтобы избежать уголовной ответственности, люди могут начать предполагать, что если они сохранят свой статус в тайне, это делает их автоматически ВИЧ-отрицательными, что, в свою очередь, лишь усиливает передачу ВИЧ, а не предотвращает ее.

- Усиливать уязвимость и риск инфицирования ВИЧ для ключевых групп населения. Женщины, молодежь, работники секс-бизнеса, мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, заключенные и наркопотребители могут быть подвергнуты еще более активной маргинализации в результате снижения их возможности и стимула получать услуги и поддержку.

- Подорвать устои прав человека. Дискриминация людей, живущих с ВИЧ, и ассоциированная стигма, нарушают права людей, живущих с ВИЧ. В сущности, эта та область, в которой могут реально работать юридические инструменты, но система законодательства, криминализующая передачу ВИЧ, вызывает парадоксальные последствия на практике. Закон подрывает основы справедливости и равенства, а не стремится к их поддержанию и укреплению.

Майкл Кеннеди, исполнительный директор Victorian AIDS Council, Австралия, 2008 г.: «Презервативы, лубриканты и стерильный инъекционный инструментальный более эффективны в целях профилактики передачи ВИЧ по сравнению с уголовным законодательством, в результате чего именно вы (а не государство) отвечаете за свою безопасность, безопасность вашего сексуального или потребляющего наркотики партнера».

Распространяя новости: освещение уголовного преследования в СМИ еще больше стигматизирует ВИЧ. «Заключен в тюрьму сроком на 10 лет, человек — ВИЧ-эпидемия» [27], «Террорист-спидоносец помещен в заключение» [28], «Сексуальный насильник, который инфицировал женщину ВИЧ, начинает свою десятилетнюю отсидку» [29].

Данное рассмотрение конкретного случая демонстрирует, как слияние аспектов ВИЧ и криминализации, а также их освещение в СМИ могут усугублять стигму и влиять на общественное восприятие.

Преступления помогают поднимать тираж, в особенности когда они касаются социальных табу. В странах, где передача или подвергание риску приобретения ВИЧ преследуется по закону, СМИ фокусируются на уголовных расследованиях и вынесенных приговорах, а не на альтернативных аспектах, способствующих освещению проблематики ВИЧ (доступ к услугам по лечению, уходу и поддержке, и/или каждодневный жизненный опыт людей, живущих с ВИЧ). Освещение преступлений в СМИ всегда очень деликатно и щепетильно. Это может культиви-

ровать страх, стигму и стыд, связанный с ВИЧ, что, в свою очередь, распространяется на личное, социальное, юридическое и общественное здоровье в контексте ВИЧ. Например, в исследовании, проведенном в Нигерии, «Журналисты против СПИДа» выяснили, что сотрудники здравоохранения Нигерии 70% своих знаний о СПИДе получили из нигерийских СМИ [30].

В некоторых странах освещение определенных тем в СМИ может объединять уголовное преследование в отношении ВИЧ с другими преступлениями, имеющими эмоциональную окраску, например, изнасилование, секс до достижения совершеннолетия или половая распущенность. Подобное в значительной степени осложняет проведение обоснованной и информативной общественной дискуссии о законодательстве в отношении ВИЧ. Например, Акт о сексуальных преступлениях Кении (2006), в котором присутствует очевидная криминализация передачи ВИЧ (ст. 26) наряду с другими законами, касающимися изнасилования и других преступлений на сексуальной почве, был издан в СМИ вместе со статьями, освещающими случаи насилия и соращения малолетних. Одна из статей была о 12-летней девочке Лауре, которая по неподтвержденной информации подвергалась сексуальному насилию со стороны своего соседа с 6 лет и стала ВИЧ-положительной в конечном итоге. Это вызвало волну писем в редакцию, содержащих аналогичные истории [31]. Освещение в СМИ законодательства постоянно подогревалось озлобленным общественным настроением, направленным на виновников этих преступлений. Один из читателей газеты настаивал на вынесении смертного приговора, вместо предписанной химической кастрации «...особенно вследствие того, что дело касалось СПИДа» [32]. Несмотря на освещение акта насилия над детьми, данный пример был сфокусирован на ВИЧ-статусе и обобщал поведение осуждаемого с поведением всех людей, живущих с ВИЧ.

Требуется четкий и критический анализ для того, чтобы понять взаимосвязь между расой, уголовным наказанием и ВИЧ, а также с целью выяснить, как эти вопросы освещаются в СМИ. Например, Нушон Вильямс (21-летний афроамериканец из Бруклина, Нью-Йорк) был приговорен к 12 годам тюремного заключения за признание себя виновным в сексуальных отношениях с двумя женщинами и подвергание их риску приобретения ВИЧ по неосторожности [33]. Первоначально он был обвинен за попытку физического насилия, половое извращение и угрозу благополучию ребенка. Но детали его дела подняли волну в СМИ, так как во время расследования выяснилось, что у него было около 50 сексуальных партнеров, 13 из которых в итоге узнали о своем ВИЧ-положительном статусе. В 1997 году органы общественного контроля в Чаутаука Каунти, Нью-Йорк, получили исключительный доступ к конфиденциальным дан-

ными этого расследования, и напечатали имя осужденного и его фотографию в СМИ, указав, что это «угроза общественному здоровью» [34]. Некоторые из газетных статей, которые последовали за этим, печатались под названием «Мужчина – эпидемия СПИДа», а Вильямс был упомянут там как «спидоносец», «монстр», «подлец», «презренное чудовище», «исчадие ада» [35]. В то время в прессе прошла волна преувеличений, недопонимания и искажения фактов, которая возможно подогрела ту всепроникающую атмосферу потенциальной угрозы, подрывающей всеобщность и справедливость применения уголовной практики, и, вероятно, с новой силой укоренила расистские стереотипы о гиперсексуальности афроамериканцев [36].

В качестве другого примера могут служить африканские мигранты в Великобритании, которые сейчас составляют наиболее уязвимую к ВИЧ-инфекции группу, основываясь на значительном количестве новых случаев диагностирования ВИЧ в последние годы. ВИЧ-положительный статус усиливает частоту столкновения со стигмой и маргинализацией, выраженной в ограниченных возможностях трудоустройства и/или отсутствии видимого участия в процессе принятия решения. Эти практические реалии усложняются текущими и историческими культурными конструктами, такими как расизм, ксенофобия, стереотипы о гиперсексуальности африканцев, что и отражается в освещаемых в СМИ материалах с сенсационными заголовками. Стигматизация африканских мигрантов, подогретая в СМИ, может усиливать чувство изоляции, что в конечном итоге сдерживает людей от использования услуг здравоохранения. Подобное также укрепляет существование порочного цикла, состоящего из снижающейся доступности услуг, очевидно приводящей к усилению уязвимости [37].

Требуется дополнительные исследования, чтобы проанализировать освещение уголовных расследований и преследований на основании ВИЧ-статуса, а также с целью понять то воздействие, которое оно оказывает на людей, живущих с ВИЧ, политиков, законодателей и общественное восприятие. Журналистов необходимо поощрять и поддерживать, чтобы они следовали руководящим принципам уважения прав на частную жизнь, а также публиковали достоверные и нестигматизирующие материалы, касающиеся аспектов ВИЧ и уязвимости (такие как, миграция, секс-бизнес, наркопотребление).

Бен Голдакр, журналист, Великобритания, сентябрь 2008 г. [38]: «Люди делают выводы относительно своего здоровья на основании того, что они прочитали в газетах... Нет никакого сомнения, что ужасающее состояние здоровья о котором сообщается в СМИ, является сейчас серьезнейшей проблемой общественного здравоохранения».

(Окончание следует)

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. <http://www.living2008.org/>.
2. UNAIDS Criminalization of HIV transmission, http://www.unaids.org/en/PolicyAndPractice/HumanRights/humanrights_criminalization.asp (Accessed October 2008).
3. Burris S., Beletsky L., Bureson J., Case P., Lazzarini Z. (2007) Do Criminal Laws Influence HIV Risk Behavior? An Empirical Trial, 1st Annual Conference on Empirical Legal Studies Paper, http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=913323 (Accessed 2008).
4. Research on the public health impact is very limited. See for example Sigma Research (2005) Grievous Harm: the use of the Offences Against the Persons Act 1861 for sexual transmission of HIV, <http://www.sigmaresearch.org.uk/downloads/report05b.pdf>. See also Lazzarini, Z., Bray S. and Burris S. (2002), Evaluating the Impact of Criminal Laws on HIV Risk Behaviours: A state of the art assessment of law and policy, *Journal of Law, Medicine and Ethics*, Vol. 30, p. 224–238: ‘with criminal law as a means of preventing HIV, we can say that the trial is not over, but the case looks weak’.
5. http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/Resources/FeatureStories/archive/2007/20071106_criminalization_HIV_transmission.asp.
6. UNAIDS (2002) Policy Options Paper.
7. Open Society Institute (2008) Ten reasons why criminalization of HIV exposure of transmission is bad public policy. <http://www.soros.org/health/10reasons>.
8. Sigma Research (2005) Grievous Harm: the use of the Offences Against the Persons Act 1861 for sexual transmission of HIV, <http://www.sigmaresearch.org.uk/downloads/report05b.pdf>.
9. International Lesbian and Gay Association http://www.ilga.org/statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2008.pdf (accessed 24/08/08).
10. International Lesbian and Gay Association State-sponsored Homophobia: A World Survey of Laws Prohibiting Same Sex Activity Between Consenting Adults, Daniel Ottoson http://www.ilga.org/statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2008.pdf (accessed 24.08.08).
11. Criminalization of HIV transmission: Where, what and why? Human Right and HIV/AIDS Now more than Ever (2008) <http://www.aids2008.org/Pag/ppt/WESY0902.ppt#256,1>, Criminalization of HIV transmission: Where, what and why?
12. HIV/AIDS Policy and Law Review, Canadian HIV/AIDS Legal Network, Volume 12, No. 2/3, (2007) Legislation contagion: the spread of problematic new HIV laws in Western Africa; See also <http://criminalhivtransmission.blogspot.com/search/label/Africa> (Accessed 2008) Mexico AIDS Conference Selective global responses to HIV ‘crimes’ (2008) http://edwinjbernard.com/_Media/mexico_aids-conference_2008-2.pdf.
13. Including Angola, the Democratic Republic of Congo, Malawi, Madagascar, Tanzania and Uganda.
14. By a person with full knowledge of his/her HIV/AIDS status to another person including via sex, needle-sharing, and mother-to-child transmission.
15. It includes the UNAIDS/OHCHR International Guidelines on HIV and Human Rights, as well as the UNAIDS/UNDP/IPU Handbook for Parliamentarians: Taking Action against HIV.
16. UNAIDS (2004) Recommendations for alternative language to some problematic articles in the N’Djamena legislation on HIV. http://data.unaids.org/pub/Manual/2008/20080912_alternativelanguage_ndajema_legislation_en.pdf.
17. *Pink News* (2005) Egypt accused of «indifference to justice and public health» as HIV convictions upheld <http://www.pinknews.co.uk/news/articles/2005-7770.html> Criminal HIV Transmission Blog – <http://criminalhivtransmission.blogspot.com/search/label/Egypt>.
18. Human Rights Watch (2008) Egypt: Stop Criminalizing HIV, <http://hrw.org/english/docs/2008/02/05/egypt17972.htm>.
19. BBC News Online (2008) Egypt police widen HIV arrests http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/middle_east/7247228.stm (accessed 28/08/08).
20. Human Rights Watch (2006) India: Repeal Colonial-Era Sodomy Law <http://hrw.org/english/docs/2006/01/11/india12398.htm>.
21. ICWLHA (2008) Letter to High Commissioner of Human Rights in Sierra Leone regarding HIV and AIDS Prevention and Control Act of 2007.
22. Open Society Institute (2008) Ten reasons why criminalization of HIV exposure of transmission is bad public policy. <http://www.soros.org/health/10reasons>.
23. The information is based on legal research, test case litigation, and fact finding investigations conducted by the International Women’s Human Rights Clinic (IWHRC) at Georgetown University Law Center in Washington, DC, USA, with partner groups in eight African countries – western (Ghana, Nigeria), eastern (Kenya, Tanzania, Uganda), and southern (Namibia, South Africa, Swaziland).
24. Criminal Code of Canada http://laws.justice.gc.ca/en/showdoc/cs/C-46/bo-ga:l_VIII/en#anchorbo-ga:l_VIII (accessed 17/09/2008).
25. *Globe and Mail* (2006) Mother convicted of hiding HIV status for son’s birth, <http://www.theglobeandmail.com/servlet/story/RTGAM.20060807.waids-born07/BNStory/National/home>.
26. International AIDS Conference Edwin Cameron plenary speech (2008) http://www.aidsportal.org/repos/080808_ias_plenary_transcript.pdf.
27. *Daily Mail*, UK, 15 May 2004.
28. *The Sun*, UK, 15 May 2004.
29. *The Independent*, UK, 15 May 2004.
30. Rolake Odetoynbo, personal communication.
31. *The Daily Nation*, Kenya, 3 June 2005. Lucy Oriang’, Commentary, ‘Weep for little Laura – and think’.
32. *The Daily Nation*, Kenya, 10 April 2006 Letters, ‘Why are men behaving so badly?’
33. Panos London and the African HIV Policy Network (2007) Start the Press <http://www.panos.org.uk/?lid=21356>.
34. *New York Times*, USA, 20 August 1998, ‘Man Faces Felony Charge Of Exposing Girl to HIV’.
35. Shevory, T.C. (2004). Notorious HIV: The Media Spectacle of Nushawn Williams. University of Minesota Press.
36. Heart of Darkness: AIDS, Africa, and Race, Philip Alcibes, *The Virginia Quarterly Review*, Winter 2006.
37. Shevroy (2004). See also Lemelle, A.J. (2003) Linking the Structure of African American Criminalisation to the Spread of HIV/AIDS, *J. Contemporary Criminal Justice*, Vol 19, No. 3, p. 270–292.
38. *The Guardian*, UK, 30 August 2008, The MMR hoax.

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

24,5 млн долларов получит Беларусь за три года на лечение туберкулеза и ВИЧ

На лечение мультирезистентного туберкулеза и ВИЧ на 2010–2013 годы Беларусь получит два гранта Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Общий объем грантов 24,5 млн. долларов. Церемония подписания соглашений о выделении Беларуси новых грантов, предоставляемых Глобальным фондом, состоялась в Минске, сообщает БЕЛТА.

ami-tass.ru



Руководство Aidspan* к приему заявок на финансирование 10-го раунда Глобального фонда**

Дэвид Гармейз, Мэтью Гринхол

Часть 1. КАК ПОЛУЧИТЬ ПРЕИМУЩЕСТВО НА СТАРТЕ

Глава 1. Введение и история вопроса

В этой главе описывается цель «Руководства Aidspan к 10 раунду приема Глобальным фондом заявок на финансирование». В главу также включена информация по содержанию руководства, описаны факторы, которые влияют на решение подавать заявку, содержится заметка по употребляемой терминологии, а также объяснение важности получения преимущества на старте при подготовке заявок в рамках 10-го раунда.

Цель данного руководства. Цель данного Руководства состоит в оказании помощи как тем, кто нуждается в информации, объем которой *меньше* объема разработанных Глобальным фондом рекомендаций по подаче заявки (например, лицам, которые просто хотят убедиться в целесообразности подачи заявки как таковой), так и тем, кто нуждается в *большем* объеме информации.

Помимо этого, в руководстве обсуждаются факторы, которые являются предметом некоторых вопросов, задаваемых по «форме заявки в рамках 10-го раунда» (далее называемой «форма заявки»).

* Aidspan – неправительственная организация, изначально располагавшаяся в Нью-Йорке, США, но с середины 2007 года находящаяся в Найроби, Кения. Ее миссия состоит в усилении результативности работы Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией. Aidspan реализует свою миссию, выполняя роль независимого контролера деятельности Фонда и организаций, реализующих его гранты посредством предоставления информации и консультационных услуг, стимулируя обсуждение жизненно важных вопросов и создавая атмосферу прозрачности, отчетности, эффективности и воздействия.

** Aidspan разрешает воспроизводить, печатать или цитировать данное руководство полностью или частично при условии упоминания следующей информации: «Воспроизведено по «Руководству Aidspan к 10 раунду. Заявка на участие в Глобальном фонде. Руководство Aidspan к 10 раунду приема Глобальным фондом заявок на финансирование», доступному по ссылке www.aidspan.org/guide.

Список сокращений: ТО – территориальное объединение; СКК – страновой координационный комитет; ОГО – организация гражданского общества; ЛПНН – лечение под непосредственным наблюдением; ЧЗВ – часто задаваемые вопросы; РО – религиозные организации; GDF – глобальная система обеспечения противотуберкулезными лекарственными средствами; GFO – Global Fund Observer (новостной бюллетень Aidspan); ПУЗ – программа усиления здравоохранения; ИОК – информация, образование и коммуникация; МАФ – местный агент фонда; МиО – мониторинг и оценка; НПО – неправительственная организация; Не-СКК – структура, не являющаяся страновым координационным комитетом; RERFAR – план чрезвычайных действий по сокращению ВИЧ/СПИДа администрации президента США; ЛЖВС – люди, живущие с ВИЧ/СПИДом; ОР – основной реципиент; УЗП – управление закупками и поставками; РКК – региональный координационный комитет; ОРУ – организация регионального уровня; ОПУ – область предоставления услуг; СР – субреципиент; Суб-СКК – субнациональный страновой координационный комитет; СП – секторный подход; ТБ – туберкулез; ГТО – группа технической оценки; ЮНЭЙДС Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу; ЮНИСЕФ – Детский фонд ООН; ДКТ – добровольное тестирование и консультирование; ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения.

Данное руководство не имеет целью информировать читателей о том, какую информацию они должны вносить в свои заявки, подаваемые в Глобальный фонд. Ее цель состоит, скорее, в снятии пелены таинственности с процесса подачи заявки и разъяснения того, что, собственно, ожидается от лица, подающего заявку. Составители руководства исходят из предположения, что какого-либо единственного «верного» способа заполнения формы заявки не существует. От соискателей требуется четко описать свои планы по решению вопросов, связанных с предупреждением и борьбой с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом (ТБ) или малярией, а также привести убедительные доказательства действенности предлагаемого ими плана, способности достичь ожидаемых результатов, а также того, что они: а) готовы и б) способны воплотить данные планы в жизнь.

Необходимо оговориться, что данное руководство очень объемное. Мы предлагаем его пользователям сосредоточиться на изучении тех его частей, которые их интересуют в первую очередь или же использовать руководство в качестве справочника, а не пытаться освоить его в один присест.

Еще раз хотим напомнить: руководство Aidsplan по процедуре подачи заявки состоит из двух частей. Часть 1: «Как получить преимущество на старте» (документ, который вы в данный момент читаете) — содержит информацию, которую соискатель может использовать до того, как Глобальный фонд объявит конкурс проектных заявок по 10 раунду. Определенная часть информации в части 1 несет общий характер и относится к любому раунду финансирования. Часть 2: «Процесс подачи заявок и форма заявки» — содержит указания по процедурам, которые относятся только к 10-му раунду процесса подачи заявок и оформления формы заявки.

Терминология, используемая в данном руководстве. В рамках этого руководства термин «заявка» используется для описания заявки, поданной Глобальному фонду, а термин «программа» — для описания действий, которые необходимо осуществить в случае, если заявка принята и решение о финансировании одобрено. Под термином «внутристрановая проектная заявка» (сокращенно «проектная заявка») понимаются мини-заявки, которые заинтересованные соискатели внутри той или иной страны могут подавать для их включения в заявку СКК.

Термин «НПО» относится к неправительственным, т.е. неприбыльным организациям, действующим вне сферы действия правительственных органов. Разновидностью НПО являются территориальные объединения (ТО). В рамках данного руководства под НПО обычно подразумеваются также и ТО.

Согласно классификации Глобального фонда, все заявки делятся на пять категорий в зависимости от того, кто их подает:

- заявки страновых координационных комитетов (СКК);
- заявки субнациональных страновых координационных комитетов (Суб-СКК);
- заявки региональных координационных комитетов (РКК);
- заявки организаций регионального уровня (ОРУ);
- заявки структур, не являющихся страновым координационным комитетом (Не-СКК).

В некоторых случаях Глобальный фонд, используя термин «СКК», имеет в виду не только СКК, но также Суб-СКК и РКК. Это может сбивать пользователей с толку, но в определенном контексте смысл, как правило, является достаточно определенным. Для определения СКК, Суб-СКК и РКК Глобальный фонд также использует термин «координационные комитеты». В этом смысле данный термин используется и в нашем руководстве.

Для ссылки на заявки, подаваемые внутристрановыми организациями, не являющимися СКК и Суб-СКК, Глобальный фонд использует термин «Не-СКК». В этом смысле данный термин используется и в нашем руководстве.

Следует также отметить, что Глобальный фонд часто использует термины «СКК» и «национальный СКК» попеременно — для обозначения одного и того же понятия. В рамках данного руководства мы, как правило, используем только «СКК» за исключением тех случаев, когда нам приходится цитировать или перефразировать данные из других источников.

Содержание данного руководства. В оставшейся части этой главы речь идет о факторах, которые соискатели должны учитывать в процессе принятия решения относительно участия в процессе подачи заявки на получение гранта по 10-му раунду, а также дается объяснение того, почему так важно начинать работу по составлению заявок по 10-му раунду до того, как Глобальный фонд объявит конкурс проектных заявок.

Глава 2 «Общая информация» описывает инициативы, которые Глобальный фонд готов поддержать, ограничения, которые распространяются на размер грантов, а также критерии, предъявляемые к организациям, имеющим право на подачу заявки. В данной главе также содержится информация об организации процесса подачи заявок, о критериях, используемых при рассмотрении заявок, а также о том, где соискатели, подающие заявку, могут получить консультации относительно технического содержания своих заявок. Глава также разъясняет факторы, которые необходимо учитывать при принятии решения относительно того, подавать заявку от лица не-СКК, региональной организации или Суб-СКК. Помимо этого, глава поясняет значение, которое имеет для 10-го раунда новая структура финансирования, утвержденная Глобальным фондом, описывает возможные изменения в форме заявки для 10-го раунда и

содержит список документов, с которыми Глобальный фонд рекомендует соискателям ознакомиться до того, как отправлять свою заявку.

В Главе 3 «Процесс разработки заявки» даются указания по разработке и реализации процесса составления заявки по 10-му раунду. В ней также изложен ряд вопросов, которые СКК должны учитывать при выработке решения о способах составления своих заявок. Помимо этого, в главе содержатся некоторые конкретные рекомендации по реализации процесса соискания и рассматриваются составные элементы заявки, включаемые в общую заявку – сфера, в которой Глобальный фонд установил ряд требований, но не дал достаточно объяснений по тому, как их выполнять.

Примечание. За исключением отдельно оговоренных случаев, предполагается, что пользователем данного руководства является представитель СКК, рассматривающий возможность подачи заявки Глобальному фонду в течение действия 10-го раунда.

Принятие решения о подаче заявки. Решение о том, подавать или нет заявку на получение гранта от Глобального фонда в течение 10-го раунда, должно базироваться на основе одного или нескольких предположений, изложенных ниже:

- Если вы уже подали заявку в предыдущем раунде финансирования и она не была утверждена, для вас это может быть благоприятным моментом для ее повторной подачи и устранения слабых мест, определенных ГТО.

- В том случае, если вы определили недостатки в выполняемых вами в настоящее время программах по борьбе с ВИЧ/СПИДом, ТБ или малярией, вы можете подать заявку, финансирование по которой будет направлено на устранение данных недостатков.

- В том случае, если вы уже участвуете в программе, финансируемой из средств Глобального фонда, срок которой подходит к концу, вы можете разработать новую заявку, направленную на продолжение данной программы. В некоторых случаях речь может идти о более широком внедрении опыта «пилотных» проектов.

Вам также необходимо определить, насколько полно ваши СКК, Суб-СКК или РКК выполняют установленные Глобальным фондом обязательные требования. Более детальную информацию по этому и другим вопросам вы сможете найти в подразделе «Организации, имеющие право подачи заявок на финансирование Глобальным фондом» главы 2.

Помимо этого, вам необходимо будет определить, соответствует ли тип планируемой вами программы параметрам, установленным Глобальным фондом. Охват деятельности по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, которую финансирует Глобальный фонд, довольно широк. Для получения более детальной информации по данному вопросу смотрите подраздел

«Инициативы, поддерживаемые Глобальным фондом» в главе 2.

Вам также необходимо решить, будете ли вы готовы своевременно подать достаточно проработанную заявку (смотрите материалы следующей главы).

И, наконец, если вы подаете заявку от лица региональной организации, вам необходимо учесть время для консультаций с национальным СКК в вашем регионе. Для получения более детальной информации по данному вопросу смотрите подраздел «Решение о подаче заявки от лица региональной организации» в главе 2.

Важность получения преимущества на старте. Работа по разработке заявки на получение гранта Глобального фонда должна начинаться заблаговременно – до начала конкурса проектных заявок, которые Фонд объявляет по каждому раунду.

Конкурс проектных заявок по 10-му раунду должен начаться в мае 2010 года и окончиться в августе 2010 года. Во время публикации данного Руководства, точные даты начала и закрытия конкурса оставались неизвестными. По всей видимости, на подачу предложения соискателям будет отведен срок, не превышающий 3-х месяцев, что меньше, чем по аналогичным процедурам в ходе реализации 8-го и 9-го раундов.

Большая часть из данного трехмесячного срока понадобится соискателям на заполнение традиционно достаточно сложной формы заявки и получение всех необходимых разрешений и подписей. Именно поэтому, а также ввиду предъявляемого к соискателям Глобальным фондом требования участвовать в процессе запроса и рассмотрения внутристрановых проектных заявок с целью рассмотрения возможности их включения в совместную заявку, Aidsplan рекомендует им начинать работу над своими заявками не менее, чем за несколько месяцев до начала конкурса проектных заявок.

В идеальном случае последовательность событий будет следующей:

1. Страна определяет национальную стратегию борьбы с ВИЧ/СПИДом, ТБ или малярией.

2. После этого страна разрабатывает одну или несколько программ по воплощению данной стратегии.

3. Затем страна подает заявки (в такие инстанции, как Глобальный фонд), направленные на получение финансовой помощи по одной или нескольким программам.

Таким образом, в том случае, если СКК готовят заявку и подают ее на рассмотрение в Глобальный фонд, они должны, теоретически, быть в состоянии описать национальную стратегию и программу, причем обе должны уже быть готовы. В том случае, если основные элементы программы на момент заполнения форм заявки уже были разработаны, составление самой заявки будет значительно более легким.

Однако в большинстве случаев заявители используют форму заявки и элементы процесса

ее подачи для определения своей программы, а иногда и своей национальной стратегии. Мы думаем, что такая практика может справедливо быть названной «хвостом, виляющим собакой» и зачастую ведет к снижению общего качества подаваемых заявок.

У СКК должно быть достаточно времени для выполнения всех необходимых элементов процедуры: обеспечение четкости национальной стратегии и программы, получения и рассмотрения внутривостановых проектных предложений, написания заявки и ее подписания в СКК, как в целом, так и каждым его членом.

Глава 2. Общая информация

В данной главе описываются инициативы, поддерживаемые Глобальным фондом, возможные ограничения на размеры грантов, общие критерии, предъявляемые к соискателям, имеющим право подавать заявку, дается краткий анализ процесса подачи заявок и перечисляются критерии, на основе которых производится рассмотрение заявок. В главу также входят подразделы, в которых дается оценка целесообразности подачи заявки от не-СКК, региональной организации или Суб-СКК. Помимо этого, в главе приводятся рекомендации относительно того, где лица или организации, подающие заявку, смогут получить консультацию по техническому содержанию подаваемых ими заявок. Наконец, глава объясняет значение принятой Глобальным фондом новой системы финансирования для 10-го раунда, описывает возможные изменения в форме заявки по 10-му раунду и приводит список документации, с которой Глобальный фонд рекомендует лицам или организациям, подающим заявку, ознакомиться перед подачей заявки.

Особое примечание. В данной главе приводятся обширные ссылки на материалы, подготовленные Глобальным фондом в рамках 9-го раунда финансирования, в частности, на «Руководство по подаче заявок на финансирование в Глобальный фонд в рамках 9-го раунда», а также на принятую для 9-го раунда форму заявки. Глобальный фонд оставляет за собой право не издавать подобные материалы для 10-го раунда до официального объявления конкурса заявок, запланированного на май 2010 года. Ввиду желания *Aidspace* издать часть 1 данного руководства заблаговременно (т.е. до начала конкурса заявок), мы решили оставить и использовать документы для 9-го раунда. Кроме того, относительно большинства тем данной главы, мы не считаем, что материалы Глобального фонда по 10-ому раунду будут значительно отличаться от подобных материалов, подготовленных для 9-го раунда.

Инициативы, поддерживаемые Глобальным фондом. Глобальный фонд поддерживает широкий диапазон инициатив в борьбе против ВИЧ/

СПИДа, туберкулеза и малярии. Далее приводится отрывок из разработанных Глобальным фондом «Рекомендаций по составлению заявок в рамках 9-го раунда» (далее называемых «Рекомендациями по составлению заявок в рамках Р9»)¹.

Далее приведена информация по возможным программам ВОЗ по профилактике заболеваний ... Важно помнить, что [этот] список не является исчерпывающим и не содержит полного перечня мероприятий/воздействий, которые могут финансироваться ... *К мероприятиям по борьбе с заболеваниями* могут относиться:

- меры, направленные на изменение моделей поведения, такие как обучение по принципу «равный обучает равного»;
- мероприятия по снижению уязвимости девочек и женщин к трем болезням (ВИЧ/СПИД, ТБ или малярия), такие как равноправный доступ к программам по социальной безопасности и безопасности молодежи, профилактике и снижению сексуального насилия, пропаганде изменения законодательства и обеспечению его исполнения;
- работа в общинах, в т.ч. профилактические мероприятия, нацеленные на *ключевые уязвимые группы населения*;
- мероприятия по обеспечению безопасности при переливании крови и инъекциях, направленные на предотвращение случаев заражения;
- проведение операций по обрезанию у мужчин с обеспечением комплексных профилактических мер и доступа к услугам по консультированию и тестированию;
- общинные программы, нацеленные на смягчение последствий заболеваний (включая программы для сирот, уязвимых групп детей и подростков); смягчение бремени помощи и поддержки, в особенности для женщин;
- укрепление общинных систем для улучшения реализации и оказания услуг, в т.ч. повышение потенциала основных институтов посредством развития физической инфраструктуры и организационной структуры;
- построение партнерств на уровне общин для создания системных взаимоотношений между общинными организациями на местном уровне в целях улучшения координации действий, взаимного обмена опытом и ресурсами, улучшения результатов оказания услуг в лечении заболеваний;
- оперативные исследования по улучшению результатов работы программ, в т.ч. определение эффективных способов повышения спроса на качественные услуги и обеспечения доступа к ним;

¹ Полный текст «Рекомендаций по подаче заявок на финансирование в рамках 9-го раунда» размещен на веб-сайте: www.theglobalfund.org/en/rounds/9. необходимо помнить, что рекомендации для соискателей, представляющих одну страну, отличаются от рекомендаций для тех, кто представляет несколько стран.

- программы домашнего и паллиативного ухода;
- вмешательства в области взаимодействия трех заболеваний, в т.ч. предоставление доступа к профилактическим услугам через интегрированные медицинские услуги, в особенности через услуги по охране репродуктивного здоровья для женщин и несовершеннолетних;
- обеспечение или усиление снабжения медикаментами первой необходимости и медицинским оборудованием для профилактики, диагностики и лечения трех заболеваний, включая введение ранее недоступных видов лечения;
- программы обеспечения безопасности на рабочем месте по профилактике, уходу и/или лечению для работников, включая разработку политики относительно таких программ;
- схемы совместного инвестирования для расширения программ, предоставляемых частным сектором соседним общинам;
- разработка и поддержка мероприятий, реализуемых людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и/или малярией, или пострадавшим от них, в виде создания групп поддержки, программ по лечебной грамотности и программ снижения риска.

Вместе с тем Глобальный фонд не финансирует:

- общие научные и клинические исследования, направленные на демонстрацию безопасности и эффективности новых лекарств и вакцин,
- крупномасштабные капитальные инвестиции, такие как строительство больниц или клиник.

Ресурсы Глобального фонда могут также использоваться для поддержки и усиления систем здравоохранения, связанных с уменьшением воздействия и распространения любого из вышеупомянутых трех заболеваний. Фонд и другие организации строго рекомендуют соискателям включать в свои заявки мероприятия по усилению системы здравоохранения.

Существуют ли какие-либо ограничения по сумме финансирования для подающих заявку лиц или организаций? Каких-либо определенных правил по размеру бюджета, выделяемого на реализацию предложений Глобального фонда, нет. Далее приведен отрывок из Рекомендаций по составлению заявок для 9-го раунда.

Жесткие верхние пределы суммы заявки отсутствуют, при этом финансирование заявки может значительно колебаться в зависимости от особенностей той или иной страны и типа заявки. Соискатели должны продемонстрировать достаточную способность освоения выделяемых средств, что является важным критерием для выделения Глобальным фондом дополнительного финансирования. ГТО могут отклонять заявки, предусматривающие выделение больших средств, без должной демонстрации их освоения с опорой на существующие либо планируемые

возможности (включая освоение средств, выделенных в рамках 9-го раунда).

Аналогично этому, Фонд не устанавливает и каких-либо предельных нижних границ финансирования по заявкам. Вместе с тем, учитывая политику Глобального фонда, направленную на развитие преимущественно комплексных программ, особенно тех, которые направлены на расширение уже зарекомендовавших себя воздействий, ГТО склонны отклонять небольшие программы (с бюджетом порядка нескольких сотен тысяч долларов США или ниже). Небольшие заявки, подаваемые от лица отдельных партнеров и/или небольших неправительственных организаций, должны объединяться в одну общую заявку по программам, направленным на борьбу с заболеваниями.

Кто имеет право на подачу заявки в Глобальный фонд? В течение первых девяти раундов финансирования подавляющее большинство заявок, поступивших в Секретариат Глобального фонда и направленных на рассмотрение ГТО, были составлены СКК. Тем не менее в 1–9 раундах было одобрено и несколько заявок от Суб-СКК, РКК, ОРУ и Не-СКК: более подробное обсуждение заявок, направляемых этими организациями, приведено ниже в этой же главе.

Для получения права на подачу заявки лицо или организация должны соответствовать определенным критериям (хотя не все критерии относятся ко всем типам соискателей). Детальное описание данных критериев приведено в «Рекомендациях по составлению заявок в рамках 9 раунда». В данной главе приведена сводная информация по критериям, разделенным на две категории:

- техническое соответствие;
- работа координационного комитета.

Техническое соответствие. Глобальный фонд выделяет гранты на борьбу с ВИЧ/СПИДом, ТБ и малярией развивающимся странам. Право подавать заявки на предоставление грантов предоставляется организациям из стран, которые согласно классификации Всемирного банка являются странами «с низким уровнем доходов», «с доходами ниже среднего уровня» и «с доходами выше среднего уровня»². Организации из стран с высоким уровнем доходов правом подачи заявки не обладают.

Всемирный банк ежегодно публикует свою классификацию стран, основанную на уровне доходов. Следовательно, гарантии того, что данный список, несмотря на его включение в «Рекомендации по составлению заявок в рамках 9-го раунда», останется неизменным и для 10-го раунда, никто дать не может. Мы рекомендуем

² Согласно основным принципам подачи заявок на финансирование в рамках 9-го раунда, РКК и организации регионального уровня, подающие заявки, должны продемонстрировать, что простое большинство или 51% стран, включенных в состав предложения по 9 раунду, имеют право подавать заявку от одной страны.

всем соискателям свериться с данным списком классификации стран по их уровню доходов, включенным в «Рекомендации по составлению заявок по 10 раунду» в момент их опубликования (ожидаемая дата – май 2010 года).

Каких-либо особых условий по составлению заявок, которые подают организации из стран с низким уровнем доходов, не существует. Вместе с тем, организации из стран с доходами ниже и выше среднего уровня должны отвечать определенным критериям. Требования, предъявляемые к организациям из стран с доходами ниже и выше среднего уровня, касаются разделения затрат, при этом акцент ставится на предоставлении финансирования бедным или уязвимым слоям населения, а также странам с высоким уровнем заболеваний.

Разделение затрат. Разделение затрат предусматривает расчет финансирования, которое должно покрываться из: а) национальных и б) внешних источников. Заявки из стран с доходами ниже среднего уровня должны демонстрировать готовность покрытия из национальных источников не менее 35% национальных потребностей в реализации программ по борьбе с заболеваниями в течение всего срока их действия. Если заявка исходит из стран с доходами выше среднего уровня, то из национальных источников должно покрываться не менее 65%. Соискатели не-СКК освобождены от требования по разделению затрат.

Акцент на предоставлении финансирования бедным или уязвимым слоям населения. Акцент в заявках, поступающих из стран с доходами ниже и выше среднего уровня, должен ставиться на предоставлении финансирования бедным или уязвимым группам населения. При этом в заявках должно указываться, какие именно бедные и уязвимые группы населения получают помощь, объясняться порядок ее предоставления, причина выбора именно этих групп, а также содержаться описание того, каким образом данные группы населения будут участвовать в планировании и выполнении заявки.

Приоритет финансирования соискателей из стран с высоким уровнем заболеваний. Организации из стран с доходами выше среднего уровня могут подавать заявки в том случае, если они смогут продемонстрировать высокий уровень заболеваний всего населения или в отдельно взятой группе³.

В части С *Приложения 1* к «Рекомендациям по составлению заявок в рамках 9-го раунда» приведен список стран с доходом выше среднего, которые имеют право подавать заявку на участие в 9-м раунде, а также элементы, касаю-

щиеся описания ситуации с заболеваниями, которые могут в них включаться. Соискатели из стран с доходом выше среднего должны свериться с «Рекомендациями по составлению заявок по 10-му раунду» в момент их опубликования и определить свое соответствие требованиям, предъявляемое для соискателей по 10-му раунду.

Работа координационного комитета. Существуют определенные требования, которые СКК должны выполнить для того, чтобы их заявка была принята⁴. К ним относится широкий состав и представительность организации соискателя, наличие официально изложенных процедур по урегулированию конфликта интересов, а также разработка и документирование прозрачных процессов по определенным обязанностям СКК.

Примечание. Данные требования также относятся к Суб-СКК и РКК.

Насколько гибки требования к СКК? После принятия требований к СКК, описанных в данной главе (за несколько месяцев конкурса проектных заявок по 5-му раунду), Секретариат Глобального фонда, осуществляющий отбор заявок для их участия конкурсе, был довольно сдержан в практическом применении требований, по крайней мере, до 9-го раунда. Если в 6, 7 и 8 раундах вместе взятых, было отсеяно шесть СКК, то только в 9 раунде были отклонены заявки от семи СКК. Это свидетельствует о более строгом подходе Секретариата к вопросу выполнения минимальных требований.

Широкий состав и представительность организации. В соответствии с требованиями Глобального фонда в состав СКК должны входить люди, живущие с одним из трех заболеваний (ВИЧ/СПИДом, ТБ или малярией) или инфицированные ими. На практике это означает, что в состав СКК должны входить люди, живущие с ВИЧ/СПИДом или ТБ (или в случае с малярией – представители общины или группы гражданского общества, работающие с больными людьми, или инфицированные этой болезнью).

Согласно рекомендации Глобального фонда, не менее 40% всех членов СКК должны представлять неправительственные организации – академические или образовательные учреждения, НПО, а также религиозные и конфессиональные организации (РО), быть лицами, живущими с одним из трех заболеваний или инфицированными ими, представлять основные уязвимые слои населения, называемые далее совместно гражданским обществом, а также включать представителей частного сектора и внутристрановых много- и двусторонних партнеров по раз-

³ Некоторые малые островные развивающиеся государства (согласно терминологии ООН) имеют право подавать заявки на финансирование вне зависимости от ситуации с заболеваниями. См. часть С *Приложения 1* «Основных принципов подачи заявок на финансирование в рамках 9-го раунда».

⁴ Требования описаны в разработанных Фондом «Основных принципах работы Страновых Координационных Комитетов и требованиях, предъявляемых к ним», которые можно найти в разделе «Основные принципы и требования, предъявляемые к СКК» на веб-странице www.theglobalfund.org/en/rounds/9.

витию. Хотя 40%-ный порог сам по себе не является требованием, для Глобального фонда важно убедиться в представительности СКК, отражающей партнерские отношения между всеми заинтересованными сторонами.

Возможность конфликта интересов. Во избежание конфликта интересов Глобальный фонд рекомендует не избирать председателя и заместителей СКК из той же организации, которую СКК уполномочивает на роль Основного реципиента (ОР) в рамках заявки. Однако в том случае, если и председатель, и его заместители представляют ту же организацию, что и ОР, Фонд настаивает, чтобы такой СКК разработал (в письменном виде) четкий план по устранению внутреннего конфликта интересов.

Прозрачность процессов. В соответствии с требованиями Глобального фонда все СКК должны разрабатывать и официально оформить справедливые и прозрачные процессы, призванные:

- обеспечить сбор данных для их включения в одну консолидированную заявку от страны;
- рассматривать все качественно составленные данные для их включения в состав заявки до ее отправки в Глобальный фонд;
- определить ОР с высоким техническим потенциалом;
- контролировать процесс реализации программы;
- обеспечить участие всех заинтересованных сторон, включая тех, которые являются или не являются членами СКК, в разработке заявки и контроле за расходованием средств, выделенных по гранту.

Согласно позиции Глобального фонда длительность процесса разработки заявки должна быть достаточной, чтобы представители всех общественных слоев и групп населения (как члены СКК, так и другие) смогли принять участие в составлении заявки, подаваемой в Глобальный фонд.

Глобальный фонд также требует от СКК делиться всей информацией по процессу составления заявки со *всеми* заинтересованными сторонами, которые принимают активное участие в борьбе с заболеваниями, включая неправительственные организации и представителей общин. При этом СКК должна предоставить им следующую информацию до окончания оформления заявки:

- сроки подготовки конкурса проектных заявок Глобального фонда;
- порядок предоставления СКК данных, включаемых в консолидированную заявку СКК от данной страны Глобальному фонду;
- критерии оценки СКК составных элементов заявки при принятии решения об их включении в заявку;
- а также другие сведения, которые могут считаться важными (например, информация по таким вопросам, как национальные приоритеты в области борьбы с каждым из трех заболеваний,

последние данные по статистике заболеваемости, а также недостатки существующей системы предоставления услуг наиболее уязвимым группам населения).

Заявка СКК должна содержать необходимую информацию по выполнению всех этих требований.

Описание процесса составления заявки. По каждому раунду финансирования Секретариат Глобального фонда объявляет конкурс проектных заявок. Ожидается, что по 10-му раунду конкурс будет объявлен в мае 2010 года. Заявки могут подаваться на любом из шести языков ООН – арабском, китайском, английском, французском, русском или испанском. Ввиду того, что рассмотрение заявок будет производиться носителями английского языка, Секретариат рекомендует соискателям, подающим заявки на других языках, предоставлять одновременно их перевод на английский. Хотя, данное положение не является обязательным. При отсутствии английского перевода, он будет произведен за счет Секретариата.

Обязанностью Секретариата является проверка полноты всех подаваемых заявок и обеспечение их соответствия установленным критериям. С этой целью Секретариат может запросить у соискателя разъяснения. Заявки, прошедшие отбор, передаются на рассмотрение ГТО. В 10-м раунде ГТО будет рассматривать заявки примерно за два месяца до заседания Правления Глобального фонда, которое, как ожидается, состоится в декабре 2010 года, с целью предоставления Правлению рекомендаций.

ГТО является группой независимых экспертов, назначаемых Правлением Глобального фонда с целью объективного анализа поступающих заявок. В состав ГТО входят до 40 экспертов по развитию в области здравоохранения (по терминологии ООН), специализирующиеся на профилактике и лечении ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии, а также развитию систем здравоохранения. Каждый из данных экспертов назначается на период действия четырех раундов финансирования. Отбор членов ГТО производится из сотен кандидатов, представляющих развитые и развивающиеся страны мира и занятых в правительственных и неправительственных организациях, в государственном и частном секторах экономики. При рассмотрении заявок члены ГТО опираются исключительно на знания в своей области и не делятся информацией со своими служащими или служащими их национальных правительственных органов. Помимо этого, они не опираются в своей работе на их мнение (список членов ГТО опубликован на www.theglobalfund.org/en/ГТО/members/).

В том случае, если соискатель подает заявку на финансирование программы, предусматривающей борьбу с более чем одной болезнью, ГТО должна рассматривать отдельно каждый компонент данной заявки (в таком случае каждый

компонент заявки, посвященный борьбе с отдельной болезнью, представляет отдельную заявку). В рамках 10-го раунда, впервые в истории Фонда, ГТО получит право рекомендовать принятие той или иной заявки при условии изъятия из нее определенных составляющих элементов. До этого ГТО практиковала выдачу рекомендаций по принятию или отклонению заявок исключительно на основе рассмотрения заявки в целом (за исключением общих компонентов по усилению систем).

Помимо рассмотрения заявок ГТО занимается анализом широкого объема другой информации: параметров выполнения действующих грантов Глобального фонда и данных, предоставленных техническими партнерами (такими как ЮНЭЙДС, ВОЗ и Всемирный банк). При рассмотрении заявок и анализе другой информации группа опирается на экспертные знания каждого из своих членов. Необходимо отметить, что при рассмотрении заявок, которые уже подавались в рамках предыдущих раундов, учитываются ранние замечания ГТО по их недостаткам.

После оценки каждой заявки ГТО присваивает им следующий рейтинг:

- Рекомендуется принять (1-я категория): ГТО рекомендует принять заявку без разъяснений или с минимальными разъяснениями.

- Рекомендуется принять (2-я категория): ГТО рекомендует принять заявку при условии выполнения соискателем ряда запросов ГТО по разъяснению. 2-я категория обычно подразделяется на категории 2А и 2В, где 2В означает более слабую заявку. Данная классификация учитывается в том случае, если Фонд не располагает достаточными средствами для финансирования всех рекомендуемых заявок (смотрите ниже).

- Рекомендуется отклонить (3-я категория): ГТО рекомендует не принимать заявку в ее настоящей форме, но при этом позволяет соискателям подавать исправленную редакцию данной заявки в ходе будущих раундов.

- Рекомендуется отклонить (4-я категория): ГТО рекомендует не принимать заявку и не выделять по ней финансирования; при этом группа не советует соискателям подавать ее в будущих раундах.

При классификации заявок в соответствии с одной из вышеперечисленных категорий ГТО учитывает только технические факторы, такие как техническая выполнимость описанной в заявке программы, способность указанной в заявке организации (организаций) ее реализовать, а также наличие проработанной схемы расходования выделяемых на реализацию программы средств. ГТО не должна рассматривать вопрос о достаточности у Глобального фонда средств на финансирование заявки, по которой он выносит решение. Если количество заявок, рекомендуемых к принятию ГТО, превышает объем

средств, которыми располагает Фонд, данную проблему решает Правление.

Согласно табл. 1 в первых девяти раундах финансирования ГТО рекомендовала принять 42% всех заявок (т.е. тех, которые были классифицированы как заявки 1-й и 2-й категории).

Окончательное решение о выделении финансовых средств по тем или иным заявкам принимает Правление Глобального фонда. Свое решение по утверждению грантов оно основывает, исходя из двух соображений: а) наличия у заявки технических достоинств и б) наличия достаточных финансовых средств. В рамках 10-го раунда Правление рассмотрит рекомендации ГТО и примет окончательное решение на своем последнем заседании в 2010 году, которое, как ожидается, состоится в декабре.

В первых 9 раундах финансирования Правление установило своеобразный рекорд, утвердив все заявки 1-й и 2-й категории без рассмотрения их в отдельности. Само собой разумеется,

Таблица 1. Рейтинг заявок, поданных в ходе 1–9 раундов

Раунд		Количество поданных заявок	Заявки, рекомендованные к принятию, %
1	Подано Рекомендовано принять	204 58	28
2	Подано Рекомендовано принять	229 98	43
3	Подано Рекомендовано принять	180 71	39
4	Подано Рекомендовано принять	173 69	40
5	Подано Рекомендовано принять	202 63	31
6	Подано Рекомендовано принять	196 85	43
7	Подано Рекомендовано принять	150 73	49
8	Подано Рекомендовано принять	174 94	54
9	Подано Рекомендовано принять	159 85	53
Итого	Подано Рекомендовано принять	1667 696	42

что среди этих заявок были и такие, которые пришлось не по душе отдельным членам Правления или же были поданы от стран, действия правительств которых члены Правления не одобряли. Но в своей работе Правлению удалось уйти от излишней политизации процесса (что избавило его от бесконечных дебатов), положившись на мнение ГТО.

В ходе 1-го и 2-го раундов процесс рассмотрения был в значительной степени облегчен тем, что у Фонда было достаточно т.н. «начального» финансирования. Но уже в 3-м и 4-м раунде оказалось, что имеющихся средств едва хватило на финансирование всех рекомендуемых заявок. В 5-м раунде возникли серьезные опасения в достаточности объема финансирования по заявкам 1-й и 2-й категории (что в действительности привело к краткосрочным задержкам в финансировании некоторых из них). В 8-м и 9-м раундах Правлению пришлось отложить на несколько месяцев утверждение рекомендуемых заявок до получения достаточных средств. Такая ситуация не исключена и в 10-м раунде.

В 2004 году Правление Глобального фонда приняло процедуру, касающуюся действий, предпринимаемых в ситуации, когда Фонд не располагает достаточным объемом средств для покрытия расходов в течение первых двух лет действия заявок, рекомендуемых ГТО (описание данной процедуры приведено ниже).

Для соискателей, чьи заявки были отклонены в двух последовательных раундах, желающих обжаловать второе решение, предусмотрен внутренний механизм апелляции. С информацией по критериям и процессу подачи внутренних апелляций можно ознакомиться на сайте www.theglobalfund.org/en/trp/appeals/.

После утверждения заявки (1-й или 2-й категории), Секретариат Фонда начинает длительный и сложный процесс, призванный: а) обеспечить, чтобы соискатель предоставил достаточно аргументированные ответы на любые вопросы, которые Группа технической оценки (для ГТО) задала им в отношении поданных заявок (данный процесс называется «Процессом ГТО по разъяснению заявок»); б) оценить способность предлагаемого ОР выполнять обязанности, оговоренные для него в заявке, а также в) установить условия грантового соглашения с ОР.⁵ Данный процесс занимает несколько месяцев. Первый транш финансирования выделяется только после его завершения. Таким образом, несмотря на то, что сроком подачи заявок (скорее всего) будет август 2010 года, вероятность того, что финансирование по утвержденным заявкам будет выделено раньше середины 2011 года, очень мала.

Необходимо также помнить, что в некоторых случаях первоначальное решение об утвержде-

нии той или иной заявки может быть «отозвано», если по мнению ГТО соискатель не смог достаточно убедительно или своевременно ответить на вопросы по разъяснению.

Для оценки возможностей ОР Глобальный фонд связывается с Местным агентом фонда (МАФ) в соответствующей стране. МАФ должен удостоверить достаточность финансового управления и административных ресурсов предлагаемого ОР. Основываясь на оценке МАФ, Фонд может принять решение о необходимости выделения ОР технической помощи (ТП) для усиления его ресурсной базы.

После этого Секретариат и ОР должны приступить к обсуждению грантового соглашения, определяющего поддающиеся измерению путем использования ключевых индикаторов результаты, которые должны быть достигнуты в ходе его реализации (если, по мнению МАФ, необходимо наращивание ресурсной базы ОР, в грантовом соглашении может содержаться оговорка о том, что средства Фонда будут выделены только после такого усиления).

Срок, на который утверждается каждая соответствующая квалификационным требованиям заявка, составляет, как правило, до 5 лет, а финансирование, выделяемое Правлением, — только первые 2 года. Решение о продолжении финансирования в течение последующих лет, с 3 по 5, принимается (или не принимается) во время 2-го года реализации программы (т.н. «процесс возобновления финансирования 2-й фазы»). Вероятность принятия решения о возобновлении финансирования зависит от успеха выполнения программы на протяжении двух первых лет действия гранта.

После подписания грантового соглашения Секретариат просит Всемирный банк (банковскую организацию, обслуживающую Глобальный фонд) выделить ОР первый транш. После получения средств ОР должен выделить финансирование суб-реципиентам (СР), на которых возложена основная ответственность за реализацию программы. После начала процесса финансирования может начинаться реализация программ и предоставление услуг.

Действия Глобального фонда в случае недостаточности финансирования. В 2004 г. Правление Глобального фонда утвердило процедуру, применяемую в случае недостаточности средств для финансирования первых 2-х лет по всем грантам, рекомендуемым ГТО (необходимо помнить при этом, что выделение финансирования на продление существующих грантов в последующие 3—5 лет является приоритетным по сравнению с финансовым обеспечением грантов в течение 1—2 года их реализации. Это, в свою очередь, повышает риск нехватки финансовых средств для финансирования новых грантов с учетом протекающего одновременно с ними процесса продления существующих грантов). При

⁵ Оценка ОР и переговоры по заключению грантового соглашения начинаются в процессе получения ГТО разъяснений по поступающим заявкам.

недостатке средств Правление Фонда действует в следующем порядке:

- Если это возможно, обеспечивает финансирование всех заявок, классифицированных ГТО по 1-й категории, после этого — всех заявок категории 2А, затем — категории 2В.

- При отсутствии средств для финансирования всех заявок в отдельно взятой категории, производит дальнейшую категоризацию заявок по шкале оценки от 1 до 8 баллов на основе признанного общего уровня заболеваемости в данной стране и ее уровня бедности. Заявки, поступающие от стран с «крайне высоким» уровнем заболеваемости (определение дано выше в данной главе), оцениваются в 4 балла, а те, которые подаются от страны, удовлетворяющей определенным квалификационным критериям — в 1 балл. Заявки от стран, определенных согласно классификации Всемирного банка, как страны с «низким уровнем доходов» получают 4 балла, из стран с доходом «ниже среднего» — 2 балла и заявки из стран с доходом «выше среднего» — 0 баллов. Таким образом, каждая заявка получает от одного до четырех баллов на основе ее уровня заболеваемости, а также 0, 2 и 4 балла — в зависимости от ее уровня бедности. Общее количество возможной суммы баллов составляет соответственно 8, 6, 5, 4, 3 или 1.

- Если это возможно, Фонд финансирует все заявки, получившие 8 баллов. Затем, опять же по возможности, финансируются все заявки, оцененные в 6 баллов. Далее — все те, которые получили по 5 баллов. И так далее — до тех пор, пока определенный балл не получит полного финансирования.

Примечание. Данная процедура находится в стадии рассмотрения и в ходе 10-го раунда может быть изменена.

Дополнительная информация по заявкам. Согласно рекомендациям Глобального фонда до подачи заявки соискатели должны прочесть стандартное грантовое соглашение для ознакомления с условиями, на которых Глобальный фонд выделяет средства в случае утверждения заявки.⁶ Под термином «соискатели» Фонд понимает как членов координационных комитетов, так и назначенных по заявкам ОР (или в том случае, если соискателями являются ОРУ и Не-СКК — директоров этих организаций).

Глобальный фонд предупреждает соискателей о том, что вся информация, содержащаяся в подаваемых ему заявках, может быть опубликована на веб-сайте Глобального фонда или в других средствах массовой информации. Начиная с 7-го раунда, Глобальный фонд регулярно публикует все заявки — утвержденные и неутвержденные.

Помимо этого, Глобальный фонд предупреждает о том, что в случае утверждения заявки

и подписания грантового соглашения все отчеты о ходе выполнения гранта будут опубликованы. Это положение относится как к информации по финансовой части, так и к данным по реализации программы и включает в себя сведения о ценах на лекарства и иные продукты здравоохранения.

Критерии, применяемые к рассмотрению заявки. Рекомендации по составлению заявок в рамках 9-го раунда содержат критерии, используемые ГТО при рассмотрении заявок, поданных в рамках 9-го раунда и прошедших отбор Секретариата Глобального фонда. Все соискатели должны ознакомиться с данными критериями до начала работы по составлению своей заявки. Хотя критерии по 10-му раунду могут измениться, данные изменения вряд ли будут существенными. В соответствии с установленными критериями ГТО должна обеспечить соответствие заявки следующим характеристикам:

Подход к реализации программы:

- использование вмешательств, которые согласуются с передовой международной практикой (например, стратегией партнерства «Остановить ТБ», глобальным стратегическим планом партнерства «Снизим заболеваемость малярией», глобальной стратегией ВОЗ в сфере здравоохранения по борьбе с ВИЧ/СПИДом и другими методиками и руководствами ВОЗ и ЮНЭЙДС), направленной на увеличение охвата медицинскими услугами населения соответствующего региона; демонстрация существующих возможностей для оказания планируемого воздействия;

- предпочтение в работе с группами и общинами, которые больше других пострадали от заболевания и/или подвержены риску, в том числе путем более активного участия общин и отдельных граждан, инфицированных или пострадавших от трех заболеваний, в разработке и реализации заявок;

- наличие доказательств обоснованности и эффективности выбранных мер при их оптимальной стоимости;

- вовлечение широкого спектра заинтересованных сторон в реализацию программ, включая укрепление партнерских отношений между правительством, гражданским обществом, уязвимыми группами населения и частным сектором;

- решение вопросов, связанных с защитой прав человека и равенством полов, в том числе путем искоренения стигматизации и дискриминации инфицированных и больных туберкулезом, ВИЧ/СПИДом, в особенности женщин, детей и других уязвимых групп;

- соответствие требованиям национального законодательства и выполнение международных обязательств, в частности тех, которые определяются «Соглашением ВТО о торговых аспектах прав интеллектуальной собственности» (ТАПИС) и «Декларацией по Соглашению

⁶ Копия шаблона опубликована на сайте www.aidspace.org/index.php?page=implementation&menu=puplications.

ТАПИС и общественному здравоохранению», принятой в г. Доха (Катар); также поощряются усилия по обеспечению нуждающихся качественными лекарствами и продуктами по самым низким ценам при условии соблюдения прав интеллектуальной собственности.

Осуществимость:

- наличие убедительных документальных обоснований технической и программной осуществимости механизмов реализации предусмотренных в заявке мер в условиях конкретной страны, включая, если это возможно, помощь нецентрализованным вмешательствам и/или подходам, предполагающим помощь со стороны участников программы (включая тех, кто занят в государственном, частном и негосударственном секторе экономики, а также группы населения, подверженные заболеванию) в профилактике болезней и контроле за ними;

- использование потенциала существующих программ, их дополнение и координация с ними (в том числе с программами, финансируемыми при помощи существующих грантов Глобального фонда) при оказании поддержки национальной политике, определении планов, приоритетов и партнерств, включая Программы развития национального сектора здравоохранения, Программы борьбы с нищетой и (если необходимо) программы, направленные на помощь населению, занятому в разных секторах экономики (общесекторные подходы);

- демонстрация успешной реализации программ, финансирование которых было предоставлено международными донорами в предыдущий период (в том числе и Глобальным фондом), а также, если необходимо, примеры эффективного распределения и использования средств (для этого ГТО должна использовать учетные карточки грантов, отчеты о результатах работы грантов и другие документы, относящиеся к ранее выделенным грантам в рамках программ, финансируемых Глобальным фондом);

- использование инновационных подходов к расширению масштабов реализации программ, например, привлечение частных организаций и/или уязвимых групп населения к уходу за больными;

- определение способов устранения недостатков или разъяснение спорных моментов, на которые указала ГТО при рассмотрении предыдущих отклоненных Глобальным фондом заявок по тому же компоненту;

- акцент на повышении эффективности программы путем объединения ресурсов (вложенных средств) для достижения промежуточных (охват населения основными услугами) и конечных (изменение картины заболеваемости в более долгосрочной перспективе) результатов, измеряемых качественными и количественными показателями;

- демонстрация предлагаемых вмешательств в соответствии со стадией развития эпидемии и

конкретной эпидемиологической ситуации в данной стране (включая такие вопросы, как устойчивость к лекарственным препаратам);

- расширение и усиление систем и процессов измерения влияния воздействия программы на ту или иную страну для повышения эффективности отчетности и оценки, основанных на параметрах выполнения;

- определение и устранение потенциальных недостатков в технических и управленческих способностях внедрения предлагаемых мер путем оказания технической помощи и расширения ресурсной базы.

Устойчивость и воздействие:

- укрепление и отражение стабильного участия политического руководства страны в программах и его приверженность взятым на себя в этой связи обязательствам, которые, помимо прочего, проявляются и через участие правительственных чиновников в работе представительных и четко действующих СКК, Суб-СКК или РКК;

- демонстрация использования средств Глобального фонда в качестве дополнения (а не замены) уже существующего финансирования и мероприятий по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией;

- демонстрация потенциала устойчивости вышеуказанного подхода, в том числе — с точки зрения возможностей для освоения увеличившегося объема средств и способности справиться с текущими объемами затрат;

- координация с многосторонними и двусторонними инициативами и партнерствами (такими, как инициатива ВОЗ и ЮНЭЙДС «Всеобщий доступ», партнерство «Остановить ТБ», партнерство «Снизим заболеваемость малярией», «Три принципа» и кампания ЮНИСЕФ «Объединимся ради детей. Объединимся против СПИДа»), реализуемыми для достижения целей, определенных в соответствии с Планами развития национального сектора здравоохранения (в тех странах, где таковые существуют);

- демонстрация того, что реализация заявки будет способствовать уменьшению общего уровня заболеваемости, его уровню и коэффициенту распространения и/или смертности;

- демонстрация того, что финансирование по заявке позволит усилить национальную систему здравоохранения и ее отдельные компоненты (кадровые, предоставление услуг, страховые, закупки и снабжение и т.д.).

Решение о подаче заявки от имени Не-СКК.

Глобальный фонд предпочитает получать заявки от СКК, Суб-СКК, РКК и ОРУ. Заявки от других организаций принимаются в исключительных случаях (такие заявки именуется Глобальным фондом заявками от «Не-СКК» — см. Список сокращений в начале). Несмотря на то, что теоретически заявки от не-СКК могут подавать организации, представляющие любой сектор

экономики, на практике большая часть из них составляется НПО и РО.

Основной причиной нежелания Глобального фонда рассматривать заявки от отдельных НПО и РО является его стремление содействовать развитию сотрудничества между всеми заинтересованными сторонами. Другой причиной является то, что Фонд не желает иметь дело с множеством заявок из одной страны, каждая из которых преследовала бы разные цели. Вместе с тем, некоторые заявки от НПО получали финансирование в первых девяти раундах, и при определенных обстоятельствах НПО или РО могут рассматривать возможность подачи заявки в 10 раунде.

Принципы работы Глобального фонда. Согласно рекомендациям по составлению заявок в рамках 9-го раунда и требованиям к их форме все заявки, подаваемые не-СКК, могут рассматриваться в том случае, если они смогут продемонстрировать одно из следующих основных обоснований подачи заявки:

- заявка подается от страны, в которой отсутствует национальное правительство или признанная временная администрация;
- заявка подается от страны, участвующей в вооруженном конфликте, подвергшейся воздействию природной катастрофы или находящейся в чрезвычайной ситуации;
- заявка подается от страны, подавляющей и не установившей партнерские связи с гражданским обществом и НПО (или от страны, в которой СКК без видимых причин не смог состояться или отказался рассматривать проектную заявку для ее включения в национальную заявку от СКК от организаций, представляющих гражданское общество, ввиду установленного СКК процесса рассмотрения проектных заявок).

Данные принципы требуют от Не-СКК ясно продемонстрировать в своей заявке причины отклонения своего участия в процессе составления заявки СКК и предоставить соответствующие документальные доказательства. Помимо этого, согласно принципам работы Фонда, если заявка от Не-СКК была передана на рассмотрение СКК, но СКК либо вовремя не рассмотрел ее, либо без основательных причин отказался включить ее в национальную заявку, данный соискатель должен описать шаги, предпринятые им для получения утверждения СКК, а также привести аргументы в пользу утверждения его заявки СКК и документальное доказательство попыток получения утверждения от СКК (для получения более подробной информации см. «Рекомендации по составлению заявок в рамках 9-го раунда»).

Опыт реализации предыдущих раундов финансирования. Если говорить о первых девяти раундах финансирования, средства по заявкам, подаваемым Не-СКК, выделялись в исключительных случаях: когда в стране не было СКК, или же страна или регион (или оба) находились в

состоянии войны (несмотря на достаточно большое количество заявок, поступающих на рассмотрение Фонда от НПО и РО в ходе каждого раунда, большая их часть отклоняется Секретариатом Глобального фонда).

В 1-м раунде, когда многие СКК находились в стадии формирования, Глобальный фонд утвердил четыре заявки от НПО. Во 2-м раунде было одобрено две заявки от Мадагаскара, где в то время не было СКК. Тем не менее, с учетом формирования СКК в данной стране Глобальный фонд пошел на заключение грантового соглашения с условием, что по окончании формирования СКК именно ему будет передана функция контроля за реализацией программ.

В 3-м раунде Фонд утвердил заявку, поданную НПО из России, где в то время тоже не было СКК. В 3-м и 4-м раундах Глобальный фонд утвердил заявки от НПО в Сомали и Кот д'Ивуар — двух стран, охваченных военными действиями (при этом НПО, подавшее заявку от Сомали, было международным). В 5-м раунде Глобальный фонд утвердил заявку от НПО в Кот д'Ивуар. В 6-м и 7-м раундах Фонд утвердил заявку от сомалийского Не-СКК. В 7-м раунде Фонд утвердил заявку от Не-СКК Западного Берега реки Иордан и Сектора Газа.

За всю историю Фонда было всего два случая, когда финансирование заявок от НПО объяснялось иными причинами. В одном случае заявка предусматривала профилактику заболеваемости наркоманов, принимающих инъекционные наркотики в Таиланде, и была профинансирована в 3-м раунде. Данная ситуация была уникальной по нескольким причинам:

- правительство не финансировало профилактические мероприятия в отношении наркоманов;
- в тот момент против торговцев наркотиками и отдельных наркоманов была развернута национальная компания по их преследованию с участием армии и полиции;
- по заявлению НПО, подающей заявку, оно было уведомлено о том, что некоторые члены СКК не будут поддерживать заявку, предусматривающую внедрение программы профилактики заболеваемости наркоманов.

Второй случай включал заявку, поданную в 5-м раунде группой НПО из России. Как и в предыдущем случае, финансирование по заявке планировалось использовать для лечения наркоманов. Целью предыдущих заявок из этой страны не было лечение или профилактика заболеваемости наркоманов, и СКК не планировал подавать заявку в 5-м раунде. По мнению ГТО, заявка от НПО должна была восполнить явный пробел в сфере предоставляемых услуг и удовлетворить «безусловные потребности».

Вывод. По 10-му раунду мы рекомендуем Не-СКК подавать заявку только в том случае, если:

- они работают в стране или регионе, где идут активные боевые действия или разыгралась природная катастрофа;

- они работают в стране, где отдельной уязвимой группой населения услуги не предоставляются, и существующий СКК указал на свою неготовность подавать заявку для работы с ней.

Во всех иных случаях НПО, РО (и другим организациям) рекомендуется действовать через СКК. Как уже говорилось в предыдущей главе, точные детали процесса подачи заявок НПО и РО будут зависеть от процесса подготовки заявки СКК. Они могут также зависеть от уровня удовлетворенности НПО данным процессом. Если НПО или РО недовольны тем, как он организован, они могут попытаться подготовить заявку самостоятельно, после чего склонить СКК к ее принятию в качестве собственной.

Решение о подаче региональной заявки. В предыдущих раундах финансирования количество заявок от региональных организаций было незначительным. Заявки региональных организаций могут подаваться РКК либо ОРУ.

РКК. Несколько стран, где работают СКК, могут сформировать РКК для подачи совместной заявки от региональной организации, направленной на решение общих для них проблем, включая те, которые требуют международных усилий. По мнению Глобального фонда, членами РКК в данном случае должны быть организации с широким представительством, например национальные СКК каждой из стран-участников, другие заинтересованные стороны и секторы.

Как говорилось ранее, РКК должны удовлетворять тем же базовым требованиям, что и СКК (см. раздел «Кто имеет право на подачу заявки в Глобальный фонд» в гл. 2).

Заявки от РКК должны демонстрировать, что цели, которые они преследуют, могут быть достигнуты только совместными усилиями нескольких стран. Более того, данные заявки должны показывать, каким образом предусматриваемые ими меры будут дополнять национальные планы каждой из задействованных стран и каким образом они соотносятся с запланированными действиями соответствующих национальных СКК.

При рассмотрении заявки от РКК должны демонстрировать естественное дополнение усилий нескольких стран. И, наконец, заявки, подаваемые РКК, должны быть поддержаны СКК в каждой стране региона, от которого они подаются (за исключением тех случаев, когда страна, включенная в заявку, представляет собой малое островное развивающееся государство (по терминологии ООН)).

ОРУ (включая межправительственные организации, международные НПО и РО, работающие в нескольких странах, объединенных в один регион) имеют право на подачу совместной заявки для решения вопросов и проблем, выходящих за национальные границы или сосредоточенных в пределах отдельного региона. В своей заявке ОРУ должны продемонстрировать, что действуя в своем настоящем составе, они на

деле воплощают принципы включения в объем программ всех уязвимых групп населения, предоставляют консультационные услуги сразу в нескольких секторах экономики и различным партнерам, что соотносится с фундаментальными ценностями деятельности Глобального фонда.

Как и в случае с РКК заявки от ОРУ:

- должны показать дополнительные преимущества их реализации по сравнению с внедрением аналогичных программ в отдельных взятых странах;

- должны продемонстрировать вовлечение в реализацию программы правительственных органов в каждой из задействованных стран;

- должны быть поддержаны СКК в каждой из стран данного региона, где будет реализовываться программа.

Опыт реализации ранних раундов финансирования. В последних восьми раундах финансирования были утверждены и профинансированы 17 заявок, поданных региональными организациями: 9 – от организаций регионального уровня и 8 – от РКК. Из этих 17 заявок 8 касались регионов, в состав которых входили малые островные развивающиеся государства, а остальные 9 – транснациональных вопросов, стоящих перед странами с общей границей. Список этих заявок приведен в табл. 2.

Из всех заявок, перечисленных в табл. 2: а) это заявки, поданные из стран Африки, Азии, Центральной и Южной Америки с участием СКК соответствующих стран; б) заявки, поданные из стран Карибского бассейна, где СКК были сформированы только в отдельных странах и в) заявки из стран островов Тихоокеанского региона, где СКК отсутствуют.

Сильные и слабые стороны региональных заявок, подаваемых в предыдущие годы. Анализ заявок, поданных региональными организациями в рамках 3–9 раундов, которые были утверждены, и по которым было выделено финансирование, позволяет сделать вывод о том, что, по мнению ГТО, все они представляли значительный шаг вперед по соответствующим направлениям действий.

Далее приведены некоторые замечания, сделанные ГТО по этому поводу:

- заявка содержит четкое обоснование необходимости регионального подхода, которое основано на анализе пробелов в плане реализации региональной стратегии;

- заявка представляет ценность в масштабах всего региона (ввиду сложности и высокой стоимости выполнения отдельных программ по повышению навыков активистов по работе с ЛЖВС в 11 странах);

- ясно выраженное преимущество данной заявки, охватывающей сразу несколько стран, ввиду ее направленности на гармонизацию мер и процедур;

- данная заявка предполагает выполнение мероприятий, которые принесут пользу для все-

Таблица 2. Региональные заявки, по которым было выделено финансирование в 2–7 раундах

Соискатель	Официальное наименование программы	Задействованные страны
1	2	3
Региональная сеть организаций людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, в странах Карибского региона (CRN+)	Усиление общины ЛЖВС и людей, инфицированных ВИЧ/СПИДом, в странах Карибского бассейна – инициатива на уровне общин	Антигуа и Барбуда; Доминиканская Республика; Гренада; Гвиана; Гаити; Ямайка; Сент-Китс и Невис; Сент-Люсия; Суринам; Тринидад и Тобаго; Сент-Винсент и Гренадины
РКК	Проект группы стран американского континента по всеобщей помощи мобильным группам населения: снижению уязвимости ВИЧ/СПИД мобильных групп населения в Центральной Америке	Коста-Рика; Гватемала; Гондурас; Никарагуа; Панама; Эль Сальвадор
CARICOM	Усиление региональных программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом в рамках Пан-Карибского партнерства против ВИЧ/СПИДа	16 государств Карибского бассейна
Organismo Andino de Salud (организация здравоохранения стран Андского региона)	Борьба с малярией в регионе Андских гор: программа основана на работе с общинами	Колумбия, Эквадор, Перу и Венесуэла
РКК	Усиление масштаба профилактики и лечения людей, больных ВИЧ/СПИДом в рамках суб-региона, на который распространяется действие Организации Восточно-карибских государств (OECS)	Девять государств восточно-карибского бассейна
Regional Malaria Commission (региональная комиссия по борьбе с малярией)	Борьба с малярией в районе Лубомбо (Lubombo Spatial Development Initiative Area)	Южная Африка, Мозамбик, Свазиленд
РКК	Региональный проект координации усилий по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией (PIRCCP) в странах Тихоокеанского бассейна	Острова Кука, Федеративные Штаты Микронезии, Фиджи, Кирибати, Ниуэ, Палау, Самоа, Соломоновы острова, Тонга, Тувалу и Вануату
РКК	Региональная инициатива по углублению борьбы с малярией в провинции Газа, в качестве составляющей части программы – борьба с малярией в районе Лубомбо	Мозамбик, Южная Африка, Свазиленд
РКК	Программа с участием нескольких стран по борьбе с малярией в странах Тихоокеанского региона	Соломоновы острова, Вануату
Организация Абиджан Лагоского коридора (Organisation du Corridor Abidjan – Lagos – OCAL)	Консолидация и углубление общих региональных проектов по борьбе с ИППП/ВИЧ/СПИДом вдоль коридора миграции между Лагосом и Абиджаном	Кот д'Ивуар, Гана, Того, Бенин, Нигерия
РКК	Расширение всеобщего доступа к программе лечения СПИДа и сдерживания распространения ИППП – основной причины заражения СПИДом на островах Тихоокеанского региона	Острова Кука, Микронезия, Кирибати, Маршалловы острова, Науру, Ниуе, Палау, Самоа, Соломоновы острова, Тонга, Тувалу и Вануату
РКК	Обеспечение равного доступа к высококачественным услугам по профилактике ЛПНН для бедного городского, маргинализованного вне-островного населения и других уязвимых групп населения на островах Тихоокеанского региона	Острова Кука, Микронезия, Кирибати, Маршалловы острова, Науру, Ниуе, Палау, Самоа, Соломоновы острова, Тонга, Тувалу и Вануату
Региональная сеть организаций людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, стран Центральной Америки (REDCA+)	Развитие и усиление технических и профессиональных навыков ЛЖВС, с особым акцентом на борьбе с ВИЧ/СПИДом путем повышения общего качества жизни и снижения бедности среди ЛЖВС, проживающих в странах Центральной Америки	Эль Сальвадор, Гондурас, Никарагуа и Панама

1	2	3
COOPECOS-LAC	Программа по усилению стратегии предотвращения ВИЧ, снижению стигматизации, дискриминации и гендерного неравенства	Аргентина, Боливия, Бразилия, Чили, Колумбия, Коста-Рика, Доминиканская Республика, Эквадор, Эль Сальвадор, Гватемала, Гаити, Гондурас, Никарагуа, Панама, Парагвай, Перу, Уругвай, Венесуэла
NAZ Foundation Int.	Уменьшение воздействия ВИЧ на мужчин, вступающих в гомосексуальные половые отношения, и транссексуальные меньшинства, в странах Южной Азии	Афганистан, Бангладеш, Бутан, Индия, Непал, Пакистан, Шри-Ланка
PKK (PANCAP-CARICOM)	Борьба с ВИЧ в странах Карибского бассейна: стратегическая региональная инициатива	18 стран Карибского бассейна
SADC	Региональная программа по профилактике ВИЧ заболеваний	Ангола, Ботсвана, Конго (Демократическая Республика), Лесото, Малави, Маврикий, Мозамбик, Намибия, Сейшельские острова, Южная Африка, Свазиленд, Объединенная Республика Танзания, Замбия, Зимбабве

го региона с учетом небольшого размера этих островных государств;

- наличие стратегического преимущества использования регионального подхода;

- соискатель недвусмысленно указал на свою готовность дополнять действующие национальные программы, а не заменять их или конкурировать с ними;

- региональная программа способна создать атмосферу обмена мнениями и объединения усилий по обмену опытом и техническими возможностями;

- заявка представляет собой прекрасно продуманную региональную стратегию усиления потенциала общинных организаций, деятельность которых направлена на повышение эффективности программы работы с мужчинами, вступающими в гомосексуальные половые отношения, решения вопросов, связанных с транссексуальными меньшинствами, и заболеваемостью ВИЧ — благодаря целому ряду мероприятий, которые будут выполняться на региональном уровне и сопровождаться аналогичными мерами в каждой отдельной стране с учетом национального контекста;

- региональный подход зарекомендовал себя с положительной стороны благодаря сложившейся практике официального и высокоорганизованного сотрудничества по широкому диапазону политических, экономических и социальных вопросов.

К другим сильным сторонам утвержденных региональных программ, по мнению ГТО, относятся следующие:

- предлагаемые мероприятия будут осуществляться при поддержке правительственных органов во всех пяти странах;

- предложение опирается на существующую региональную сеть организаций, помощь в ре-

ализации инициатив которым предоставляют несколько партнерских организаций;

- тесная интеграция с национальными программами по борьбе/профилактике ВИЧ/СПИДа в каждой из стран региона;

- высокое представительство стран, участвующих в работе Координационного Комитета по реализации программы и межнационального консультативного комитета;

- заявка была разработана в ходе договорного процесса с участием многих заинтересованных сторон, в том числе и национальных органов власти;

- межсекторная программа, основной аудиторией которой являются подверженные высокому риску или труднодоступные мобильные группы населения; основана на опыте работы с мобильными группами населения;

- основана на опыте, накопленном в ходе реализации региональных инициатив в ходе 2-го раунда Глобального фонда и наработанных институциональных отношениях;

- доказала воздействие на целевую аудиторию во всех странах; подкреплена двусторонними договорами и меморандумом взаимопонимания, заключенными между министерствами здравоохранения;

- позволила развернуть на региональном уровне центры подготовки специалистов и сеть лабораторий;

- пограничные районы, где реализуется программа, обделены вниманием центральных органов власти; нищета и хозяйственная разруха в них усугубляются боевыми действиями;

- программа будет опираться на существующие региональные и национальные институты;

- к концу 5-го года реализации программы основные мероприятия по ней будут выполнять государственные учреждения.

Что касается заявок, поданных региональными организациями, которые Глобальным фондом были отклонены, наиболее частой причиной такого решения в 3–7 раундах, по мнению ГТО, было то, что они не вносили чего-то нового по сравнению с тем, чего можно было бы достичь путем независимой работы национальных СКК. Во многих случаях ГТО решала, что программы по подаваемым заявкам полностью или частично дублировали аналогичную работу, выполняемую на национальном уровне. Помимо этого, ГТО критически относился к заявкам, группировка стран по которым осуществлялась в силу соответствия требованиям Глобального фонда, а не по причине общей для них эпидемиологической ситуации или региональных потребностей. Для ГТО это ослабляло общую привлекательность заявки. Не так часто определялись следующие слабые стороны:

- заявка слишком амбициозна в планировании сотрудничества на региональном уровне;
- заявка не смогла доказать готовности СКК поддержать программу или участвовать в ней;
- не продемонстрировано участие других партнеров.

В 6-м раунде ГТО особо тщательно рассматривала заявки региональных организаций, которые не консультировались с СКК (в тех случаях, когда они были) по предмету заявки перед ее разработкой. По мнению ГТО, данные заявки, как правило, подготавливались внешними организациями, чья деятельность зачастую не была связана с нуждами и приоритетами стран-реципиентов, после чего представлялись соответствующим СКК для утверждения. ГТО считает, что в этом случае ОРУ и РКК необходимо было более тесно привлекать СКК к работе над заявкой на всех этапах ее разработки. Поэтому, если вы планируете подавать заявку от имени региональной организации, вам необходимо будет зарезервировать достаточно времени для работы с СКК. Также определенное время вам понадобится и для получения от СКК официального одобрения.

В 9-м раунде ГТО поставило под вопрос целесообразность включения в заявки региональных организаций пункты, предусматривающие предоставление услуг ввиду того, что в некоторых случаях это предусматривало создание структур, которые уже были созданы и действовали внутри той или иной страны.

Вывод. Опыт прошлых лет говорит о том, что заявкам региональных организаций уделяется особо пристальное внимание. Для того чтобы получить финансирование, составители таких заявок должны:

- продемонстрировать значительную пользу в случае их принятия;
- показать (по возможности) участие в реализации программы по данной заявке государственных органов всех соответствующих стран;

- привести доказательства консультаций, которые проводились с СКК стран региона в период разработки заявки;

- содержать письменные гарантии оказания помощи от максимально большого числа партнеров и основных заинтересованных сторон.

Мы также рекомендуем при составлении заявок от региональных организаций пытаться слишком не усложнять их содержание, т.к. работа на региональном уровне обычно сложнее, чем на национальном.

Состав РКК. В отношении состава РКК Глобальный фонд ограничился только минимальными предписаниями; по этому поводу в Рекомендациях по составлению заявок в рамках 9-го раунда не сказано практически ни слова. В прошлом Глобальный фонд указывал, что, по его мнению, членство РКК должно быть максимально представительным и включать различные организации, например СКК, действующие в данном регионе, другие заинтересованные стороны и различные секторы. Глобальный фонд рекомендует РКК, представляющим малые островные развивающиеся государства, включать в свой состав, по крайней мере, одного представителя государственных органов и одного от гражданского общества — от каждого государства, входящего в данный регион.

В том случае, если в зоне действия конкретного РКК нет СКК или их очень мало, состав РКК должен отражать состав СКК. Состав СКК описан в Руководстве Aidspace по СКК⁷.

Если в регионе определенного РКК СКК отсутствуют, РКК может ограничить свой состав. В этом случае в его состав могут входить по одному представителю от каждого СКК. Это могут быть как председатели СКК, так и иные работники страновых координационных комитетов. Вне зависимости от того, кто представляет СКК в РКК, он(а) должен учитывать в своей работе интересы всех слоев населения, представляемых данным СКК, а не только свои личные. Мы считаем, что РКК может усиливаться представителями нескольких крупных региональных организаций. Данные представители могут выражать интересы неправительственных организаций; это будет полезно особенно в том случае, если все представители СКК или их большинство являются работниками государственных органов. Другой вариант — усилить состав РКК одним или двумя представителями гражданского общества из состава СКК для отстаивания интересов того или иного сектора.

Решение о подаче заявки от Суб-СКК. В больших странах, где создание Суб-СКК является целесообразным, такие комитеты могут подавать свои заявки Глобальному фонду напрямую.

⁷ Полное название документа: «Руководство Aidspace по созданию и управлению работой эффективного странового координационного комитета (СКК)». Размещено на www.aidspace.org/guides.

В гл. 2.3.1 «Рекомендаций по составлению заявок в рамках 9-го раунда» Глобальный фонд высказался за формирование Суб-СКК из представителей государственных, провинциальных органов или подобных им административных подразделений или же представителей группы действующих сообща государств, провинций или административных подразделений.

В 9-м раунде было подано две заявки от суб-СКК, одна от северо-западного региона Российской Федерации и одна — от южного сектора Судана. В заявке, поданной Суб-СКК, должно содержаться объяснение, почему она подается именно от Суб-СКК, а не самого СКК; она должна быть поддержанной СКК или содержать свидетельство того, что Суб-СКК имеет право действовать самостоятельно.

Если вы решите пойти этим путем, вам следует убедиться, что отношения между Суб-СКК и СКК ясно определены.

Рекомендации по техническому содержанию заявки. Глобальный фонд не дает рекомендаций по техническому содержанию заявки. Не делает этого и Aidsrap в своем руководстве. Общие советы по работе с программами борьбы профилактики ВИЧ/СПИДа, ТБ и малярии содержатся в соответствующих документах ЮНЭЙДС, партнерства «Остановить ТБ» и партнерства «Снизим заболеваемость малярией».⁸

В часто задаваемых вопросах (ЧЗВ), касающихся процесса подачи заявок по 9-му раунду, которые были опубликованы Глобальным фондом, говорится, что во время процесса составления заявки техническую помощь или содействие в управлении могут предоставлять местные представительства ЮНЭЙДС, ВОЗ и следующих организаций: ЮНИСЕФ, Программы развития Организации Объединенных Наций (ПРООН; UNDP), Фонда народонаселения ООН (ЮНФПА; UNFPA), Всемирного банка, Европейского Союза (ЕС), Министерства международного развития Великобритании (DFID) и других международных или донорских организаций, представленных в данной стране.⁹

В данной Главе руководства приводится список других ресурсов и источников информации, которые соискатели могут использовать при разработке технической части своих заявок.

Данный список разбит на пять основных тематик:

- 1) относящиеся к ВИЧ;
- 2) относящиеся к ТБ;
- 3) относящиеся к малярии;

4) программы усиления систем здравоохранения (ПУЗ);

5) другие общие вопросы.

Примечание. а) Данный список не является исчерпывающим; б) включение в данный список того или иного источника не означает, что высказанная в нем позиция полностью разделяется Aidsrap или Глобальным фондом; в) многие из включенных в список веб-сайтов содержат информацию из дополнительных ресурсов, которые здесь не упомянуты.

Ресурсы и источники информации, относящиеся к ВИЧ. Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) является главным сторонником ускоренных, комплексных и скоординированных усилий во всем мире для преодоления эпидемии, а также центральным звеном ООН по вопросу ВИЧ. На веб-сайте ЮНЭЙДС можно найти огромное количество данных по ВИЧ: www.unaids.org.

Ресурсы и источники по туберкулезу. Цель Партнерства по предотвращению распространения туберкулеза, глобальной, мультисекторальной инициативы, в которой участвуют более чем 1000 организаций-партнеров, состоит в том, чтобы устранить туберкулез как проблему здравоохранения. Информация доступна на веб-сайте программы «Остановить туберкулез» по адресу www.stoptb.org. В рамках программы разработана стратегия по контролю за туберкулезом. С Глобальным планом «Остановить туберкулез» на 2006—2015 годы можно ознакомиться по адресу www.stoptb.org/globalplan. Руководство и инструменты для подготовки заявок на финансирование деятельности в этой области в Глобальный фонд представлены по адресу www.who.int/tb/dots/planningframeworks/en/.

Ресурсы и источники по малярии. Партнерство «Снизим заболеваемость малярией». Партнерство за снижение уровня заболеваемости малярией (СЗМ) является глобальной структурой с задачей осуществлять координированные действия против малярии. Больше информации по СЗМ можно получить по адресу www.rollbackmalaria.org. Партнерство СЗМ подготовило Глобальный стратегический план на 2005—2015 годы, с которым можно ознакомиться по адресу www.rollbackmalaria.org/forumV/docs/gsp_en.pdf, и Глобальный план действий по борьбе с малярией, который размещен на www.rollbackmalaria.org/gmap/index.

Ресурсы и источники по укреплению системы здравоохранения (УСЗ). Перед проведением 7-го раунда Глобальный альянс работников здравоохранения (www.healthworkforce.info/advocacy),

⁸ ЮНЭЙДС (UNAIDS) является агентством ООН.: www.unaids.org; партнерство «Остановить ТБ» (the STOP TB Partnership) представляет собой коалицию нескольких организаций, включая ВОЗ, ряда фондов и НПО: www.stoptb.org/; партнерство «Снизим заболеваемость малярией» (the Roll Back Malaria Partnership) является коалицией нескольких организаций, включая ряд агентств ООН, партнеров по реализации проекта и НПО: www.rollbackmalaria.org.

⁹ В соответствии с позицией Глобального фонда в отдельных случаях некоторые из этих партнеров также могут оказывать финансовое содействие соискателям во время составления заявок, включая помощь СКК, Суб-СКК и РКК по приведению их документации в соответствие с основными шестью требованиями, предъявляемыми к координационным комитетам.

глобальное партнерство, созданное в мае 2006 года ВОЗ с целью решения проблемы нехватки работников здравоохранения в мире, обратилось к подателям заявок на финансирование в Глобальный фонд с призывом включать в свои заявки мероприятия, направленные на укрепление систем здравоохранения. В обращении Альянса говорится, что ресурсы Глобального фонда «можно использовать для привлечения критических инвестиций для работников здравоохранения, которые необходимы для концентрации усилий в борьбе с [тремя] болезнями, включая финансирование части национальной стратегии в отношении работников здравоохранения». Кроме того, в обращении Альянса указывается, что: например, в 2005 году Малави использовала Фонд для частичной поддержки своей Чрезвычайной программы по человеческим ресурсам, что включало в себя увеличение потенциала по начальному профессиональному обучению медработников и наем на работу, обучение и выплату зарплат ... сотен медсестер, докторов, среднего медицинского персонала, адвокатов и большого количества работников служб здравоохранения по территориальному признаку. Кроме этого, Фонд в инновационных целях использовался и для укрепления систем здравоохранения, что включало поддержку программ страхования от болезней в общинах, а также электрификацию и ремонт медицинских учреждений. В тех случаях, когда эти задачи можно увязать с борьбой против целевых болезней, которую финансирует Фонд, он может также оказать помощь странам в вопросах общего планирования в секторе здравоохранения и поощрения медицинских работников.

Органы технической поддержки ЮНЭЙДС (ОТП) состоят из небольших управленческих команд, которые работают в принимающих региональных учреждениях, основной целью которых является обеспечение доступа партнеров в странах к технической поддержке. Помимо развития потенциала национальных и региональных организаций эффективно противостоять распространению эпидемии СПИДа, ОТП также осуществляют конкретные программы по укреплению потенциала для партнеров и консультантов в соответствующих странах.

Особенности перехода к единому потоку финансирования. Правление Глобального фонда одобрило новую архитектуру финансирования,

стержнем которой является концепция единого потока финансирования для одной болезни и одного реципиента. Согласно этой концепции, если в данный момент существует несколько грантов на одну и ту же болезнь для одного и того же основного реципиента, гранты будут консолидироваться в один грант. А в будущем, если данному ОР и на данную болезнь будет выделяться дополнительное финансирование, то оно будет просто присоединяться к уже существующему гранту.

Переход к системе единого потока финансирования будет происходить постепенно в течение следующих 18 месяцев. В течение этого времени страны будут иметь возможность консолидировать несколько грантов в один в соответствии с указанными параметрами. Эта процедура будет применяться и в случаях, когда соглашение о предоставлении гранта или дополнении к соглашению о предоставлении гранта уже подписаны. Кроме того, они будут распространяться и на вновь подписанные заявки на финансирование. В течение 10 раунда такая консолидация будет оставаться на усмотрение подателей заявок, а для 11 раунда она будет уже обязательной.

Если кандидат на финансирование выражает намерение консолидировать гранты при подаче заявки в 10 раунде, тогда ему необходимо подать «консолидированную заявку». В консолидированной заявке должна содержаться просьба о выделении нового финансирования для выполнения новых программ. При этом в бюджете заявки следует также указать неиспользованные суммы из уже полученных грантов (по одной и той же болезни и одному ОР).

Пока нет точной информации, как это будет осуществляться в 10 раунде. Возможно, кандидаты на финансирование, которые будут подавать консолидированную заявку, должны будут использовать форму, отличную от той, которую будут подавать кандидаты, подающие «обычную» заявку. Глобальный фонд может опубликовать информацию относительно конкретной процедуры подачи заявки в любое время, но не ранее того момента, когда будет официально объявлено начало 10 раунда.

Обращаем ваше внимание, что подача консолидированной заявки не является обязательной в 10 раунде.

Окончание следует

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

**У мужчин, чьи жены беременны,
в два раза увеличивается риск заражения ВИЧ**

Исследование, в котором принимали участие более 3000 пар из Африки, показало, что у мужчин в два раза увеличивается риск заражения ВИЧ, если их партнерша бере-

менна. Исследователи также подтвердили, что во время беременности женщины более восприимчивы к ВИЧ-инфекции. Ученые считают, что изменения в иммунной системе беременной женщины могут внести свой вклад в повышение риска заражения ВИЧ ее партнера.

lenta.co.il



8 800 200 5555

РАВНЫЙ-РАВНОМУ

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ-ПОЛОЖИТЕЛЬНОМУ

ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ

«ШАГИ»

www.hiv-aids.ru

С газетой «Шаги экспресс»



к здоровому образу жизни