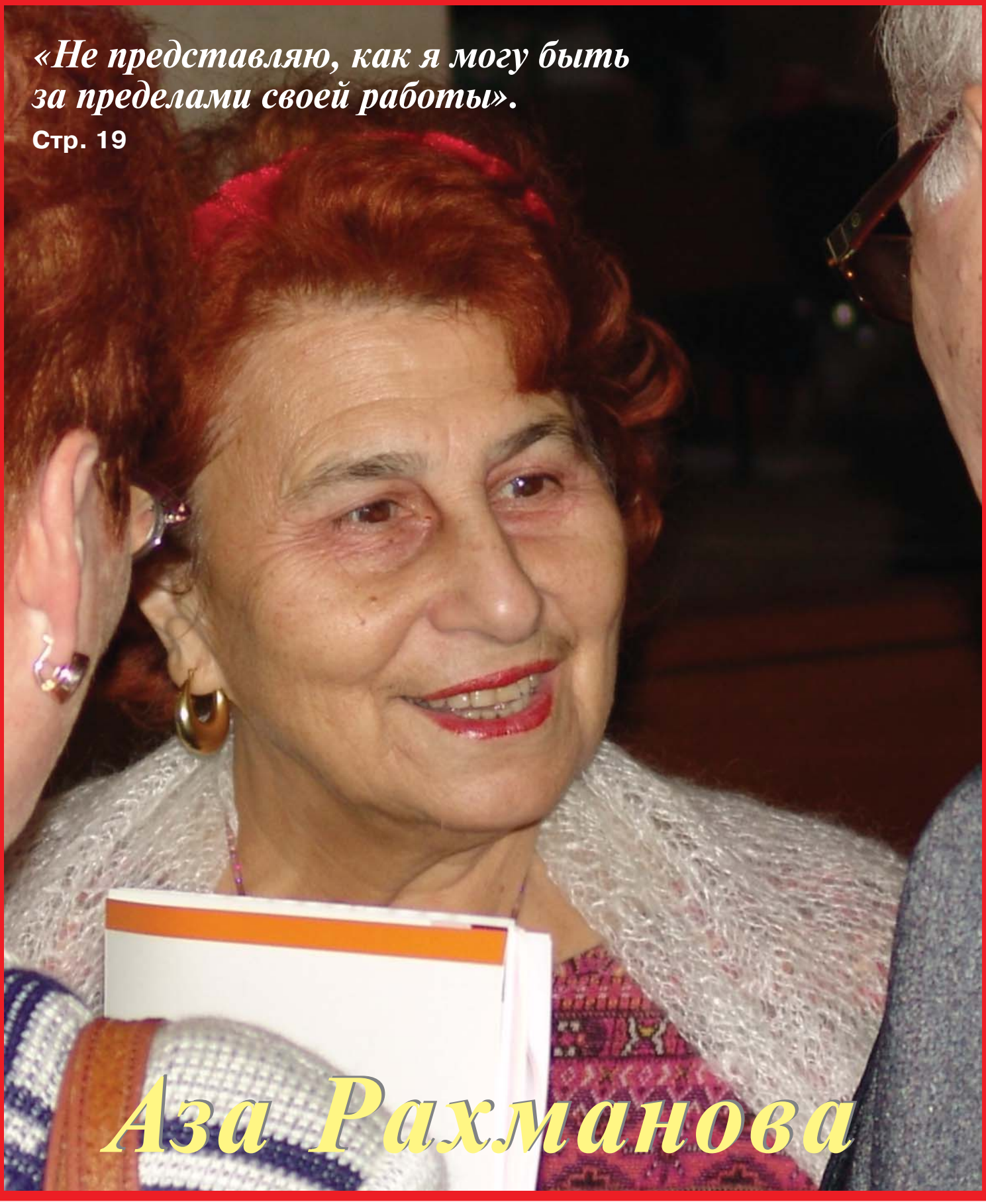
ШАГИ

№ 2/2008

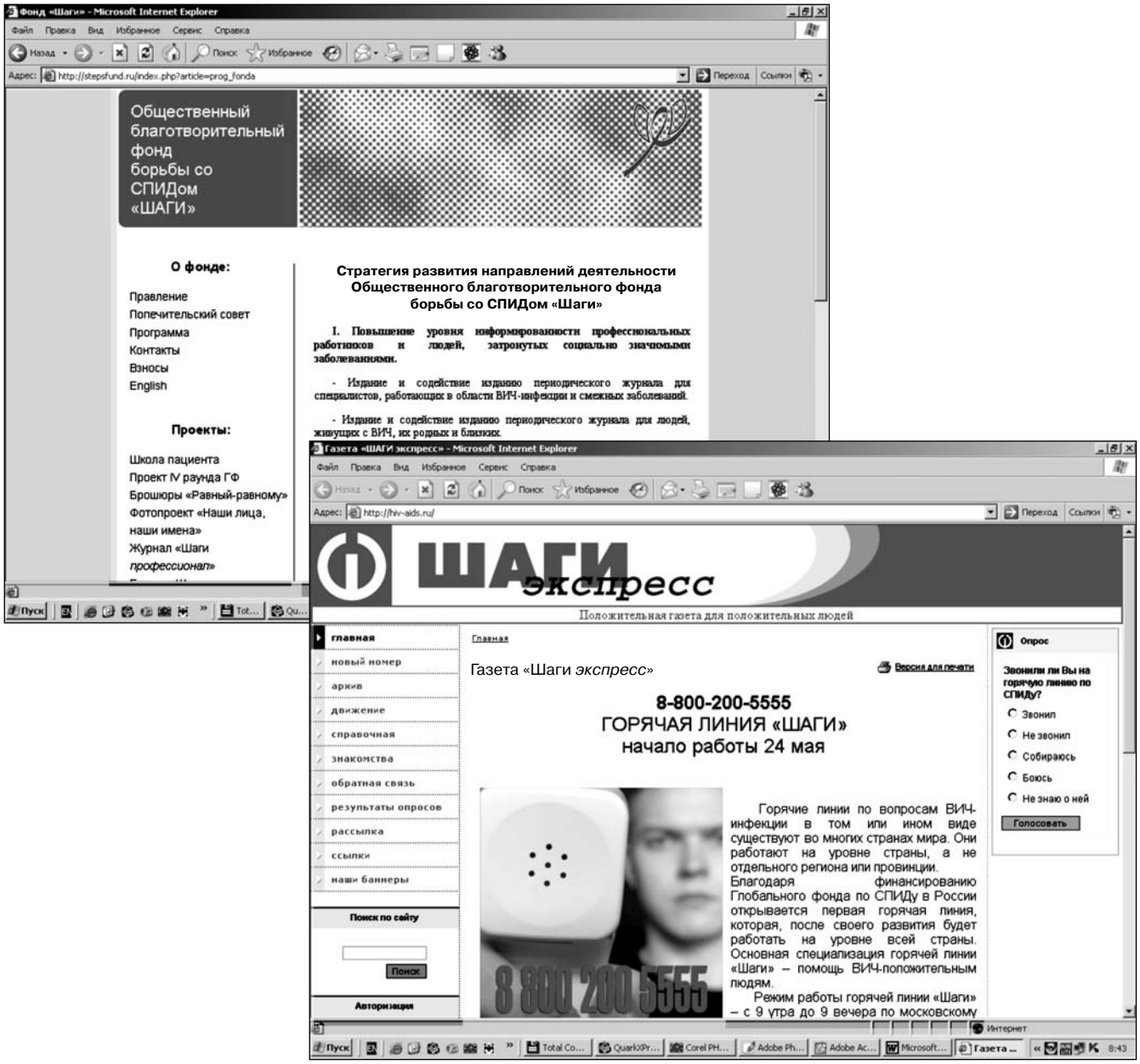
профессионал



«Не представляю, как я могу быть за пределами своей работы».

Стр. 19

Аза Рахманова



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

www.stepsfund.ru

www.hiv-aids.ru

ШАГИ *профессионал* № 2/2008

Журнал для специалистов, работающих в области ВИЧ/СПИДа и ассоциированных заболеваний

СОДЕРЖАНИЕ

Документы

Письмо Роспотребнадзора «О Второй международной конференции по ВИЧ/СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии» 2

Селекторное совещание Г. Онищенко 3

Протокол заседания Координационного совета по проблемам ВИЧ/СПИДа Минздравсоцразвития РФ от 21 января 2008 г. 5

Постановление Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2007 г. № 1011 7

Приложение к протоколу заседания коллегии Роспотребнадзора от 14 марта 2008 г. 12

Лица

А.Г. Рахманова: «Не представляю, как я могу быть за пределами своей работы» 19

Обзоры мировых медицинских журналов 34

В помощь психологу

Синдром эмоционального сгорания (*окончание*) 51

Конференции

XV Конференция по ретровирусам и оппортунистическим инфекциям (КРОИ) (*Бостон,США, февраль 2008 г. Ежедневник новостей с конференции*) 57

Проза

Оркестр продолжал играть... (*отрывки из книги Р. Шилтса*) 66

Даты

24 марта – Всемирный день борьбы с туберкулезом 77

Исследования

Особенности течения хронического гепатита С у ВИЧ-инфицированных наркопотребителей (научный отчет)

Л.Г. Горячева, Е.Н. Виноградова, Т.М. Сологуб, А.А. Яковлев, С.Ю. Романова, Г.В. Волкова, Р.М. Ниязов, И.В. Шилова, Л.А. Коваленко, В.А. Исаков, В.В. Иванова 83

Вести отовсюду 11, 18, 50, 56, 82, 96

«ШАГИ *профессионал*» № 2 (12) 2008 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, Е.А. Токаренко.

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

Электронная почта: editor@hiv-aids.ru

Интернет-версия по адресу: www.stepsfund.ru

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

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

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

МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА (РОСПОТРЕБНАДЗОР)

14.01.2008 № 01/52-8-32

Руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации
Руководителям Управлений Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации

О Второй международной конференции по ВИЧ/СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека сообщает, что 3–5 мая 2008 года в Москве состоится Вторая международная конференция по ВИЧ/СПИДу в странах Восточной Европы и Центральной Азии. Конференция организуется федеральными органами исполнительной власти Российской Федерации при поддержке Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу, Международного общества по СПИДу (ЮНЭЙДС) и Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Конференция соберет 2000 делегатов России, государств-участников СНГ и других стран и станет крупнейшим региональным форумом, где встретятся для обсуждения проблемы ВИЧ/ СПИДа и совместной выработки решений политические деятели, организаторы здравоохранения, медицинские профессионалы, ученые, представители профильных международных организаций, работающих в регионе, а также представители некоммерческих организаций и гражданского общества.

Особое внимание в ходе конференции будет уделено эффективности мер по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа, реализуемых на национальном и региональном уровнях, в том числе в Российской Федерации в рамках Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения.

В ходе форума планируется отразить и обсудить все аспекты противодействия эпидемии во время пленарных заседаний, сателлитных мероприятий и семинаров, которые будут дополнены широким спектром информационных материалов. Конференция предоставит беспрецедентную возможность диалога и обмена опытом и передовыми практиками на региональном уровне для политических деятелей, врачей, ученых, представителей общественных и международных организаций, людей, живущих с ВИЧ, вовлеченных в работу по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции в регионе Восточной Европы и Центральной Азии.

В связи с вышесказанным, а также в соответствии с решением Правительственной комиссии по вопросам профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции (Протокол заседания от 27.11.2007 №2, пункт 2.3) Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека просит обеспечить направление делегаций от субъектов Российской Федерации для участия в указанной конференции.

Учитывая значительный интерес, проявленный к участию в конференции со стороны других государств региона Восточной Европы и Центральной Азии и международных организаций, и ограниченное количество возможных участников конференции, просим обеспечить формирование и регистрацию участников от субъектов Российской Федерации в кратчайшие сроки.

В делегацию, представляющую субъект Российской Федерации, рекомендуем включить представителей органов управления здравоохранением на уровне руководителя или заместителя руководителя, сотрудников Управлений Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации, главных врачей и других представителей региональных Центров по профилактике и борьбе со СПИДом, а также представителей других организаций и учреждений, участвующих в реализации Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения по компоненту профилактики, диагностики и лечения ВИЧ/СПИДа и вирусных гепатитов В и С.

Регистрация для участия в конференции осуществляется через сайт конференции www.eecaac.org. Информацию о составах делегаций субъекта Российской Федерации после регистрации участников просим направить в Роспотребнадзор по факсу: 8(499)973-1563 или по электронной почте aidscouncil@gsen.ru.

Представители субъектов Российской Федерации также могут принять участие в конференции в качестве докладчиков или представить постерную презентацию. Процедура подачи тезисов и заявок на проведение постерной презентации размещена на вышеуказанной интернет-странице.

Расходы, связанные с регистрацией и участием в конференции, просим осуществить за счет направляющей стороны.

Дополнительную информацию можно получить в секретариате конференции по телефону 8(495)382-8822 доб.104 или по электронной почте info2008@infoshare.ru

Руководитель
Г. Г. Онищенко

Пресс-служба Роспотребнадзора:

«14 января 2008 г. руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Геннадий Онищенко провел селекторное совещание».

14 января 2008 г. руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Геннадий Онищенко провел селекторное совещание по вопросам: проведение лечения ВИЧ-инфицированных в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения; о ходе иммунизации населения против вирусного гепатита В и организации лечения больных гепатитом В в «пилотных» субъектах Российской Федерации; о профилактике гриппа.

В работе селекторного совещания приняли участие представители органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, руководители органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, руководители управлений Роспотребнадзора и главные врачи ФГУЗ «Центры гигиены и эпидемиологии» в субъектах Российской Федерации.

На селекторном совещании было отмечено, что в Российской Федерации с момента начала регистрации по 31 декабря 2007 г. зарегистрировано 408 535 ВИЧ-инфицированных, из них – 2719 детей, среди которых 1297 – рождены ВИЧ-инфицированными матерями.

Стадия СПИД диагностирована у 3652 ВИЧ-инфицированных, из них у 235 детей.

Субъекты с наибольшим количеством зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции: Санкт-Петербург (35 322), Свердловская (34 100), Московская (31 110), Самарская (30 418) области, Москва (29 906), Иркутская (22 867), Челябинская (17 905), Оренбургская (16 752), Ленинградская (12 295) области, Ханты-Мансийский автономный округ (11 155).

Основными задачами Приоритетного национального проекта по обеспечению лечения ВИЧ-инфицированных в 2007 г. являлись: обследование населения на ВИЧ-инфекцию с профилактической целью 22 млн человек; охват антиретровирусной терапией 30 тыс. ВИЧ-инфицированных, нуждающихся в лечении.

По данным, представленным субъектами Российской Федерации по состоянию на 31.12.2007 г.:

- обследовано с профилактической целью на ВИЧ-инфекцию 23 821 362 граждан Российской Федерации;
- 30 526 ВИЧ-инфицированных получают антиретровирусную терапию;
- 3743 ВИЧ-позитивных проходят курс лечения антиретровирусными препаратами в учреждениях Федеральной службы исполнения наказаний из 5476, нуждающихся в лечении, охват составляет 68,3%;
- 6239 ВИЧ-инфицированных беременных женщин получили полный курс химиопрофилактики в течение 2007 г. из 8606, подлежащих проведению химиопрофилактики, что составило 72,5%;
- 1253 ребенка, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, получают курс антиретровирусной терапии в 2007 году из 1304, подлежащих лечению, охват составляет 96,1%;
- 251 515 ВИЧ-позитивных граждан находятся на диспансерном наблюдении из 320 205, подлежащих лечению, что составляет 78,5%. Из них поставлено на диспансерный учет в 2006 г. 42 629 ВИЧ-инфицированных, в 2007 году – 59 540 человек.
- проведено 232 179 исследований по определению вирусной нагрузки и 308 909 исследований по определению иммунного статуса. 92,3% ВИЧ-инфицированных, состоящих на диспансерном учете, обследованы на вирусную нагрузку, а обследования на иммунный статус имеют более одного раза 57 394 ВИЧ-инфицированных или 22,8% от состоящих на диспансерном наблюдении.

Количество ВИЧ-инфицированных, прервавших курс лечения антиретровирусными препаратами по различным причинам, составило в 2007 г. 2990 человек (9,8% от получающих терапию по России).

По данным ФГУП «РО «Медтехснаб на 24.12.2007г. поставки антиретровирусных препаратов и препаратов для лечения вирусных гепатитов В и С, диагностических тест-систем для определения ВИЧ-инфекции и контроля лечения вирусных гепатитов В и С осуществлены в полном объеме (100%).

В целях подготовки заявок на 2008 г. Федеральным научно-методическим центром по профилактике и борьбе со СПИДом разработаны рекомендации по соотношению и объемам закупок препаратов для антиретровирусной терапии взрослых, подростков и детей старше 6 лет.

По информации, представленной органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и управлениями Роспотребнадзора по субъектам Российской Федера-

ции, в рамках Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения по состоянию на 1 января 2008 г. охват профилактическими прививками против вирусного гепатита В взрослого населения в возрасте от 18 до 35 лет 3-кратной иммунизаций составил 47,4%, в том числе: план прививки 13 480 473 чел., первая – 11 908 459 (88,3%), вторая – 10 692 619 (79,3%), третья – 6 393 429 (47,4%).

По федеральным округам высокие показатели охвата прививками против гепатита В взрослого населения отмечаются в Северо-Западном, Центральном, Южном и Приволжском федеральных округах.

1 января 2008 г. завершена иммунизация против гепатита В в 11 субъектах Российской Федерации: Белгородской, Брянской, Курской, Липецкой, Вологодской, Новгородской, Ростовской, Самарской областях, Санкт-Петербурге, Чеченской Республике, Чукотском АО.

Охват 3-кратной иммунизацией против гепатита В от 85 до 98% зарегистрирован в 7 субъектах и завершить иммунизацию планируется в январе 2008 г. (Рязанская, Ленинградская области, Ставропольский край, Волгоградская область, Республика Мордовия, Ханты-Мансийский АО, Усть-Ордынский Бурятский АО).

В остальных субъектах Российской Федерации охват 3-кратной иммунизацией от 85% и ниже.

По информации управлений Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации в декабре 2007 г. для завершения иммунизации взрослых не поступила вакцина в следующие субъекты: Иркутская, Кемеровская, Омская, Томская области и Красноярский край.

На 1 января 2008 г. охват прививками детей и подростков в возрасте от 1 года до 17 лет, подлежащих дополнительной иммунизации в 2007 г. составил: план прививки – 1 048 078 чел., первая – 756 384 (72,2%), вторая – 558 367 (53,3%), третья – 481 716 (44,9%).

Завершена дополнительная иммунизация в 27 субъектах: Белгородской, Воронежской, Калужской, Костромской, Орловской, Рязанской, Смоленской, Волгоградской, Кировской, Саратовской, Самарской, Тамбовской, Псковской, Иркутской, Омской, Тульской областях, Карелии, Республике Ингушетия, Республике Татарстан, Республике Марий Эл, Удмуртии, Чувашской Республике, Ханты-Мансийском АО, Республике Алтай, Республике Хакасия, Республике Саха, Хабаровском крае.

В остальных субъектах Российской Федерации дополнительная иммунизация детей и подростков, подлежащих прививкам в 2007 г. в рамках Приоритетного национального проекта, в связи с поздними сроками поступления вакцины будет завершена в 1 квартале 2008 г.

В декабре 2007 г. не поступила вакцина для иммунизации детского населения: в Кабардино-Балкарскую и Карачаево-Черкесскую республики, Кемеровскую, Мурманскую, Ростовскую и Тверскую области, Краснодарский край, Республику Башкортостан, Республику Дагестан.

В декабре 2007 г. завершена в полном объеме поставка лекарственных препаратов и диагностических средств для лечения хронических вирусных гепатитов в пилотные субъекты Российской Федерации для лечения 8400 больных.

В настоящее время по данным ежемесячного мониторинга проводится лечение 1952 пациент. Активно начата работа по подбору пациентов в Краснодарском и Красноярском краях, Санкт-Петербурге, Ульяновской, Читинской областях, Республике Татарстан.

В январе 2008 г. будет организовано лечение больных в следующих территориях: Архангельской, Брянской, Кемеровской, Ростовской областях, Усть-Ордынском АО.

Практически во всех пилотных территориях созданы комиссии по назначению лечения гепатитов под руководством главных инфекционистов субъектов. Закуплены диагностические препараты для определения гормонов щитовидной железы, подписаны договоры с медицинскими центрами, в которых проводятся эти исследования.

В 2008 г. планируется обеспечить антиретровирусной терапией в рамках Приоритетного национального проекта 3600 больных ВИЧ-инфекцией в сочетании с гепатитами В и С, а также больных гепатитами В и С, остро нуждающихся в терапии и имеющих высокую приверженность к лечению.

По данным оперативного мониторинга по состоянию на 11 января 2008 г. в Российской Федерации в рамках Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения против гриппа привито 24 875 895 чел., что составляет 97,88% от числа подлежащих иммунизации.

Дополнительно за счет других источников финансирования привито еще 5 375 929 чел. Таким образом, суммарный охват прививками против гриппа составляет 21,01% от численности населения страны. В 70 субъектах Российской Федерации вакцинация завершена.

Завершается иммунизация против гриппа прививками в рамках национального проекта в 15 субъектах (охват 90% и более).

В настоящее время заболеваемость гриппом суммарно по всему населению в Российской Федерации ниже эпидемических порогов.

МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА (РОСПОТРЕБНАДЗОР)

Протокол заседания Координационного совета по проблемам ВИЧ/СПИДа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

21 января 2008 г.

Председательствовал
Г.Г. Онищенко – руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, главный государственный санитарный врач Российской Федерации, председатель Совета.

Присутствовали:
члены Координационного совета – Алексеева Е.Г., Алешина Е.Н., Бобрик А.В., Вольнов В.В., Величкина Ю.В., Гериш А.А., Гришин М.В., Голиусов А.Т., Донин В.М., Кузнецова А.С., Мельникова Т.Н., Наркевич М.И., Островский Д.В., Перышкина Е.Н., Покровский В.И., Пчелин И.В., Смоленский В.Ю., Таджиев И.Е., Утюгова В.Н., Харченко В.С., Ходакевич Н.Л., Хомчик Т.Н., Чернов А.С.

представители международных, научных и общественных организаций и учреждений ответственные работники федеральных органов исполнительной власти – Дьячкова В.В., Горчева Л.Г., Лиза Карти, Камалдинов Д.О., Карева А.А., Коржаева Н.А., Котлова Т.Н., Кудрявцева Е.Ю., Кузнецова Ю.Е., Могильный В.Н., Синелина И.А., Романова О.Л., Рукавишников М.В., Непомнящих Ю.А., Шегай М.М., Семенченко М.В. Лазикова Г.Ф., Дементьева Л.А., Середа З.С., Шлемская В.В.

1. О результатах реализации Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения по компоненту «Профилактика, диагностика и лечение ВИЧ-инфекции»

(Дементьева, Островский, Пчелин, Гришин, Шегай, Рукавишников, Алексеева, Мельникова, Романова, Камалдинов, Непомнящих, Синелина, Онищенко)

1.1. Принять к сведению информацию о результатах реализации Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения по компоненту «Профилактика, диагностика и лечение ВИЧ-инфекции».

1.2. Отметить, что в 2007 г. в результате реализации Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения (далее ПНП) в Российской Федерации проведено более 23 млн обследований на ВИЧ-инфекцию, антиретровирусное лечение начали получать 30 526 пациентов, из которых 3743 – в учреждениях ФСИН России, охват диспансеризацией пациентов с ВИЧ-инфекцией увеличился до 78,5% процентов, 6239 ВИЧ-инфицированных беременных женщин получили полный курс медикаментозной профилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции. Также в рамках ПНП проводится организационно-методическая работа, включая внедрение в практику стандартов по оказанию медицинской помощи взрослым и детям, больным ВИЧ-инфекцией, проведение совместно с неправительственными организациями (НПО) работы по повышению доверия ВИЧ-инфицированных к системе здравоохранения и увеличению охвата групп риска программами по профилактике ВИЧ-инфекции, внедряются в практику программы по социальной помощи и поддержке при ВИЧ-инфекции, включая программы по паллиативной помощи, повышению приверженности при лечении ВИЧ-инфицированных антиретровирусными препаратами. Увеличился охват населения информационными компаниями по профилактике ВИЧ/СПИДа и повысилось качество предоставляемой информации. В поддержку мероприятий, осуществляемых в рамках ПНП организован Автопробег «СПИД–СТОП!».

1.3. Отметить, что в рамках реализации ПНП и проектов Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией совместными усилиями государственных и неправительственных организаций разработаны и успешно опробованы на практике эффективные технологии обеспечения приверженности антиретровирусной терапии у ВИЧ-инфицированных пациентов, включающие формирование мультипрофессиональных команд, внедрение консульти-

рования по принципу «равный–равному», предкурсовые подготовительные программы для пациентов с ВИЧ-инфекцией по приему антиретровирусных препаратов.

1.4. Признать, что несмотря на достижения в области профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации остается ряд задач, требующих неотложного решения. Так, в 2007 г. прекратили получать антиретровирусную терапию по разным причинам более 2900 человек (около 10% от общего числа, находящихся на лечении), более 68 600 пациентов с ВИЧ-инфекцией не охвачены диспансерным наблюдением, т.е. не получили доступ к услугам системы здравоохранения для прохождения необходимых исследований и предоставления лечения. Отсутствует система взаимного учета больных, получающих антиретровирусную терапию за счет финансирования из разных источников: федеральный бюджет в рамках ПНП, бюджеты субъектов Российской Федерации и проекты Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией. Недостаточно развиты механизмы взаимодействия инфекционной и наркологической службы, а также система доверенных врачей и консультирования ВИЧ-инфицированных граждан, с целью привлечения их в систему здравоохранения для оказания необходимой помощи. Взаимодействие между лечебно-профилактическими учреждениями и НПО на региональном уровне с целью расширения доступа к системе здравоохранения для ВИЧ-инфицированных носит несистематический характер.

1.5. Отметить, что достижение поставленных целей ПНП по обеспечению качественным лечением всех нуждающихся ВИЧ-инфицированных пациентов, улучшению охвата диспансеризацией, формированию приверженности лечению антиретровирусной терапией, а также предоставлению паллиативной помощи и социальной поддержки требует дальнейшего развития сотрудничества в практической плоскости между государственными и неправительственными организациями, в особенности на региональном и муниципальном уровне.

Считать целесообразным проведение оценки организационных возможностей НПО, осуществляющих деятельность по профилактике ВИЧ-инфекции и оказанию помощи ВИЧ-инфицированным пациентам в Российской Федерации, с целью расширения их участия в мероприятиях Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения.

1.6. Членам Координационного совета подготовить предложения по обеспечению дальнейшей реализации доказавших свою эффективность проектов, направленных на улучшение качества оказываемой помощи ВИЧ-инфицированным, осуществляемых в рамках реализации программы «Глобус» Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией.

1.7. Считать необходимым совершенствование механизмов оценки эффективности программ по профилактике ВИЧ-инфекции, в особенности, направленных на информирование населения путем проведения широкомасштабных информационных кампаний и акций. Просить организаторов Автопробега «СПИД–СТОП!» представить в Координационный совет предложения по оценке эффективности проведенных в рамках данной акции мероприятий.

1.8. Секретариату при участии членов Координационного совета подготовить план работы Координационного совета по проблемам ВИЧ/СПИДа Минздравсоцразвития России на 2008 г.

1.9. Предусмотреть в плане работы на 2008 г. отчет Международной организации труда в России по реализации программ по профилактике ВИЧ-инфекции на рабочих местах, проекта «ХОУП» по реализации программ по профилактике ВИЧ-инфекции среди учащейся молодежи, фонда «Российское здравоохранение» по реализации проекта в рамках IV раунда Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией.

2. О Второй международной конференции по вопросам ВИЧ/СПИД в странах Восточной Европы и Центральной Азии в 2008 году
(Перышкина, Гериш, Семенченко, Онищенко)

2.1. Принять к сведению информацию по данному вопросу и одобрить работу по подготовке к проведению Второй международной конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в странах Восточной Европы и Центральной Азии 3–5 мая 2008 г., проводимой в рамках реализации инициатив Российской Федерации по борьбе с инфекционными болезнями, одобренных саммитом «Группы восьми» в Санкт-Петербурге.

2.2. Направить в адрес Минобразования и науки Российской Федерации информацию о проведении Второй международной конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в странах Восточной Европы и Центральной Азии с предложением об активизации участия в конференции специалистов системы образования.

2.3. Просить Минобрнауки России (Гериш А.А.) совместно с секретариатом Конференции (Перышкина Е.Н.) активизировать работу по вовлечению специалистов системы образования в мероприятия по проведению Конференции.

2.4. Просить членов Координационного совета оказывать необходимое содействие в организации и проведении конференции.

3. Об участии фонда «Российское здравоохранение» в реализации программ профилактики ВИЧ-инфекции, выполняемых в рамках IV раунда Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией в Российской Федерации в 2007 г. и планах на 2008 г.
(Шегай, Онищенко)

3.1 Принять к сведению информацию о реализации профилактических программ в рамках проектов, финансируемых за счет средств Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, и участии в реализации данных программ общественных организаций и объединений.

4. О реализации фондом «Открытый институт здоровья населения» проекта «Глобус» в Российской Федерации
(Бобрик, Онищенко)

4.1. Принять к сведению информацию о реализации проекта «Глобус» в Российской Федерации, финансируемого за счет средств Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Главный государственный санитарный врач Российской Федерации.

Г. Г. Онищенко

* * *

Постановление Правительства Российской Федерации

от 29 декабря 2007 г. № 1011 **Москва**

Опубликовано 2 февраля 2008 г.

«О централизованной закупке в 2008 году за счет ассигнований федерального бюджета диагностических средств и антиретровирусных препаратов для профилактики, выявления и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, а также оборудования и расходных материалов для неонатального и аудиологического скрининга в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения, и об их передаче в федеральные учреждения здравоохранения (учреждения, оказывающие медицинскую помощь), подведомственные федеральным органам исполнительной власти и Российской академии медицинских наук, а также в собственность субъектов Российской Федерации с последующей их передачей при необходимости в собственность муниципальных образований»

В соответствии со статьей 10 Федерального закона «О федеральном бюджете на 2008 год и на плановый период 2009 и 2010 годов» Правительство Российской Федерации **постановляет:**

1. Утвердить прилагаемые:

Правила направления в 2008 г. ассигнований федерального бюджета на централизованную закупку диагностических средств и антиретровирусных препаратов для профилактики, выявления и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, а также оборудования и расходных материалов для неонатального и аудиологического скрининга в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения;

Правила передачи в 2008 г. диагностических средств и антиретровирусных препаратов для профилактики, выявления и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, оборудования и расходных материалов для неонатального и аудиологического скрининга в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения в федеральные учреждения здравоохранения (учреждения, оказывающие медицинскую помощь), подведомственные федеральным органам исполнительной власти и Российской академии медицинских наук, а также в собственность субъектов Российской Федерации с последующей передачей при необходимости в собственность муниципальных образований;

перечень централизованно закупаемых в 2008 г. за счет ассигнований федерального бюджета диагностических средств, применяемых в целях выявления лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С;

перечень централизованно закупаемых в 2008 г. за счет ассигнований федерального бюджета антиретровирусных препаратов для профилактики и лечения лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, и препаратов для лечения лиц, больных гепатитами В и С;

перечень централизованно закупаемых в 2008 г. за счет ассигнований федерального бюджета оборудования и расходных материалов для неонатального скрининга в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения;

перечень централизованно закупаемых в 2008 г. за счет ассигнований федерального бюджета оборудования и расходных материалов для аудиологического скрининга в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения.

2. Федеральному агентству по здравоохранению и социальному развитию осуществить в установленном законодательством Российской Федерации порядке централизованную закупку диагностических средств, антиретровирусных препаратов, оборудования и расходных материалов для неонатального и аудиологического скрининга в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения, включая доставку, монтаж и пусконаладочные работы, в соответствии с перечнями, утвержденными настоящим постановлением, для федеральных учреждений здравоохранения (учреждений, оказывающих медицинскую помощь), подведомственных Федеральной службе исполнения наказаний, Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федеральному медико-биологическому агентству, Федеральному агентству по здравоохранению и социальному развитию и Российской академии медицинских наук, а также для учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации и муниципальных учреждений здравоохранения.

Председатель Правительства
Российской Федерации
В. Зубков

Правила направления в 2008 г. ассигнований федерального бюджета на централизованную закупку диагностических средств и антиретровирусных препаратов для профилактики, выявления и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, а также оборудования и расходных материалов для неонатального и аудиологического скрининга в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения

1. Настоящие Правила устанавливают порядок направления в 2008 г. ассигнований федерального бюджета, предусмотренных Федеральному агентству по здравоохранению и социальному развитию на централизованную закупку диагностических средств и антиретровирусных препаратов для профилактики, выявления и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, а также оборудования и расходных материалов для неонатального и аудиологического скрининга в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения (далее – диагностические средства, антиретровирусные препараты, оборудование и расходные материалы).

2. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, Федеральная служба исполнения наказаний, Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федеральное медико-биологическое агентство, Российская академия медицинских наук, федеральные учреждения здравоохранения, подведомственные Федеральному агентству по здравоохранению и социальному развитию, представляют не позднее 20 февраля в Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию в соответствии с перечнями, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2007 г. № 1011, заявки на поставку диагностических средств, антиретровирусных препаратов, оборудования и расходных материалов в подведомственные учреждения с указанием вида диагностических средств, антиретровирусных препаратов, оборудования и расходных материалов и объема поставок.

3. Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию в порядке, установленном Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, рассматривает представленные в соответствии с пунктом 2 настоящих Правил заявки, утверждает объемы поставок диагностических средств, антиретровирусных препаратов, оборудования и расходных материалов и направляет сведения об утвержденных объемах таких поставок в федеральные органы исполнительной власти, указанные в пункте 2 настоящих Правил, Российскую академию медицинских наук и органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения.

4. В соответствии с утвержденными объемами поставок диагностических средств, антиретровирусных препаратов, оборудования и расходных материалов Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию осуществляет в установленном законодательством

Российской Федерации порядке размещение заказов на централизованные поставки таких средств, препаратов, оборудования и материалов путем проведения торгов и заключает государственные контракты на их поставку.

5. При размещении заказов на централизованные поставки диагностических средств, антиретровирусных препаратов, оборудования и расходных материалов Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию должно предусматривать в государственных контрактах на их поставку следующие условия:

а) обеспечение доставки диагностических средств, антиретровирусных препаратов, оборудования и расходных материалов в конкретные федеральные учреждения здравоохранения (учреждения, оказывающие медицинскую помощь), подведомственные федеральным органам исполнительной власти, указанным в пункте 2 настоящих Правил, и Российской академии медицинских наук, в учреждения здравоохранения субъектов Российской Федерации и муниципальные учреждения здравоохранения, а также осуществление монтажа соответствующего оборудования и пусконаладочных работ;

б) осуществление оплаты Федеральным агентством по здравоохранению и социальному развитию диагностических средств, антиретровирусных препаратов, оборудования и расходных материалов, закупленных в соответствии с заключенными государственными контрактами, на основании оформленных в установленном порядке товарно-транспортной накладной (товарной накладной), актов приема-передачи, подтверждающих их поставку в учреждения-получатели, а также актов ввода оборудования в эксплуатацию.

Правила передачи в 2008 г. диагностических средств и антиретровирусных препаратов для профилактики, выявления и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, оборудования и расходных материалов для неонатального и аудиологического скрининга в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения, в федеральные учреждения здравоохранения (учреждения, оказывающие медицинскую помощь), подведомственные федеральным органам исполнительной власти и Российской академии медицинских наук, а также в собственность субъектов Российской Федерации с последующей передачей при необходимости в собственность муниципальных образований

1. Настоящие Правила устанавливают порядок и условия передачи приобретенных в 2008 г. за счет ассигнований федерального бюджета диагностических средств и антиретровирусных препаратов для профилактики, выявления и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, а также оборудования и расходных материалов для неонатального и аудиологического скрининга в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения (далее – имущество) в федеральные учреждения здравоохранения (учреждения, оказывающие медицинскую помощь), подведомственные Федеральной службе исполнения наказаний, Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федеральному медико-биологическому агентству, Федеральному агентству по здравоохранению и социальному развитию и Российской академии медицинских наук (далее – федеральные учреждения), а также в собственность субъектов Российской Федерации с последующей передачей при необходимости в собственность муниципальных образований.

2. В соответствии с государственными контрактами на поставку имущества, заключенными Федеральным агентством по здравоохранению и социальному развитию с организациями, осуществляющими эту поставку (далее – организации-поставщики), имущество доставляется в учреждения здравоохранения субъектов Российской Федерации и муниципальные учреждения здравоохранения, а также в федеральные учреждения (далее – учреждения-получатели).

3. Учреждения-получатели принимают на учет имущество, поставленное организацией-поставщиком, и обеспечивают его сохранность с момента получения.

4. Учреждения-получатели в течение 2 рабочих дней с даты поставки имущества (ввода в эксплуатацию оборудования) направляют в федеральные органы исполнительной власти, Российскую академию медицинских наук и органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, в ведении которых находятся учреждения-получатели, копии документов, подтверждающих доставку этого имущества, актов приема-передачи и ввода в эксплуатацию.

5. Организации-поставщики представляют в Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию документы, подтверждающие поставку имущества (товарно-транспортные накладные поставщика (товарные накладные), акты приема-передачи, акты ввода оборудования в эксплуатацию). Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию в течение 10 рабочих дней с даты получения указанных документов осуществляет учет имущества, составляет по каждому учреждению-получателю опись имущества с указанием его вида, количества и стоимости и издает распорядительный акт (с описью) о передаче его в федеральные органы исполнительной власти и Рос-

сийскую академию медицинских наук, в ведении которых находятся федеральные учреждения, либо о передаче имущества в собственность субъекта Российской Федерации (с описью).

6. Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию в течение 3 рабочих дней с даты издания распорядительного акта, указанного в пункте 5 настоящих Правил, направляет в федеральные органы исполнительной власти, Российскую академию медицинских наук и уполномоченный орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации (далее – уполномоченный орган), в ведении которых находятся учреждения-получатели, акты приема-передачи имущества в оперативное управление федеральных органов исполнительной власти и Российской академии медицинских наук либо в собственность субъекта Российской Федерации (в 2 экземплярах с описью) с указанием по каждому учреждению-получателю вида, количества и стоимости данного имущества.

7. Федеральный орган исполнительной власти, Российская академия медицинских наук или уполномоченный орган, в ведении которых находятся учреждения-получатели, в течение 10 рабочих дней с даты получения акта приема-передачи имущества:

а) проверяет совместно с учреждением-получателем наличие поставленного имущества;

б) оформляет 2 экземпляра указанного акта приема-передачи, подписывает их, заверяет своей печатью и направляет один из них в Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию;

в) осуществляет постановку имущества на учет;

г) издает распорядительный акт о передаче имущества в оперативное управление учреждения-получателя.

8. При необходимости передачи имущества в собственность муниципального образования уполномоченный орган в течение 3 рабочих дней с даты издания распорядительного акта, указанного в пункте 5 настоящих Правил, направляет в исполнительный орган муниципального образования акт приема-передачи имущества в собственность муниципального образования в 2 экземплярах (с описью) с указанием по каждому учреждению-получателю вида имущества, его количества и стоимости.

Исполнительный орган муниципального образования в течение 5 рабочих дней с даты получения акта приема-передачи имущества проверяет совместно с учреждением-получателем его наличие, подписывает 2 экземпляра этого акта, заверяет их своей печатью и направляет один из них в уполномоченный орган.

В течение указанного срока исполнительный орган муниципального образования на основании этого акта приема-передачи осуществляет учет имущества, составляет (по каждому учреждению-получателю) опись с указанием вида имущества, его количества и стоимости и издает распорядительный акт о передаче имущества в оперативное управление муниципального учреждения здравоохранения (с описью).

9. Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию ежеквартально, до 10-го числа месяца, следующего за отчетным кварталом, направляет в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения и социального развития сведения о передаче имущества федеральным органам исполнительной власти, Российской академии медицинских наук и уполномоченному органу, в ведении которых находятся учреждения-получатели, для осуществления контроля за целевым использованием учреждениями-получателями имущества.

Перечень централизованно закупаемых в 2008 г. за счет ассигнований федерального бюджета диагностических средств, применяемых в целях выявления лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С:

1. Тест-системы для выявления лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека.
2. Тест-системы для мониторинга эффективности лечения лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека.
3. Тест-системы для диагностики гепатита В.
4. Тест-системы для диагностики гепатита С.
5. Тест-системы для мониторинга эффективности лечения больных гепатитами В и С.
6. Стандартные панели сывороток для проведения входного контроля качества тест-систем для выявления лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека.

Перечень централизованно закупаемых в 2008 г. за счет ассигнований федерального бюджета антиретровирусных препаратов для профилактики и лечения лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, и препаратов для лечения лиц, больных гепатитами В и С:

1. Абакавир и его сочетание с другими препаратами.
2. Атазанавир.
3. Дарунавир.
4. Диданозин.
5. Индинавир.
6. Интерферон альфа-2а.
7. Интерферон альфа-2b.
8. Зидовудин и его сочетания с другими препаратами.
9. Ламивудин и его сочетания с другими препаратами.
10. Лопинавир и его сочетания с другими препаратами.
11. Невирапин.

12. Пегилированный интерферон альфа-2а.
13. Пегилированный интерферон альфа-2b.
14. Рибавирин.
15. Ритонавир и его сочетания с другими препаратами.
16. Саквинавир.
17. Ставудин.
18. Телбивудин.
19. Фосампренавир.
20. Фосфазид.
21. Энтекавир.
22. Энфувертид.
23. Эфавиренз.

Перечень централизованно закупаемых в 2008 году за счет ассигнований федерального бюджета оборудования и расходных материалов для неонатального скрининга в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения:

1. Многофункциональная автоматизированная комплектная лаборатория (многофункциональный анализатор – для измерений флюоресценции, адсорбции и флюоресценции с разрешением во времени).

2. Комплект устройств, обеспечивающих подготовительный этап постановки методик массового обследования новорожденных детей (автоматическое устройство для выбивания стандартных дисков из сухих пятен крови новорожденного на фильтровальной бумаге, автоматическое дозирующее устройство для добавления специальных растворов для раскапывания в плашечном формате, автоматическое устройство для удаления дисков из сухих пятен крови и промывки микропланшетов, автоматическое устройство для встряхивания микропланшетов при проведении инкубации, мультипипетки и комбинированные наконечники к ним).

3. Наборы реагентов для определения галактозы в сухих пятнах крови новорожденного.

4. Наборы реагентов для определения 17-гидрокси-прогестерона в сухих пятнах крови новорожденного.

5. Наборы реагентов для определения иммунореактивного трипсина в сухих пятнах крови новорожденного.

6. Тандемный масс-спектрометр в комплекте с наборами реагентов для подтверждающей диагностики наследственных заболеваний.

7. Комплекс оборудования и расходных материалов для молекулярно-генетического анализа наследственных заболеваний.

8. Приборы для системы, подтверждающей результаты диагностики муковисцидоза у новорожденных и детей раннего возраста.

Перечень централизованно закупаемых в 2008 г. за счет ассигнований федерального бюджета оборудования и расходных материалов для аудиологического скрининга в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения:

1. Прибор регистрации вызванной отоакустической эмиссии.

2. Прибор-система регистрации вызванных слуховых потенциалов мозга, комбинированная с модулем регистрации отоакустической эмиссии.

3. Импедансный аудиометр.

«Российская газета» – Федеральный выпуск № 4579 от 2 февраля 2008 г.

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

30.03.2008. Латвия. ITPCru. Государственное агентство статистики и медицинских технологий по представлению Инспекции здоровья распоряжением № 71 от 20.02.2008 г. аннулировало и исключило из списка базы данных применяемых в лечении медицинских технологий медицинскую технологию «Общая управляемая гипертермия методом иммерсии-конвекции до температуры +420° в пищеводе». Лечить гипертермией онкологических больных и инфицированных ВИЧ или гепатитами в дальнейшем запрещено. «Этот метод недостаточно изучен и соответственно небезопасен для пациентов», – пояснила исполняющая обязанности руководителя Контрольного управления ГИЗ Валентина Берга. После получения письма от общественной организации «European AIDS Treatment Group» (EATG), ГИЗ решила рассмотреть применение гипертермии в лечении тяжело больных людей. EATG выражала глубокое удивление, что этот метод вообще применяется в Латвии, ибо у некоторых пациентов в Европе процедуры гипертермии привели к необратимым поражениям внутренних органов и даже смерти пациентов. В Латвии же, еще до недавнего времени, гипертермия была широко рекламируема. Ее предлагало частное предприятие «Латвийский исследовательский центр медицины» и официально имело на это полное право: этот метод, в полном соответствии законодательству Латвии, был зарегистрирован ГАСМТ, которая и выдала соответствующий сертификат. Гипертермия в Латвии была внедрена в 2005 г. Человек погружался в горячую ванну, и его температура искусственно повышалась вплоть до 43-х градусов, в результате чего погибали термолабильные вирусы. Во время процедуры человек находился под общим наркозом. Организации, которые оказывают поддержку ВИЧ-инфицированным людям, неоднократно били тревогу и обращали внимание ответственных государственных учреждений на практику гипертермии, ибо, слепо веря рекламам, люди отказывались от оплачиваемого государством лечения, что ухудшало состояние их здоровья. Кроме того, один курс лечения обходился пациентам в несколько тысяч латов. Проверка ГИЗ затянулась, ибо длительное время занял сбор мнений специалистов-онкологов и инфекционистов. Ассоциация латвийских онкологов ответила, что метод гипертермии не основан на клинических доказательствах и должен быть признан нетрадиционным. Ассоциация рассматривала этот вопрос также и на заседании правления, и все его члены единодушно высказали свое негативное мнение: «Метод не основан на клинических доказательствах и, возможно, может наносить вред пациентам».

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА

Решение коллегии Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека «О реализации Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения по разделу: Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ в 2006–2007 гг.»

Приложение к протоколу заседания коллегии Роспотребнадзора от 14 марта 2008 года

Заслушав и обсудив доклад заместителя начальника Управления эпиднадзора, санитарной охраны территории, надзора на транспорте Роспотребнадзора Г.Ф. Лазиковой «О реализации Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения по разделу: Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ в 2006–2007 гг.», коллегия Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека отметила, что контроль за реализацией Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в 2006–2007 гг. осуществлялся с помощью многоуровневой системы мониторинга и оценки мероприятий, проводимой как на федеральном уровне, так и на уровне субъектов Российской Федерации.

Выполнение задач, поставленных в рамках Приоритетного национального проекта, потребовало серьезно усовершенствовать нормативную базу. За короткий срок был принят целый ряд нормативно-распорядительных документов:

- 5 постановлений Правительства Российской Федерации;
- 5 приказов Минздравсоцразвития России;
- 3 новых стандарта оказания медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией.

Ход реализации национального приоритетного проекта был рассмотрен на заседаниях:

- президиума Совета при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике под председательством первого заместителя председателя Правительства Российской Федерации Д.А. Медведева;
- Межведомственной рабочей группы по реализации национальных приоритетных проектов при Правительстве Российской Федерации 26.10.2006 г. «Мониторинг реализации мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, а также выявления и лечения больных ВИЧ»;
- Правительственной комиссии по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции);
- 17.01.2007 г. «О ходе реализации Приоритетного национального проекта по разделу «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ»;
- 19.11.2007 «Опыт реализации мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявлению и лечению больных ВИЧ-инфекцией в рамках Приоритетного национального проекта (на примере Тюменской и Калужской областей);
- на 3-х заседаниях Координационного совета по проблемам ВИЧ/СПИДа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации;
- на 3-х заседаниях коллегии Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Такая же работа проводится на уровне субъектов Российской Федерации, управлениями Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации. Регулярно осуществляются мероприятия по контролю за выполнением плановых и оперативных задач, возникающих при реализации национального приоритетного проекта.

В целях проверки хода подготовки и выполнения Приоритетного национального проекта проведены заслушивания руководителей органов управления здравоохранением и территориальных органов Роспотребнадзора 12 территорий Российской Федерации, организовано и проведено 18 селекторных совещаний, 4 региональных совещания с участием полномочных представителей Президента Российской Федерации по федеральным округам, проведена про-

верка экспертной комиссией работы по реализации Приоритетного национального проекта в Краснодарском крае, Санкт-Петербурге, Московской, Свердловской, Челябинской и Ленинградской областях.

Распоряжением органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации созданы постоянно действующие межведомственные органы (комиссии, советы, комитеты) по профилактике и борьбе со СПИДом, возглавляемые вице-губернаторами, которые регулярно, не реже 1 раза в квартал, рассматривают ход выполнения Приоритетного национального проекта и другие вопросы, связанные с противодействием распространению ВИЧ-инфекции.

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

В Липецкой области создан Координационный совет главы Администрации области, на котором рассматриваются вопросы реализации Приоритетного национального проекта, принято 15 директивных документов, в том числе меморандум с управлением социальной защиты по обеспечению паллиативной помощи ВИЧ-инфицированным. Объем софинансирования мероприятий по проблеме ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов из областного бюджета и других источников за 2006–2007гг. составил 63,7 млн рублей. В проведении профилактической работы участвуют государственные и муниципальные структуры, общественные организации, СМИ, Русская православная церковь, представители бизнеса, молодежное волонтерское движение. С 2006 г. совместно с МОТ и при поддержке Союза предпринимателей и Федерации независимых профсоюзов реализуется проект по профилактике ВИЧ-инфекции на рабочих местах. Проводится системная профилактическая работа в группах риска, результатом которой стало снижение рискованного поведения среди потребителей инъекционных наркотиков и лиц, оказывающих сексуальные услуги за плату с 82–96% до 9–14%. Показатель пораженности населения области ВИЧ-инфекцией 47,4 на 100 тыс. населения. Охват ВИЧ-инфицированных диспансерным наблюдением составил в 2007 г. – 94%, антиретровирусную терапию получают 65 больных (90% подлежащих лечению), химиопрофилактику получали 98% ВИЧ-инфицированных беременных.

В Вологодской области в целях реализации Приоритетного национального проекта создан Координационный совет при губернаторе области, межведомственная рабочая группа при правительстве области, координационная группа департамента здравоохранения по управлению проектом «Здоровье». Ежегодно разрабатывается и утверждается план непрерывного контролируемого лечения ВИЧ-инфицированных антиретровирусными препаратами, план профилактических обследований различных групп населения на ВИЧ. Разработан и утвержден список уполномоченных врачей ЛПУ области по лечению ВИЧ-инфицированных лиц, разработана схема движения лекарственных препаратов, диагностических тест-систем, поступающих в рамках Приоритетного национально проекта в сфере здравоохранения, назначен ответственный за координацию мероприятий по оказанию противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией в Вологодской области.

Проводится лечение антиретровирусной терапией 114 больным ВИЧ-инфекцией, диспансерным наблюдением охвачено 746 человек (83,3% подлежащих наблюдению), на одного больного, прошедшего «Д» наблюдение, приходится 2,1 исследования на определение иммунного статуса и 2,15 исследований на определение вирусной нагрузки. Прекратили лечение антиретровирусной терапией 3,7% пациентов.

Химиопрофилактика вертикальной передачи проведена: в 2007 г. – 100% ВИЧ-инфицированных беременных, по полной схеме – 83%. Обследовано с профилактической целью на ВИЧ-инфекцию 229 531 человек (109,2% от запланированного объема). Прошли осмотр фтизиатра 551 ВИЧ-инфицированный (61,6% от числа подлежащих «Д» наблюдению). В учреждениях ФСИН получают лечение 17 из 20 ВИЧ-инфицированных, подлежащих лечению (3 отказались). С января 2008 г. в рамках пилотного проекта взято на лечение 74 пациента с гепатитами из 75 запланированных на 2008 г.

В Рязанской области постановлением правительства Рязанской области создана Межведомственная комиссия по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции, утвержден план мероприятий по реализации Приоритетного национального проекта. В рамках региональной программы «Анти-ВИЧ/СПИД» в 2006–2007 гг. выделено 8119 тыс. рублей.

В области выявлено 2123 случаев ВИЧ-инфекции. Диспансерным наблюдением охвачено 95% состоящих на учете, антиретровирусную терапию получали: в 2006 г. – 65 ВИЧ-инфицированных, в 2007 г. – 171 больной.

Проведено 4,8 тыс. исследований на вирусную нагрузку и иммунный статус. Особое внимание уделяется в области вопросам раннего выявления и лечения туберкулеза. С этой целью в штатное расписание СПИД-центра введена ставка врача-фтизиатра. В 2007 г. проведено флюорографическое обследование 803 ВИЧ-инфицированных, методом туберкулинодиагностики обследовано 513 человек.

В целях контроля работы, проводимой в рамках профилактического раздела Приоритет-

ного национального проекта в сфере здравоохранения по разделу «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ в 2006–2007 г.»:

• создана Конкурсная комиссия для организации и проведения открытого конкурса на право заключения государственного контракта на выполнение работ по комплексу профилактических мероприятий, направленных на противодействие эпидемии ВИЧ/СПИДа в рамках Приоритетного национального проекта, создана экспертная комиссия по оценке качества исполнения работ, проведено 16 заседаний экспертной комиссии.

При контроле выполнения мероприятий внутри профилактических программ используются разные методики, как качественные, так и количественные.

В 2007 г. в субъектах Российской Федерации осуществлялось более 300 различных профилактических проектов, финансируемых из разных источников.

Для оценки объемов и эффективности работы, проводимой при реализации программ по профилактике ВИЧ-инфекции в уязвимых группах риска (потребители инъекционных наркотиков, лица, оказывающие сексуальные услуги за плату, лица, отбывающие наказания в пенитенциарной системе, ВИЧ-инфицированные, вовлеченные в программы по повышению приверженности лечению и паллиативной помощи), разработаны специальные учетно-отчетные формы с учетом специфики работы программы.

В целях оценки эффективности информационных кампаний, осуществленных в рамках приоритетного национального проекта в 2006–2007 гг. проведено исследование ВЦИОМ в 40 субъектах Российской Федерации на тему: «Измерение эффективности информационной кампании государственной системы профилактики и лечения ВИЧ-инфекции».

Результаты всероссийского количественного опроса, проведенного ВЦИОМ до информационной кампании и по ее результатам в октябре 2007 г. показывают, что кампания повлияла на отношения населения к государственной системе здравоохранения, действиям государства в области профилактики ВИЧ/СПИДа.

Вместе с тем, население по-прежнему недостаточно осознает имеющиеся риски заражения ВИЧ-инфекцией, часть населения демонстрирует высокий уровень нетерпимости и стигматизации по отношению к ЛЖВ, что является одним из важных препятствий к эффективной профилактике.

В целях совершенствования мониторинга за реализацией мероприятий национального приоритетного проекта по компоненту ВИЧ/СПИД разработан проект формы ежемесячного мониторинга и инструкция по ее заполнению.

Проведение комплекса вышеперечисленных мероприятий позволило выполнить целевые показатели приоритетного национального проекта по реализации мероприятий выявления, лечения и профилактики ВИЧ-инфицированных в 2006–2007 гг.

Вместе с тем, в 2006–2007 гг. отмечалось позднее проведение аукционов по закупке антиретровирусных препаратов и диагностических тест-систем для выявления и лечения ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С. Так, в 2007 г. фактические поставки антиретровирусных препаратов и тест-систем в субъекты Российской Федерации начали осуществляться в конце августа и были завершены только к 15 декабря. Конкурс на поставку антиретровирусных препаратов был проведен Росздравом поздно. Фактические поставки антиретровирусных препаратов и тест-систем в субъекты начали осуществляться «Медтехснабом» в конце августа – сентябре 2007 г.

Аналогичное отставание от сетевого графика реализации приоритетного проекта складывается и в настоящее время. Поздние поставки препаратов не позволяют своевременно начать проведение терапии больным, подлежащим лечению.

С целью выявления ВИЧ-инфекции в 2006 г. обследовано 21 656 763 чел., в 2007 г. – 23 821 362. Находились на диспансерном наблюдении в 2006 г.– 231 331 (76% состоящих на учете в СПИД-центрах), а в 2007 г. – 251 515 ВИЧ-позитивных граждан (78,5%).

Получали антиретровирусную терапию в 2006 г. 14 433 ВИЧ-инфицированных, в 2007 г. – 30 526.

Проходили курс лечения антиретровирусными препаратами в учреждениях Федеральной службы исполнения наказаний в 2006 г. 1217 чел. из 3784, нуждающихся в лечении (32%), в 2007 г. – 3743 ВИЧ-позитивных из 5476, нуждающихся в лечении, охват составил 68,3%.

Получили полный курс химиопрофилактики в течение 2006 г. 4950 ВИЧ-инфицированных беременных (70,9%), в 2007 г. – 6239 ВИЧ-инфицированных беременных женщин из 8606 подлежащих проведению химиопрофилактики, что составило 72,5% (в 2005 г. охват полным курсом химиопрофилактики составлял 57%).

В 2006 г. в целом по стране 89% ВИЧ-инфицированных беременных женщин получили химиопрофилактику, в 2007 г. по неполным данным охвачены химиопрофилактикой более 90% беременных. Проведено исследований по определению вирусной нагрузки в 2006 г. 87 446, в 2007 г. – 232 179, рост числа исследований – в 2,6 раза.

Проведено исследований по определению иммунного статуса в 2006 г. 162 292 , в 2007 г. – 308 909 (рост числа исследований – в 1,9 раза), т.е. в 2007 г. 92,3% ВИЧ-инфицированных, состоящих на диспансерном учете, обследованы на вирусную нагрузку, в 100% – проведено обследование по определению иммунного статуса.

Вместе с тем ряд субъектов Российской Федерации при планировании исследований на вирусную нагрузку и иммунный статус значительно занизили количество обследований лиц, состоящих на диспансерном учете (Ленинградская, Новосибирская, Самарская области).

Прекратили получать антиретровирусную терапию в 2006 г. 1309 чел., в 2007 г. – 2990 чел. (9,8% от получающих терапию по Российской Федерации).

С целью улучшения качества медицинской и социальной помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС), и минимизации риска отказов от лечения был реализован комплекс мероприятий по повышению приверженности к лечению и организации паллиативной помощи. Реализовано 40 проектов.

На базе СПИД-центров созданы мультидисциплинарные команды в составе врачей, медицинских психологов, специалистов по социальной работе, патронажных медицинских сестер, менеджеров по управлению медицинским персоналом, консультантов из числа людей, живущих с ВИЧ.

Проектами по повышению приверженности охвачено более 1200 ЛЖВС, проведено более 9000 медицинских и 4000 социальных консультаций, более 20 специалистов обучено на практических стажировках. В результате работы проектов среди 5123 пациентов, вовлеченных в проект в 20 городах, доля прекративших лечение снизилась до 4% , по сравнению с 10% в среднем по России. Получили паллиативную помощь в СПИД-центрах, стационарах и на дому 1137 пациентов. Навыкам ухода за ВИЧ-инфицированными пациентами обучено 516 родственников. Разработаны рекомендации и руководства по различным аспектам работы с ВИЧ-инфицированными, в т.ч.:

• организация работы по повышению приверженности пациентов к антиретровирусной терапии (Методические рекомендации от 06.08.07 г. № 5960);

• оказание паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией (приказ Минздравсоцразвития России от 17.09.2007 г. № 610, зарегистрирован в Минюсте России 19 октября 2007 г. № 10355);

• практическое руководство «Паллиативная помощь людям, живущим с ВИЧ/СПИДом»;

• практическое руководство «Роль социального работника в оказании паллиативной помощи при ВИЧ/СПИДе»;

• рекомендации по социальному сопровождению ВИЧ-инфицированных беременных женщин и рожденных ими детей.

В 32 пилотных субъектах Российской Федерации начали получать лечение против вирусных гепатитов В и С. Организация лечения больных вирусными гепатитами В и С в соответствии с действующими стандартами становится одной из наиболее сложных задач национального проекта, требующей пристального контроля и помощи со стороны органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

В настоящее время в результате проведения научных исследований не обнаружены так называемые первичные мутации устойчивости к антиретровирусным препаратам. Однако широкое внедрение антиретровирусной терапии и появляющиеся сообщения о развитии лекарственной устойчивости у российских пациентов указывают на возможный рост темпов передачи лекарственно-устойчивых вариантов ВИЧ в России в скором будущем.

В 2006 г., несмотря на наличие антиретровирусной терапии, отмечался рост смертности среди ВИЧ-инфицированных. В 2006 г. умерло в 1,4 раза больше пациентов по сравнению с 2005 г., из них вследствие прогрессирования ВИЧ-инфекции – в 1,52 раза больше. Это, в первую очередь, обусловлено увеличением числа летальных исходов вследствие микобактериальной инфекции, в том числе туберкулеза.

В 2006 г. от ВИЧ-ассоциированного туберкулеза умерло 1625 больных (на 41,3% больше, чем в 2005 г.), что составило 60% всех случаев смерти ВИЧ-инфицированных лиц.

Вместе с тем, по предварительным результатам, в 2007 г. количество новых случаев СПИДа и смертей от СПИДа снизилось почти в 2 раза по сравнению с прошлым годом.

На современном этапе развития эпидемии ВИЧ-инфекции одной из важнейших задач становится принятие организационных мер на уровне администрации субъектов Российской Федерации по взаимодействию центров по профилактике и борьбе со СПИДом, фтизиатрической и наркологической служб.

Необходимо организовать и проконтролировать проведение ежегодных обследований на выявление туберкулеза у всех ВИЧ-инфицированных, состоящих на учете в СПИД-центрах, назначение таким больным соответствующей высокоактивной терапии, а также осуществление санитарно-противоэпидемических мероприятий в семьях, где проживают больные ВИЧ-ассоциированным туберкулезом.

Стоит отметить, что реализация Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения по разделу «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С», выявление и лечение больных ВИЧ способствует растущей лидирующей и координирующей роли Российской Федерации в противодействии инфекционным болезням в регионе Восточной Европы и Центральной Азии, о которой было заявлено в ходе российского председательства в «Группе восьми». Усиление работы по противодействию ВИЧ/СПИДу на национальном уровне является действенным подтверждением международных обязательств Российской Федерации, взятых в рамках Декларации Генеральной Ассамблеи ООН «О приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом» и инициативы «Группы восьми» по обеспечению

всеобщего доступа к профилактике, лечению и медико-социальной поддержке при ВИЧ/СПИДе к 2010 году.

В рамках реализации решений «Группы восьми» по борьбе с инфекционными болезнями, отмеченных в заявлении лидеров в Санкт-Петербурге в 2006 году, Роспотребнадзором совместно с другими заинтересованными организациями и ведомствами, включая Минобрнауки России, ФМБА России и РАМН были подготовлены предложения по интенсификации научных исследований в области разработки вакцины против ВИЧ-инфекции, мониторинга за вирусом иммунодефицита и координации данных работ с государствами Восточной Европы и Центральной Азии. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 25 декабря 2007 г. № 1905-р принято решение о финансировании данной программы в период 2008–2010 гг. в объеме 1 млрд рублей. Функции координатора по реализации мероприятий программы возложены на ФГУН ГНЦ ВБ «Вектор» Роспотребнадзора.

Реализация указанных мероприятий, а также других научных исследований в рамках ФЦП «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями» по подпрограмме «ВИЧ-инфекция» на 2008–2011 гг.» и других программ, проводимых Центральным НИИ эпидемиологии, Ростовским НИИ микробиологии и паразитологии, Санкт-Петербургским НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Л. Пастера и другими научно-исследовательскими институтами Роспотребнадзора позволили дать научное обоснование проводимым мероприятиям в рамках Приоритетного национального проекта по компоненту ВИЧ/СПИД. Дальнейшее развитие научного обеспечения проводимых мероприятий позволит повысить эффективность планирования и реализации мер, направленных на совершенствование эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией, в том числе проведения поведенческих исследований, профилактики и лечения заболевания, мониторинга за вирусом.

В последние годы Россия столкнулась с новым явлением: резко возрос поток в страну иностранных граждан и в т.ч. трудовых мигрантов. Иностранная рабочая сила на территорию Российской Федерации привлекалась из 138 государств.

В 2007 г. среди легальных трудовых мигрантов было выявлено 1676 ВИЧ-инфицированных, 5188 лиц с инфекциями, передаваемыми половым путем, 3360 больных туберкулезом и 2665 больных другими инфекционными заболеваниями.

Необходимо усилить контроль за организацией обследований трудовых мигрантов на ВИЧ-инфекцию, проведением в соответствии с законодательством Российской Федерации до- и послетестового консультирования, передаче информации о выявленных случаях в соответствии с действующим законодательством. Принять меры по организации программ по профилактике ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов.

Данная работа также должна осуществляться в двустороннем и многостороннем порядке с теми государствами, откуда в Российскую Федерацию прибывает основное количество трудовых мигрантов. Существенным шагом на пути решения вопросов обеспечения здоровья мигрантов и сотрудничества по профилактике инфекционных болезней в целом станет ряд мероприятий Роспотребнадзора в рамках председательства Российской Федерации в Шанхайской организации сотрудничества в 2008–2009 гг. В утвержденном 24 декабря 2007 г. Президентом Российской Федерации Плане мероприятий российского председательства в Шанхайской организации сотрудничества в 2008–2009 гг. Роспотребнадзору поручена организация в IV квартале 2008 г. встречи глав служб ШОС, отвечающих за обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия.

Таким образом, проведенная в 2006–2007 гг. работа по реализации Приоритетного национального проекта по компоненту ВИЧ/СПИД и полученные позитивные результаты доказали необходимость продолжения их реализации, в результате чего в федеральный бюджет были заложены необходимые средства на 2008–2010 гг.

Коллегия Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

РЕШИЛА:

1. Одобрить работу по реализации Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения по разделу «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ в 2006–2007 гг.».

2. Начальникам управлений Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации совместно с руководителями органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации:

2.1. Провести совместные коллегии об итогах реализации Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в 2006–2007 гг., обратив особое внимание на организацию лечения, диспансерного наблюдения, выполнение профилактических мероприятий в рамках Приоритетного национального проекта и региональных программ.

2.2. Обратиться с предложением к руководителям органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации с предложением обсудить результаты реализации Приоритетного национального проекта в сфере здравоохране-

ния по разделу ВИЧ за 2006–2007 гг. на заседании Межведомственной комиссии под руководством главы администрации субъекта Российской Федерации.

2.3. Реализовать мероприятия по улучшению материально-технической базы центров по профилактике и борьбе со СПИДом, в целях обеспечения доступной, максимально приближенной к пациенту медицинской помощи ВИЧ-инфицированным, включая диагностику и антиретровирусное лечение, пересмотреть организацию оказания медицинской помощи и перераспределить ее объемы между муниципальным и субъектовым уровнями.

2.4. Продолжить обучение специалистов, занимающихся вопросами лечения ВИЧ-инфекции, с получением соответствующего сертификата в учреждениях системы последипломного образования.

2.5. Подготовить предложения в адрес руководителей органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации о выделении средств для оказания медицинской помощи при болезни, вызванной ВИЧ (B20–B24 в соответствии с МКБ-10).

2.6. Обеспечить мультисекторальный подход при реализации профилактических программ с обязательным привлечением органов исполнительной власти, осуществляющих управление в сфере образования, органов по делам молодежи субъектов Российской Федерации, СМИ, неправительственных организаций, работающих в области профилактики ВИЧ-инфекции, сообщества людей, живущих с ВИЧ.

2.7. Продолжить лечение больных гепатитом В и С в пилотных территориях, обратив особое внимание на комиссионный отбор больных на лечение, ведение реестра пациентов, организацию лабораторного сопровождения лечения, в том числе проведение за счет средств субъектов Российской Федерации исследований на гормоны, биопсию печени и др., а, также на организацию хранения и выдачи дорогостоящих препаратов.

2.8. Обеспечить организацию и контроль за проведением ежегодных обследований на выявление туберкулеза у ВИЧ-инфицированных, состоящих на учете в центрах СПИДа, а также проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий в семьях, где проживают больные ВИЧ-ассоциированным туберкулезом.

3. ФГУН ГНЦ ВБ «Вектор» (Дроздов И.Г.), Центральному НИИ эпидемиологии (Покровский В.И.), Ростовскому НИИ эпидемиологии и паразитологии (Шепелев А.П.), Санкт-Петербургскому НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Л. Пастера (Жебрун А.Б.) усилить научное обеспечение мероприятий по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, осуществляемых в рамках Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, распоряжения Правительства Российской Федерации от 25 декабря 2007 г. № 1905-р.

4. Центральному НИИ эпидемиологии (В.И. Покровский), Санкт-Петербургскому НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Л. Пастера (Жебрун А.Б.), Ростовскому НИИ микробиологии и паразитологии (Шепелев А.П.), Нижегородскому НИИ эпидемиологии и микробиологии им. И.Н. Блохиной (Ефимов Е.И.), Екатеринбургскому НИИ вирусных инфекций (Глинских Н.П.), Омскому НИИ природно-очаговых инфекций (Матущенко А.А.), Хабаровскому НИИ эпидемиологии и микробиологии (Проценко О.Е.) обеспечить проведение исследований на резистентность ВИЧ к антиретровирусным препаратам.

5. Центральному НИИ эпидемиологии (В.И. Покровский) разработать прогноз развития СПИД-ассоциированных заболеваний у ВИЧ-инфицированных в Российской Федерации на период 2009–2011 гг., критерии для определения необходимых объемов препаратов для лечения СПИД-ассоциированных заболеваний, объем финансирования этих мероприятий за счет бюджета субъектов Российской Федерации на предстоящий трехлетний период.

6. Управлению эпидемиологического надзора, санитарной охраны территории, надзора на транспорте (Кривуля С.Д.):

6.1. Продолжить осуществление постоянного контроля за реализацией Приоритетного национального проекта «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ».

6.2. Подготовить предложения по включению в план проведения коллегии Роспотребнадзора в 2008 г. вопроса о реализации Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в субъектах Российской Федерации, не выполнивших в полном объеме поставленные в рамках проекта задачи.

6.3. В целях обеспечения лидирующей роли Российской Федерации по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции в регионе Восточной Европы и Центральной Азии, о которой было заявлено на саммите «Группы восьми» в Санкт-Петербурге обеспечить развитие сотрудничества с государствами-участниками СНГ в рамках координационного совета СНГ по проблемам ВИЧ-инфекции.

6.4. Обеспечить контроль за подготовкой и проведением в IV квартале 2008 г. встречи глав служб государств-членов ШОС, отвечающих за обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия, включив в повестку дня вопросы обеспечения здоровья мигрантов.

6.5. Подготовить материалы для обсуждения на заседании Координационного совета по проблемам ВИЧ-инфекции стран СНГ по уси-

лению взаимодействия в целях предупреждения распространения мигрантами ВИЧ-инфекции.

6.6. Провести анализ причин, по которым пациенты прекратили получать антиретровирусную терапию, разработать дополнительные рекомендации по повышению приверженности больных ВИЧ/СПИДом к лечению с учетом опыта реализации программ по приверженности и паллиативной помощи.

6.7. В срок до 30 марта 2008 г. представить на утверждение форму ежемесячного мониторинга национального проекта в сфере здравоохранения «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ» и инструкцию по ее заполнению.

6.8. Приказ о реализации решения коллегии подготовить в срок до 10.04.2008 г.

Руководитель,
председатель коллегии
Г.Г. Онищенко

Ответственный секретарь коллегии
С.В. Белых

www.rospotrebnadzor.ru/docs/protocol/?id=1792

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

28.03.2008. Москва. www.rg.ru. Минздравсоцразвития утвердило порядок контроля за работой станций переливания крови, чтобы обеспечить безопасность донорской крови и ее компонентов. Между тем, специалисты убеждены: ужесточать контроль нужно, но этого мало. Нам нужна федеральная программа развития донорства и службы крови. Трагедия, случившаяся три года назад в Воронеже, повергла в шок всю страну. Спасая молодую маму во время сложных родов, врачи сделали ей переливание крови. Взятая у женщины, постоянного донора, кровь, как и положено, тестировалась на ВИЧ, и результат был отрицательным. Но когда донор пришла сдавать кровь в следующий раз, повторный анализ установил: в ее организме присутствует вирус. Спустя полгода стало ясно: чуда не случилось, молодой маме передался вирус в роддоме при переливании и разразился оглушительный скандал. Проверка работы станции переливания крови показала, что ее работники нарушили инструкцию, согласно которой препараты крови должны пройти карантин перед применением. В результате в ход пошла кровь, взятая у донора во время так называемого «серонегативного окна» – периода, когда человек уже имеет ВИЧ, но с помощью тестов это выявить не удается. Годом раньше аналогичный случай произошел в Калининградской области. В больницу поздно ночью был доставлен человек, пострадавший в тяжелой дорожной аварии. Чтобы его спасти, срочно нужна была кровь. Врачи обратились в соседнюю воинскую часть, оттуда прислали донора – срочника Балтфлота, и экстренное переливание было сделано. Однако через некоторое время выяснилось: у матроса был не только ВИЧ, но и гепатит С, и вместе с его кровью вирусы передались пострадавшему. По всей стране начались серьезные проверки. Росздравнадзор в течение 2004–2007 гг. проинспектировал практически все крупные центры службы крови. Обнаружились нелицеприятные вещи. Где-то только что заготовленная кровь, еще до получения результатов контрольных анализов, маркировалась как готовая продукция. Где-то сквозь пальцы смотрели на приходящих доноров, не требуя от них всех положенных справок. Более того, станции переливания крови нескольких городов, нарушая закон, продавали компоненты крови фирмам-посредникам, не имевшим лицензий. Как выполняли такие фирмы жесткие условия хранения и транспортировки крови, можно лишь догадываться. Из того же Воронежа, как выяснилось, кровь «утекала» в Москву, где, как и в некоторых других крупных городах, сконцентрированы специализированные медицинские организации и много иногородних пациентов, ощущается дефицит некоторых компонентов редких групп крови. Не случайно руководитель федеральной службы Николай Юргель по результатам проверок сделал жесткое заявление о том, что в некоторых регионах страны существует «черный рынок» препаратов крови, что требует немедленного вмешательства правоохранительных органов. Первый звонок по поводу безопасности донорской крови прозвенел еще в 1982 г., когда только что описанный СПИД развился у трех больных гемофилией. Это заболевание требует постоянного введения кровеостанавливающего фактора. Поскольку инъекции больному делают пожизненно, а каждая доза представляет собой продукт, полученный от тысяч доноров, риск передачи вируса особенно высок. Только в начале эпидемии СПИДа за несколько лет в США таким путем вирус передался около 20 тыс. человек. Затем Франция, Китай, Элиста... Жестокие уроки прошлых лет заставили медиков в корне пересмотреть технологию службы крови. Если в начале 1980-х годов донорская кровь тестировалась только на наличие двух инфекций – сифилиса и гепатита В, то теперь выполняется около десятка тестов. Однако угроза передачи ВИЧ через кровь по-прежнему существует. Снижает риск строгое выполнение всех правил. Постоянно разрабатываются новые методики обработки только что отобранной крови. На сегодняшний день опасность передачи ВИЧ парентеральным способом несравненно ниже, чем двадцать лет назад, но, тем не менее, к нулю ее свести не удается. Между тем специалисты утверждают: в ближайшее время мы можем столкнуться с дефицитом доноров. Нацпроект «Здоровье» предполагает увеличение в разы количества высокотехнологичных операций в кардиологии, ортопедии, онкологии. Кроме того, в стране вводятся в строй крупные современные заводы по производству компонентов крови, «сырье» для которых можно получить только от значительного количества доноров. «В любую минуту кровь может понадобиться нам и нашим близким, – говорит Евгений Жибурт, доктор медицинских наук, председатель совета Российской ассоциации трансфузиологов. – Но давайте оглянемся вокруг. Кто из нас сдал кровь? Кто привлек близких, друзей, сослуживцев к донорству? Кто поддержал доноров крови?» По мнению профессора Жибурта и его коллег, донорство должно стать делом всего общества. На государственном уровне – предметом государственной политики и постоянной заботой органов власти; на уровне общества – элементом самовыживания, цементирующим общественную солидарность; на уровне личности – внутренней потребностью помощи ближнему. «Здоровым людям нужно быть донорами, – уверен Евгений Жибурт. – Принцип работы банка крови аналогичен финансовому банку, где мы можем получить свои деньги, но не те же купюры, которые сдали на хранение, а такие же или еще большего достоинства. Если в стране достаточно доноров, каждый может быть уверен: в случае болезни кровь найдется».

А.Г. Рахманова:

«Не представляю, как я могу быть за пределами своей работы»

Азу Гасановну Рахманову – замечательного врача, педагога, выдающегося ученого – знают не только в России, но и за рубежом. Личность Азы Гасановны уникальна. Она почетный доктор СПб МАПО, профессор кафедры инфекционных болезней с курсом лабораторной диагностики СПИДа (зав. кафедрой с 1986 г. по 2001 г.), главный инфекционист Комитета здравоохранения правительства Санкт-Петербурга. Неиссякаемая энергия, фантастическая работоспособность, жизнелюбие и сердечная теплота позволяют ей не только генерировать все новые идеи, но и воплощать их в жизнь. Главное, считает Аза Гасановна, преданность делу: «Не представляю, как я могу быть за пределами своей работы. Это было всегда, начиная с молодости». Она человек действия и всегда достигает поставленных целей.

С.Л. Акимова (журналист, сотрудник МАПО, доцент кафедры семейной медицины):

«Аза Гасановна уверена, что безвыходных ситуаций нет и лечить надо даже самых безнадежных больных. Этот принцип, который она сформулировала для себя еще в юности, лег в основу деятельности первых в стране палат интенсивной терапии, организованных по инициативе А.Г. Рахмановой в инфекционной больнице им. С.П. Боткина в Санкт-Петербурге.

Качества ученого-исследователя и опытного, ответственного врача-практика позволили доктору наук А.Г. Рахмановой возглавить в 80-е годы новое научное направление – изучение факторов прогрессирования наиболее распространенных медленных инфекций и эпидемиологически значимых заболеваний, а также совершенствование способов их лечения. Для этого ею были созданы новые организационные структуры: многопрофильные инфекционные стационары (с хирургическим и родильным отделениями), реанимации, отделения инфекционно-паразитарных заболеваний и иммунопрофилактики в поликлиниках. С 1984 г. Аза Гасановна – главный специалист Петербурга в области инфекционных заболеваний.

«Чтобы стать хорошим врачом, нужно, прежде всего, иметь большой интерес к делу, надо исследовать, анализировать, ибо только благодаря взаимодействию науки и практики рождаются великие доктора», – внушает молодым коллегам профессор Рахманова и сама неуклонно следует этому принципу.

Аза Гасановна занималась научными исследованиями и на студенческой скамье, и работая преподавателем в 1-м ЛМИ, и возглавляя (с 1986 г. по 2001 г.) кафедру инфекционных болезней в МАПО. Кафедра стала ведущей в стране по проблемам ВИЧ/СПИДа и вирусных гепатитов. А.Г. Рахманова – автор 11 книг, глав в 7 учебниках, справочника для медсестер, около 50 методических пособий и огромного количества журнальных статей. Под ее руководством были выполнены 14 докторских и более 50 кандидатских диссертаций.

Секрет своих достижений Аза Гасановна видит в том, что ей в жизни всегда везло с людьми: «У меня были хорошие учителя, в их числе – академик Е.П. Шувалова, ректор 1-го ЛМИ В.А. Миняев, а также надежные соратники, дружбой с которыми я горжусь, – это прогрессивные личности, преданные делу и служебному долгу, – ректор ГИДУВа С.А. Симбирцев и ректор СПб-МАПО Н.А. Беляков. Очень важно, что судьба складывалась благосклонно, несмотря на то, что мне в детстве пришлось много пережить...».

В 1937 году был репрессирован и умер в тюрьме отец, объявлен «врагом народа» и расстрелян дядя – оба занимали высокие посты в Азербайджанской республике. В 1941 г. семья была сослана на рудник Синташ в Алтайском крае. Школу Аза Гасановна закончила в Семипалатинске. Ее учителями были ссыльные преподаватели Московского университета, а историю преподавала известная писательница Г. Серебрякова. Уже тогда проявился деятельный ха-

рактер Азы Гасановны: когда любимую учительницу по доносу посадили в тюрьму, девочка организовала в школе «Общество юных борцов» в ее защиту.

Став студенткой 1-го Ленинградского медицинского института, Аза Гасановна активно занималась комсомольской работой и отлично училась. Как вспоминают сокурсники, она была очень задорной и общительной. Занималась в СНО по биохимии, была старостой студенческого кружка на кафедре инфекционных болезней. И сейчас А.Г. Рахманова считает очень важным привлекать студентов к научным исследованиям и много помогает своим молодым коллегам.

После клинической ординатуры Аза Гасановна работала в Казахстане и Азербайджане, где ей пришлось столкнуться с эпидемией дифтерита, с сибирской язвой, брюшным тифом, бруцеллезом, тяжелой дизентерией. С бесценным опытом врача-практика она вернулась в родной институт и много лет преподавала в нем.

В последние годы наиболее важной проблемой для А.Г. Рахмановой стала борьба с эпидемией ВИЧ/СПИДа. Аза Гасановна является советником губернатора по проблеме СПИДа. В 1998–1999 гг. она являлась супервайзером Канадско-Российского проекта: «Этот проект придал МАПО еще большую известность – ведь целая страна была с нами! Какие специалисты приехали сюда, у кого мы учились! Проводились совместные семинары и исследования, за 2 года мы создали 5 дифференцированных программ обучения». В прошлом году на базе МАПО, теперь уже при поддержке USAID и Американского международного союза здравоохранения, был открыт Центр подготовки и образования по проблемам ВИЧ-инфекции».

Аза Гасановна занимается не только научными исследованиями по данной тематике, но и организацией помощи больным СПИДом и вирусными гепатитами, ищет деньги на их лечение и, конечно, лечит сама. К пациентам у нее трогательно доброе отношение. Она помогает им, используя весь богатый опыт врачевания, достижения науки и тепло своего сердца.

Энергии и работоспособности Азы Гасановны могут позавидовать молодые. Она романтик, боец и всегда в поиске.

РАССКАЗЫВАЕТ АЗА ГАСАНОВНА РАХМАНОВА

Я родилась в Азербайджане, в Баку. Мой отец, Гасан Рахманов, был комиссаром Азербайджанской стрелковой дивизии, дядя – Гусейн Рахманов – председателем Совнаркома Азербайджана. В 1937 году они были объявлены «врагами народа», а меня с сестрой и матерью сослали в Алтайский край, позже мы переехали в Казахстан. В школьные годы в 9–10 классах нам преподавали ссыльные профессора Московского университета и я, под впечатлением прочитанных тогда книг В. Каверина «Открытая книга» и «Доктор Власенкова», мечтала стать врачом микробиологом-инфекционистом. И моя мечта сбылась.

С 1952 года, будучи студенткой 1-го ЛМИ, была членом студенческого научного кружка кафедры инфекционных болезней и работала в инфекционной больнице имени С.П. Боткина. Это мое любимое учреждение, это моя школа врача и позже – моих учеников, врачей и коллег. Это и база кафедры МАПО, где я работаю по настоящее время.

В 1955 году я с отличием окончила 1-й Ленинградский медицинский институт, а с 1955 по 1957 год была клиническим ординатором кафедры инфекционных болезней этого ВУЗа, работая на базах детской больницы им. Н.Ф. Филатова и клинической инфекционной больницы им. С.П. Боткина.

Я уверенна, что 1-й ЛМИ был особо дорогим не только для меня, но и для многих, закончивших этот ВУЗ. Нас учили великие учителя, и лекции многих профессоров давали нам не только знания, но и воспитывали сердечность и доброту, стремление к возвышенному, к постоянной учебе и самосовершенствованию. В целом коллектив 1-го ЛМИ и его ректор проф. В.А. Миняев отличались широким кругозором, отсутствием мелочности и постоянным стремлением оказывать людям любую помощь. А моим первым учителем в группе была доцент Е.П. Шувалова, позже академик РАМН. И я счастлива, что закончила этот замечательный вуз, который заложил фундамент всей моей дальнейшей врачебной и научной деятельности.

После окончания клинической ординатуры по распределению я уехала «на целину» – вернулась в Семипалатинскую область, где работала инфекционистом в больницах и поликлинике. Там я видела тяжелых больных с сибирской язвой, туляремией, бруцеллезом и другими опасными инфекциями. Позже в АзГИДУВе, в Баку, куда мы вернулись после реабилитации отца и родных, я защитила кандидатскую диссертацию «Безжелтушные и стертые формы болезни Боткина». Ректор АзГИДУВа – отец жены Гейдара Алиева Азиз Алиев, дедушка нынешнего президента Азербайджана Ильхама Алиева – был другом моего отца.

Студентка 1-го ЛМИ Аза Рахманова

Х.Х. Рахманова (мама Азы Гасановны)

А моя мама, вернувшись из Казахстана, где она в последние годы была главным терапевтом Семипалатинской области, стала доцентом АзГИДУВа. Вообще мы все – и дети, и внуки – обязаны моей маме не только образованием, но и стилем работы, а также отношением к жизни.

Мама умерла на работе в возрасте 80 лет от инсульта.

Дальнейшая моя жизнь – становление доктором медицинских наук, профессором – проходила в 1-м ЛМИ, куда я вернулась из Баку уже кандидатом наук. Моя мечта была – устроиться в ЛенГИДУВ, куда я и направилась по приезду. Я была заворожена этим вузом и мечтала после АзГИДУВа работать именно в нем, но мне отказали и приняли старшим лаборантом на кафедру инфекционных болезней 1-го ЛМИ. Очень скоро я стала ассистентом кафедры, затем доцентом и профессором.

Моя докторская диссертация «Печеночная кома при вирусном гепатите» была трудной, включала эксперименты в ветеринарном институте на бедных собачках, но в основном проходила в отделении реанимации больницы им. С.П. Боткина. Изучать патогенез и методы лечения очень тяжелых и, как многие считали, безнадежных болезней, было очень сложно и физически, и морально. Тем не менее, у ряда больных с глубокой печеночной комой мы все же добивались успехов.

Тогда же в инфекционной больнице им. Боткина нами впервые было создано отделении реанимации, которое сначала представляло собой пустую палату с капельницей на одного больного, но зато имело название «Палата интенсивной терапии». Затем добавились еще две палаты, потом, в 80-х, это уже был блок интенсивной терапии, а затем появились и отделения интенсивной терапии. Сейчас в больнице Боткина существуют два хорошо оснащенных отделения реанимации и интенсивной терапии по 12 коек каждое.

Работая в отделении интенсивной терапии я познакомилась с профессором А.М. Грановым – позже академиком, директором Института радиологии и рентгенологии – и аспирантом хирургом Александром Борисовым, ныне профессором.

Я должна высказать слова благодарности профессору А.П. Казанцеву из ВМА за его помощь мне и наставничество: «Вы всегда должны сами вести больного и сами писать истории болезни».

Завершая этот этап моей деятельности, я с большой благодарностью вспоминаю моих первых учеников – студентов, а позже преподавателей, профессоров, тех, кто перешел на работу вместе со мной в МАПО на кафедру инфекционных болезней. Это – доценты В.А. Неверов, А.П. Ремизов, Б.В. Стуков.

Отдельно хочется сказать о профессоре Берте Львовне Итциксон. Заведующая кафедрой в мои студенческие годы, она была олицетворением красоты и богатства. Прекрасный педиатр, основной базой считавшая больницу им Н.Ф. Филатова, в свои 75 (и даже 80) лет она умела модно и красиво одеваться. Примечательно, что в свои годы Берта Львовна получила к 8 Марта цветы из Сочи от возлюбленного, за которого она вскоре вышла замуж вторично.

Самое основное, что я усвоила от Берты Львовны – «Не ловите мух, всегда создавайте свое будущее, работайте, любите и знайте больных». А мне, бедной студентке, много раз бывавшей у нее дома, напутствовала: «Стремитесь к красивой любви». Но, к сожалению, я это поняла только к 40 годам...

Многие ныне именитые профессора начинали свой путь в студенческом научном кружке, такие как А.А. Яковлев (ныне главный врач больницы им. С.П. Боткина, зав. кафедрой организации здравоохранения, эпидемиологии и инфекционных болезней университета), В. Беляева, Т.В. Антонова и многие другие. Затем из студентов и молодых ученых был создан «Творческий молодежный коллектив», который был удостоен награждения научными золотыми и серебряными медалями ВДНХ.

В 40 лет, будучи доктором медицинских наук, я стала главным инфекционистом города. Этому способствовал и тот факт, что в отделении реанимации 5 суток в печеночной коме находился сын председателя Комитета здравоох-

Коллектив кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии 1-го ЛМИ (ныне СПб Мед. Университета) в центре второго ряда академик Е.П. Шувалова, заведующая кафедрой

ранения, которого мы успешно подняли на ноги. Позже в этом отделении я познакомилась с академиком Натальей Петровной Бехтеревой, лечив совместно с ней ее пациента. Я также была основным консультантом по вирусным гепатитам в больнице им. Свердлова, лечила сотрудников обкома партии, в том числе председателя горисполкома В.Я. Ходорева, и очень успешно, поскольку он здоров поныне.

Уже после 50 лет, будучи профессором, мне стало сложно работать на кафедре 1-го ЛМИ. К тому же я всегда стремилась к самостоятельности, и в этот период мне предложили заведовать кафедрой в АзГИДУВе в Баку. Но моему переезду в Баку не суждено было случиться, поскольку в это время я встретила свою любовь – капитана первого ранга Евгения Александровича Борисова, отца моего аспиранта Саши Борисова. Я вышла за него замуж и мы много лет путешествовали по военным санаториям. Его полюбили моя дочь Елена и внучки Анна и Татьяна, которые по нескольку месяцев жили у нас.

И в это счастливое время ректор ЛенГИДУВа Семен Александрович Симбирцев, предложил мне заведовать у него кафедрой инфекционных болезней. Семен Александрович знал меня еще по 1-му ЛМИ, мы вместе учились, и я была знакома с его красавицей-женой Лидией – профессором-онкологом. С.А. Симбирцев – позже член-корреспондент РАМН, почетный доктор МАПО – был демократичным, принципиальным и очень дальновидным специалистом. Он уже тогда предвидел связь моего прихода с развитием нового направления в ГИДУВе – проблемой ВИЧ/СПИДа. И время показало насколько он был прав.

До моего назначения на заведование кафедрой ЛенГИДУВа (МАПО) ее возглавляли знаменитые ученые-инфекционисты.

Первым заведующим кафедрой был проф. Николай Константинович Розенберг (1876–1928). После окончания в 1909 г. Петербургской медико-хирургической академии он работал ассистентом на кафедре инфекционных болезней этой академии, а с 1924 года – заведующим кафедрой, одновременно возглавляя кафедру в ГИДУВе. Основное направление его научной

Сотрудники кафедры инфекционных болезней с курсом лабораторной диагностики СПИДа СПб МАПО, 1995 год

Из рода Рахмановых

Аза Гасановна Рахманова, известный в России питерский ученый-врач, обладатель многих титулов и званий, чрезвычайно популярная в Азербайджане, принадлежит к большому роду знаменитых в Баку потомственных корабелов, связанных с морем: они водили корабли, служили матросами, шили паруса. Наши с нею деды, у нее – по отцовской линии, у меня – по материнской, были родными братьями, но на долю ее деда Али-паши выпала тяжкая участь – вся его семья пострадала, вырванная, точно могучее древо, с корнем в 1937 году: арестовали и расстреляли среднего сына Гусейна Рахманова, председателя Совнаркома республики, старший сын, отец Азы, Гасан Рахманов, долгие годы возглавлявший Каспийское пароходство, был арестован и погиб в заточении, жена, не вынеся горя, в те же дни умерла, а всех остальных, в том числе и самого Али-пашу, а также младшего его сына-подростка и невесток выслали в Казахстан, в Семипалатинск, где он вскоре и умер.

Семья Азы – она сама, тогда пятилетняя, и ее младшая сестра Тома, увы, ныне покойная, выжили в ссылке благодаря матери – Хавве-ханум, опытному врачу...

Потом была средняя школа, по окончании которой Аза, дочь «врага народа», предприняла рискованное путешествие в северную столицу, дабы стать врачом, сумела поступить в мединститут, блестяще его закончила. К тому времени в стране изменился политический климат, умер «архитектор расстрельных процессов» Сталин, поплатился за свои злодеяния Берия, состоялся суд над сталинским сатрапом в Азербайджане Багировым, который и учинил расправу над Рахмановыми... Впрочем, Аза Гасановна, незлопамятная и далекая от политики, все годы честно служила на ниве медицины, преданная Питеру: он стал для нее родным городом, хотя на протяжении многих лет ей постоянно предлагали, да и ныне, когда Азербайджан стал суверенным государством, предлагают высокие медицинские должности...

Вехи ее труда на медицинском поприще мне известны, но главное, что я знаю – по опыту многих, да и своему тоже, – что она вылечила благодаря своему таланту, основываясь на новейших достижениях отечественной и мировой медицины, тысячи и тысячи больных. Знаю, что Аза Гасановна, автор множества монографий, учебников, трудов, в том числе по СПИДу, подготовила десятки специалистов-медиков, работающих на многих континентах, во многих странах мира.

В этих коротких заметках о человеке, достойном романного повествования, я хотел всего лишь выразить чувства признательности роду азербайджанских Рахмановых. Горжусь тем, что он дал в ее лице такую ветвь – мощную, плодовитую, жизнестойкую, созидательную, которая к тому же крепко соединяет, образно говоря, древа России и Азербайджана. И не случайно имя Азы Рахмановой украшает страницы энциклопедического издания «Азербайджанцы в истории России».

Чингиз ГАСАН-оглы ГУСЕЙНОВ,
член Союза писателей России,
заслуженный деятель искусств Азербайджана,
академик Международной академии информатизации,
доктор филологических наук,
профессор МГУ имени Ломоносова

деятельности – патофизиологические основы заразных болезней, роль нервной системы в их патогенезе. Его учебник по инфекционным болезням, монография «Сыпной тиф» не потеряли актуальности и по сей день, Н.К. Розенберг является основоположником отечественной школы инфекционистов.

После смерти Н.К. Розенберга в 1928 г. кафедру в течение 24-х лет возглавлял Кузьма Петрович Глухов (1879–1952). Окончив в 1902 г. Петербургскую медико-хирургическую академию, Кузьма Петрович работал ординатором в инфекционных госпиталях. В 1928 г. был избран заведующим кафедрой инфекционных болезней ГИДУВа и одновременно работал в 1-м ЛМИ, вначале зав. кафедрой детских инфекций, а с 1933 г. – зав. кафедрой инфекционных болезней. В 20–30-х годах был активным участником борьбы с эпидемиями холеры, тифов в стране.

Основное научное направление – изучение свойств возбудителей инфекционных болезней, состояния иммунитета и разработка методов специфической терапии. Написанная К.П. Глуховым монография «Инфекционные желтухи» положила начало изучению проблемы вирусных гепатитов.

В 1952 г. профессор К.П. Глухов покинул кафедру и эту должность занял его ближайший ученик – Петр Иванович Стрелов (1906–1996), который руководил ею до 1975 года.

Под руководством П.И. Стрелова было выполнено 5 кандидатских и 4 докторских диссертации, при этом все доктора наук стали заведующими кафедр.

В 1976 г. П.И. Стрелова сменила на должности зав. кафедрой инфекционных болезней ГИДУВа Тамара Вячеславовна Жернакова, которая в течение 10 лет руководства кафедрой изменила направление научных исследований. Совместно с НИИ гематологии и переливания крови сотрудники кафедры начали изучение системы гемостаза при различных заболеваниях.

В 1988 г. я возглавила кафедру Института усовершенствования врачей и в короткие сроки произвела реорганизацию всех направлений деятельности, сделав ее ведущей в стране по под-

Коллектив кафедры инфекционных болезней с курсом лабораторной диагностики СПИДа, 2000 год

Организационные и научные достижения А.Г. Рахмановой

• Организация отделения интенсивной терапии в инфекционной больнице (1973 г.) (впервые в СССР).

• Организация системы этапного лечения больных хроническими гепатитами (1976 г.).

• Организация клинического центра СПИДа в инфекционной больнице им. С.П. Боткина (1987 г.).

• Организация инфекционно-хирургического отделения в инфекционной больнице (1988 г.).

• Организация курса лабораторной диагностики СПИДа при кафедре инфекционных болезней СПб МАПО (1988 г.).

• Участие в организации клинического Российского центра ВИЧ-инфекции и СПИДа в Усть-Ижоре (1991 г.).

• Преобразование кабинетов инфекционных заболеваний в отделения инфекционно-паразитарных заболеваний и иммунопрофилактики в поликлиниках города (1996 г.).

• Открытие медико-социальной службы в больнице им. С.П. Боткина (1988 г.).

• Организация научно-практического центра для беременных женщин и детей с ВИЧ-инфекцией на базе Республиканской инфекционной б-цы (1999 г.).

• Открытие Городского гепатологического центра в инфекционной больнице № 10 (1999 г.).

• Организация в составе Городского гепатологического центра хирургического отделения (2000 г.).

• Создание популяционного регистра хронических вирусных гепатитов (2000 г.).

• Клинические исследования в сотрудничестве с фирмами «Bristol-Myers Sguibb», «Pliva», «Tibotes» (2000–2003 гг.).

• Участие в проекте «Профилактика перинатальной ВИЧ-инфекции в Санкт-Петербурге и Ленинградской области» (2004–2007 гг.).

• Реализация проекта «Профилактика социального сиротства детей, рожденных ВИЧ-положительными женщинами» при поддержке ARO, IREX, USAID на базе Городского центра СПИДа и РКИБ № 30 им. С.П. Боткина (2005–2007 гг.).

• Создание модели Семейного центра путем взаимодействия Центра профилактики и борьбы со СПИДом с районными медицинскими и социальными службами, в сотрудничестве с НПО «Врачи мира» и профильными комитетами Правительства Санкт-Петербурга (2006 г.).

• Открытие Центра подготовки и образования по проблемам ВИЧ-инфекции (ЦПО) в СПб МАПО (2006 г.).

Работа в государственных и научно-общественных организациях

• Главный инфекционист Санкт-Петербурга (с 1984 г.).

• Член межведомственной антинаркотической комиссии при полномочном представителе Президента в Северо-Западном Федеральном округе.

• Советник мэра и губернатора по проблемам ВИЧ/СПИДа.

• Член научных обществ Санкт-Петербурга, Туркмении, Азербайджана.

• Член Исполнительного комитета международной комиссии по правам человека.

• Член общества «Врачи мира против ядерной угрозы».

• Гл. редактор журнала «СПИД. Секс. Здоровье».

• Член РОО «СПИД, статистика, здоровье» (проекты «Здоровье города против ВИЧ/СПИДа (ЕвроВОЗ)», «Снижение вреда от использования наркотиков по профилактике ВИЧ/СПИДа» и др.).

• Участник более 10 международных конгрессов.

готовке кадров по ВИЧ/СПИДу и другим инфекционным заболеваниям. Базой кафедры стали организованные мною отделения для больных СПИДом и СПИД-индикаторными болезнями, консультативное поликлиническое отделение, реанимационное отделения в инфекционной больнице имени С.П. Боткина.

В том же году приказом Министерства здравоохранения было создано научно-практическое объединение (НУПО) «СПИД и СПИД-индикаторные болезни», объединившее все лечебные, санитарно-эпидемиологические, научно-исследовательские учреждения города, занимавшиеся проблемами СПИДа, что дало возможность открыть курс лабораторной диагностики СПИДа. По моей просьбе и по инициативе ректора профессора Семена Александровича Симбирцева, в 1989 г. кафедра была переименована в кафедру инфекционных болезней с курсом лабораторной диагностики СПИДа.

Продолжая традиции предшественников – Н.К. Розенберга и П.И. Стрелова, мною было возглавлено новое научное направление – изучение факторов прогрессирования наиболее распространенных медленных инфекций и эпидемиологически значимых заболеваний и совершенствование способов этипатогенетической и интенсивной терапии в условиях новых организационных структур – многопрофильных инфекционных стационарах, реанимациях и отделениях инфекционно-паразитарных заболеваний и иммунопрофилактики в поликлиниках.

Число слушателей, приезжающих обучаться из разных городов страны, росло, нами была создана первая унифицированная программа по обучению врачей по вопросам ВИЧ/СПИДа, вторичным и оппортунистическим болезням. В больнице им. С.П. Боткина в 1987 г. было открыто первое специализированное отделение для больных ВИЧ-инфекцией, референс-лаборатория.

Профессора кафедры инфекционных болезней с курсом лабораторной диагностики СПИДа: гл. врач городской инфекционной б-цы им. С.П. Боткина проф. А.А. Яковлев, гл. врач городского СПИД-центра проф. Е.Н. Виноградова, зам. начальника Российской военно-медицинской академии проф. член-корр. РАМН засл. деятель науки РФ Ю.В. Лобзин, зав. кафедрой з.д.н. РФ проф. А.Г. Рахманова, директор клиники гемокоррекции проф. А.К. Шведов, первый зампред комитета по здравоохранению засл. врач РФ проф. Б.М. Тайц, зав. иммунологической лабораторией МЧС проф. Н.М. Калинина, зам. директора НИИ ОЧБ проф. С.А. Кетлинский

С 1995 г. инфекционная служба города развивает направления клинической эпидемиологии и медико-социальной помощи больным. Основное научное направление – патогенез прогрессирующих форм инфекционных болезней и методы интенсивной терапии. С 1987 г. разрабатывается новое направление – ВИЧ-инфекция и СПИД-индикаторные болезни. С 1990 г. начаты исследования по совершенствованию способов терапии, профилактике осложнений эпидемически значимых инфекций – дифтерии, дизентерии и др.

Было внесено много новых идей как в научно-педагогическую, так и в лечебную работу кафедры, одна из которых – основная – состоит в том, что на современном этапе развития науки, инфекционные болезни следует считать мультидисциплинарной проблемой. Именно поэтому к работе на кафедре были привлечены вирусологи, иммунологи, эпидемиологи и другие специалисты.

Как главный специалист Санкт-Петербурга в области инфекционных болезней, я предвидела ухудшение эпидемиологической обстановки в стране не только по ВИЧ/СПИДу, но и по другим инфекциям и возрастающую необходимость подготовки не только инфекционистов, но, прежде всего, врачей первичного звена здравоохранения – терапевтов, педиатров, а в будущем – семейных врачей общей практики. В связи с этим почти в 3 раза был увеличен штатный состав кафедры и к 1999 г. на кафедре, помимо заведующей, работали 6 профессоров, 13 доцентов, 3 ассистента, 3 старших лаборанта, 4 лаборанта.

Последние 15 лет научные интересы сотрудников кафедры связаны с проблемой ВИЧ/СПИДа, СПИД-индикаторных заболеваний, а также вирусных и бактериальных инфекций, имеющих рецидивирующее, прогрессирующее течение, особенно у иммунокомпрометированных лиц (вирусные гепатиты B, C, D, герпес-вирусные инфекции, дизентерия, дифтерия и др.).

Выполнение плановой НИР проводилось на базе НУПО «СПИД и СПИД-ассоциированные инфекции», основными научными задачами которого явились:

• изучение патогенетических механизмов прогрессирования ВИЧ-инфекции (роль иммунных механизмов, диагностика вторичных инфекций и др.): особенностей полиорганной патологии при ВИЧ-инфекции (поражение ЦНС, ЖКТ, бронхолегочной системы и др.); терапевтической эффективности при ВИЧ-инфекции противовирусных и иммуномодулирующих препаратов; современных методов диагностики и лечения вторичных вирусных инфекций (герпес-вирусных, гепатита B и др.);

• систематизация информации о ВИЧ-инфицированных пациентов на основе компью-

терной техники, создание базы данных по республике для организации учета и диспансерного наблюдения;

• разработка унифицированной карты эпидемического анализа ВИЧ-инфицированного;

• эпидемиологический анализ заболеваемости детей и взрослых в РФ, конкретизация путей и факторов передачи ВИЧ-инфекции, разработка математической модели развития эпидпроцесса в России;

• разработка принципов диспансерного наблюдения за ВИЧ-инфицированными;

• проведение специфической экспертной лабораторной диагностики ВИЧ-инфицированности, анализ и обобщение материала, внесение вирусологических методов исследования для индикации ВИЧ;

• разработка автоматизированной информационно-диагностической системы для использования в клинической практике.

Научные исследования потребовали высокоинформативных методов диагностики, баз для клинических наблюдений, изучения эпидемического процесса на популяционном уровне, компьютерной техники. Это стало возможным благодаря сотрудничеству со многими учреждениями Министерства здравоохранения России и правительства Санкт-Петербурга.

В результате проводимых исследований установлены иммунологические и клинические критерии, позволяющие прогнозировать течение ВИЧ-инфекции, изучена частота возникновения вторичных инфекций и разработаны схемы лечения с учетом стадии ВИЧ-инфекции и иммунного статуса. Предложена схема обследования больных и разработаны принципы диспансеризации, система этапного лечения.

На основании эпидемиологических и серологических исследований кофакторов заражения ВИЧ половым путем разработаны целевые обучающие и информационно-просветительские программы, предназначенные для профилактики инфицирования половым путем.

В рамках НИР Российским клиническим центром СПИДа установлена тесная взаимосвязь с территориальными и региональными центрами профилактики и борьбы со СПИДом, которым оказывается помощь с выездом специалистов Республиканского центра и кафедры инфекционных болезней МАЛО в наиболее пораженные регионы для проведения научной, консультативной и учебно-методической работы.

За время работы центра из 29 административных территорий России было направлено 400 больных. Близка к завершению работа по составлению банка клинических данных о больных ВИЧ-инфекцией в России. Помимо этого исследования, сотрудники кафедры продолжают научную работу, посвященную проблемам вирусных гепатитов A, B, C, D. Изучены возможности прогнозирования течения вирусных гепатитов на основании динамики специфических маркеров, иммунологических показателей, неинвазивных способов исследования функции печени и разрабатываются патогенетические методы лечения, направленные на коррекцию иммунного статуса, подавление цитолиза, купирование холестатического синдрома, нормализацию системы гемостаза.

В связи с чрезвычайно неблагоприятной эпидситуацией по дифтерии, дизентерии Флекснера, которая сложилась в Санкт-Петербурге, проводились работы по изучению патогенетических механизмов прогрессирующих форм этих инфекций и возможностей совершенствования методов терапии.

Изучаются кардиологические, неврологические осложнения дифтерии, эффективность серотерапии, особенности дифтерии у привитых. Исследуются причины тяжелых форм дизентерии Флекснера, разрабатываются схемы этиотропной и патогенетической терапии.

Большой раздел научных исследований посвящен герпес-вирусным инфекциям: простому, опоясывающему герпесам, цитомегаловирусной инфекции. Для диагностики этих заболеваний используются методы молекулярной гибридизации. Изучаются возможности противовирусной и иммуномодулирующей терапии.

Одно из направлений научных исследований посвящено хирургическим осложнениям при инфекционной патологии, осуществление которого стало возможным благодаря уникальному, единственному в России инфекционно-хирургическому отделению в больнице № 30 им. С.П. Боткина.

С 1996 г. по 2000 г. выполнялась плановая научно-исследовательская работа «ВИЧ/СПИД и другие современные инфекции у лиц с иммунодефицитами».

Сформулирована концепция о значении вторичных заболеваний в прогрессировании иммунодефицита, присоединении оппортунис-

Проф. А.Г. Рахманова, проф. С.А. Симбирцев, проф. Л.П. Симбирцева после церемонии вручения мантии почетного доктора МАПО

тических инфекций, совокупность которых определяет тяжесть и прогрессирование ВИЧ/СПИДа и хронических вирусных гепатитов.

Практическое значение проведенных исследований заключалось в разработке схем корригирующей комплексной противовирусной терапии и системы этапного наблюдения больных и специфической профилактики в условиях новых организационных основ инфекционной службы в условиях крупного города.

На основании комплексных иммунологических исследований сформулирована научно обоснованная концепция, определяющая роль цитокинов в иммунопатогенезе и клинических проявлениях ВИЧ-инфекции. Доказана генетическая детерминированность уровня продукции ФНО-α, одного из патогенетических факторов, способствующего репликации вируса, определяющего изменения в иммунной системе, характер течения и скорость прогрессирования ВИЧ-инфекции. Сформулированы иммунологические и иммуногенетические критерии прогнозирования темпов прогрессирования ВИЧ-инфекции. Показано, что уровень антигенемии в ходе ВИЧ-инфекции положительно коррелирует с уровнем ФНО-α и отрицательно с уровнем интерферона-α в сыворотке крови.

В процессе прогрессирования ВИЧ/СПИДа нарастали частота и тяжесть микозов, расширялся спектр грибов-возбудителей, развивались комбинированные микозы, увеличивалась кратность комбинированных микозов. У ВИЧ-инфицированных больных были выявлены редкие микозы с развитием менингита, вызванного *Rhodotorula rubra* и фунгемия *Penicillium chrysogenum*. Установлена достоверная связь между развитием миконосительства и микоза с клинической стадией ВИЧ-инфекции и выраженностью иммунодефицита. Определена высока эффективность триазольных антимикотиков для лечения глубоких микозов. Доказана высокая эффективность в лечении микозов интраконазола, амфотерицина В, амбизома.

В зависимости от стадии ВИЧ-инфекции установлены патогенетические закономерности развития туберкулеза: определены особенности клинико-рентгенологических, тканевых проявлений туберкулеза, течения заболевания и эффективности лечения. Установлены частота этой сочетанной патологии, инвалидизации связанной с ней, и причины смерти. Разработан метод химиопрофилактики туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией в зависимости от стадии заболевания. Разработана система мер трех уровней профилактики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных.

Торжественная церемония открытия ЦПО с участием официальных лиц и представителей вузов – первых слушателей вводного курса СПб МАПО, ноябрь 2006 г.

При изучении клинических и эпидемиологических особенностей ВИЧ-инфекции у детей с парентеральным путем инфицирования, определено влияние различных парентеральных вмешательств на вероятность заражения ВИЧ и клиническое течение заболевания. Выявлены факторы, влияющие на скорость прогрессирования к СПИДу и длительность выживания детей с ВИЧ/СПИДом. Разработаны дифференциально-диагностические критерии и оптимальные схемы лечения неврологических нарушений у детей, инфицированных ВИЧ и больных СПИДом. Изучены иммунологические изменения у детей в разных стадиях ВИЧ-инфекции, а также электроэнцефалографические показатели у детей с ВИЧ/СПИДом, доказана их диагностическая значимость в зависимости от стадии инфекционного процесса. Установлена корреляция между степенью иммунодефицита и выраженностью неврологических нарушений. Обосновано проведение этиотропной терапии ВИЧ-инфекции у детей.

При изучении клинического течения опоясывающего герпеса у ВИЧ-инфицированных показано, что опоясывающий герпес развивается в прогрессирующих стадиях ВИЧ-инфекции (пре-СПИД и СПИД), его особенностями являются: более молодой средний возраст больных, склонность к рецидивированию, тяжелые поражения кожи (язвенно-некротическая форма) и диссименация сыпи.

Впервые показано, что при раннем назначении зовиракса в дозе 2 г в сутки, достоверно реже развиваются клинические формы опоясывающего герпеса с поражением ЦНС, оболочек мозга и развитием постзостерной невралгии; предложен новый метод лечения опоясывающего герпеса: применение светового излучения (инфракрасного и видимого спектра) и установлена его эффективность в комплексной терапии заболевания.

Изучены клинико-иммунологические особенности течения рецидивирующего простого герпеса с учетом применения противовирусных препаратов: ацикловира (зовиракса, виролекса, ациклогуаноэина), алпизарина. Показано, что клинические проявления простого герпеса имеют особенности в зависимости от очага поражения и избранной противовирусной терапии. У больных орофациальным и простым герпесом доказано достоверное снижение показателей клеточного иммунного ответа. Показана более эффективная выраженность виролекса и алпи-

зарина при первичном простом герпесе и генитальном рецидивирующем герпесе. С целью получения продолжительной ремиссии при рецидивирующей герпетической инфекции показано назначение противовирусных препаратов прерывисто-курсовым методом. Доказан более стойкий противорецидивный эффект ацикловира (зовиракса/виролекса), чем алпизарина.

Изучены проявления манифестно- и скрытопротекающего эпидемического процесса вирусного гепатита В для обоснования дальнейшего совершенствования системы эпиднадзора. Установлено единство острых и хронических манифестных, а также бессимптомных форм инфекции вирусом гепатита В. Установлена высокая интенсивность эпидемического процесса вирусного гепатита В. Установлено ведущее значение естественных путей передачи ВГВ. Установлено, что в эпидемических очагах ГВ (в семьях, детских коллективах) наибольшую значимость в распространении вируса имеют больные хроническим ГВ и хронические «носители» HBV.

Установлены патогенетические закономерности развития тяжелых, прогрессирующих затяжных и хронических форм вирусных гепатитов В и С. Внедрение молекулярно-биологических методов диагностики привело к появлению нового патогенетического критерия – репликативной активности вирусов. Установлены факты, характеризующие тяжесть современного течения вирусных гепатитов. Показано значение сочетанной репликации HBV, HCV и HDV в развитии прогрессирующих хронических форм болезни. Установлено, что репликативные формы гепатитов В и С, моно- и микст-, при суперинфекции HAV приобретают тяжелое течение. Показано, что изменения иммунологической реактивности отражают характер течения вирусных гепатитов, а возникающие иммунорегуляторные нарушения являются важным звеном патогенеза репликативных форм вирусных гепатитов. Дисбаланс, выявляемый в интерфероновом статусе организма, снижение функциональной и метаболической активности, сокращение численности популяций $CD4^+$-Т-лимфоцитов, В-лимфоцитов, повышение уровня естественных киллеров и HLA DR-клеток (при микст-инфекции) выражаются прогрессирующим течением гепатита и свидетельствуют о нарушении гомеостатической функции иммунной системы. Доказана необходимость проведения комбинированной противовирусной терапии сочетанных форм вирусных гепатитов.

Разработаны организационные основы инфекционной службы в условиях неблагополучной эпидемической ситуации и изменения структуры системы здравоохранения для совершенствования диагностики, лечения и профилактики наиболее распространенных инфекционных болезней. Обоснована новая организационная структура инфекционной службы и необходимости введения экономических методов управления здравоохранения с совершенствованием структуры городского Центра по профилактике и борьбе с инфекционными заболеваниями.

Международная деятельность кафедры начала активно развиваться в 1987–1988 гг. В настоящее время международные связи осуществляются в четырех направлениях: подготовка врачей-слушателей, обучение преподавателей кафедры, обучение иностранных врачей, научно-исследовательская работа.

Кафедра сотрудничает с Великобританией, Германией, Финляндией, Японией, США, Канадой, Данией, Нидерландами, Швейцарией, Францией, Шотландией и такими организациями, как ВОЗ, ЕвроВОЗ, Международный центр по улучшению здравоохранения, Интернациональная комиссия по правам человека (США), «Врачи без границ», «GlaxoWellcome» (Великобритания), «Армия спасения», фирма «Лабсистемс», «Stakes» (Финляндия), ЕвроКАСО, «Врачи мира против ядерной угрозы», Центр психологической поддержки (США), Международный комитет защиты сексуальных меньшинств (Амстердам), Клиника СПИДа (Германия), Центральный институт переливания крови CLB (Нидерланды).

1 декабря 1998 г. на базе нашей кафедры с Российской стороны начал свою работу Канадско-Российский проект борьбы со СПИДом. Гарантом выполнения проекта в РФ являлась Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования. Основной целью проекта являлось усиление и развитие потенциала Российских Федеральных программ по СПИДу для повышения эффективности их работы, посредством обучения специалистов, внедрение международного опыта по профилактике ВИЧ-инфекции и оказание помощи больным, подготовка практических рекомендаций по профилактике ВИЧ/СПИДа. В процессе работы проекта при участии высококвалифици-

Посол США Бернс и А.Г. Рахманова в Санкт-Петербургском центре борьбы со СПИДом

рованных канадских и российских специалистов в 1999–2000 гг. проводилось обучение более 60 российских специалистов из Калининградской, Самарской, Вологодской, Свердловской, Нижегородской областей, Краснодарского края, Ямало-Ненецкого округа, Санкт-Петербурга и Ленинградской области по проблемам СПИДа, по разделам: эпидемиология, тестирование; клинические аспекты, лечение; профилактика, обучение; психосоциальные аспекты; организация сообществ.

Супервайзером проекта с Российской стороны и координатором клинической группы была я, координатором работы проекта – доцент Е.В. Степанова, работу групп координировали: главный врач городской инфекционной больницы № 30 им. С.П. Боткина профессор А.А. Яковлев (эпидемиология и тестирование); главный врач Республиканской инфекционной больницы к.м.н. Е.Е. Воронин (психосоциальная поддержка); первый заместитель председателя Комитета по здравоохранению администрации Санкт-Петербурга профессор Б.М. Тайц (профилактика и обучение).

В работе проекта участвовали: Российский клинический центр СПИДа, Городская инфекционная больница № 30 им. С.П. Боткина. В 1999 г. при участии спикера Российского парламента Г. Селезнева, министра иностранных дел Канады В. Грэхэма, генерального консула Канады в Санкт-Петербурге Л. МакДоналда, был открыт сайт проекта в Интернете. Сайт являлся важной составляющей информационной поддержкой по проблемам ВИЧ/СПИДа в России. В рамках проекта были подготовлены методические рекомендации: «Эпиднадзор при ВИЧ-инфекции», «Лечение ВИЧ-инфекции у взрослых», «Психосоциальная поддержка ВИЧ-инфицированных», «Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции», «Профилактика ВИЧ-инфекции».

Проект закончил свою работу в декабре 2000 года.

Участники Канадско-Российского проекта борьбы со СПИДом на приеме у министра иностранных дел Канады Вильяма Грэхэма (Торонто)

Выступление по телевидению в «Вести+»

С 2001 г. после объединения Гепатологического центра и Центра профилактики и борьбы со СПИДом началась большая работа в направлениях международной деятельности с организациями США. Первым был проект Элизабет Глайзер Фаундштейн совместно с центром по контролю за заболеваниями (СДС) и Университетом Северной Каролины. Исполнителями этого проекта являлся центр для беременных и детей, которым руководит Е. Воронин, и центр СПИДа. Результатами проекта явилось внедрение быстрых тестов для диагностики ВИЧ-инфекции у беременных, которые не обследовались ранее и им не проводилась профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку. Этот проект великолепен, мы изучали социальный статус женщины, заполняли подробные анкеты, осуществляли профилактику социального сиротства. Продолжая этот проект с организацией АЙРЕКС (USAID) мы провели несколько конференций по этой теме. Проект очень важен и его стоит продолжать в других городах РФ.

Моя новая должность – зам. главного врача по лечебной и научной работе и контролю качества работы Центра профилактики и борьбы со СПИДом и инфекционными заболеваниями. Это связано со смертью моей дочери и необходимостью продолжать ее дело и активно работать, чтобы достойно пережить неизгладимый удар судьбы.

Моя дочь – 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. Ее учите-

Елена Николаевна Виноградова (1955–2007)

лем был академик Е.П. Шувалова, а руководитель докторской диссертации ее друг и наставник – проф. А.А. Яковлев. Позже ей предложили возглавить городской центр СПИДа. Елена 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 «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», первые в стране – отделение паллиативной медицины («Хоспис»), отделение «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, к ней легко было войти, минуя секретаря.

Завершая на этом подведение итогов своей научно-педагогической деятельности, хотелось бы сказать, что в 2008 году я надеюсь служить моим коллегам и пациентам и дальше, пока позволит мне мое здоровье. Я благодарю всех тех, кто мне оказал поддержку в моем нелегком пути, оценил мои заслуги и присвоил звание почетного доктора Медицинской академии последипломного образования (МАПО).

Мои ученики – 14 докторов и 52 кандидата медицинских наук. Созданные совместно с ними исследования, монографии, учебники и многочисленные сборники позволяют считать, что я состоялась как ученый – заслуженный деятель науки РФ, почетный доктор нашей Академии. Мои ученики работают в России, странах бывшего СССР и далеко за его пределами (в Канаде, США и др.).

* * *

В дни 75-летия А.Г. Рахманова получила много поздравительных писем и телеграмм. Вот некоторые из них:

Дорогая Аза Гасановна!

Врач, Учитель, Мама, Бабушка. Все это можно написать с большой буквы об Азе Гасановне Рахмановой – враче, который поставил на ноги сотни тяжелобольных, учителе, воспитавшем не одно поколение врачей, маме и бабушке, которая отдает частицу материнского тепла каждому ребенку, которого лечит и наблюдает.

Без Азы Гасановны невозможно представить российскую школу инфекционистов-педиатров, занимающихся ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами. Исследователь, педагог и практикующий врач, Аза Гасановна одной из первых еще в Советском Союзе, стала заниматься изучением ВИЧ-инфекции у детей, а также их лечением. Аза Гасановна продолжает консультировать врачей, наблюдать больных, писать учебники и методические рекомендации, обучать медицинских работников по всей стране.

В знак признания большого вклада в дело профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей Аза Гасановна награждена Дипломом Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ), который был ей вручен лично Анн Венеман, исполнительным директором ЮНИСЕФ в июле 2006 года.

От имени Детского фонда ООН поздравляю Азу Гасановну с юбилеем, желаю ей здоровья, бодрости духа, кипучей энергии.

Карел де РОЙ,
представитель ЮНИСЕФ
в Российской Федерации и Беларуси

В Боткинской инфекционной больнице мы знаем Азу Гасановну с 1964 года. В возрасте 18 лет Вы, Аза Гасановна, пришли сюда и работаете по настоящее время с такой отдачей и самозабвением, что за эти годы воплотили в жизнь ряд серьезнейших фундаментальных идей как на уровне своей кафедры, которой руководили 13

лет, так и на уровне инфекционного стационара, где работаете уже более 40 лет.

Природа одарила Вас большими способностями, отличными деловыми качествами: целеустремленностью, неиссякаемой энергией, горячим темпераментом, несокрушимой верой в задуманное, но самое главное – поразительной трудоспособностью. Поэтому Вы успеваете все. Читать лекции, писать монографии, работать с диссертантами (подготовлено 52 кандидата наук и 14 докторов наук), быть главным инфекционистом Санкт-Петербурга, быть главным редактором научно-популярного журнала «СПИД. Секс. Здоровье». Этот красивый интересный и нужный журнал выходит с 1991 года и в настоящее время поддерживается МЗ РФ, Правительством города, ВОЗ, Глобальной программой по СПИДу. По существу он является единственной пока настоящей профилактикой ВИЧ-инфекции для молодого поколения нашего города.

Именно Вы, Аза Гасановна, были инициатором перестройки работы инфекционной больницы им. С.П. Боткина. Благодаря Вашему участию, темпераменту, энтузиазму здесь были организованы первое в стране отделение интенсивной терапии и реанимации, инфекционно-хирургическое отделение, отделение для ВИЧ/СПИД-пациентов, поликлиника, иммунологическая лаборатория, городской гепатологический центр. При Вашем непосредственном участии с 1995 года больница получила официальный статус Центра по профилактике и борьбе с инфекционными заболеваниями.

А.Г. Рахманова – главный редактор журнала «СПИД. Секс. Здоровье»

Журнал «СПИД. Секс. Здоровье»

Журнал «СПИД. Секс. Здоровье» учрежден проф. А.Г. Рахмановой в 1991 году в самый пик «сексуальной революции» в России. И до сих пор остается одним из немногих, если не единственным в стране изданием, которому удается говорить о проблемах пола в рамках дозволенного, без «клубнички» и в то же время предельно откровенно.

Основное назначение журнала – освещать фундаментальные знания в области ВИЧ/СПИДа, последние достижения мировой науки в этой сфере, рассказывать о судьбах ВИЧ-инфицированных людей, формировать гуманное отношение к ним, прививать навыки сексуальной культуры подрастающему поколению, переориентировать общество на здоровый образ жизни.

Проф. А.Г. Рахманова, как главный редактор журнала, поддерживает постоянные контакты не только с государственными, но и неправительственными организациями, работающими в области профилактики СПИДа, и регулярно предоставляет им страницы своего издания.

В своих постоянных рубриках «Вести из конференц-залов» и «Уголок медика» журнал информирует читателя о международных проектах, конференциях, симпозиумах по проблемам ВИЧ/СПИДа. Особенно популярен в медицинских кругах раздел «СПИД в зеркале статистики», содержащий сводки о ситуации в мире, регионах, отдельных странах, в России и Санкт-Петербурге.

Журнал ставит своей целью привлечь внимание к проблеме ВИЧ/СПИДа не только общества, но и политиков, внушить им всю серьезность ситуации и в то же время донести до их сознания, что в повседневной жизни ВИЧ-инфицированные люди не представляют никакой опасности и заслуживают помощи и защиты в рамках неотъемлемых прав человека.

Среди членов редколлегии: один из ведущих сексологов России Л.М. Щеглов, руководитель группы ЕвроВОЗ – профессор Л. Симбирцева, сотрудник ЕвроВОЗ А. Громыко и другие видные специалисты.

Каждый выпуск журнала имеет свою стержневую тему: № 1 приурочен к Женскому дню 8 Марта и соответственно посвящен женским проблемам, № 2 напоминает об умерших от СПИДа и приурочен к Дню памяти, который отмечается в конце мая каждого года, № 3 выходит ко Дню знаний 1 сентября и ориентирован на молодежь, и наконец № 4 вносит свою лепту в проведение Всемирного дня борьбы со СПИДом 1 декабря.

Практически в каждом номере затрагивается тема «СПИД и наркомания», ставшая сейчас особенно острой.

Журналом охотно пользуются в своей просветительской и профилактической работе медицинские работники, сотрудники центров СПИДа, социологи, психологи, активисты неправительственных организаций.

Журнал «СПИД. Секс. Здоровье» награжден грамотами UNICEF, Министерства здравоохранения РФ, «Золотой пеликан», в 2000 году – грамотой программы ЮНЭЙДС, в 2007 году – грамотой Федерального агентства по защите прав населении и благополучия человека.

Распространяется журнал как по подписке (по цене в несколько раз ниже себестоимости), так и бесплатно – среди школьников, студентов и групп риска.

САЙТ ЖУРНАЛА:
www. aidsjournal.ru
Его посещают более 300 человек в день из России, стран ближнего и дальнего зарубежья.

Совершенно очевидно, что Вы, Аза Гасановна – фигура мирового масштаба. Являясь крупным ученым, заслуженным деятелем науки РФ, Почетным доктором МАПО, Вы известны не только в Санкт-Петербурге, Москве и других городах России, но и далеко за ее пределами. Вы уже давно осуществляете Международное сотрудничество в области инфекционной патологии с зарубежными компаниями, многими медицинскими фирмами, госпиталями, плодотворно контактируете с западными коллегами, много и результативно участвуете в Международных конгрессах, международных проектах.

Вы – человек счастливой судьбы, так как обладаете даром материализовать свои желания.

Дорогая Аза Гасановна! Желаем Вам и дальше покорять профессиональные высоты инфекционной науки и претворять эти достижения в практику.

Желаем хранить блеск веселых карих глаз, держать потрясающий темперамент, быть оптимистичной, здоровой и молодой.

Коллектив инфекционной больницы
№ 30 им. С.П. Боткина

Я сердечно поздравляю Азу Гасановну с юбилеем! Помню ее еще по тому периоду, когда сам пять лет работал в ГИДУВе. И сейчас наше сотрудничество продолжается, в частности, на страницах журнала «СПИД. Секс. Здоровье».

Аза Гасановна – очень яркий и современный человек, но в моем восприятии она одновременно связана с образом античного ученого времен Гиппократа, когда врачи были не только лекарями, но и философами.

Ее социальный темперамент и публицистическая направленность не менее важны, чем научно-врачебная деятельность, особенно в той сфере, которой она занимается. Если бы у нее не было этого таланта – работать с общественностью и привлекать к медико-социальным проблемам внимание широких кругов, то, наверное, она добилась бы меньшего успеха.

Деятельность Азы Гасановны ярко демонстрирует то, что медицина, будучи отдельной наукой, в то же время никогда не имеет права запираться в медицинских кабинетах: выход в общество всегда эффективен и необходим. Проводя в жизнь эту активную позицию, Аза Гасановна смогла добиться колоссальных результатов в своей деятельности, в частности, в борьбе с эпидемией СПИДа, и уже одним этим она заслуживает огромнейшего уважения.

Лев Моисеевич ЩЕГЛОВ,
профессор, ректор Института
психологии и сексологии

Сестра Валентина Рахманова с семьей живут в США. Вашингтон, 2005 г.

Глубокоуважаемая Аза Гасановна!

Коллектив Медицинской академии последипломного образования сердечно поздравляет Вас со славным юбилеем!

Ваш талант педагога, врача, ученого, руководителя и организатора общепризнан и остается непревзойденным.

Тридцать лет назад Вы начали работу в Академии с реорганизации кафедры инфекционных болезней с курсом лабораторной диагностики СПИДа, став ее заведующей. Вам удалось создать большой, плодотворно работающий коллектив кафедры, который в соответствии с требованиями времени был ориентирован на существенное расширение научной и практической проблематики и, используя все предыдущие достижения, начал работу над совершенно новыми направлениями современной медицины.

Вы щедро вложили огромный труд в подготовку научно-педагогических кадров, врачей-инфекционистов, и сегодня Ваше педагогическое мастерство, блестящее знание учебно-методической работы, талант руководителя и педагога, исключительная доброта, сочетающаяся с высокой культурой, тактом и интеллигентностью, поставили Вас в ряд самых авторитетных и любимых профессоров академии. Вас отличает широкий круг профессиональных, общественных и культурных интересов, масштабные организаторские способности. Вы создатель новых медицинских технологий и организационных форм (например, единственного в стране журнала по проблемам ВИЧ/СПИДа «СПИД. Секс. Здоровье»), новых клинических подразделений (в том числе отделений интенсивной терапии инфекционных больных), целых лечебно-профилактических учреждений (инфекционные больницы, гепатологический центр), диспансерных систем, учреждений психосоциальной поддержки. В качестве главного инфекциониста Санкт-Петербурга Вы создали первую в стране службу по профилактике и борьбе со СПИДом. Под Вашим руководством ученики

успешно продолжают разрабатывать проблемы диагностики и терапии инфекционных болезней.

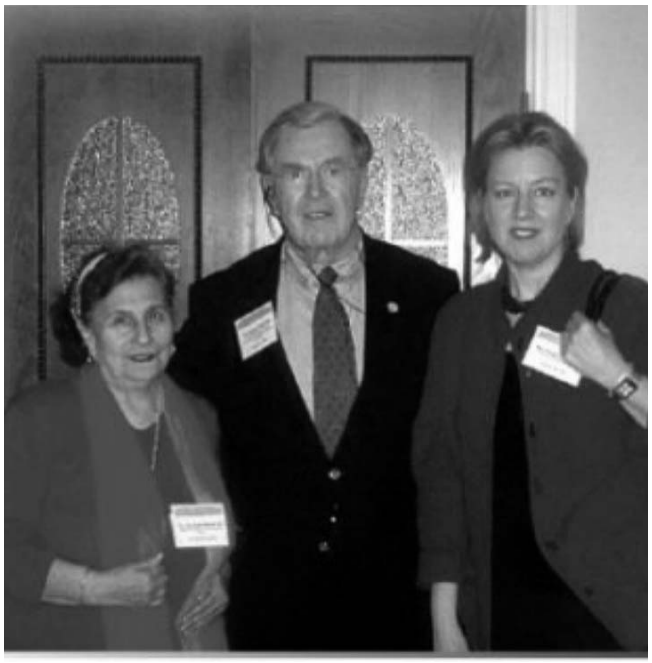
Ученый с мировым именем, Вы внесли неоценимый вклад в развитие ряда направлений: ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты, герпес-вирусные инфекции и т.д. Вами опубликованы сотни научных работ, учебно-методических пособий и монографий. Под Вашим руководством защищено множество докторских и кандидатских диссертаций.

Вы являетесь Заслуженным деятелем науки Российской Федерации, Почетным доктором Медицинской академии последипломного образования. Будучи опытнейшим клиническим специалистом, Вы щедро делитесь теоретическими знаниями и практическим опытом со своими учениками из всех регионов нашей страны, а также стран ближнего и дальнего зарубежья. Ваши научные интересы всегда были неразрывно связаны с нуждами практического здравоохранения.

Высокая требовательность к себе, дисциплинированность и постоянное стремление к личностному и профессиональному росту являются примером и стимулом для всех, кто находится рядом.

Примите самые искренние и теплые поздравления и пожелание крепкого здоровья, благополучия, долгих лет жизни и нашего плодотворного сотрудничества.

И.о. ректора Академии О.Г. Хурцилава,
проректор по учебной работе А.П. Щербо,
декан терапевтического факультета
К.И. Разнатовский



А.Г. Рахманова с организаторами конференции по вакцине против ВИЧ Робертом Виндомом и Натальей Томич. Санкт-Петербург, июнь 2007 г.

Уважаемая Аза Гасановна!

Сердечно поздравляю Вас с юбилеем.

Обаятельная женщина, талантливый педагог и организатор, Вы внесли большой вклад в развитие здравоохранения нашей страны.

Ученый с мировым именем, автор сотен научных книг и статей, Вы воспитали целую плеяду высококвалифицированных врачей. Многие из них сегодня успешно трудятся в медицинских учреждениях Петербурга.

Особенно значимы Ваши заслуги в профилактике и борьбе с инфекционными заболеваниями, в том числе с такими грозными, как СПИД.

Я хочу Вас поблагодарить за активное участие в общественной жизни города, укрепление и развитие межнационального согласия.

Желаю Вам здоровья, благополучия, новых успехов, заботы и любви близких!

В.И. Матвиенко,
губернатор Санкт-Петербурга

Глубокоуважаемая Аза Гасановна!

Примите наши искренние поздравления с Вашим юбилеем!

Ваше беззаветное служение людям является примером для многих поколений медицинских работников. С прожитыми годами не иссякает Ваша энергия и интерес к проблемам российского здравоохранения.

Вы оставили заметный след в организации инфекционной службы. Вами подготовлена в стенах Санкт-Петербургской академии последипломного образования многотысячная армия инфекционистов. Вы по-прежнему бываете во многих уголках нашей страны.

Особенно много Вами сделано в области борьбы с ВИЧ-инфекцией. Вы одной из первых в России начали заниматься вопросами профилактики ВИЧ-инфекции среди женщин, лечением ВИЧ-инфицированных беременных женщин и детей, реализацией программ по социальной помощи и поддержке ВИЧ-инфицированных, имеющих детей.

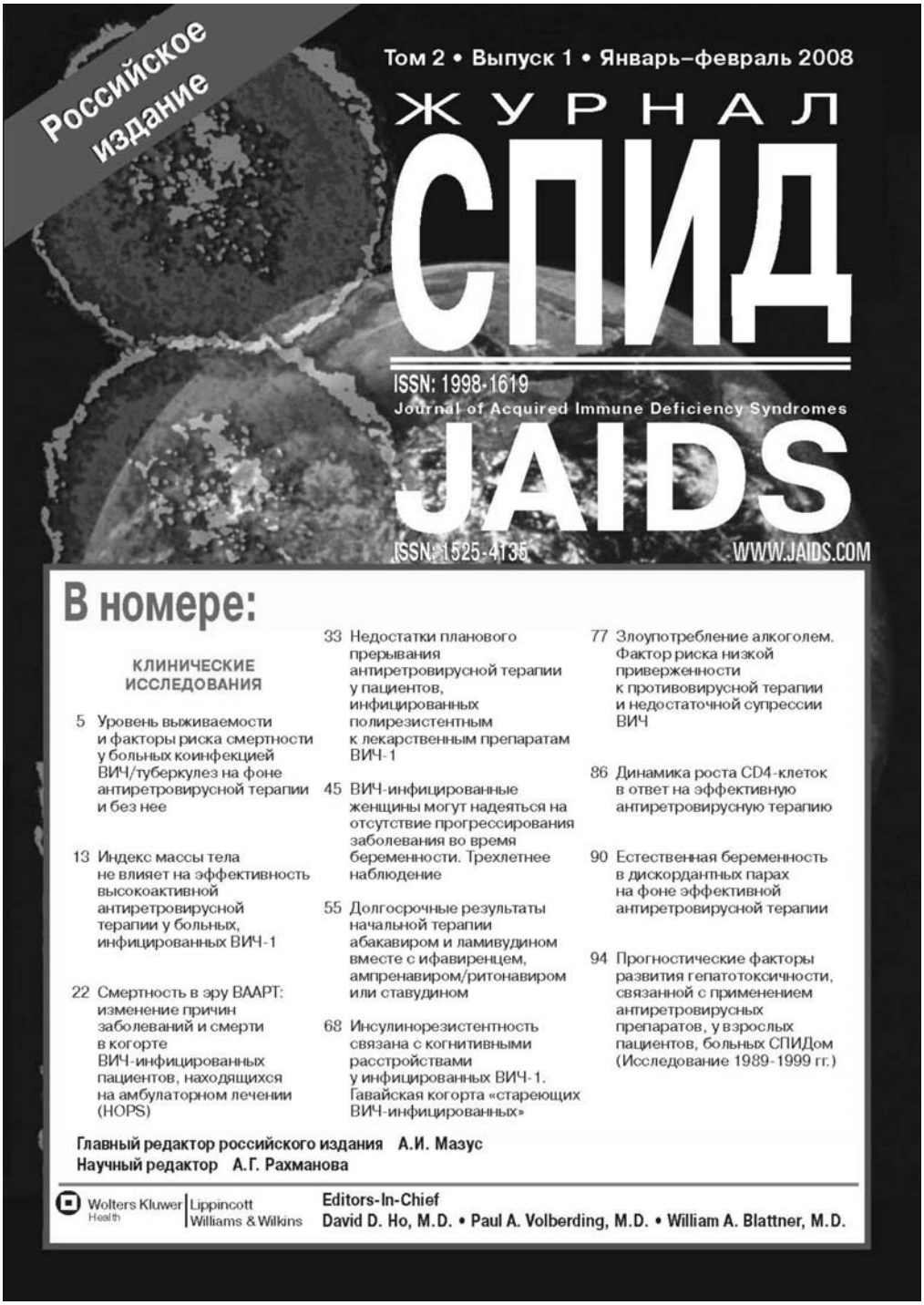
Вас отличают скромность, неиссякаемое любопытство к жизни, доброжелательность и безотказное отношение к просьбам людей.

Желаем Вам долголетия и продолжения служения делу, которому Вы посвятили свою жизнь.

Г.Г. ОНИЩЕНКО,
руководитель Федеральной службы по надзору
в сфере защиты прав потребителей
и благополучия человека (Роспотребнадзора)

Материал подготовил Вл. Пчелин при непосредственной помощи А.Г. Рахмановой.

Русскоязычная версия журнала «JAIDS»


Российское издание

Том 2 • Выпуск 1 • Январь–февраль 2008

ЖУРНАЛ СПИД

ISSN: 1998-1619

Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes

JAIDS

ISSN: 1525-4135

WWW.JAIDS.COM

В номере:

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

5 Уровень выживаемости и факторы риска смертности у больных коинфекцией ВИЧ/туберкулез на фоне антиретровирусной терапии и без нее

13 Индекс массы тела не влияет на эффективность высокоактивной антиретровирусной терапии у больных, инфицированных ВИЧ-1

22 Смертность в эру ВААРТ: изменение причин заболеваний и смерти в когорте ВИЧ-инфицированных пациентов, находящихся на амбулаторном лечении (HOPS)

33 Недостатки планового прерывания антиретровирусной терапии у пациентов, инфицированных полирезистентным к лекарственным препаратам ВИЧ-1

45 ВИЧ-инфицированные женщины могут надеяться на отсутствие прогрессирования заболевания во время беременности. Трехлетнее наблюдение

55 Долгосрочные результаты начальной терапии абакавиром и ламивудином вместе с ифавиренцем, ампренавиром/ритонавиром или ставудином

68 Инсулинорезистентность связана с когнитивными расстройствами у инфицированных ВИЧ-1. Гавайская когорта «стареющих ВИЧ-инфицированных»

77 Злоупотребление алкоголем. Фактор риска низкой приверженности к противовирусной терапии и недостаточной супрессии ВИЧ

86 Динамика роста CD4-клеток в ответ на эффективную антиретровирусную терапию

90 Естественная беременность в дискордантных парах на фоне эффективной антиретровирусной терапии

94 Прогностические факторы развития гепатотоксичности, связанной с применением антиретровирусных препаратов, у взрослых пациентов, больных СПИДом (Исследование 1989-1999 гг.)

Главный редактор российского издания А.И. Мазус
Научный редактор А.Г. Рахманова

Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins

Editors-In-Chief
David D. Ho, M.D. • Paul A. Volberding, M.D. • William A. Blattner, M.D.

подробности на www.hiv-aids.ru

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.

АМЕРИКАНСКИЕ ВРАЧИ ДОКЛАДЫВАЮТ О КЛАСТЕРЕ САРКОМЫ КАПОШИ СРЕДИ БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА МАКСИМАЛЬНОЙ И УСПЕШНОЙ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

05.12.2007

Саркома Капоши (ангиоретикулез) является основным онкологическим заболеванием, связанным с ВИЧ-инфекцией, своего рода знаковым состоянием, постановка диагноза которого означает переход ВИЧ-инфекции в стадию СПИДа. Обычно саркома Капоши развивается у больных с низким уровнем CD4-клеток (<150 кл/мкл) и высокой вирусной нагрузкой (>10 000 копий/мл). У нелеченных ВИЧ-инфицированных больных заболевание имеет тенденцию к агрессивному злокачественному течению в отличие от течения идиопатической (классической) формы, которая поражает пожилых мужчин средиземноморского региона и протекает доброкачественно. Успешная антиретровирусная терапия приводит к быстрому регрессу заболевания у больных СПИДом в большинстве случаев. Как известно, первые случаи ВИЧ-инфекции появились в Сан-Франциско (США), где по традиции среди населения высок процент «мужчин, имеющих секс с мужчинами». Там проживают больные с наиболее длительным анамнезом ВИЧ-инфекции в цивилизованном мире. Врачи Центра по лечению ВИЧ-инфекции Университета Сан-Франциско доложили в журнале «New England Journal of Medicine» о кластере (группе клинических случаев) саркомы Капоши с необычным для ВИЧ-инфекции течением.

Описание кластера. Саркома Капоши развилась у 9 больных с хорошим иммунным ответом на лечение и стойкой в течение не менее 2-х лет вирусной супрессией. Все больные были диагностированы с саркомой Капоши с ноября 2004 г. по январь 2006 г. Все они принимали современную максимальную антиретровирусную терапию с хорошим эффектом, в т.ч. семеро пациентов получали ингибиторы протеазы. Средний возраст больных составил 51 год (от 41 до 74 лет), средняя длительность ВИЧ-инфицированности – 18 лет (от 4 до 25 лет), а средняя длительность антиретровирусной терапии – 7 лет (от 1 до 19 лет). Число CD4-клеток не опускалось у рассматриваемых больных до уровня <300 клеток/мкл, а вирусная нагрузка не поднималась выше 300 копий/мл, т.е. оставалась на неопределяемом уровне, средний наименьший уровень CD4 в прошлом составил в группе 340 клеток/мкл (90–455).

Отличительной чертой течения заболевания являлось его медленное прогрессирование. Все больные имели слабо выраженные кожные проявления болезни без какого-либо вовлечения подкожных тканей или внутренних органов. То есть течение саркомы Капоши в данной группе больных напоминало течение ее классической идиопатической формы.

Выводы. Авторы статьи-отчета о кластере случаев саркомы Капоши высказывают предположение, что его появление именно в Сан-Франциско вероятно связано с большой распространенностью среди ВИЧ-инфицированных этого региона вируса герпеса человека 8 типа, который легко передается при гомосексуальных контактах мужчин. Они отмечают, что несмотря на то, что считается, что ингибиторы протеазы обладают некоторым противоканцерогенным эффектом, 7 из 9 больных принимали ингибиторы протеазы без какого-либо улучшения в отношении саркомы Капоши. Описание данного кластера важно для практических врачей, которые должны быть насторожены в плане саркомы Капоши и внимательно осматривать кожные покровы, даже если больной имеет хороший ответ на антиретровирусное лечение. Очевидно, что параллельно со старением ВИЧ-инфицированного контингента описанный феномен будет встречаться все чаще.

Источник. Maurer T., Ponte M., Leslie K. HIV-associated Kaposi's sarcoma with a high CD4 count and a low viral load. *N. Engl. J. Med.*, Sep. 27, 2007; 357 : 1352–1353.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ЕЕ СВОЕВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ – ОЧЕВИДНЫЕ ЦЕЛИ, КОТОРЫХ НЕЛЕГКО ДОСТИЧЬ

05.12.2007

Раннее выявление, доступ к современному лечению, его своевременное назначение и последующее адекватное модифицирование – составляющие, которые делают ВИЧ-инфекцию почти обычным хроническим заболеванием. Доступ к антиретровирусной терапии улучшается во всем мире. В США все ВИЧ-инфицированные больные имеют право на бесплатную медицинскую помощь. Исследователи из университета Джона Хопкинса сделали попытку оценить, как обстоит дело с выявлением ВИЧ-инфицированных больных. Используя качественные и полные данные больных, наблюдающихся в ВИЧ-центре университета, они поставили целью проследить изменения, произошедшие в течение последнего десятилетия в отношении времени постановки диагноза ВИЧ-инфекции и иммунного статуса больных при первичном обращении.

Методы исследования. Исследование явилось анализом данных John Hopkins HIV Clinical Cohort (клиническая ВИЧ-когорта университета Джона Хопкинса) – большого продольного исследования, в которое с момента открытия ВИЧ-центра в 1990 г. включались все без исключения больные, обращавшиеся за помощью. В этом центре исходными считаются данные, собранные при первичном посещении клиники, в дальнейшем все данные обновляются каждые 6 месяцев. Для этого используется автоматизированная база данных медицинской документации университета Джона Хопкинса, данные из других медицинских учреждений, в которые обращаются больные, и данные гражданской статистики.

Участники данного исследования были стратифицированы в 4 группы, в зависимости от времени обращения в клинику: 1990–1994, 1995–1998, 1999–2002 и 2003–2006 гг. Исследователи определяли время, которое прошло с момента, когда больной впервые узнал, что он ВИЧ-инфицирован до первого визита в ВИЧ-клинику и подсчет CD4-клеток при первичном обращении.

Результаты исследования. В исследование были включены 3348 больных; 1100 из них обратились в клинику в 1990–1994 гг., 927 – в 1995–1998 гг., 822 – в 1999–2002 гг. и 499 – в 2003–2006 гг. Клинико-демографические характеристики больных менялись с течением времени. В целом, большинство больных были мужского пола (около 60%) и афроамериканской расы (до 80%). При этом с годами значительно уменьшилась доля внутривенных наркопотребителей (с 58% в 1990–1994 гг. до 34% в 2003–2006 гг.), увеличилась доля больных, заразившихся в ходе гетеросексуальных контактов (с 16 до 43%) и вырос средний возраст при обращении (с 34 до 40 лет). Исследователи обнаружили парадоксальное в свете усилий, прикладываемых к ранней диагностике ВИЧ-инфекции, снижение среднего уровня CD4-клеток при первичном обращении больных. Средний уровень CD4-клеток при первичном обращении в ВИЧ-клинику составил в 1990–1994 гг. 371 кл/мкл (межквартильный интервал [МКИ] 154–605), в 1995–1998 гг. – 316 кл/мкл (89–514), в 1999–2002 гг. – 270 кл/мкл (88–500) и в 2003–2006 гг. – 276 кл/мкл (95–465); $p < 0{,}01$. Среднее время от постановки диагноза до первичного обращения в ВИЧ-клинику составило в 1990–1994 гг. 271 день (82–830), в 1995–1998 гг. – 416 дней (63–1569), в 1999–2002 гг. – 176 дней (51–1432) и в 2003–2006 гг. – 196 дней (65–1295).

Средний уровень CD4-клеток снизился со временем и у мужчин и у женщин, в большей степени у афроамериканцев, чем у белых пациентов. Среди групп риска в течение времени средний уровень CD-клеток снизился у внутривенных наркопотребителей, гетеросексуальной подгруппы, но не в подгруппе мужчин, имеющих секс с мужчинами. У мужчин, имеющих секс с мужчинами, отмечается также снижение времени от момента постановки диагноза до обращения за помощью – с 215 дней в 1990–1994 гг. до 87 дней в 2003–2006 гг.

Многофакторный анализ с поправками на возраст, расу, группу риска и наличие СПИД-индикаторного заболевания в анамнезе подтвердил, что в течение календарного времени происходило снижение среднего уровня CD4-клеток при первичном обращении в клинику (от –57 кл/мкл при сравнении 1995–1998 гг. с первой стратой до –78 кл/мкл при сравнении 2003–2006 гг. с первой стратой). Более выраженное снижение среднего подсчета CD4-клеток было связано с возрастом (–20 кл/мкл на каждые 10 лет), мужским полом и черной расой.

Выводы. Авторы исследования отмечают, что за последние 16 лет в регионе, который обслуживает ВИЧ-центр университета Джона Хопкинса и который может считаться репрезентативным для США в целом, не произошло улучшения в плане более раннего оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным больным.

С сентября 2006 г. в США рекомендовано рутинное тестирование на ВИЧ взрослых, подростков и беременных. Новые рекомендации, в частности, отменяют обязательное в прошлом специальное письменное согласие больного на тестирование на ВИЧ. Отсроченное первичное обращение приводит как к ухудшению прогноза каждого конкретного больного, так и к усилению риска дальнейшего распространения ВИЧ. Исследователи подчеркивают необходимость скорейшего внедрения в практику указанных рекомендаций и других мер по раннему выявле-

нию и своевременному лечению ВИЧ-инфицированных больных.

Источник. Keruly J.C. and Moore R.D. Immune status at presentation to care did not improve among antiretroviral-naive persons from 1990 to 2006. *Clin. Infect. Dis.*, 2007, Nov 15; 45 : 1369.

ОДНОКРАТНАЯ БУСТЕР-ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ КОКЛЮША НЕДОСТАТОЧНА ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОГО ИММУННОГО ОТВЕТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ВЫСОКОАКТИВНУЮ АНТИРЕТРОВИРУСНУЮ ТЕРАПИЮ

12.12.2007

Уязвимость ВИЧ-инфицированных детей в отношении инфекционных заболеваний требует особых подходов к проведению иммунизации. Сведений о том, как иммунная система ВИЧ-инфицированных детей, получающих высокоактивную антиретровирусную терапию (ВААРТ), реагирует на вакцинацию, недостаточно. В единичных работах было показано, что проведение ВААРТ улучшает иммунный ответ у ВИЧ-инфицированных детей. Однако неизвестно, каким образом число CD4-клеток и вирусная нагрузка влияют на вакцинальный процесс. Известно, что коклюш может быть причиной как острой, так и затяжной респираторной патологии у ВИЧ-инфицированных детей. Американские ученые изучили иммуногенность и безопасность бустер-вакцинации против коклюша у ВИЧ-инфицированных детей, получающих ВААРТ.

Методы исследования. В исследование включили 263 ВИЧ-инфицированных детей в возрасте от 2 до <19 лет из 39 центров. Критерии включения: постоянная ВААРТ в течение ⩾3 мес.; вирусная нагрузка от <30 000 до 60 000 копий РНК ВИЧ в 1 мл; предшествующее введение ⩾4 доз вакцины против дифтерии, столбняка и коклюша (DTP). Бустер-дозу дифтерия-столбняк-ацеллюлярной коклюшной вакцины (DTaP) вводили детям: 1) в возрасте <7 лет, ранее получившим 4 дозы DTP; 2) в возрасте <7 лет с ⩾5 предшествующими дозами DTP и негативными титрами антител (АТ) против столбняка; 3) в возрасте от 7 до 13 лет с отрицательными титрами АТ против столбняка. Исходно, через 8, 24 и 72 недель после вакцинации определяли уровень АТ против коклюшного токсина (PT) и нитевидного гемагглютинина (FHA). Параллельно оценивали уровень РНК ВИЧ и число CD4-клеток.

Результаты исследования. В окончательный анализ включили 92 пациента, средний возраст – 9,3 лет; 65% больных были ⩾7 лет; 47% – мальчики. Исходный уровень противококлюшных АТ был низким: против PT 4,8 EU/mL (95% доверительный интервал [ДИ]: 3,7–6,3), против FHA 4,1 EU/mL (95% ДИ: 2,9–5,8). Через 8 недель после введения бустер-дозы DTaP титр АТ увеличился до 22,3 (95% ДИ: 15,9–31,2) и 77,0 (95% ДИ: 51,0–116,2) EU/mL соответственно. В последующие 24 недели отмечено существенное угасание иммунного ответа. Через 24 недели после вакцинации титр PT АТ снизился на 55%; FHA АТ – на 57%, хотя и оставался выше исходного: 10,1 (95% ДИ: 7,1–14,4) и 32,7 (95% ДИ: 21,6–49,5) EU/mL соответственно. Аналогичная тенденция отмечена и через 72 недели после вакцинации: титр PT АТ составил 6,8 (95% ДИ: 5,1–9,1), FHA АТ 27,0 (95% ДИ: 18,0–40,6) EU/mL. Таким образом, общее снижение уровня противококлюшных АТ было 70 и 65% соответственно.

Однофакторный анализ показал, что концентрация PT и FHA АТ через 8 недель после бустер-вакцинации имела прямую взаимосвязь с исходной концентрацией гомологичных АТ, обратную взаимосвязь – с исходной вирусной нагрузкой, а увеличение PT АТ зависело от базового уровня CD4-клеток. Многофакторный анализ подтвердил, что предикторами положительного иммунного ответа были исходная концентрация гомологичных АТ, минимальный уровень РНК ВИЧ и более высокий уровень CD4-клеток.

Среди негативных проявлений в поствакцинальном периоде зарегистрирован 1 случай локализованной эритемы и уплотнения (⩾25 мм), но <50% конечности.

Выводы. Относительно низкие уровни противококлюшных АТ в ответ на бустер-вакцинацию DTaP у ВИЧ-инфицированных детей, получающих ВААРТ, свидетельствуют о том, что подобный подход является недостаточным для эффективной защиты этих больных против коклюшной инфекции.

Исследование позволяет сделать несколько выводов: 1) после однократной бустер-вакцинации не достигается протективная концентрация противококлюшных АТ; 2) у ВИЧ-инфицированных детей имеет место плохая иммунологическая память в ответ на предшествующие вакцинации против коклюша; 3) ВААРТ не приводит к полному иммунному восстановлению и эффективной продукции АТ против коклюша; 4) в целом бустер-вакцинация DTaP хорошо переносилась больными.

Авторы заключают о необходимости дальнейших исследований для выработки оптимальных подходов к вакцинации против коклюша ВИЧ-инфицированных детей, получающих ВААРТ.

Источник. Mark J. Abzug et al. Pertussis Booster Vaccination in HIV-Infected Children Receiving Highly Active Antiretroviral Therapy. *Pediatrics*, 2007; 120; e1190–e1202.

ФАКТОРЫ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В СЛЕДСТВЕННЫХ ИЗОЛЯТОРАХ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

12.12.2007

Ситуация с распространенностью и заболеваемостью туберкулезом (ТБ) является исключительно серьезной проблемой в России в целом, а в учреждениях исправительной системы – в особенности. Так, в России в 2003 г. заболеваемость ТБ среди населения составила 83,2 на 100 тыс., а в исправительных учреждениях – 2028 на 100 тыс. (от 1163 до 4173 в разных регионах). В пенитенциарных заведениях Санкт-Петербурга заболеваемость ТБ в 2002 г. была несколько ниже, чем в среднем по России – 1983 на 100 тыс. Распространенность ТБ в следственном изоляторе (СИЗО) № 1 Санкт-Петербурга составила в 2000 г. 5889 на 100 тыс., а в СИЗО № 4 – 3297 на 100 тыс. Такая высокая распространенность ТБ в тюрьмах составляет угрозу не только для заключенных, но и для общества в целом, так как тюрьмы не являются абсолютно изолированными заведениями.

Факторы риска заражения/обострения ТБ в исправительных учреждениях, в основном, хорошо известны. Это ВИЧ-инфекция, ТБ в анамнезе, нарушенное питание и возраст. Однако нет сведений о риске развития ТБ в СИЗО, где заключенные содержатся в среднем до 10 месяцев. Интернациональная группа исследователей, в состав которой вошли российские и шведские эпидемиологи, провела исследование с целью определить факторы риска развития ТБ в двух СИЗО Санкт-Петербурга. Исследовались факторы риска, связанные с ситуацией перед заключением, и факторы риска, обусловленные нахождением в СИЗО.

Методы исследования. Исследование случай–контроль было проведено в СИЗО № 1 и № 4 Санкт-Петербурга, в которых заболеваемость ТБ в 2002 г. составила соответственно 1507 и 913 на 100 тыс. Оба СИЗО имеют свои фтизиатрические кабинеты. Данные собирались с мая 2002 г. по май 2003 г. Исследуемой группой были 57 заключенных, у которых развился ТБ в период их содержания в СИЗО, а контрольной группой – 57 заключенных без ТБ, соответствующих исследуемым по возрасту и длительности пребывания в СИЗО.

В группу исследования включались заключенные, заболевшие ТБ в течение 1 года пребывания в СИЗО. У всех ТБ был диагностирован впервые в жизни. Диагноз ставился фтизиатром с использованием рекомендованных в России методик. Всем больным делали рентгенографию грудной клетки, микроскопическое исследование мокроты (трехкратное исследование до постановки диагноза и две последующие микроскопии с окраской по Цилю–Нильсену), посев мокроты и 2-недельный испытательный курс антибиотика широкого профиля. При отсутствии ответа на лечение антибиотиком широкого профиля, больным с подозрением на ТБ назначался курс противотуберкулезных препаратов на 2 месяца с последующей контрольной рентгенографией грудной клетки. Для каждого больного была известна дата помещения в СИЗО и дата постановки диагноза ТБ.

Группа контроля отбиралась методом рандомизации. Члены группы контроля соответствовали больным ТБ по возрасту (± 4 года) и сроку пребывания в СИЗО (± 15 дней). Основным условием включения в группу контроля было отсутствие ТБ (отрицательные результаты рентгенографии грудной клетки, проведенной в СИЗО, и отсутствие симптоматики). Ни у одного из членов группы контроля ТБ не был диагностирован в течение 1 года после окончания исследования.

Все участники исследования заполняли подробный опросник, который включал вопросы относительно исходных социодемографических факторов и вопросы, касающиеся пребывания в СИЗО. Первый блок включал следующие вопросы: национальность/гражданство, место жительства, условия проживания, образование, доход, курение, потребление алкоголя и наркотиков, семейное положение, статус по ВИЧ-инфекции, инвалидность, стресс и другие (всего 24 вопроса). Во второй блок вошли вопросы относительно условий содержания в камере: число заключенных в камере, наличие индивидуальной кровати, питание, режим дня, прогулки, возможность гигиенических мероприятий.

На проведение исследования были получены разрешения этического комитета Института Каролинска (Стокгольм) и ГУИН Минюста России.

Результаты исследования. Исследователи обнаружили, что почти в половине всех случаев ТБ в исправительных учреждениях заболевание произошло в СИЗО: в 2000, 2001 и 2002 гг. соответственно у 58, 41 и 47% среди исследуемых заключенных СИЗО № 1 и у 36, 57 и 57% среди исследуемых заключенных СИЗО № 2.

Среди заболевших ТБ 72% были в тюрьме повторно, 65% – жителями Санкт-Петербурга, 21% состояли в браке. Диагноз ТБ был поставлен через 4–41 месяц пребывания в СИЗО (в среднем – через 15,6 месяцев). Ни один заключенный не был диагностирован с ТБ в течение первых 4 месяцев в СИЗО; 53 случая ТБ были выявлены в ходе обязательного рентгенографического обследования, а у 4-х больных отмечались выраженные симптомы ТБ и жалобы. ТБ был классифицирован как инфильтративный в 28 (49%) случаях, очаговый – в 21 (37%) случае и диссеминированный – в 8 (14%) случаях. На момент постановки диагноза у 5 (9%) больных отмечалась легочная деструкция (на рентгенограмме), а у 7 (12%) больных были положительными результаты микроскопии или посева мокроты.

Однофакторный анализ показал, что факторами риска ТБ являются следующие исходные характеристики: низкий (меньше 50 долларов в месяц) доход (отношение рисков [ОР] – 2,9; 95% доверительный интервал [ДИ] – 1,2–7,3), потребление наркотиков (ОР – 2,6; 95% ДИ – 1,1–6,2), проживание в отдельной квартире до заключения (ОР – 2,8; 95% ДИ – 0,9–9,5). Факторами риска развития ТБ после заключения были: скученность в камере – более 2 человек на одну койку (ОР – 6,1; 95% ДИ – 1,8–26,4), отсутствие личного постельного белья (ОР – 7,0; 95% ДИ – 1,8–39,5), а также кашляющие в камере (ОР – 3,7; 95% ДИ – 1,2–14,0), высокая влажность (ОР – 3,1; 95% ДИ – 1,3–7,5), редкие (не каждый день) прогулки (ОР – 2,7; 95% ДИ – 1,2–6,4). Не было найдено связи между уровнем двухъярусной кровати, на которой спит заключенный, и риском ТБ. ВИЧ-инфицированных было мало – 5 среди заболевших ТБ и 1 – в группе контроля (ОР – 5,4; 95% ДИ – 0,6–259). Не было также замечено значительного влияния предыдущих тюремных заключений на риск ТБ (ОР – 1,4; 95% ДИ – 0,6–3,3). Почти все (95%) заключенные (обеих групп) были курильщиками.

Все значимые факторы риска, выявленные в ходе одновариантного анализа, были протестированы в многофакторном анализе методом логистической регрессии. Статистическую достоверность сохранили следующие факторы риска: низкий доход (ОР – 3,2; 95% ДИ – 1,2–8,6), потребление наркотиков (ОР – 2,6; 95% ДИ – 1,0–6,9), хорошие жилищные условия до заключения (ОР – 4,2; 95% ДИ – 1,1–15,7), скученность в камере (ОР – 4,0; 95% ДИ – 1,1–15,0), отсутствие личного постельного белья (ОР – 13,0; 95% ДИ – 2,7–61,6) и редкие прогулки (ОР – 3,3; 95% ДИ – 1,3–8,5).

Выводы. Авторы исследования отмечают, что система ранней диагностики ТБ в СИЗО довольна эффективна. Она включает обязательную рентгенографию органов грудной клетки в момент заключения и каждые 6 месяцев впоследствии. Заключение о результатах рентгенографии делают два независимых радиолога. Заключенные с подозрением на ТБ переводятся в тюремный госпиталь, и им проводится комплексное обследование, включающее исследование мокроты. Как результат, только 9% заключенных имели признаки легочной деструкции на момент постановки диагноза, и только 7 из 57 больных были контагиозными на основании бактериологических данных. Все больные имели хороший ответ на лечение и положительную динамику в легких, что говорит о правильной тактике их ведения (в том числе назначения противотуберкулезных препаратов без или до бактериологического подтверждения ТБ).

Исследование имеет ряд ограничений. Во-первых, все анализируемые случаи ТБ находились в процессе лечения на момент включения в исследование. Во-вторых, каждому случаю соответствовал только один контроль. И, наконец, ответы на вопросы опросника предполагают субъективность и также могут содержать ошибку.

Высокая заболеваемость ТБ в тюрьме частично объясняется реактивацией латентной инфекции и частично – высоким риском первичного инфицирования. Профилактические меры должны включать снижение числа заключенных в СИЗО и в каждой камере, улучшение санитарных условий, достаточно длительные прогулки на свежем воздухе, адекватное питание и раннюю диагностику. Раннее выявление случаев ТБ, изоляция больных и терапия методом DOTS (Directly Observed Therapy, Short course – краткий курс терапии, проходящий под непосредственным наблюдением) помогут предотвратить циркулирование ТБ в СИЗО. После выхода из заключения больной ТБ должен продолжать лечение, что требует тесного взаимодействия фтизиатров исправительной системы и гражданских лечебных заведений.

В заключение исследователи отмечают, что они определили три фактора риска развития ТБ у новых заключенных в СИЗО и три фактора риска, связанные с условиями содержания заключенных. Первые три фактора риска помогают определить заключенных, за которыми должно проводиться тщательное наблюдение. Факторы риска, связанные с содержанием в СИЗО (скученность в камере, отсутствие постельного белья и редкие прогулки) являются проблемами, решение которых можно считать мерами по профилактике ТБ. В данном исследовании не учитывалась общая длительность пребывания заключенных в тюрьме, хотя группа исследования и контроля соответствовали по времени нахождения в СИЗО. «В следующем исследовании мы планируем оценить риск развития ТБ в зависимости от времени, проведенного в СИЗО. В будущем должны проводиться интервенционные исследования, направленные на оценку эффективности как методов раннего выявления ТБ, так и улучшения условий содержания заключенных» – пишут исследователи.

Источник. Lobacheva T. et al. Risk factors for developing tuberculosis in remand prisons in St. Petersburg, Russia – a case-control study. *European Journal of Epidemiology* (2007) 22 : 121–127.

ПРОТИВОГЕРПЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ СНИЖАЕТ ВИРУСНУЮ НАГРУЗКУ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ, КОИНФИЦИРОВАННЫХ ВИРУСОМ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА

19.12.2007

Благодаря сходным путям инфицирования, большинство ВИЧ-инфицированных больных являются также носителями вируса простого

герпеса (ВПГ). В лабораторных экспериментах было показано, что белки ВПГ усиливают экспрессию ВИЧ в клетке. Эта взаимосвязь была доказана в нескольких клинических исследованиях. Таким образом, путем усиления репликации ВИЧ ВПГ может оказывать негативное влияние на течение инфекции у каждого конкретного коинфицированного больного, а в конечном итоге – увеличивать риск трансмиссии ВИЧ. Группа ученых из США и Перу провела перекрестное клиническое исследование с целью определить как противогерпетическая терапия влияет на вирусную нагрузку ВИЧ .

Методы исследования. Рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое перекрестное исследование ставило задачу оценить влияние валацикловира (*valacyclovir*) на супрессию вирусов ВПГ второго типа (ВПГ-2) и ВИЧ и было проведено в Лиме (Перу). В исследование включались мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ), в возрасте старше 18 лет, сероположительные по ВИЧ и ВПГ-2, никогда не получавшие антиретровирусной терапии (АРТ) и имеющие уровень CD4-лимфоцитов >200 кл/мкл. Критериями исключения были АРТ в анамнезе, текущая противогерпетическая терапия, аллергические реакции на противовирусные препараты, повышенный уровень креатинина и сниженный гематокрит. На момент проведения исследования ВИЧ-инфицированные в Перу получали АРТ бесплатно при CD4 < 200 кл/мкл или наличии СПИД-индикаторного заболевания.

Больные были рандомизированы на получение либо 500 мг валацикловира 2 раза в день *per os*, либо плацебо. Через 8 недель следовал перерыв в терапии (период отмывки от валацикловира) и затем те, кто получал валацикловир, начинали 8-недельный курс плацебо и наоборот (перекрестный дизайн). В случае обострения герпетической инфекции предполагалось открыто давать валацикловир – по 1 г 2 раза в день в течение 3-х дней.

Больные посещали клинику 3 раза в неделю в течение всего исследования за исключением периода отмывки. Во время каждого визита проводилась аноскопия с забором образца слизи из прямой кишки для определения методом полимеразно-цепной реакции (ПЦР) уровня РНК ВИЧ и ДНК ВПГ в тканях. Каждый больной ежедневно самостоятельно производил забор мазка из анальной области для ПЦР на ДНК ВПГ. Раз в неделю производили забор крови для определения уровня РНК ВИЧ в сыворотке крови (вирусная нагрузка).

Конечными точками были вирусная нагрузка и уровень РНК ВИЧ в ректальном отделяемом больных и их различие между периодами приема плацебо и валацикловира.

Результаты исследования. В исследовании приняли участие 20 МСМ, инфицированных ВПГ-2 и ВИЧ. Средний возраст составил 31 год, а средний уровень CD4-клеток – 406 клеток/мкл (232–869 клеток/мкл). У 4-х больных в прошлом отмечались эпизоды клинического проявления инфекции ВПГ-2. Антитела к *Treponema pallidum* имелись у 8 (40%) мужчин; 19 (95%) участников полностью закончили все мероприятия, связанные с 18-недельным исследованием; 1 больной вышел из исследования на 14 неделе; 4 больных были пролечены по поводу обострения генитального герпеса.

Явка на визиты была хорошей. В среднем каждый больной посетил клинику 46 раз из 48 положенных. Валацикловир переносился хорошо. Всего в распоряжении исследователей было 904 образца, полученных в ходе аноскопий, 844 самостоятельно забранных анальных мазка и 288 образцов сыворотки.

ДНК ВПГ была зафиксирована в аногенитальных образцах каждого участника исследования, как минимум – в одном из анализов. При этом ВПГ был обнаружен в 29% мазков, выполненных в период, когда больные получали плацебо, и в 4% мазков в период получения валацикловира ($p < 0{,}001$). Для образцов, забранных в ходе аноскопии, 25% были положительными на ВПГ в плацебо-период и 3% были положительными на ВПГ в валацикловир-период ($p < 0{,}001$).

Наличие ВИЧ было зафиксировано в 620 (73%) из 844 всех образцов, забранных в ходе аноскопий, в том числе в 78% образцов, забранных в плацебо-период, и в 69% образцов, забранных в валацикловир-период ($p = 0{,}02$). Средний уровень РНК ВИЧ в ректальном мазке составил 5,00 $\log_{10}$ копий/мкл в плацебо-период и 4,8 $\log_{10}$ копий/мкл в валацикловир-период ($p < 0{,}001$).

Однофакторный анализ показал снижение вирусной нагрузки в ректальном отделяемом на фоне валацикловира на 31% или на 0,16 $\log_{10}$ копий/мкл (95% доверительный интервал [ДИ] 0,07–0,25 $\log_{10}$ копий/мкл; $p < 0{,}0008$).

В более чем 98% образцов сыворотки ($n = 288$) была определена РНК ВИЧ, а средняя вирусная нагрузка составила в периоды плацебо и валацикловира соответственно 4,5 и 4,14 $\log_{10}$ копий/мкл. По результатам однофакторного анализа на фоне валацикловира вирусная нагрузка в среднем уменьшилась на 53% или на 0,33 $\log_{10}$ копий/мкл (95% ДИ 0,32–0,42 $\log_{10}$ копий/мкл; $p < 0{,}0001$). Многофакторный анализ показал ту же цифру снижения вирусной нагрузки при лечении валацикловиром (–0,33 $\log_{10}$ копий/мкл, $p < 0{,}001$).

Выводы. Авторы исследования констатируют, что супрессивная терапия валацикловиром снизила содержание РНК ВИЧ на 31% в ректальном отделяемом и на 53% в сыворотке крови. Для подтверждения этой взаимосвязи и выработки клинических рекомендаций необходимы большие рандомизированные исследования, считают исследователи. Однако организация и

проведение таких исследований займет немало времени. «В то время как мы ожидаем результатов рандомизированных исследований относительно клинической и эпидемиологической пользы супрессии ВНГ у ВИЧ/ВПГ-коинфицированных лиц, результаты данного исследования убедительно доказывают необходимость серологического тестирования на ВПГ всех ВИЧ-инфицированных больных и пользу супрессивной противогерпетической терапии у больных, которые имеют уровень CD4-клеток >200 кл/мкл и не получают антиретровирусной терапии», – пишут авторы исследования.

Источник. Zuckerman R.A. et al. Herpes Simplex Virus (HSV) Suppression with Valacyclovir Reduces Rectal and Blood Plasma HIV-1 Levels in HIV-1/HSV-2-Seropositive Men: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Crossover Trial. *The Journal of Infectious Diseases*, Nov. 15, 2007; 196 : 1500–1508.

ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ ПОРАЖЕНА ПОЧТИ ПОЛОВИНА УЛИЧНЫХ ПОДРОСТКОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

26.12.2007

Эпидемия ВИЧ-инфекции в России считается одной из самых быстрорастущих в мире. Как и в других странах, ВИЧ в России распространяется в первую очередь среди молодых людей, а самыми уязвимыми категориями внутри этой возрастной группы являются внутривенные наркопотребители и лица, практикующие небезопасный секс. И наркопотребление, и рискованное сексуальное поведение широко распространены среди уличной молодежи больших городов России, в особенности ее двух столиц. Группа исследователей, в которую вошли российские и американские эпидемиологи, провела эпидемиологическое исследование с целью определить рапространенность ВИЧ-инфекции среди уличной молодежи Санкт-Петербурга. Исследование проходило при содействии трех организаций – Санкт-Петербургского ГУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», Американского федерального агентства по контролю и профилактике инфекционных заболеваний (CDC, Centers for Disease Control and Prevention) и американского неправительственного фонда «Врачи мира» (Doctors of the World).

Методы исследования. Кросс-секционное исследование было проведено в Санкт-Петербурге с марта по май 2006 г. Исследователи определили на карте города места, где, по сведениям организаций социальной защиты, наиболее вероятно скопление уличной молодежи – станции метро, рынки и т.п. Всего было названо 41 такое место, из которых методом случайной выборки были отобраны 22. Исследователи ставили задачу включить в исследование не менее 300 человек. Подростка включали в исследование, если он был в возрасте 15–19 лет, был найден в одном из мест скопления уличной молодежи без родителей и имел одно из следующих условий: проживал на улице постоянно или периодически, идентифицировал себя как уличного подростка, посещал школу нерегулярно или не посещал вообще. В места скопления молодежи выезжал мини-вен с командой в составе медсестры и двух социальных работников. Каждый подросток заполнял подробный опросник и тестировался на ВИЧ. Тестирование проходило добровольно; одним из условий включения в исследование было согласие подписать информированное соглашение. Первичное тестирование проводилось с помощью системы Determine (Abbott Laboratories). Все участники исследования проходили консультирование до и после тестирования на ВИЧ. Лица с положительным результатом первого анализа активно и в обязательном порядке подвергались дальнейшему тестированию и лечению.

Результаты исследования. Из 341 подростка, соответствующего критериям включения, 313 согласились тестироваться на ВИЧ и были включены в анализ. Большую часть группы составили лица мужского пола (63,3%), 53% были в возрасте 18–19 лет, 47% – в возрасте 15–17 лет; 13% группы составили круглые сироты, 29% – дети из неполных семей, 57% имели обоих родителей; 70% подростков жили в доме или квартире, 6% – в детском доме или приюте, 23% заявили, что живут на улице; 105 (33,7%) подростков имели в анамнезе инфекции, передающиеся половым путем. Как ожидалось, среди подростков был большой процент наркопотребителей; 103 (32,9%) подростка потребляли внутривенные наркотики, 59 (18,9%) использовали общие иглы и шприцы, 62 (19,9%) принимали стадол, 73 (23,3%) – героин, 124 (40,1%) были токсикоманами (вдыхали токсические вещества).

ВИЧ-инфицированными оказались 117 из 313 подростков (37,4%). При этом в некоторых подгруппах процент ВИЧ-инфицированных был еще больше: 64,3% – среди круглых сирот, 68,1% – среди бездомных подростков, 70,5% – среди леченных от венерических заболеваний, 78,6% – среди внутривенных наркоманов, 86,4% – среди тех, кто использует общие иглы и шприцы, 82,3% – среди потребителей стадола, 78,1% – среди потребителей героина и 60,5% – среди токсикоманов.

Из 117 ВИЧ-инфицированных было 84 мальчика и 33 девочки. Не посещали школу в течение 3-х и более лет 65,5% ВИЧ-инфицированных мальчиков и 58,1% ВИЧ-инфицированных

девочек. Мальчики чаще были бездомными и чаще жили в детском доме в течение жизни: соответственно 46,4 и 62,7% против 30,3 и 45,5% среди девочек; 21% мальчиков и 12% девочек не имели взрослого человека, к которому могли бы обратиться в случае необходимости. Большинство подростков были сексуально активны: 96,4% мальчиков и 97% девочек. У большинства из них было более 2-х партнеров противоположного пола в течение последнего года – у 71% мальчиков и 51% девочек, а 80% мальчиков и 93,8% девочек нерегулярно использовали презерватив. Почти все ВИЧ-инфицированные когда-либо в течение жизни потребляли внутривенные наркотики: 94% мальчиков и 90,6% девочек, а соответственно 73,5 и 66,7% когда-либо пользовались общей иглой.

Многофакторный анализ показал, что факторами риска ВИЧ-инфицирования были возраст 18–19 лет по сравнению с 15–17 (отношение рисков [ОР] – 1,8; 95% доверительный интервал [ДИ] 1,03–3,1), отсутствие обоих родителей по сравнению с полной семьей (ОР – 3,3; 95% ДИ 2,0–5,7), отсутствие одного родителя по сравнению с полной семьей (ОР – 1,8; 95% ДИ 1,2–2,8), бездомность (ОР – 2,4; 95% ДИ 1,4–4,1), проживание в детском доме когда-либо в течение жизни (ОР – 2,9; 95% ДИ 1,8–4,5), венерические заболевания в анамнезе (ОР – 2,1; 95% ДИ 1,1–4,1), внутривенное наркопотребление на момент тестирования или в прошлом (ОР – 23; 95% ДИ 12,6–42,2), использование общих игл на момент тестирования или в прошлом (ОР – 13,3; 95% ДИ 6,2–28,7), потребление стадола на момент тестирования или в прошлом (ОР – 19,4; 95% ДИ 10,2–36,8), потребление героина на момент тестирования или в прошлом (ОР – 7,3; 95% ДИ 4,1–13,1), вдыхание токсических веществ на момент тестирования или в прошлом (ОР – 6,2; 95% ДИ 2,8–13,9).

Выводы. Исследование выявило исключительно высокий процент ВИЧ-инфицированных среди уличной молодежи Санкт-Петербурга – 37,4%, в некоторых подгруппах – 60% и более. Это выше, чем процент ВИЧ-инфицированных среди работников секс-индустрии. Исследователи отмечают, что это самая высокая распространенность среди подростковых групп Восточной Европы. Из факторов риска на первом месте стоит внутривенное наркопотребление, за которым следуют рискованное сексуальное поведение, бездомность и сиротство. Правильно истолкованные результаты исследования могут быть чрезвычайно полезны при выработке методов профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у уличных подростков больших городов России.

Источники. Kissin, D. et al. HIV seroprevalence in street youth, St.-Petersburg, Russia. *AIDS*, Nov., 2007; 21 (17) : 2333–2340.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И ПРИВОДИТ К ПРОБЛЕМАМ С ТЕРАПИЕЙ И ПОВЫШЕННОЙ СМЕРТНОСТИ

26.12.2007

Заболевания почек встречаются у ВИЧ-инфицированных чаще, чем в популяции в целом, по причинам как непосредственного воздействия ВИЧ и оппортунистических инфекций, так и нефротоксических свойств антиретровирусных препаратов, особенно нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы (НИОТ). Протеинурия – основной маркер хронической болезни почек (ХБП), выявляется почти у 30% ВИЧ-инфицированных больных. Несмотря на успехи высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) смертность ВИЧ-инфицированных больных с ХБП растет в последние годы по причинам, которые остаются недостаточно ясными. Одной из таких причин может быть то, что ХБП приводит к необходимости отмены ВААРТ или к недодозированию нефротоксичных антиретровирусных препаратов. Американские ученые проанализировали данные большой группы ВИЧ-инфицированных больных с ХБП с целью оценить адекватность ВААРТ и общую смертность.

Методы исследования. Ретроспективное обсервационное исследование было проведено с использованием нескольких баз данных департамента по делам ветеранов армии США. Из большой группы ВИЧ-инфицированных ветеранов на основании данных о сывороточном креатинине были выделены больные с ХБП. Определялась адекватность и непрерывность ВААРТ, которую они получали (общее время, в течение которого лечение получали больные, которым оно показано). Показаниями к ВААРТ считались подсчет $CD4^+$ <350 кл/мкл при вирусной нагрузке (ВН) >30 000 копий /мл или $CD4^+$ 350–500 кл/мкл при ВН 5000–30 000 копий/мл. Исследователи также собирали данные о назначенных больным антиретровирусных препаратах, выводящихся через почки: зидовудин (zidovudine), ламивудин (lamivudine), ставудин (stavudine), диданозин (didanosine), залцитабин (zalcitabine), эмтрицитабин (emtricitabine) и тенофовир (tenofovir).

Стадия ХБП определялась на основании уровня гломерулярной фильтрации (УГФ), который рассчитывался с учетом возраста, пола, расы и уровня сывороточного креатинина. Исследователи пользовались следующей классификацией: УГФ ⩾60 мл/мин / 1,73 $м^2$ расценивался как легкое снижение функции почек, УГФ 30–59 мл/мин / 1,73 $м^2$ – как снижение функции средней тяжести, УГФ 15–29 мл/мин / 1,73 $м^2$ – как тяжелое снижение и <15 – как почечная не-

достаточность. Больные отслеживались с 2001 г. по 2005 г. или до смерти.

Результаты исследования. Всего были идентифицированы 12 315 ветеранов с подтвержденной ВИЧ-инфекцией, показаниями к ВААРТ и хотя бы одним задокументированным уровнем сывороточного креатинина. Из них у 1041 (8,5%) больных отмечалась ХБП, из них 727 (5,9% всей когорты) имели УГФ 30–59 мл/мин / 1,73 м^2, 109 (0,3%) – УГФ 15–29 мл/мин / 1,73 м^2, 41 (0,3%) – УГФ <15 мл/мин / 1,73 м^2 и 164 (1,3%) были на почечном диализе. На момент включения в исследование 1729 больных (14% когорты) получали ВААРТ. Среди больных с ХБП процент получающих ВААРТ был значительно ниже, особенно среди больных с УГФ <15 мл/мин / 1,73 м^2 – 4,9%. По сравнению с больными с нормальной функцией почек больные с ХБП в среднем были старше, чаще относились к темнокожей расе, чаще имели сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания, деменцию, гепатит С, проявления СПИДа; у них отмечался более низкий средний уровень CD4-клеток.

Все ВИЧ-инфицированные больные, включенные в анализ, получили 16 405 пациенто-лет ВААРТ. Больные с нормальной функцией почек в среднем получали ВААРТ на протяжении значительно большей доли времени наблюдения, чем больные с ХБП. Многофакторный анализ с поправками на многочисленные клинико-демографические показатели подтвердил взаимосвязь вероятности получения ВААРТ и состояния почечной функции. По сравнению с больными с нормальной функцией почек, суммарное время, в течение которого больные с ХБП получали ВААРТ было на 14% меньше у больных с УГФ 30–59 мл/мин / 1,73 м^2, на 24% меньше у больных с УГФ 15–29 мл/мин / 1,73 м^2, на 64% меньше у больных с УГФ <15 мл/мин / 1,73 м^2 и на 49% меньше у больных на гемодиализе.

Всего в распоряжении исследователей были 10 315 рецептов на НИОТ. В рецептах, выписанных 15,4% больным с ХБП (3,4% всех рецептов) дозы НИОТ были выше допустимых при тех степенях нарушения функции почек, которые имелись у данной группы больных. Недодозирование ВААРТ отмечалось только у трех больных.

Всего исследование включило в себя 53 503 человеко-лет наблюдения или 3,4 года на каждого больного. За это время умерли 308 (29,6%) больных с ХБП и 1354 (12%) больных без ХБП. Многофакторный анализ показал сильно выраженную взаимосвязь уровня почечной функции и риска смерти: отношение шансов составило 1,36 (95% доверительный интервал [ДИ] 1,08–1,72), 2,17 (95% ДИ 1,43–3,27), 5,97 (95% ДИ 3,18–11,19) и 1,92 (95% ДИ 1,30–2,82) соответственно для больных с УГФ 30–59 мл/мин / 1,73 м^2, с УГФ 15–29 мл/мин / 1,73 м^2, с УГФ <15 мл/мин / 1,73 м^2 и больных на гемодиализе. Проблемы с ВААРТ (неназначение больным, которым она показана по основному заболеванию, неправильное дозирование) приводили к увеличению смертности больных с ХБП на 22–35% в зависимости от степени почечной недостаточности.

Выводы. Авторы исследования отмечают, что в данной большой когорте ВИЧ-инфицированных пациентов при равных других условиях больные с ХБП получали ВААРТ значительно реже, чем больные с нормальной функцией почек. Те больные, которым была назначена ВААРТ и в том числе НИОТ, зачастую получали препараты в дозах, не учитывающих их степень нарушения функции почек. Неназначение ВААРТ или неадекватное дозирование были причинами от 22% до 35% того повышения смертности, которое имело место у больных ХБП по сравнению с больными с нормальной функцией почек.

Источник. Choi A.I. et al. Low Rates of Antiretroviral Therapy among HIVInfected Patients with Chronic Kidney Disease. *Clinical Infectious Diseases*, 2007; 45 : 1633–1639.

АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ СПОСОБСТВУЕТ ПРОГРЕССИРОВАНИЮ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ПОВЫШАЕТ РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

09.01.2008

Метаболический синдром (МС) – сочетание центрального ожирения (О) и метаболических нарушений – является фактором высокого риска кардиоваскулярных заболеваний (КВЗ) и сахарного диабета 2 типа (СД2). Распространенность МС в общей популяции развитых стран составляет около 25%. Комбинированная антиретровирусная терапия (АРТ) по поводу ВИЧ-1-инфекции зачастую осложняется липодистрофией (уменьшением жировых отложений на периферии и развитием висцерального О), дислипидемией и инсулинорезистентностью. Сочетание данных симптомов, сходных с МС, угрожает ВИЧ-инфицированным больным развитием артериальной гипертензии и КВЗ. В настоящее время сведений о распространенности МС среди ВИЧ-инфицированных больных и влиянии АРТ на развитие у них МС и его осложнений недостаточно.

В рамках международного многоцентрового рандомизированного клинического исследования INITIO (www.ctu.mrc.ac.uk/initio) ученые оценили: а) распространенность МС, КВЗ и СД2 среди ВИЧ-инфицированных больных, ранее не получавших АРТ; б) 3-летнюю заболеваемость МС, КВЗ и СД2 на фоне АРТ; в) предикторы развития МС, КВЗ и СД2.

Методы исследования. В исследование включили 881 ВИЧ-инфицированных больных из 119

центров 21 страны. Все пациенты получали нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы: диданозин и ставудин вместе с эфавиренцем (Э, efavirenz) (n = 288), либо с нелфинавиром (Н, nelfinavir) (n = 305), либо с Э и Н (n = 288). Регистрировали артериальное давление (АД), в крови определяли холестерин липопротеинов высокой плотности (ХЛПВП), триглицериды (ТГ) и глюкозу (Г), проводили антропометрические измерения: вес, окружность талии (ОТ), окружность бедер (ОБ), отношение ОТ/ОБ, индекс массы тела (ИМТ). Определяли число CD4-клеток, вирусную нагрузку ($\log_{10}$ ВИЧ РНК) и стадию ВИЧ-заболевания. Исходно и далее каждые 12 недель анализировали распространенность и возникновение новых случаев МС, а также КВЗ и СД2.

МС диагностировали двумя способами: 1) на основании критериев Национальной образовательной программы по холестерину (National Cholesterol Education Program; NCEP) с использованием экспертной панели определения оценки и лечения гиперхолестеринемии у взрослых (Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults – Adult Treatment Panel III; ATP-III) и 2) с помощью критериев Международной диабетической федерации (International Diabetes Federation, IDF, 2005). Медиана наблюдения составила 192 недели.

Результаты исследования. Средний возраст 881 ВИЧ-инфицированных больных, участников INITIO, был 38,7 ± 10 лет; ИМТ – 23,0 ± 3,6 кг/м^2; 21% были женщины. До начала АРТ 75 (8,5%) пациентов имели МС по критериям ATP-III и 69 (7,8%) – по критериям IDF. Исходно ВИЧ-инфицированные пациенты с МС (по ATP-III или IDF) были старше и имели более высокие ИМТ, ОБ и отношение ОТ/ОБ. Причем каждый компонент имел существенную взаимосвязь с наличием исходного МС.

В течение 3-х лет наблюдения по критериям ATP-III МС развился у 234 человек, по IDF – у 178, что составляло 12/100 и 8/100 пациенто-лет соответственно. При этом частота МС не зависела от режима АРТ.

Многофакторный анализ показал, что существенную взаимосвязь с повышенным риском прогрессирования МС по ATP-III имели такие факторы, как высокие исходные ИМТ, ОТ/ОБ, диастолическое АД, ТГ или низкий ХЛПВП; по IDF – высокие ИМТ, ОТ, ОТ/ОБ и ТГ. В течение периода наблюдения зарегистрирован 21 случай КВЗ среди 19 (2,2%) больных, в том числе шок/сердечная недостаточность (n = 11), стенокардия/ишемическая болезнь сердца (n = 6), аритмия (n = 2), инфаркт миокарда (n = 1) и неспецифическое КВЗ (n = 1).

Исходный МС по критериям IDF показал наличие пограничной недостоверной ассоциации с повышенным риском КВЗ (отношение рисков, ОР = 2,89; 95% доверительный интервал [ДИ]: 0,98–8,63; p = 0,058), в то время как МС, определенный по критериям ATP-III, не давал достоверной взаимосвязи с риском КВЗ (ОР = 2,56; 95% ДИ: 0,86–7,60; p = 0,095). В то же время прогрессирование МС существенно повышало риск развития сердечно-сосудистых событий в течение 3-летнего периода наблюдения (по ATP-III: ОР = 2,73; 95% ДИ: 1,07–6,96; p = 0,036; по IDF: ОР = 3,05; 95% ДИ: 1,20–7,2; p = 0,019).

Что касается СД2, то частота заболеваемости за 3 года наблюдения была 5% или 41 случай. Из них 13 человек имели >1 эпизода случайной Г плазмы >11,1 ммоль/л. Пациенты с МС показали значительно повышенный риск развития СД2 (ATP-III: HR = 4,34; 95% ДИ: 1,83–10,25; p = 0,001; IDF: HR = 3,33; 95% ДИ: 1,35–8,17; p = 0,009). Среди компонентов МС максимальная связь с риском развития СД2 была у повышенных ОТ, систолического АД, ТГ и Г, что делало их наиболее значимыми предикторами заболевания. Развитие МС в ходе наблюдения имело достоверно значимую ассоциацию с повышенным риском СД2 (ATP-III: ОР = 4,89; 95% ДИ: 2,22–10,78; p < 0,0001; IDF: ОР = 4,84; 95% ДИ: 2,20–10,64; p < 0,0001).

Выводы. Исследование показало относительно низкую распространенность МС среди ВИЧ-инфицированных больных, ранее не получавших АРТ (8,5 и 7,8% по ATP-III и IDF-критериям соответственно). Одной из причин данного факта может быть молодой возраст пациентов. С началом АРТ заболеваемость МС среди ВИЧ-инфицированных больных заметно возросла (до 12/100 и 8/100 пациенто-лет по критериям ATP-III и IDF соответственно). МС, существовавший у больного до начала АРТ, в 2,5 раза повышал риск развития КВЗ и в 3,3 раза – СД2.

Таким образом, наличие МС имеет высокую прогностическую значимость в отношении последующего развития сердечно-сосудистых событий и СД2 у ВИЧ-инфицированных больных. Данные факты подчеркивают необходимость обследования ВИЧ-инфицированных пациентов на наличие МС до начала АРТ и дальнейшего динамического наблюдения с целью назначения превентивных мероприятий для предупреждения развития жизнеугрожающих сердечно-сосудистых событий и СД2.

Источник. Wand H. et al. Metabolic Syndrome, Cardiovascular Disease and Type 2 Diabetes Mellitus After Initiation of Antiretroviral Therapy in HIV Infection. *AIDS*, 2007; 21 (18) : 2445–2453.

ВНУТРИУТРОБНОЕ И ИНТРАНАТАЛЬНОЕ ВИЧ-1-ИНФИЦИРОВАНИЕ ИМЕЮТ РАЗЛИЧИЯ В ФАКТОРАХ РИСКА

17.01.2008

Известно, что в отсутствие какой-либо профилактики, дети, родившиеся от ВИЧ-1-инфицированных матерей, заражаются в ~35–49%

случаев, причем ~8% инфицируются в течение беременности (внутриутробно), ~15% – во время родов (интранатально), а 12–26% – через грудное молоко. Риск перинатальной трансмиссии ВИЧ-1-инфекции связывают с прогрессированием заболевания и углублением иммунодефицита, высокой вирусной нагрузкой (ВН), развитием во время беременности заболеваний, передающихся половым путем, а также отягощенным акушерским анамнезом.

Для того, чтобы оценить роль различных факторов риска ВИЧ-1-инфицирования в анте- и интранатальном периодах, ученые из Таиланда совместно с французскими и американскими коллегами провели многоцентровое рандомизированное двойное слепое контролируемое сравнительное исследование эффективности различных схем превентивных мероприятий перинатального ВИЧ-1-инфицирования.

Методы исследования. С 24.06.1997 по 03.12. 1999 гг. в исследование по перинатальной ВИЧ-профилактике-1 (Perinatal HIV Prevention Trial-1, PHPT-1) включили 1437 беременных ВИЧ-1-инфицированных женщин из 27 центров Таиланда, не получавших ранее антиретровирусной терапии. С учетом 2 × 2 рандомизации женщинам назначали зидовудин по 300 мг дважды в день с 28-й недели либо 35-й недели беременности. С началом родов они получали зидовудин по 300 мг каждые 3 ч до рождения ребенка. Новорожденные сразу же находились на искусственном вскармливании, им назначали либо короткий курс профилактики зидовудина (в течение 3 дней), либо длинный (6 недель). Исследователи анализировали демографические характеристики, гестационный возраст, биохимические и гематологические показатели, данные ультрасонографии, ВН матери (число копий РНК ВИЧ-1 крови), ВИЧ-статус новорожденного (РНК ВИЧ-1 крови методом ПЦР) на 1 день, 6-й неделе, 4 и 6 мес. жизни.

Результаты исследования. Обследовано 1392 новорожденных. У 97 подтвердили перинатальную ВИЧ-1-трансмиссию, из них 35 были инфицированы внутриутробно, а 49 – интранатально. Средний возраст беременных женщин – 24,9 лет. У 43% это была первая беременность. Медиана креатинина сыворотки у них составила 0,6 мг/дл, медиана общего числа лимфоцитов – 1910 кл/мл, абсолютного числа CD4 – 360 кл/мл, относительного числа CD4 – 20%, ВН – 3,92 $\log_{10}$ копий/мл. 46,8% женщин получали профилактику зидовудином после 31,4 недель беременности. У 18% роды были оперативные (кесарево сечение), средняя продолжительность родов составила 8,1 ч, у 9,8% роды были индуцированы; 53,2% детей были мальчики, 9% родились с недостаточным весом для данного срока гестации.

Не было зарегистрировано ни одного случая перинатальной трансмиссии у 105 женщин с ВН <400 копий/мл. Не отмечено взаимосвязи между кесаревым сечением и риском трансмиссии. Многофакторный логистический регрессионный анализ показал, что за исключением высокой материнской ВН (⩾35 000 копий/мл), факторы риска внутриутробного и интранатального инфицирования имели существенные различия. Помимо высокой ВН матери (корригированное отношение риска, КОР = 4,2; $p < 0{,}001$), с внутриутробным инфицированием было связано отсроченное начало зидовудин-профилактики >31,4 недель гестации (КОР = 3,0; $p = 0{,}004$). Среди независимых факторов, которые ассоциировались с интранатальной трансмиссией, были исходная ВН >10 000 копий/мл (КОР = 3,8 для 10 000–35 000 копий/мл, $p = 0{,}002$; КОР = 7,1 для ⩾35 000 копий/мл, $p < 0{,}001$), индукция родов (КОР = 2,6; $p = 0{,}01$), преждевременная родовая деятельность с применением токолитиков (КОР = 15,1; $p = 0{,}001$). Общими факторами риска для внутриутробного и интранатального инфицирования были высокая исходная ВН ⩾ 35 000 копий/мл (КОР = 4,2; $p < 0{,}001$), креатинин сыворотки ⩾1,5 мл/дл (КОР = 10,4; $p = 0{,}001$), преждевременные роды с токолизисом (КОР = 10,2; $p = 0{,}001$), недоношенность (КОР = 2,4; $p = 0{,}003$) и вес при рождении ⩽2500 г (КОР = 2,1; $p = 0{,}004$).

Выводы. Внутриутробное и интранатальное ВИЧ-1-инфицирование имеют различия в факторах риска за исключением исходной материнской ВН ⩾35 000 копий/мл, которая является общим фактором высокого риска перинатальной трансмиссии. Установлено, что помимо высокой ВН наибольшее значение для внутриутробного инфицирования имеет позднее (>31,4 недели) начало профилактики зидовудином, а для интранатального – индукция родов и преждевременная родовая деятельность с применением токолитиков. Выявленные факторы риска следует учитывать для оптимизации профилактических мероприятий перинатальной трансмиссии в зависимости от периода беременности и родов.

Источник. Gonzague Jourdain et al. Risk Factors for In Utero or Intrapartum Mother-to-Child Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 in Thailand. *Journal of Infectious Diseases*, Dec. 2007; 196: 1629–1636.

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИКИ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ ОДНА ДОЗА ТЕНОФОВИРА ПРЕДОТВРАЩАЕТ ФОРМИРОВАНИЕ УСТОЙЧИВОСТИ ВИРУСА К НЕНУКЛЕОЗИДНЫМ ИНГИБИТОРАМ ОБРАТНОЙ ТРАНСКРИПТАЗЫ

17.01.2008

Невирапин (nevirapine) относительно недорог и хорошо переносится. Поэтому профилактика невирапином вертикальной передачи ВИЧ-ин-

фекции применяется широко, особенно в небогатых странах. Однако такая методика приводит к появлению штаммов ВИЧ, резистентных ко всем ненуклеозидным ингибиторам обратной транскриптазы (ННИОТ) и ограничивает выбор режима антиретровирусной терапии женщин в последующем. В разных исследованиях доля женщин, у которых после одной дозы невирапина развивалась устойчивость ВИЧ к ННИОТ, составляла от 20 до 69%. Было высказано предположение, что нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ) тенофовир (tenofovir disoproxil fumarate) и эмтрицитабин (emtricitabine), обладающие длительным периодом полувыведения и относительно безопасные для беременных, могут предотвратить развитие резистентности у ВИЧ, если их добавить к невирапину. Это предположение проверила международная группа ученых из США и Замбии. Результаты их исследования были опубликованы в журнале «The Lancet» за 17 ноября 2007 г.

Методы исследования. Открытое рандомизированное испытание проходило в г. Лусака (Замбия). Все женщины, обращавшиеся в местные клиники по поводу беременности, обследовались на ВИЧ. Сероположительным выдавалась на руки доза невирапина (200 мг), которую женщина должна была принять при начале родов. Тем из беременных, кто не соответствовал критериям начала антиретровирусной терапии (АРТ), предлагалось начать дородовый курс зидовудина (zidovudine) по 300 мг два раза в сутки, начиная с 32-й недели беременности. Новорожденным назначалась однократная доза сиропа невирапина в течение 72 ч от рождения и зидовудин на 7 дней (4 мг/кг 2 раза в сутки).

В исследование включались ВИЧ-положительные беременные женщины на сроке 28–38 недель. Исключались женщины, которым уже была показана АРТ, и женщины, которые уже принимали АРТ-препараты ранее. Участниц испытания рандомизировали на однократную дозу комбинированного препарата «Truvada», в состав которого входит тенофовир (300 мг) и эмтрицитабин (200 мг), или на стандартное лечение. На 2 и 6 неделях после родов у женщин брали кровь для исследования генотипа резистентности ВИЧ – амплифицировался и секвенсировался ген pol; его последовательность сравнивали с базой данных ВИЧ-резистентности. Методика обнаруживала генотип резистентности, если таковой был минимум у 20% вирусов. У новорожденных кровь на вирусологию брали из пятки в первые 8 ч от рождения, а также на 6 неделе. Заражение ребенка считалось внутриутробным, если у новорожденного были положительны обе пробы крови, и интранатальным, если первая проба была отрицательной, а вторая положительной. Еще через 4 недели положительные результаты проверялись заново. Проверяли и концентрацию невирапина в пуповинной крови, чтобы убедиться в приеме препаратов.

Результаты исследования. Всего с марта 2005 г. по февраль 2007 г. в исследование рандомизированы 397 женщин. Медиана возраста в группе вмешательства составила 26 лет (межквартильный интервал [МКИ] 22–29), в группе контроля – 24 года (МКИ 22–29). В среднем беременность была третьей по счету (МКИ 2–4), а роды – вторые (МКИ 1–2). Срок беременности при включении в исследование составил 30 недель (МКИ 29–33) в обеих группах. Подсчет CD4 оказался в среднем 464 ± 208 и 490 ± 200 кл/мкл в группе вмешательства и контроля соответственно. Антенатально курс зидовудина получили 322/397 (81%) женщин. Судя по анализу пуповинной крови, невирапин приняли большинство женщин в обеих группах (различия недостоверны). Среднее время от приема тенофовира/эмтрицитабина в присутствие медиков у 198 рандомизированных на вмешательство женщин до родов составило 3,5 ± 4,5 часа. Ко второй неделе после родов у 116 из 183 (63%) женщин в группе вмешательства вирусная нагрузка (ВН) была ниже порога чувствительности (400 копий/мл), в контрольной группе таких пациентов было меньше (93/177 или 53%; $p = 0{,}043$). Среди тех, у кого в крови определялся ВИЧ, средний логарифм вирусной нагрузки также был ниже в группе вмешательства: 3,49 против 3,83 ($p = 0{,}004$). К 6-й неделе разница в ВН между группами исчезла. Резистентность к ННИОТ в группе вмешательства развивалась гораздо реже: на 73% реже ко 2-й неделе (отношение риска (ОР) 0,27; 95% доверительный интервал [ДИ] 0,11–0,66); на 53% к 6-й неделе (ОР 0,47; 95% ДИ 0,29–0,76; кумулятивное ОР – 0,44; 95% ДИ 0,28–0,69). Такие же результаты были получены и при анализе подгруппы с ВН > 2000 копий/мл, хотя защитный эффект тенофовира/эмтрицитабина на 2-й неделе был несколько ниже.

При вторичном анализе, при котором участницы стратифицировались по ВН к моменту родов, защитный эффект тенофовира/эмтрицитабина был особенно выражен в подгруппе с ВН > >10 000 копий/мл. Мутаций резистентности к тенофовиру, эмтрицитабину или зидовудину замечено не было.

Из 397 детей, родившихся от матерей в группе вмешательства, к 6-й неделе прослежены 355 (89%). Трое (1%) умерли внутриутробно, 9 младенцев (2%) умерли в первые 6 недель жизни, судьба 30 (8%) не прослежена. Заражение младенцев ВИЧ между группами достоверно не различалось: в группе вмешательства – 10 из 180 (5,6%), в контрольной – 14 из 175 (8,0%) ($p = 0{,}403$). Те же показатели для внутриутробной передачи составили соответственно 8 из 180 (4,4%) против 10 из 175 (5,7%) ($p = 0{,}635$); для интранатального заражения – 2 из 127 (1,6%) против 4 из 165 (2,4%) ($p = 0{,}440$).

Различий в биохимических показателях и по уровню гемоглобина между группами ко второй неделе не было. Серьезные неблагоприятные события отмечены у 7 из 198 (4%) в группе вмешатель-

ства и у 9 из 199 (5%) в контрольной (p = 0,800), при этом чаще всего встречалась анемия. Среди младенцев неблагоприятные события зарегистрированы у 20 из 198 (10%) в группе вмешательства и у 23 из 199 (12%) в группе контроля – в основном встречались сепсис и пневмония с одинаковой частотой в группах. Ни одно из неблагоприятных событий с приемом исследуемых медикаментов связано не было.

Выводы. Авторы исследования показали, что такое несложное вмешательство как одна доза тенофовира/эмтрицитабина в дополнение к невирапину при профилактике вертикальной передачи ВИЧ значительно снижает частоту мутаций резистентности ВИЧ, хотя и не влияет на частоту передачи вируса новорожденному.

В сопутствующем редакционном комментарии доктора Shahin Lockman (Гарвардская школа общественного здравоохранения, Бостон) и James Alasdair McIntyre (Университет Witwatersrand, Йоханнесбург, ЮАР) подчеркивают, что одиночная доза тенофовира/эмтрицитабина должна быть включена в практику профилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции в дополнение к невирапину и зидовудину, особенно у женщин с высоким подсчетом CD4-клеток.

Источник. B.H. Chi et al. Single-dose tenofovir and emtricitabine for reduction of viral resistance to non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor drugs in women given intrapartum nevirapine for perinatal HIV prevention: an open-label randomised trial. *Lancet*, Nov. 17, 2007; 370: 1698–1705.

ВЕРОЯТНОСТЬ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ВСЕХ ТРЕХ КЛАССОВ АНТИРЕТРОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ У ОДНОГО БОЛЬНОГО НЕВЕЛИКА

23.01.2008

Когда ВИЧ-инфицированный больной начинает антиретровирусную терапию, для него и для его лечащего врача важно знать, какова вероятность ее несостоятельности или «вирологической неудачи», т.е. недостижения на терапии стойкой вирусной супрессии, связанной, в первую очередь, с резистентностью ВИЧ. Знание этого также важно для организаторов медицинской помощи, планирующих снабжение больных антиретровирусными (АРВ) препаратами и затраты на лечение возможных проявлений СПИДа. В настоящее время основными антиретровирусными лекарственными средствами являются препараты трех групп: нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ), ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ) и ингибиторы протеазы (ИП). Причем в наиболее новых АРВ-режимах используется комбинация какого-то из ИП с ритонавиром, так называемый ритонавирусиленный ИП. Каков риск развития вирологической неудачи у больного, начинающего комплексную АРВ-терапию (кАРТ), включающую препараты трех основных классов, – неизвестно. Ответ на этот вопрос попытались получить ответ британские ученые, проведя большое обсервационное исследование.

Методы исследования. Ученые использовали данные непрерывного британского общенационального обсервационного исследования UK collaborative HIV cohort study (UK CHIC). В когорту UK CHIC входят все больные, наблюдающиеся в семи крупнейших ВИЧ-клиниках Великобритании. Исследование начато в 2001 г., в настоящий анализ вошли данные за 2001–2005 гг. В базу данных UK CHIC заносятся сведения об исходных клинико-демографических характеристиках больных, лечении, течении заболевания, включая развитие СПИДа, смерти, а также все лабораторные показатели. В данном анализе рассматривались два вида вирологической неудачи терапии – неудачи всех трех классов или какого-то одного из них. Вирологической неудачей какого-то одного класса АРВ-терапии считалось наличие вирусной нагрузки (ВН) > 400 копий/мл после 4-х месяцев приема препарата этого класса. Для неудачи ИП это должен был быть ритонавирусиленный ИП. В первую очередь анализировалась вирологическая неудача всех трех классов АРП.

Результаты. В исследование были включены 7916 больных, которые начали АРТ с режимов, включающих ⩾ 3 препаратов. Средний уровень CD4-клеток на момент инициации кАРТ был низким (187, межквартильный интервал [МКИ] 90–282), т.к. много больных поздно обратилось за помощью. Средняя исходная ВН составила 5,0 (МКИ 4,4–5,5). Диагноз СПИДа до инициации кАРТ имели 19% больных, средний возраст когорты – 36 лет, 75% – мужчины, 56% – МСМ. Наибольшее число больных начали кАРТ с режима, содержащего 2 НИОТ + ННИОТ – 61%. С режима, содержащего 2 НИОТ + ИП, кАРТ начали 15% больных, 2 НИОТ + ритонавирусиленный ИП – 11%, 3 НИОТ – 4%. Остальные 9% больных использовали другие режимы кАРТ. В целом за больными наблюдали в течение 27 441 человеко-лет. За это время вирологическая неудача всех трех классов АРВ-препаратов была зафиксирована у 167 больных. Из них у 77% в прошлом были периоды, когда их ВН была < 50 копий/мл. К моменту постановки диагноза вирологической неудачи всех трех классов препаратов у 150 (90%) больных несостоятельными оказались 7 АРВ-препаратов, а у 32 (19%) больных – 9 АРВ-препаратов. Кумулятивный риск развития вирологической неудачи всех трех классов препаратов, рассчитанный методом Каплана–Майера, составил 3,5% (95% доверительный интервал [ДИ] 2,9–4,1) к 5-му году кАРВТ и 9,2% (95% ДИ 5,0–13,4) к 10-му году. В подгруппе больных, начавших кАРВТ после 2000 г., 5-лет-

ний риск развития вирологической неудачи терапии всеми тремя классами АРВ-препаратов оказался равным 3,8%. Для отдельных классов АРВ-препаратов риск развития вирологической неудачи к 4-му и 8-му годам терапии составил соответственно для НИОТ 9 и 21%, для ритонавирусиленного ИП – 33 и 38%, для ННИОТ – 26 и 37%. Больные, имеющие в анамнезе вирологическую неудачу на одном режиме кАРВТ, содержащем ИП, имели в полтора раза (1,53) большую вероятность развития вирологической неудачи других ИП-режимов. А после неудачи ⩾2 режимов риск развития неудачи на следующем ИП-режиме возрастал в 2 раза (2,05). Аналогично при использовании ННИОТ, если вирологическая неудача имела место на одном препарате, риск ее повторения в последующем возрастал в 2,5 раза (2,47), а после неудачи ⩾2 ННИОТ-режимов – более чем в 3 раза (3,11).

По данным многофакторного анализа основными предикторами развития вирологической неудачи были низкий уровень CD4-клеток (отношение рисков [ОР] – 0,68 на каждые +100 клеток/мкл; $p < 0,0001$), более молодой возраст (ОР – 0,7 на каждые –10 лет; $p = 0,001$), более ранний календарный год начала АРВТ (ОР – 0,86 на 1 год; $p = 0,006$) и принадлежность к гетеросексуальной группе риска (ОР – 2,26; $p < 0,0001$). При анализе подгрупп больных, начавших кАРТ при $CD4^+ \geqslant 200$ клеток/мкл и < 200 клеток/мкл, 10-летний риск развития вирологической неудачи всех трех классов АРВ-препаратов составил 5,5% (95% ДИ 3,5–7,5) против 12,1% (95% ДИ 5,1–19,1).

Исследователи также сделали попытку проследить судьбу тех пациентов, у кого имела место несостоятельность всех трех классов АРВ-препаратов. Они обнаружили, что у 101 (60%) из 167 больных в какой-то момент времени уже после постановки диагноза неудачи терапии отмечалась неопределяемая ВН (<50 копий/мл), а у 74 (44%) больных такая ВН отмечалась минимум в двух последовательных анализах. Из препаратов, не входящих в три перечисленных класса АРВ-препаратов, на момент сбора данных (до 2005 г. включительно) на рынке имелся только ингибитор слияния энфувиртид (enfuvirtide). Его получали 24 (<1%) из 7916 больных когорты в целом, и 5 (35) из 167 больных с неудачей трех основных классов АРВ-препаратов.

В течение первых 10 лет после инициации АРВ-терапии умерли 239 из 7916 пациентов. Десятилетняя смертность, рассчитанная методом Каплана–Майера, составила 6,2% (4,4–8,0) в когорте в целом. При этом в группе 167 больных с неудачей терапии всех трех классов АРВ-препаратов 5-летняя смертность составила 10,6% (2,4–18,8; 9 случаев смерти).

Выводы. Авторы исследования отмечают, что у больных, начинающих современную кАРТ, частота развития несостоятельности всех трех классов АРВ-препаратов достаточно низкая; особенно у тех, кто начинает кАРТ на фоне уровней CD4-лимфоцитов >200 клеток/мкл. Ограничением исследования было небольшое число больных с вирологической неудачей всех трех классов АРВ-препаратов и длительность периода наблюдения, несопоставимая с десятилетиями, в течение которых больные должны быть на АРВ-терапии. Ученые считают, что необходимы более многочисленные и длительные исследования больных с несостоятельностью АРТ.

Тем не менее можно сказать, что прогноз для больных, начинающих АРТ с комбинации препаратов трех основных классов, обнадеживающий. Даже больные с несостоятельностью препаратов всех трех классов имели в данном исследовании небольшую 10-летнюю смертность. «Эти данные могут повлиять на планирование программ терапии в развивающихся странах, где в течение некоторого времени еще не будут доступны препараты, не входящие в три основных класса», – отмечают исследователи.

Источник. A.N. Philips et al. Risk of extensive virological failure to the three original antiretroviral drug classes over long-term follow-up from the start of therapy in patients with HIV infection: an observational cohort study. *Lancet*, Dec. 8, 2007; 370 : 1885–1887.

КАЛЕТРА, КАК ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С МАКСИМАЛЬНОЙ ВИРУСНОЙ СУПРЕССИЕЙ, ПОКАЗАЛА РЕЗУЛЬТАТ, СРАВНИМЫЙ С КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИЕЙ

30.01.2008

Комбинированная антиретровирусная терапия (кАРТ) спасла и продлила жизнь миллионам ВИЧ-инфицированных больных, однако цена этого оказалась довольно высокой и в прямом и в переносном смысле. Известно, что терапия ВИЧ-инфицированных является дорогостоящим лечением; она стала широко доступна только при финансовой поддержке государства и снижение ее цены по-прежнему является актуальной проблемой для создателей препаратов и организаторов здравоохранения. Для больного самыми серьезными отрицательными моментами кАРТ являются ее высокая токсичность и риск развития резистентности ВИЧ. По этим причинам ученые продолжают поиски облегченных поддерживающих режимов АРВТ, одним из которых может быть монотерапия комбинированным препаратом калетра, содержащим ингибиторы протеазы (ИП) лопинавр и ритонавир (lopinavir + ritonavir). Испанские исследователи провели хорошо организованное сравнительное исследование калетры и режима, содержащего калетру и два нуклеозидных ингибитора обратной транскриптазы (НИОТ).

Методы исследования. В рандомизированное открытое исследование включались больные старше 18 лет, имевшие максимальную вирусную супрессию, т.е. неопределяемый уровень вирусной нагрузки (ВН) < 50 копий/мл, получали калетру и 2 НИОТ в течение не менее 1 месяца и не имели в анамнезе указаний на резистентность ВИЧ к ИП. Больных рандомизировали либо на калетру – по одной капсуле (400 мг лопинавира + 100 мг ритонавира) 2 раза в день – группа монотерапии, либо на тройную терапию – калетра + 2 НИОТ – группа тройной терапии. Рандомизация была стратифицирована по наименьшему уровню CD4-клеток в прошлом (nadir) и по числу месяцев с ВН <50 копий/мл. Больные проходили обследование при включении в исследование, на 4-й, 12-й неделе и затем каждые 12 недель. Исследование было рассчитано на 48 недель с вероятным продлением до 96 недель. После первого года наблюдения в дизайн исследования была внесена поправка – при ВН >50 копий/мкл и <500 копий/мкл больным группы монотерапии разрешалось вновь начать принимать 2 НИОТ. Основной конечной точкой считалась несостоятельность/неудача терапии к 48-й неделе наблюдения, которой считались ВН >500 копий/мл в двух анализах (в группе монотерапии такая ВН считалась неудачей терапии после 16 недель возвратного приема НИОТ), изменения в режиме АРТ, прекращение АРТ или потеря связи с больным. Исследование ставило целью доказать, что калетра не уступает по эффективности режиму тройной терапии. Это считалось доказанным, если при 95% доверительном интервале (ДИ) разница в доле больных с неудачей терапии была <12%.

Результаты исследования. Из 205 больных 103 были рандомизированы в группу монотерапии и 102 – в группу тройной терапии. Группы были хорошо сбалансированы по исходным клинико-демографическим характеристикам: соответственно 78 и 82% – мужчины, 41 и 42 года – средний возраст, 45 и 44% имели диагноз СПИД в прошлом, ВН < 50 копий/мл держалась в среднем 19 и 17 месяцев, исходный средний уровень CD4 составил 474 и 473 кл/мкл, число месяцев на лопинавире – 26 и 25.

Реально в исследование вступили 100 больных из группы монотерапии и 98 больных из группы тройной терапии. Всего у 6-ти больных группы монотерапии и 3-х больных группы тройной терапии за 48 недель наблюдения отмечалась потеря вирологического контроля (ВН >500 копий/мл в 2-х и более анализах). Пяти больным были вновь назначены НИОТ, и у 1 из 5 после этого произошло восстановление максимальной вирусной супрессии. С 3-мя больными из группы монотерапии и 4-мя больными из группы тройной терапии была потеряна связь. Как ожидалось, побочные явления отмечались только в группе тройной терапии и трое больных прекратили по этой причине участие в исследовании. В целом, к 48-й неделе на одной калетре оставались 89 больных группы монотерапии, а на соответствующей тройной терапии – 88 больных группы сравнения.

По данным анализа «по намерению лечить» (по результатам рандомизации), к 48-й неделе благоприятный результат, т.е. отсутствие неудачи терапии, отмечался у 94% больных группы монотерапии и у 90% больных в группе тройной терапии (разница – минус 4% при верхней границе 95% ДИ – 3,4%). Таким образом было доказано отсутствие превосходства тройной терапии над монотерапией. В данный анализ входили и больные группы монотерапии, которые успешно (с достижением максимальной супрессии) вернулись к приему двух НИОТ. При включении в категорию неудачи терапии этих больных, а также тех больных, с которыми была потеряна связь, благоприятный результат лечения отмечался у 85% больных группы монотерапии против 90% больных группы тройной терапии (разница – 5% при верхней границе 95% ДИ – 14%, $p = 0,31$).

Генотипическое тестирование ВИЧ на мутации резистентности было проведено у всех больных с ВН > 500 копий/мл – 11 больных из группы монотерапии и 4-х больных из группы тройной терапии. Новые мутации резистентности к ИП были зафиксированы соответственно у 2 (2%) и 1 (1%) больных.

Выводы. Авторы исследования считают, что они доказали тот факт, что монотерапия калетрой не уступает классической тройной терапии для больных со стойкой длительной вирусной супрессией. У большинства больных (88 из 103) группы монотерапии отмечалась стойкая вирусная супрессия. Авторы подчеркивают однако, что эпизоды виремии до 500 копий/мл чаще отмечались в группе монотерапии. Исследование было продолжено до 96 недель и его окончательные результаты будут опубликованы в ближайшее время.

Источник. Pulido, Federico et al. Lopinavir-ritonavir monotherapy versus lopinavir-ritonavir and two nucleosides for maintenance therapy of HIV. *AIDS*, 22 (2) : F1–F9, January 11, 2008.

ТЕЗАМОРЕЛИН УМЕНЬШАЕТ СТЕПЕНЬ АССОЦИИРОВАННОГО С АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИЕЙ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

30.01.2008

Абдоминальное (висцеральное) ожирение (АО), дислипидемия и инсулинорезистентность – частые побочные явления антиретровирусной терапии (АРТ) у ВИЧ-инфицированных больных. Одним из методов уменьшения степени АО

и связанного с ним риска кардиоваскулярных заболеваний (КВЗ) считается применение тезаморелина (Т) – синтетического аналога рилизинг-фактора гормона роста (РФГР). Американские ученые провели многоцентровое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование для того, чтобы оценить эффективность и безопасность использования Т с целью коррекции жирового обмена у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Методы исследования. В исследование включили 412 ВИЧ-инфицированных больных из 43 медицинских центров США (06.2005–04.2006 гг.). Все пациенты получали АРТ не менее 8 недель и имели АО, которое определяли по окружности талии (ОТ) ⩾95 см и отношению ОТ/окружность бедер (ОБ) ⩾0,94 для мужчин и ОТ ⩾94 см и ОТ/ОБ ⩾0,88 для женщин. Разрешалось использование постоянной липидснижающей терапии в течение 3 месяцев и постоянное лечение тестостероном в физиологическом режиме в течение 6 месяцев до рандомизации. Исключались пациенты, получавшие эстрогены, гормон роста и больные с патологией гипофиза.

Пациентам Т-группы (n = 275) вводили подкожно Т в дозе 2 мг ежедневно в течение 26 недель; больным П-группы (n = 137) – плацебо. Исходно, через 13 и 26 недель оценивали площадь висцеральной жировой ткани (ВЖТ) по данным компьютерной томографии; в крови определяли триглицериды (ТГ), общий холестерин (ОХС), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП); инсулиноподобный фактор роста I (ИФР-I), глюкозу (Г) и инсулин (И). Регистрировали нежелательные явления в ходе лечения и в течение 26 недель после его окончания.

Результаты исследования. Обе группы были сопоставимы по демографическим, антропометрическим и клинико-лабораторным показателям. Возраст больных был 47,3 ± 7,3 лет в Т-группе и 48,3 ± 7,5 лет в П-группе; белокожих – 86,8 и 83,9%; вес – 89,6 ± 14,1 кг и 90,0 ± 13,7 кг; ОТ – 104 ± 10 см и 105 ± 9 см; ОТ/ОБ – 1,05 ± 0,06 и 1,05 ± 0,07; площадь ВЖТ – 178 ± 77 см^2 и 171 ± 77 см^2 соответственно. Исходный уровень ТГ составил 252 ± 188 и 234 ± 145 мг/дл; ОХС/ХС ЛПВП – 4,50 ± 1,35 и 4,29 ± 1,24; ИФР-I – 161 ± 59 и 168 ± 75 нг/мл соответственно. Иммунный статус и вирусная нагрузка (ВН) больных также не имели существенных отличий в двух группах: ВН ниже порога – у 68,4% в Т-группе и у 70,8% в П-группе; CD4$^+$ 616 ± 299 и 585 ± 284 клеток/мл соответственно. В Т-группе большее количество пациентов получали ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ): 53,7 против 41,6% (p = 0,03).

Через 26 недель лечения площадь ВЖТ в Т-группе уменьшилась на 27,8 см^2 (–15,2%), в то время как в П-группе она увеличилась на 5,1 см^2 (+5,0%; p < 0,001). Эта разница оставалась достоверной (p < 0,001), когда провели анализ с учетом использования/неиспользования тестостерона, НИОТ, наличия/отсутствия нарушенной глюкозотолерантности или диабета, а также с поправкой на пол и медицинский центр. Причем уменьшение степени ожирения было более выраженным у пациентов с исходно большей площадью ВЖТ.

Изменение уровня ИФР-I через 26 недель также имело достоверные отличия в двух группах (p < 0,001): в Т-группе он увеличился на 109 нг/мл (+81%), а в П-группе снизился на 16 нг/мл (–5%). Обратная динамика показателей отмечалась в липидном профиле: в Т-группе ТГ снизились на 50 мг/дл (–7,5%), ОХС/ХС ЛПВП – на 0,31 (–4,7%); в П-группе аналогичные показатели повысились на 9 мг/дл (+11,6%) и 0,21 (+6,1%) соответственно. Изменения липидов оставались достоверными между группами и при поправке на использование липидснижающих препаратов и НИОТ. Показатели гликемического контроля (Г натощак, 2-часовая Г и И), а также иммунной функции и ВН через 26 недель не имели различий в обеих группах; 6-месячное лечение не отразилось на печеночных и почечных функциях, которые по результатам лабораторных тестов не отличались в двух группах, не изменился и уровень артериального давления.

Кроме того, обе группы были сопоставимы по числу нежелательных явлений (у 82,8% больных Т-группы и 75,2% П-группы; p = 0,09), в том числе тяжелых. В Т-группе зарегистрировано 4 тяжелых нежелательных явления, имевших возможную связь с использованием Т – это периферическая нейропатия, диарея с лихорадкой и дегидратацией, снижение двигательной активности и застойная сердечная недостаточность. Всего 20,5% больных досрочно прекратили лечение. В Т-группе таких было больше (n = 62 или 22,7% против n = 22 или 16,1% в П-группе; p = 0,12). Наиболее частые нежелательные явления как причины прекращения лечения – артралгии (13,6% в Т-группе и 10,9% в П-группе; p = 0,53), припухлость и другие реакции в месте инъекции (9,2 и 9,5% соответственно). У 6-ти больных реакции в месте инъекции и крапивница наблюдались в течение 4–5 месяцев после окончания лечения. У всех 6-ти пациентов выявлены положительные титры IgG к Т. Помимо этого, IgG к Т определялись у 48,6% больных Т-группы и у 2,7% П-группы.

Выводы. Синтетический аналог РФГР – тезаморелин – значительно уменьшал степень висцерального ожирения и сопутствующей дислипидемии у ВИЧ-инфицированных больных, получавших АРТ. Коррекция жирового обмена с помощью 6-месячного курса Т снижала риск КВЗ, ассоциированных с АО. Помимо высокой эффективности, Т обладал достаточно надежным профилем безопасности: сохранялся гликемический контроль, не нарушались функции печени и почек, появление тяжелых нежелатель-

ных явлений было менее 1%. Авторы полагают, что использование Т может повысить приверженность ВИЧ-инфицированных больных к АРТ, поскольку длительный прием препаратов, особенно ингибиторов протеаз, вызывающий АО, заставляет многих пациентов прекращать лечение. В настоящее время Т проходит третью фазу клинических испытаний и пока не лицензирован к применению в медицинской практике.

Источник. J. Falutz et al. Metabolic Effects of a Growth Hormone-Releasing Factor in Patients with HIV. *New Engl. J. Med.*, 2007; 357; 23; 2359–2370.

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

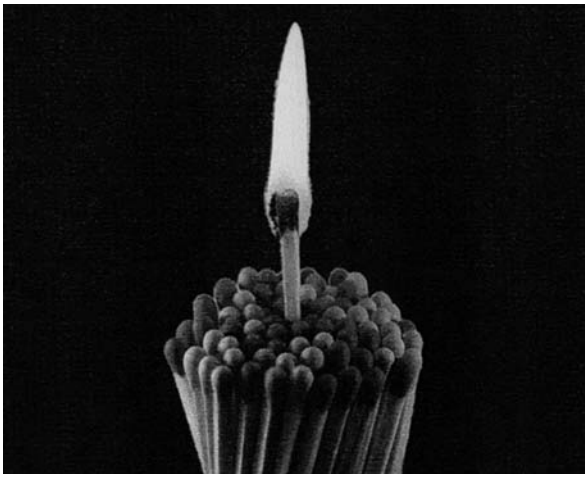
29.03.2008. США. Телефонный опрос, проведенный в штате Индиана, США, показал, что в вопросе о целесообразности введения вакцины против ВИЧ школьникам и студентам мнения родителей расходятся. Это говорит о неуверенности взрослых касательно необходимости вакцинации их детей против ВИЧ, отмечают специалисты. Ученые добавляют, что подобные расхождения наблюдаются при разговоре о необходимости введения в школьную программу курса, посвященного вопросам сексуальной жизни молодежи и особенностям полового воспитания детей. Об этом заявил доктор Уильям Йарбер, глава Центра предотвращения распространения ВИЧ/СПИДа в штате Индиана: «Многие родители поставлены сегодня перед трудно разрешимой для них дилеммой». Они хотят защитить своих детей и в то же время не знают, какие методы защиты являются наиболее безопасными и эффективными». Опрос показал, что многие родители сомневаются в целесообразности принудительной вакцинации против ВИЧ, так как это может повысить вероятность того, что их ребенок вступит в половую жизнь в более раннем возрасте. Результаты опроса следующие: более 35,5% родителей выступают против принудительной вакцинации, 24,8% – за вакцинацию. Остальные участники опроса выразили неуверенность в данном вопросе. Вопрос о вакцинации против ВИЧ является очень актуальным на сегодняшний день, добавляют исследователи. По данным Центра по контролю и предотвращению заболеваний США, среди молодых девушек, которые имели половые связи, около 40% являются ВИЧ-положительными.

29.03.2008.Австралия. PhysOrg.com. Новое исследование австралийских ученых показало, что 70% жительниц континента постоянно пользуются средствами контрацепции. Более того, 15% из них одновременно применяют два средства защиты от нежелательной беременности и заболеваний, передающихся половым путем. К таким выводам пришли сотрудники Университета в Макквари, проанализировав отношение к контрацепции более 3 тыс. австралийских женщин в возрасте от 18 до 44 лет. Результаты исследования показали, что ключевыми факторами при выборе метода контрацепции являются: возраст, образование, семейное положение и характер сексуальных отношений. Самым популярным средством контрацепции оказались оральные контрацептивы. Им отдали предпочтение 39% опрошенных, при этом 28% женщин использовали оральные контрацептивы только в сочетании с презервативом. Комментируя результаты исследований, ученые отмечают, что увеличение использования презервативов в сочетании с противозачаточными таблетками связано с ростом случаев ВИЧ-инфекции и распространенностью других ИППП. В то же время, если женщина имеет постоянного партнера и уверена в нем, то чаще всего они считают, что необходимость пользоваться одновременно двумя средствами защиты отпадает.

8.03.2008. Урал. Regions. На Среднем Урале участились случаи подделки сертификатов об обследовании на ВИЧ-инфекцию, которые в обязательном порядке должны получать иностранцы, приезжающие в регион для проживания или трудоустройства. Выявлено уже 30 фальшивок, которые иностранцы предъявляли работодателям и в определенные службы для получения вида на жительство. Установлено, что эти граждане не проходили освидетельствование в тех лечебно-профилактических учреждениях, от имени которых выдан сертификат и чей штамп стоит на документе, сообщает «Уралинформбюро». «В медицинских учреждениях региона введен пофамильный учет обследованных иностранных граждан. Все сведения оперативно отправляются в центр по профилактике и борьбе со СПИДом и региональное УФМС, поэтому подделывать сертификаты на ВИЧ и покупать их у случайных лиц бессмысленно», – заявляют специалисты. В отношении граждан с «липовыми» справками возбуждены уголовные дела. За подделку документов их могут выдворить за пределы страны.

28.03.2008. Тюмень. РИА Новости. Руководство тюменского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями после нападения агрессивной пациентки на врача приняло решение нанять для медработников телохранителей, сообщил Александр Попков, главный врач Тюменского областного СПИД-центра. «Такое решение было принято руководством центра после нападения агрессивной пациентки на врача. Накануне доктор совершала объезд стоящих на учете ВИЧ-положительных, приглашая их пройти диспансерный осмотр. Одна из пациенток повела себя крайне агрессивно – накинулась на медицинского работника с утюгом. Сотруднице центра удалось убежать от женщины, которая преследовала ее восемь лестничных пролетов», – рассказал главный врач. По его словам, это далеко не единственный случай, когда пациенты ведут себя агрессивно по отношению к врачам центра. Он уточнил, что на выездах работают четыре бригады – три в Тюмени и одна в Тобольске. На закупку спецсредств будет потрачено порядка 30 тыс. рублей. А. Попков добавил, что программа защиты врачей от агрессивных пациентов начнет действовать с 28 марта 2008 года.

25.03.2008 Барнаул. АСИ. В Главном управлении Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности состоялось заседание Координационного совета по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку. На нем был рассмотрен ход исполнения приказа Главного управления по здравоохранению № 606 от 19.12.03 г. «Об утверждении инструкции по профилактике ВИЧ-инфекции от матери к ребенку» в лечебно-профилактических учреждениях городов и районов края. Главный врач краевого центра по профилактике и борьбе со СПИДом Ленар Султанов представил информацию, рассказал о возникающих проблемах проведения химиопрофилактики беременным женщинам с ВИЧ-инфекцией и детям, рожденным от матерей, инфицированных ВИЧ. Участники встречи рассмотрели ошибки и нарушения со стороны акушерско-гинекологической службы, возникающие при обследовании беременных женщин на ВИЧ, при проведении экстренной и плановой химиопрофилактики беременным женщинам с ВИЧ-инфекцией.



Синдром эмоционального сгорания*

«Сгорел на работе» – до недавнего времени эти слова воспринимались как не более чем яркая метафора. Множество исследований, проведенных за последние десятилетия, доказали реальность существования этого явления. В литературе оно получило название «синдром эмоционального сгорания» (СЭС).

РАБОТА С ЭМОЦИЯМИ

Эмоции – это реакции человека на внутренние и внешние условия. Эмоции сопровождают нас каждую минуту нашей жизни. Эмоции определяют значимость явлений и ситуаций. Они сигнализируют нам об изменениях в окружающей среде и побуждают к действиям.

Мы говорим об эмоциональном истощении как об основной составляющей синдрома эмоционального сгорания. Давайте разберемся, что происходит. Почему сгорают эмоции?

Практически в каждом языке есть словосочетание «чаша терпения». Человек терпит, когда ему что-то не нравится, когда он испытывает напряжение, обиду или злость. Но иногда чаша переполняется.

В качестве иллюстрации представим себе маленького ребенка, которому захотелось есть, а мамы рядом нет. Он не умеет говорить и вообще мало что знает о нашем взрослом мире. Как позвать маму? На это у него есть чувства. В данном случае это чувство голода и/или страха. И они помогают ребенку решить проблему. Он их выражает: он кричит! Здесь и сейчас, не стесняясь, просто потому, что не может пока сделать по-другому.

По мере взросления ребенок все чаще слышит: «Не кричи!», «Так вести себя неприлично», «Ты уже взрослый, чтобы быть таким нетерпеливым», «Ну что ты плачешь? Мальчики/мужчины не плачут». Попросту говоря, основные послания, которые он получает, это: «Терпи!», «Вступая в мир взрослых, учись сдерживать свои эмоции».

Человек постепенно учится управлять со своими чувствами так, как этого требует окружающая его культурная среда. Он осваивает мастерство «укладывания» их в свою чашу терпения, потому что совсем избавиться от переживаний невозможно. Он по-прежнему готов кричать, если ему хочется есть или когда он злится. Но не делает этого, понимая, что если закричать в кафе, когда долго не несут заказ, могут вообще отказаться обслуживать. Он способен завыть от одиночества, но только будучи уверенным, что никто его не увидит и не услышит. Потому что общество порицает подобное поведение, расценивая его как «неприличное».

Организм человека чутко реагирует на пополнение чаши терпения и при любой возможности стремится избавиться от накопившихся чувств.

К примеру ситуация, в которой многие не раз бывали.

Утро, идет хмурый человек, и ему вдруг кто-то наступает на ногу. Если для наглядности использовать шкалу измерения силы землетрясений, данная ситуация потянет на 3 балла. Но если человек находится в состоянии, которое можно определить как «все в этой жизни достало!», то он так может «рявкнуть» на несчастного, что ситуация потянет уже на все 8 баллов.

Откуда такая реакция? Давайте рассмотрим ее подробнее. Произошло некое событие, вызвавшее определенные негативные чувства. Как реагирует организм? Он тут же начинает поиск аналогичных переживаний в чаше, и если находит, присоединяет их к только что полученным.

Это, конечно, сильно портит жизнь окружающим.

Давайте пофантазируем, что произойдет, если человек силой воли закроет чашу, перестанет выражать накопленные чувства, но останется при этом в обществе, где всегда есть поводы для раздражения. Что подарит телу закрытая чаша терпения?

---

* «СПИД Фонд Восток–Запад», 2006 г. Окончание. Начало см. «Шаги *профессионал*» № 1 (2008), с. 90–96.

• Первым делом, наверное, красное лицо! Потому что чувства – как кашель: невозможно запретить человеку кашлять. Некоторое время он, конечно, сможет выдержать, но недолго.

• Головную боль – один из первых симптомов сильных невыраженных чувств.

• Бессонницу – она придет следом за головной болью, потому что мысли и невыраженные чувства отбирают у нас спокойный, восстанавливающий сон.

• Изменение кровяного давления – чувства тяжелым грузом давят на человека. Кровяное давление падает, не в силах вынести груз. Если организм все-таки будет бороться, кровяное давление возрастет.

• Боли в желудке, язвы – доказанный механизм проявления стресса от неосознанных, невыраженных, негативных чувств. Вы видели кого-нибудь, кто бы мучался язвой от счастья?

И так далее.

Этот список напоминает симптомы СЭС, которые были описаны в самом начале. И виной всему, во многом, чувства, которые не находят выхода. Называется это модным сегодня словом «психосоматика».

Психосоматика (от греч. «psyche» – душа и «soma» – тело) – направление медицинской психологии, занимающееся изучением влияния психологических факторов на возникновение ряда соматических заболеваний. Существует ряд заболеваний, в которых роль психосоматических факторов чрезвычайно велика: бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, стенокардия, язвенная болезнь 12-перстной кишки, язвенный колит, нейродермит, неспецифический хронический полиартрит, гипертония, сахарный диабет, глаукома.

Что делать, чтобы избежать этого обширного списка заболеваний? Ответ – действовать.

Здоровые способы управления чувствами:

• Выражайте ваши чувства сразу, не накапливайте их. Но испытывая гнев, не обязательно кричать. Можно сказать о нем. И вы сразу почувствуете, что стало легче.

• Ваши чувства – самые верные помощники в процессе принятия решений. Используйте их.

• Соглашайтесь со своими чувствами. Попробуйте понять, что они хотят «сказать» вам.

• Распознайте свои «скандальные» чувства и используйте их не для манипулирования другими людьми, а для улучшения ситуации дозволенными способами.

• Исследуйте свои чувства. Одно из них может «закрывать» другое – истинное.

• Позволяйте себе переживать свои чувства как можно полнее.

РЕШЕНИЕ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ

Система «человек–человек» всегда предполагает наличие как минимум одного из двух фронтов работы, требующих большого количества сил и энергии: клиенты, начальство и коллеги. Например, у человека, работающего на производстве, отсутствует первый фронт работы, но есть второй – коллеги и начальство. Иногда таких фронтов может быть больше. Например, у преподавателя их три: дети, начальство и коллеги, родители.

Каждый из фронтов деятельности основан на общении, при котором часто возникают проблемы. Мы все люди, и у каждого из нас, естественно, свои потребности, желания и мнения. А значит, не исключены конфликты.

Когда возникает конфликт, что это означает? Это означает, что какие-то наши потребности (мнения или желания) приходят в противоречие с потребностями другого человека.

Крик, чрезмерное упорство в отстаивании своей позиции со стороны одного или обоих участников конфликта приведут лишь к усугублению конфликта, к накоплению обиды и гнева друг на друга.

Способов разрешения конфликтов великое множество, описать все их здесь вряд ли возможно.

Предлагаем один из способов, наиболее эффективный и легкий в использовании.

Обычно никто не несет ответственности за конфликт, но каждый отвечает за его разрешение. Прежде чем набрасываться с кулаками на коллег, стиснув зубы выслушивать начальство или, превозмогая себя, консультировать «проблемного» клиента, попробуйте нашу форму решения конфликтной ситуации.

Мое видение ситуации. Первый пункт этой формы способствует прояснению ситуации, т.е. определению и сопоставлению позиций участников. Для выхода из конфликтной ситуации первым делом необходимо выяснить: правильно ли участники понимают, в чем состоит предмет их спора? Например, если конфликт связан с поведением одного из них, не исключено, что для человека оно является нормой, и он может искренне не понимать, чем и почему оно не устраивает/мешает окружающим.

Мои чувства. Обозначение своих чувств позволяет нам социально приемлемо определить отношение к ситуации, вызвавшей конфликт. То есть, например, чувство раздражения или гнева указывает на то, что другой человек совершает какое-то действие, которое нарушает целостность нашего пространства.

Если выбросить из этой формы чувства, мы можем осложнить выход из конфликта. Называя свои чувства, мы как бы высвобождаем их, не разрушая тем самым ни себя, ни другого человека. Конечно, вопрос в том, как сказать, напри-

мер о гневе. Можно сказать так, что конфликт только усугубится, а можно и по-другому: как о естественном для человека явлении. И соответственно, если мы уж взялись за решение проблемы и даже прибегли к формам выхода из конфликта, стоит повысить эффективность этой работы, используя спокойный тон беседы. Ведь если неспокойны оба участника, конфликт не решится. Называя свои чувства, мы уже наполовину решаем конфликт.

Мои действия. На этом этапе мы, объяснив наше видение ситуации и отреагировав на нее своими чувствами, озвучиваем свои намерения.

Как взрослые и рассудительные люди, мы в первую очередь должны понять, что нас не устраивает. Кроме этого, нам следует помнить, что как бы мы ни старались, но изменить другого человека – недостижимая задача. Поэтому придется соглашаться на определенные уступки или действия. Мы также должны осознавать, что другой участник конфликта может не стремиться к поиску выхода и изменению своей позиции. В подобной ситуации главное – сделать со своей стороны все возможное для решения конфликта.

Мои ожидания от оппонента. Совершая определенные шаги, мы ждем от другого человека ответных действий. Для достижения компромисса необходимо озвучить свою позицию и свои ожидания. Это является самым коротким путем к решению конфликта.

Используя данную форму решения конфликта, мы создаем безопасную зону, в которой можно говорить о переживаемых чувствах, выяснять и уточнять видение ситуации, конструктивно выстраивать собственные действия, сообщая о них оппоненту, просить определенных действий с его стороны. Безопасность дает возможность искать компромисс и услышать друг друга. Человек, который начинает решать конфликт по этой форме, как бы приглашает второго участника к конструктивному диалогу.

Эту форму можно использовать везде. Доказательством сказанного являются следующие примеры:

1. Агрессивный клиент и консультант. Вы кричите и ведете себя со мной так, как я не заслуживаю. Я вижу, что вы злитесь. Меня раздражает такое отношение ко мне. Я со своей стороны готов(-а) выслушать вас и сделать все, что от меня зависит. Но прошу вас вести себя уважительно и не повышать голос. Это позволит нам решить вашу проблему.

2. Начальник и подчиненный. Как я понял(-а), вы неожиданно перенесли дату моего запланированного отпуска. Я предполагаю, что есть какие-то причины для переноса. Я раздражен(-а) и растерян(-а). Если это что-то важное, то я готов(-а) перенести отпуск и сдать билеты на поезд. Но и вас прошу войти в мое положение. Мы едем с женой/мужем и специально совмещали даты отпусков.

3. Муж и жена. Я так понимаю, что ты хочешь купить эту вещь, несмотря на то, что до зарплаты мы будем вынуждены сильно экономить. Мне, конечно, обидно, что ты не берешь мое мнение в расчет. И я злюсь на тебя потому, что у меня были свои планы на эту часть денег, которые учитывали и твои интересы. Я со своей стороны хочу предложить отложить часть денег на эту покупку и добавить половину со следующей зарплаты. Так нам не придется «ужиматься» целый месяц. А от тебя хочу понимания и терпения, все равно у тебя будет эта вещь, просто на три недели позже. Таким образом, конфликт перерастает в цивилизованное и конструктивное выстраивание отношений.

Работа для самостоятельного выполнения.

1. Потренируйтесь решать ваши собственные конфликтные ситуации с использованием указанной формы. Может быть, не сразу, но у вас точно получится!
2. Напишите эту форму на карточке и всегда держите ее рядом. Это поможет вам держаться конструктивного направления в случае появления конфликтной ситуации.
3. Потренируйтесь с кем-нибудь из друзей в разборе конфликтной ситуации, чтобы получить первый безопасный опыт.
4. Используйте эту форму чаще и вы сами не заметите, как она станет частью вашего общения с окружающими людьми.

ПРОФИЛАКТИКА НА УРОВНЕ ТЕЛА

Мы уже знаем, как честно жить со своими чувствами. И это важная составляющая работы по профилактике синдрома сгорания. Но как бы мы ни старались, переживаемые чувства неминуемо отразятся на нашем физическом состоянии. Иногда мы так заняты, что совсем забываем о нем. Когда после рабочего дня мы ощущаем напряжение в мышцах, наше тело как бы говорит, что ему требуется внимание.

Общение с клиентами и коллегами, как правило, создает ситуацию нервного напряжения. Человек – единое целое, и поэтому нервное напряжение влечет за собой напряжение мускулатуры. И даже не занимаясь физической работой, мы чувствуем усталость. Чем она больше, тем меньше мы успеваем сделать и тем чаще размышляем о том, почему у нас так мало сил и что именно нас утомляет.

Существует очень много методов работы с телом. Это, например, методы телесно ориентированной психотерапии, а также восточные духовные практики. Весьма действенными в этом смысле являются танцы: от восточных до бальных. Мы описали несколько конкретных инструментов, с помощью которых вы сможете поддерживать себя в условиях работы или дома.

Техника самомассажа. Вы можете делать массаж на работе, когда чувствуете вялость и потерю работоспособности, или дома, когда встаете утром. Эта практика позволит вам прийти в бодрое состояние или, наоборот, успокоиться. Массаж оказывает позитивное влияние на центральную нервную систему и улучшает циркуляцию лимфы.

Основным правилом массажа является совершение поглаживающих движений от периферии к центру, например от кистей к плечам, от ступней к бедрам.

Если вы хотите добиться успокоительного эффекта, массажные движения должны быть легкими, только по поверхности кожи. Если вы хотите проснуться, то движения должны быть с большим приложением силы, задействуя мышечные ткани.

Гипотоники и гипертоники таким массажем, варьируя соответственно своему типу массажные движения, могут выравнивать или немного корректировать свое давление. У гипертоников – успокаивающие движения, у гипотоников – бодрящие.

Вот один из видов самомассажа, который занимает всего несколько минут:

• Несколько минут потрите ладони, пока не почувствуете тепло. Это важно – тепло рук будет передаваться другим частям тела.

• Одной рукой разотрите тыльную сторону и пальцы другой руки. Затем поменяйте руки. Разотрите запястья, предплечья и плечи. Сделайте массаж с усилением на шейно-плечевой отдел.

• Мягкими движениями разотрите лицо. Для женщин движения должны быть более мягкими, снизу вверх.

• Разотрите ушные раковины: внешний край уха – снизу вверх, по часовой стрелке, внутренний обод – против часовой стрелки; указательным и большим пальцами захватите козелок (над ушным отверстием) и точечно помассируйте его.

• Разотрите ладонями верхний грудной отдел и ребра.

• Сделайте несколько поглаживающих движений по животу по часовой стрелке (это один из способов для облегчения пищеварения), без сильного надавливания.

• Встаньте и разотрите ладонями спину, область почек и ягодицы.

• Разотрите с небольшим усилием бедра, разогрейте ладонями коленные суставы, и с небольшим усилием – голени, икры (если есть возможность, то, сняв обувь, разотрите стопы и голеностопные суставы).

• Потрясите руками, ногами и телом так, словно вы стряхиваете воду с них – как это делают животные.

• Заземление – почувствуйте, как ваши стопы соприкасаются с полом. Немного усильте это ощущение, как бы вкручивая стопы в пол (это можно отдельно практиковать перед речью или разговором с начальством для чувства уверенности). Пару раз невысоко подпрыгните, ощущая твердую опору, на которую приземляются ваши стопы.

• Почувствуйте свое дыхание, сделайте пару глубоких вдохов.

• Оглянитесь, посмотрите, как изменился мир вокруг вас! Почувствуйте благодарность своего тела за оказанное ему внимание.

• Теперь можете приступать к своим делам с новыми силами.

Техники дыхания. Дыхание – это наша связь с чувствами. Наше дыхание меняется в зависимости от того, что мы чувствуем. Если человек пугается, его легкие делают резкий вдох, который часто сопровождается вскриком. Это происходит потому, что наши голосовые связки не успели открыть путь воздуху и реакция тела на страх происходит стремительно. Большой и быстрый вдох сразу даст телу много кислорода, а значит, энергии, чтобы в случае опасности человек был в состоянии быстро убежать или замереть так, чтобы даже звука дыхания не было слышно. Эти три механизма лежат в основе наших животных инстинктов.

Согласно философии йоги дыхание прямо связывается с энергетикой человека. Изменяя глубину вдоха и выдоха, а также длительность, мы можем менять и наше состояние. Когда мы спим, наше дыхание медленное и очень глубокое. А когда мы активны – дыхание более частое и короткое.

Предлагаем вам серию легких практик дыхания, которые можно выполнять как на работе, так и дома.

1. Прислушайтесь к своему дыханию.

2. Обратите внимание на вдох и выдох, определите, насколько глубоко ваше дыхание, что вы делаете более глубоким – вдох или выдох.

3. Дышите чуть глубже, чем вы дышите обычно, прислушиваясь к своим ощущениям.

4. Поменяйте дыхание так, чтобы на вдохе вы могли посчитать от 1 до 3, затем начинайте выдыхать, считая от 1 до 5, завершая выдох на счете 5. Вновь повторите цикл. Скоро вы заметите, что соблюдать этот счет дыхания стало легче, и примерно через минуту или две вы сможете увеличить длительность выдоха без труда до семи.

Этот вид дыхания можно использовать, чтобы успокоить себя, подготовиться ко сну или даже призвать сон. Это настолько безобидные методы, что в любой момент вы сами сможете понять, достигли ли вы желаемого эффекта. Этот вид дыхания можно делать под спокойную музыку на ваш выбор.

Еще один вид дыхания. Его можно использовать, когда вы чувствуете сонливость или вам не хватает энергии.

1. Сделайте глубокий вдох через нос и короткий выдох через рот, чтобы выдыхаемый воздух потоком создавал звук (это действие похоже на то, которое делают перед тем, как выпить рюмку крепкого алкоголя).

2. Повторите этот цикл несколько раз, пока вы не почувствуете прилива сил и бодрости.

По схожести эффекта этот вид дыхания называют «чашкой кофе». Вы активизируетесь, не прибегая к внешним средствам, а только за счет собственного тела и его возможностей.

КОПИЛКА ПРИЕМОВ И МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СГОРАНИЯ

Представляем вам копилку методов, собранную врачами, психологами и консультантами на тренингах по профилактике СЭС. Эта копилка позволит расширить свой выбор, опираясь на опыт других. Все методы разделены на три группы: используемые на работе, вне работы и те, с помощью которых можно справиться с напряжением (они составляют очень важную частью профилактики синдрома сгорания).

Методы, используемые на работе

• Обустройство рабочего места, создание максимально возможных комфортных условий.
• Регулярное повышение квалификации, обучение.
• Обсуждение трудных рабочих ситуаций с коллегами.
• Соблюдение режима труда, отдыха и питания.
• Определение целей и возможностей дальнейшего карьерного роста.
• Смена места работы (как крайний вариант).
• Поиск в рутинной работе положительных моментов.
• Отдых соразмерно нагрузкам.
• Отпуск.

Методы, используемые вне работы

• Художественная литература (в том числе философская).
• Фильмы, спектакли.
• Различные виды искусства.
• Просмотр юмористических передач.
• Любимый фильм.
• Кулинарные изыски.
• Танцы, йога, шейпинг.
• Правильное питание.
• Различные виды спорта, прогулки.
• Баня-сауна.
• Поход в ночной клуб, на вечеринку.
• Ароматерапия, массаж, диета.
• Парикмахерская, шопинг.
• Посещение психолога.
• Отдых в санатории.
• Рыбалка.
• Общение с близкими или друзьями.
• Секс.
• Пикник, путешествие (поездка в красивое место).
• Экстраординарное событие.
• Ремонт дома.
• Сон.
• Хобби: вязание, медитация, уход за цветами и т.д.

Методы снятия напряжения и управления сложными ситуациями

• Покричать там, где никто не услышит.
• Уединиться.
• Выбить пыль из ковра, устроить генеральную уборку дома.
• Рассказать близкому человеку.
• Поговорить с другим консультантом.
• Поплакать, если грустно.
• Встретиться с подругой/другом и с чувством обсудить ситуацию.
• Написать письмо обидчику, но не отправлять.
• Побить подушку.
• Заняться спортом.
• Представить что-то смешное.
• Погримасничать перед зеркалом.
• Побубнить.
• Порисовать.
• Погулять, быстро пройтись.
• Помедитировать.
• Послушать спокойную музыку.

ПАМЯТКА НАЧИНАЮЩИМ

Если вы заинтересовались инструментами профилактики СЭС и решили применить их в своей жизни, предлагаем вам ряд рекомендаций-помощников.

• Помните, что начинающий – это человек, который стоит в начале пути.

• Отбросьте все сомнения, выберите удобное время и приступите к осуществлению задуманного.

• На первом этапе приходится прилагать волевые усилия для достижения необходимого результата. Первый этап является вынужденным. Второй этап – это приобретение вкуса к занятиям. Занятия должны происходить по собственной инициативе, на сознательном уровне. Третий этап – занятия превращаются в радостную потребность.

• Зачастую новое – это забытое, но известное старое.

• Совершая первые шаги на пути к изменению прежнего образа жизни, читайте книги, рассказывающие о сущности человека, о его душевном и физическом развитии и совершенствовании. Они могут стать для вас источником вдохновения.

• Вдохновить также может общение с людьми, интересующимися той же темой.

• Чувствуйте и осознавайте, что время, затрачиваемое вами на работу по самоусовершенствованию, принадлежит вам и больше никому.

• Здоровье, психика и ум – частная собственность человека, и у каждого есть выбор: приложить усилия или пустить все «на самотек».

• Рано или поздно приходит осознание, что организм становится слабее, поскольку ресурсы расходуются ежедневно, а пополнения «запасов» не происходит.

Хорошо, что вы поняли это сейчас.

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

28.03.2008. Монголия. Забайкальское Информационное Агентство. В Монголии зафиксировано 36 случаев ВИЧ, 7 пострадавших находятся в стадии СПИДа, 9 человек умерли, передало МОНЦАМЭ. В этой связи Служба обследований венерических заболеваний и ВИЧ Монголии завершила обучение медперсонала для работы в центрах добровольного анализа и консультаций по СПИДу. Работа проведена в рамках открытия в этом году 10 новых центров в стране. На сегодня 30 таких центров существует по всей стране, 17 из них находятся в аймаках (административная единица, район) и 13 в столице Улан-Баторе. Каждый из этих центров дает консультации по профилактике заболеваний, передающихся половым путем, а также проводит добровольное тестирование, отмечается в сообщении монгольского агентства.

27.03.2008. Ульяновск. АСИ. С 25 марта в Центре психолого-педагогической реабилитации и коррекции несовершеннолетних, злоупотребляющих наркотиками и иными психоактивными веществами, дважды в неделю будут проводиться специализированные психолого-педагогические тренинги по профилактике наркомании, злоупотребления алкоголем и табаком для учащихся ссузов. В младшей группе (12–14 лет) занятия проходят в игровой форме и направлены на профилактику табакокурения и алкоголизма, в старшей (15–18 лет) – к обучающей программе добавляется профилактика наркомании. В качестве ведущих выступают студенты-волонтеры Ульяновского центра психопедагогической реабилитации и коррекции несовершеннолетних, злоупотребляющих наркотиками и иными психоактивными веществами. Тренинги проводятся совместно с органами опеки и попечительства Ульяновской области.

25.03.2008 Екатеринбург. АСИ. В Свердловской области на учете в тубдиспансерах состоят более 3 тыс. больных туберкулезом. Как сообщил на пресс-конференции заместитель главного государственного санитарного врача по Свердловской области Андрей Юровских, ежегодно от этой болезни умирают около тысячи свердловчан. Наиболее неблагополучная ситуация наблюдается в сельских районах, что связано с низким уровнем жизни.

24.03.2008 Москва. АСИ. В России каждый пятый молодой человек в возрасте от 14 до 20 лет употреблял наркотические вещества. Об этом заявила первый заместитель мэра Москвы в Правительстве Москвы Людмила Швецова на презентации книги «Энциклопедия независимости», которая состоялась в столичном правительстве 19 марта. Издание было опубликовано Некоммерческим фондом «Здоровая страна». Швецова сообщила, что в 2007 году в столице на диспансерном учете по наркомании состояло более 23 тыс. человек. По сравнению с 2006 г., в 2007 г. численность пациентов, прошедших стационарное лечение, увеличилась на 20%. По словам первого заместителя мэра столицы, один человек, попробовавший наркотические вещества, привлекает к этому около десяти своих знакомых. До 70% потребителей наркотиков составляют граждане в возрасте до 30 лет, при этом наибольший риск приходится на подростков в возрасте 14–16 лет. «Через 3–5 лет употребления наркотиков человек становится наркоманом, – рассказывает первый заместитель мэра. – В случае приобщения к сильнодействующим наркотикам он не доживает до 30 лет». Л. Швецова добавила, что особую опасность вызывают синтетические вещества (героин, кокаин, амфетамин), которые приводят к быстрому привыканию. Когда их действие заканчивается, у наркомана наступает период депрессии. По оценкам ВОЗ, вследствие постнаркотической депрессии около 15–17% потребителей наркотиков заканчивают жизнь самоубийством. Швецова отметила, что 70–80% преступлений совершаются под воздействием наркотических веществ или алкоголя. Швецова отметила, что в 2007 г. на диспансерном учете в столице состояло 84,5 тыс. человек с диагнозом «алкоголизм», из них 4 тыс. – имели диагноз «алкогольный психоз». Кроме того, в обществе растет число лудоманов – пристрастившихся к азартным играм (игровым автоматам и т.п.). «Энциклопедия независимости» основана на советах и историях из жизни пациентов фонда. Один из соавторов издания, президент фонда «Здоровая страна» Виталий Богданчиков подчеркнул, что государству и обществу в первую очередь необходимо заниматься профилактикой наркомании, алкоголизма и лудомании. Другой соавтор, психиатр-нарколог, главный врач фонда Олег Болдырев добавил, что в стране сформировался информационный вакуум: родители зачастую не знают, что делать с наркозависимым ребенком. По его мнению, необходимо распространять информацию о последствиях употребления наркотиков, алкоголя в доступной форме, а также проводить долгосрочные акции.

20.03.2008. Киргизия. www.medportal.ru. Генпрокуратура Киргизии передала в суд уголовное дело по факту массового заражения детей ВИЧ в больницах Ошской области, сообщает РИА Новости со ссылкой на пресс-службу ведомства. С начала расследования летом прошлого года ВИЧ был выявлен у 42 детей в возрасте до двух лет, восьми матерей и одного медработника. Причиной распространения инфекции, по версии правоохранительных органов, стало многократное использование нестерильных медицинских инструментов. В рамках расследования уголовные обвинения предъявлены 14 медработникам, среди которых главный врач Ошского областного центра профилактики и борьбы со СПИДом, главврач территориальной больницы Ноокатского района, врачи-эпидемиологи Ошского областного центра Госсанэпинадзора, медсестры и врачи отделения для новорожденных межобластной детской клинической больницы Ошской области. Медики обвиняются в заражении пациентов ВИЧ, в незаконной продаже медицинских препаратов, мошенничестве и ненадлежащем выполнении своих профессиональных обязанностей. После выявления первых случаев заражения Минздрав Киргизии принял решение проверить на ВИЧ всех детей, проходивших лечение в Ошской больнице начиная с января 2005 года. На конец февраля было обследовано 6127 детей, 268 родителей, 63 донора крови и 6 844 медицинских работника, контактировавших с инфицированными. «Эпидемиологическое расследование по поводу выявления ВИЧ-инфекции среди контактных лиц продолжается», – заявили в прокуратуре.

XV КОНФЕРЕНЦИЯ ПО РЕТРОВИРУСАМ И ОППОРТУНИСТИЧЕСКИМ ИНФЕКЦИЯМ (КРОИ)

Бостон (США), февраль 2008 г.

Ежедневник новостей с конференции

5 февраля 2008 г.

АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ

Абакавир и диданозин (ddI) ассоциируются с риском возникновения инфаркта миокарда. Всем известно, что существует связь между применением антиретровирусной терапии и повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний.

Последние результаты исследования DAD, представленные на XV Конференции по ретровирусам и оппортунистическим инфекциям, предполагают, что лечение с применением нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы – абакавир (Зиаген; и комбинированных препаратов – Кивекса и Тризивир), а также ddI (диданозин, Видекс) значительно повышают риск возникновения инфаркта миокарда.

Для исследования было зачислено более 30 000 пациентов. Исследователи проанализировали данные 7-летнего наблюдения, проведенного для выявления ассоциации между приемом нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы и повышенным риском возникновения инфаркта миокарда.

Было выявлено, что лечение с применением абакавира в течении 6 месяцев повышает риск возникновения инфаркта миокарда на 94%, а лечение с применением ddI – на 53%.

Исследователи уверены, что данные результаты особенно важны для пациентов с факторами риска развития заболеваний сердца, к которым относятся курение и случаи сердечно-сосудистых заболеваний в семье.

Риск возникновения инфаркта миокарда может быть снижен при помощи отказа от курения, систематических упражнений и диетой. Исследователи добавляют, что отказ от курения снижает риск сердечных заболеваний значительнее, чем отказ от приема абакавира.

Исследователи советуют пациентам, принимающим данные препараты и обеспокоенных риском возникновения сердечных заболеваний, проконсультироваться со своим лечащим врачом по поводу изменения режима лечения.

Лечение атазанавиром. Согласно рекомендациям по терапии ВИЧ в Великобритании, Атазанавир (Reyataz) не рекомендуется для применения в качестве антиретровирусной терапии первой линии. Калетра (лопинавир + ритонавир) является наиболее популярным препаратом первой линии для лечения терапии «наивных» пациентов, кто соглашается начать лечение с применением ингибиторов протеазы

Атазанавир обладает некоторыми преимуществами по сравнению с другими препаратами из группы ингибиторов протеазы: данный препарат принимается только один раз в день и реже вызывает диарею.

Исследование, представленное на КРОИ, показало, что атазанавир в комбинации с ритонавиром (в качестве бустера – «усилителя») может эффективно и безопасно использоваться в схемах терапии первой линии. По истечении одного года прием комбинированной терапии с использованием атазанавира (однократно в день) оказался одинаково эффективен для достижения неопределяемого уровня вирусной нагрузки (<50 копий/мл), как и схема с применением калетры (дважды в день).

Отмечалось одинаковое увеличение числа CD4-лимфоцитов среди пациентов принимающих сравниваемые препараты.

Меньшее число пациентов, принимающих атазанавир, испытывали такие побочные эффекты, как тошнота и диарея. Уровень липидов крови был также ниже среди пациентов, принимающих атазанавир. Однако данный препарат может вызывать повышение уровня билирубина – гипербилирубинемию, что проявляется безопасным пожелтением кожи и белковой оболочки глаз.

Прерывание терапии. Два года назад исследование СМАРТ, изучающее влияние прерывания терапии, было заблаговременно прекращено, так как было обнаружено, что пациенты, чье лечение прерывалось и возобновлялось в зависимости от числа CD4-лимфоцитов, были предрасположены в большей мере к возникновению ВИЧ-ассоциируемых и некоторых тяжелых неассоциируемых с ВИЧ заболеваний, по сравнению с пациентами, постоянно принимающими антиретровирусную терапию.

Последующие результаты исследования, представленные на КРОИ этого года, показали, что прерывание лечения может привести к отсроченным неблагоприятным последствиям.

По истечении 18 месяцев с момента прекращения исследования было выявлено, что уровень оппортунистических инфекций и заболе-

ваний, приводящих к смерти, сохранялся выше среди пациентов, прерывающих лечение по сравнению с теми, кто принимал антиретровирусные препараты постоянно.

Исследователи предполагают, что прерывание противоретровирусной терапии ассоциируется с риском возникновения отсроченных негативных последствий.

Викривирок (Vicriviroc). В прошлом году маравирок (Celsentri) был первым препаратом из группы ингибиторов CCR5, одобренных для применения.

Другие препараты из того же класса в настоящее время успешно проходят клиническую апробацию. Имеются обнадеживающие результаты по безопасности и эффективности применения одного из таких препаратов под названием викривирок (vicriviroc).

Последние данные испытаний показали, что прием 30 мг викривирок однократно в день безопасен и эффективен для лечения пациентов с длительным стажем терапии. Для исследования пациенты были разделены на две группы: принимающих оптимизированную схему ВААРТ в сочетании либо с викривирок либо с плацебо (ВААРТ + викривирок либо ВААРТ + плацебо).

Пациенты, принимающие викривирок, имели более выраженное снижение вирусной нагрузки по сравнению с группой, принимающих плацебо. Среди пациентов, принимающих вивирок, также отмечалось более значительное увеличение числа CD4-лимфоцитов. Более того, меньшее число наблюдаемых, принимающих викривирок, испытывали несостоятельность терапии с течением времени.

Побочные эффекты прослеживались в равнозначной мере среди пациентов, принимающих викривирок и плацебо.

SCH532706 – еще один новый препарат из группы ингибиторов CCR5. Существует еще один препарат из группы ингибиторов CCR5, который в настоящее время проходит апробацию. Действие данного препарата подкреплено и усилено сочетанием с ритонавиром.

Препарат находится в ранней стадии разработки, хотя результаты апробации на 12 пациентах (4 из которых впервые начали принимать антиретровирусные препараты) показали, что прием SCH532706 + ритонавир в течение 10 дней привел к значительному снижению вирусной нагрузки и увеличению числа CD4-лимфоцитов.

Наиболее частым побочным эффектом от приема данного препарата было расстройство желудка, и только в одном случае был зарегистрирован перикардит (воспаление сердечной оболочки). Исследователи считают, что данное осложнение было вызвано вероятнее всего применением препарата.

ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ

Циркумцизия (обрезание крайней плоти). Имеется подтверждение факта, что мужчины с удаленной крайней плотью в наименьшей степени предрасположены к заражению ВИЧ.

Хотя результаты данного исследования, представленного на КРОИ, показали, что циркумцизия не является лучшим способом профилактики ВИЧ-инфекции. Исследование выявило, что жены ВИЧ-инфицированных мужчин с удаленной крайней плотью в большей мере предрасположены к заражению ВИЧ, чем жены ВИЧ-инфицированных мужчин с сохраненной крайней плотью.

Исследование проводилось в Ракаи, Уганда, и включило в себя более 1000 ВИЧ-инфицированных мужчин. Годовой уровень инфицирования ВИЧ среди женщин, живущих с мужчинами с циркумцизией составил 14%, в то время как только 9% женщин, живущих с мужьями без циркумцизии, были заражены ВИЧ.

Исследователи расценили данные результаты как «неожиданные и разочаровывающие».

ВИЧ-позитивные мужчины с циркумцизией были в три раза меньше предрасположены к развитию шанкроида (инфекции гениталий с язвенными проявлениями) – заболевания ассоциируемого с повышенным риском передачи ВИЧ.

Лечение генитального герпеса не снижает риск ВИЧ-инфекции среди мужчин и женщин. Инфекция генитального герпеса (HSV-2) ассоциируется с повышенным риском передачи ВИЧ. Предполагалось, что ежедневный прием противогерпетического препарата ацикловир человеком с генитальным герпесом снизит риск инфицирования ВИЧ. Однако результаты исследования, проведенного среди 1800 мужчин-геев с проявлением генитального герпеса в США и Перу, а также среди 1300 женщин в Африке, показало, что лечение ацикловиром не снижает риск инфицирования ВИЧ.

Наблюдаемые были разделены на группы, принимающих либо ацикловир (400 мг дважды в день) либо плацебо. Было зарегистрировано 75 новых случаев инфицирования ВИЧ среди группы, принимающих ацикловир, и 64 случая инфекции в группе плацебо.

Исследование, проведенное среди женского населения в Танзании и представленное на Международной конференции по ВИЧ/СПИДу, также выявило, что ежедневный прием ацикловира для лечения генитального герпеса не снижает риск инфицирования ВИЧ.

Лечение ВИЧ-инфекции и способность передачи ВИЧ. Недавно шведские эксперты по ВИЧ опубликовали заявление, гласящее, что ВИЧ-инфицированные, принимающие антиретровирусную терапию и чья вирусная нагрузка остается на неопределяемом уровне в течение 6 или

более месяцев, и кто не имеет инфекций, передающихся половым путем, могут восприниматься инфекционно неопасными для их сексуальных партнеров.

Несмотря на то, что заявление было воспринято противоречиво, оно помогло сфокусировать внимание слушателей на способности антиретровирусной терапии снижать уровень инфицирования ВИЧ.

Исследование, проводимое в настоящее время в Уганде и представленное на конференции, предполагает, что антиретровирусная терапия в сочетании с сексуальным образованием (обучением методам безопасного секса) и программами по приверженности лечению могли бы снизить уровень инфицирования ВИЧ на 91%.

Исследование проводилось в течение 3-х лет среди 62 семейных дискордантных пар (где только один из партнеров ВИЧ-инфицирован). Был зарегистрирован только один случай инфицирования ВИЧ в одной из пар и произошло это вскоре после того, как ВИЧ-инфицированный партнер начал принимать антиретровирусное лечение. Считается, что причиной заражения могла послужить замедленная реакция вируса на терапию, так как неопределяемый уровень вирусной нагрузки у наблюдаемого был достигнут только через 6 месяцев после начала терапии.

ВИЧ И ГЕПАТИТ С

ВИЧ-инфицированные мужчины-геи подвергаются реинфекции вирусом гепатита С. Среди ВИЧ-инфицированных мужчин-геев было зарегистрировано несколько вспышек гепатита С, полученных половым путем передачи.

Новые данные из Великобритании предполагают, что некоторые мужчины-геи повторно инфицируются вирусом гепатита С, передающегося половым путем, после удачного завершения курса лечения инфекции. Возможно, что сифилис и лимфогранулома половых желез играют не последнюю роль при повторной инфекции гепатита С.

Бесполезность поддерживающей терапии интерфероном. Только среди небольшого числа ВИЧ-инфицированных пациентов в сочетании с хронической инфекцией гепатита С отмечается положительный ответ на лечение гепатита С.

Врачи хотели проследить наличие эффекта от проведения поддерживающей терапии интерфероном на снижение темпов развития цирроза печени среди пациентов, кто не отреагировал на лечение вирусного гепатита С с применением интерферона и рибавирина.

Исследователи разделили пациентов на группу, получающих поддерживающую терапию интерфероном, и группу пациентов, кто находился под простым наблюдением врача. Исследование планировалось провести в течение 72-х недель. В начале и конце исследования были проведены биопсии печени для сравнения течения фиброзного процесса среди двух наблюдаемых групп и влияния интерферона на данный процесс. Никакой разницы в течении фиброзного процесса среди них не отмечалось.

Исследование было остановлено ранее намеченного срока.

6 февраля 2008 г.

АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ

Начало терапии при количестве CD4-лимфоцитов в пределах 500 снижает риск серьезных неассоциируемых с ВИЧ заболеваний? Согласно принципам руководства по применению терапии (применяемым в Европе и США) в данный момент рекомендуется начинать антиретровирусную терапию при снижении количества CD4-лимфоцитов до 350 клеток/мм^3, что отличается от предыдущих принципов лечения, когда терапию рекомендовалось начинать при количестве CD4-лимфоцитов около 200 клеток/мм^3.

Принципы руководства по лечению были изменены, когда исследования показали, что пациенты, которые начинали терапию при более высоком уровне CD4-лимфоцитов достигали лучшего и более стойкого улучшения иммунной системы. Более того, результаты исследования СМАРТ по прерыванию терапии показали, что низкое количество CD4-лейкоцитов увеличивает риск серьезных неассоциируемых с ВИЧ заболеваний, таких как некоторые виды рака, а также болезни сердца, почек и печени.

Но не будет ли данное руководство по лечению в скором будущем рекомендовать начало терапии даже при более высоком количестве CD4-лейкоцитов? Великобритания обладает данными, доказывающими, что пациенты с количеством CD4-лимфоцитов 350 клеток/мм^3 в большей мере предрасположены к возникновению ВИЧ-ассоциированных заболеваний и имеют больший риск смерти, чем пациенты с количеством CD4-лимфоцитов 500 клеток/мм^3.

Профессор Эндрю Филлипс из Лондонского госпиталя Royal Free проанализировал результаты нескольких исследований, показывающих, что ВИЧ может играть важную роль в возникновении некоторых неассоциированных с ВИЧ заболеваний. Он предположил, что раннее использование антиретровирусной терапии может снизить риск таких заболеваний.

«Нам нужно внимательно изучить, следует ли начинать антиретровирусную терапию даже раньше – для пациентов с количеством CD4-лейкоцитов более 500 клеток/мм^3», – заявил профессор Филлипс делегатам конференции.

Контроль за уровнем препарата. Увеличение дозы ингибиторов протеазы после достижения терапевтического уровня препарата не улучшает

шансы пациентов с длительным стажем терапии достигнуть и поддерживать неопределяемый уровень вирусной нагрузки, согласно представленным на КРОИ данным из США.

Хотя данный подход не имел успеха среди белокожего населения, был отмечен скромный положительный эффект на вирусную нагрузку среди чернокожих и латиноамериканских пациентов.

Исследование проводилось среди 194 пациентов, которые принимали схему терапии, включающую, по крайней мере, один препарат из группы ингибиторов протеазы, но все еще имели вирусную нагрузку более 1000 копий/мл.

Через 4 недели после изменения терапии на новую комбинацию, с применением другого ингибитора протеазы, проводилось измерение уровня препаратов в крови. Пациенты с низкой концентрацией препаратов в крови были разделены на 2 группы: в первой группе пациенты продолжали принимать ингибитор протеазы в той же дозировке, а в другой группе доза ингибитора протеазы была увеличена.

Через 20 недель вирусная нагрузка была более или менее одинаковой в обеих группах пациентов.

Когда исследователи изучили результаты более детально, они обнаружили, что увеличение дозы ингибитора протеазы привело к лучшим результатам среди чернокожих и латиноамериканских пациентов, чем среди белокожих.

Уровень резистентности вируса к ингибиторам протеазы также оказался очень важным. Пациенты с низким уровнем резистентности вируса к ингибиторам протеазы имели более заметное снижение вирусной нагрузки после увеличения дозы ингибитора протеазы.

ВЕРТИКАЛЬНЫЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ

Нежелательная беременность частое явление среди женщин после начала антиретровирусной терапии. Исследование в Уганде выявило, что многие женщины беременели в первые 2 года после начала терапии.

К исследованию было привлечено 700 женщин, начавших принимать антиретровирусную терапию между 2003–2006 гг. Хотя большинство (97%) женщин высказали свое нежелание иметь детей, 17% из них все же забеременели. Уровень беременности достиг своего пика через год после начала терапии.

Только 8% женщин использовали методы двойной контрацепции и только 14% использовали постоянные или длительные методы контроля рождаемости.

Исследователи считают, что служба планирования семьи должна быть неотъемлемой частью программ лечения ВИЧ.

Искусственное вскармливание не увеличивает риск беременности. Исследование, проведенное в Кот-д'Ивуаре, показало, что риск возникновения беременности среди женщин, использующих искусственное вскармливание не был выше, по сравнению с женщинами, кормившими грудью.

Результаты были неожиданными, т.к. традиционно считалось, что грудное вскармливание в определенной степени препятствует возникновению беременности.

Все женщины получали короткий курс антиретровирусной терапии во время беременности для предотвращения передачи ВИЧ от матери к ребенку. После этого 54% женщин кормили детей грудью и 46% использовали искусственное вскармливание.

В течение последующих 12 месяцев приблизительно 4% женщин из обеих групп забеременели. А после 24-х месяцев отмечался более высокий уровень беременностей среди женщин, кормящих грудью.

Антиретровирусная терапия снижает риск ВИЧ-инфекции среди женщин, кормящих грудью. Прием антиретровирусной терапии в течение 6 месяцев во время кормления грудью значительно снижает риск передачи ВИЧ от матери к ребенку, показало проведенное в Кении исследование.

Кормление грудью значительно увеличивает риск вертикального пути передачи ВИЧ и женщинам не рекомендуется кормить грудью, если доступны другие методы вскармливания.

Однако в странах с ограниченными ресурсами кормление грудью является альтернативным защитным методом для снижения младенческой смертности и поэтому рекомендуется использовать до периода 6 месяцев.

В Кении проводилось исследование с привлечением 522 ВИЧ-позитивных женщин, которые принимали антиретровирусную терапию с 32-й недели беременности до периода достижения младенцем 6-месячного возраста. Им рекомендовали кормить детей только грудью в течение 6-ти месяцев с последующим отнятием от груди.

6% младенцев оказались ВИЧ-инфицированными по истечении 12 месяцев жизни, и по подсчетам исследователей 3,5% были инфицированы при кормлении грудью.

Продолжительная профилактическая терапия младенцев снижает передачу ВИЧ при грудном вскармливании. Другие исследования, представленные на конференции также изучали способность антиретровирусной терапии предотвращать передачу ВИЧ от матери к ребенку во время кормления грудью.

Исследования показали, что прием невирапина младенцами ВИЧ-позитивных матерей в течение от 6 до 14 недель после рождения может наполовину снизить уровень инфицирования младенцев во время кормления грудью.

Однако было также выявлено, что среди младенцев, которые все же становились ВИЧ-инфицированными, увеличение периода приема невирапина приводило к развитию резистентности вируса к невирапину.

ВИЧ И ГЕПАТИТ С

Долгосрочное положительное влияние успешной терапии гепатита С. Многие люди с ВИЧ также инфицированы вирусом гепатита С (что часто называется «коинфекция ВИЧ/гепатит С»). Болезни печени, вызываемые гепатитом С, являются главной причиной смерти среди таких пациентов.

Лечение гепатита С в острой или ранней стадии приводит к выздоровлению почти двух третей пациентов с коинфекцией, и около трети ВИЧ-позитивных пациентов в хронической стадии гепатита С.

Исследование, представленное на конференции выявило, что успешная терапия гепатита С имеет долгосрочное положительное влияние на коинфицированных пациентов. Испанское исследование проводилось с участием ВИЧ-позитивных пациентов с хроническим гепатитом С, 31% из них были успешно вылечены от гепатита С.

Исследователи сравнили уровень смертности от любых заболеваний и уровень возникновения заболеваний печени как среди пациентов с хорошим ответом на лечение гепатита так и тех, кто не отреагировал на терапию.

Выяснилось, что пациенты, успешно пролеченные против гепатита С, были наименее предрасположены к возникновению смерти по причине любых других заболеваний и имели очень низкий уровень смертности по причине заболеваний печени. Хотя темп прогрессирования ВИЧ, инфекции был одинаков в обеих группах.

ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ

Несостоятельность вакцины. В прошлом году исследование, изучающее потенциал ВИЧ-вакцины -ad5- было прекращено, когда выяснилось, что пациенты, принимающие вакцину, были в большей мере предрасположены к заражению ВИЧ в сравнении с теми, кто получал плацебо.

Детальный анализ результатов апробации был представлен на конференции. Анализ показал, что повышенный риск инфицирования ВИЧ был почти полностью сконцентрирован в группе необрезанных мужчин, практикующих незащищенный анальный секс.

Исследователи предполагают, что вакцина должно быть повлияла на естественное течение иммунологического ответа на ВИЧ. Это, вероятно, было связано с иммунной реакцией организма к аденовирусу (один из вирусов, вызывающих простуду), который был использован в качестве носителя вакцины.

7 февраля 2008 г.

АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ

Больше причин для раннего начала антиретровирусной терапии? Согласно руководству по антиретровирусной терапии в данный момент рекомендуется начинать терапию при количестве CD4-лимфоцитов около 350 клеток/мм^3.

Обосновано ли начало терапии при более высоком уровне CD4-лимфоцитов?

Данные, представленные на конференции, подтверждают обоснованность данного подхода. Исследователи использовали данные 23-х когортных исследований для анализа темпа прогрессирования ВИЧ-инфекции и уровня смертности. Выяснилось, что уровень смертности среди ВИЧ-позитивных пациентов был более высоким по сравнению со смертностью в общей популяции, даже при количестве CD4-лимфоцитов более 350 клеток/мм^3.

Было проанализировано более 46 000 случаев. Уровень смертности среди ВИЧ-инфицированных геев в сравнении с общей популяцией был слегка выше, в то время как смертность среди гетеросексуального населения (мужчин и женщин) был в 3 раза больше и в 10 раз больше в среде потребителей инъекционных наркотиков.

Несмотря на то, что исследователи приняли во внимание наличие других факторов, которые могут влиять на уровень смертности, особенно среди потребителей инъекционных наркотиков, все же оказалось очевидным, что сама ВИЧ-инфекция была причиной, приводящей к смерти, даже среди пациентов с более высоким количеством CD4-лимфоцитов.

Возможно результаты данного исследования помогут разрешить спор по поводу времени начала терапии. Некоторые врачи теперь считают, что лечение лучше всего начинать при снижении количества CD4-лимфоцитов до 500 клеток/мм^3.

Преимущества немедленного начала терапии для пациентов с оппортунистическими инфекциями. Пациентам с ВИЧ-ассоциируемыми оппортунистическими инфекциями обычно рекомендуется начинать антиретровирусную терапию как можно раньше.

Как показали исследования, представленные на конференции, начало антиретровирусной терапии на фоне лечения оппортунистической инфекции, снижает риск смерти и дальнейшего прогрессирования заболевания, по сравнению с пациентами, начавшими антиретровирусную терапию после завершения лечения оппортунистической инфекции, а также не увеличивает риск возникновения побочных эффектов.

Американские исследователи сравнили 2 группы пациентов с признаками прогрессирования ВИЧ-инфекции и не принимавших антиретровирусную терапию. В первой группе антиретровирусная терапия и лечение оппортунистической инфекции проводились одновременно. В другой группе антиретровирусная терапия была начата после излечения оппортунистической инфекции.

Исследование не включало пациентов с туберкулезом.

В целом, удалось приостановить дальнейшее прогрессирование ВИЧ-инфекции и достичь неопределяемого уровня вирусной нагрузки среди почти половины наблюдаемых из обеих групп.

Однако дальнейший анализ данных показал, что около 50% пациентов с отсроченным началом антиретровирусной терапии, были склонны к возникновению другого ассоциируемого со СПИДом заболевания или смерти по сравнению с теми, кому проводилось одновременное лечение ВИЧ и оппортунистической инфекции. Также отмечался более медленный темп увеличения количества CD4-клеток среди пациентов с отсроченным началом антиретровирусной терапии.

Немедленное начало совместной терапии не приводило к дополнительному риску. Не отмечалось разницы в приверженности к лечению среди обеих групп пациентов. Также не было выявлено разницы в частоте возникновения синдрома восстановления иммунитета в обеих группах после начала антиретровирусной терапии.

Биомаркеры могут объяснить рискованность прерывания терапии. У пациентов прервавших терапию, выявляется повышенный уровень маркеров воспаления и нарушений выстилки сосудистой стенки, что объясняет повышенный риск возникновения заболеваний и смерти, не связываемых с ВИЧ-инфекцией, таких как болезни сердца, почек и печени, прослеженных в исследовании SMART.

Были проанализировали результаты исследований SMART и STACCATO по прерыванию антиретровирусной терапии. Исследователи выявили, что вирусная репликация во время перерывов в лечении оказывает влияние на маркеры, отражающие процессы воспаления, свертываемости крови и повреждения эндотелиальной выстилки сосудов со снижением эластичности сосудов, что является ранним признаком сердечных заболеваний.

НОВЫЕ АНТИРЕТРОВИРУСНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Дарунавир эффективен для лечения детей с полирезистентностью. Антиретровирусная терапия может применяться эффективно для лечения детей. Однако количество препаратов, доступных для лечения ВИЧ-инфицированных детей, ограничено, что является серьезной проблемой, так как у многих детей развивается резистентность к противовирусным препаратам.

Дарунавир (Prezisata) – новый препарат из класса ингибиторов протеазы, усиленных ритонавиром, и является важным компонентом терапии для взрослых с вирусной полирезистентностью.

Результаты исследования, представленного на конференции, показали, что дарунавир/ритонавир безопасен и эффективен для лечения детей и подростков с длительным стажем терапии.

Наблюдение включило 80 детей в возрасте от 6 до 17 лет. Они получали оптимальные схемы антиретровирусной терапии, подобранной по результатам тестов резистентности ВИЧ. Дозировка дарунавир/ритонавир рассчитывалась по отношению к массе тела.

Несмотря на то, что наблюдаемые дети имели вирусную полирезистентность, при помощи применения комбинированных схем на основе дарунавир/ритонавир уже спустя 6 месяцев лечения у половины из них удалось достигнуть неопределяемой вирусной нагрузки и у двух третей из оставшейся половины детей вирусная нагрузка была ниже 400 копий/мл.

Хотя только один пациент перестал принимать препараты по причине возникновения побочных эффектов, среди большинства детей наблюдались побочные эффекты в легкой степени, такие как расстройства желудка и повышение температуры.

Новая перспектива в лечении – препарат принимаемый раз в месяц. Возможность приема антиретровирусных препаратов один раз в месяц был воспринят как прорыв в антиретровирусной терапии. В настоящее время ученые разрабатывают антиретровирусный препарат, который можно будет принимать только один раз в месяц.

Экспериментальный препарат из группы ННИОТ (ненуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы), названный рилпивирин, был синтезирован на основе наночастиц. Результаты тестирования на животных показывают, что ежемесячные инъекции данного препарата могут стать эффективным режимом лечения ВИЧ-инфекции.

Исследователи пытаются найти другие препараты, которые могут быть созданы подобным способом. Это означает, что высокоэффективная комбинированная антиретровирусная терапия могла бы проводиться раз в месяц.

Эта технология могла бы также использоваться для долгосрочной первичной профилактики ВИЧ или в качестве микробицида.

ВИЧ И ТУБЕРКУЛЕЗ

Туберкулез – наиболее часто встречающееся осложнение ВИЧ-инфекции в мире, приводящее к смерти.

Необходимо специальное наблюдение за пациентами с туберкулезом, начинающими принимать антиретровирусные препараты, по причине возможности развития синдрома восстановления иммунитета, а также по причине взаимодействия антиретровирусных препаратов с основными противотуберкулезными препаратами.

Обнадеживающие результаты были представлены на конференции учеными ЮАР. Исследование показало, что антиретровирусная терапия, проводимая среди ВИЧ-инфицированных пациентов, страдающих туберкулезом, не повышала уровень смертности по сравнению с ВИЧ-инфицированными без туберкулеза.

Однако пациенты с туберкулезом и имеющие очень низкое число CD4-лимфоцитов или пониженный вес, имели повышенный риск смерти.

8 февраля 2008 г.

АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ

Эффективность терапии второй линии. Эффективные лекарства и лучший уход означают, что ретровирусная терапия второй линии может обеспечить долгосрочный контроль вирусной нагрузки.

Исследователи проанализировали данные, полученные в 22-х когортных исследованиях со всего мира.

Исследования показали, что вскоре после начала применения высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ), ставшей доступной в 1996–1997 гг., число случаев неуспешного применения второй линии ВААРТ составило 114 случаев на 100 чел. в год. В 2000–2001 гг. этот показатель упал до 42 случаев на 100 чел. в год. К 2004–2005 гг. процент неудач терапии второй линии снизился до 15 случаев на 100 чел. в год.

Но несмотря на успехи антиретровирусных препаратов второй линии в контроле уровня вирусной нагрузки, исследователи выяснили, что уровень смертности среди пациентов, чья терапия оказалась неуспешной, остался неизменным между 1996–2005 гг.

Хорошие результаты применения антиретровирусной терапии в развивающихся странах. Исследования, проводившиеся в развивающихся странах, показывают, что антиретровирусная терапия усиливает иммунную систему пациентов и приводит к значительному снижению смертности.

Исследования в Руанде показали, что программы антиретровирусной терапии имели высокий уровень удержания пациентов – более 90% после 12 месяцев исследований.

Пациенты в Руанде, принимавшие антиретровирусные препараты, достигли значительного улучшения показателя CD4-лимфоцитов.

Анализ результатов исследований в Африке, Южной Америке и Юго-Восточной Азии показал, что у пациентов, принимавших антиретровирусную терапию, отмечалось повышение количества CD4-лимфоцитов в течение 5 лет с момента начала терапии.

Однократный прием Калетры также эффективен, как и двукратный прием. Таблетированная форма ингибитора протеазы Калетра (лопинавир/ритонавир) работает при однократном приеме в день так же эффективно, как и при двукратном.

По истечении одного года соотношение пациентов, принимавших Калетру в режиме один раз в день (лопинавир 800 мг/ритонавир 200 мг) и достигших неопределяемого уровня вирусной нагрузки, был таким же, как и среди тех, кто принимал данный препарат дважды в день (2 дозы лопинавира 400 мг/ритонавира 100 мг). Калетра принималась в комбинации с Трувадой (тенофовир + эмтрицитабин).

Пациенты, принимавшие таблетки Калетры однократно или дважды в день имели схожие темпы увеличения количества CD4-лимфоцитов. Прием препарата один раз в день не увеличил риск побочных эффектов, включая диарею.

ЗАБОЛЕВАНИЯ

Лимфомы. Проводились исследования по изучению факторов риска возникновения лимфомы среди пациентов, принимавших антиретровирусную терапию.

Немецкие исследователи выявили два главных предрасполагающих фактора: определяемый уровень вирусной нагрузки, что предрасполагает к развитию лимфомы Буркитта (или Буркитт-подобной лимфомы), в то время как низкое количество CD4-лимфоцитов (менее 200 клеток/мм^3) предрасполагает к развитию неходжкинской лимфомы.

Поэтому важной целью антиретровирусной терапии должно быть подавление вирусной нагрузки до наиболее низкого уровня, – сообщили ученые, проводившие исследования.

Резистентный туберкулез. Низкий уровень контроля за инфекцией оказывается более частой причиной возникновения случаев резистентного туберкулеза, чем нерегулярный прием противотуберкулезных препаратов в Южной Африке.

Резистентный туберкулез является растущей проблемой во всем мире и сейчас выявлены случаи появления инфекции, устойчивой также к препаратам второй линии – полирезистентный (мультирезистентный) туберкулез (МРТ).

Исследователи хотели выяснить причину возникновения резистентного туберкулеза. Для этого они провели исследование с вовлечением пациентов, ранее леченных по поводу туберкулеза, у которых впоследствии был выявлен резистентный или полирезистентный туберкулез. Наблюдение проводилось среди 17 пациентов,

большинство из которых были ВИЧ-позитивными.

Тесты показали, что каждый пациент был повторно инфицирован лекарственно-устойчивым штаммом туберкулеза.

Реинфекция резистентным штаммом туберкулеза приводила к серьезным последствиям – 15 пациентов умерли в течение 2-х недель после диагностирования инфекции.

ПРОФИЛАКТИКА ПЕРЕДАЧИ ВИЧ ОТ МАТЕРИ К РЕБЕНКУ

Младенцы, инфицированные резистентным штаммом ВИЧ. Как показали исследования, дети, инфицированные ВИЧ от своих матерей, часто приобретают резистентные штаммы вируса. Резистентный вирус часто передается во время кормления грудью, так как уровень антиретровирусных препаратов в грудном молоке слишком мал для предотвращения передачи вируса.

Терапия для предотвращения передачи вируса от матери к ребенку. Лечение ВИЧ-инфицированных матерей тенофовиром и FTC (эмтрицитабин) в течение недели после родов в дополнение к 1 дозе невирапина во время родов безопасно и помогает предотвратить передачу вируса, устойчивого к невирапину.

Исследование, представленное на конференции, охватило 38 ВИЧ-позитивных матерей в Африке и Азии. Все женщины получали AZT (зидовудин) с 28-й недели беременности для предотвращения передачи вируса от матери к ребенку. Во время родов они также получали одну дозу невирапина, а также тенофовир и FTC (эмтрицитабин). Затем в течение недели они получали тенофовир и FTC. Дети получали невирапин при рождении и AZT в первую неделю жизни.

Такая терапия приводила к значительному снижению вирусной нагрузки у матерей. Ни один ребенок не был инфицирован резистентным вирусом.

Около четверти женщин отмечали побочные явления, отмечались нежелательные эффекты среди такой же пропорции младенцев. Однако, вероятнее всего, большинство из них не были связаны с применением антиретровирусных препаратов.

ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Дети заражались ВИЧ через предварительно пережеванную пищу. Трое детей в США заразились ВИЧ после того, как получили пережеванную для них пищу. Пища содержала кровь из ротовой полости человека, ухаживающего за детьми.

ВИЧ-позитивные воспитатели были предупреждены не давать детям предварительно пережеванную пищу.

В развивающихся странах предварительное пережевывание пищи широко распространенная практика для кормления детей из-за отсутствия детского питания. Следовательно, предварительно пережеванная пища и несоблюдения гигиены полости рта могут привести к инфицированию ВИЧ в областях с высоким уровнем ВИЧ-инфицированного населения.

Герпес и ВИЧ. Исследования в Перу показали, что противогерпесная терапия среди женщин снижает вирусную нагрузку как в крови, так и в вагинальном секрете.

Наблюдение проводилось среди 20 женщин, инфицированных ВИЧ и генитальным герпесом (HSV-2). Половина из них ежедневно принимала противогерпесный препарат валацикловир, другой половине наблюдаемых женщин давали плацебо.

Результаты показали, что валацикловир снижает вирусную нагрузку в крови и в вагинальном секрете, а также снижает выделение вируса герпеса через вагинальный секрет.

Исследования, проводившиеся среди мужчин-геев в США, показали, что вероятность передачи ВИЧ от мужчин одновременно инфицированных вирусом генитального герпеса своим партнерам была в 16 раз выше, если их партнеры не имели генитального герпеса. Подавление генитального герпеса у ВИЧ-позитивных мужчин может, следовательно, снизить риск передачи ВИЧ.

Данные результаты были представлены после исследований, показавших, что антигерпесная терапия не снижает риска передачи ВИЧ-инфекции среди мужчин и у женщин.

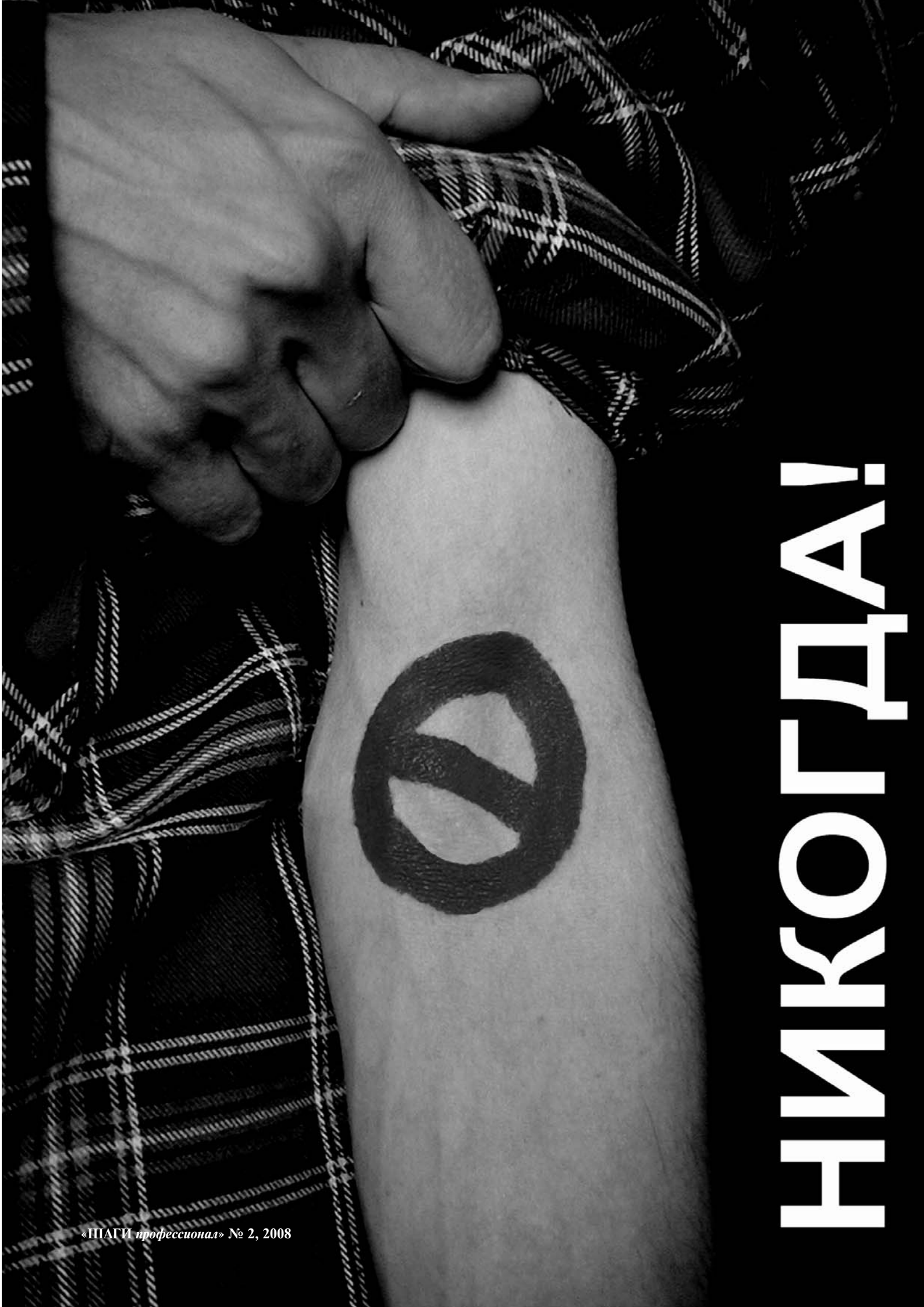
Дискордантные пары: соотношение ВИЧ-инфицированных мужчин выше, чем женщин. Низкий уровень использования презервативов. Исследование, проведенное в Уганде, выявило, что только в 2% пар, где один из партнеров был ВИЧ-положительный, а другой ВИЧ-отрицательный (дискордантные пары), использовались презервативы.

Исследование изучило эффективность сочетания консультаций на дому и тестирования. Обученные консультанты посещали людей на дому и предлагали пройти тестирование на ВИЧ. Данный подход оказался хорошим методом для повышения уровня тестирования.

В дискордантных парах мужчины оказывались инфицированными чаще, чем женщины (55 против 33%).

Использование презервативов в таких парах было очень низким, и 94% пар заявили, что никогда их не использовали, что означает наличие высокого риска передачи ВИЧ-инфекции неинфицированному партнеру.

Текст русского перевода – Станислав Казикин.
www.aidsmap.com



НИКОГДА!

Оркестр продолжал играть...

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

От автора. Данная книга – результат журналистского исследования. В ней полностью отсутствует вымысел. Ради связности повествования я реконструирую сцены, воссоздаю разговоры и иногда приписываю героям те или иные мысли и чувства. Весь материал был получен в ходе исследований, которые я провел во время подготовки книги и ранее, в годы моей работы в «Сан-Франциско Кроникл», где я освещал тему СПИДа. Если бы я попытался составить список всех, с кем я говорил о СПИДе лично и по телефону за последние 5 лет, в этот список вошло бы более 900 человек.

Я искренне признателен сотням ученых и врачей, выкроивших много часов своего ценного рабочего времени, чтобы поговорить со мной.

С особой благодарностью я всегда буду вспоминать людей, больных СПИДом, которые давали мне интервью, порой в последние часы своей жизни. Когда я спрашивал, почему они согласились уделить мне внимание, многие говорили, что этим надеются спасти кого-то от страданий. Если и существует лучший пример героизма, я его не знаю.

* * * * *

Утром 2 октября 1985 года, когда умер Рок Хадсон, это слово уже было известно едва ли не каждой семье западного полушария. СПИД.

Синдром приобретенного иммунодефицита раньше казался чем-то малореальным, касающимся лишь вполне определенных категорий отверженных обществом людей. Но внезапно летом 1985 года этот диагноз был поставлен известному актеру, звезде экрана. Газеты принялись без умолку обсуждать это событие, и эпидемия СПИДа стала более ощутимой. Отовсюду повеяло угрозой.

Внезапно появились больные СПИДом дети, которые хотели ходить в школу, больные рабочие, которые хотели работать, исследователи, которые требовали финансирования, и угроза обществу, которую уже нельзя было игнорировать. А самое главное – появились первые проблески понимания того, что это странное новое слово отныне рядом с нами, что СПИД станет частью американской цивилизации и бесповоротно изменит весь ход нашей жизни.

Еще ни один год пройдет, пока это поймут все, но в тот октябрьский день 1985 года был

сделан первый шаг. Рок Хадсон впервые привлек внимание Америки к этой новой смертельной угрозе, и его диагноз стал своего рода демаркационной линией, разделяющей всю американскую историю на историю до появления СПИДа и историю после.

Однако к тому моменту, когда Америка впервые обратила внимание на СПИД, было уже поздно что-либо делать. Вирус охватил весь североамериканский континент, до самых отдаленных его уголков. Ту лавину смертей, которая неизбежно должна была последовать, еще можно было замедлить, но остановить – нельзя. В тот день, когда мир узнал о диагнозе Рока Хадсона, около 12 тысяч американцев уже умерли или умирали от СПИДа, а сотни тысяч других были заражены. Но почти никто не замечал этого, казалось, никому не было дела до этих людей.

История о политике, людях и эпидемии СПИДа – это история о мужестве и трусости, о сострадании и предрассудках, о спасении и отчаянии. Эту историю стоит рассказать, чтобы она больше никогда нигде и ни с кем не повторилась...

4 июля 1976 года,
Нью-Йорк

Высокие паруса бороздили темно-лиловое небо, в котором над вечно спокойной статуей Свободы то вспыхивали, то рассыпались красными, белыми, синими огнями искры фейерверка. Казалось, весь мир собрался здесь: корабли из 55 стран привезли в Манхэттен своих матросов, которые влились в миллионные толпы, восхищенно взирающие на самые экстравагантные пиротехнические чудеса, когда-либо изобретенные человечеством. Все это было затеяно в честь двухсотого дня рождения Америки. Всю ночь бары города были переполнены матросами. Все признали, что такого грандиозного праздника, какой устроили тогда в Нью-Йорке, мир еще не знал.

Позднее эпидемиологи мучительно размышляющие над вопросом: где и как все началось, вспомнят именно этот день. Они вспомнят ту яркую ночь в нью-йоркской гавани, все эти толпы матросов и многозначительно отметят: со всего мира прибыли они тогда в Нью-Йорк.

Канун Рождества 1976 года,
Киншаса, Заир

Жаркое африканское небо стало черным и душным: ничто не напоминало о Рождестве. Доктор Иб Бигбьерг как никогда скучал о родимой Дании. В кухне Грета Раск, желая хоть чем-то утешить своего молодого коллегу, готовила праздничный ужин, которым у них на родине традиционно начинается празднование Рождества. Этот обычай, насчитывающий в Дании уже не первое столетие, называется Пир сердец.

Грета знала, что в качестве главного блюда должна быть подана дичь. У нее дома, в Ютландии, это были бы гусь или утка, здесь, в Заире, сойдет и курица. Внезапно Грету охватила уже ставшая привычной усталость. Последние два года доктор Раск испытывала приступы крайнего утомления, которые, как она уже поняла, ей так и не удастся побороть.

Впервые Грета приехала в Заир в 1964 году, потом на некоторое время вернулась в Европу, чтобы пройти курс хирургии и тропической медицины. Последние четыре года она провела в Заире, сохранив при этом свой прямой, решительный и независимый характер жительницы Северной Дании. Она не пожелала избрать заманчивую карьеру хирурга в оборудованной по последнему слову техники копенгагенской клинике: ей не хотелось, чтобы кто-нибудь все время заглядывал ей через плечо и отдавал распоряжения. Грета предпочитала свою примитивную больницу в заброшенной деревне Абумомбази на севере Заира. Там она была единственной хозяйкой.

Хотя ее больница была не самой бедной, Грете часто приходилось довольствоваться тем, что удалось выпросить или одолжить. В конце концов это была Центральная Африка, и даже в привилегированной клинике не было стерильных резиновых перчаток и одноразовых шприцев. Это означало, что работа хирурга была связана с такими опасностями, которые даже представить себе не мог цивилизованный мир, в частности потому, что в Центральной Африке то и дело появлялись все новые и новые заболевания.

В том же году в деревне на реке Эбола – неподалеку от Абумомбази – на границе Заира с Суданом произошла вспышка нового ужасного заболевания, вызываемого неизвестным вирусом. Торговец из деревни Энзара поступил в больницу учебного центра для медсестер в Мариди с высокой температурой и непрекращающимся кровотечением. Видимо, он получил эту болезнь половым путем. Через несколько дней заболели 40 % медсестер – они заразились при соприкосновении с кровью пациента.

Испуганные африканские власти забыли о гордости и позвали на помощь Всемирную организацию здравоохранения, которая прислала к ним специалистов из Центра по контролю заболеваемости США. К тому времени, когда приехали американские врачи, уже умерло тридцать девять медсестер и два врача. Американские специалисты действовали быстро: они немедленно изолировали всех зараженных. Местные жители были в ярости, когда американцы запретили похороны по туземному обряду, поскольку было ясно, что ритуал обмывания тел распространяет инфекцию. Через несколько недель ситуация уже была под контролем. В конце концов вирус, который получил название «вирус Эбола», убив 53% зараженных им людей и унеся 153

жизни, исчез так же внезапно и таинственно, как и появился. Вирус легко передавался через кровь и сексуальные контакты, и несколько лет спустя врачи все еще вспоминали этот случай с ноткой облегчения в голосе: какой удачей для человечества было то, что вирус-убийца появился в такой отдаленной части света и так быстро был изолирован. Случись это поблизости от какого-нибудь регионального центра, мир охватила бы чума необычайных масштабов. При современных средствах сообщения ни одна болезнь не будет долго ютиться среди изолированной группы населения.

Борьба человечества с болезнями нигде не разворачивается так жестоко, как в экваториальной Африке, где в жарком и влажном климате плодятся все новые формы жизни. Здесь, среди самой суровой медицинской реальности Грета Раск ухаживала за больными. Сегодня, в канун Рождества, в ее внешности было что-то особенно странное. Она сильно похудела – это было результатом непонятного, непроходящего кишечного расстройства. Она страдала этим недомоганием уже два года с тех пор, как начала работать в бедных африканских деревнях. В результате интенсивного лечения болезнь вроде бы начала отступать, но в последний год ничто уже не помогало. Она теряла вес, с каждым днем силы покидали ее.

Еще одна странная черта: лимфатические узлы у этой сорокашестилетней женщины были непрерывно воспалены все эти два года. Как правило, лимфоузел воспаляется на некоторое время при появлении какой-либо инфекции. Но у Греты, казалось, не было причин для воспаления лимфоузлов, тем более по всему телу.

И еще – утомление. Грета всю жизнь работала не зная выходных, но эта усталость не была результатом работы. Это была другая усталость, ставшая вечным спутником Греты. В этот раз у нее не хватило сил даже встретить такой особый праздник, как Пир сердец.

Ноябрь 1977 года,
Хьярдемаал, Дания

Холодный арктический ветер пригибал к земле голый кустарник вокруг домика с побеленными стенами, одиноко стоящего к северу от Лим-Фьорда. Внутри домика Грета Раск судорожно глотала воздух из кислородной подушки. Она вернулась домой – умирать.

Грета умирала, и это – единственное, что было ясно всем врачам. Остальное было скрыто покровом тайны. Она не могла дышать из-за непонятного поражения легких. Анализ крови показал, что у нее почему-то отсутствовали Т-лимфоциты, отвечающие за защиту организма от инфекций. Но от чего именно умирала эта женщина, врачи не могли ответить.

Устав от бесконечных осмотров и анализов, Грета уехала из копенгагенской клиники домой, в Тистед. Местный врач установил в ее спальне кислородные баллоны. Давняя подруга Греты, медсестра, ухаживала за больной. Грета слушала вой ветра и вспоминала Африку.

Грета Раск умерла 12 декабря 1977 года, за двенадцать дней до Пира сердец. Вскрытие показало, что ее легкие были наполнены миллионами микроорганизмов, называемых пневмоцистами: они и вызвали пневмонию, которая постепенно задушила Грету. Разгадка оказалась еще более таинственной, чем загадка: считалось, что от пневмоцистоза не умирают. Друг и коллега Греты, д-р Бигбьерг, решил заняться исследованием этого заболевания, но мудрые профессора отсоветовали: «К чему изучать пневмоцистоз? Это такое редкое заболевание – у него нет будущего...»

29 июня 1980 года,
Сан-Франциско

Солнце растопило утренний туман и открыло взорам такой кристально-чистый горизонт, что казалось, посмотри на него пристальней – он и расколется, как стекло. На небе четко вырисовывался силуэт центральной части города, мосты длинными прыжками достигали гор, окрашенных мягким золотом жаркого июньского солнца. Радужные флаги трепетали на ветру.

Гаэтан Дуглас, стюард авиалиний «Эйр Канада», пристально рассматривал свое лицо в зеркале. Шрам чуть пониже мочки уха был почти не виден – скоро совсем исчезнет. Гаэтан приехал из Торонто в Сан-Франциско специально ради торжественного дня – парада Гей-прайд – и старался хотя бы на время забыть о тревожной новости, которую несколько недель назад сообщил ему врач...

Под звуки оркестра парад геев Гей-прайд начался на Маркет-стрит, завершаясь у здания городской ратуши. Чтобы все участники могли преодолеть этот путь длиной в две мили, потребовалось четыре часа. Более 30 тысяч человек, объединенных в 240 колонн, прошли торжественным маршем мимо 200 тысяч зрителей. Состав участников парада отражал удивительное разнообразие людей гомосексуальной ориентации: здесь были геи-католики, мормоны и атеисты, геи-адвокаты и профсоюзные деятели, геи-врачи и геи-бухгалтеры. Здесь были геи-отцы и матери-лесбиянки, здесь были гомосексуалы-подростки вместе со своими гетеросексуальными родителями. В колоннах шли геи-африканцы, латиноамериканцы, азиаты и американские индейцы, а также толпы туристов, собравшихся со всего мира. Над этим красочным зрелищем развивался радужный флаг – символ калифорнийских геев.

Это событие знаменовало годовщину Стоунволлского бунта – произошедшей в 1969 году стычки между геями из Гринвич-Виллидж и полицейскими, проводившими рутинную облаву в

геевском баре «Стоунвол Инн». Тогда, в последний уик-энд июня 1969 года, зародилось движение за права геев, которое в начале 70-х крайне шокировало консервативную Америку.

Моральный запрет на гомосексуальность вскоре затерялся в волнах нахлынувшей сексуальной революции, и в Сан-Франциско потянулись геи со всего мира. Началась величайшая со времен «золотой лихорадки» волна иммиграции: за период с 1969 по 1973 год в Сан-Франциско переселились не менее 9 тысяч геев, с 1974 по 1978 – 20 тысяч, затем около 5 тысяч ежегодно. Иммиграция привела к тому, что из каждых пяти мужчин в Сан-Франциско двое – открытые гомосексуалы.

Для ветеранов политической конфронтации марш 1980 года был поворотным моментом, показавшим, насколько мощным стало геевское движение. Губернатор штата Эдмунд Дж. Браун опубликовал обращение по случаю Недели освобождения, а законодатели и чиновники городской администрации весь день толпились у трибун. Со своей стороны и геи, участвовавшие в демонстрации, стремились доказать, что заслуживают уважения. Например, местный банк крови уже давно начал посылать свои передвижные донорские пункты на мероприятия, где собиралось много геев. Это были сознательные граждане. В 1980 году, по примерным подсчетам, на их долю пришлось от 5 до 7 процентов всей донорской крови в Сан-Франциско.

«А все-таки я здесь самый красивый»

Эта фраза стала почти анекдотом. Гаэтан Дуглас имел привычку, входя в бар, оглядывать толпу и заявлять друзьям: «Я здесь самый красивый». Обычно окружающим приходилось признать, что он прав.

Гаэтан нравился всем. Он моментально становился всеобщим любимцем везде, где бы ни появлялся. Его песчаного цвета волосы по-мальчишески падали на лоб, губы с готовностью складывались в манящую улыбку. Он покупал одежду в самых модных магазинах Лондона и Парижа, ездил в отпуск на Карибское побережье и в Мексику. Но никуда так не манило этого двадцативосьмилетнего счастливчика, нигде он не получал большего удовольствия от того, что его любят и хотят, чем здесь – в Сан-Франциско.

Гигантская дискотека в роскошном Галлериа-центре, собиравшая до 4 тысяч человек, еще только начиналась, когда туда прибыл Гаэтан со своим лучшим другом, тоже стюардом из Торонто. Еще в 1978 году они вместе впервые попали на фестиваль Гей-прайд в Сан-Франциско, и с тех пор каждый год в последний уик-энд июля приезжали на этот праздник, проводя круглые сутки в барах, саунах и дискотеках.

Здесь, в Сан-Франциско, Гаэтан мог наконец удовлетворить свои ненасытные сексуальные желания. Ему стоило только пройтись по улице Кастро, чтобы карманы его наполнились картонками от спичек и бумажными салфетками с нацарапанными на них адресами и номерами телефонов. Некоторые из них он потом переписывал в записную книжку. Но все эти мимолетные приключения значили для него не больше, чем золотистый калифорнийский загар: первые несколько дней – восхитительно, а потом проходит как не бывало. Временами Гаэтан просматривал страницы своей записной книжки с искренним любопытством, силясь вспомнить того или иного человека.

У входа в дискотеку многие приветствовали Гаэтана, и он горячо обнимался с ними, словно с родными братьями, которых не видел много лет.

– Кто это был? – то и дело спрашивал у Гаэтана его друг.

– Понятия не имею, – беззаботно смеялся тот.

Здесь, на дискотеке, раскачиваясь под музыку, Гаэтан чувствовал, что вернулся домой. Сан-Франциско стал для него родиной, которой у него никогда не было. Этот город помогал ему забыть иную, такую далекую и давнюю жизнь, когда он был главным объектом насмешек в рабочем квартале Квебека, где ему довелось родиться. Быть геем, быть не таким, как все, значило постоянно защищаться от нападок сверстников и страдать от чувства вины, от укоров собственной совести. Зато сейчас, 29 июня 1980 года, Гаэтан Дуглас чувствовал себя, как бывший гадкий утенок, превратившийся в прекрасного лебедя.

При первой же возможности, не прерывая танца, Гаэтан стянул с себя футболку и, привычным движением выудив из кармана пузырек «попперс» (разновидность слабого наркотика, дающего ощущение эйфории – *Прим. ред.*), глубоко вдохнул. Он чувствовал себя сильным и полным неисчерпаемой жизненной энергии.

Он совершенно не чувствовал, что у него рак. Хотя именно этот диагноз произнес врач после того, как удалил темно-красный бугорок, неизвестно почему выскочивший у Гаэтана на лице. Через несколько недель из Нью-Йорка пришли результаты биопсии, и Гаэтану сказали, что у него саркома Капоши – чрезвычайно редкий вид рака кожи. Может быть, именно этим объяснялось длительное – больше года – воспаление лимфатических узлов на всем теле. Сначала Гаэтану стало страшно, но потом он утешил себя мыслью, что даже рак можно вылечить. Он создал для себя такую жизнь, что мог в любой момент иметь все, что хотел, и всех, кого хотел. А значит, он придумает, как победить и этот рак.

Ощущая, как усиливается действие «попперс», Гаэтан понял, что оно продлится дольше, чем дискотека. Но тогда можно будет пойти в сауну.

Лето только начиналось. Впереди были пляжи Файр-Айленда и вечеринки в бассейнах частных особняков Лос-Анджелеса. Впоследствии, когда врачи стали называть Гаэтана Дугласа не иначе как «Пациентом зеро» – нулевым пациентом, –

они пристально изучили его маршрут в то лето, пролистывая одну за другой страницы той самой записной книжки и пытаясь постичь причину целого ряда странных совпадений, и определить ту исключительную роль, которую сыграл этот красивый молодой стюард в разразившейся эпидемии.

Гаэтан самозабвенно танцевал в пульсирующем потоке разноцветных огней. Он чувствовал себя здоровым и неуязвимым. Он говорил себе, что когда-нибудь обязательно переедет жить в Сан-Франциско.

9 июня 1981 года, Нью-Йорк
«Что со мной будет?»

Д-р Джим Керран неотрывно смотрел на пациента, который, казалось, был его зеркальным отражением. Ему тоже было тридцать шесть лет, он окончил тот же университет и сделал карьеру в Нью-Йорке. Даже вырос он недалеко от Детройта, родины Керрана. Но в отличие от Керрана, пациент был гомосексуалом.

Хотя д-р Керран знал, что ему, как эксперту Центра по контролю заболеваемости, подобает выглядеть большим специалистом, он не мог сказать, что будет. Как все врачи, он терпеть не мог признаваться, что не знает ответа на вопрос. «Понятия не имею, что будет».

Осматривая кожу больного, Керран мог заключить лишь одно: это не была та самая африканская саркома Капоши, о которой писали во всех учебниках медицины. Это было что-то куда более агрессивное.

Керран уже не первый год работал с пациентами-геями и хорошо знал, что во многих случаях гомосексуала нельзя определить по внешнему виду. Но все пациенты этой группы, казалось, специально стремились выделяться как геи и с гордостью демонстрировали свою принадлежность к геевской субкультуре. Их самоопределение как геев произошло далеко не вчера.

И в этой черте сходства между пациентами, приехавшими из разных городов Америки, было что-то странное. Дело в том, что, как правило, болезнь не избирает ту или иную социальную группу. Эпидемия может быть ограничена географически, как это случилось в 1979 году в Филадельфии, когда заболели постояльцы одной-единственной гостиницы. Заболевания могут возникать в группе людей, объединенных некоторыми физиологическими признаками, как, например, синдром токсического шока у женщин как реакция на гигиенические тампоны. Но на памяти Керрана не было ни одного случая, чтобы эпидемия выбирала жертв на основе их самоопределения в обществе, а тем более стиля сексуальной жизни. Но именно такое самоопределение, а также количество перенесенных вензаболеваний, были единственными общими чертами всех пациентов из трех городов – Нью-Йорка, Лос-Анджелеса и Сан-Франциско. Видимо, что-то в самой социальной среде было опасным для их здоровья.

Керран вернулся в Атланту, где Рабочая группа по саркоме Капоши и оппортунистическим инфекциям уже вела эпидрасследование с привычной энергией и настойчивостью, оправдывая закрепившуюся за Центром по контролю заболеваемости репутацию лучшего в мире медицинского детектива. Эта новая эпидемия, сопровождающаяся множественными необычными инфекциями, таинственным иммунодефицитом, беспрецедентными социологическими проблемами, не подходила ни под одну из известных классификаций.

1981 год, Торонто

Если перед Гаэтаном Дугласом вставало какое-либо препятствие, он принимал решение, как быстрее всего преодолеть его, а затем уверенно брался за работу. Когда он решил бросить парикмахерское дело и стать стюардом авиалиний, одним из условий компании «Эйр Канада» было знание английского языка. Гаэтан, никогда раньше не выезжавший за пределы патриархального франкоговорящего Квебека, перебрался в Ванкувер, не зная ни слова по-английски. Погрузившись в атмосферу нового для него языка, Гаэтан быстро научился говорить так, что его взяли на работу.

Когда Гаэтан прочитал первую публикацию о саркоме Капоши, он начал выяснять, какие из лучших американских клиник занимаются ее лечением, и вышел на Нью-Йоркский университет. «Ничего, я справлюсь с этим», – говорил он друзьям. Канадские врачи ничем не смогли ему помочь. Через несколько дней он уже был записан на консультацию в клинике Нью-Йоркского университета.

Поселившись в гостинице для пациентов клиники, Гаэтан отправился посетить старого друга, который, как ему сообщили, лежит в больнице Сен-Винсент. Гаэтан был в прекрасном настроении. Он совершенно был не готов увидеть Джека – когда-то сильного и красивого – таким худым и изможденным.

«Может быть, на следующей неделе я встану на ноги ...» – со вздохом произнес Джек.

Но для Гаэтана было очевидно, что на следующей неделе Джек не встанет и, по всей вероятности, никогда уже не встанет.

Всю обратную дорогу Гаэтан молчал, пребывая в каком-то оцепенении. Впервые он понял, насколько все на самом деле серьезно.

Пройдя курс химиотерапии, Гаэтан вернулся в Монреаль. Он взял отпуск и решил, воспользовавшись полагающейся ему как стюарду скидкой на авиабилеты, посетить свои излюбленные места вдоль калифорнийского побережья. Каждый месяц он приезжал в Нью-Йорк на очередной курс лечения. Когда у него стали выпадать волосы, он побрил голову, чтобы никто ничего

не заметил. Он и с бритой головой выглядел весьма привлекательно. Курсируя между Сан-Франциско, Лос-Анджелесом, Ванкувером, Торонто и Нью-Йорком, он сделал важное открытие: если бывать только в гей-саунах, где освещение всегда приглушенное, никто не обратит внимания на странные лилово-красные пятна. И он по-прежнему будет самым красивым.

Март 1982 года, Нью-Йоркский университет Медицинский центр

Гаэтан Дуглас был очень доволен собой, рассказывая Биллу Дэрроу о своих сексуальных подвигах. Дэрроу вышел на Дугласа через Элвина Фридман-Кина. После небольшой паузы Дуглас задал несколько наивный вопрос:

– Почему вас интересуют все эти люди?

– У некоторых из них обнаружен иммунодефицит, у других – нет. Мы хотим выяснить, почему одни заболевают, а другие – нет.

У Гаэтана помрачнело лицо. Новая ужасная мысль внезапно овладела его сознанием.

– Вы хотите сказать, что я распространяю эту заразу?

– Да, – просто ответил Дэрроу, искренне изумленный, что Гаэтану это раньше не приходило в голову. – Возможно, вы заражаете других. Возможно, вы сами заразились от кого-то.

Как выяснилось из дальнейших действий Гаэтана Дугласа, лучше бы Билл Дэрроу не говорил эту последнюю фразу.

1 апреля 1982 года, Калифорнийский университет, Сан-Франциско

Молодой человек с очаровательным французским акцентом казался воплощением легкости и беззаботности. Маркус Конант был потрясен, узнав, что два года назад этому стюарду авиалиний был поставлен диагноз саркома Капоши. Как прекрасно он тем не менее выглядел, словно живое воплощение чувственности.

Гаэтан Дуглас и сам гордился тем, что его рак не прогрессирует. «Я все-таки справлюсь с этой штукой», – твердил он себе. От Конанта он хотел лишь, чтобы тот его осмотрел и убедился, что ситуация под контролем.

После осмотра, когда Гаэтан застегивал свою модную рубашку, Конант как бы между прочим заметил, что Гаэтан должен прекратить заниматься сексом.

– Видимо, это какой-то вирус, – пояснил Конант.

Гаэтан посмотрел с обидой, а в его голосе прозвучала плохо скрываемая озлобленность.

– Конечно же, я буду заниматься сексом. Никто мне еще не доказал, что рак заразен.

Конант попытался что-то возразить, но Гаэтан резко прервал его:

– Если и так, значит, кто-то меня этим наградил. Я не намерен отказываться от секса.

2 апреля 1982 года, Атланта

Эпидемии исполнилось уже десять месяцев, а имя для нее все еще не было найдено. Одним из предложенных вариантов был ГРИД (GRID) – сокращение, которое можно приблизительно перевести, как иммунодефицит, связанный с гомосексуальностью. Специалисты Центра по контролю заболеваемости терпеть не могли это название и предпочитали формулировку «эпидемия иммунодефицита».

Как бы эта эпидемия не называлась, ко 2 апреля 1982 года она поразила уже 300 американцев и убила 119. За последние две недели были зарегистрированы случаи заболевания еще в двух штатах США. Таким образом, эпидемия охватила 19 штатов и семь стран. Из 300 американских случаев 242 были среди мужчин-геев или бисексуалов, 30 – среди мужчин-гетеросексуалов, 10 – у гетеросексуальных женщин, 18 – у мужчин неизвестной сексуальной ориентации. Поскольку заражение через потребление наркотиков еще не было доказано, осторожная статистика Центра по контролю заболеваемости не выделяла потребителей наркотиков в самостоятельную группу.

Почти каждый день американцы умирали от заболевания, которое пока никак не называлось.

Ноябрь 1982 года, Сан-Франциско

Гаэтан Дуглас внимательно оглядел себя в мутном от пара зеркале одной из самых популярных в Сан-Франциско гей-саун. Он подумал, что всю жизнь искал кого-то. В детстве он искал свою мать – не ту женщину, которая привезла его в Квебек, а настоящую мать. Он мечтал встретить ее с тех самых пор, как узнал, что его родители приемные и рабочее предместье Квебека на самом деле не его родина. Он всегда чувствовал, что должен был родиться в другой, лучшей жизни, далеко-далеко от этих мрачных кварталов, от уличных хулиганов, которые дразнили его педиком и валяли в снегу морозными канадскими зимами.

Он любил свою приемную семью, особенно старшую сестру, но у всех у них были простые, грубые лица, а он всегда был светловолосым сказочным принцем с тонкими чертами лица. «Да, – думал он в детстве, – наверное, я принц, которого украли и увезли». Когда много лет спустя он наконец встретил свою родную мать, они при первой же встрече жестоко поссорились. Она не желала говорить ему, кто его отец, и совсем не была похожа на принцессу. После этого Гаэтан внезапно прекратил поиски своей родни, перестал даже говорить об этом.

Сейчас, глядя на себя в зеркало, не замечая обращенных в его сторону улыбок и заинтересованных взглядов, он снова готов был отправиться на поиски. Кто сделал с ним это? Ведь был же кто-то, кто его заразил и обрек на смерть. Гаэтан

непрестанно пытался угадать, кто бы это мог быть, точно так же, как в детстве он пытался угадать, как выглядят его настоящие родители.

Он отступил назад и снова оглядел себя в зеркале. Да, ему тридцать лет – он и не надеялся прожить так долго. Его дом теперь в Сан-Франциско, городе его мечты. Он пережил все прогнозы врачей и чувствует себя весьма неплохо, хотя уже два с половиной года прошло с того дня, когда ему сказали, что темно-красное пятнышко около его уха называется саркомой Капоши. Правда, он стал больше уставать, иногда ему было тяжело дышать. Но в конце концов он победит эту болезнь, и уж во всяком случае, она не помешает ему провести прекрасный вечер в сауне.

Конечно, если бы его видели здесь эти болваны из Центра по контролю заболеваемости, они бы ужасно разозлились. Но пусть они катятся подальше. Они замучили его бывших любовников назойливыми телефонными звонками и неуместными вопросами. И пусть они не говорят, что он якобы может кого-то заразить. Пусть сначала докажут это: рак ведь не заразен.

12 мая 1982 года, Сан-Франциско,
Отдел борьбы с инфекционными заболеваниями

Среди кружков и стрелочек на географической карте д-р Сельма Дриц отслеживала связи между 44 случаями заболевания, которое пока условно называли GRID (иммунодефицит гомосексуалов). Эти случаи были сосредоточены в Нью-Йорке, Сан-Франциско, Лос-Анджелесе и Канаде. В одном лишь Сан-Франциско она, работая, как заправский детектив, разыскала шесть геевских пар, страдающих этой болезнью. Мысли Сельмы, когда она смотрела на карту, вертелись вокруг гей-саун. Никогда ей не нравились эти заведения. Не то чтобы она не одобряла их с нравственной точки зрения: на самом деле, Сельме было глубоко безразлично, как другие люди устраивают свою жизнь. Но как профессионал Сельма знала, что в саунах всякая инфекция процветает и размножается не хуже, чем в лабораторных чашках с питательным раствором.

«По всем правилам, с точки зрения эпидемиологии, эти заведения следовало бы закрыть, – не раз говорила д-р Дриц репортерам и гей-лидерам. – Конечно, некоторые люди сразу скажут, что мы нарушаем права человека», – добавляла она таким голосом, который не оставлял сомнений в том, что в данном случае права человека Сельму волнуют в последнюю очередь.

Такие высказывания слушатели обычно пропускали мимо ушей. Подумать только, эти процветающие, приносящие огромные доходы заведения будут закрыты всего лишь из-за нескольких десятков случаев какой-то таинственной болезни – нет, такого не может быть.

Сельма не спорила и не настаивала: это было ниже ее профессионального достоинства. Вместо этого она старалась убедить медицинское сообщество в трагической серьезности происходящего. Когда Сельма глядела на свою исчерченную пометками карту, на графики заболеваемости и смертности, будущее виделось ей так явственно, словно перед ней был магический кристалл. В том, как логично и неотвратимо рос и ширился поток все новых и новых случаев болезни, можно было усмотреть жуткую, леденящую душу красоту. Например, Сельма вычертила график первых двух лет заболеваемости GRID в Нью-Йорке – с 1980 по 1982 годы – и сравнила с заболеваемостью в Сан-Франциско. Две нарисованные ею кривые почти идеально совпадали, только Сан-Франциско отставал от Нью-Йорка ровно на год. Совпадали и цифры, а значит, если в Нью-Йорке сейчас 150 с чем-то случаев, то в Сан-Франциско через год будет 150 с чем-то случаев, а потом еще сотни и тысячи.

По ночам Сельма часто лежала без сна в спальне своего комфортабельного дома, выходящего окнами на песчаные дюны тихоокеанского побережья, и пыталась предугадать, к чему это все приведет. На столике рядом с ее кроватью всегда стоял маленький магнитофон на случай, если среди ночи ее внезапно настигнет озарение, и она найдет способ предотвратить эти тысячи смертей.

В конце мая американские исследователи Марк Конант и Пол Волбердинг сделали доклад о саркоме Капоши на Международной конференции по дерматологии в Токио. Японцы были неизменно вежливы и заинтригованы новым феноменом.

«Как ужасно, что у вас в Сан-Франциско появилась такая проблема, – сказал один из ведущих японских ученых, – это потому, что у вас есть гомосексуалы». Он немного помедлил и добавил доверительно: «У нас-то, конечно, гомосексуалов нет».

14 июня 1982 года,
Сан-Франциско, Кастро Стрит

Клив Джонс подошел к двери здания на Кастро Стрит, которое он арендовал, чтобы открыть там офис Фонда информации и исследований по саркоме Капоши. Деньги на аренду пожертвовали Марк Конант и еще несколько знакомых врачей. Это была одна из первых в мире организаций, занимающихся исключительно проблемами эпидемии иммунодефицита. Имущество офиса состояло из подержанной пишущей машинки, которую подарил владелец местного гей-бара, канцпринадлежностей, украденных добровольцами Фонда в конторах своих работодателей, и единственного телефона, который начал звонить через час после установки – и уже не замолкал.

Многолетний опыт участия в различных акциях гей-движения обогатил Клива Джонса огромным количеством друзей, знакомых и по-

тенциальных любовников, так что в добровольцах у него недостатка не было. Было ясно: вокруг свирепствует смертельный враг. Но у этого врага нет даже имени.

18 июня 1982 года,
Британская Колумбия

Гаэтан признался нескольким близким друзьям, что он как раз и есть тот самый «контакт из Ориндж-Каунти», который, как показало эпидрасследование, связал между собой случаи заболевания в Нью-Йорке, Лос-Анджелесе и Ориндж-Каунти. Хотя 30-летний стюард уволился из «Эйр-Канада», он все еще имел льготы, позволявшие ему летать по всему миру почти бесплатно. Он любил путешествовать, но решил теперь постоянно поселиться в Сан-Франциско. Во-первых, в GRID-клинике Сан-Франциско действовала программа лечения интерфероном, во-вторых, он всегда мечтал жить в этом городе.

Вскоре по Кастро Стрит поползли слухи о странном белокуром парне с французским акцентом, завсегдатае сауны на углу 8-й и Ховард Стрит. Говорили, что каждый раз он находит себе партнера, занимается с ним сексом, а потом включает свет в кабинке и показывает свою саркому Капоши. «У меня, – говорит он при этом, – рак голубых. Я умру – и ты тоже».

6 июля 1982 года,
Сан-Франциско, Кастро стрит

Клив Джонс целый день раздавал на Кастро стрит приглашения на первое публичное собрание в Фонде информации и исследований о саркоме Капоши, которое должно было состояться завтра. Ближе к вечеру он зашел в гости к своему бывшему любовнику, юристу Феликсу Велард-Муньосу. Клив без умолку говорил о своей новой организации, о GRID, об удивительном безразличии гей-лидеров, о том, что ему отказались дать список врачей, к которым он мог бы направлять тех, кто обращается на телефон доверия. Люди умирают, а врачи-геи все никак не соберутся написать руководство по предохранению от этой болезни. Клив только что не на коленях умоляет геев-юристов войти в Совет директоров Фонда, чтобы придать организации респектабельность. Но никого это не интересует – у них свои политические амбиции, и он, Клив, для них пока лишь сомнительный одиночка.

Клив налил себе второй стакан водки с тоником, затянулся «Мальборо», и тут только заметил, что его друг все время молчит. Клив мысленно отругал себя за болтливость и спросил, как идут дела у Феликса, адвоката по правам человека, который как раз в это время отстаивал чье-то дело в суде штата Калифорния. Но симпатичный латиноамериканец не хотел говорить о делах; он пожаловался, что в последнее время сильно устает, приходит с работы – и сразу спать. Это показалось Кливу странным. В свое время они с Феликсом очень романтично провели лето 1980-го, часами танцуя на дискотеках под палящим послеполуденным солнцем. Никогда у Феликса не было недостатка в энергии.

Но тут воспоминания прервались, и Клив опять унесся мыслями к своим планам на завтрашнее собрание. Внезапно Феликс извинился и выскочил во двор. Его вырвало. Вскоре Клив встал, попрощался и направился в ближайший бар.

Феликс никому не рассказывал о самой главной своей проблеме, не только бывшим любовникам, как Клив Джонс, но и просто друзьям. Незадолго до этого с ним произошло то же, что и с сотнями других: врач усадил его перед собой и сказал, что есть серьезный разговор. Непроходящий налет во рту, постоянная усталость и ночное потение могут быть симптомами новой болезни – GRID. Феликс спрятал эту новость где-то далеко в глубине своего сознания, куда не было доступа никому. Там она и оставалась, никогда не всплывая в разговорах с людьми, но преследуя его по ночам как кошмар, которому суждено сбыться.

27 июля 1982 года, Вашингтон

В этот день в столице собрались ведущие деятели индустрии крови и кровепродуктов, представители больных гемофилией, геевские лидеры, а также официальные лица из национальных институтов здравоохранения, центров по контролю заболеваемости и Администрации по пищевым продуктам и лекарствам. Собрание было посвящено проблеме безопасности донорской крови. Стало известно, что в нескольких случаях больные GRID не были геями и не принимали наркотики, и единственным предполагаемым фактором риска могло быть переливание крови. Представительный форум не предложил никакого выхода, кроме одного: посидим и подождем, что будет дальше. Когда ситуация прояснится, тогда и будем решать. Не может же, в самом деле, правительство формировать политику донорства для всей 220-миллионной американской нации на основании того, что чем-то заболели три гемофилика.

Но один знаменательный результат у этого собрания все же был. Дело в том, что прошло уже больше года с тех пор, как Майкл Готлиб и Элвин Кин сообщили о необычных случаях пневмонии и рака кожи, а у эпидемии еще не было общепринятого названия. Разные ученые пользовались различными сокращениями, и этот алфавитный винегрет еще больше запутывал и без того мистическую историю неизвестно откуда взявшейся новой болезни. Сотрудники Центров по контролю заболеваемости наотрез отказывались пользоваться сокращением GRID. «Случаи заболевания гемофиликов, – утверждали многие

участники, – указывают на то, что пора прекратить связывать болезнь с гомосексуальностью – нужно придумать более нейтральное название».

Наконец кто-то предложил название, которое немедленно прижилось: синдром приобретенного иммунодефицита. Оно сокращалось до звучной аббревиатуры AIDS – СПИД, было совершенно нейтральным и подчеркивало отличие нового заболевания от иммунодефицита врожденного или вызванного химическими веществами.

Хотя к середине 1982 года было ясно, что эпидемия развивается быстрее, чем предполагалось, официальная американская наука показала себя не с лучшей стороны. Горстка ученых, которые, вопреки советам старших, взялись за изучение этой эпидемии, лишь недавно получившей официальное название, вынуждены были бороться не только с непостижимыми загадками болезни, но и с полным безразличием научных кругов, правительства, средств массовой информации, большинства гей-лидеров и системы государственного здравоохранения.

Ноябрь 1982 года, Сан-Франциско

Гаэтан прошел вдоль длинного ряда кабинок. В некоторых двери были открыты. Внутри каждой кабинки лежал мужчина, рядом – банка пива и неизменный пузырек попперса. Гаэтан изучил имеющийся материал и сделал свой выбор. Он заглянул внутрь одной кабинки, молча ожидая. Мужчина кивнул, показывая тем самым, что Гаэтан может войти. Безмолвный ритуал завершился, и Гаэтан закрыл изнутри дверь кабинки.

Стоны и вздохи умолкли, молодой человек перевернулся на спину и потянулся за сигаретой. Гаэтан медленно повернул выключатель, чтобы глаза партнера успели привыкнуть к свету, а затем стал демонстративно рассматривать темно-красные язвочки у себя на груди. «Рак голубых, – произнес он вслух, словно говоря сам с собой. – Может быть, и ты им заразишься».

Глаза Гаэтана сверкали негодованием, когда д-р Сельма Дриц сказала ему, что он должен прекратить посещать гей-сауны. На телефон доверия Фонда информации по саркоме Капоши поступали звонки с сообщениями, что какой-то молодой человек, говорящий с французским акцентом, занимается сексом в различных гей-саунах и других местах, а затем спокойно заявляет своим секс-партнерам, что у него «рак голубых». За свои сорок лет работы в общественном здравоохранении Сельма ни разу не слышала о подобном возмутительном поведении.

– Это вас не касается, – сказал Гаэтан. – Это мое тело, и я имею право делать с ним все, что хочу.

– Вы не имеете права заражать других людей, – ответила Дриц, стараясь не терять профессионального спокойствия, – потому что в таких случаях вы самовольно распоряжаетесь не своим, а чужим телом.

– Это их обязанность – заботиться о своей безопасности. Они знают, что творится вокруг. Об этой болезни уже все слышали.

Дриц пыталась спорить, но это было бессмысленно.

– Я же этим заболел, – злобно сказал Гаэтан, – и они могут заболеть.

Гаэтан Дуглас был не единственный больной СПИДом среди завсегдатаев гей-саун. Бобби Кэмпбелл, избравший для себя роль «фотомодели с саркомой Капоши» и гордившийся этим как своей жизненной миссией, часто посещал гей-сауны, но утверждал, что сексом там не занимается. Несколько врачей сообщили Дриц, что их пациенты-геи, больные СПИДом, также ходят в сауны. Такую ситуацию больше нельзя терпеть, думала Дриц, надо что-то делать – она даже знала, что именно следовало бы предпринять. Вопрос только в том, примет ли суд к рассмотрению такого рода дела. Этих людей, особенно Гаэтана, надо посадить – в этом Дриц была убеждена. И она стала встречаться с юристами, чтобы попытаться найти закон, по которому можно было бы возбудить дело.

9 декабря 1982 года,
Сан-Франциско, здание мэрии

По длинному, с дубовой облицовкой коридору, ведущему в кабинет мэра, Дианы Фейнстейн, поспешно шли репортеры. Мэр созвала пресс-конференцию по поводу того, что Попечительский совет Сан-Франциско принял закон, который не прошел бы ни в каком другом муниципальном совете страны. Речь шла о так называемом Постановлении о домашнем партнерстве, иначе именуемом «законом о любовниках». Этот закон придавал определенный юридический статус сожительству без заключения брака – главным образом речь шла, разумеется, о гомосексуальных отношениях. По этому постановлению, например, домашние партнеры муниципальных служащих приравнивались к законным супругам таких работников и могли пользоваться теми же льготами. Домашние партнеры, согласно новому закону, могли зарегистрировать свой союз в муниципальных органах. Авторы постановления учли дух времени и включили в закон равное с супругами право на посещение в больнице, а также право на отпуск в случае смерти партнера. Мэр решила наложить вето на это постановление.

«Предлагаемый закон вызывает у меня глубокую личную озабоченность, – сказала она журналистам. – Я готова подписать закон, учитывающий запросы не состоящих в браке людей, но такой закон не должен вносить раскол в наше общество».

Под «расколом в обществе» мэр подразумевала ту бурю, которая разразилась вокруг законопроекта в последние дни. Всего лишь за день до пресс-конференции католический архиепископ Джон Квинн необычайно резко атаковал го-

родских политиков, публично призывая г-жу Фейнстейн наложить вето на закон и говоря, что «низведение священных уз брака и семьи до уровня «домашнего партнерства» оскорбительно для каждого здравомыслящего человека и пагубно для нашего правового, культурного, нравственного и общественного наследия». Законопроект, утверждал Квинн, «ниспровергает фундаментальные нравственные ценности и общественные институты».

Практически все остальные религиозные лидеры единым фронтом выступили против постановления. Епископ протестантской церкви отметил, что «никогда ранее брак как институт не подвергался такому тяжелому давлению». Совет раввинов северной Калифорнии также потребовал вето, заявив, что «не одобряет любое законодательство, делающее попытки приравнять пару взрослых лиц, не связанных браком, будь то гетеросексуалы или геи, к признанному обществом брачному союзу между мужчиной и женщиной». Говоря от имени афро-американских церквей, преподобный Амос Браун, самый политически влиятельный чернокожий проповедник, придал вопросу расовую окраску, утверждая, что «мы, чернокожее население, как никто другой, родом из большой семьи. Только благодаря ей нам удалось чего-то достичь».

В своем заявлении, сопровождающем вето, г-жа Фейнстейн указывала на непродуманность и неконкретность постановления, однако все знали, что на самом деле камнем преткновения было то, что гомосексуальным отношениям фактически придавался тот же юридический статус, что и гетеросексуальным. Авторы постановления стремились закрепить в законе основной принцип гей-движения: гомосексуальность как стиль жизни имеет те же права, что и гетеросексуальность. Вето мэра, разумеется, было новым подтверждением того факта, что в глазах церкви и государства геи еще не достигли такого равенства – более того, сама идея такого признания гомосексуальных отношений отвергается обществом. Союз между геями должен оставаться постыдной тайной – и ничем другим.

Так, в декабре 1982 года, когда геев как никогда раньше следовало бы поощрять к образованию постоянных пар, им, напротив, заявили, что их партнерства не имеют никакой ценности. И заявили это именно те организации, которые впоследствии в замешательстве чесали в затылках и задавали себе вопрос: ну почему же геи не образумятся и не найдут себе постоянных партнеров? Ведь совершенно очевидно, что на карту поставлена жизнь.

Гаэтан загляделся на витрину магазина мужской одежды на Кастро стрит, когда какой-то незнакомец схватил его за руку повыше локтя и не отпускал, как ни пытался Гаэтан вырваться.

«Я знаю, кто ты такой и чем занимаешься. – сказал он Гаэтану. – Уезжай из города, если не хочешь неприятностей».

Добровольцы, работающие на телефоне доверия Фонда информации о саркоме Капоши и давно уже осведомленные о приключениях Гаэтана в саунах, теперь стали получать сообщения о том, что появилась группа геев, которая твердо намерена убрать «контакта из Ориндж-Каунти» из Сан-Франциско навсегда.

Гаэтану наконец удалось освободиться. Он пробормотал что-то и быстро зашагал вниз по Кастро. «Люди совсем спятили из-за этого СПИДа», – сказал он сам себе.

Вскоре он сообщил своим канадским друзьям, что подумывает о возвращении в Ванкувер.

12 декабря 1982 года

Многие врачи в Сан-Франциско помнят конец 1982 года как некую невидимую демаркационную линию. Хотя никаких официальных исследований не проводилось, из своих наблюдений за пациентами-геями врачи заключили, что те из пациентов, которые к концу 1982 прекратили подвергаться опасности заражения, как правило, не заражались и позднее. Тем не менее, проведенные позднее исследования показали, что к концу 1982 года вирусом СПИДа было заражено не менее 20% геев в Сан-Франциско – а это значит, что практически невозможно было не заразиться, вступив в несколько гомосексуальных половых контактов. Эти заражения еще приведут к обвальному росту заболеваемости и смертности в 1986–1987 годах.

В Нью-Йорке, куда вирус, по всей видимости, попал раньше и был более распространен, геевское сообщество в последние недели 1982 года было охвачено дебатами на тему беспорядочных половых связей и СПИДа. Два человека со СПИДом, рок-музыкант Майкл Каллен и в прошлом занимавшийся проституцией Ричард Берковиц выступили в журнале «New York Native» со статьей, озаглавленной «Мы знаем, кто мы такие».

Эта статья камня на камне не оставляла от модных рассуждений, что будто бы недопустимо связывать эпидемию «рака голубых» с повышенной сексуальной активностью, поскольку это подрывает репутацию геев и подстрекает общество к гомофобии. Гей-лидеры, инструктируя Каллена перед интервью для журналистов, советовали ему на вопрос, как он заразился, отвечать: «не знаю». На самом-то деле у Каллена не было никаких сомнений относительно своего заражения. Он не пропустил ни одного секс-клуба и ни одной гей-сауны на всей обширной американской территории от побережья Атлантики до Тихого океана. За время своих приключений он успел подхватить немыслимое количество венерических болезней и паразитарных инфекций; глядя на его медицинскую карту, можно было подумать, что она принадлежит какому-нибудь пожилому бродяге из Экваториальной Африки.

Политически правильная позиция, которую проповедовали некоторые активисты, состояла

в том, что нельзя «обвинять жертву», то есть упрекать геев в беспорядочной половой жизни. Но Майкл Каллен усматривал здесь тонкую грань: одно дело – обвинять жертву, а другое – осознавать свою ответственность за происходящее. Он был убежден: если геи хотят выжить, пора начать честный разговор об этой болезни. В своей статье в «New York Native» он и Берковиц утверждали, что недостаточно, как советовали в то время многие представители официальной медицины, лишь «слегка изменить свое сексуальное поведение». Необходимы более решительные меры: вплоть до закрытия гей-саун. «Если ходить в гей-сауну – это все равно, что играть в русскую рулетку, то единственно правильный совет: выбросить оружие, а не просто постараться реже играть в эту смертельную игру».

В отдел писем «New York Native» моментально посыпались гневные отклики на статью Каллена и Берковица. Писатель Чарльз Джуррист ответил собственной статьей, опубликованной в том же «New York Native», «В защиту промискуитета». Там он обыгрывал популярную фразу о том, что у гея больше шансов погибнуть в автокатастрофе, чем умереть от СПИДа. «То, что СПИД вызван какой-то инфекцией, это всего лишь гипотеза, теория, не подтвержденная научными данными, – писал он. – Поэтому преждевременно призывать к запрету на сексуальную свободу во имя физического здоровья».

Дебаты на сексуальную тему не обошли стороной и Совет директоров Нью-Йоркской организации Gay Men's Health Crisis – GMHC. Многие члены Совета были возмущены позицией Каллена и Берковица, которую они считали лицемерной. Хотя сама организация одной из первых начала антиСПИДовское просвещение, а члены Совета даже несколько изменили собственное сексуальное поведение, вопрос о закрытии гей-саун они считали вопросом прав человека. Начнут с саун, а что потом?

Однако основатель GMHC, известный писатель-сценарист Лэрри Крамер, все более настойчиво призывал организацию без обиняков раскрывать геям факты о СПИДе и объяснять, что если они хотят выжить, им нужно попросту прекратить заниматься сексом. Крамер все более склонялся к тому, что сауны действительно надо закрыть.

Часто заседания Совета директоров GMHC превращались в горячие баталии, причем на одной стороне был Лэрри Крамер, а на другой – все остальные. Помимо прочего, членов совета втайне беспокоило, не использует ли Крамер эти дискуссии как основу для своего нового сценария.

13 декабря 1982 года

Нью-Йоркский центр донорской крови, расследуя случай заболевания СПИДом немолодой замужней женщины из пригорода, вышел на донора, ранее употреблявшего наркотики. «Может быть, мне и не стоило тогда сдавать кровь, – сказал этот человек в ответ на вопросы врачей, – но на работе всех призывали стать донорами, и не хотелось, чтобы начальник знал, что он лечится у нарколога». Нет, он сам не замечал у себя никаких симптомов СПИДа, но у одного парня, с которым они вместе кололись, оказалось какое-то странное заболевание крови. Имя того парня удалось найти в картотеке зарегистрированных случаев СПИДа. Это было еще одно доказанное заражение при переливании крови. Вирусологи Центра по контролю заболеваемости стремились как можно скорее установить, нельзя ли с помощью какого-либо из существующих анализов крови определять, заражен ли донор СПИДом. Было уже ясно, что Центру по контролю заболеваемости не удастся повлиять на распространение СПИДа среди геев; что же касается индустрии донорской крови, находящейся целиком под контролем федерального правительства, здесь у них еще был шанс спасти тысячи жизней.

17 декабря 1982 года, Атланта

Уже вторую неделю подряд информационный выпуск MMWR – «Еженедельный отчет по заболеваемости и смертности» – содержал на своих скучноватых серых страницах настоящую бомбу под названием «Необъяснимые случаи иммунодефицита и оппортунистических инфекций у детей в штатах Нью-Йорк, Нью-Джерси, Калифорния». Несмотря на сухой язык, насыщенный медицинской терминологией, каждый случай напоминал сценарий фильма ужасов.

Например, чернокожий младенец, родившийся в декабре 1980 года, в первые девять месяцев своей жизни развивался очень медленно, а затем его рост полностью остановился. В возрасте 17 месяцев у ребенка была тяжелая молочница, различные стафилококковые инфекции и обызвествление головного мозга. Костный мозг ребенка постепенно и неотвратимо разъедала страшная грибковая инфекция *Mycobacterium avium*, обычно встречающаяся у птиц. Мать ребенка была наркоманкой; к моменту его рождения она казалась здоровой, но через год умерла от пневмоцистной пневмонии. Всего таких детей в отчете было 22; их родители либо употребляли наркотики, либо были родом с Гаити.

Конечно, читать такой отчет – сомнительное удовольствие, но его авторы надеялись достучаться до сознания медицинской общественности и показать, что новая инфекция проложила пути в самые разные уголки американской жизни и угрожает невероятной трагедией.

Средства массовой информации, хотя и отметили новый поворот в развитии эпидемии, большого внимания СПИДу не уделяли вплоть до конца 1982 года.

Перевод Ирины САВЕЛЬЕВОЙ

Окончание следует

24 марта – Всемирный день борьбы с туберкулезом

В этот день 125 лет назад (1882 г.) немецкий микробиолог Роберт Кох объявил о сделанном им открытии микробактерии (возбудителя) туберкулеза. Спустя почти 100 лет, в 1993 году, Всемирной организацией здравоохранения туберкулез был объявлен национальным бедствием, а 24 марта – Всемирным днем борьбы с этим страшным заболеванием. В этом году Всемирный день борьбы с туберкулезом проходит под лозунгом «Я борюсь с туберкулезом!» / «Я могу остановить ТБ».

Целью Всемирного дня является повышение осведомленности о глобальной эпидемии туберкулеза и усилиях по ликвидации этой болезни. В настоящее время одна треть мирового населения инфицирована ТБ. Партнерство «Остановить ТБ» – сеть организаций и стран, борющихся против туберкулеза, проводит этот День с целью привлечения внимания к масштабам этой болезни и способам ее профилактики и лечения.

Луиш Фигу – новый посол партнерства «Остановить туберкулез»

Партнерство «Остановить туберкулез» (Stop TB Partnership) недавно объявило о назначении Луиша Фигу своим послом. Фигу, звезда футбола, любимый во всем мире, уже начал использовать свою известность и популярность для повышения осведомленности о туберкулезе (ТБ) и необходимости борьбы с этим заболеванием, которое ежедневно уносит жизни 4400 людей.

«Туберкулез является одним из наиболее нечестных фолов в игре под названием жизнь, – говорит в связи с этим событием Фигу. – Я благодарен партнерству «Остановить туберкулез» за предоставленную мне возможность помочь защитить народы мира от этой страшной болезни».

Доклад ВОЗ

Особое внимание в новом докладе ВОЗ «Глобальная борьба против туберкулеза, 2008 г.», представленном в Женеве, обращается на то, что прогрессу борьбы с эпидемией туберкулеза препятствует его лекарственная устойчивость и сочетание с ВИЧ. По данным ВОЗ, в 2006 г. произошло 9,2 млн новых случаев заболевания ТБ, включая 700 тыс. случаев среди людей с ВИЧ и 500 тыс. случаев ТБ с множественной лекарственной устойчивостью. По оценкам, в 2006 г. от ТБ умерло 1,5 млн чел., а еще 200 тыс. чел. с ВИЧ умерло от ВИЧ-ассоциированного ТБ.

По прогнозам ВОЗ, несмотря на увеличение ресурсов, в частности из Глобального фонда и некоторых стран со средним уровнем дохода, почти во всех странах с наиболее тяжелым бременем болезни бюджеты для борьбы против ТБ в 2008 г. останутся на прежнем уровне. 90 стран, в которых происходит 91% всех случаев заболевания ТБ в мире, предоставили полную финансовую информацию для доклада. Для достижения целей Глобального плана «Остановить ТБ» на 2008 г. необходимо дополнительное финансирование этих 90 стран в размере примерно миллиарда долларов.

Общая информация

Туберкулез – это инфекционное заболевание, которое передается воздушно-капельным

путем, то есть от больного человека к здоровому при кашле, чихании, разговоре, сплевывании. Учеными доказано, что туберкулез не является наследственным заболеванием.

При заболевании туберкулезом наблюдаются следующие признаки: кашель более двух-трех недель, потеря веса тела, общая слабость, повышение температуры, потливость по ночам, бледность кожи, боли в груди, потеря аппетита, кровохарканье. Все указанные симптомы могут быть обусловлены и другими заболеваниями, но при наличии кашля в сочетании хотя бы с одним из вышеперечисленных признаков необходимо срочно обратиться к врачу и провести специальное обследование.

Чтобы не стать жертвой туберкулеза, следует соблюдать правила личной гигиены и вести здоровый образ жизни. Кроме того, хорошей защитой от этого заболевания является вакцинация БЦЖ. В соответствии с «Национальным календарем профилактических прививок» ее ставят в роддоме при отсутствии противопоказаний в первые 3–7 дней жизни ребенка. В 7 и 14 лет при отрицательной реакции Манту и отсутствии противопоказаний проводят ревакцинацию.

При этом необходимо помнить, что распространению туберкулеза высокими темпами способствуют ВИЧ-инфекция и ряд факторов, ослабляющих защитные силы организма: переутомление, стрессы, неполноценное питание, хронические заболевания (сахарный диабет, язвенная болезнь, хронические заболевания легких), курение, алкоголизм и употребление наркотиков.

Между тем, если больной соблюдает основные принципы лечения туберкулеза, то через 1–2 года после начала химиотерапии он выздоравливает. У больных же с ограниченными формами заболевания излечение может наступить раньше. При отсутствии лечения за пять лет умирают 50 % больных туберкулезом, у 25% болезнь заканчивается самопроизвольным выздоровлением, а у оставшейся части – нелеченный туберкулез принимает хроническое неуклонно прогрессирующее течение.

Стратегия DOTS

В 1993 г. ВОЗ официально рекомендовала стратегию DOTS как новую стратегию борьбы с туберкулезом, основными принципами которой являются политическая поддержка, диагностика через микроскопию, надежная поставка лекарств, контроль за лечением и регулярная оценка результатов. В настоящее время DOTS используется более чем в 180 странах мира.

DOTS-стратегия изначально разрабатывалась для слаборазвитых стран Африки и Азии, где недоступное здравоохранение и отсутствует противотуберкулезная служба. Аббревиатура DOTS означает:

D – Directli – непосредственное;
O – Observet – контролируемое (наблюдаемое);
T – Treatment – лечение;
S – Short course chemotherapie – короткими курсами химиотерапии.

DOTS-стратегия состоит из 5 обязательных элементов (принципов):

1) выявление больных туберкулезом методом микроскопии мокроты;
2) кратковременное 6–8-месячное амбулаторное лечение всех больных туберкулезом стандартными схемами;
3) централизованная закупка и снабжение общепрофильных лечебных учреждений микроскопами и затратными материалами для микроскопии мокроты и противотуберкулезными препаратами;
4) контроль за лечением и строгая отчетность;
5) политические обязательства правительства неуклонно финансировать DOTS-стратегию.

Если выпадает хоть один элемент или добавляется другой к этой стратегии, то это уже не DOTS, а скорее какая-то смешанная стратегия.

Еще немного статистики

• По данным ВОЗ ежегодно в мире регистрируется около 370 тыс. вновь выявленных больных туберкулезом, порядка 80% из них приходится на страны Восточной Европы и бывшие страны СССР. Каждые 4 секунды жители нашей планеты заражаются туберкулезом, а каждые 10 секунд в мире от этого заболевания умирает один человек. Ежегодно этот недуг уносит жизни 2 млн человек.

• По данным Минздравсоцразвития РФ, в России ежегодно регистрируется 119 тыс. заболевших туберкулезом, на 100 тыс. населения им болеют 83 человека. В Западной Европе этот показатель составляет 7–10 человек.

• В нашей стране эпицентром эпидемии ТБ в обществе и инкубатором лекарственной устойчивости является российская уголовно-исполнительная система. В сегодняшней реальной ситуации практически каждый заключенный входит в прямой контакт с больными активным туберкулезом. Почти все подверглись первичному заражению. Каждый десятый в тюрьме болен активным ТБ, а большая часть остальных является носителями латентной инфекции.

• Главное же средство в борьбе с туберкулезом – это профилактика. Взрослым необходимо не реже одного раза в год проходить флюорографическое обследование в поликлинике с целью выявления туберкулеза на ранних стадиях. Ведь своевременное обращение к врачу и правильное

лечение гарантирует излечение больных этим страшным заболеванием до 95%.

Белая ромашка

В России символом борьбы с туберкулезом с давних пор стала белая ромашка. Впервые благотворительная акция «Белая ромашка» была проведена еще в 1912 г. Тогда еще, конечно, не был установлен День борьбы с туберкулезом, акция было просто приурочена к годовщине открытия Коха. Тогда «Ромашка» недолго оказывала помощь больным – с 1917 г. акция не проводилась, но в наши дни она была возрождена.

Теперь во многих регионах нашей страны в марте-апреле на улицах можно увидеть людей, продающих белые ромашки – настоящие и искусственные, а в продажу поступают товары с символом акции.

Собранные в ходе акции деньги идут на закупку лекарств для больных туберкулезом.

www.itpcru.org/hotnews/2008/03/24

Туберкулез у ВИЧ-положительных

Туберкулез – серьезное заболевание, как правило, поражающие легкие, которое может угрожать жизни, если не начать своевременное и правильно подобранное лечение. В мире туберкулез одно из самых распространенных инфекционных заболеваний. Ежегодно туберкулез диагностируется у 2 млрд людей в мире, также каждый год 3 млн людей умирают от туберкулеза. В индустриальных странах туберкулез стал редкостью много лет назад, однако уровень его распространения до сих пор высок в определенных группах населения – в первую очередь среди заключенных и социальных групп, живущих в плохих условиях. Люди с ВИЧ, особенно со сниженным иммунным статусом, наиболее подвержены туберкулезу. В мире туберкулез является самой опасной оппортунистической инфекцией на стадии СПИДа.

Начало эпидемии СПИДа связано с ростом случаев туберкулеза в мире, поскольку ВИЧ и туберкулез активно взаимодействуют друг с другом. И та, и другая инфекция влияет на иммунную систему, изменяя развитие другого заболевания. Как результат, ВИЧ влияет на симптомы и развитие туберкулеза и у людей с ВИЧ, особенно при иммунном статусе ниже 200 клеток/мл, туберкулез часто переходит во внелегочную форму, то есть поражает не легкие, как в большинстве случаев, а другие системы организма, например лимфоузлы и позвоночник, что особенно опасно. Одновременное присутствие этих инфекций может осложнить лечение каждой из них.

Поскольку ВИЧ влияет на иммунную систему, ослабляя ее, людям с ВИЧ возбудитель туберкулеза передается в семь раз чаще. Также у людей с ВИЧ с латентным туберкулезом он гораздо чаще переходит в активную форму. В среднем для ВИЧ-положительных с латентным туберкулезом риск развития активной формы заболевания составляет 8–10% в год. Для ВИЧ-отрицательных людей с латентным туберкулезом этот риск составляет всего лишь 5% в течение жизни. Чем ниже иммунный статус у человека с ВИЧ, тем выше риск развития внелегочной формы туберкулеза.

Активный туберкулез также приводит к повышению вирусной нагрузки ВИЧ, что может привести к снижению иммунного статуса и прогрессированию заболевания. Даже после успешного лечения туберкулеза вирусная нагрузка может остаться повышенной.

Хотя антиретровирусная терапия против ВИЧ является главным средством профилактики туберкулеза среди людей с ВИЧ, даже при доступности лечения ВИЧ-инфекции более высокий риск развития туберкулеза все равно сохраняется. Тем не менее, антиретровирусная терапия помогает иммунной системе восстановиться и предотвращает туберкулез в большинстве случаев.

Как передается туберкулез. Туберкулез вызывается бактерией *Mycobacterium tuberculosis*, которая передается от человека к человеку воздушно-капельным путем. Бактерия находится в капельках легочной жидкости, выдыхаемой человеком с активным легочным туберкулезом, которые может вдохнуть находящийся поблизости человек. Туберкулез передается исключительно от людей с активным легочным туберкулезом, обычно когда этот человек чихает, кашляет или разговаривает. Если у человека латентный туберкулез, либо внелегочная форма туберкулеза, бактерия не может передаться от него другому человеку.

Попав в легкие, бактерия начинает размножаться. Однако у большинства людей (90–95%) иммунная система достаточно здорова и туберкулез остается латентным, то есть заболевание не развивается. У людей с ВИЧ иммунная система может потерять контроль над бактерией: в результате бактерия начнет распространяться по организму и разовьется активная форма туберкулеза. Заболевание может перейти в активную форму через несколько месяцев или через много лет. Другими словами, *M. tuberculosis* может многие годы находиться в организме человека, но она ста-

новится активной и вызывает туберкулез только при ослаблении работы иммунной системы.

Симптомы туберкулеза. Главным симптомом легочной формы активного туберкулеза является хронический кашель. Также к симптомам туберкулеза относятся:

- затрудненное дыхание;
- резкая потеря веса;
- повышенная температура и лихорадочное состояние;
- повышенная ночная потливость;
- сильная хроническая усталость;
- увеличение лимфоузлов.

Все эти симптомы являются «классическими» симптомами легочного туберкулеза. Тем не менее, у людей с ВИЧ они могут иметь различные причины, не имеющие к туберкулезу отношения. Однако при появлении этих симптомов необходимо обязательно обращаться к врачу для исключения туберкулеза.

Люди с очень низким иммунным статусом могут страдать от «атипичного» или «внелегочного» туберкулеза, который развивается, когда бактерия распространяется из легких в другие органы. Туберкулез может поражать лимфоузлы; костную ткань, в том числе позвоночник; ткани, окружающие сердце (перикард); мембраны, окружающие легкие; органы пищеварительной системы; почки и мочеиспускательный канал. Иногда туберкулез вызывает воспаление головного или спинного мозга – менингит. К симптомам менингита относятся: раздражительность, бессонница, сильные и усиливающиеся головные боли, спутанность сознания, потеря сознания и судороги.

При атипичном туберкулезе симптомы зависят от того, какие именно органы или ткани поражает бактерия, однако такие симптомы как лихорадочное состояние, сильная хроническая усталость и резкая потеря веса являются «универсальными» для всех форм туберкулеза.

Диагностика туберкулеза. Для диагностики латентного туберкулеза, т.е. для определения наличия *M. tuberculosis* чаще всего используется туберкулиновая проба (обычно реакция Манту). Во время этого теста под кожу вводится белок туберкулеза. Через три дня на коже должно появиться покраснение, как реакция иммунной системы на белок. Иммунный ответ на тест показывает наличие бывшей или нынешней инфекции или вакцинации. Крупный размер кожной реакции с большой вероятностью указывает на инфицирование бактерией. К сожалению, отсутствие реакции не доказывает отсутствие возбудителя. При ВИЧ иммунная система может быть подавлена, и кожный тест может быть отрицательным даже при наличии бактерии в организме. Также вакцинация против туберкулеза делает диагностику по кожному тесту затруднительной.

Недавно были разработаны более аккуратные тесты на активную или латентную инфекцию – ELISPOT, определяющие лимфоциты, которые реагируют на фрагменты двух уникальных белков бактерии. Этот тест более надежен и позволяет получить результаты уже на следующий день. Также существуют другие методы для определения активности бактерии.

Золотым стандартом для диагностики активного туберкулеза является возможность вырастить культуру бактерии *M. tuberculosis* в образце мокроты пациента. Однако этот процесс может занять недели и даже месяцы. Лечение активного туберкулеза нельзя откладывать на такой срок. Диагноз и назначение лечения обычно производятся по комбинации различных факторов, включая симптомы, результаты рентгеновского снимка легких, исследование мокроты под микроскопом.

Нужно принимать во внимание, что у людей с ВИЧ рентгеновский снимок при туберкулезе может выглядеть нормально или аналогично снимку при других легочных заболеваниях. При классическом легочном туберкулезе мокрота часто содержит бактерию, которая может быть видима под микроскопом. Диагноз «легочный туберкулез» может быть поставлен при повторном положительном результате исследования мокроты. Однако этот метод не так надежен для людей с ВИЧ.

Еще одна проблема в том, что образец мокроты труднее получить у людей с ВИЧ, так как у них может не быть хронического кашля с мокротой. Иногда это требует взятия для исследования образца ткани легких или лимфатических узлов. Иногда при сложностях с диагностикой врач назначает антибиотики против туберкулеза, чтобы увидеть, приведут ли они к исчезновению симптомов.

Труднее всего диагностировать внелегочный туберкулез. Часто это требует сложных процедур по получению образцов ткани органа, который предположительно затронут туберкулезом.

Лечение латентного туберкулеза. Часто при отсутствии активного туберкулеза врачи рекомендуют противотуберкулезные препараты для того, чтобы избавиться от латентной инфекции. Иногда людям с ВИЧ, у которых был риск передачи *M. tuberculosis* на рабочем месте или дома, также рекомендуют профилактический курс лечения. Показания для профилактического лечения могут быть у заключенных, шахтеров, медицинских работников и людей, которые проживали вместе с людьми с активной формой туберкулеза.

Различные режимы лечения могут уменьшить риск развития активного туберкулеза у людей с ВИЧ. Они включают:

- Шестимесячный курс изониазида, по 5 мг/кг каждый день или по 14 мг/кг дважды в неделю. Витамин В6 часто назначается вместе с изониазидом для профилактики побочных эффектов и периферической нейропатии. Некоторые специалисты рекомендуют девятимесячный, а не шестимесячный курс лечения.

• Курс приема препарата рифампицин в течение трех или четырех месяцев вместе или без изониазида.

• Двухмесячный курс пиразинамида и рифампицина. Однако этот курс рискован с точки зрения токсического воздействия на печень. Тем не менее, есть данные, что этот риск невелик для ВИЧ-положительных пациентов.

Лечение изониазидом наиболее распространено, особенно для пациентов, принимающих антиретровирусную терапию, поскольку рифампицин взаимодействует с некоторыми препаратами. Тем не менее, рифампицин является более эффективным препаратом против туберкулеза, и его часто «берегут» для лечения активного туберкулеза, чтобы не допустить развития резистентности бактерии к этому препарату. Хотя профилактический курс может избавить организм от латентной инфекции, он не может защитить от нового инфицирования.

Прием препаратов против туберкулеза также требует очень точного соблюдения схемы приема препаратов, иначе возбудитель может стать резистентным, устойчивым к лечению. Поэтому профилактическое лечение рекомендуется только тем пациентам, на которых можно положиться в плане соблюдения схемы приема лекарств.

Лечение активного туберкулеза. Обычно лечение туберкулеза первой линии одинаково для ВИЧ-положительных и ВИЧ-отрицательных людей. Тем не менее, есть и отличия, характерные для людей с ВИЧ.

Существуют две фазы лечения туберкулеза. Интенсивная первая фазы должна избавить организм от инфекции, затем начинается продолжительная вторая фаза, которая должна гарантировать исчезновение инфекции. Людям, ранее не лечившимся от туберкулеза, обычно рекомендуется двухмесячный курс изониазида по 4–6 мг/кг в день, рифампицина по 8–12 мг/кг в день, пиразинамида по 20–30 мг/кг в день и этамбутола по 15–20 мг/кг в день.

Для того чтобы гарантировать правильный прием всех этих препаратов, их прием часто осуществляется под наблюдением медицинского работника. Это называется «терапия под прямым наблюдением». Это особенно важно в случае, когда люди начинают чувствовать себя лучше и у них исчезают симптомы туберкулеза, и они могут начать не так внимательно относиться к лечению. Жизненно важно правильно завершить полный курс лечения, чтобы избежать повторного развития заболевания и резистентности к препаратам.

После двух месяцев, если пробы мокроты ничего не показывают и от пациента больше не может передаться инфекция другим людям, начинается менее интенсивная вторая фаза лечения. Вторая фаза лечения может различаться по продолжительности.

Существуют два основных подхода к поддерживающему лечению туберкулеза:

• Четырехмесячный курс изониазида и рифампицина. Этот режим является предпочтительным, но он может назначаться только при гарантии соблюдения режима лечения, например, под прямым наблюдением.

• Шестимесячный курс изониазида и этамбутола, который может назначаться пациенту при обследованиях раз в месяц.

• В некоторых странах рекомендуется пятимесячный поддерживающий курс из трех препаратов для некоторых пациентов. Также курсы различаются в отношении того, принимаются ли препараты ежедневно, или три, или пять раз в неделю.

Людям с туберкулезом часто назначают пиридоксин (витамин В6) для ежедневного приема с целью снижения побочных эффектов изониазида. При коинфекции с ВИЧ возможно также одновременное назначение котримоксазола (Бактрим, Бисептол), который снижает заболеваемость и смертность в этой группе пациентов.

Лечение внелегочного туберкулеза. Многие эксперты сейчас согласны, что практически все формы внелегочного туберкулеза могут лечиться режимами, применяемыми при легочном туберкулезе, хотя в некоторых случаях лечение должно быть более продолжительным.

Для некоторых пациентов с внелегочным туберкулезом оказывается эффективна терапия кортикостероидами, в особенности при перикардите и менингите. Они также эффективны при синдроме потери веса, связанном с туберкулезом.

Лечение туберкулеза, контрацепция и беременность. Для беременных женщин наличие ВИЧ и туберкулеза повышает риск передачи ребенку обеих инфекций. Лечение латентного и активного туберкулеза особенно важно для здоровья как матери, так и будущего ребенка.

Рифампицин взаимодействует с гормональными противозачаточными препаратами и снижает их эффективность. ВОЗ рекомендует женщинам, принимающим гормональную контрацепцию, увеличивать дозировку при лечении туберкулеза или переходить на другой метод контрацепции.

Беременные женщины с активным туберкулезом должны принимать изониазид и рифампицин, которые безопасны для применения во время беременности. Пиразинамид также может назначаться, но его влияние на беременность мало изучено. Этамбутол не рекомендуется при беременности. Стрептомицин опасен для плода, так как может привести к нарушениям слуха.

Лечение туберкулеза и антиретровирусная терапия. Одна из главных дилемм при лечении туберкулеза у людей с ВИЧ: нужно ли сначала лечить туберкулез, а потом назначить антиретровирусную терапию; или нужно начинать одновременное лечение обеих инфекций. Одновременное лечение ВИЧ и туберкулеза возможно, но оно связано с повышенным риском побоч-

ных эффектов, кроме того, некоторые препараты несовместимы друг с другом.

Рифампицин взаимодействует с ингибиторами протеазы и ненуклеозидными ингибиторами обратной транскриптазы, поэтому ранее рекомендовалось откладывать начало антиретровирусной терапии, а также прерывать ее прием на первой стадии лечения туберкулеза. Однако в последних рекомендациях Центра по контролю заболеваемости и профилактики США рекомендуется использовать препарат рифабутин вместо рифампицина, а также изменение дозировки препаратов. Однако рифабутин не всегда доступен, и в Великобритании он обычно не применяется, так как недостаточно испытывался среди ВИЧ-положительных людей.

Если по клиническим показаниям откладывать начало антиретровирусной терапии никак нельзя, то режим может быть подобран таким образом, чтобы совмещаться с рифампицином, обычно при этом изменяется рекомендуемая дозировка антиретровирусных препаратов.

Также сочетание антиретровирусных препаратов и противотуберкулезных антибиотиков может быть связано с риском дополнительных побочных эффектов. Например, гепатит может быть побочным эффектом невирапина, а также противотуберкулезных препаратов: изониазида, рифампицина и пиразинамида.

Мультирезистентный туберкулез. Некоторые штаммы туберкулеза стали резистентными к стандартным препаратам – мультирезистентными. Мультирезистентный туберкулез является самым опасным с точки зрения высокой смертности, особенно для ВИЧ-положительных людей, если лечение не было начато как можно раньше и нет тщательно подобранной терапии.

Мультирезистентный туберкулез гораздо легче передается, и у пациентов с такой инфекцией сложнее определить, исчез ли риск передачи бактерии другому человеку или нет. Поэтому обычно мультирезистентный туберкулез требует госпитализации и изоляции на несколько месяцев.

Лечить мультирезистентный туберкулез гораздо труднее, и обычно лечение требует дополнительных препаратов: стрептомицина, канамицина, кларитромицина, амикацина, кареомицина и других антибиотиков. Обычно режим лечения состоит из четырех препаратов, плюс двух дополнительных препаратов, которые предположительно будут действовать на данный штамм бактерии. После исчезновения бактерии в мокроте, люди с мультирезистентным туберкулезом проходят курс из как минимум трех препаратов в течение 12-ти месяцев, некоторые эксперты рекомендуют продление лечения до 18 или 24-х месяцев.

Иммунный воспалительный синдром. У некоторых людей при приеме антиретровирусной терапии развивается иммунный воспалительный синдром. Это значит, что при восстановлении иммунной системы, парадоксально происходит ухудшение симптомов туберкулеза. Этот синдром встречается у людей с леченым или активным, но бессимптомным туберкулезом, у которых антиретровирусная терапия приводит к очень быстрому снижению вирусной нагрузки и росту иммунного статуса. В результате восстановления иммунной системы, иммунные клетки начинают атаковать участки, в которых скрывается бактерия.

Симптомы этого явления включают повышенную температуру, кашель, затрудненное дыхание, увеличение лимфоузлов или ухудшение признаков туберкулеза на рентгеновском снимке. Синдром более характерен для людей, которые начинают прием терапии при очень низком иммунном статусе, ниже 50 клеток/мл. Симптомы могут начаться в течение первых двух месяцев приема антиретровирусной терапии.

Большинство врачей считают, что при наличии данного симптома, антиретровирусную терапию необходимо продолжать, если симптомы не являются угрожающими жизни. Пациенты должны также принимать противотуберкулезные препараты даже при отрицательных посевах на туберкулез. Есть отдельные данные, что лечение кортикостероидами может уменьшить проявления синдрома.

По материалам NAM

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

19.03.2008 Екатеринбург. АСИ. Большая часть учащихся школ Екатеринбурга не знает, как можно заразиться вирусом иммунодефицита человека. Это стало известно в ходе опроса школьников, проведенного накануне газетой «Школьная жизнь» совместно с Уральским институтом социального образования. В ходе опроса выяснилось, что 24,68% школьников считают, что ВИЧ передается через поцелуй, 23,4 – при посещении врача, 15,32 – через укусы насекомых, 14,89% – при совместном пользовании ванной и туалетом, а 9,79% – при бытовых контактах между людьми. Также дети считают, что СПИД передается по воздуху и через рукопожатия и объятия. Отметим, опрос проходил в двух школах, расположенных в Чкаловском и в Железнодорожном район города Екатеринбург, среди учащихся 7–11 классов. Анкета состояла из 23 вопросов. В опросе приняли участие около 160 учащихся.

15.03.2008. США. Газете.Ru. После посещения старейшей клиники для людей с ВИЧ, которая находится на Гаити, первая леди США Лора Буш призвала Конгресс США одобрить увеличение инвестирования в борьбу со СПИДом. «В данный момент этот вопрос обсуждается в Конгрессе США», – сказала супруга президента США. Программа помощи людям с ВИЧ в 12 африканских странах, а также во Вьетнаме, Гайане и на Гаити была начата президентом США Джорджем Бушем в 2003 году.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ НАРКОПОТРЕБИТЕЛЕЙ

(Научный отчет)*

2006 г. Л.Г. Горячева[1], Е.Н. Виноградова[2], Т.М. Сологуб[3], А.А. Яковлев[4], С.Ю. Романова[2], Г.В. Волкова[2], Р.М. Ниязов[2], И.В. Шилова[1], Л.А. Коваленко[5], В.А. Исаков[5], В.В. Иванова[1]

[1] *ФГУ НИИ детских инфекций Росздрава, Санкт-Петербург*

[2] *ГЦ СПИДа и инфекционных заболеваний, Санкт-Петербург*

[3] *Кафедра инфекционных болезней СПГМА им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург*

[4] *Кафедры инфекционных болезней МАПО, Санкт-Петербург*

[5] *НПФФ «Полисан», Санкт-Петербург*

Вирусные гепатиты (ВГ) с гемоконтактным механизмом передачи и ВИЧ-инфекция являются острейшей проблемой современной инфекционной патологии, как в нашей стране, так и за рубежом, т.к. число больных ВГС-инфекцией и ВИЧ-инфицированных растет из года в год [5, 22, 26, 42, 48]. Заболеваемость ВГ и ВИЧ-инфекцией сопоставимы по темпам роста. Эпидемический процесс этих двух инфекций характеризуется повсеместным распространением и высокой интенсивностью во всех возрастных группах населения [11, 25, 27]. Общие пути передачи ВИЧ-инфекции и ВГС, увеличение числа лиц, внутривенно употребляющих наркотические препараты, привели к возрастанию количества больных, у которых отмечается сочетание ВИЧ-инфекции и ХГС [3, 25, 35, 56]. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией в среде наркоманов развивается очень быстрыми темпами и ожидается, что ее распространенность в этой популяции по России в целом вскоре сравнится с ВГ [26, 28]. По данным ВОЗ, в мире насчитывается более 500 млн носителей ГС-вируса и более 40 млн инфицированных ВИЧ (в том числе более 3 млн – дети). Только в течение 2004 г., по данным международных организаций, ВИЧ было заражено 4,9 млн человек, умерло от СПИДа в 2004 г. 3,1 млн взрослых и 560 тыс. детей. Ежемесячно в России регистрируется более 3,5 тыс. новых случаев ВИЧ-инфекции [26]. Рост заболеваемости гемоконтактными ВГ среди лиц репродуктивного возраста создает предпосылки для вовлечения в эпидемический процесс беременных женщин и детей [11, 27, 36, 56]. В 2003–2004 гг. количество новых случаев ВИЧ-инфекции среди женщин в возрасте 15–20 лет впервые за весь период регистрации превысило таковое среди мужчин того же возраста. Сегодня наркомания, ВГ и ВИЧ-инфекция – это не только медицинская проблема, а проблема демографическая, политическая и общечеловеческая. Поиск путей решения этой проблемы является приоритетной задачей для России. Во многом успех терапии ХГС и ВИЧ зависит от раннего выявления этих инфекций и использования оптимальных схем лечения, с учетом особенностей течения патологического процесса и иммунного статуса заболевшего [14, 17, 32, 40]. Изучению этих аспектов и посвящено данное исследование, целью которого было выявить клинико-эпидемиологические особенности течения хронического вирусного гепатита С и ВИЧ-инфекции у наркопотребителей на основании комплекса эпидемиологических, клинико-биохимических, вирусологических и иммунологических данных для уточнения критериев выбора этиопатогенетической терапии. Задачами исследования были: 1) провести анализ эпидемиологической ситуации по заболеваемости ВГС, ВИЧ-инфекцией и наркоманией в Санкт-Петербурге; 2) изучить клинико-лабораторные особенности ВГС-инфекции и ее сочетанного течения с ВИЧ у потребителей наркотических веществ; 3) установить роль иммунологических показателей в патогенезе ВГС- и ВИЧ-инфекций у наркопотребителей, их диагностическую и прогностическую ценность при оценке характера течения процесса и выборе тактики терапии; 4) изучить эффективность различных методов лечения ВГС/ВИЧ-коинфицированных больных. Исследование длилось с марта по октябрь 2006 года.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для изучения эпидемиологической ситуации по заболеваемости ВГС, ВИЧ-инфекцией и наркоманией были проанализированы материалы ГЦСЭН Санкт-Петербурга, Городского СПИД-центра за 20 лет (1985–2005 гг.).

Реализация цели и задач осуществлялась в процессе наблюдения за 176 больными с сочетанной ХГС/ВИЧ-инфекцией (1 группа). Группу контроля составили 162 пациента, переносившие моноинфекцию – ХГС, из них 88 чел. были наркопотребителями (2 группа), а 74 чел. не употребляли наркотики (3 группа). Следует особо отметить, что объектом специального обследования явились беременные женщины, которые вошли во все 3 группы, изменив обычное соотношение по полу, характерное для этих инфекций (среди больных ХГС и ВИЧ, как правило, преобладают лица мужского пола в соотношении 2,3 : 1). Так, в 2005 г. из 4383 впервые выявленных ВИЧ-инфицированных женщин было 978 (2,2 : 1). В наше исследование вошли

* http://hivstudy.mednet.ru/open/group

беременные женщины с коинфекцией – 75 чел., с ХГС – 65 чел., из них 28 чел. были наркопотребителями. В связи с этим соотношение мужчин и женщин в группах было иным – 0,9 : 1, 1,4 : 1 и 0,4 : 1 (табл. 1).

Средний возраст больных ХГС, не принимавших наркотики составил 25,5 ± 2,3 года, больных ХГС наркопотребителей – 23,8 ± 1,5 года, а больных ХГС/ВИЧ-коинфекцией – 22,4 ± 2,2 года (табл. 1). Распределение больных по возрастным группам было близким к возрастному составу ВИЧ-инфицированных (рис. 1).

Диагноз ХГС и ВИЧ-инфекции устанавливался на основании клинико-эпидемиологических, рутинных биохимических (определение уровня билирубина, АлАТ и АсАТ в сыворотке крови), серологических и вирусологических исследований. В работе использовались стандартные биохимические и вирусологические тест-системы, для подтверждения диагноза ХГС использовались тест-системы НПО «Аквапаст», реактивы фирмы «Hoffman la Roche» для ПЦР, а ВИЧ-инфекции – тест-системы «ДС-Вироностика-ВИЧ-1+2-Аг/Ат», «Дженскрин плюс АГ/АТ» (Genscreen Plus HIV Ag/Ab), «Immuno-Comb II» и иммунного блоттинга с применением рекомбинантных полипептидов (иммуноблот).

Иммунологическое обследование проведено 75 пациентам и включало фенотипирование лимфоцитов ($CD3^+$, $CD4^+$, $CD8^+$, $CD16^+$, $CD20^+$), определение концентрации сывороточных IgA, IgM, IgG оценивали методом радиальной иммунодиффузии [Manchini G., 1964] с помощью наборов ТОО «Полигност», ООО «Протеиновый контур» и «Цитокин».

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью пакета прикладных программ Microsoft Exel 2000, StatSoft Statistica v 6.0 с использованием параметрических и непараметрических методов вариационной статистики. Достоверность различий определялась по критерию t Стъюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Эпидемиологические особенности заболеваемости ВГС, ВИЧ и наркоманией в Санкт-Петербурге. Для выявления основных тенденций по заболеваемости ВГС и ВИЧ в Санкт-Петербурге проанализированы материалы официальной статистики. Острота эпидемической ситуации связана с высокими темпами роста ВИЧ в 2000–2001 гг. Однако с 2002 г. ситуация стала стабилизироваться, показатели заболеваемости пошли на спад, что, вероятно, связано с эффектом «насыщения», т.к. более половины лиц, употреблявших наркотики внутривенно, на тот период уже были инфицированы ВГС и ВИЧ в виде моно-, супер- и коинфекции (рис. 2). Однако показатели регистрации ХГС по Санкт-Петербургу в этот период продолжали нарастать с 69,5 до 90,1 на 100 тыс. населения, и в настоящее время они более чем в 2 раза превышают средний показатель по России, который составил в 2005 г. 34,0 на 100 тыс. населения.

Обращает на себя внимание, что произошли изменения и в структуре путей передачи ВГС и ВИЧ. Выявлено значительное снижение гемотрансфузионного и парентерально-медицинского путей вследствие ужесточения контроля тщательности стерилизации, применения одноразового инструментария и тестирования всех препаратов крови на вирусы гепатита.

Следует отметить, что при коинфекции только у 9 беременных женщин имелись указания на вероятность инфицирования при проведении медицинских манипуляций. Для обследованного контингента характерно преобладание парентерально-наркотического и полового путей инфицирования. На рис. 3 представлены данные предполагаемых путей инфицирования у впервые выявленных ВИЧ-инфицированных в Санкт-Петербурге в 2005 г. и у больных ХГС/ВИЧ-коинфекцией, вошедших в наше исследование (1 группа). Вторая группа была сформирована исключительно из наркопотребителей, больных ХГС, поэтому их источником инфицирования в 100% случаев было внутривенное введение наркотиков, а в 3-ю группу вошли больные, не употребляющие наркотики, в 18,8% их источником инфицирования были различные медицинские манипуляции (операции, мед. аборты, плазмотрансфузии и др.), в 32,4% – половые контакты с больными ХГС, татуировки, пирсинг, а у 48,6% пациентов источник инфицирования остался неизвестен.

Таким образом, проведенный эпидемиологический анализ показал, что сложившаяся в настоящее время ситуация по заболеваемости наркоманией, ВИЧ-инфекцией и ХГС является неблагоприятной, что в целом отражает общероссийские тенденции.

Особенности клинического течения ХГС у ВИЧ-инфицированных и наркопотребителей и их иммунологический статус. Проведенный анализ клинического течения ХГС установил, что у большинства пациентов, страдающих наркоманией, выявлялся ХГС в стадии реактивации и только треть больных находились в латентной стадии инфекции, несмотря на непродолжительный предполагаемый период инфицирования (до 3-х лет). Обострение гепатита проявлялось высокой частотой жалоб астенического (85,7%) и диспептического характера (91%), тяжестью в правом подреберье (78,5%), пальпаторно определялась увеличенная, плотная печень. На специфические проявления ХГС наслаивался симптомокомплекс неврологических и соматических нарушений, развивающийся на фоне наркозависимости, симптомы которого выявлялись и вне обострения гепатита. Наиболее выраженными в клинике были проявления абстинентного синдрома, характеризующегося

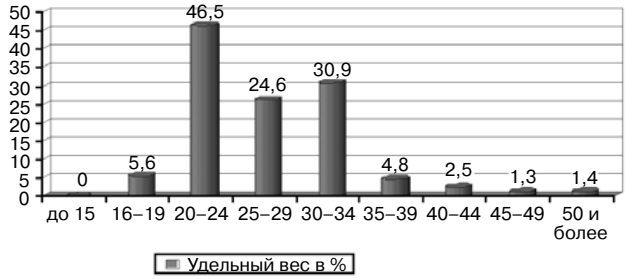


Рис. 1. Удельный вес различных возрастных групп среди ВИЧ-инфицированных в Санкт-Петербурге

алгическим синдромом (76,6%), аффективными расстройствами, инсомнией (68,1%), симптомами гиперактивации симпатической и парасимпатической вегетативной нервной системы (53,2%).

ХГС на фоне наркомании сопровождался большей активностью цитолитического синдрома, диспротеинемией. Однако в периоде обострения заметного роста γ-глобулинов не выявлено, что косвенно указывает на недостаточную активность гуморального звена больных с наркозависимостью (табл. 2).

Среди 140 беременных женщин, которые во время беременности не вводили наркотические вещества, также регистрировались обострения ХГС, все они отмечались в 3 триместре. Существенно чаще они были у больных с коинфекцией – в 20,0% (15 чел.) и в 7,7% (5 чел.) – с ХГС. Но только 1 из 5 пациенток не являлась наркопотребителем. В 3-й группе больных не только частота обострений была существенно реже (12,2 против 64,2 и 55,7% соответственно), но и средние показатели АлАТ, билирубина, тимоловой пробы, гипоальбуминемии были ниже, чем в 1 и 2 группах (табл. 2).

Оценивая выявленные особенности течения ХГС у наркопотребителей, наркоманию следует рассматривать как фактор, способствующий раннему формированию активного хронического процесса в печени и тем самым ускоряющий темпы прогрессирования ВГС-инфекции.

У большинства больных с ХГС/ВИЧ-коинфекцией в анамнезе не отмечено острой фазы ВГС. Клинические проявления ХГС характеризовались отсутствием яркой симптоматики, маскируемой не только симптомокомплексом наркозависимости, но и сопутствующей патологией, определяющей симптоматику ВИЧ-инфекции в стадии вторичных заболеваний. У коинфицированных преобладали: кандидозное поражение кожи (23,9%), слизистых желудочно-кишечного тракта (56,3%), стафило- и стрептодермии (19,3%), локализованные и распространенные формы герпетической инфекции (HZV – 5,1%, HSV 1 и 2 типа 23,9%), бактериальные инфекции дыхательных путей (35,2%), туберкулез легких (25,9%).

Полученные в результате проведенных исследований данные свидетельствуют, что выраженность процесса в печени (обострения ХГС), определяемая преимущественно лабораторными тестами, усиливалась по мере прогрессирования ВИЧ-инфекции. В латентной стадии ВИЧ выявлялись небольшие изменения (АлАТ до 100 ед/л, билирубин до 24,0 мкмоль/л).

Данные ультразвуковой диагностики свидетельствуют о том, что уже на ранних этапах заболевания увеличение размеров печени встречается у 85% коинфицированных, стеатоз у 48%, симптомы холецистита у 67,5% обследованных. При морфологическом исследовании печени у моноинфицированных ВИЧ выявляются лишь дистрофические процессы, у коинфицированных – гистологические признаки хронического гепатита. При этом у половины больных уже на стадии первичных проявлений отмечается выраженная гистологическая активность и склеротические изменения [21].

Репликация ВГС, как уже отмечалось, определялась у большинства больных, инфицированных ВГС во всех 3-х группах (до 90%), исключение составили лишь беременные женщины. У беременных с ХГС/ВИЧ-коинфекцией РНК ВГС в I триместре была обнаружена у 48,0%, во втором у 32,0% и в третьем – у 20,0% обследованных. В группе беременных с ХГС, протекающим без ВИЧ-инфекции, РНК ВГС

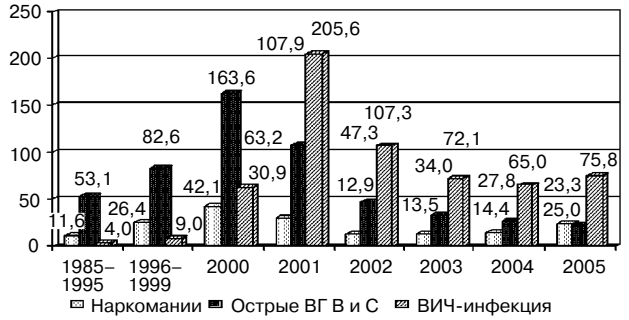


Рис. 2. Динамика заболеваемости наркоманией, ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами

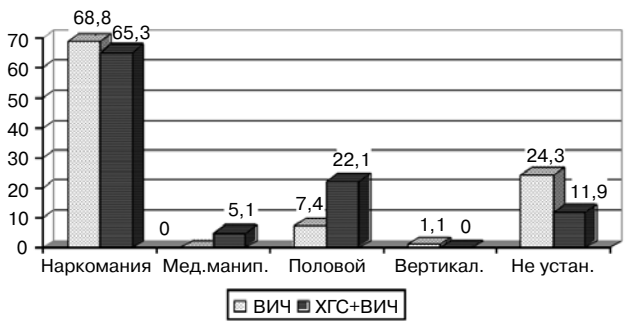


Рис. 3. Предполагаемые пути и факторы заражения у больных с ВИЧ-инфекцией и ХГС/ВИЧ-коинфекцией

Таблица 1. Распределение больных в группах по полу и возрасту

Показатели	1 группа: ХГС + ВИЧ, *n* = 176	2 группа: ХГС + нарком, *n* = 88	3 группа: ХГС, *n* = 74
Мужчины	84	51	22
Женщины	92	37	52
из них беременные	75	28	37
Средний возраст	22,4 ± 2,2	23,8 ± 1,5	25,5 ± 2,3
Возрастной состав: % / *n*			
до 18 лет	20,5 ± 3,1/36	15,9 ± 3,4/14	13,5 ± 3,9/10
19–25 лет	42,6 ± 3,7/75	51,1 ± 4,6/45	31,1 ± 5,6/23
26–30 лет	27,3 ± 3,4/48	19,3 ± 3,6/17	36,5 ± 5,8/27
после 30 лет	9,9 ± 2,3/10	13,6 ± 2,9/12	18,9 ± 4,5/14

Таблица 2. Средние значения биохимических показателей при обострении ХГС у больных различных групп

Средний показатель	1 группа: ХГС + ВИЧ, *n* = 113	2 группа: ХГС + нарком, *n* = 49	3 группа: ХГС, *n* = 9	Здоровые
Билирубин, мкмоль/л	54,3 ± 2,9	28,6 ± 3,7	8,55–20,5	8,55-20,5
АлАТ, ед/л	590,0 ± 58,5	369,0 ± 37,6	168,0 ± 37,6	до 59
Сулемовый титр, мл	4,8 ± 0,1	2,7 ± 0,2	2,9–2,2	1,6–2,2
Тимоловая проба, ед	14,5 ± 1,9	9,8 ± 2,8	6,0 ± 2,8	0–4
Общий белок, г/л	55,9 ± 4,4	60,9 ± 6,8	61,5 ± 3,8	62–80
Альбумины, %	48,7 ± 3,8	49,9 ± 4,8	52,4 ± 4,1	55–65
Гамма-глобулины, %	22,1 ± 2,1	20,6 ± 3,1	21,5 ± 1,8	15,1–20,1

регистрировалась соответственно по периодам – у 43,1, 21,5 и 7,7% обследованных. Как видно из этих данных, с прогрессированием беременности у пациенток обеих групп частота обнаружения РНК ВГС уменьшалась. Более частое обнаружение РНК ВГС у беременных с коинфекцией, в сравнении с беременным, больными только ХГС, по всей вероятности обусловлены наличием иммунодефицитного состояния, связанного с текущей ВИЧ-инфекцией.

Течение и исход заболевания при ХГС и ВИЧ-инфекции зависят как от особенностей вируса, так и от иммунной системы больного. Изучение иммунного статуса больных с ХГС установило снижение общего числа (%) Т-лимфоцитов основных субпопуляций $CD3^+$- и $CD4^+$-клеток, а также $CD20^+$ (табл. 3).

Однако выраженного изменения индекса CD4/CD8, так же, как и изменения числа естественных киллеров (ЕК) $CD16^+$ у больных 3-й группы нами не было установлено. Неспецифический гуморальный иммунный ответ, оцениваемый по уровню иммуноглобулинов (Ig), характеризовался незначительными изменениями (снижением синтеза IgM и IgE) лишь в активную фазу процесса, но не в период ремиссии (табл. 4).

В цитокиновом статусе больных регистрировалось увеличение продукции практически всех изучаемых нами интерлейкинов (IL) (табл. 5). Так, были установлены высокие уровни цитокинов IL-1β, IL-8, TNF-α и IL-4 при любой активности процесса, а IFN-γ – только при активности АлАТ, превышающей «норму» в 3 раза. Высоким у пациентов этой группы оставался и уровень IFN-γ (235,2 ± 54,2 при норме 92,0 ± 24,0). Продукция IFN-α была низкой независимо от фазы процесса. Коэффициент IFN-γ/IL-4 также был ниже «нормы» из-за стимуляции синтеза IL-4 и не зависел от уровня цитолиза.

Иммунограмма пациентов 2-й группы характеризовалась более выраженной Т-клеточной иммунодепрессией за счет угнетения хелперного звена иммунитета. Отмечено также, что у пациентов, потребляющих наркотики, содержание клеток $CD8^+$ было повышенным, это приводило к снижению индекса CD4/CD8 (табл. 3). Проведенный корреляционный анализ показал, что степень выраженности этих изменений находилась в достоверной корреляционной взаимосвязи с длительностью наркомании. Была установлена отрицательная корреляционная зависимость (r = –0,56) между длитель-

ностью введения наркотиков и показателями $CD4^+$ и, напротив, прямая ($r = +0,67$) с показателями $CD8^+$.

Уровень ЕК $CD16^+$, осуществляющих в том числе и противоопухолевую защиту, также был снижен. На фоне антигенной стимуляции нами установлена сниженная продукция IgM – 0,66 ± ± 0,09 г/л, которая отражала еще большее истощение В-клеточного звена на фоне наркомании (табл. 4). В цитокиновом статусе установлено подавление продукции не только главного противовирусного цитокина IFN-α, но и главного медиатора Th1 – IFN-γ (табл. 5). Это сочеталось с усилением продукции IL-4 – главного медиатора Th2, что вело еще к большей инверсии соотношения Th1/Th2. Таким образом, длительное персистирование вируса в организме сопровождалось развитием вирусиндуцированной иммуносупрессии со снижением активности клеточного, гуморального и цитокинового звена иммунитета. Наркоманию у больных ХГС следует рассматривать как кофактор, усугубляющий иммунную недостаточность, которая является важнейшим звеном патогенеза ВГС-инфекции.

Аналогичная закономерность прослеживалась и у больных с ХГС/ВИЧ-коинфекцией. При оценке иммунного статуса выявлены суще-

Таблица 3. Субпопуляции лимфоцитов (в %) у больных ХГС (2 и 3 группа)

№ п/п	Группа больных	*n*	CD3	CD4	CD8	CD4/CD8	CD16	CD20
1	2 группа: ХГС + нарк.	15	47,14 ± 2,89	27,73 ± 3,11	24,75 ± 2,10	1,07 ± 0,19	13,25 ± 1,05	14,85 ± 2,16
2	3 группа: ХГС	18	53,50 ± 3,68	36,50 ± 3,40	15,98 ± 1,98	2,13 ± 0,32	16,25 ± 1,29	17,11 ± 1,47
3	норма	10	62,5 ± 1,70	45,50 ± 1,90	21,20 ± 1,80	1,90 ± 0,10	15,50 ± 1,80	23,50 ± 2,50
	P 1–2					<0,05		
	P 1–3		<0,001	<0,001	<0,05	<0,01		<0,05
	P 2–3		<0,05	<0,05				<0,05

Таблица 4. Уровни иммуноглобулинов у больных ХГС (2 и 3 группа)

№ п/п	Группа больных	*n*	IgA, г/л	IgM, г/л	IgG, г/л	IgE, кЕ/л
1	2 группа: ХГС + нарком.	15	1,05 ± 0,09	0,66 ± 0,09	8,30 ± 0,60	48,00 ± 11,00
2	3 группа: ХГС	18	0,97 ± 0,13	0,70 ± 0,05	9,35 ± 0,40	58,00 ± 20,00
3	норма	10	1,21 ± 0,05	1,06 ± 0,09	8,90 ± 0,03	100,00 ± 32,00
	P 1–2			<0,001		
	P 1–3			<0,05		
	P 2–3					

Таблица 5. Уровни цитокинов у больных ХГС (2 и 3 группа)

№ п/п	Группа больных	*n*	TNF-α, пг/мл	IL-8, пг/мл	IL-1β, пг/мл	IFN-α, пг/мл	IFN-γ, пг/мл	IL-4, пг/мл	IFN-γ/ IL-4, пг/мл
1	2 группа:								
2	ХГС + нарк.	9	327,1 ± 110,0	316,2 ± 50,1	695,1 ± 88,2	5,3 ± 1,30	68,4 ± 33,3	166,2 ± 37,0	0,46 ± 0,17
3	3 группа:								
	ХГС	15	280,0 ± 76,1	235,1 ± 77,2	513,0 ± 56,4	10,20 ± 3,1	235,2 ± 54,2	113,4 ± 30,2	1,40 ± 0,28
	норма	10	19,0 ± 4,0	49,0 ± 11,0	136,0 ± 26,0	9,9 ± 7,1	92,0 ± 24,0	51,0 ± 7,0	1,8 ± 0,2
	P 1–2								
	P 1–3		<0,01	<0,001	<0,001		<0,05	<0,001	
	P 2–3		<0,001	<0,05	<0,001			<0,05	<0,01

ственные изменения количества Т-лимфоцитов и их субпопуляций, более выраженные в периоде вторичных проявлений. По мере прогрессирования ВИЧ-инфекции наблюдалось снижение количества $CD4^+$ и $CD8^+$. Причем, уровень $CD4^+$, являющихся мишенью для ВИЧ, у коинфицированных был достоверно ниже, чем у ВИЧ-негативных пациентов с ХГС и в латентной стадии. Низким был и уровень естественных киллеров $CD16^+$, способствующий онкогенезу, особенно в IV стадии ВИЧ-инфекции. Уровень цитотоксических Т-клеток $CD8^+$ был повышен. Хотя они и приводят к лизису инфицированных гепатоцитов, но их действие недостаточно для элиминации вируса.

Сравнительный анализ показателей гуморального ответа у пациентов 1-й группы выявил более значительные изменения, что проявлялось активацией В-лимфоцитов с выработкой большого количества антител, ЦИК. Однако, несмотря на столь высокие уровни, у них очень часто, особенно в периоде вторичных заболеваний, развивались различные бактериальные инфекции, что обусловлено неполноценностью иммуноглобулинов, синтезируемых на фоне развивающегося иммунодефицита.

Анализируя полученные данные, стало очевидным, что ХГС на фоне ВИЧ-инфекции сопровождается более выраженными иммунологическими нарушениями: в латентный период ВИЧ-инфекции наблюдается компенсированный иммунодефицит с умеренным нарушением клеточного иммунитета на фоне гиперреактивного гуморального, в стадии вторичных заболеваний выявлялось выраженное угнетение клеточного иммунитета, наличие признаков нарушения В-звена иммунитета и значительное снижение неспецифической защиты организма. Данные Шаршовой С.М. [46] указывают на небольшие различия в иммунологических показателях больных ВИЧ-инфекцией и ХГС/ВИЧ-коинфекцией, что отражает незначительное влияние ХГС на выраженность иммунодефицита, обусловленного ВИЧ. В то же время, учитывая выраженную взаимосвязь клинико-лабораторных проявлений ХГС и степени иммунной недостаточности, обусловленной коинфекцией, наркоманией, можно предположить, что иммунные дисфункции являются важнейшим фактором, определяющим характер течения ВГС-инфекции.

Противовирусная терапия ХГС у ВИЧ-инфицированных больных. Выявленные нарушения иммунной защиты обосновывают целесообразность использования противовирусной и иммуномодулирующей терапии. Целью терапии ХГС, в том числе и у ВИЧ-инфицированных больных, является подавление репликативной активности вируса, замедление темпов гистологической и клинической прогрессии у больных с выраженным фиброзом, а также подавление активности хронического воспалительного процесса в печени. Лидером среди препаратов, применяемых при лечении ХГС, по-прежнему являются интерфероны. Однако их эффективность зависит от многих факторов: активности процесса, генотипа вируса, уровня вирусной нагрузки и др. В настоящее время разработаны достаточно четкие критерии для отбора больных на противовирусную терапию: 1) наличие маркеров репликации ГС-вируса (РНК-ВГС); 2) степень активности процесса от минимальной до умеренной (показатели АлАТ, превышающие норму в 1,5–10 раз); 3) фиброз 2 и 3 стадии; 4) для пациентов с 4 стадией фиброза выбирается тактика поддерживающей терапии, при противопоказаниях к рибавирину – монотерапия интерферонами с целью уменьшения степени фиброза; 5) отсутствие тяжелой соматической патологии, в т.ч. аутоиммунной, и острых бактериальных, грибковых инфекций.

Противовирусная терапия не может быть применена у больных – активных наркопотребителей. Учитывая, что основная часть пациентов с ХГС (60%) имеет в анамнезе данные об употреблении наркотиков, одним из определяющих факторов в принятии решения о начале лечении является приверженность больного к терапии и полный отказ от наркотиков. Единичные эпизоды употребления наркотиков не являются основанием для исключения пациента из программы лечения. Наиболее эффективна противовирусная терапия у больных с 2 и 3 генотипом ВГС. Важным фактором при лечении этой категории больных является переносимость препаратов. Психосоматические расстройства у лиц, ранее употребляющих наркотики, регистрируются существенно чаще, чем у больных ХГС, не употреблявших наркотические вещества.

Еще более сложный вопрос о лечении ХГС у ВИЧ-инфицированных. Кроме указанных критериев по отбору больных ХГС на противовирусную терапии, у больных с коинфекцией непременным условием является отсутствие активности оппортунистических инфекций и уровень клеток $CD4^+$ в крови более 200 в мл (табл. 6).

Начало терапии должно быть осуществлено до назначения ВААРТ, т.к. ХГС может явиться пусковым механизмом для возбудителей оппортунистических инфекций и повысить риск осложнений и смерти. Риск гепатотоксичности на ВААРТ при коинфекции значительно выше. ХГС может ухудшить восстановление иммунной функции в ответ на ВААРТ. Разделение во время терапии ВИЧ и ХГС позволяет повысить приверженность к лечению за счет уменьшения одновременно принимаемых препаратов.

Учитывая вышеизложенные критерии, в протоколы противовирусной терапии ХГС было включено 54 человека с коинфекцией. Эти больные получали 2 схемы терапии: 1) Интерферон-α 2b 3 млн. МЕ, п/к, 3 раза в неделю + рибавирин 800–1200 мг ежедневно, курс 6 мес.; 2) ПЕГ-Интрон 100 мг, п/к 1 раз в неделю, с 6 мес.

Таблица 6. Рекомендации к проведению ВААРТ и терапии хронического гепатита С в зависимости от количества $CD4^+$-клеток

$CD4^+$, кол-во клеток $\times 10^9$/л	Показания к ВААРТ	Рекомендации по терапии ХГС
<0,2	абсолютные показания	лечение ХГС должно быть отложено на время проведения ВААРТ для улучшения показателей числа $CD4^+$-клеток (не менее 3-х мес.)
0,2–0,35	относительные показания	одновременное лечение ХГС и ВИЧ**
>0,35	может быть отложена (мониторинг)	лечение ХГС*

* При снижении количества $CD4^+$-клеток <0,2 $\times 10^9$/л или появлении клинических симптомов вторичных заболеваний показано назначение ВААРТ.
** При наличии клинических симптомов вторичных заболеваний начать с ВААРТ, а через 1–3 мес. подключить лечение гепатита С.

Состав больных, распределение их по генотипам ВГС, цитолитической активности ферментов, стадии ВИЧ, уровню вирусной нагрузки ВИЧ представлена в табл. 7–9.

Разница в выраженности фиброза в группах не отмечена, индекс гистологической активности у пациентов с 1 генотипом ВГС был меньше, чем в группе пациентов с не 1 генотипом (p +0,027). Анализ зависимости гистологической активности и степени выраженности фиброза в ткани печени от вирусной нагрузки ВИЧ и ВГС не позволил установить существенных отличий в группах обследованных больных.

Эффективность терапии оценивали по следующим критериям:

«Первичная ремиссия» – нормализация активности АлАТ в ходе лечения, подтвержденная двумя последовательными анализами с интервалом в месяц, независимо от того, сохранялась ли ремиссия до конца лечения.

«Полная ремиссия» – сочетание к концу лечения нормализации биохимических показателей и исчезновения маркеров репликации вируса (РНК-ВГС).

Достижение эффекта только по одному виду обследования свидетельствовало о неполной ремиссии:

«Биохимическая ремиссия» – нормализация к концу лечения только биохимических показателей при сохранении в крови ДНК или РНК вирусов.

«Неполная вирусологическая ремиссия» – исчезновение к концу лечения маркеров репликации при сохранении повышенного уровня АлАТ.

«Стабильная ремиссия» – сохранение нормального уровня АлАТ и отсутствие маркеров репликации (т.е. полной ремиссии) через 6 месяцев после окончания лечения.

«Длительная ремиссия» – сохранение полной ремиссии через 12 и более месяцев после окончания лечения.

«Отсутствие ремиссии или ее ускользание» (рецидив) – отсутствие положительной динамики АлАТ или повышение ее в ходе лечения, а также повторное появление маркеров репликации.

Частота установления полной ремиссии в группах составила соответственно 42,8 и 56%. В целом, среди всех пролеченных достигли пол-

Таблица 7. Общая характеристика пациентов с ХГС/ВИЧ-коинфекцией, включенных в протоколы противовирусной терапии

№ п/п	Показатели	Схемы терапии	
		1 схема (ИФН-α + РВН)	2 схема ПЕГ-Интрон
1	число больных, включенных в протокол	36	18
2	мужчин	29 (80,6%)	10 (55,6%)
3	женщин	7 (19,4%)	8 (44,6%)
4	генотипы ВГС		
	1	18 (50,0%)	10 (55,6%)
	2–3	18	8
5	стадия ВИЧ	III	III

Таблица 8. Характеристика активности ВИЧ-инфекции у пациентов до начала терапии ХГС интерферонами

1	уровень $CD4^+$ 200–500 кл/мл3	18 чел.
2	уровень $CD4^+$ >500 кл/мл3	36 чел.
3	вирусная нагрузка ВИЧ < 30 000 коп./мл	34 чел.
4	вирусная нагрузка ВИЧ > 30 000 коп./мл	20 чел.

Таблица 9. Характеристика активности ХГС у ВИЧ-инфицированных пациентов до начала терапии интерферонами

1	АлАТ 1,25–2,5 N	28 чел.
2	АлАТ 2,6–5,0 N	20 чел.
3	АлАТ более 5,0 N	6 чел.
4	вирусная нагрузка HCV 300 000–600 000 МЕ/мл	5 чел.
5	вирусная нагрузка HCV > 1 млн. МЕ/мл	49 чел.

ной ремиссии 46,3% больных, снизили вирусную нагрузку на 30–40% еще 20,4% и у трети пациентов эффект отсутствовал (рис. 4).

Эффективность терапии была выше у женщин. Так, в группе ответивших на терапию, было практически одинаковое количество мужчин и женщин (соответственно 12 и 13), среди частично ответивших преобладали мужчины (9 : 2), а в группе без эффекта были только мужчины. Лучше поддавались лечению больные с не 1 генотипом вируса (рис. 5).

Уровень РНК ВИЧ на фоне лечения в среднем снижался на 0,5 lg. Доказательств, что данная терапия ускоряет прогрессию ВИЧ, нами не получено. На рис. 6 и 7 представлена динамика вирусной нагрузки ВИЧ в ходе лечения у ответивших и частично ответивших на терапию. У пациентов без эффекта от лечения вирусная нагрузка сохранялась более 1 млн МЕ в мл.

В ходе проведения противовирусной терапии у 98% больных при использовании препарата «Интераль» отмечался подъем температуры тела до фебрильных цифр после первых инъекций, купировавшийся приемом парацетамола. У 20–23,3% зарегистрированы миалгии, артралгии. Миелосупрессия у 30% в виде цитопении в периферической крови была умеренной. Количество $CD4^+$-лимфоцитов в среднем снижалось на 100 клеток в мл, но процентное содержание их не менялось. У 20% наблюдались наиболее беспокоившие нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта: снижение аппетита, потеря массы тела, не более 3–5%, возникающие ближе к концу курса терапии. В таких случаях производилась коррекция питания и введение в рацион специальных сбалансированных смесей. Обострений ХГ не было.

Как уже отмечалось, наличие активного гепатита может препятствовать восстановлению иммунной системы вследствие ВААРТ, эффективность которой у таких больных существенно ниже. Более того, пациентам со сниженным иммунным статусом лечение HCV-инфекции препаратами IFN-α не показано. Тяжелая иммунодепрессия обусловливает снижение вирусологического ответа на антивирусную терапию и ухудшает ее переносимость [34]. Учитывая распространение СПИДа, возникает необходимость разработки альтернативных – эффективных и экономически доступных – методов лечения на ранних стадиях заболевания, а также СПИД-ассоциированных инфекций (герпесвирусные инфекции, кандидозные поражения и др.) с целью коррекции нарушений иммунного ответа, снижения репликативной активности ВИЧ, уменьшения частоты и продолжительности рецидивов СПИД-ассоциированных заболеваний, что позволит снизить «заразность» инфицированных, улучшить качество их жизни, значительно (на годы) стабилизировать инфекционный процесс. Комплексная терапия ВИЧ-инфекции у наркозависимых лиц сопровождается развитием осложнений, формированием резистентных штаммов вирусов и стоит дорого [14, 46]. Одним из разрешенных к клиническому применению цитокинов – индукторов интерферона смешанного типа (Th1/Th2) иммунного ответа, является препарат «Циклоферон», применяемый для лечения широкого спектра вирусных и бактериальных инфекций [1, 19, 33]. Исследования последних лет показали не только иммунокорригирующий эффект «Циклоферона», но и доказали его прямое противовирусное действие на вирус простого герпеса, аденовирусы и вирус иммунодефицита человека [1, 14, 33]. Препарат разработан и производится НТФФ «Полисан», зарегистрирован в РФ. Выпускается в виде ампул по 2 мл стерильного 12,5% раствора, таблеток по

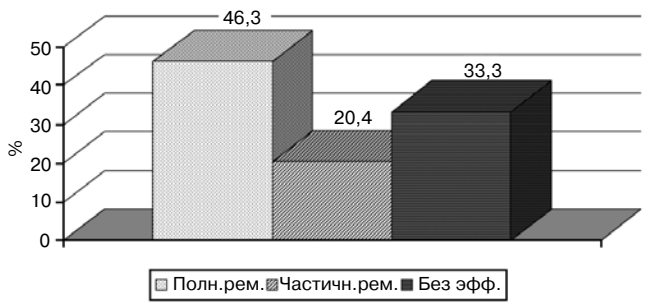


Рис. 4. Эффективность противовирусной терапии больных ХГС/ВИЧ-коинфекцией препаратами интерферона-α

0,150 г и 5% линимента циклоферона. Препарат хранится в обычных условиях. Известно, что циклоферон индуцирует синтез эндогенных α/β- и γ-интерферонов, обладающих противовирусной и иммуномодулирующей активностью, а также других цитокинов. В частности, α-ИФН ингибирует репликацию и высвобождение вирусов в инфицированных клетках, повышает фагоцитарную активность макрофагов, усиливает специфическое цитотоксическое действие лимфоцитов на клетки мишени, стимулирует образование антител и лимфокинов [9, 10, 19, 43]. Использование ЦФ в группе лиц, имеющих одновременно ВИЧ-инфекцию и ВГС наиболее актуально как с лечебно-профилактической целью, так и учитывая социальные позиции.

Нами изучена безопасность и эффективность 12,5% раствора циклоферона в терапии СПИД-ассоциированных заболеваний. Всего под наблюдением находилось 32 ВИЧ-инфицированных обоего пола в возрасте от 18 до 51 года. Больные ВИЧ-инфекцией, стадия В2-С2 (CDC, США, 1993). Диагноз ХГС также верифицирован у 26 из 32 больных. Результаты клинических, иммунологических, гематологических и биохимических обследований в динамике были выполнены у большинства больных и внесены в специальные карты.

Распределение больных по возрасту и полу: до 20 лет – 1, 21–30 лет – 13, 31–40 лет – 16, 41–50 лет – 1 и старше 51 года – 1 пациент (мужчин – 23, женщин – 9).

Сроки ВИЧ-инфицирования у 10 пациентов были до 5 лет, у 20 больных (62,5%) сроки болезни неизвестны. Преобладал парентеральный способ инфицирования (24 чел.–75%) по сравнению с половым (8 чел.–25%). До лечения большинство пациентов имели В2 стадию ВИЧ-инфекции, В3 – у 2 и С2 – у одного больного. Отмечено 2 случая (6,2%) перехода ВИЧ-инфекции из стадии В2 в стадию В3 после окончания терапии ЦФ.

Циклоферон больным назначали внутримышечно по 4 мл 3 раза в неделю в течение 4 недель. Затем в течение 3-х мес. регистрировали клинические особенности течения ВИЧ-инфекции. Учитывали частоту обострений (рецидивы) имеющихся СПИД-ассоциированных заболеваний, появление новых синдромов, длительность рецидива, развитие осложнений и др.

Анализ динамики 13 СПИД-ассоциированных инфекций и синдромов до назначения инъекций циклоферона показал, что чаще всего отмечались: оральный кандидоз (96,8%), гепатомегалия (93,7%), лимфаденопатия (21,8%, лимфоузлы размером до 1–1,5 см, эластичные, безболезненные), туберкулезная инфекция, неактивная форма (21,8%). По одному больному имели простой и опоясывающий герпес, спленомегалию, менингоэнцефалит. Через 3 мес. после начала исследований (2 мес. после завершения терапии циклофероном) у больных не определялись простой герпес, астенический синдром и туберкулезная инфекция. Достоверно снизилась частота выявления (на 36–87%) еще 6 синдромов: орального кандидоза, гепатомегалии, лимфоаденопатии, микоза стоп с онихомикозом, анемии, пиодермии и себорейного дерматита (табл. 10). Терапия циклофероном не оказала влияния на 4 (30%) синдрома из 13 исследованных. Была изучена общая динамика лабораторных показателей течения ВИЧ-инфекции и ХГС (табл. 11). Через 3 мес. содержание CD4-клеток возросло на 14%. Из 7 показателей гемограммы 4 не изменились, значения других 3 показателей незначительно снизились, однако оставались в пределах нормы (лейкоциты, лимфоциты и СОЭ). Число СПИД-ассоциированных заболеваний в расчете на 1 больного уменьшилось с 1,25 до 0,45 (на 64%, $p < 0,05$). Лишь у 2-х больных (6,2%) из 32 отмечен переход ВИЧ-инфекции из стадии В2 в стадию В3 после окончания курса терапии циклофероном.

Изучено изменение количества пациентов с нормальным и низким уровнем CD4-лимфоцитов (табл. 12). После курса циклоферона появились 2 пациента с содержанием CD4-клеток более 590 кл/мкл. В то же время у двух больных число CD4-клеток снизилось <200 кл/мкл.

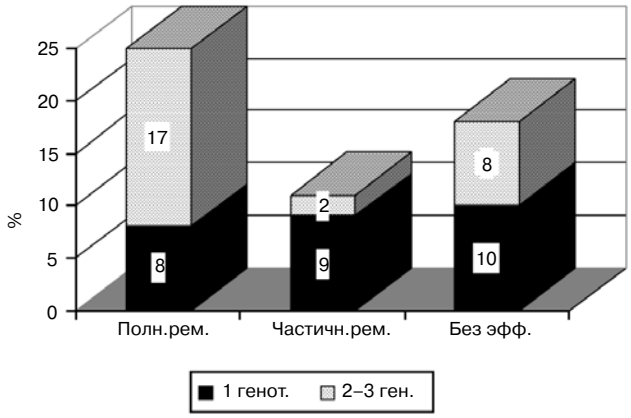


Рис. 5. Эффективность интерферонотерапии больных ХГС/ВИЧ-коинфекцией в зависимости от генотипа вируса

Таблица 10. СПИД-ассоциированные инфекции и синдромы

Показатели	Абс. ч., %		
	до лечения	через 1 месяц	через 3 месяца
Оральный кандидоз	31–96,8%	31–96,8%	4–12,5% (↓87%)*
Простой герпес	1–3%	–	–
Опоясывающий герпес	–	–	1–3%
Гепатомегалия	30–93,7%	25–78%	19–70% (↓36%)
Спленомегалия	1–3%	1–3%	1–3%
Лимфаденопатия	7–21,8%	9–28%	4–12,5% (↓42%)
Астенический синдром	3–9,3%	–	–
Микоз стоп с онихомикозом	4–12,5%	1–3%	1–3% (↓75%)
Туберкулезная инфекция	7–21,8%	3–9,3%	–
Анемия (Hb <115 г/л или Эр <3,7 · 10^{12}/л)	4–12,5%	3–9,3%	2–6,2% (↓50%)
Тромбоцитопения (<150 · 10^9/л)	3–9,3%	3–9,3%	3–9,3%
Менингоэнцефалит	1–3%	1–3%	1–3%
Пиодермия, себорейный дерматит	5–15,6%	1–3%	1–3% (↓80%)

* ↓ – Снижение в сравнении с показателями до лечения ($p < 0,05$).

Таблица 11. Динамика лабораторных показателей (M ± m) течения ВИЧ-инфекции и хронического ВГС

Показатели	до лечения	через 1 месяц	через 3 месяца
CD4 (кл/мкл)	300 ± 9	316 ± 1,3	344 ± 1,3 (↑14%)**
CD4/CD8	0,43 ± 0,01	0,37 ± 0,03	0,41 ± 0,04
Гемоглобин, г/л	138 ± 3,4	136 ± 3,5	137 ± 3,6
Эритроциты, 10^{12}/л	4,48 ± 0,06	4,5 ± 0,12	4,3 ± 0,09
Тромбоциты, 10^9/л	197,9 ± 15,2	193 ± 16,2	189 ± 14,4
Лейкоциты, 10^9/л	5,18 ± 0,24	4,39 ± 0,3	4,6 ± 0,3 (↓ 11%)
Лейкоциты, п/я (%)	3,3 ± 0,28	3,5 ± 0,3	3,0 ± 0,6
Лимфоциты, (%)	31 ± 1,4	34 ± 1,7	26 ± 1,7 (↓ 16%)
СОЭ, мм/ч	13,5 ± 2	12,9 ± 2	10 ± 2 (↓ 22%)
Пациенты с хроническим ВГС*	(+) 22	(+) 19	(+) 17 (↓ 22%)
Гепатомегалия (см)	(++) 4	(++) 7	(++) 9 (↑125%)
Спленомегалия (чел.)	1,3 ± 0,1	1,3 ± 0,1	1,2 ± 0,1
АлАТ, млмоль/л	1	1	1
Тимоловая проба, ед.	57 ± 10	69 ± 11	73 ± 13 (↑21%)
Щелочная фосфатаза, ед/л	8,3 ± 0,6	9,2 ± 0,6	8,9 ± 0,9
СПИД-ассоциированные заболевания (на 1 больного)	174 ± 10	183 ± 9	175 ± 8
Диагноз (по CDC, 1993 г.)	1,25 ± 0,12	0,84 ± 0,08	0,45 ± 0,08(↓ 64%)
	B2–29	B2–28	B2–27
	B3–2	B3–3	B3–4
	C2–1	C2-1	C2–1

* (+) – Минимальная степень активности, (++) – умеренная степень активности ВГС.
** ↑ – увеличение, ↓ – снижение в сравнении с показателями до лечения.

ХГС был выявлен у 26 (81%) из 32 больных. Гепатомегалия определялась у большинства пациентов, печень выступала из-под края правой реберной дуги в среднем на 1,3 см (1–3 см) в течение срока наблюдения. После лечения циклофероном гепатомегалия определялась на 36% реже ($p < 0,05$). Селезенка пальпировалась у одного пациента. Количество больных с минимальной степенью активности ХГС уменьшилось с 22 до 17 (↓22%) человек, а с умеренной степенью активности возросло с 4 до 9 (↑125%) больных. Средние значения АлАТ увеличились с 57 до 73 млмоль/л (на 21%). Количество больных с нормальным содержанием АлАТ осталось без изменения, уменьшилось на 30% количество пациентов с минимальной степенью активности ВГС (АлАТ 31–80 млмоль/л). Возросло количество с 6 до 10 ВИЧ-инфицированных, имеющих высокие показатели активности АлАТ (более 80 млмоль/л) (табл. 13).

Таким образом, показана высокая терапевтическая эффективность 12,5% раствора циклоферона при лечении СПИД-ассоциированных инфекций и синдромов. Отмечена стабилизация клинической симптоматики, иммунологических, гематологических и части биохимических показателей за время наблюдения.

Достоверно уменьшилась частота СПИД-ассоциированных заболеваний и синдромов (в расчете на 1 больного). Важно отметить, что после окончания терапии циклофероном появились 2 пациента (13,3%) с уровнем CD4-лимфоцитов более 590 кл/мкл, число CD4-лимфоцитов менее 200 кл/мкл выявлено в 1 случае (6,6%). Возможно, выявленные эффекты обусловлены, в определенной степени, отсроченной противоретровирусной и иммуномодулирующей активностью циклоферона [1, 6, 33]. В то же время, данная терапия менее эффективна в отношении ХГС у ВИЧ-инфицированных наркозависимых лиц. Существенного влияния на уровень вирусной нагрузки ГС-вируса препарат не оказывал. Циклоферон хорошо переносится больными, совместим с основными лекарственными средствами и может быть рекомендован для включения в комплексную терапию СПИД-ассоциированных инфекций. Использование 12,5% раствора циклоферона для лечения СПИД-ассоциированных заболеваний и синдромов может быть альтернативной терапией, которая позволяет стабилизировать показатели клеточного иммунитета, сохранить соматическое здоровье и хорошее качество жизни пациента.

ВЫВОДЫ

1. ХГС на фоне наркомании характеризуется ранней реактивацией с манифестацией печеночных и внепеченочных проявлений (астеновегетативный и диспептический синдромы, гепатомегалия, артралгии) на которые наслаивается симптомокомплекс неврологических и соматических нарушений, свойственных наркозависимости, и сопровождается большей активностью процесса.

2. ХГС у потребителей наркотиков, страдающих ВИЧ-инфекцией, клинически характеризуется отсутствием яркой симптоматики гепатита,

Таблица 12. Изменение количества пациентов с нормальным (>590 кл/мкл), умеренно низким (200–590 кл/мкл) и низким (<200 кл/мкл) уровнем CD4-лимфоцитов

Показатели	до лечения	через 1 месяц	через 3 месяца
Количество пациентов с CD4 > 590	0	1–3,3%	2–6,5% (↑)
Количество пациентов с CD4 200–590	30–93,7%	26–83,8%	25–80,6% (↓16%)
Количество пациентов с CD4 < 200	2–6,3%	4–12,9%	4–12,9% (↓100%)

Обозначения: ↑ – увеличение, ↓ – снижение в сравнении с показателями до лечения.

Таблица 13. Изменение количества пациентов с высоким (более 80 млмоль/л) и нормальным (до 30 млмоль/л) уровнем АЛТ у ВИЧ-инфицированных

Показатели АлАТ (млмоль/л)	До лечения (n = 31)	Через 1 месяц (n = 30)	Через 3 месяца (n = 30)
До 30	12–38,7%	11–36,6%	11–36,6%
31–80	13–41,9%	12–40%	9–30% (↓30%)
>80	6–19,3%	7–23,4%	10–33,4% (↑66%)

Обозначения: n – количество больных. ↑ – увеличение, ↓ – снижение в сравнении с показателями до лечения.

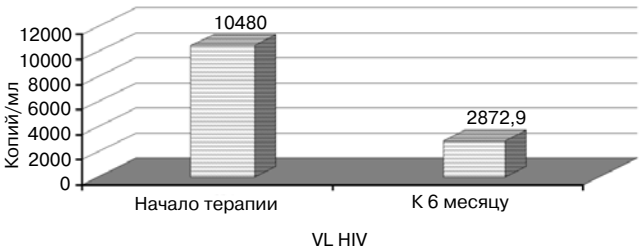


Рис. 6. Динамика вирусной нагрузки ВИЧ в группе пациентов, ответивших на терапию интерфероном

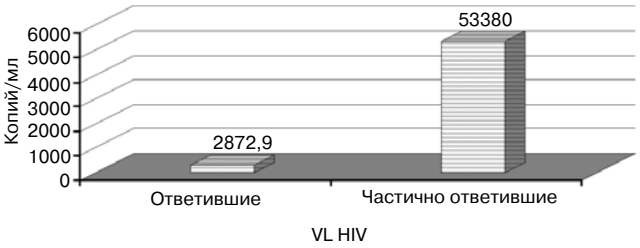


Рис. 7. Вирусная нагрузка ВИЧ к 6 месяцу исследования в группе пациентов, ответивших и частично ответивших на терапию интерфероном

маскируемой не только симптомокомплексом наркозависимости, но и патологией, определяющей симптоматику ВИЧ-инфекции в стадии вторичных заболеваний. Выявленная зависимость активности воспалительного процесса характеризует способность ВИЧ-инфекции ускорять естественное течение ВГС-инфекции, за счет прогрессивно развивающегося иммунодефицита, обусловленного ВИЧ.

3. ХГС сопровождается угнетением Т-клеточного звена иммунитета у большинства пациентов, что проявляется снижением уровня $CD3^+$, $CD4^+$ и $CD8^+$. Изменения гуморального иммунитета характеризуется умеренным повышением уровня IgG, а у больных наркоманией – и низким уровнем IgM, отражая большее истощение В-клеточного звена иммунитета. В цитокиновом статусе установлено подавление продукции не только главного противовирусного цитокина ИФН-α, но и главного медиатора Th1 – ИФН-γ, сочетающееся с усилением продукции ИЛ-4 – главного медиатора Th2 и приводящее к инверсии соотношения Th1/Th2. Наркомания у больных ХГС усугубляет вирусиндуцированную иммуносупрессию, что проявляется более выраженными изменениями клеточного, гуморального и цитокинового звена иммунитета.

4. ХГС на фоне ВИЧ-инфекции сопровождается выраженными иммунными нарушениями в латентный период ВИЧ-инфекции – компенсированный иммунодефицит с умеренным нарушением клеточного иммунитета на фоне гиперреактивности гуморального; в стадии вторичных заболеваний – выраженное угнетение клеточного иммунитета, наличие признаков нарушения В-звена иммунитета и значительное снижение неспецифической защиты организма.

5. ВИЧ-инфицированным больным с ХГС показано проведение противовирусной терапии, которую целесообразно начинать до начала клинических проявлений ВИЧ и назначения ВААРТ. Наиболее рациональными схемами терапии являются комбинации ИНФ-α и рибавирина, а также пегилированный ИФН. В ходе проведения данной терапии не отмечено существенного снижения уровня $CD4^+$. Даже при отсутствии положительного эффекта при лечении ХГС уровень вирусной нагрузки ВИЧ снижается на 0,5 lg, данная терапия не ускоряет прогрессию ВИЧ-инфекции.

6. Препарат «Циклоферон» может быть использован в комплексной терапии ВИЧ-инфекции у наркозависимых при развитии различных осложнений. При его применении отмечена стабилизация клинической симптоматики, иммунологических, гематологических и части биохимических показателей. Достоверно уменьшилась частота СПИД-ассоциированных заболеваний и синдромов, но не наблюдалось существенного влияния на уровень вирусной нагрузки ВГС. Препарат «Циклоферон» хорошо переносим, совместим с основными лекарственными средствами и может быть рекомендован для включения в комплексную терапию СПИД-ассоциированных инфекций, которая позволяет стабилизировать показатели клеточного иммунитета, сохранить соматическое здоровье и хорошее качество жизни пациента.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аспель Ю.В., Алексеева Л.Е., Исаков В.А. и др. (2000) Циклоферон в клинической практике. СПб., 151с.
2. Беляева Н.М., Турьянов М.Х., Рабинович Э.З. Комбинированная терапия гепатита С рибавирином и альфа-интерфероном. Пособие для врачей. М., 2002, 20 с.
3. Бобкова М.Р. Возможные механизмы взаимного влияния инфекций, вызываемых ВИЧ и вирусом гепатита С. (2002) *Журн. микробиологии эпидемиологии и иммунологии*, **5**, 104–115.
4. Виноградова Е.Н. Вирусные гепатиты В и С (проблемы диагностики и терапии). Автореф.... докт. дисс. СПб, 1997, 40 с.
5. ВИЧ-инфекция и СПИД: клинические рекомендации. Изд. гр. «ГОЭТАР-Медиа», 2006, 16–20.
6. Волкова М.А. Интерфероны и их противовирусное действие. Вирусные гепатиты. Достижения и перспективы, 1999, № 2 (6), 3–10.
7. Волчек И.В. Индивидуальный подбор препаратов для лечения гепатита С и Волчек В., Сологуб Т.В., Белозерова Л.А., Гепатит С (Российский консенсус), 2000, 22–23.
8. Горячева Л.Г. Вирусный гепатит С у детей и возможности его лечения (2003) *Вестник СПбГМА им. И.И. Мечникова*, **1–2**, 174–178.

9. Ершов Ф.И. Система интерферона в норме и при патологии. М., Медицина, 1996, 21 с.
10. Ершов Ф.И., Киселев О.И. Интерфероны и их индукторы (от молекулы до лекарств). М., «ГЭОТАР-Медиа», 2005, 356 с.
11. Ершова О.Н., Шахгильдян И.В., Кузин С.Н. и др. Характеристика активности перинатальной передачи вирусного гепатита С. (2005) *Эпидемиология и инфекционные болезни*, **1**, 39–41.
12. Зигаленко Д.Г., Волжанин В.М. Сопутствующие заболевания у ВИЧ-инфицированных лиц молодого возраста. Материалы VI Российского съезда врачей инфекционистов 29–31 октября 2005 г. М., с. 27.
13. Иоанниди Е.А., Чернявская О.А. Сравнительная иммунологическая характеристика хронических гепатитов С и В + С у ВИЧ-инфицированных наркопотребителей. Материалы VI Российского съезда врачей инфекционистов 29–31 октября 2005 г. М., с. 39.
14. Исаков В.А., Коваленко А.Л., Аспель Ю.В. Современные подходы к терапии ВИЧ-инфекции (1999) *Лечащий врач*, **5**, 34–36.
15. Исаков В.А., Рахманова А.Г., Коваленко А.Л. и др. Эффективность циклоферона в терапии ВИЧ-инфекции у наркозависимых лиц (2003) *Вестник Санкт-Петербургской ГМА им. И.И. Мечникова*, **1–2**, 160–163.
16. Канестри В.Г., Кравченко А.В., Тишкевич О.А., Голохвастова Е.Л., Симонова И.А. Хронический гепатит С у ВИЧ-инфицированных (2004) *Перинатальная диагностика*, Т. 3, **3**, 233–234.
17. Канестри В.Г. Комбинированная противовирусная терапия хронического гепатита С у больных ВИЧ-инфекцией. Автореф. дис.... канд. мед. наук. М., 2001, 1–3, 14–21.
18. Кирсанов М.С., Узлова Т.В. Особенности данных УЗИ у беременных с ВИЧ-инфекцией (2001) *Эпидемиология и инфекционные болезни*, **1**, 56–57.
19. Кузнецов В.П. Интерферон как средство иммуномодуляции (1987) *Иммунология*, **4**, 30–34.
20. Кулбужева М.И. Характер течения и ближайшие исходы HCV-ВИЧ/СПИД-инфекции у беременных в зависимости от гормонального фона и фазы патологического процесса. Автореф. дис.... канд. мед. наук. СПб., 2004, с. 8–12.
21. Липовский В.Е., Фисенко Ю.И., Воробец В.Г. Характеристика морфологических изменений в печени при ВИЧ-инфекции и коинфекции ВИЧ и HCV. Материалы VI Российского съезда врачей инфекционистов 29–31 октября 2005 г. М., с. 45.
22. Львов Д.К. Вирусный гепатит С – «ласковый убийца» (1995) *Российск. гастроэнтерол. журн.*, **1**, 4–6.
23. Мамедова. С.Р. Особенности течения беременности, родов, послеродового периода и состояние новорожденных у женщин с ВИЧ-инфекцией. Автореф. дис.... канд. мед. наук. СПб., 2004, с. 3–9.
24. Моисеенко А.В., Кашуба Э.А. и др. Некоторые показатели иммунитета больных сочетанного течения хронического вирусного гепатита С и ВИЧ-инфекции. Материалы VI Российского съезда врачей инфекционистов 29–31 октября 2005 г. М., с. 48.
25. Муляр Н.Ф. Хронический вирусный гепатит у ВИЧ-инфицированных. Материалы VI Российского съезда врачей инфекционистов 29–31 октября 2005 г. М., с. 51.
26. Онищенко Г.Г. Эпидемия ВИЧ-инфекции продолжается (2001) *Вакцинация и ВИЧ-инфекция*, **2** (14).
27. Покровский В.В. Профилактика ВИЧ-инфекции у детей. Научные основы охраны здоровья детей: материалы XIV (LXXVII) сессии РАМН, посвященной 60-летию АМН. М., 2004, с. 122–125.
28. Покровский В.В., Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Г. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение. М., Медицина, 2000, с. 489.
29. Покровский В.В., Юрин О.Г., Беляева В.В. Клиническая диагностика и лечение ВИЧ-инфекции. Практическое руководство. М., ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001, 91 с.
30. Покровский В.В., Юрин О.Г., Беляева В.В. Практическое руководство. М., ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002, 91 с.
31. Рабкин М., Эль-Садр В., Эйбрамз Э. Клиническое руководство Колумбийского университета. Учебное руководство, 2005, с. 236–245.
32. Радченко В.Г., Стельмах В.В., Козлов В.К. Оптимизация этиопатогенетической терапии хронического гепатита С: Пособие для врачей-терапевтов, гастроэнтерологов, гепатологов, инфекционистов. СПб, 2004, 165 с.
33. Рахманова А.Г., Воронин Е.Е., Фомин Ю.А. и др. Циклоферон. Применение в комплексной терапии ВИЧ-инфекции и вторичных заболеваний у детей (методическое пособие). СПб., 2004, 71 с.
34. Рекомендации по лечению гепатита С (Согласительная конференция по лечению гепатита С. Париж, Франция, 27–28 февраля 2002 г.) (2003) *Клин. перспективы гастроэнтерологии, гепатологии*, **2**, 2–9.
35. Романенко О.М. Течение хронического вирусного гепатита С у больных с ВИЧ-инфекцией (2005) *Казанский медицинский журнал*, **1**, Т. LXXXVI, 8–11.
36. Семина С.В., Семин С.Г. Перинатальная передача вирусного гепатита С от матери ребенку (2003) *Детские инфекции*, **1**, 33–36.
37. Сологуб Т.В., Погромская М.Н. Влияние НС-вирусной инфекции на беременность и развитие новорожденного (1998) *Российский мед. журнал.*, **1**, 56–59.
38. Сологуб Т.В., Волчек И.В., Нестеров Н.Н. Комбинированная терапия Интроном А и Ребетолом – современный стандарт в лечении гепатита С (2000) *Terra Medica поха*, **3**, 1–4.
39. Соринсон С.Н. Особенности патогенеза и течения гепатита С. Оптимальные сроки лечения интерфероном (1998) *Вирусные гепатиты: достижения и перспективы*, **1** (2), 3–8.
40. Старостина Н.С., Дурнева В.М. и др. Факторы гуморального иммунитета при сочетанном инфицировании ВИЧ и вирусами гепатитов В и С. Материалы VI Российского съезда врачей инфекционистов 29–31 октября 2005 г. М., с. 63.
41. Стельмах В.В. Морфофункциональное состояние системы мононуклеарных фагоцитов у больных хроническим вирусным гепатитом В и С при проведении этиопатогенетической терапии. Автореф канд. дис. СПб., 2003, 24 с.
42. Учайкин В.Ф., Нисевич Н.И., Чередниченко Т.В. Вирусные гепатиты от А до TTV у детей. М., Новая волна, 2003, 431 с.
43. Циклоферон в клинической практике. СПб., 2002, под ред. проф. В.А. Исаков, 45 с.
44. Чернобровый В.Ф., Федоровых Л.П. и др. ВИЧ-инфекция и вирусный гепатит. Материалы VI Российского съезда врачей инфекционистов 29–31 октября 2005 г. М., с. 110.
45. Чернова И.В., Кастян И.Л., Чеснокова Е.А.. Гепатит С при перинатальном инфицировании детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами. Актуальные вопросы инфекционной патологии у детей: материалы IV Конгресса педиатров-инфекционистов. М., 14–16 дек. 2005, с. 192.
46. Шаршова С.М. Клинико-патогенетические особенности гепатита С у потребителей психотропных средств и больных ВИЧ-инфекцией. Автореф. дис.... канд. мед. наук. СПб., 2006, 21 с.
47. Шахгильдян И.В. Парентеральные вирусные гепатиты (эпидемиология, диагностика, профилактика). И.В. Шахгильдян, М.И. Михайлов, Г.Г. Онищенко, М., ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003, 384 с.
48. Шахгильдян И.В. Вирусные гепатиты В и С в России: Эпидемиологическая хар-ка и основные направления их профилактики. Актуальные проблемы гепатологии: эпидемиол. вирусн. гепатитов. М., 2002, с. 12–20.
49. Шерлок Ш. Болезни печени, 1999, 309 с.
50. Яковлев А.А., Виноградова Е.Н., Рахманова А.Г. Хронические вирусные гепатиты (клинико-лабораторные аспекты). СПб., 2002, 290 с.
51. Alexander G., Walsh K. Chronic viral hepatitis (2000) *Int. J. Clin. Pract.*, **54**, 450– 456.

52. Alter H.G, Mast E.E., Moyer L.A., et al. Hepatitis C. (1998) *Infect. Dis. Clin. North. Am.*, **12**, 13 –26.
53. Brinkman K., ter Hofstede H.J., Burger D.M., et al. Adverse effects of reverse transcriptase inhibitors: mitochondrial toxicity as common pathway (1998) *AIDS*, **12**, 1735–1744.
54. Dabis F., et al. (2003) *Antiviral Ther.*, **8**, Suppl. L.–P., S236–S237.
55. Jackson J.D., et al. (2003) *Lancet*, **362**, 859–868.
56. Manzini P., Saracco G., Cerchier A., Riva C., Musso A., Ricotti E., Palomba E., Scolfaro C., Verme G., Bonino F., et al. Human immunodeficiency virus infection as risk factor for mother-to-child hepatitis C virus transmission; persistence of anti-hepatitis C virus in children is associated with the mother's anti-hepatitis C virus immunoblotting pattern (1995) *Hepatology*, **21**, 328–32.
57. Simpore J., Ilboudo D., Semandoulougou A., Guardo P., Castronovo P., Musumeci Salvatore HCV and HIV co-infection in pregnant women attending St. Camille Medical Centre in Ouagadougou (Burkina Faso) (2005) *J. Med. Virol.*, **75**, 209–212.

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

15.03.2008. Казахстан. ИА Regnum. В Казахстане создается коалиция партнерских организаций, гарантирующих соблюдение прав людей, живущих с ВИЧ. Об этом 14 марта, в ходе круглого стола «Адвокация людей, живущих с ВИЧ в Республике Казахстан» заявил Сагынгали Елькеев, президент организации «Равный–равному плюс». Он сообщил, что организации, вошедшие в коалицию и подписавшие меморандум о взаимодействии, будут постоянно получать информационную и организационную поддержку. В каждой организации будет ответственный сотрудник, к которому смогут обращаться ВИЧ-положительные за консультацией по вопросам получения тех или иных услуг. Обратившемуся будет гарантирована конфиденциальность информации о его ВИЧ-статусе и соблюдение его гражданских прав на получение всех видов услуг, гарантированных Конституцией Республики Казахстан. Проект поддержан Министерством здравоохранения, Министерством образования и науки и Министерством труда и социальной защиты Республики Казахстан.

13.03.2008. «Латвияс рейтинги». Профилактика ВИЧ на рабочих местах, недискриминация людей с ВИЧ, преодоление стереотипов и заблуждений, объединение усилий правительства, профсоюзов и работодателей в борьбе с эпидемией – эти вопросы обсуждались на днях во время совещания по итогам проекта МОТ и Министерства труда США «Программа просвещения на рабочих местах по вопросу ВИЧ в России». От имени Минздравсоцразвития Виктор Козбаненко, и.о. директора департамента министерства, выразил удовлетворение результатами проекта. Как отметил в своем выступлении Уильям Бернс, посол США в России, «четыре года назад этот проект стал первым в России в волне программ по профилактике ВИЧ на рабочих местах». Рабочие места были выбраны в качестве «площадки» не случайно. На фоне растущих темпов распространения эпидемии и ее выхода из отдельных уязвимых групп в общее население, основные усилия государственных и общественных организаций по-прежнему сосредоточены на лечении и работе с этими уязвимыми группами населения, в то время как работающему населению уделяется недостаточно внимания. Между тем, 80% ВИЧ-положительных – люди трудоспособного возраста. Кроме того, нельзя недооценивать тот факт, что у большинства из них есть семьи, таким образом, проблема людей с ВИЧ или их близких, затрагивает все общество. Мнение участников встречи выразил Михаил Шмаков, председатель Федерации независимых профсоюзов России: «Именно предприятия и организации могут стать наиболее эффективным каналом противодействия эпидемии СПИДа». Программа просвещения на рабочих местах осуществлялась в двух российских регионах – Московской и Мурманской областях, где на пилотных предприятиях были отработаны методики обучения безопасному поведению, а также формирования в трудовых коллективах толерантного отношения к людям, затронутым эпидемией. Основная идея – подготовить работодателей и работников к тому, что на их предприятии, в их трудовом коллективе могут появиться или уже появились люди с ВИЧ. Спектр участвовавших в проекте предприятий весьма широк – Мурманский торговый порт, предприятие сферы обслуживания, молодежная радиостанция, автотранспортное предприятие и др. Это позволило адаптировать методики обучения к особенностям различных отраслей и трудовых коллективов. Вместе с тренерами в обучении активно участвовали специально подготовленные «доверенные лица» из числа самих работников, ведь известно, что сложные и деликатные вопросы, к которым, безусловно, относится ВИЧ, гораздо лучше обсуждать с людьми, которых ты хорошо знаешь, а новые идеи лучше воспринимаются, когда они исходят от товарищей по работе. Принципиально важно, что проект опирался на инициативу и опыт самих работников, которые высказывали мнение о ходе программы, подсказывали идеи и содержание плакатов, информационных и обучающих материалов, объединенных общей темой – «Узнай об этом на работе». Елена Феоктистова, выступившая от имени Российского союза промышленников и предпринимателей, особо подчеркнула такое важное достижение проекта, как разработку модулей просветительской кампании и технологии их внедрения. «Это позволит активно подключиться к работе новым предприятиям, заинтересованным во внедрении новых подходов к борьбе с эпидемией», – отметила она. «Главным результатом проекта явилось то, что он способствовал изменению отношения к проблеме со стороны представителей правительства, работодателей и профсоюзов, которые взглянули на проблему с точки зрения сферы труда», – заявила Илэйн Фулц, директор Бюро МОТ в Москве. «То, что достигнуто, – это только начало. Необходимо продолжить работу и расширить ее охват для того, чтобы миллионы работников могли получить доступ к информации и услугам».

13.03.2008. Красноярск. Газета «Взгляд». Среди красноярской клубной молодежи с каждым днем все активнее обсуждается информация, что в увеселительных заведениях города за последнее время якобы сразу несколько человек были уколоты иголкой с ВИЧ, а в карманах у них оказались записки – «Теперь ты с нами!» или «Добро пожаловать в мир ВИЧ!». Информация о которой в начале марта говорили единицы, распространилась по городу с космической скоростью. Панические слухи обсуждают на полном серьезе посетители Интернет-форумов. Студентка, будущий химик Полина Рой рассылает сообщение о банде СПИД-террористов всем своим знакомым, чтобы тоже знали и передали другим. Она искренне верит, что такое может быть. Клубная молодежь даже говорит о неких конкретных людях, которые уже пострадали. При этом «конкретных людей» никто не видел, как их зовут – никто не знает. Где произошел хоть один реальный случай передачи ВИЧ – тоже неизвестно. Свидетелей нет. В больницу и милицию никто не обращался, передает телекомпания ТВК. В красноярском СПИД-центре о таких слухах знают. Два года назад такое явление пережил Питер, год назад – Нижний Новгород, Сургут и Новосибирск. Теперь вот докатилось до Красноярска. Специалисты говорят: вся проблема от безграмотности. Такой способ передачи вируса человеку невозможен. И таких случаев ни в Красноярске, ни в России не было и быть не может.

8 800 200 5555

РАВНЫЙ–РАВНОМУ

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ–ПОЛОЖИТЕЛЬНОМУ

ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ

«ШАГИ»

www.hiv-aids.ru

С газетой «Шаги экспресс»

к здоровому образу жизни