



ПОБФ «Общественное здоровье»

Полтавский межрегиональный
информационно-ресурсный центр
(ПМИРЦ) по вопросам ВИЧ/СПИД

Выпуск №5 (9)

«2011-й год – поворотный в противодействии
ВИЧ/СПИД». Доклад UNAIDS к
Международному дню борьбы со СПИД

МЕЖДУНАРОДНЫЙ УРОВЕНЬ

Україна отримує 86 млн. доларів на боротьбу з
ВІІ/СНІД

РЕГИОНАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ

Розпочинається проект із забезпечення
доступності лікування гепатиту С для вразливих
груп

Как самому разобраться в тестировании на ВИЧ
Советские профилактические плакаты

ПРАКТИКА

Экономический анализ программ Снижения
Вреда

МЕТОДОЛОГИЯ

Война с наркотиками – проиграна?
Полемика Юрия Крупнова и Льва Левинсона в
журнале «ИНДЕКС БЕЗОПАСНОСТИ. Российский
Журнал о Международной Безопасности»

ДИСКУССИИ

Социальный работник идет к психотерапевту

ТЕОРИЯ

Уильям С.Берроуз
«Исправленное и дополненное пособие для
молодого бойскаута»

БИБЛИОТЕКА

Анкета оценки бюллетеня

АНКЕТА

Дорогие друзья!

Мы сердечно поздравляем вас всех с наступающим 2012-м Новым годом!



2012

С уважением и надеждой на сотрудничество,
коллектив ПМИРЦ,
редколлегия бюллетеня,
сотрудники ПОБФ «Общественное здоровье».

«2011-й год – поворотный в противодействии ВИЧ/СПИД». Доклад UNAIDS к Международному дню борьбы со СПИД

В настоящее время почти 50% людей, соответствующих критериям лечения, имеют доступ к спасительной антиретровирусной терапии

Существенное расширение масштабов доступа, даже во время финансового кризиса, подчеркивает приверженность со стороны стран – новая концепция инвестирования поможет странам спасти большее число жизней и сэкономить средства



Слева направо: министр здравоохранения Германии Даниэль Бар, исполнительный директор ЮНЭЙДС Мишель Сидибэ, министр экономического сотрудничества и развития Германии Дирк Нибель.

Фото: ЮНЭЙДС/ С. Коол.

БЕРЛИН/ЖЕНЕВА, 21 ноября 2011 года – Новый доклад, опубликованный сегодня Объединенной программой Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), указывает на то, что 2011 год явился поворотным моментом в противодействии СПИДу, продемонстрировав небывалый прогресс в области науки, политического лидерства и результатов. В докладе также показано, что число новых случаев ВИЧ-инфекции и смертей в связи со СПИДом достигло самого низкого уровня по сравнению с пиком развития эпидемии. Число новых ВИЧ-инфекций снизилось на 21% по сравнению с 1997 годом, а смертность от связанных со СПИДом заболеваний уменьшилась на 21% по сравнению с 2005 годом.

«Даже в условиях тяжелейшего финансового кризиса страны добиваются результатов в противодействии СПИДу», - сказал Исполнительный директор ЮНЭЙДС Мишель Сидибэ. – «Мы видим как повсюду масштабное расширение доступа к лечению по поводу ВИЧ оказывает огромное воздействие на жизнь людей.»

По оценкам ЮНЭЙДС и ВОЗ, в 2010 году 47% (6,6 миллиона) из 14,2 миллиона людей, которым показана антиретровирусная терапия, получили доступ к спасительному лечению. По сравнению с 2009 годом их число увеличилось на 1,35 миллиона. В докладе также отмечается, что появились первые признаки того, как лечение при ВИЧ оказывает существенное влияние на уменьшение числа новых ВИЧ-инфекций.

В Ботсване, модели сексуального поведения оставались относительно стабильными с 2000 года, однако страна расширила охват лечением с менее чем 5% в 2000 году до более 80% в 2009 году, поддерживая этот уровень и по сей день. С конца 90-х годов показатель количества новых инфекций снизился более чем на две трети. Имеющиеся данные позволяют предположить, что – благодаря антиретровирусной терапии – число новых ВИЧ-инфекций сегодня на 30-50% меньше, чем оно могло бы быть в отсутствие антиретровирусной терапии. По мере того как лечение снижает вирусную нагрузку у человека, живущего с ВИЧ, до практически неопределяемого уровня, оно снижает и риск передачи вируса неинфицированному партнеру. Последние исследования показывают, что антиретровирусная терапия может повысить эффективность профилактики передачи ВИЧ до 96% среди пар.

По оценкам, в 2010 году насчитывалось:

34 миллиона [31,6 – 35,2 миллиона] человек, живущих с ВИЧ

2,7 миллиона [2,4 – 2,9 миллиона] новых ВИЧ-инфекций

1,8 миллиона [1,6 – 1,9 миллиона] людей, умерших от обусловленных СПИДом заболеваний

Лечение позволило предотвратить 2,5 миллиона смертей с 1995 года

Благодаря спасительному воздействию антиретровирусной терапии люди живут дольше, а смертность снижается. По оценкам, в 2010 году в мире было 34 миллиона [31,6 – 35,2 миллиона] человек, живущих с ВИЧ; смертность в связи со СПИДом снизилась с 2,2 миллиона [2,1 – 2,5 миллиона] в 2005 году до 1,8 миллиона [1,6 – 1,9 миллиона] в 2010 году. По оценкам, с 1995 года удалось предотвратить около 2,5 миллионов смертей в странах с низким и средним уровнем доходов благодаря расширению доступа к антиретровирусной терапии.

Прогресс в области профилактики ВИЧ

Число новых случаев ВИЧ-инфекций существенно уменьшилось или стабилизировалось в большинстве стран мира. В Африке к югу от Сахары это число уменьшилось более чем на 26% по сравнению с пиком эпидемии в 1997 году, наиболее заметно – на одну треть – в ЮАР, стране с наибольшим числом новых случаев ВИЧ-инфекции в мире.

В странах Карибского региона число новых случаев ВИЧ-инфекции уменьшилось на одну треть по сравнению с уровнем 2001 года, а в Доминиканской Республике и на Ямайке – более чем на 25%. В Южной и Юго-восточной Азии число новых ВИЧ-инфекций также уменьшилось более чем на 40% в период с 1996 по 2010 год. В Индии число новых ВИЧ-инфекций снизилось на 56%.

Однако число новых случаев ВИЧ-инфекции продолжает увеличиваться в странах Восточной Европы и Центральной Азии, Океании и Ближнего Востока и Северной Африки – в то время как оно остается стабильным в других регионах мира.

Снижение числа новых ВИЧ-инфекций обусловлено также изменениями в сексуальном поведении, особенно среди молодых людей, поскольку люди уменьшают число половых партнеров, чаще используют презервативы и позже начинают половую жизнь. Уровень распространенности ВИЧ уменьшился среди молодых людей по крайней мере в 21 из 24 стран с общенациональным показателем распространенности 1% или выше. Еще пять стран – Буркина-Фасо, Конго, Гана, Нигерия и Того – продемонстрировали снижение распространенности ВИЧ среди молодежи более чем на 25% в период с 2001 по 2010 год.

Показатель заражения ВИЧ (количество новых случаев инфицирования в год) в городских районах Зимбабве снизился с почти 6% в 1991 году до менее 1% в 2010 году. По данным исследований, благодаря изменениям в поведении удастся предотвратить порядка 35 000 новых случаев инфицирования ежегодно.

В докладе отмечается, что распространение обрезания среди мужчин также оказывает влияние на снижение числа новых ВИЧ-инфекций. Исследования показывают, что в кенийской провинции Ньянза расширение программ добровольного обрезания мужчин позволило предотвратить 2000 новых случаев инфицирования ВИЧ. Согласно оценкам, приведенным в докладе, обрезание 20 миллионов мужчин в странах Восточной и Южной Африки позволит предотвратить около 3,4 миллиона новых ВИЧ-инфекций к 2015 году.

По оценкам, начиная с 1995 года, в странах с низким и средним уровнем доходов к 2010 году удалось предотвратить около 400 000 новых ВИЧ-инфекций среди детей благодаря расширенному доступу к антиретровирусной терапии, почти половина (48%) всех беременных женщин, живущих с ВИЧ, получила доступ к схемам лечения, позволяющим предотвратить заражение ребенка вирусом.

Более разумные инвестиции для улучшения результатов

ЮНЭЙДС разработала новую концепцию инвестиций в меры противодействия СПИДу, позволяющих сосредоточить усилия на осуществлении высокоэффективных, обоснованных и качественных стратегий.

“Концепция инвестиций ориентирована на людей, а не на получение выгоды. В центре этого подхода – люди, а не вирус», - заявил г-н Сидибе.

Новый стратегический подход к расходованию средств позволит достичь исключительных результатов: с 2011 по 2020 год будет предотвращено по меньшей мере 12,2 миллиона новых ВИЧ-инфекций, включая 1,9 миллиона – среди детей, а также 7,4 миллиона смертей от обусловленных СПИДом заболеваний.

Концепция нацелена на реализацию шести базовых программных мероприятий. Это – целевая работа с ключевыми группами населения, которым грозит повышенный риск (в частности, работниками секс-бизнеса и их клиентами, мужчинами, вступающими в половые контакты с мужчинами, и потребителями инъекционных наркотиков); профилактика новых случаев ВИЧ-инфицирования среди детей; программы по изменению

поведення; пропаганда презервативов и их распространение; лечение, уход и поддержка людей, живущих с ВИЧ; добровольное мужское обрезание в странах с высоким уровнем распространенности ВИЧ.

Для максимальной результативности Концепции программные мероприятия должны учитывать критические факторы, такие как снижение стигмы, уважение прав человека и расширение потенциала общинных организаций, имеющие важное значение для успешного преодоления барьеров на пути эффективной реализации программ.

Внедрение Концепции для обеспечения к 2015 году всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ, и реализации целей, сформулированных в Политической декларации ООН по ВИЧ/СПИДу, принятой в 2011 году, потребует увеличения финансирования до 22-24 млрд долларов США в 2015 году. Если эту концепцию удастся полностью реализовать в ближайшие четыре года, глобальная потребность в ресурсах достигнет своего пика в 2015 году и начнет после этого постепенно снижаться; это делает меры противодействия СПИДу отличной инвестиционной возможностью, когда выгода превысит вложенные средства в течении жизни одного поколения.

В 2010 году на борьбу со СПИДом в странах с низким и средним уровнем доходов было выделено около 15 млрд долларов США. Финансирование со стороны доноров снизилось на 10% - с 7,6 млрд долларов США в 2009 году до 6,9 млрд - в 2010 году. В неблагоприятных экономических условиях будущее финансирование мер противодействия СПИДу зависит от разумного инвестирования.

В докладе к Всемирному дню борьбы со СПИДом подчеркивается: чтобы добиться снижения числа новых ВИЧ-инфекций и смертности, необходимы согласованные усилия и совместная ответственность.



Україна отримує 86 млн. доларів на боротьбу з ВІЛ/СНІД

15 грудня 2011 р. Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією (далі ГФ) підписав угоду з Україною про надання фінансування на програми протидії епідемії ВІЛ/СНІДу. Загальна сума гранту для України складає 301.7 млн. доларів США. Наразі гарантованим фінансуванням з боку ГФ є сума у 86 млн. доларів США на 2012-2013 роки. Основними реципієнтами, які будуть відповідати за реалізацію гранту, є Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом Міністерства охорони здоров'я України, МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» та ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ». Визначальним є те, що серед трьох Основних реципієнтів є і державна структура, що свідчить про збільшення ролі та відповідальності держави у сфері протидії епідемії ВІЛ/СНІД в Україні.

Грант ГФ буде направлений на заходи з профілактики, лікування, догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ та їх оточення, загального населення. Зокрема буде охоплено близько 180 000 споживачів ін'єкційних наркотиків, 19 000 дітей та підлітків з числа уразливих груп, майже 11 000 ВІЛ-позитивних пацієнтів на антиретровірусній терапії, 1 700 з них – люди, що перебувають у місцях позбавлення волі, 9 600 пацієнтів у програмі замісної терапії, більше 60 000 ВІЛ-позитивних людей та їхнього близького оточення, охоплених послугами з догляду та підтримки.

Україна виборола грант ГФ у складній ситуації браку міжнародних ресурсів на боротьбу з ВІЛ/СНІДом. Це накладає на Уряд України підвищену відповідальність щодо виконання зобов'язань перед Глобальним фондом. «Проект закону про грант Глобального фонду ще навіть й не розглядався Верховною Радою, показник Національної програми зі СНІДу по кількості пацієнтів на замісній терапії у цьому році буде виконано лише на 47%, а в проекті бюджету країни на 2012 з державного бюджету виділено 0 гривень на профілактику ВІЛ/СНІДу. Щоб не втрати грант, такі огріхи треба негайно виправляти», попередив **Андрій Клепиков**, виконавчий директор Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні.

«Ми, як представники громадянського суспільства, маємо надію, що завдяки отриманим коштам державна система охорони здоров'я буде розбудована настільки, що зможе самостійно, без залучення іноземних коштів, зупинити нарешті епідемію ВІЛ/СНІД в Україні. Україна повинна зрозуміти, що наступних мільйонів коштів вона може не отримати», – зазначив **Володимир Жовтяк**, Голова Координаційної ради Всеукраїнської мережі ЛЖВ.



Розпочинається проект із забезпечення доступності лікування гепатиту С для вразливих груп

З 1-го січня 2012 Альянс за підтримки Фундації Відкритого Суспільства (OSF) розпочинає реалізацію проекту з забезпечення доступності лікування гепатиту С для вразливих груп, шляхом зниження ціни на лікування та мобілізації спільнот уражених епідемією вірусного гепатиту С, з метою сприяти досягненню відповідних змін у політиці на національному та регіональному рівнях та ефективному використанню фінансових ресурсів, призначених для боротьби з вірусом гепатиту С.

Цільові групи: вразливі групи населення, особи, які приймають рішення (представники уряду, народні депутати України, ключові представники фармацевтичних компаній), загальне населення.

Основні завдання проекту:

1. Мобілізація громад та нарощення лідерського та адвокаційного потенціалу:

- розвиток мережі лідерів спільноти та адвокатів, які працюватимуть у напрямку забезпечення доступності лікування;
- координація роботи мережі;
- підвищення рівня знань представників спільноти та загального населення через інформаційні меседжі (повідомлення), що будуть розповсюджені серед не менше, ніж серед 7 млн. представників загального населення. До кампанії будуть залучені ключові мас-медіа канали, включаючи пресу, ТВ та інтернет-медіа;
- залучення щонайменше 5-ти НДО в адвокаційну діяльність реалізації регіональних адвокаційних стратегій.

2. Координація адвокаційної діяльності спільнот на національному рівні :

- координація роботи мережі на національному рівні у партнерстві з постійними партнерами Альянсу (ГО «Точка опори», ГО «Асоціація адвокатів ЗТ», БО «Ліга «Легалайф», БО «Всеукраїнська Мережа людей, які живуть з ВІЛ», БО «Світло надії» та ін.);
- проведення регулярних засідань робочої групи з метою координації адвокаційної діяльності на національному рівні та забезпечення врахування рекомендацій робочої групи відповідним органом МОЗ;
- розробка та реалізація 5-ти регіональних адвокаційних стратегій робочою групою;
- адвокатування затвердження національної стратегії.

3. Розробка та затвердження регіональних стратегій боротьби з епідемією вірусу гепатиту С:

- затвердження національної стратегії боротьби з вірусом гепатиту С, що забезпечить щонайменше 500 безкоштовних курсів лікування щорічно;
- розробка та затвердження регіональних стратегій;
- розробка стратегії зниження ціни та початок її впровадження;
- розробка регіонального механізму, контролюючого реалізацію національної та регіональних стратегій.

Тривалість проекту – 14 місяців.



Как самому разобраться в тестировании на ВИЧ

Разобраться в тестировании на ВИЧ бывает особо сложно, так как зачастую медицинские работники не готовы своим пациентам подробно пояснять об особенностях обследования на ВИЧ, а самостоятельно разобраться бывает достаточно сложно, так как большинство доступной информации или поверхностная, или недостоверная. Николай Недзельский, главный редактор портала AIDS.ru, изучил горы как национальных, так и зарубежных материалов об особенностях тестирования, а результатами изысканий делится в данной статье.

Многие люди, у кого был риск передачи ВИЧ, желают как можно скорее выяснить свой ВИЧ-статус, но чаще всего медицинские работники рекомендуют сдать тест на ВИЧ через три месяца, а потом еще через три месяца, а следом, обратиться в кабинет тестирования через год после рискованной ситуации. В каждом случае, медицинские работники утверждают, что есть вероятность ложного результата, или ссылаются то на официальные рекомендации, то на какие-то абстрактные научные данные. Вследствие этого, люди начинают изучать информацию о "симптомах ВИЧ" и "выискивать" у себя различные недомогания. В результате, на этой почве у некоторых людей развивается сильная ипохондрия и люди пополняют огромную армию "озабоченных здоровых", или как чаще всего их называют на постсоветском пространстве, СПИДофобов.



Можно долго выяснять каковы причины такой ситуации, хотя и так очевидно, что это связано с отсутствием повсеместного до-тестового консультирования. Ситуация также подкрепляется низким доверием россиян к системе здравоохранения, а также наличием большого количества предрассудков и мифов, вместо доступности подробной и достоверной информации об особенностях тестирования на ВИЧ.

Так, когда стоит сдавать анализ на ВИЧ? Когда тест показывает достоверный результат? В российских официальных документах говорится, что стоит рекомендовать человеку тестироваться до 12 месяцев. Британские специалисты в своих национальных документах утверждают, что достаточно и трех месяцев. В США считают, что тестирование стоит проходить до 6 месяцев. Так кто же прав? Чтобы найти ответ на этот вопрос, необходимо абстрагироваться от чьих-либо рекомендаций, а немного разобраться в том, как ведет себя вирус в организме человека после проникновения, как на это реагирует сам организм, какие факторы влияют на достоверность результата теста, а также что влияет на вероятность ложного результата. Только изучив такие понятия как сероконверсия и период окна, чувствительность и специфичность, а также умея сопоставлять эти понятия с распространенностью эпидемии, становится возможным разобраться в том, насколько полученный результат теста может быть ложным и какова вероятность этого.

Так давайте совместно разберемся в перечисленных понятиях, чтобы каждый индивидуально мог делать выводы о результатах своего тестирования на ВИЧ.

Сероконверсия

Сероконверсия – это иммунный ответ организма на проникновения какой-то инфекции (вирусов, бактерий, токсинов и т.п.). После того как происходит передача ВИЧ, вирус начинает размножаться, что приводит к росту концентрации вируса в организме. На внедрение вируса в организм изначально реагирует клеточный иммунитет, который отвечает за обнаружение и определение вируса. При достижении максимальной концентрации ВИЧ в крови человека гуморальный иммунитет начинает выработку антител к ВИЧ. В это период количество клеток CD4 снижается примерно на 20-40%. Процесс выявления микроорганизма путем обнаружения антител к конкретному вирусу и называется сероконверсией.



Антитела к ВИЧ начинают вырабатываться организмом сразу после передачи вируса и на протяжении нескольких последующих недель их концентрация постепенно увеличивается. В течение первых нескольких недель после передачи вируса вырабатывается такое количество

антител, что позволяет обнаружить их существующими тест-системами. Спустя некоторое время работа организма стабилизируется, вирусная нагрузка падает, что позволяет иммунной систем восстановиться (количество клеток CD4 восстанавливается до 80-90% прежнего уровня).

Сероконверсия иногда совпадает с физическими недомоганиями, которые относят к острой стадии ВИЧ-инфекции и в народе называют "симптомами". Считается, что примерно у 50% людей, которым передан ВИЧ, есть эти недомогания, хотя большинство из них даже не замечают их.

Когда недомогания присутствуют, чаще всего они похожи на "гриппозное состояние", и, как правило, сопровождаются одним или более проявлением: лихорадка, сыпь, увеличение лимфатических узлов, боли в мышцах и суставах. Реже бывает головная боль, неприятные ощущения в горле, диарея или другие желудочно-кишечные нарушения. Часто во время острой стадии ВИЧ-инфекции возможны отклонения и в лабораторных показателях, которые могут проявляться повышением уровня провоспалительных цитокинов и краткосрочного снижения лимфоцитов, за счет увеличения клеток CD8 и общих лимфоцитов.

Эти недомогания обычно начинаются через 1-4 недели после передачи ВИЧ и почти всегда проходят в течение двух-трех недель. Хотя увеличение лимфатических узлов и усталость могут сохраняться на более длительное время. Обычно к завершению острой стадии ВИЧ-инфекции организм уже производится достаточное количество антител, чтобы обнаружить их современными тест-системами.

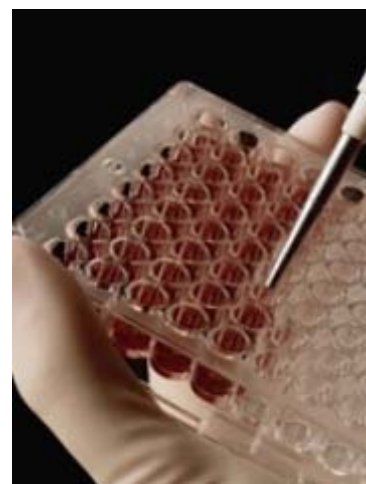
Поскольку большинство недомоганий не являются специфическими, не всегда бывают, и зачастую могут быть просто незамеченными или ошибочно приняты за другие вирусные инфекции, симптоматика не может быть надежным признаком сероконверсии, а значит, не являются основанием для диагностики ВИЧ-инфекции.

В период сероконверсии наиболее высок риск передачи вируса от человека с ВИЧ, ведь в этот момент достигается максимальная концентрация вируса в крови, такая же, как на стадии СПИДа.

Период окна

"Период окна" - это период времени между передачей ВИЧ и появлением сероконверсии, когда антитела и антиген к ВИЧ еще отсутствуют или находятся в достаточно малом количестве. Именно в этот период не возможно определить наличие ВИЧ-инфекции тест-системами, которые используются для скрининга населения. Поэтому тем, у кого был риск передачи ВИЧ рекомендуется проходить тестирование на ВИЧ спустя несколько недель после рискованной ситуации. Однако о точных сроках сказать очень сложно, ведь для выработки необходимого количества антител и антигена, достаточных для их обнаружения, из-за индивидуальных особенностей конкретного организма, понадобится различное время.

В более ранних международных и национальных рекомендациях о тестировании на ВИЧ предлагалось дожидаться трех месяцев после рискованной ситуации, перед тем как проходить обследование на ВИЧ. Однако современные тест-системы четвертого поколения, которые определяют как наличие антител, так и антигена, и которые зачастую используются в диагностике, настолько чувствительны, что срок "периода окна" стал намного меньше. Именно по этой причине в рекомендациях многих стран уже изменены сроки для проверки на ВИЧ. К примеру, действующие с 2008 года в Великобритании принципы тестирования утверждают, что достаточно одного месяца после риска, чтобы определить есть ВИЧ у человека или нет. Многие эксперты поддерживают такое утверждение, считая, что между передачей вируса и возможностью выявить вирус, проходит даже меньше времени - от одной до трех недель.



Тем не менее, специалисты зачастую не готовы сообщать такую информацию своим пациентам, так как опасаются, что те могут не правильно ее интерпретировать, в результате чего раньше времени прекратят обследование на ВИЧ и упустят возможность ранней диагностики. Учитывая, что "период окна" зависит в первую очередь от типа тест-систем, которые используются для диагностики, а люди не всегда знают, какими тест-системами их проверяли, существует опасность, что люди запутаются в информации и у них сформируются ложные представления о "периоде окна". К примеру, в разных лабораториях могут использовать тест-системы разных поколений, где-то последнего, четвертого поколения, а где-то более ранних поколений, к примеру, с "периодом окна" в двенадцать недель.

Хотя обследование на ранних сроках не обязательно покажет недостоверный результат, всем проходящим тестирование важно понимать, что возможен ложноотрицательный результат (подробнее об этом читайте ниже), и необходимо на более поздних сроках пройти повторное тестирование.

В официальных документах США и европейских стран рекомендовано сдавать тест через три месяца после рискованной ситуации, что бы полностью исключить наличие ВИЧ. Некоторые специалисты считают, что для этого достаточно окончательно обследоваться через шесть недель после риска. При этом в российских рекомендациях врачи обязали предлагать своим пациентам проходить тестирование на ВИЧ через 3, 6, а иногда и 12 месяцев после рискованной ситуации.

Продолжительность "периода окна"

Точные данные по продолжительности "периода окна" трудно определить по ряду объективных причин. Чтобы провести такие расчеты исследователи должны знать точную дату, когда у человека был рискованный контакт с ВИЧ-положительным партнером, а затем иметь несколько образцов его крови, взятые в разное время и проверенные различными методами (определение РНК ВИЧ, антигена и антител к ВИЧ). Если бы эти данные можно было собрать у большого количества людей, тогда бы появилась возможность рассчитать средний срок, в течение которого тесты не способны обнаружить наличие ВИЧ-инфекции.

Но существует возможность ПЦР-тестами определить дату, когда у людей впервые обнаруживается РНК ВИЧ, а затем выявить срок, через который анализы на антитела и антиген покажут положительный результат. Существует достаточное научных данных, на основании которых можно утверждать, что тест-системы четвертого поколения обнаруживают антитела к ВИЧ примерно через 10 дней после того, как ВИЧ РНК показывал положительный результат. Учитывая, что точно выяснить через какое время после передачи вируса ПЦР-тест покажет положительный результат фактически не возможно, то и точно просчитать общую продолжительность "периода окна" не предоставляется возможным.



Один из способов расчета "периода окна" - это использовать даты первого обнаружения РНК ВИЧ как точку отсчета (Fiebig EW, 2003). Известно, что тест-системы четвертого поколения способны выявить антиген p24 примерно через 5 дней (минимум 3, максимум 8 дней), а антитела к ВИЧ примерно через 10 дней после обнаружения ВИЧ РНК (минимум 7, максимум 13 дней). Так через какое промежуток времени после проникновения вируса в организм возможно обнаружить его РНК?

Моделируя ситуацию на животных, ученые выяснили, что изначально вирус размножается в основном в месте проникновения, и только потом распространяется по всему организму. Этот временной промежуток по одним данным колеблется от 4 до 11 дней (Kahn JO, 1998), а по другим, от 1 до 2 недель и более (Busch MP, 1997, Coombs RW, 2008). Если мы используем десять дней, как срок для этого периода, то расчеты будут выглядеть следующим образом: первое обнаружение РНК ВИЧ - примерно через десять дней после передачи вируса; первое обнаружение p24 - примерно через 15 дней после передачи вируса; первый обнаружения антител - примерно через 20 дней после передачи вируса.

Однако эти средние сроки периода между проникновением вируса в организм и обнаружением его в крови. У разных людей "период окна" будет различаться и как полагают некоторые специалисты, эти период может увеличиваться на несколько недель.

Ложные результаты

В идеале обследование на ВИЧ должно в 100% случаев точно определить всех людей у кого есть ВИЧ, и у кого вируса нет. Хотя тесты позволяет с высокой точность проводить диагностику на ВИЧ, они не достигают 100% точности.

Недостоверные результаты теста могут быть или ложноотрицательные, или ложноположительные. Ложноотрицательный результат это когда тест не обнаружил антитела или антиген у человека, который на самом деле имеет ВИЧ. Чаще всего это происходит во время "периода окна", когда антитела и антиген присутствуют в недостаточной концентрации для их обнаружения. Ложноположительный результат может быть у человека, который не имеет вирус в организме, но по тем или иным причинам результат его

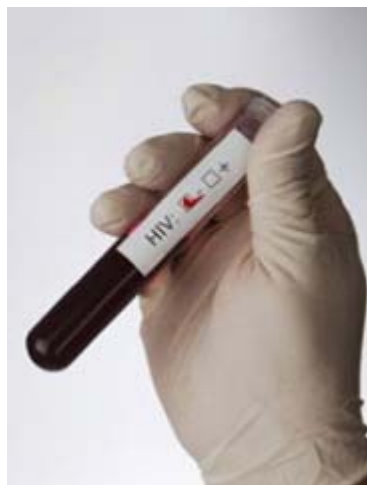
тестирования дает положительную реакцию. Это может произойти, если тест-система какие-то белки не связанные с ВИЧ, определила как антитела к ВИЧ.

Учитывая, что при первичной проверке существует вероятность, что положительный результат может быть ложным многие специалисты предпочитают не использовать фразу "у вас ВИЧ", а говорить "ваш тест показал положительный результат". Для того, что бы убедиться, что положительный результат на первичном тестировании был ложный, необходимо проводить дальнейшую диагностику с использованием подтверждающих тестов.

То, что тест может показать ложноположительный или ложноотрицательный результат связанна с такими характеристиками как чувствительность и специфичность.

Чувствительность и специфичность

Чувствительность и вероятность получения ложноотрицательных результатов - два высказывания, которые говорят об одном и том же, о возможности тест-системы правильно определить наличие ВИЧ у человека. Аналогичным образом, специфичность и вероятность получения ложноположительного результата - два различных высказывания о возможности тест-системы для определения, что у человек нет ВИЧ.



Чтобы лучше понять, давайте представим, что в некоем населенном пункте проживает 1000 человек, из которых у 100 есть ВИЧ, а у остальных 900 человек вируса нет. Иными словами, в нашем гипотетическом примере у 10% населения есть ВИЧ, из уст эпидемиологов это звучит еще как 10% пораженность населения. Цель тестирования - при обследовании у всех 100 человек имеющих ВИЧ выявить наличие вируса, при этом никому не поставив ложный диагноз.

Тест-система с 99% чувствительностью покажет 99 положительных результата из 100 человек с ВИЧ, и у 1 человек с ВИЧ (1%) тест покажет ложноотрицательный результат. Если же тест специфичен на 98%, то из 900 человек, не имеющих ВИЧ, у 82 будет отрицательный результат. Однако, у 18 человек (2%) не имеющих вируса, результат будет ложноположительный.

Стратегия, которая используется при тестировании на ВИЧ состоит из двухуровневого обследования человека: сначала, при первичном обследовании, используются тест-системы с высокой чувствительностью (чтобы выявить как можно больше случаев ВИЧ-инфекции, снизить вероятность ложноотрицательных результатов, при этом допустив ложноположительные результаты), а при второй проверке используется подтверждающий тест с высокой специфичностью (чтобы выявить и минимизировать ложноположительные результаты).

Положительная и отрицательная прогностическая значимость тестов

Для полного понимания достоверности тестов на ВИЧ, необходимо рассматривать еще один из важнейших показателей - распространенность ВИЧ. Положительная прогностическая значимость является доля тех, у кого ИФА-тест показал положительный результат, и в дальнейшем диагноз был подтвержден. Хотя на первый взгляд это может показаться той же чувствительностью, в реальности это другое понятие, которое зависит в первую очередь от распространенности ВИЧ-инфекции в том или ином регионе или в том или ином сообществе.

Положительная прогностическая ценность - это количество тех людей, у кого было выявлено и подтверждено наличие "ВИЧ-инфекции", деленное на количество полученных положительных результатов (то есть, включая ложноположительные). В нашем примере, мы имели 117 человек с положительным результатом, из которых у 99 человек действительно есть ВИЧ, а у 18 - ложноположительный результат. Положительная прогностическая ценность в этом случае рассчитывается по формуле $(99 \times 100) / 117$, и будет равна 84,6%. Иными словами, когда в нашем гипотетическом примере существует 10% пораженность населения, то там вероятность получить положительный результат будет примерно 15%. Это касается не только территориального признака, но и принадлежность к тому или иному сообществу. В сообществах с более высокой распространенностью ВИЧ-инфекции прогностическая значимость будет выше.

Поскольку большинство тестов, которые используются при скрининге населения, имеют относительно низкие положительное прогностическое значение в обществе, где ВИЧ-инфекция встречается довольно редко, диагнозом "ВИЧ-инфекция" никогда не ставится на основании одного результата теста, а обязательно

используются дополнительные подтверждающие тесты. При комплексном обследовании человека с использованием двух или трех различных тестов, положительная прогностическая значимость будет очень высокой.

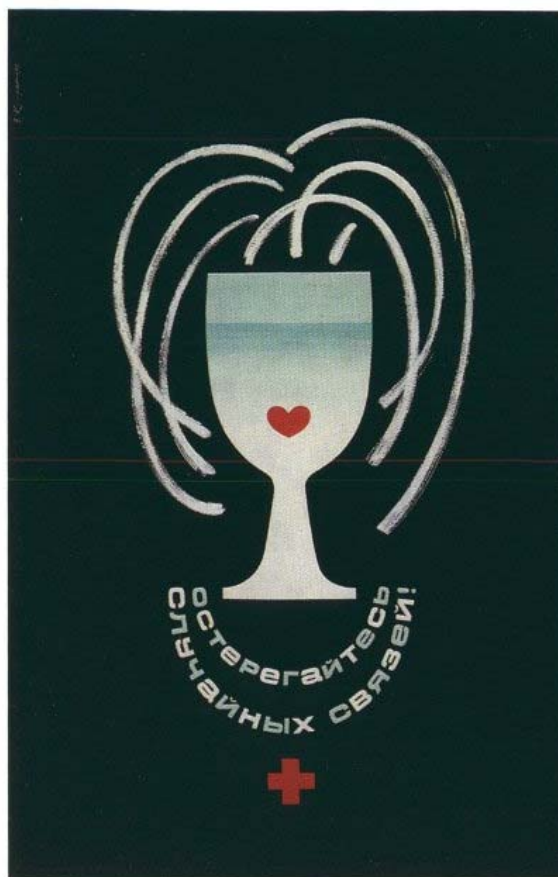
С другой стороны, отрицательная прогностическая значимость определяется как доля тех, у кого ИФА-тест показал отрицательный результат, и в дальнейшем было подтверждено, что у них нет вируса. Этот показатель также зависит от распространенности ВИЧ-инфекции. Отрицательная прогностическая ценность - это количество тех, у кого определено отсутствие вируса, деленное на количество полученных отрицательных результатов.

В нашем примере было 900 подтвержденных отрицательных результатов и 1 ложноотрицательный, а значит отрицательная прогностическая ценность, рассчитанная по формуле $(900 \times 100) / 901$, будет составлять 99,9%. Такие цифры говорят о том, что полученный отрицательный результат тестирования на ВИЧ действительно показывает достоверный результат, и у человека нет ВИЧ-инфекции.



Советские профилактические плакаты

Стой! Ночная панель (1929 г.)



Кайдан Е.А. Остерегайтесь случайных связей! (1971 г.)

Браз А. Случайная связь промелькнет как зарница.... (1986 г.)



Акманов Р. Продажная любовь



[см. далее.](#)

Экономический анализ программ Снижения Вреда

По [прочтении](#) этого пособия вы узнаете:

- о чем свидетельствуют последние данные экономического анализа программ снижения вреда и какие выводы из этого можно сделать с точки зрения политических решений;
- как использовать анализ эффективности затрат и анализ затрат и результатов при адвокации внедрения программ и политики снижения вреда, а также что можно сделать для получения дополнительной информации по затратам и результатам снижения вреда в вашем городе;
- как объединить данные исследований, проведенных в странах Запада, с данными по странам Восточной Европы и Центральной Азии с целью усиления аргументации;
- где найти дополнительные материалы по теме.



Война с наркотиками – проиграна?

Полемика Юрия Крупнова и Льва Левинсона в журнале «ИНДЕКС БЕЗОПАСНОСТИ. Российский Журнал о Международной Безопасности»

Что определяет современную наркополитику? Существует ряд международных рамочных соглашений, конвенций, деклараций, в соответствии с которыми выстраиваются законы по наркополитике на национальном уровне. Существует ряд организаций и форумов, которые отвечают за то, чтобы воплощать данные соглашения, а также вносить в их изменения. Архитектура современной наркополитики и как с ней взаимодействуют и могут взаимодействовать те, кто хочет наркополитику улучшать – тема данной рубрики.

Читать [далее.](#)



Социальный работник идет к психотерапевту

Автор: [socfactor](#)

Это небольшая зарисовка в формате «накипело». Она содержит некоторые наблюдения из собственного опыта и из опыта коллег и друзей. Под социальной работой я здесь подразумеваю более широкое поле профессий – т.е. всех тех, кто работает, в социальной сфере, например, социальные работники где бы то ни было, социальные педагоги в школах, психологи в школах, в тюрьмах, в домах для престарелых, сотрудники НКО и благотворительных организаций, и т.п. Под психотерапией – психотерапию, с которой я сталкиваюсь сейчас у нас в стране, или скажем уже, в Москве.

Когда социальный работник идет к психотерапевту – это хороший знак, это необходимо для того, чтобы не выгореть. Все мы можем прочитать об этом в учебниках: супервизия и личная терапия. С супервизией могут быть проблемы, потому что эта практика еще не совсем популярна, да и многие социальные сферы только начинают осваиваться социальными работниками, то есть порой еще слишком рано, чтобы можно было найти опытного наставника. С личной терапией вроде бы все должно быть в порядке. Ан нет.

Честно говоря, в последнее время я выбираю терапевта, словно бы это я сама принадлежу к некоей социально исключенной группе, как будто это я ношу в себе некую стигму. И стигма эта – «работник социальной сферы». И я точно знаю при каких терапевтах мне не стоит даже заикаться о своей работе.

Да, моя работа, кажется, не из сладких – паллиативная помощь детям. До этого моя деятельность тоже была благоприятной для интерпретаций – уличная работа с потребителями наркотиков. И да, очень часто выходило, что мой выбор профессии считался некоей паталогией – терапевты хотели исследовать мое прошлое и найти

некоторый травмирующий опыт, который бы объяснял мой выбор профессии и «выводил на чистую воду» мои ценности – например, стремление к социальной справедливости и т.п. Недавно я предложила работать в социальной сфере одной из своих знакомых, однако ее терапевт «отговорил» ее, кажется, используя тот же нехитрый механизм.

Одна из моих ценностей, которые интерпретируются без запроса, – отсутствие большого интереса к успешной частной практике и к зарабатыванию очень-очень больших денег. Отсутствие этого интереса словно бы подчеркивает «патологичность» моего выбора профессии. Хотя я сейчас зарабатываю достаточно, думаю, что даже больше, чем некоторые частнопрактикующие терапевты. Предложение поисследовать эту мою «проблему» нелюбви к успешности вызывает желание предложить терапевту поисследовать некоторую его проблему, а именно – его собственные отношения с деньгами и успехом, которые вынуждают его ставить под вопрос мой стиль жизни. К сожалению, такая установка у наших терапевтов распространена, что делает поиск терапевта для социального работника достаточно сложной задачей.

Один из терапевтов, с которыми мне довелось обсуждать работу, сказал мне как-то, что он «не верит» в то, что я делаю, считает то, что я делаю неэффективным. Для социальной работы, которая стремится в своей научной части быть «evidence-based», такой взгляд – профанация. Я использую только те практики, что доказали свою эффективность, и если терапевт не верит в меня в этом вопросе и высказывается в регистре мнения, а не знания, лично я теряю к нему доверие. Мною это переживается как очень грубая оценка.

И еще одно наблюдение – когда я говорю о своей работе, терапевты часто кивают головой и вздыхают «тяжелая работа». Думаю, что это ошибка феноменологического плана. Возможно, для терапевта моя работа – тяжелая, но мне гораздо проще составить план работы с семьей и работать по этому плану в течение месяца, чем три года проводить долгосрочную терапию с одним и тем же клиентом, который каждую встречу размышляет об экзистенциальных данностях. По мне, такая работа гораздо тяжелее моей. Похоже, что когда терапевт боится работы клиента, это не добавляет глубины их отношениям.

И последний жгучий вопрос – это плата за терапию. С этим туго, ибо если Вы нашли терапевта с «правильными» ценностями, может быть сложно убедить его в том, что Ваша работа не лежит в области коммерции, и Вы не готовы платить много. Разве отсутствие у Вас денег значит, что Вы с Вашей работой недостойны качественной психотерапии? Если бы терапевты совсем не практиковали гибкую ценовую политику, выходило бы, что работникам социальной сферы доставались бы только терапевты-новички и только на краткий период. К счастью, можно найти терапевта с опытом, с которым можно договориться.

Вышло так, что самый важный критерий для меня в поиске терапевта сейчас – его собственный опыт в социальной сфере. Кажется, что если терапевт сам частично практикует, он может учесть все те нюансы, описанные выше, что сделает Вашу работу по-настоящему эффективной, а не вечной борьбой одного взгляда на мир и другого (которые в общем-то, имеют не такие уж и жесткие границы).

Саша



Уильям С.Берроуз

«Исправленное и дополненное пособие для молодого бойскаута»

"По всей Англии элитные отряды разносят послания смерти. У них опрятные униформы со всякими забавными безделушками: на рукавах - череп со скрещенными костями, шлемы, которые, кажется, подмигивают, а на машинах - синие вращающиеся мигалки в виде черепа. И, конечно, отдельные безумные педики достали себе костюмы в виде скелета"

[Читать](#)



Анкета оценки бюллетеня

Оцените, пожалуйста, бюллетень в баллах по десятибалльной шкале:

Оцените отдельно содержание и вид бюллетеня по десятибалльной шкале:

содержание –

вид –

Бюллетень удобен или неудобен для чтения в компьютерном варианте?

Что Вы рекомендуете изменить для его удобства?

Какие изменения Вы рекомендуете сделать в оформлении бюллетеня?

Какие изменения Вы рекомендуете сделать в содержании бюллетеня?

Возможно, есть смысл ввести новые рубрики? Материалы на какие темы Вы хотели бы видеть в наших выпусках?

В каком электронном формате Вам удобно получать бюллетень (.pdf, .txt, .doc, .html)?

Ваши особые замечания к бюллетеню:

Спасибо за Ваши ответы!

Заполненные анкеты с вашими пожеланиями и предложениями
скопируйте в отдельный документ Word и присылайте на gromazdo@mail.ru



Информационный электронный бюллетень Полтавского межрегионального информационно-ресурсного центра по вопросам ВИЧ/СПИД.

Інформаційний електронний бюлетень Полтавського міжрегіонального інформаційно-ресурсного центру з питань ВІЛ/СНІДу.

Виходить двома мовами (українською, російською) двічі на квартал (6 разів на рік).

Редакционная коллегия:

Координатор ПМИРЦ:

Андрей Протопопов
andriy_protopopov@afew.org

**ПОЛТАВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ БЛАГОДІЙНИЙ
ФОНД**

“ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ’Я”

Редактор выпуска:

Анатолий Волик
avolik@inbox.ru

Ідентифікаційний код **21064464**
36034 УКРАЇНА, м. Полтава, вул. Половка, 66-
Б, оф.402

Ответственный за выпуск:

Никита Воловод
nickvolovod@gmail.com

Тел/факс (0532) 518-340
E-mail: gromazdo@mail.ru

Це видання було підготовлено до друку ПОВФ «Громадське здоров’я» в рамках проекту «Безпека. Знання. Підтримка» в м. Полтава.

Продукція видана за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Підтримка з метою запобігання ВІЛ/СНІД, лікування і догляд для найуразливіших верств населення в Україні».

Викладені тут думки та точки зору є думками та точками зору організації, яка видала цю продукцію, та не можуть розглядатися як думки або точки зору МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».



БЕЗПЕКА • ЗНАННЯ • ПІДТРИМКА

