

Роваміцин®

Спіраміцин

Коли безпека важлива



- Широкий спектр антимікробної дії, включаючи типові та атипові збудники¹
- Найменший рівень лікарської ваємодії серед макролідів²
- Відсутність прокінетичної активності³

Склад. 1 таблетка містить спіраміцину 1 500 000 МО або 3 000 000 МО. **Показання.** Лікування інфекцій, спричинених мікроорганізмами, чутливими до спіраміцину: Підтверджений тонзиліфарингіт, спричинений бета-гемолітичними стрептококами групи А (як альтернатива лікуванню бета-лактамами антибіотиками, особливо якщо вони не можуть бути застосовані); гострий синусит (зважаючи на мікробіологічні характеристики інфекції, застосування макролідів показане, коли лікування бета-лактамами антибіотиками є неможливим); суперінфекція при гострому бронхіті; загострення хронічного бронхіту; негоспітальна пневмонія у пацієнтів, які не мають факторів ризику, тяжких клінічних симптомів, клінічних факторів, які свідчать про пневмококову етіологію захворювання. У разі підозри на атипову пневмонію застосування макролідів є доцільним незалежно від тяжкості захворювання та анамнезу. Інфекції шкіри з доброякісним перебігом: імпетиго, імпетигінізація, ектима, інфекційний дермо-гіподерміт (особливо бешиха), еритразма; інфекції ротової порожнини; негонококові генітальні інфекції; хіміопрофілактика рецидивів гострої ревматичної гарячки у хворих, у яких алергія на бета-лактамі антибіотики; токсоплазмоз у вагітних жінок; профілактика менінгококкового менінгіту в осіб, яким протипоказане застосування рифампіцину. **Спосіб застосування та дози.** Таблетки, що містять 3 000 000 МО спіраміцину, не застосовують дітям. Таблетки, що містять 1 500 000 МО спіраміцину, не застосовують дітям віком до 6 років через ризик розвитку ядухи. Таблетки Роваміцин®, вкриті оболонкою, дрібнити та ділити не можна! Пацієнтам з нормальною функцією нирок таблетки препарату Роваміцин® рекомендовано приймати у таких дозах: дорослим по 6 000 000-9 000 000 МО (2-6 таблеток на добу за 2-3 прийоми); дітям віком від 6 років – 1 500 000-3 000 000 МО на кожні 10 кг маси тіла на добу за 2-3 прийоми. Пацієнтам з нирковою недостатністю немає необхідності коригувати дозування. **Побічні реакції.** Шлунково-кишковий тракт: диспепсія, зокрема біль у шлунку, нудота, блювання, діарея. *Реакції гіперчутливості*, включаючи висипання, кропив'янка, свербіж, почервоніння шкіри; *Серцеві порушення.* Подовження інтервалу QT, шлуночкова аритмія, шлуночкова тахікардія, двонаправлена (поліморфна) шлуночкова тахікардія (*torsades de pointes*), які можуть призвести до зупинки серця. *Вагітність.* У разі необхідності спіраміцин можна призначати у період вагітності. Дотепер не було виявлено ніяких тератогенних чи фетотоксичних ефектів при широкому застосуванні препарату вагітним жінкам. **Упаковка.** Роваміцин® по 1 500 000 МО: № 16 (8x2): по 8 таблеток у білестері, по 2 білестери в картонній коробці. Роваміцин® по 3 000 000 МО: №10 (5x2): по 5 таблеток у білестері, по 2 білестери в картонній коробці або №10 (10x1): по 10 таблеток у білестері, по 1 білестеру в картонній коробці.



SAUA.SPI.16.01.0002

¹ Справочник по антимикробной терапии: справочник врача/ Под ред. Р.С.Козлова. — 3-е изд., перераб. и дополн. — К.: ООО «Доктор-Медиа», 2012. — 460 с. — (Серия «Библиотека «Здоров'я України»)

² Арефьева М.О. Макролиды в лечении негоспитальной пневмонии у беременных // Медицинские аспекты здоровья женщины. — 2010.— № 7/3.— С. 12–16.

³ Жаркова Л.П. Возможности применения спирамицина в лечении респираторных инфекций в педиатрической практике // Фарматека. — 2012.— № 2/12.— С. 74–79.

Інформація про лікарський засіб для розміщення у виданнях, призначених для медичних та фармацевтичних працівників, а також для розповсюдження на спеціалізованих семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Інформація надана в скороченому вигляді. З повною інформацією про препарат можна ознайомитися в інструкції для медичного застосування препарату Роваміцин® Р.П. МОЗ України № UA/6053/01/01, № UA/6053/01/02. Наказ № 6 від 11.01.2016

ТОВ «Санofi-Авентіс Україна». Київ, 01033, вул. Жилиняська, 48–50а, тел.: +38 (044) 354 20 00, факс: +38 (044) 354 20 01.

SANOFI 

Антибіотикорезистентність — проблема, у вирішенні якої може і має брати участь кожен лікар

В останні десятиліття відзначається катастрофічно швидке зростання резистентності збудників інфекційних захворювань до антибіотиків, за яким просто не встигають вчені і фармацевтичні компанії, зайняті розробкою нових протимікробних засобів. Чи справді людство перебуває на порозі нової серйозної війни з бактеріями? Чия в цьому вина і що медична громадськість може зробити, щоб врятувати ситуацію? Спробуємо розібратися з цим у статті.

Антибіотикорезистентність як загроза безпеці людства: аргументи і факти

Ще 2000 року в доповіді експертів ВООЗ з'явилася така фраза: «Наші прадіди жили без антибіотиків, і може статися, що й наші правнуки будуть жити без них». Виглядає, наче сценарій апокаліптичного фільму. Але давайте залишимо емоції осторонь і розглянемо факти.

Які втрати людство несе в боротьбі з резистентними збудниками вже сьогодні? Доведений факт: у разі інфекцій, зумовлених резистентними штамми мікроорганізмів, має місце більш тяжкий перебіг; такі хворі частіше потребують госпіталізації, причому тривалість їх перебування в стаціонарі є більшою, а для лікування необхідне застосування комбінованої антибіотикотерапії з використанням резервних препаратів. Усе це призводить до збільшення витрат на лікування, погіршує прогноз для здоров'я і життя пацієнтів, а також створює сприятливі умови для виникнення епідемій (Козлов Р.С., 2008). За даними Центрів з контролю і профілактики захворювань США, щороку не менш ніж 2 млн мешканців цієї країни інфікуються бактеріями, резистентними до антибіотиків, приблизно 23 тис. таких хворих помирають унаслідок резистентних інфекцій. У Європі, за оцінками експертів, річна кількість летальних наслідків інфекцій, спричинених резистентними патогенами, приблизно така ж, як у США, а загальносвітовий показник обчислюється сотнями тисяч. Інфекції, зумовлені резистентними збудниками, можуть розвинути в будь-якої людини, навіть у здорових дорослих у розквіті сил. І хоча ступінь ризику істотно варіює, фактично ніхто на 100% не захищений від цих інфекційних агентів. Крім того, у випадку антибіотикорезистентних збудників значно збільшується вартість терапії. Наприклад, за оцінками Європейського центру з профілактики та контролю захворювань, тільки в країнах ЄС додаткові збитки від резистентних до антибіотиків бактерій сягають 1,5 млрд євро на рік.

Які ж прогнози на майбутнє? На жаль, невтішні. В огляді щодо стійкості до протимікробних препаратів, який підготували британські експерти під керівництвом Jim O'Neill у 2014 р., йдеться про те, що якщо антибіотики втрачатимуть ефективність такими ж темпами, як і сьогодні, то у 2016-2050 рр. резистентні інфекції обійдуться світовій економіці в 100 трлн доларів. (Станом на сьогодні це еквівалентно 10 тис. доларів на одного жителя планети.) При збереженні нинішніх тенденцій до 2050 р. антибіотикорезистентність буде причиною смерті 10 млн осіб щороку (рис.).

І рік не лише в тім, що інфекційні захворювання, свого часу взяті під контроль, знову «піднімуть голову» і стануть забирати мільйони життів. Під загрозою опиняться багато інших видів лікування, включно з хірургічними втручаннями, хіміотерапією і лікуванням аутоімунних захворювань, адже їхня безпека безпосередньо залежить від ефективності протимікробної профілактики.

Що людство може протиставити бактеріям у цій поки що рівній боротьбі? Стрімкий науковий прогрес, який забезпечив появу цілої низки нових груп протимікробних засобів у 1950-1960-ті роки й ефективну модифікацію вже наявних молекул протягом 1970-1980-х, дозволив повірити, що ми завжди залишатимемося попереду патогенних мікроорганізмів. Однак на рубежі століть стало зрозуміло, що наші ресурси не є нескінченними. Перелік нових антибіотиків просто вичерпався, а наявні препарати стрімко втрачають ефективність. Незважаючи на зусилля вчених, за останні 25 років арсенал лікарів не поповнився жодним принципово новим класом антибіотиків. І навіть по класах ситуація невтішна: якщо в 1983-1987 рр. Агентство з контролю продуктів харчування і лікарських засобів США (FDA) схвалило 16 молекул протимікробних засобів, то в поточному десятилітті статистика зовсім інша — один препарат на кілька років. Витрати на розробку нового антибіотика, за оцінками фахівців, перевищують 1 млрд доларів, а оскільки резистентність до них розвивається дуже швидко, фармацевтичні компанії всерйоз замислюються про доцільність подальших пошуків.

Хто винен?

Отже, варто визнати, що в цій ситуації, безумовно, не обійшлося без мікроорганізмів. Природа наділила їх здатністю не тільки виробляти резистентність

до антибіотиків (причому задовго до відкриття пеніциліну Флемінгом), а й ділитися цією властивістю з іншими бактеріями (шляхом горизонтального перенесення генів).

Однак до наближення катастрофи доклала руку й людина — надзвичайно широке застосування антибактеріальних препаратів стимулювало мікроорганізми виробляти до них резистентність значно швидшими темпами. Чи означає це, що впровадження в клінічну практику антибіотиків було помилкою? Аж ніяк. А ось нерациональне і надмірне використання цих засобів відіграло важливу роль у формуванні проблеми антибіотикорезистентності.

Одними з найважливіших причин є доступність антибіотиків населенню в багатьох країнах світу і висока частота самолікування, що нерідко є неадекватним. Так, за даними Європейського центру з профілактики та контролю захворювань, 40% європейців переконані, що антибіотики ефективні при застуді і грипі.

Свій внесок у погіршення обставин, на жаль, вносять і лікарі. Недостатня обізнаність клініцистів щодо правил рациональної антибіотикотерапії, а іноді й нездатність встояти перед наполегливими проханнями пацієнтів і їхніх батьків, призводять до невинуватих або неадекватних призначень антибактеріальних препаратів. Відсутність просвітницької роботи з пацієнтами (зокрема, про необхідність завершення повного курсу антибіотикотерапії) стає причиною дострокового припинення лікування. Усе це сприяє формуванню і поширенню резистентних штамів мікроорганізмів.

Ситуацію також ускладнює недостатній контроль за використанням протимікробних засобів у ветеринарії і сільському господарстві. Застосування у тваринництві антибіотиків у малих дозах як добавки до корму для худоби з метою стимулювати її зростання є загальноприйнятою практикою в багатьох промислово розвинених країнах і, як відомо, призводить до підвищення рівня резистентності мікроорганізмів. Використання бактерицидних речовин у м'ясі та інших косметичних продуктах, імовірно, також сприяє розвитку резистентності бактерій. Доповнюють наведений перелік викиди антибіотиків у навколишнє середовище, що мають місце при неналежному очищенні стічних вод на фармацевтичному виробництві.

У державах, що розвиваються, зокрема в Україні, є локальні додаткові фактори ризику зростання антибіотикорезистентності, до яких, наприклад, належить широке використання більш дешевих і не завжди якісних генеричних антибактеріальних препаратів, що зумовлює швидку селекцію резистентних штамів мікроорганізмів.

Що може зробити кожен практикуючий лікар для вирішення проблеми антибіотикорезистентності?

Призначаючи антибактеріальний препарат, будь-який лікар має пам'ятати про те, що перед ним стоїть два важливі завдання — тактичне (вибір засобу з максимальним терапевтичним і мінімальним токсичним потенціалом) і стратегічне (зменшення ризику селекції і поширення в популяції резистентних штамів бактерій).

Робоча група Міжнародного товариства антимікробної терапії сформулювала 10 рекомендацій для лікарів

загальної практики з метою мінімізації ризику селекції і поширення резистентних мікроорганізмів (2011).

1. Призначати антибіотик лише за наявності відповідних показань і пам'ятати, що в разі вірусних інфекцій ці лікарські засоби неефективні.
2. Обирати адекватний клінічній ситуації протимікробний препарат.
3. Врахувувати фармакокінетичний/фармакодинамічний профіль антибіотиків і призначати максимально короткий з можливих курс лікування.
4. Сприяти підвищенню комплаєнсу пацієнтів, щоб вони повністю завершували курс лікування.
5. Комбінувати антибіотики тільки в разі потреби.
6. Уникати використання протимікробних препаратів низької/сумнівної якості.
7. Переконавати пацієнтів не застосовувати антибіотики на власний розсуд.
8. Дотримуватися практичних рекомендацій щодо лікування тих чи інших захворювань, заснованих на даних доказової медицини.
9. Використовувати можливості мікробіологічної лабораторії.
10. При емпіричному призначенні антибактеріальних препаратів брати до уваги тенденції регіональної антибіотикорезистентності.

Рациональна антибіотикотерапія інфекцій дихальних шляхів як одне з ключових завдань

На особливу увагу заслуговує той факт, що переважна кількість антибіотиків у світі використовується для лікування респіраторних інфекцій, причому найчастіше такі призначення є абсолютно невинуватими. Лікарям слід пам'ятати чіткі критерії необхідності призначення антибактеріальних препаратів при гострому середньому отиті, синуситі, фарингіті, бронхіті, які у 85-90% випадків зумовлені вірусами. Призначення протимікробних засобів з метою профілактики бактеріальних ускладнень при вірусних інфекціях не лише не є науково обґрунтованим, а й навіть підвищує ризик несприятливих наслідків, тому вважається грубою помилкою. Ще одна ситуація, у якій необґрунтовано застосовуються антибіотики, — здорове бактеріоносійство.

У разі емпіричного призначення антибактеріальних препаратів при респіраторних інфекціях, коли це дійсно необхідно, слід орієнтуватися на такі критерії:

- висока природна чутливість потенційних збудників захворювання до даного антибіотика;
- низька набута резистентність патогенів на загальнопопуляційному, регіональному і локальному рівнях;
- доведена клінічна ефективність;
- сприятливий профіль безпеки і хороша переносимість;
- зручність застосування;
- оптимальне співвідношення вартості та результативності.

Згідно з результатами епідеміологічних досліджень, найчастіше збудниками позалікарняних респіраторних інфекцій є *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*, *M. pneumoniae* і *C. pneumoniae*. Виходячи з цього, для емпіричної терапії позалікарняних інфекцій дихальних шляхів рекомендовані β-лактами, макроліди і респіраторні фторхінолони. Чи є вони рівнозначним вибором? Зазвичай ні.

Перш за все, слід пам'ятати про те, що респіраторні фторхінолони вважаються альтернативними засобами, які недоцільно призначати як стартову терапію неускладнених респіраторних інфекцій. Це пояснюється тим, що деякі класи антибіотиків мають більший потенціал у селекції резистентних штамів, ніж інші. Так, при широкому використанні глікопептидів, цефалоспоринів і фторхінолонів відзначається підвищення частоти виявлення метицилінрезистентного стафілокока (MRSA).

У зв'язку із цим у переважній більшості випадків позалікарняних інфекцій дихальних шляхів лікування починають з β-лактамів або макролідів. До переваг класу макролідів відносять здатність проникати всередину клітин і обумовлену цим високу активність стосовно атипичних збудників, а також наявність додаткових неантимікробних властивостей (протизапального та імуномодуючого ефектів). Не слід забувати про те, що β-лактами не активні стосовно атипичних патогенів, натомість можливість участі останніх у розвитку респіраторних інфекцій досить висока (в середньому 10-15%). Макроліди здатні впливати як на внутрішньоклітинних (атипичних) збудників, так і на типову мікрофлору.

Продовження на стор. 10.

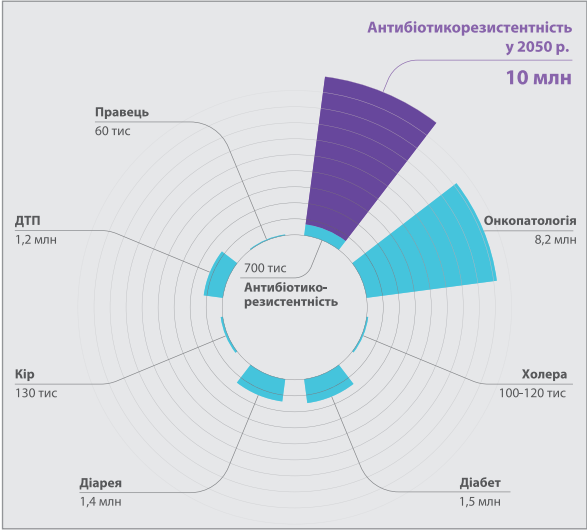


Рис. Структура летальності у 2050 р.: прогнози експертів

Антибіотикорезистентність — проблема, у вирішенні якої може і має брати участь кожен лікар

Продовження. Початок на стор. 3.

У розрізі проблеми антибіотикорезистентності варто відзначити два ключові механізми резистентності збудників (переважно стрепто- і стафілококів) до дії макролідів — модифікацію мішені (метилування рибосом) та ефлюкс (активне виведення з клітини). Цікаво, що за наявності резистентності до 14-ї 15-членних макролідів за рахунок модифікації мішені мікроорганізми можуть зберігати чутливість до 16-членних препаратів. Резистентність за механізмом ефлюксу також частіше розвивається до 14-ї 15-членних макролідів.

Серед 16-членних макролідів на особливу увагу заслуговує спіраміцин. Завдяки особливостям хімічної будови препарат забезпечує надійний зв'язок з 50s-субодиницею рибосоми (відразу з 3 доменами), а отже, і стійкий протимікробний ефект. Спектр антибактеріальної активності спіраміцину охоплює всі значущі респіраторні патогени, включно зі *Streptococcus spp.* (у тому числі *S. pneumoniae* і *S. pyogenes*), *Staphylococcus spp.* (крім MRSA), *C. diphtheriae*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*, *B. pertussis*, *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*, *L. pneumophila* та ін. Незважаючи на те що спіраміцин є одним з найстаріших представників класу, резистентність до нього не вища, а за деякими даними — навіть нижча (як у дослідженнях ПеГАС II і ПеГАС III), ніж до новіших макролідів. Можливо, це обумовлено особливостями розвитку резистентності патогенів до різних макролідів, про які ми вже згадували.

Фармакодинамічні особливості спіраміцину забезпечують його високу клінічну ефективність. Так, при помірній активності *in vitro* клінічна ефективність цього антибіотика значно вища. Цей феномен отримав назву парадоксу спіраміцину, а пояснюється він тим, що даний макролід створює високі тканинні (паренхіма легенів, мигдалини та ін.) і внутрішньоклітинні концентрації (особливо в нейтрофілах і макрофагах), демонструє найменше зв'язування з білками плазми, забезпечує постантибіотичний ефект (9 год), має імуномодуючі властивості та знижує адгезивність стрепто- і стафілококів (Smith C.R., 1988; Bergone-Berezin E., 1996).

Варто відзначити і високий профіль безпеки макролідів, особливо спіраміцину. Препарат виводиться двома шляхами (печінкою і нирками), тому немає потреби в корекції дози за наявності недостатності цих органів; не виявляє кардіотоксичної дії; не викликає фототоксичності;

характеризується низьким алергеним потенціалом і найнижчим серед макролідів потенціалом міжлікарських взаємодій.

На українському фармацевтичному ринку спіраміцин представлений одним лікарським засобом — оригінальним препаратом Роваміцин® виробництва відомої європейської компанії «Санофі». Це автоматично знімає проблему використання неякісних генериків, які не тільки знижують можливість досягнення терапевтичного успіху, а й, як зазначалося вище, сприяють селекції резистентних штамів збудників.

Який би антибіотик лікар не обрав для лікування бактеріальної респіраторної інфекції, завжди слід пам'ятати про необхідність дотримуватися рекомендацій щодо тривалості терапії. Як занадто короткі, так і дуже тривалі курси асоціюються з підвищенням ризику селекції резистентних штамів. Зазвичай курс лікування препаратом Роваміцин® — 5-7 днів, але цей термін може подовжуватися у випадку інфекцій, спричинених атипичними мікроорганізмами.

Об'єднання зусиль на глобальному рівні

Безумовно, від адекватних призначень лікарів і відмови пацієнтів від самолікування багато в чому залежить успіх боротьби з проблемою антибіотикорезистентності. Проте цих кроків, на жаль, недостатньо. Дуже багато рішень слід прийняти на рівні держави: заборона на безрецептурний відпуск антибіотиків, посилення законодавства щодо запобігання виробництву і продажу фальсифікованих протимікробних препаратів, зниження застосування антибактеріальних засобів у промисловому тваринництві і т. ін.

На національному рівні про проблему антибіотикорезистентності в розвинених країнах заговорили в 1990-х рр., а на міжнародний рівень обговорення даної теми вийшло на межі століть. Так, у 2001 р. ВООЗ опублікувала Глобальну стратегію зі стримування резистентності до протимікробних препаратів. А 2016-й запам'ятається тим, що саме цього року питання боротьби зі зростаючою загрозою антибіотикорезистентності було винесено на порядок денний Генеральної асамблеї ООН: 21 вересня відбулося перше в історії даної інституції засідання, повністю присвячене цій проблемі. Антибіотикорезистентність стала четвертою проблемою охорони здоров'я, винесеною на обговорення Генеральної асамблеї ООН, — після ВІЛ-інфекції, лихоманки Ебола і неінфекційних захворювань, таких як хвороби серця, цукровий діабет та ін.

Держави — члени ООН у спільній заяві взяли на себе зобов'язання розробити національні плани дій з протидії резистентності мікроорганізмів до антимікробних препаратів. Це передбачає посилення моніторингу резистентних до лікарських препаратів інфекцій і контролю застосування антибіотиків у медицині, ветеринарії і сільському господарстві, а також зростання міжнародного співробітництва та фінансування. Крім того, члени організації взяли на себе зобов'язання посилити законодавче регулювання застосування антибіотиків, займатися пошуком шляхів їх раціонального використання (наприклад, через покращення діагностики інфекцій з урахуванням чутливості їхніх збудників до препаратів) і широко впроваджувати заходи профілактики інфекційних захворювань (зокрема, вакцинацію, очищення води, санітарію, належний рівень гігієни в лікарнях і на фермах).

Ще однією знаменною подією поточного року стало підписання провідними міжнародними фармацевтичними, діагностичними та біотехнологічними компаніями спільної декларації про прийняття всеосяжних заходів проти інфекцій, резистентних до лікарської терапії. Декларацію було ухвалено на Всесвітньому економічному форумі в Давосі (Швейцарія), на сьогодні її підписали майже 100 фармацевтичних компаній.

Представники фарміндустрії закликають уряди всіх країн світу вийти за рамки заяв про наміри і в співпраці з компаніями вжити конкретних заходів на підтримку інвестицій в розробку антибіотиків, засобів діагностики, вакцин та інших продуктів, що мають життєво важливе значення для профілактики і лікування резистентних інфекцій. Разом із тим у декларації встановлюються зобов'язання сторін щодо подальших дій в області проблем лікарської резистентності. Компанії зобов'язуються зменшити вплив виробництва антибіотиків на навколишнє середовище; сприяти належному застосуванню нових та існуючих антибактеріальних засобів, у тому числі за рахунок дотримання рекомендацій щодо застосування цих препаратів; продовжувати і розширювати науково-дослідні розробки зі створення нових молекул; підтримувати ініціативи, спрямовані на забезпечення доступу до антибіотиків для всіх мешканців планети незалежно від рівня доходів.

Насамкінець хочемо звернутися до читачів з проханням не залишатися осторонь від вирішення такої серйозної проблеми, як антибіотикорезистентність. Це справді реальна загроза для людства. Робіть усе можливе з того, що залежить особисто від вас. Лише у цьому разі шанс не програти інфекціям отримає все людство. Допмагаючи пацієнтам сьогодні, пам'ятайте про майбутнє!

Підготувала **Наталія Міщенко**



ВИЧ-позитивных пациентов в Украине будут лечить за счет частных средств?

1 декабря отмечается Международный день борьбы со СПИДом. Помимо традиционных мероприятий, которые ежегодно организывает Фонд Елены Пинчук «АНТИСПИД» и благотворительная организация «Всеукраинская сеть людей, живущих с ВИЧ/СПИДом», преддверие даты ознаменовалось громкой новостью — Украина станет первой страной в Восточной Европе, где ВИЧ-позитивных пациентов будут лечить за счет частных средств. Попробуем разобраться, какова цель таких изменений и для кого из ВИЧ-позитивных пациентов эта новость станет отправной точкой для начала новой жизни.

За десять месяцев 2016 г. в Украине был зарегистрирован 13 381 новый случай ВИЧ-инфекции. Всего же с 1987 г. в Украине официально зафиксировано 293 739 таких случаев, 40 816 человек за это время умерло от СПИДа. Сегодня наиболее пораженными ВИЧ-инфекцией регионами Украины признаны Днепропетровская, Донецкая, Киевская, Николаевская и Одесская области, а также город Киев. Украина остается лидером по масштабам распространения ВИЧ-инфекции среди стран Европы. По оценкам экспертов Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИД, или ЮНЭЙДС (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS — UNAIDS), в Украине с ВИЧ-инфекцией сегодня живет около 250 тыс. человек. К сожалению, только каждый второй знает о своем диагнозе.

В ноябре 2015 г. Европейское бюро Всемирной организации здравоохранения выпустило новое Глобальное руководство по ВИЧ-инфекции, направленное на повышение эффективности профилактики и лечения. Революционным изменением, заявленным в этом документе, стало положение о том, что антиретровирусную терапию (АРТ) следует назначать всем людям, живущим с ВИЧ, независимо от содержания клеток CD4⁺ в крови. С этого момента лечение стало трактоваться не просто как фактор, положительно влияющий на профилактику, а как эффективный инструмент массового противодействия эпидемии. Согласно экспертным данным, один человек с ВИЧ, не принимающий терапию, инфицирует в год до двух человек. Пациент, принимающий АРТ, становится

абсолютно безопасным для окружающих. Он не может инфицировать своих партнеров, так как концентрация вируса в его крови крайне незначительна. При регулярном приеме препаратов кровь ВИЧ-позитивного человека становится в буквальном смысле слова чистой.

АРТ ВИЧ-позитивных пациентов десятилетиями финансировалась из государственного бюджета страны. В 2016 г. (по состоянию на 1 сентября) за счет бюджетных средств лечение получали 43 344 пациента. Еще 24 969 пациентов получали лечение за средства международных доноров; препараты для таких пациентов закупает «Всеукраинская сеть людей, живущих с ВИЧ/СПИДом». В соответствии с государственной программой по борьбе со СПИДом в 2016 г. лечение должны получить 105 748 человек. Однако реально АРТ получают только 68 313 человек, или около 65%. В проект госбюджета 2017 г. в первом чтении на закупку препаратов заложены рекордные 5,9 млрд грн. Увеличение государственного финансирования позволит охватить лечением дополнительные 34 тыс. ВИЧ-позитивных украинцев. Благодаря этому в 2017 г. АРТ суммарно сможет получить 101 тыс. пациентов, что, безусловно, не покрывает реальные потребности. Однако Фонд Елены Пинчук «АНТИСПИД» объявил о старте нового проекта, в рамках которого на лечение будут взяты более тысячи ВИЧ-позитивных пациентов в Киеве за счет частных средств. Бюджет проекта составляет более 6,5 млн грн. Оператором закупок станет «Всеукраинская сеть людей, живущих с ВИЧ»,

которая обратилась в фонд с предложением поддержать проект лечения в Киеве в 2017-2018 гг. Цель данного проекта — ускорение доступа ВИЧ-позитивных людей к жизнепасающей терапии и в максимально короткие сроки. Лечение будет проводиться на базе Киевского городского центра СПИДа. В Восточной Европе это первый прецедент участия частного фонда в программе лечения. Благодаря появлению частного партнера в нашей стране впервые начнется лечение новейшим препаратом шестого поколения (сейчас используются препараты четвертого поколения). Следуя этой практике, уже в 2018 г. Украина сможет без дополнительных затрат вдвое увеличить количество пациентов, которые получат жизненно важное лечение. Также впервые в своей истории Украина получит возможность лечить пациентов по такой сенсационно низкой цене — 170 долларов за годовой курс. Сейчас годовой курс лечения в Украине стоит в среднем 360 долларов. Основатель Фонда «АНТИСПИД» Елена Пинчук говорит: «Задачей моего фонда всегда было остановить эпидемию СПИДа. Согласно последним тенденциям в борьбе со СПИДом, прием АРТ является не только лечением, но и профилактикой. Человек, который принимает терапию, не передает вирус. Объединенное агентство ООН по ВИЧ/СПИДу рекомендует обеспечить доступ к лечению 90% людей, знающих о своем диагнозе. Чем раньше Украина сможет приблизиться к этим стандартам, тем меньше будет новых случаев ВИЧ, тем больше жизней нам удастся сохранить, тем быстрее мы сможем остановить эпидемию. Именно поэтому

мы откликнулись на просьбу сети людей, живущих с ВИЧ, выделить грант в 6,5 млн грн на приобретение новейшего препарата для 1200 киевлян, которые остро нуждаются в лечении». Главный врач Киевского городского центра СПИДа Александр Юрченко сказал: «По экспертным оценкам, сегодня в Киеве проживает около 24 тыс. ВИЧ-позитивных людей. Но на диспансерном учете состоит только каждый второй. Всего 12 тыс. ВИЧ-позитивных киевлян знают о своем статусе, и только 6 тыс. из них получает АРТ. Благодаря инициативе благотворительной организации «Всеукраинская сеть людей, живущих с ВИЧ/СПИДом» и новому партнерству с Фондом «АНТИСПИД» мы сможем начать набор на лечение людей, которые ожидают начала терапии, уже в следующем году. Это снизит смертность от СПИДа и сократит количество новых случаев ВИЧ».

Последние недели в мире активно обсуждаются сенсационные результаты исследования «двойной» вакцины от ВИЧ, созданной австралийскими учеными. Однако в ожидании чуда важно не забывать, что тысячи украинских пациентов с ВИЧ сегодня не имеют доступа к элементарному — АРТ. Будем надеяться, что инициатива Фонда «АНТИСПИД» с привлечением частных средств на закупку препаратов для АРТ сможет существенно улучшить ситуацию с ВИЧ в Украине, приостановит распространение инфекции и сделает лечение более доступным.

Подготовила **Александра Меркулова**

