

МЕДИЦИНСКИЕ ПОТРЕБНОСТИ И ПРОБЛЕМЫ МУЖЧИН, ИМЕЮЩИХ СЕКСУАЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ С МУЖЧИНАМИ

Юрий Саранков



Юрий Саранков. Медицинские потребности и проблемы мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами. — Киев: «СПИД Фонд Восток-Запад», 2006. — 104 с.

Издание предназначено для медицинских специалистов, которые по роду своей деятельности оказывают помощь мужчинам, имеющим сексуальные отношения с мужчинами (МСМ). Помимо данных научных исследований и статистики, в издании представлены обзор наиболее эффективных стратегий в области профилактики ВИЧ/СПИДа и рекомендации по созданию «поддерживающей» среды для работы с МСМ.

Контактная информация:

«СПИД Фонд Восток-Запад»
(*AIDS Foundation East-West, AFEW*)

01034, Украина, Киев,
Ярослав Вал 21г, кв. 26, 4-й этаж

Тел./факс: +38 (044) 235-88-34

Эл. почта: info@afew.org

Веб-сайт: www.afew.org

© «СПИД Фонд Восток-Запад»
(*AIDS Foundation East-West, AFEW*), 2006 г.

Все права защищены.

Воспроизведение, передача, распространение или дублирование любой части содержащихся в публикации материалов допускается при условии их некоммерческого использования в дальнейшем. Ссылка на «СПИД Фонд Восток-Запад» (*AIDS Foundation East-West, AFEW*) обязательна.



СОДЕРЖАНИЕ

Введение	5
Депрессия и другие проблемы психического здоровья у геев, лесбиянок и бисексуалов	11
Вирусные гепатиты у MSM	19
Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), среди MSM ..	21
Другие инфекционные заболевания у MSM	23
Употребление алкоголя и курение среди MSM	25
Диета, питание и занятия спортом	30
Болезни мочеполовой системы у мужчин	33
Анальная дисплазия и рак прямой кишки	34
ВИЧ/СПИД и рискованное поведение	36
Сексуальные факторы риска заражения ВИЧ-инфекцией у MSM ..	38
ВААРТ, ВИЧ-оптимизм, серосортинг, интернет, клубные наркотики, вечеринки по кругу, «неоседланный секс» и ВИЧ-инфекция	45
Программы по профилактике ИППП/ВИЧ среди MSM	63
На приеме у врача	77
Вместо заключения	79
Приложения	80
Список интернет-ресурсов	99
Глоссарий	101



ВВЕДЕНИЕ

В отечественной медицинской печати вопросы оказания медицинской помощи мужчинам, имеющим сексуальные отношения с мужчинами, обсуждаются крайне редко. Это происходит по двум, с нашей точки зрения, причинам. Первая — среди медицинских специалистов распространено убеждение, что ничего специфического в проведении диагностики и лечении представителей данной группы населения быть не может, поскольку «болезни у всех одинаковые». Вторая — табуированность темы сексуальных отношений между мужчинами, стигма и неприятие МСМ. Система медицинского образования (причем не только в СНГ) не уделяет достаточного внимания вопросам сексуального здоровья населения в целом и сексуальных меньшинств в частности¹. Как следствие, врачи и другой медицинский персонал не обладают знаниями и навыками, необходимыми для эффективной коммуникации с пациентами, имеющими нетрадиционную сексуальную ориентацию.

Многим медицинским специалистам термин МСМ может быть не знаком, так как он используется в основном лишь в области профилактики инфекций, передающихся половым путем (ИППП). Данный термин появился в начале 90-х годов как удобный акроним для обозначения субпопуляции мужчин, постоянно или периодически практикующих сексуальные отношения с мужчинами². Его быстрой распространенности способствовали результаты исследований, согласно которым рост инфекционных заболеваний всецело обусловлен поведением человека, а не его половой идентичностью, сексуальными предпочтениями или фантазиями. Последние не играют никакой роли в биологических схемах трансмиссии.

¹ В США, согласно подсчетам, теме здоровья сексуальных меньшинств в системе медицинской подготовки специалистов уделяется в среднем 3 часа 26 минут (Wallick M.M., Cambre K.M., Townsend M.H. How the topic of homosexuality is taught at US medical schools. *Acad Med* 1992;67:601–3).

² Не все ученые согласны с принятой концепцией. Например, Янг и Маер полагают, что использование таких понятий, как МСМ и ЖСЖ (женщины, имеющие сексуальные отношения с женщинами): 1) размывает половую идентичность, с которой себя ассоциируют представители сексуальных меньшинств; 2) отвлекает внимание от социальных аспектов, которые значимы для понимания вопросов сексуального здоровья; 3) создает проблемы с определением элементов сексуального поведения, имеющих важное значение для проведения исследований и интервенций в сфере общественного здравоохранения (Rebecca M. Young, and Ian H. Meyer. The Trouble With «MSM» and «WSW»: Erasure of the Sexual-Minority Person in Public Health Discourse *Am J Public Health*. July 2005, Vol 95, № 7).

В настоящей брошюре будут также использоваться такие понятия, как геи (или гомосексуалы) и ЛГБТ (англ. — LGBT). Первое — для обозначения субпопуляции мужчин, имеющих сексуальные отношения только с мужчинами; второе — для обозначения представителей основных сексуальных меньшинств: лесбиянок, геев, бисексуалов и трансгендеров.

Во многих культурах тема гомосексуальных отношений является табуированной, поэтому получить точные данные по распространенности гомосексуальных контактов не представляется возможным. В странах Южной и Юго-Восточной Азии, Западной Европы, Центральной Азии и Латинской Америки данные показатели составляют:

- в течение всей жизни — от 6 до 20%,
- за последний год — около 50% от показателей в течение жизни

(Carlos F. Caceres et al. Review of the Epidemiology of Male Same-Sex Behaviour in Low and Middle-Income Countries. Final Report. University of Buenos Aires & CENEP, Buenos Aires. March 2005).

Медицинские потребности мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами, во многих аспектах схожи с теми, которые испытывают мужчины с традиционным, гетеросексуальным поведением. Однако есть ряд особенностей, которые необходимо учитывать в медицинской практике. Исследования показывают, что повышенный риск для здоровья у МСМ обусловлен такими специфическими сексуальными практиками, как рецептивный анальный половой контакт и орально-анальный сексуальный контакт. Обе практики являются серьезной причиной заражения гастроинтестинальными инфекциями и инфекциями, передающимися половым путем (включая ВИЧ и вирусные гепатиты). Отсутствие социальной поддержки, трудности в принятии собственной сексуальной идентичности, гетеросексуальный императив и гомофобия со стороны общества во многих случаях приводят людей к ситуации постоянного стресса, а попытки справиться с ним — к чрезмерному употреблению алкоголя и других психотропных средств. Значительно более распространены среди МСМ и ЛГБТ тревожные состояния, эмоциональные расстройства, депрессия, суицидальные мысли и попытки суицида. Некоторые исследователи указывают на то, что самым серьезным фактором, способствующим увеличению рисков для здоровья МСМ, является низкий уровень обращаемости в медицинские учреждения с целью регулярного обследования (Bonvicini K.A. and Perlin M.J. The same but different: clinician-patient communication with gay and lesbian patients. *Patient Education and Counseling* 5: 115–122, 2003).

Социальные/поведенческие факторы и медицинские состояния, ассоциированные с представителями ЛГБТ-сообщества

Сексуальное поведение	Культуральные факторы	Раскрытие сексуальной ориентации, гендерная идентичность	Предубеждения и дискриминация	Скрытая сексуальная идентичность
ВИЧ/СПИД Гепатиты А и В Вирус папилломы человека Бактериальный вагиноз Анальный рак Другие ИППП	Культура тела: расстройство пищевого поведения. Социализация через бары: наркотики, алкоголь, курение. Практика отсутствующего материнства: рак груди. Родительские функции: проблема искусственного оплодотворения, психическое здоровье. Гендерная полярность в доминантной культуре: конфликты для трансгендеров.	Психологическая адаптация, депрессия, тревога, суицид. Конфликты с семьей, недостаток социальной поддержки. Физическое и экономическое перемещение.	Предвзятое отношение со стороны медицинского персонала, отсутствие такта. Грубое обращение и дискриминация в медицинской и социальной сферах, при приеме на работу, в местах проживания. Ограниченный доступ к медицинской помощи или недостаточное покрытие медицинской страховкой. Патологизация поведения, отличающегося от гендерных норм. Насилие по отношению к ЛГБТ.	Нежелание обращаться за медицинской помощью. Отсроченное получение лечения. Неполный сбор анамнеза (например, скрытые риски, репродуктивные осложнения, социальные факторы).

Источник: Dean L., Mayer I.H., Robinson K., Sell R.L., Sember R., Silenzio V.M.B., et al. Lesbian, gay, bisexual and transgender health: findings and concerns. *J Gay Lesbian Med Assoc*, 2000;4:101–51.

Дискриминация в отношении MSM со стороны медицинского персонала приводит к двойному негативному воздействию на их здоровье. С одной стороны, из-за того, что медицинский персонал в обращении с MSM может употреблять формулировки, унижающие и оскорбляющие

человеческое достоинство, МСМ отказываются от услуг учреждений здравоохранения, предпочитая лечиться самостоятельно³ или пользоваться советами непрофессионалов. С другой стороны, даже обращаясь в медицинские заведения, они не исключают вероятности оказания малоэффективной помощи: например, если врач окажется гомофобом и постарается как можно быстрее «избавиться» от пациента, предоставив ему минимум диагностической консультации и лечебной поддержки.

Согласно опросу, проведенному в 1991–1992 годах среди 623 МСМ, записавшихся на прием к терапевту, 44% не сообщили врачу о своей гомосексуальной ориентации, 44% — о факте инфицирования ВИЧ-инфекцией. Если мужчины считали, что врач плохо относится к гомосексуальности, они старались не информировать его о своей ориентации и ВИЧ-статусе. Это происходило, несмотря на то что большинство опрошенных (87%) рассматривали первичную медицинскую помощь как важный источник знаний о ВИЧ/СПИДе (Fitzpatrick R., Dawson J., et al. Perceptions of general practice among homosexual men. *Br J Gen Pract.* 1994 Feb;44(379):80–2). Из 1004 геев, опрошенных в спортивных залах Лондона, лишь треть (30%) обсуждали вопросы безопасного секса со своим терапевтом, в то время как 92% из них обсуждали их со своими друзьями, а 87% — с любовниками. Из тех, кто все же разговаривал с врачом, каждый шестой (17%) отметил, что «это было не легко» (Elford J., Bolding G., et al. Do gay men discuss HIV risk reduction with their GP? *AIDS Care*, 2000 Jun;12(3):287-90).

Опрос, проведенный в 2002 году среди членов Медицинской ассоциации геев и лесбиянок (Gay and Lesbian Medical Association — GLMA), позволил составить список из 10 наиболее важных вопросов, которые следует обсуждать с пациентами, представляющими сообщество ЛГБТ. По мнению президента GLMA Кристофера Е. Харриса (Christopher E. Harris), «клиницисты, оказывающие помощь геям и бисексуальным мужчинам, могут не знать всех аспектов, которые должны обсуждаться на приеме <...>. Мы обеспокоены тем, что врачи и другие медицинские специалисты, не владеющие в полной мере информацией о рисках для здоровья, существующих в гей-сообществах, не способны оказывать компетентную медицинскую помощь. Поэтому мы попросили наших коллег помочь в описании проблемных ситуаций, наиболее часто встречающихся у МСМ. Наша цель — информировать медицинский персонал о проблемах пациентов и предоставлять пациентам возможность быть более активными в процессе общения с медицинским персоналом».

³ Среди МСМ в Украине каждый десятый мужчина, у которого были ИППП, лечился самостоятельно (Амджадин Л., Кашченкова К. и др. Мониторинг поведения МСМ, как компонент эпидемиологического надзора второго поколения. Международный альянс по ВИЧ/СПИДу в Украине. Киев, 2005).

Факторы, связанные с низким уровнем обращаемости МСМ в медицинские учреждения:

- люди не склонны обращаться за медицинской помощью, поскольку боятся, что их идентифицируют как геев;
- МСМ часто получают менее качественную помощь по причине распространенных предубеждений со стороны врачей;
- некоторые люди, особенно проживающие в небольших городах и в сельской местности, не проходят тест на ВИЧ, поскольку боятся, что это приведет к «утечке» информации, связанной с их сексуальной ориентацией, и в результате они подвергнутся дискриминации;
- одни врачи отказываются принимать во внимание факт сексуальной ориентации, в то время как другие требуют, чтобы все пациенты-геи обязательно сдавали тест на ВИЧ-инфекцию.

Источник: Gay and Lesbian Issues and HIV/AIDS (GLMA). A Discussion Paper by Anne Vassal, John Fisher, Ralf Jurgens, Robert Hughes. Canadian HIV/AIDS Legal Network & Canadian AIDS Society, Montreal, July 1997.

Медицинские аспекты, связанные со здоровьем МСМ:

- | | |
|--|--------------------------------------|
| 1) ВИЧ/СПИД, безопасный секс; | 6) рак простаты/яичек/прямой кишки; |
| 2) употребление наркотиков; | 7) алкоголь; |
| 3) депрессия/тревожные состояния; | 8) табак; |
| 4) гепатиты и вакцинация против гепатитов А и В; | 9) фитнес (диета и занятия спортом); |
| 5) ИППП; | 10) анальная папиллома. |

В октябре 2005 года Институтом социальных экспертиз при поддержке «СПИД Фонда Восток-Запад» среди врачей г. Киева было проведено исследование. В нем приняли участие 15 дерматовенерологов, 15 терапевтов и 15 урологов. Согласно его результатам большинство врачей:

- убеждены, что практика однополого секса является медицинской проблемой;
- полагают, что отказ от посещения медицинских учреждений со стороны МСМ вызван не плохим отношением врачей, а внутренней стигматизацией;
- обладают достаточно высоким уровнем знаний о ВИЧ-инфекции и путях заражения, хотя некоторые специалисты не упомянули презерватив в качестве надежного средства профилактики;

- не владеют информацией относительно современных подходов и программ по профилактике ВИЧ-инфекции среди МСМ (например, о консультировании);
- участвуют или знают о регулярно проводимых семинарах по ВИЧ/СПИДу, но, с точки зрения медицинских работников, вопросы, связанные с работой с уязвимыми группами (например, с МСМ), там «звучат редко»;
- имеют желание и хотели бы принять участие в тренинге по работе с МСМ, получить информацию по психологическим аспектам коммуникации с МСМ, клинических и психомедицинских характеристиках ИППП у МСМ, а также о методах профилактики ВИЧ/ИППП и поддержке МСМ;
- считают, что в Украине нет препятствий для оказания квалифицированной медицинской помощи МСМ ни со стороны закона, ни со стороны медицинских учреждений.

Цель данного издания — познакомить медицинскую общественность со специфическими потребностями и проблемами МСМ, предоставить научные данные, демонстрирующие связь между типами поведения, наблюдаемыми среди МСМ, и определенными медицинскими состояниями, привести примеры наиболее успешных подходов к профилактике ИППП и ВИЧ, обсудить стратегии, которые помогают сформировать доверительные отношения между врачом и пациентом и создать такую благоприятную атмосферу, при которой МСМ могли бы свободно говорить о потребностях, связанных с вопросами здоровья. Помимо этого, в «Приложениях» к основной части издания содержатся алгоритмы информации, которую следует предоставлять МСМ (по гепатитам, простатитам и т. д.).

Вся представленная информация имеет важное значение, несмотря на то что обсуждаемые здесь методики и статистика в основном касаются западных стран, а некоторые поведенческие феномены для нас являются «экзотическими». Несколько лет назад мы практически ничего не знали о клубных наркотиках и наивно полагали, что эта проблема нас не касается. В результате, когда сегодня в больших городах клубные наркотики уже стали частью молодежной культуры, медицинские специалисты оказались не готовы иметь дело с этим явлением из-за отсутствия соответствующих знаний и навыков.

Важно подчеркнуть, что в данном издании сексуальные отношения между мужчинами интересовали нас в первую очередь как феномен, связанный с вопросами общественного здоровья. Вопросы, обусловленные психологическими, сексологическими, культуральными и религиозными аспектами гомосексуальности, здесь не

обсуждаются, так как, с нашей точки зрения, на эти темы существует множество доступной литературы.

Мы уважаем право человека на личную жизнь, стремимся поддерживать здоровье каждого человека, одной из составляющих которого является сексуальное здоровье⁴.



ДЕПРЕССИЯ И ДРУГИЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ГЕЕВ, ЛЕСБИЯНОК И БИСЕКСУАЛОВ

Процесс самопринятия и раскрытия факта сексуальной ориентации другим (coming out⁵) может протекать достаточно болезненно и сопровождаться беспокойством, тревогой и депрессией. Осознание собственной «инаковости» («я не такой, как мои сверстники»), появление чувств к лицам одного пола, о которых невозможно никому рассказать, отсутствие референтной группы (с которой человек мог бы себя идентифицировать и к которой мог бы принадлежать), наряду со стигмой и дискриминацией⁶, ассоциированными в обществе с гомосексуальностью, могут способствовать появлению чувства неполноценности и стремлению к изоляции. Гомосексуальность сама по себе не является причиной депрессии, однако неприятие со стороны других людей и социальная стигматизация, которой подвергаются геи и лесбиянки, часто приводят к появлению депрессивных симптомов. По механизмам и клиническим проявлениям депрессивные состояния у геев и лесбиянок не отличаются от таковых у гетеросексуальных людей. Однако в медицинской литературе сообщается, что показатели депрессии, суицидальных мыслей и частота самоубийств среди молодых гомосексуальных мужчин выше, чем в других группах населения.

⁴ Гомосексуальные отношения являются частью сексуального репертуара человека и, как любые контакты между взрослыми людьми, происходящие по взаимному согласию и без принуждения, не должны вызывать агрессии и осуждения, в том числе со стороны медицинских специалистов. Каждый человек имеет право на удовлетворение своих сексуальных потребностей и возможность поддерживать и улучшать свое сексуальное здоровье. Согласно документам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), сексуальные права «людей, свободных от принуждения, дискриминации и насилия», среди прочего включают «право на максимально достижимый стандарт сексуального здоровья и доступ к службам сексуального и репродуктивного здоровья; право на поиск, получение и передачу информации, связанной с сексуальностью; на сексуальное образование; право выбора сексуального партнера; решение быть сексуально активным или нет; право вступать в сексуальные отношения и вести безопасную, приносящую удовлетворение и удовольствие половую жизнь» (Progress in Reproductive Health. Issue 67. WHO, 2005).

⁵ Процесс coming out (самораскрытия) зависит от социального окружения человека, в большинстве случаев осуждающего гомосексуалов. Представление о том, что все должны быть гетеросексуалами, служит защитой для

Ситуация осложняется тем, что многие гомосексуальные люди испытывают боязнь обращения к профессиональной помощи и на протяжении длительного времени остаются в тисках своих переживаний и невысказанной боли. Страх и представление о том, что медицинские специалисты, исходя из собственных моральных взглядов, как и «простые люди», могут осуждать гомосексуальность, препятствуют обращению за медицинской помощью, которая в случае серьезной депрессии должна быть обязательной.

Исследование группы МСМ (2881), проживающих в индустриальных городах США, показало, что у 21,3% респондентов были планы по самоубийству, а 11,9% — совершали попытки суицида. Более того, 45% из предпринимавших попытки суицида делали это не один раз. Согласно результатам исследования, геи и бисексуальные мужчины совершают попытки самоубийства в три раза чаще, чем их гетеросексуальные ровесники. Большинство суицидальных попыток (70%) были зарегистрированы среди молодых людей моложе 25 лет.

молодого гея, хотя и подавляет самовыражение и раскрытие индивидуальности. Сохранение анонимности сопровождается чувством тревоги. Каждый гомосексуал любого возраста должен решить, когда позволить себе стать открытым и сообщить другим о своей сексуальной ориентации. Феминизированные мальчики фактически не имеют выбора и уже в раннем возрасте могут восприниматься как геи. Многие гомосексуалы, несмотря на атипичные для их пола интересы, вовсе не похожи на девочек. Некоторые люди не желают открывать свою сексуальную ориентацию. Необходимо помнить, что подобное сокрытие носит жертвенный характер, поскольку невозможно быть полноценной личностью, подавляя такой центральный аспект своего Я, коим является сексуальная ориентация.

Процесс самораскрытия связан с переживаниями вины и стыда. Многим молодым гомосексуалам свойственно думать, что быть тем, кем они являются, плохо. Но некоторые гомосексуалы не испытывают вины, поскольку осознают, что не ответственны за собственную сексуальную ориентацию. Терапевт должен особо внимательно и терпеливо работать с клиентами, у которых чувство вины обусловлено укоренившимся религиозно-мотивированным самоосуждением. На Западе многим гомосексуалам помогает участие в религиозных общинах, которые поддерживают их сексуальность. В подобных заведениях гомосексуалы приходят к осознанию того, что они испытывают те же потребности и заботы, что и все остальные люди. Это позволяет им ускорить процесс самоутверждения.

Все здоровые люди испытывают потребность в принадлежности к какой-нибудь социальной группе, к тому, чтобы быть социально «одобренными». В этой связи многие гомосексуалы боятся, что их будут осуждать за несоответствие укоренившемуся представлению о мужественности (воспринимать как в определенной мере «неполноценных» мужчин или как мужчин, «похожих на женщин»). Данное представление поддерживается стереотипным мнением о том, что геи не любят женщин. Терапевт может помочь гомосексуалу справиться с данными предубеждениями. Гомосексуал не должен думать о себе в категориях полноценный/неполноценный, поскольку подобная оценка обусловлена индивидуалистическими категориями «нравится/не нравится», а не объективными характеристиками.

⁶ С 2000 по 2002 год в Англии и Уэльсе проводилось масштабное исследование, направленное на изучение психического здоровья геев, лесбиянок и бисексуальных мужчин и женщин (1285 человек). Из 1249 респондентов, которые ответили на вопрос о враждебности и дискриминации по отношению к ним со стороны общества, 1039 (83%) назвали как минимум одно из перечисленных проявлений: нанесение ущерба собственности, физическое нападение, вербальное оскорбление, унижение и запугивание в школе. 690 респондентов (66%) однозначно считают причиной подобных проявлений свою сексуальную ориентацию. Респонденты младше 40 лет чаще становились объектами для физических нападений и словесных оскорблений. По сравнению с женщинами, мужчины гораздо чаще подвергались нападениям и чаще имели опыт издевательств в школе (Warner J., et al. Rates and predictors of mental illness in gaymen, lesbians and bisexual men and women. Results from a survey based in England and Wales. *British Journal of Psychiatry* (2004), 185, 479–485).

Показатели, ассоциированные с депрессией и дистрессом, включали: отсутствие постоянного партнера, недавний эпизод антигомосексуальных угроз или насилия, непринятие себя как гея (отсутствие идентификации) и ощущение себя изгоем в ЛГБТ-сообществе (Paul J.P., et al. Suicide attempts among gay and bisexual men lifetime prevalence and antecedents. *Am J. Public Health* 2002;92(8):1338–45).

Гомофобия

Согласно Оксфордскому словарю английского языка, слово гомофобия (homophobia) изначально использовалось в значении боязнь мужчин, или отвращение к мужскому полу. Однако с 1969 года данный термин стал чаще использоваться в значении страх или ненависть к геям и гомосексуальности. Впервые в печати это слово появилось в журнале «American Time», где оно было введено в обращение клиническим психологом Джорджем Вайнбергом (George Weinberg), утверждавшим, что он придумал этот термин в ходе выступления перед группой гомосексуалов в 1965 году и популяризировал его в своей книге «Общество и здоровая гомосексуальность» в 1971 году.

Интернализованная (усвоенная) гомофобия (или эго-дистоническая гомофобия) обычно подразумевает предубеждение, которое существует у гомосексуалов по отношению к самим себе и себе подобным и проявляется как чувство дискомфорта или неприятие собственной сексуальной ориентации. Данная ситуация может вызвать чрезмерное подавление гомосексуальных желаний. В других случаях внутренняя сознательная борьба, при которой противостоят глубоко укоренившиеся религиозные или социальные взгляды и сильные эмоциональные желания и потребности, может происходить время от времени. Такой диссонанс может стать причиной клинической депрессии, а обычно высокие показатели суицида среди гомосексуальных подростков могут быть отчасти объяснены этим феноменом (<http://ru.wikipedia.org>).

Выдержки из интервью с Джорджем Вайнбергом

Рай Айар: В середине 60-х годов вы изобрели слово «гомофобия», которое стало частью лексикона гей-теории и гей-активизма. Это концепция, которая отождествляет определенный класс предубеждений и проводит параллель с такими явлениями, как «расизм» и «сексизм». Как бы вы описали гомофобию?

Джордж Вайнберг: Гомофобия — это просто фобия. Болезненный и иррациональный ужас, который стимулирует иррациональное поведение, желание уничтожить источник фобии и все, что о нем напоминает. Поскольку в данном случае этим «источником» являются люди, гомофобная реакция очень часто проявляется как жестокость. Мы все знаем о ее последствиях.

Я очень горжусь тем, что первым придумал это слово. Я помню тот момент в 1965 году, когда пришло осознание, что это и есть фобия. Я готовился к выступлению перед <...> несколькими друзьями-терапевтами, которым нравилась моя гомосексуальная подруга и о которой они хорошо отзывались, пока я не сказал, что она лесбиянка. Узнав об этом, они не захотели, чтобы я взял ее на вечеринку, будто она вдруг оказалась прокаженной. С тех пор я скрываю от них свою жизнь <...>; наверное, чувство гнева подтолкнуло меня на поиски слова. Римский поэт Катулл однажды сказал, что при сочинении любовных поэм ему помогает... гнев! («гнев движет моими словами»). Я думаю, что здоровый гнев на несправедливость укрепил мою любовь к гей-движению, частью которого я являюсь.

Рай Айар: Каковы истоки гомофобии или, если это слишком широкий вопрос, какие факторы вероятнее всего продуцируют этот слепой страх и ненависть по отношению к гомосексуальным людям?

Джордж Вайнберг: Причина и корень гомофобии — страх. Страх и еще раз страх. Он основан на нелепом убеждении, что, если ты такой, как все, тогда ты можешь быть счастливым, и ты защищен («Он был в Индии!»). Другая крайность: если ты — хороший, ты не умрешь («Неудивительно, что он умер, — он много курил», «Он был гомосексуалом, я бы никогда этим не занимался»).

Значительную роль в появлении гомофобии играет зависть, поскольку пугливые люди стараются всячески ограничивать свою жизнь и обижаются на тех, кто отказывается себя вести подобным образом. Многие из них втайне считают, что геи более счастливы, чем они.

Конечно же, любой ответ на вопрос, как возникает заболевание (а гомофобия, без сомнений, таковым является), будет неполным. Какая болезнь может быть хуже привычки? Вам надо молиться каждую ночь, что вы не просыпаетесь с этим.

Рай Айар: Расскажите немного об интернализированной гомофобии. Страдают ли «закрытые» геи от ненависти к самим себе? Является ли процесс самораскрытия частью целительного путешествия из интернализированной гомофобии?

Джордж Вайнберг: Интернализированная гомофобия представляет собой то же самое заболевание. Оно проявляется в боязни быть другим, как-то выделиться из «толпы», оказаться преследуемым. Идея в том, что вы чувствуете как бы отсутствие в себе какого-то фундаментального компонента, который есть у других.

К сожалению, не это отсутствие вас «убивает», а присутствие такого компонента, как, например, стремление к подчинению нормам. Следствие и наказание здесь — невозможность свернуть влево или вправо без опасений. Но лучше быть в ссылке, чем гордиться тем, что ты — такой, как все. Как писал Александр Поуп, «пусть Римом Юлий Цезарь овладел, счастливее был изгнанный Марцелл». Если это так, то цель — стать Марцеллом, а не Цезарем.

Рай Айар: Существует ли «универсальный» способ самораскрытия? Можем ли мы применять пока единственную существующую, западную постстоунвоулскую модель самораскрытия, или парням в других культурах необходимо разработать свои собственные, специфические по отношению к их культуре способы примирения с сексуальностью?

Джордж Вайнберг: Насколько я знаю, универсального процесса самораскрытия не существует. Я встречал гомосексуалов, которые без проблем раскрывались во время влюбленности, заливающей их красотой. И я также знаю людей, которые раскрывались с чувством страдания. Я уверен, что каждая культура, каждая среда, каждая семья оказывает влияние на данный опыт. Лекарство против всех препятствий — решительность. Мир уступает дорогу храброму.

Источник: <http://www.gaytoday.com/interview/110102in.asp>.

Масштабный опрос, проведенный в 2005 году в Австралии, охватил 5476 человек из ЛГБТ-сообщества в возрасте от 16 до 92 лет. Средний возраст респондентов составил 34 года, 63% из них идентифицировали себя как мужчины, 35% — как женщины, 52% — как геи, 18% — как лесбиянки, 10% — как бисексуалы. Среди прочих показателей, связанных с жизнью данного сообщества, исследователи оценивали состояние психического здоровья. В целом 32,4% респондентов ответили утвердительно на вопрос: *В последние две недели не возникало ли у вас чувство безразличия к тому, чем вы занимаетесь (или, наоборот, удовольствия)?* 41,2% утвердительно ответили на вопрос: *В последние две недели не было ли у вас состояний подавленности, депрессии, ощущения беспомощности?* Особую тревогу вызывает тот факт, что 15,7% указали на наличие суицидальных тенденций (мыслей) в течение этого периода. У 48,6% мужчин и у 44,4% женщин был зарегистрирован по меньшей мере один показатель (из двух имеющихся) серьезного депрессивного расстройства. Проведенный опрос также касался ранее пережитых (более двух недель назад) депрессивных состояний. О них сообщили приблизительно три четверти опрошенных, из них 90% указали на такие проблемы, как нарушение сна, невозможность сосредоточиться, чувство усталости, плохой аппетит и отсутствие интереса к повседневным занятиям. 50% из этих респондентов обращались за последние пять лет к медицинскому консультанту или врачу-психиатру (Marian Pitts, Anthony Smith, et al. Private lives. A report on the health and well-being of GLBTI Australians. Gay and Lesbian Health Victoria. The Australian Research Centre in sex, health & society. March 2006. *Monograph series* № 57).

Исследователи в Канберре (Австралия) решили отдельно оценить состояние психического здоровья людей гомо- и бисексуальной ориентаций и сравнить результаты с аналогичными показателями людей гетеросексуальной ориентации (Jorm A.F., et al. Sexual orientation and mental health: results from a community survey of young and middle-aged adults. *British Journal of Psychiatry* 2002; 180, 422–427). С данной целью были опрошены 4824 взрослых человека, которых разделили на две возрастные группы: от 20 до 24 лет и от 40 до 44 лет. Принимались во внимание тревога, депрессия, суицидальное поведение, злоупотребление

алкоголем, отрицательные эмоции, а также совокупность факторов риска, негативно сказывающихся на психическом здоровье человека. Ответ на вопрос о сексуальной ориентации был анонимным: участникам предлагали выбрать вариант на ноутбуке, а интервьюер отворачивался. Распространенность гомосексуальной ориентации в возрасте 20–24 лет составила 1% среди мужчин и 1,8% среди женщин. В возрасте 40–44 лет данный показатель составил 1,6% для мужчин и 2% для женщин соответственно. Распространенность бисексуальной ориентации в возрасте 20–24 лет составила 1,8% среди мужчин и 2,7% среди женщин, а в возрастной группе 40–44 лет 0,8% среди мужчин и 0,8% среди женщин соответственно. Депрессия оценивалась по шкале Голдберга (Goldberg D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMJ*. 297. 897–899).

Согласно результатам исследования, в группе респондентов с бисексуальной ориентацией были получены самые высокие показатели тревоги, депрессии и отрицательных эмоций. Результаты, полученные в группе гомосексуалов, заняли промежуточное положение: между результатами, полученными в группах гетеро- и гомосексуалов. В группах лиц с гомосексуальной и бисексуальной ориентацией был отмечен самый высокий показатель по суицидальному поведению. В группе бисексуалов чаще были отмечены такие факторы, как неблагоприятные события в жизни, тяжелое детство, недостаточная поддержка со стороны близкого окружения, отрицательное отношение со стороны друзей и, нередко, финансовые проблемы. Респонденты с гомосексуальной ориентацией чаще сообщали о неблагоприятном детстве и об отсутствии необходимой поддержки со стороны членов семьи. Самое плохое психическое здоровье было отмечено в группе лиц с бисексуальной ориентацией; участники опроса с гомосексуальной ориентацией обычно сообщали о более выраженном дистрессе. Несмотря на то что причина более плохого психического здоровья среди бисексуалов осталась невыясненной, авторы исследования предположили, что, «возможно, отсутствие четкой гетеросексуальной или гомосексуальной ориентации является значимым фактором для появления стресса в дополнение к социальному давлению из-за иной, по сравнению с большинством, сексуальной ориентации».

Клиническое значение

- Люди с бисексуальной ориентацией составляют группу высокого риска развития психических расстройств, а также суицидальных идей и действий.
- Хотя у лиц с гомосексуальной ориентацией психическое здоровье обычно хуже, чем у лиц с гетеросексуальной ориентацией, степень выраженности имеющихся у них психических нарушений была

преувеличена в ранее проводившихся исследованиях из-за объединения гомосексуалов с группой бисексуальных респондентов.

- Тяжелые переживания в детстве, неблагоприятные текущие события, более слабая социальная поддержка и финансовые проблемы — значимые факторы риска развития психических расстройств у людей, имеющих бисексуальную ориентацию.

В медицинской литературе была показана взаимосвязь между наличием депрессивных расстройств и рискованным сексуальным поведением. Для исследования в Австралии были привлечены 460 гомосексуальных мужчин, на основании ответов которых была проведена скрининговая оценка депрессии. Респондентов попросили заполнить анкету о сексуальном поведении за последние шесть месяцев. 162 респондента (35%) оказались ВИЧ-инфицированными, 283 (62%) — не инфицированными, 15 (3%) — не тестировались на ВИЧ-инфекцию. В момент приема в программу исследования сильная депрессия была диагностирована у 28% (129/460), а показатель наличия дистимического расстройства составил 26% (121/460). В исследовании участвовали 84 мужчины (18%), у которых, согласно критериям диагностики, были выявлены оба показателя депрессии (двойная депрессия). Мужчины с депрессией были менее сексуально активны, чем другие представители выборки (90/129 [70%] против 291/331 [88%]). Тем не менее они значительно чаще практиковали незащищенный анальный секс со случайным партнером, чем мужчины, не страдающие подобными расстройствами (11/38 [29%] против 43/292 [15%]) (Rogers G. Depressive disorders and unprotected casual anal sex among Australian homosexually active men in primary care. *HIV Medicine* Vol 4 Issue 3 Page 271 July 2003).

В другом исследовании, проведенном в Сиэтле (США), приняли участие 1228 потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) и 429 МСМ. Наивысшие показатели по шкале депрессии Центра эпидемиологических исследований (23 и больше) были диагностированы у 47% ПИН и четко ассоциированы с рискованным инъекционным поведением (использование чужого/ нестерильного шприца). Среди МСМ показатели, равные 16 баллам и выше, были связаны с наличием трех и более сексуальных партнеров за последние шесть месяцев при отсутствии других сексуальных рисков (Perdue T., et al. Depression and HIV risk behavior among Seattle-area injection drug users and young men who have sex with men. *AIDS Educ Prev.* 2003 Feb;15(1):81–92).

Врачи общей практики, как и специалисты, оказывающие медицинскую помощь МСМ, могут предположить наличие депрессии у своих пациентов, проведя простой тест. В случае выявления симптомов пациенту необходимо обратиться за специализированной помощью к психиатру.

Простая форма для оценки депрессии

1. Беспокоило ли вас в последний месяц чувство подавленности или безнадежности?

2. Беспокоило ли вас в последний месяц отсутствие интереса или удовлетворенности от того, что вы делаете?

Да

Нет

Да

Нет

Если «нет» на оба вопроса, то пациент вряд ли испытывает серьезную депрессию

Источник: American Psychiatric Association. DSM IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. 1994.

Базисные правила для профессионалов

(см. также в Приложении «Руководящие принципы оказания психотерапевтической помощи лесбиянкам, геем и бисексуалам, разработанные Американской ассоциацией психологов»):

1. Помощь может быть предложена, но ее нельзя форсировать. Слишком много вреда причинили так называемые «помощники», стремившиеся работать теми методами, которые гомосексуалы считают неприемлемыми для себя. Геи до тех пор будут испытывать вполне оправданное недоверие к предложенным услугам, пока не почувствуют их персональную направленность. В этой связи врачу следует точно описать, какого рода помощь он намерен предоставить и почему. Следует также иметь в виду, что гомосексуал не примет от врача помощь в обстановке недоверия.
2. Первоначальная задача медицинского специалиста — помочь человеку стать более искренним перед самим собой или, более конкретно, помочь человеку признать себя геем, дать себе самооценку, представить ситуацию во всей ее целостности, включая интеграцию гомосексуальных мыслей и чувств. Врач не должен поощрять деструктивное поведение и отношение. Нужно постараться направить человека на интеграцию, поощряя поведение и отношение, которые продиктованы внутренними переживаниями.
3. Путем самоанализа медицинскому сотруднику нужно постараться определить, не испытывает ли он в отношении своего клиента гомофобных чувств. Если ответ окажется положительным, — понять, как избавиться от них. В противном случае эти переживания будут создавать помехи при оказании помощи гомосексуалам. Мы все воспитывались в одной культуре, поэтому не можем быть полностью свободными от подобного отношения.

4. Медицинский сотрудник должен быть готов признать в себе собственные гомосексуальные чувства, а также вполне обычные чувства привязанности к людям своего пола. Если он не в состоянии определить эти чувства в самом себе или не захочет уделить им должного внимания, это вряд ли будет способствовать созданию атмосферы доверия.
5. Медицинский сотрудник не должен сообщать другим людям о гомосексуальной ориентации своего клиента (особенно членам его семьи), поскольку не исключено, что данная информация может быть использована против него. Разглашение информации абсолютно разрушает доверие и нарушает конфиденциальность.

Перечисленные пять основных правил являются частью работы профессионалов и значительно облегчают ее. Пренебрежение правилами может привести к нарушению и даже прекращению рабочих отношений.



ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ У МСМ

Современная наука обладает достаточным количеством данных, подтверждающих факт повышенного риска заражения вирусными гепатитами среди мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами.

В 2004 году в Копенгагене (Дания) была зарегистрирована вспышка гепатита А среди МСМ. Для изучения факторов риска была отобрана группа из МСМ старше 17 лет, у которых проведенный с июня по август 2004 года анализ показал наличие антител класса IgM, но анамнез исключал вероятность бытового контакта с гепатитом А до начала заболевания (18). Для участия в контрольной группе были приглашены мужчины с гей-прайда (64). Шестнадцать из 18 человек изучаемой группы и 36 из 63 представителей контрольной группы занимались сексом со случайными партнерами. Одиннадцать из 18 человек и 14 из 62 представителей контрольной группы имели секс в гей-саунах. Секс в домашних условиях оказался фактором защиты от заражения. Случайный секс, включая секс в гей-саунах, явился важным фактором распространения ВГА (вируса гепатита А) среди МСМ. Результаты данного исследования соответствуют данным, полученным в других европейских исследованиях (Mazick A., et al. Hepatitis A outbreak among MSM linked to casual sex and gay saunas in Copenhagen, Denmark. *Euro Surveill.* 2005 May;10(5):111–4).

В Сан-Франциско (США) были протестированы на наличие серологических маркеров вируса гепатита В (ВГВ) 496 МСМ в возрасте

18–29 лет, представляющих азиатский и тихоокеанский регионы. У 20% были выявлены свидетельства перенесенной инфекции в прошлом, в том числе у 8,2% — в хронической форме. 24,9% обладали иммунитетом, вызванным вакцинацией. У 47% сохранялся риск заражения (Choi K.H., McFarland W., et al. High level of hepatitis B infection and ongoing risk among Asian/Pacific Islander men who have sex with men, San Francisco, 2000–2001. *Sex Transm Dis.* 2005 Jan;32(1):44–8).

В другом исследовании, проведенном в Вашингтоне (США), 833 МСМ в возрасте 15–29 лет была проведена диагностика на наличие вирусных гепатитов А, В и С, определены факторы риска заражения и частота вакцинации против гепатитов А и В. Согласно результатам исследования, иммунитет был выявлен у 14,6% респондентов, 13,9% имели признаки перенесенной инфекции, 57,9% — риск заражения, статус 18% остался невыясненным (Diamond C., Thiede H., et al. Viral hepatitis among young men who have sex with men: prevalence of infection, risk behaviors, and vaccination. *Sex Transm Dis.* 2003 May;30(5):425–32).

В середине 2004 года в Париже были зарегистрированы несколько случаев острого гепатита С среди ВИЧ-инфицированных МСМ. Эпидемиологическое расследование не выявило фактов переливания зараженной крови, но была обнаружена связь с незащищенным анальным сексом. Ретроспективный анализ случаев острого гепатита С в парижских больницах с апреля 2001 по октябрь 2004 года позволил идентифицировать 29 человек. ВИЧ-инфекция была в асимптоматической стадии у 76% пациентов. Во всех анамнезах были зафиксированы незащищенный анальный секс, а также фистинг (внедрение кулака в прямую кишку) — 21% и сопутствующие инфекции, передающиеся половым путем, — 41%. Средний промежуток времени между диагностикой ВИЧ и ВГС (вирус гепатита С) составил 6,5 года (0–22). По данным, собранным на основании анкет (11), у 10 человек были ИППП, 8 человек практиковали «жесткий» секс, 5 человек — фистинг, у шести были кровотечения во время незащищенного травматического секса. Заражение ВГС, вероятно, произошло через кровь во время травматического анального секса, а ИППП способствовали инфицированию (Gambotti L., Batisse D., et al. Acute hepatitis C infection in HIV positive men who have sex with men in Paris, France, 2001–2004. *Euro Surveill.* 2005; 10(5):115–7).

Несмотря на то что вакцина против вирусного гепатита В существует с 1982 года, уровень осведомленности и обращаемости за иммунизацией среди МСМ остается крайне низким. Так, исследование в семи крупных городах США, проведенное с 1994 по 1998 год среди 3432 МСМ в возрасте 15–22 лет, показало, что уровень иммунизации составил лишь 9%. При этом серологические маркеры на ВГВ были выявлены у 11% участ-

ников исследования (MacKellar D. A., Valleroy L. A., et al. Two Decades After Vaccine License: Hepatitis B Immunization and Infection Among Young Men Who Have Sex With Men. *Am J Public Health*. 2001; 91:965–971).

Необходимо помнить, что показатели заболеваемости вирусным гепатитом С выше у людей, живущих с ВИЧ. В этой связи им рекомендуется ежегодно сдавать анализы для выявления заболевания. Важность выявления ВГС обусловлена тем, что в настоящее время уже существует высокоэффективный метод лечения с использованием пегилированного интерферона (например, пегасис) и противовирусных препаратов. Данная терапия при условии ранней диагностики ВГС позволяет элиминировать вирус из организма. Пациент может считаться вылеченным, если в течение 6–12 месяцев вирусные частицы не определяются в крови.

Врачи должны рутинно проводить диагностику (см. Приложение «Конфиденциальный опросник по гепатиту С») и предоставлять информацию о вирусных гепатитах мужчинам, имеющим сексуальные отношения с мужчинами (см. Приложение «Гепатиты: информация для МСМ»).



ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ (ИППП), СРЕДИ МСМ

Показатели заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем, среди мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами, выше, чем среди общего населения. ИППП являются индикатором рискованного сексуального поведения и указывают на высокий риск заражения ВИЧ.

С 1999 по 2001 год в Сан-Франциско (США) было проведено анкетирование 10 586 МСМ. Количество МСМ, которые сообщили о практике анального секса за последние шесть месяцев, возросло с 67% в 1999 году до 74% в 2001-м. Количество случаев заражения ректальной гонореей возросло со 162 в 1999 году до 237 в 2001-м; количество случаев заражения сифилисом — с шести в 1998 году до 115 в 2001-м (Chen Y. S., Gibson S., et al. Continuing Increases in Sexual Risk Behavior and Sexually Transmitted Diseases Among Men Who Have Sex with Men: San Francisco, Calif., 1999–2001. *Am J Public Health* (09.02) Vol 92; № 9: P. 1387–1388).

Количество новых случаев заражения сифилисом в Великобритании с 1997 по 2003 год возросло на 213% среди гетеросексуальных мужчин, на 1412% среди МСМ и на 22% среди женщин. На столь существенный

рост заболеваемости повлияла серия вспышек инфекции, среди которых на конец октября 2003 года самые большие были зафиксированы в Манчестере (528) и Лондоне (1222). Все вспышки имели четкую географическую локализацию, и большинство случаев были выявлены среди МСМ. Чаще всего как путь передачи инфекции упоминался оральный секс (Simms I., Fenton K.A., et al. The re-emergence of syphilis in the United Kingdom: the new epidemic phases. *Sex Transm Dis.* 2005 Apr;32(4):220–6).

Что это может означать?

Исследование по уровню ИППП в сообществе МСМ, проведенное в Англии и Уэльсе, показало, что с 1997 по 2002 год число случаев гонореи удвоилось (661/100 000, 1271/100 000, $p < 0,001$). По количеству инфицированных ВИЧ стал третьей, наиболее распространенной среди МСМ инфекцией, передающейся половым путем, в Англии и второй в Лондоне, с наиболее пораженной группой мужчин в возрасте 35–44 лет. Наблюдаемый рост отражает показатели по возросшей частоте рискованного поведения (Macdonald N., Dougan S., et al. Recent trends in diagnoses of HIV and other sexually transmitted infections in England and Wales among men who have sex with men. *Sex Transm Infect.* 2004 Dec;80(6):492–7).

В период с 2000 по 2003 год во Франции был отмечен рост заболеваемости сифилисом: с 37 случаев в 2000 году до 428 в 2003 году. Из 1089 диагностированных случаев сифилиса 96% были выявлены у мужчин в возрасте 36 лет, 70% которых родились во Франции. Наибольшее число случаев было среди МСМ, проживающих в Париже и его окрестностях, что составило 87% по сравнению с 75% в других регионах. Данные анкетирования показали, что за три месяца до появления инфекции у 83% МСМ был секс со случайными партнерами (Couturier E., Michel A., et al. Syphilis surveillance in France, 2000–2003. *Euro Surveill.* 2004 Dec;9(12):8–10).

В январе 2004 года Европейская эпидемиологическая сеть по инфекциям, передающимся половым путем (European Surveillance of Sexually Transmitted Infections Network), сообщила о происшедшей в Роттердаме среди МСМ вспышке венерической лимфогранулемы .

Заболевание вызывается одним из видов хламидий и начинается с бугорка или пузырька на месте внедрения возбудителя (обычно на половых органах), который быстро исчезает или может остаться незамеченным. Через 1–4 недели увеличиваются регионарные лимфатические узлы (у мужчин чаще всего паховые, у женщин — малого таза). Пораженные лимфатические узлы при этом уплотняются, становятся болезненными, спаиваются между собой. Кожа над узлами приобретает цвет от розового до синюшно-красного. Со временем лимфатические узлы

вскрываются с выделением желтоватого гноя (<http://www.venerologia.ru/venerologia/limfogradulema.htm>). Специалисты клиники ИППП в Париже провели клинико-биологический ретроспективный анализ среди 154 МСМ, которые с января 2002 по май 2004 года проходили обследование по поводу ИППП в аноректальной области и проспективный анализ с мая по август 2004 года. Из 216 ректальных мазков гомо- и бисексуальных мужчин 32 (14,8%) оказались позитивными на *Chlamydia trachomatis*. Образцы были генотипированы для выявления серотипа возбудителя и показали наличие типа L (2). Данный возбудитель присущ определенной группе лиц или полу. Но насколько корректно при наличии данного серотипа утверждать, что именно эта группа подвержена инфицированию? Антитела в сыворотке были определены у 14 человек и оказались четко положительными в 13 случаях. Все 22 человека с подтвержденной аноректальной лимфогранулемой были гомосексуалами в возрасте 28–52 лет (средний возраст — 39 лет). 12 из 21 (57,1%) оказались ВИЧ-инфицированными (один пациент не тестировался) (Halioua B., Bohbot J.M., et al. Ano-rectal lymphogranuloma venereum: 22 cases reported in a Sexually Transmitted Infections center in Paris. *Eur. J. Dermatol.* 2006 Mar-Apr;16(2):177–80).

Медицинские специалисты, консультирующие МСМ, должны рутинно собирать анамнез относительно ИППП и предоставлять рекомендации по безопасному сексу каждому пациенту. Обсуждение сексуальной жизни пациента — непростая задача, однако это один из самых необходимых для работы навыков. Сбор информации относительно сексуального поведения требуется для того, чтобы не только оценить имеющиеся риски заражения ИППП/ВИЧ, но и сфокусировать внимание на тех факторах, которые могут играть защитную роль в ситуациях повышенного риска (см. Приложение «Оценка сексуального риска»).



ДРУГИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У МСМ

Мужчины, имеющие сексуальные отношения с мужчинами, обладают повышенным риском заражения инфекциями, передающимися половым путем и вызывающими поражение желудочно-кишечного тракта (амебиаз, шигеллез, криптоспоридиоз). Данные заболевания являются результатом опасных сексуальных практик, специфичных для МСМ, и передаются орально-фекальным путем.

Передача инфекции половым путем может произойти в случае контакта с зараженными фекалиями. В данной связи необходимо принимать во внимание ситуации, способствующие инфицированию:

- римминг (вылизывание ануса);
- фингеринг или фистинг (внедрение пальца или кулака в анус партнера);
- снятие презерватива после анального секса;
- прикосновение к сексуальным игрушкам, которые побывали до этого в анусе;
- сосание или облизывание пениса или мошонки;
- контакт с инфицированными фекалиями в «темной комнате»⁷ или туалете.

Источник: HPA Press Release. Health Protection Agency advice to gay men in London. October 11th, 2004.

Шигеллез

Случаи шигеллеза в сообществе МСМ были зарегистрированы в США, Канаде, Австралии, Нидерландах и Великобритании.

В Великобритании в 2002 году Агентство по защите здоровья (Health Protection Agency) сообщило о 14 случаях заболевания, вызванного бактерией *Shigella sonnei*. Одним из основных симптомов шигеллеза является длительная диарея, иногда с кровью (дизентерия). Однако следует иметь в виду, что диарея с кровью может быть и при геморроидальном поражении, т.е. не всегда означать дизентерию. Другими симптомами шигеллеза являются боли в животе, лихорадка, тошнота и иногда рвота. Во время вспышки заболевания в Австралии у одного ВИЧ-позитивного пациента был диагностирован реактивный артрит, вызванный *S. sonnei* (Chen M., et al. *Shigella sonnei*: another cause of sexually acquired reactive arthritis. *Int J STD AIDS* 13:135–136, 2002).

Согласно отчетам по вспышке шигеллеза в Сан-Франциско в 1996 году и в Амстердаме в 1997–2001 годах, ВИЧ-положительные мужчины-геи чаще заболевали шигеллезом (Bovee L.P., et al. *Shigellosis, a sexually transmitted disease in homosexual men. Ned Tijdschr Geneesk* 147: 2438–2439, 2003). Эпидемиологическое исследование в 2000 году в Сиднее показало, что единственным ассоциированным фактором, связанным с заражением, было посещение геями мест для занятия сексом за две недели до эпидемиологической вспышки (O'Sullivan B., et al. *Shigellosis linked to sex venues, Australia. Emerg Infect Dis.* 8: 862–864, 2002). Все мужчины, заразившиеся шигеллезом в 2001 году в Берлине, сообщили о прямых или непрямых орально-анальных сексуальных контактах за неделю до того, как они почувствовали себя плохо (Marcus U., et al. *Shigellosis — a re-emerging sexually transmitted infection: outbreak in men having sex with men in Berlin. Int J STD AIDS* 15: 532–537, 2004).

⁷ Темная комната (Darkroom) — помещение в гей-клубах, барах или саунах, предназначенное для занятия сексом.

Криптоспоридиоз

Криптоспоридиоз — это паразитарное заболевание, которое часто развивается у ВИЧ-инфицированных людей как оппортунистическое. Основным механизмом передачи криптоспоридиоза — фекально-оральный. Заражение может происходить в случае непосредственного контакта с инфицированным человеком или животным, а также с объектами окружающей среды, контаминированными криптоспоридиями (например, водой). Наиболее типичная локализация инфекции — дистальные отделы тонкой кишки. Спектр клинических проявлений криптоспоридиоза достаточно широк и прежде всего зависит от иммунологического статуса человека. Основным и наиболее типичным клиническим проявлением заболевания является профузная водянистая диарея.

Исследование в Австралии показало, что МСМ составляют одну из наиболее уязвимых в отношении криптоспоридиоза групп. Анализ сексуального поведения среди десяти мужчин с подтвержденным диагнозом криптоспоридиоза и двенадцати участников контрольной группы позволил сделать вывод о том, что количество сексуальных партнеров (более одного за последний месяц), проникающий (активный) анальный секс и посещение специальных мест для занятий сексом значительно увеличивают риск заражения данной инфекцией (Hellard M., Hocking J., et al. Risk factors leading to *Cryptosporidium* infection in men who have sex with men. *Sex Transm Infect.* 2003 Oct;79(5):412–4).



УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ И КУРЕНИЕ СРЕДИ МСМ

Употребление алкоголя и курение⁸ широко распространены в сообществе МСМ, о чем свидетельствуют результаты многочисленных научных исследований⁹. Помимо широко описанной связи курения с возникновением рака легких, существуют научные данные о влиянии табака на когнитивные функции курильщиков (о снижении когнитивных функций в среднем возрасте — памяти и скорости визуального поиска — см.: Richards M., Jarvis M.J., Thompson N., Wadsworth E.J. Cigarette smoking and cognitive decline in midlife: evidence from a prospective birth cohort study. *Am J Public Health.* 2003;93(6):994–8).

⁸ Гей-сообщество очень привлекательно для табачной индустрии, поскольку обладает достаточно высоким потребительским потенциалом. Начиная с 90-х годов табачные компании постепенно начали продвигать

При сравнении выборки гомо- и гетеросексуальных мужчин в двух городах США (в Портланде и Таксоне) было обнаружено, что из 2593 мужчин-геев 48% курили. Это значительно выше, чем аналогичный показатель в Аризоне (14,11%) и Орегоне (24,24%). Была выявлена связь между курением и следующими факторами: приемом алкоголя, частыми посещениями гей-баров, наличием близких и друзей, которые умерли от СПИДа, ВИЧ-положительным статусом, более серьезными проблемами со здоровьем, более низким уровнем образования и более низким уровнем доходов (Stall R.D., Greenwood G.L., et al. Cigarette smoking among gay and bisexual men. *Am J Public Health*, Vol 89, Issue 12 1875–1878). Другое исследование, проведенное в 1999 году в четырех городах США среди 2402 МСМ, подтвердило, что мужчины, имеющие сексуальные отношения с мужчинами, курят больше: показатель распространенности курения составил 31,4% для МСМ, тогда как в общем населении он был равен 24,7%. Среди МСМ 27% были бывшими курильщиками (Greenwood G.L., Paul J.P., et al. Tobacco use and cessation among a household-based sample of US urban men who have sex with men. *Am J Public Health*. 2005 Jan;95(1):145–51).

Даже если проводимые исследования имеют некоторую методологическую погрешность и реальные цифры несколько меньше, с точки зрения здравоохранения они вызывают беспокойство.

Телефонный опрос в четырех городах США (Чикаго, Лос-Анджелес, Нью-Йорк и Сан-Франциско), проведенный среди мужчин, которые идентифицировали себя как гомо- или бисексуалы или которые имели сексуальные отношения с мужчиной за последние пять лет (2172), выявил следующие показатели употребления психотропных средств: рекреационные наркотики — 52%, алкоголь — 85%, несколько средств — 18%, наличие трех и более проблем, связанных с алкоголем, — 12%, частый прием наркотиков — 19%, пьянство — 8% (Stall R., Paul J.P., Greenwood G., et al. Alcohol use, drug use and alcohol-related problems among

рекламу в гей-СМИ, оказывать финансовую помощь гей-организациям и спонсировать различные гей-мероприятия. Это далеко не всегда означало толерантность или идеологическую поддержку сообщества. Компания «Philip Morris» — самый большой производитель табака в США — в начале 90-х годов разработала стратегию, нацеленную на гей-сообщество и в 1991 году профинансировала ряд ВИЧ-сервисных организаций в ответ на бойкот, объявленный сигаретам «Мальборо» и пиву «Миллер», за поддержку сенатора Джисса Хелмса, выступившего в пользу отмены прав геев и против финансирования программ профилактики ВИЧ/СПИДа. После выводов рекламного агентства, работавшего на «Philip Morris», о том, что гей-сообщество представляет собой «благоприятную сферу возможностей» и гигант табачной индустрии легко может «завладеть рынком», «Philip Morris» сделала благотворительный взнос в размере 10 000 долларов «Альянсу геев и лесбиянок против диффамации (клеветы)» и разместила первую рекламу сигарет в популярном журнале «Gente» (G. Yamey. Gay tobacco ads come out of the closet. *BMJ*, July 31, 2003; 327(7409): 296–296).

⁹ Для оценки распространенности курения среди лесбиянок, геев и бисексуалов был проведен сравнительный анализ результатов 12 исследований, состоявшихся в период с 1987 по 2000 год. Согласно оценкам, показатель курения для ЛГБТ варьирует от 38 до 59% среди молодых людей и от 28 до 50% среди взрослых. Национальные показатели курения составляют 28–35% для молодежи и 28% для взрослых (Ryan H., Wortley P.M., et al. Smoking among lesbians, gays, and bisexuals: a review of the literature. *Am J Prev Med*. 2001 Aug;21(2):142–9).

men who have sex with men: the Urban Men's Health Study. *Addiction*. 2001;96:1589–1601).

В 1973 году исследование Сагира и Робинса показало, что 35% лесбиянок и 30% гомосексуальных мужчин имели проблемы с алкоголем, по сравнению с 5% гетеросексуальных женщин и 20% гетеросексуальных мужчин (Saghir M. T., & Robins, E. Male and female homosexuality: A comprehensive investigation. Baltimore, MD: Williams and Wilkins, 1973). В исследовании Фифилда в 1975 году, проведенном среди посетителей баров в округе Лос-Анджелеса, 31% мужчин-геев и лесбиянок имели симптомы алкоголизма (Fifield L. On my way to nowhere: Alienated, isolated, drunk. Los Angeles: Gay Community Services Center, 1975). В исследовании Лоренца, проведенном также среди посетителей баров, показатель злоупотребления алкоголем составил 29% (Lohrenz L. J., Connolly J. C., Coyne L., & Spare K. E. Alcohol problems in several Midwestern homosexual communities. *Journal of Studies on Alcohol*, Vol 39, 1978).

Факторы, объясняющие и способствующие высокому уровню потребления алкоголя среди МСМ, как легального психотропного средства, имеют комплексный характер и включают как социальные, так и психологические переменные. Факторы, обусловленные социальной средой, могут включать: посещение баров как единственной альтернативы для социального объединения и встреч МСМ, где алкоголь играет важную роль; гомофобию и дискриминацию; преступления на почве ненависти; непризнание гомосексуальных отношений на уровне общества. К психологическим факторам относятся: депрессия, интернализированная гомофобия (личное негативное отношение и отношение других людей к своей гомосексуальности, конфликт между тем, что гомосексуальный человек чувствует, и тем, что он постоянно слышит относительно сексуальных отношений между мужчинами со стороны гомофобного общества); страх перед знакомством и вступлением в сексуальные отношения с другими МСМ; желание быть как все, то есть веселым, раскрепощенным; попытка преодолеть чувство одиночества; глубоко переживаемый неразрешенный конфликт с членами семьи и близкими, вызванный чувством вины за то, что не оправдал ожидания и надежды и т. д. Всю перечисленную совокупность факторов необходимо учитывать при работе с пациентом, имеющим алкогольные проблемы. В западных странах существуют специальные объединения («Анонимные алкоголики»), ориентированные на ЛГБТ-сообщество.

Прием алкоголя и его роль в сексуальном сценарии

В одном из исследований авторы постарались описать роль, которую алкоголь играет в сексуальной жизни ВИЧ-положительных МСМ, с точки зрения теории сексуального сценария (сексуальные сценарии — это описательные способы, при помощи которых люди организуют собственные взгляды и ожидания в отношении сексуального поведения). Исследование проводилось в Нью-Йорке среди МСМ старше 18 лет (48 человек) разной национальности, имеющих диагноз алкоголизм.

Алкоголь как социальный lubricant

Многие МСМ традиционно используют алкоголь, чтобы облегчить процесс общения с другими мужчинами:

— *Я чувствую себя лучше даже после кружки пива, ты знаешь, и меньше стесняюсь... Две кружки, и точно, я чувствую, как, ну не знаю, как будто управляю чем-то, готов прервать молчание и подойти к кому-то* (афро-американец, 38 лет).

Некоторые мужчины сказали, что принимали алкоголь, чтобы справиться с внутренней гомофобией. Один бисексуал описал, как алкоголь помогает ему снять запрет на сексуальные отношения с женщиной:

— *У меня столько запретов относительно секса, и опьянение на самом деле снимает их. К тому моменту, когда я ушел из бара, вероятно, ты знаешь, это было у меня в голове. Безусловно, когда я пришел домой, это крепко сидело у меня в голове. Единственная причина, почему я хотел пойти в гей-бар, — там секс доступен* (белый мужчина, 52 года).

Еще одна роль алкоголя как социального lubricanta — снятие страхов относительно того, какотреагирует потенциальный сексуальный партнер:

— *Обычно мне надо... ух, надо, чтобы у меня внутри было немного алкоголя, ну, пройти через, ты знаешь, как ты говоришь, «боязнь» кого-то и то, как человек отреагирует* (афро-американец, 31 год).

Посещение новых мест, где собираются МСМ, также может вызывать дискомфорт и страх, а алкоголь позволяет преодолеть эти состояния. Например, один респондент описал, как алкоголь повлиял на его решение пойти в сауну, когда он был в отпуске:

— *Пойти просто в сауну, даже когда я трезвый... я привык к этому. Но идти в незнакомый клуб в новом городе для меня... я думаю, что мне нужно быть навеселе, чтобы войти вовнутрь* (латиноамериканец, 34 года).

В другом примере участник исследования сообщил, что возможности познакомиться с сексуальным партнером возникают только тогда, когда он пьян:

— *Я был очень-очень пьян. Я стал реально, реально дружелюбным, открытым, влюбленным и делал все, что хотел (смеется). Ты знаешь, у меня в голове сидит страх относительно отказа. Так что, когда люди заигрывают со мной, это всегда происходит в баре или при выходе из бара. Так что алкоголь всегда там* (латиноамериканец, 39 лет).

Алкоголь как предпосылка для секса

Некоторые МСМ могут принимать алкоголь, чтобы настроиться на сексуальные отношения. Алкоголь позволяет им почувствовать себя более сексуально открытыми и

усиливает интенсивность переживаний. Мужчины могут стать более возбужденными и сексуально агрессивными, что в некоторых случаях приводит к тому, что человек хочет получить новый сексуальный опыт и организует свои мысли и фантазии вокруг этого:

— *Когда ты пьешь, ты открыт. Когда ты пьешь, ты знаешь... Ты можешь экспериментировать. Ты пользуешься случаем* (латиноамериканец, 37 лет).

— *Это было более... ой... поскольку мы пили, ты понимаешь, о чем я. ОК... Думаю, что это было более бурно, когда мы оба пили* (афро-американец, 34 года).

Некоторые респонденты заявили, что алкоголь стал неотъемлемой частью их сексуального сценария, и они сомневаются, что занимались бы сексом, будучи трезвыми. Алкоголь дает им определенный эмоциональный «настрой»:

— *Я не был сильно пьян. Ну, так, подвыпивший. И, понимаешь, чтобы быть точным, если бы я иногда не пропускал рюмку-другую, у меня бы вообще не было секса. Поскольку, понимаешь, если один из парней заходит ко мне в гости на выходные, ну и мы немного выпиваем, то это, как прелюдия к этому. Я бы, наверное, остался девственником, если бы не пил* (афро-американец, 39 лет).

Прием алкоголя может быть частью поведения среди мужчин, которые вступают в коммерческие сексуальные отношения. Алкоголь в данном сексуальном сценарии — это способ подготовиться к сексу с клиентом:

— *Он дал мне деньги и — бум, у нас был секс. Но перед тем как пойти к нему, я принял еще пару рюмок, чтобы настроиться* (афро-американец, 44 года).

Некоторые MSM считают, что алкоголь является необходимым условием для секса с партнерами, которые бы их не заинтересовали, если бы они не были под влиянием алкоголя:

— *Ко мне заваливается мой приятель, а я пью алкоголь. И у нас секс — я имею в виду, что это просто скучно. Мы были как идиоты. Это было как репетиция. Он приходит, чтобы выпить, и хочет чего-то другого. Мне было вполне хорошо, я старался напиться, пил и занимался этим, это обычно... Тут связь между наркотиком и алкоголем, и мы занимаемся иногда сексом. Он не мой друг, я не считаю его своим другом. Просто знакомый* (афро-американец, 43 года).

Источник: Jeffrey T. Parsons, Kalil J. Vicioso, et al. The impact of alcohol use on the sexual scripts of HIV-positive men who have sex with men. *Journal of Sex Research*, May, 2004.

Алкоголь не только оказывает влияние на поведение через снятие запретов и снижение контроля над ситуацией, что приводит к рискованным сексуальным практикам, но и увеличивает риск заражения, повышая восприимчивость слизистой оболочки ротовой полости к вирусу. Это подтвердило исследование, проведенное учеными из Института стоматологии Университета Калифорнии (Лос-Анджелес, США). Они модифицировали штамм NL4-3 ВИЧ путем включения протеинового гена с зеленой флуоресцентной окраской и инфицировали им клетки эпителия ротовой полости, полученные от пациента. К инфицированным клеткам затем добавили алкоголь в разной концентрации (0–4%). ВИЧ-инфицированные клетки выявлялись с помощью флуоресцентной микроскопии или методом сортировки флуоресцентно-активированных клеток. Как оказалось, этанол значительно

повышает инфицирование вирусом клеток эпителия. Экспозиция клеток к 4%-ному этанолу менее 10 минут повышает восприимчивость эпителия к инфицированию штаммом NL4-3 в 3–6 раз. Исследователи также протестировали другой штамм JRCSF и также обнаружили, что инфекционность стимулируется алкоголем. Несмотря на то что исследование проводилось *in vitro*, его результаты могут иметь огромное значение. Концентрация алкоголя, используемого в исследовании, была равна концентрации алкоголя в пиве — наиболее распространенном в барах напитке. В данном контексте незащищенный оральный секс с эякуляцией в ротовую полость, бесспорно, увеличивает шансы на заражение ВИЧ-инфекцией у принимающего партнера (Zheng J., Yang O.O., Xie Y., et al. Ethanol stimulation of HIV infection of oral epithelial cells. *JAIDS*. 2004;37(4):1445–1453).



ДИЕТА, ПИТАНИЕ И ЗАНЯТИЯ СПОРТОМ

Сексуальность играет важную роль в жизни гомо- и бисексуальных мужчин. Сексуальные и эротические темы в гей-прессе связаны с образами молодых и красивых тел, подчеркивающих мужественность. Мужчины с нетрадиционной сексуальной ориентацией хотят и стараются соответствовать тому имиджу, который широко тиражируется в средствах массовой информации. Многие люди вполне справляются с тем фактом, что они далеки от совершенства, и живут в согласии со своим физическим «Я». Однако есть и те, кто, сравнивая себя с выбранным идеалом, испытывает сильную неудовлетворенность от собственного тела. Подобное восприятие приводит к понижению самооценки и толкает на поиск способов и путей преодоления ассоциированного стресса. Поскольку телосложение зависит от характера питания и физических нагрузок, совсем неудивительно, что еда становится объектом повышенного внимания, на который направляется корректирующее воздействие. В научной литературе существует много подтверждений того, что значительная часть МСМ не удовлетворены своим физическим состоянием и, как следствие, обладают повышенным риском возникновения расстройств пищевого поведения: нервной анорексии и булимии¹⁰.

¹⁰ Выделяют три вида расстройств пищевого поведения (в порядке возрастания распространенности): нервную анорексию, нервную булимию и компульсивное переедание. Последнее часто сочетается с ожирением. Расстройству пищевого поведения способствуют определенные свойства личности: патологическое стремление к совершенству (перфекционизм), нарциссизм, чрезмерная восприимчивость к мнению окружающих.

Основные признаки **нервной анорексии**: снижение веса более чем на 15% от исходного, болезненная убежденность в собственной полноте, даже несмотря на небольшой вес, аменорея (у женщин). В основе болезни лежит неотступное стремление похудеть, которое больные реализуют путем диеты, физических упражнений, а

Исследователи в США провели анкетирование среди 122 мужчин в возрасте 18–50 лет. Вопросы касались пищевых привычек, сексуальной ориентации, восприятия собственного тела, мужественности и подверженности депрессивным состояниям. Примерно половина мужчин были гомосексуалами, принадлежали к одной национальности, имели схожие уровни образования и экономического статуса и одинаковое телосложение. Исследователи сообщают, что недовольство собственным телом и расстройство пищевого поведения были больше распространены среди геев, чем среди гетеросексуальных мужчин. Среди геев примерно 14% страдали булимией, чуть более 20% — анорексией. Среди гетеросексуальной выборки никто не страдал булимией и лишь один — анорексией. Исследователи также обнаружили, что у гомосексуальных мужчин чаще встречались депрессия, низкая самооценка и дискомфорт, связанные с собственной сексуальной ориентацией (Russell C. J., Keel P.K. Homosexuality as a specific risk factor for eating disorders in men *International Journal of Eating Disorders*. 2002; 3(31): 300–306).

Исследование среди 10 583 подростков в США (92% идентифицировали себя как гетеросексуалы, 5% — главным образом как гетеросексуалы, 1% — как лесби/гей/бисексуалы, 2% — не были уверены) показало, что чаще всего беспокойство относительно своего веса и неудовлетворенность своим телом проявляли гетеросексуальные девушки и гомо- и бисексуальные мальчики. По сравнению с гетеросексуальными мальчиками гомо- и бисексуальные молодые люди были больше озабочены тем, чтобы выглядеть как мужчины, и имели симптомы нервной булимии. Лесби и бисексуальные девушки выражали большую удовлетворенность своим телом, чем гетеросексуальные девушки (Austin S.B., Ziyadeh N., et al. Sexual orientation, weight concerns, and eating-disordered behaviors in adolescent girls and boys. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43(9):1115–23).

Гипотеза о том, что гомосексуальная ориентация может быть связана с повышенными показателями неудовлетворенности своим телом, злоупотреблением диетой и расстройством пищевого поведения, была подтверждена исследованием, в котором приняли участие 36 320 учащихся средней школы. Для его проведения была выбрана группа

нередко и клизм, слабительных, рвоты. Сами больные на снижение веса и утомляемость внимания не обращают. К врачу их обычно приводят родственники, обеспокоенные резкой потерей веса. Лишь у части больных зарегистрированы соматические жалобы, обусловленные осложнениями (повреждения опорно-двигательного аппарата в результате физических нагрузок, сердечно-сосудистые нарушения вследствие голодания и гипокалиемии).

Симптомы **нервной булимии**: самоограничение в еде, приступы обжорства с последующей разгрузкой, неудовлетворенность фигурой и весом, боязнь полноты. Приступам обжорства нередко предшествует тревога, вызванная стрессовыми ситуациями, после которых возникают чувство вины и депрессия (Agras W. S. *Eating disorders: Management of obesity, bulimia, and anorexia nervosa*. New York: Pergamon, 1987).

гетеросексуальных мужчин (212), женщин (182) и группа подростков, идентифицировавших себя как гомосексуалы (81 мужчина и 38 женщин) или бисексуалы (131 мужчина и 144 женщины). Гомосексуальные мужчины чаще сообщали о недовольстве своим телом (27,8 против 12%), чаще применяли диету (8,9 против 5,5%), переждали (25 против 20,5%) и использовали разгрузку (например, вызывали рвоту: 11,7 против 4,4%) (French S.A., Story M. Sexual orientation and prevalence of body dissatisfaction and eating disordered behaviors: a population-based study of adolescents. *Int J Eat Disord.* 1996 Mar;19(2):119–26). Схожие данные были получены и в других исследованиях (см. Siever M.D. Sexual orientation and gender as factors in socioculturally acquired vulnerability to body dissatisfaction and eating disorders. *J Consult Clin Psychol.* 1994 Apr;62(2):252–60 или Beren S.E., Hayden H.A., et al. The influence of sexual orientation on body dissatisfaction in adult men and women. *Int J Eat Disord.* 1996; 20(2):135–41). Все перечисленное свидетельствует о том, что культ тела, широко распространенный в гей-сообществе, может способствовать формированию психологических комплексов и невротических состояний у геев.

Среди МСМ в западных странах посещение спортивного зала стало частью гей-культуры и активно пропагандируется на уровне сообщества. Однако такой вид спорта, как бодибилдинг, связан с определенными рисками для здоровья, обусловленными злоупотреблением стероидных гормонов¹¹.

Среди 1004 геев, посещающих пять спортивных залов в Лондоне (сентябрь–октябрь 1997 года), 136 человек (13,5%) употребляли стероидные препараты и 81 человек (8,1%) — инъекционным путем. Ни один из респондентов не предоставлял свой инструментарий кому-либо другому, а более 90% сообщили о том, что всегда использовали одноразовые шприцы. Исследование показало, что частота незащищенного анального секса с партнером неизвестного статуса была выше среди тех, кто использовал инъекционные стероиды, чем среди МСМ, которые их не принимали (20,9 против 12,9%) (Bolding G., Sherr L., et al. HIV risk beha-

¹¹ Анаболические стероиды — класс синтетических препаратов, влияющих на мужские половые гормоны (андрогены). Анаболические стероиды были синтезированы в конце 30-х годов для лечения гипогонадизма. Используются в медицине в первую очередь для лечения задержки полового развития, некоторых видов импотенции или восполнения веса при таких заболеваниях, как ВИЧ. Без предписания врача используются для наращивания мышечной массы. К оральным стероидам относятся: анадрол (оксиметалон), оксандрин (оксандролон), дианабол (метандростенолон) и винстрол (станозолол). Инъекционные стероиды включают: дека-дюраболлин (деканат нандролона), дюраболлин (фенпропоинат нандролона), депо-тестостерон (ципионат тестостерона) и эквипойз (болденон ундесиленат). Анаболические стероиды обладают многочисленными побочными эффектами, связанными с длительным приемом препаратов, и затрагивают разные системы организма: гормональную (стерильность, развитие грудных желез, атрофия яичек, импотенция, облысение); опорно-мышечный аппарат (задержка роста, разрывы сухожилий); сердечно-сосудистую систему (развитие атеросклероза, ишемической болезни сердца, увеличение левого желудочка); печень (рак, гепатит, цирроз); кожу (угревая сыпь, аллергические дерматиты); провоцируют инфекционные заболевания (ВИЧ, гепатиты); психическую сферу (депрессия, мания, суицидальные мысли, повышенная агрессивность, психозы) [<http://www.steroidabuse.gov>].

viours among gay men who use anabolic steroids. *Addiction*. 1999 Dec;94(12):1829–35). Исследование, проведенное этой же группой авторов в 2000 году в шести спортивных залах, показало, что из 772 опрошенных геев за последний год стероиды принимали 117 человек (15,2%) и 90 человек (11,7%) — при помощи инъекций. Почти все МСМ, употреблявшие стероидные препараты, сообщили о наличии побочных эффектов: атрофии яичек (51%), бессоннице (47,7%), депрессии (25,2%) и гипертензии (19%). Потребители стероидов за последние полгода чаще имели суицидальные мысли (22,6 против 11,2%) и испытывали депрессию (49,1 против 38,5%). Данное исследование доказывает, что употребление стероидов имеет сильное негативное влияние как на физическое, так и на психическое состояние МСМ (Bolding G., et al. Use of anabolic steroids and associated health risks among gay men attending London gyms. *Addiction*. 2002 Feb;97(2):195–203).



БОЛЕЗНИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ У МУЖЧИН

Болезни мочеполовой системы у мужчин включают эпидидемиты, везикулиты, простатит, доброкачественную гиперплазию простаты (аденома), злокачественные опухоли, преждевременную эякуляцию и эректильную дисфункцию. Бактериальные инфекции ответственны лишь за 5–10% всех случаев простатитов. Доброкачественная гиперплазия простаты (аденома) обнаруживается у 90% мужчин. К распространенным злокачественным заболеваниям относятся рак простаты, транзиторно-клеточная карцинома мочевого пузыря и рак яичек. Рак простаты развивается примерно у 10% мужчин. Проблема преждевременной эякуляции встречается примерно у 40% мужчин. Эректильные дисфункции затрагивают примерно 30% мужчин в возрасте 40–70 лет. (Epperly T.D., and Moore K.E. Health Issues in Men: Part I. Common Genitourinary Disorders. *Am Fam Physician* 2000;61:3657–64.)

Интересные данные, указывающие на протективную пользу эякуляций, были получены в Австралии (Giles G.G., Severi G., et al. Sexual factors and prostate cancer. *BJU International*, Vol 92, 2003, 211–216). Джилс и его коллеги изучили связь между возникновением рака простаты и частотой эякуляции у мужчин. При этом акцент был сделан на частоте эякуляций (мастурбаций), а не на частоте половых актов. В исследовании приняли участие мужчины моложе 70 лет из Мельбурна, Сиднея и Перза, которым в период с 1994 по 1997 год был поставлен диагноз рак простаты. Мужчины для контрольной группы выбирались

при помощи списка избирателей, так, чтобы их демографические данные соответствовали аналогичным данным представителей исследуемой группы. Число респондентов в исследуемой группе составило 1079 человек, в контрольной — 1259 человек. Результаты: мужчины, у которых в возрасте 20–30 лет эякуляция случалась более пяти раз в неделю, имели на 30% меньший риск возникновения агрессивной формы рака, чем те, у кого эякуляция происходила менее трех раз в неделю. Профессор Джилс считает, что «исследование указывает на отсутствие связи между раком простаты и числом сексуальных партнеров, что вступает в противоречие с инфекционной теорией рака среди населения Австралии /.../. Несмотря на распространенную точку зрения, согласно которой развитие рака обусловлено гормональными факторами, однозначного ответа на этот вопрос пока не существует. Поэтому наше объяснение причин протективного влияния эякуляций, которые мешают канцерогенам пристроиться к выводным протокам предстательной железы, носит во многом спекулятивный характер. Если протоки промываются, то будет меньше застоев и вреда для клеток, которые их выстилают». По мнению специалиста по раку грудной железы Лорен Липворт (Loren Lipworth) из Международного института эпидемиологии (Роквил, Мэриленд): «Все эти механизмы полностью гипотетические». Однако если полученные данные подтвердятся, то будущие советы врачей не будут ограничены диетой и упражнениями. Как считает Энтони Смит (Anthony Smith), исполнительный директор Австралийского центра по исследованию секса, здоровья и общества, «если эти открытия подтвердятся, будет разумно поощрять мужчин мастурбировать» (Masturbating may protect against prostate cancer. 16 July 2003. www.newscientist.com).

Подробную информацию о данных заболеваниях можно найти в медицинской литературе или на сайте: <http://www.prostatit.org.ru> (см. также Приложение «Простатит: информация для МСМ»).



АНАЛЬНАЯ ДИСПЛАЗИЯ И РАК ПРЯМОЙ КИШКИ

Вирус папилломы человека (ВПЧ) (Human Papilloma virus, HPV) вызывает развитие папиллом, и в частности — генитальной папилломавирусной инфекции человека (ПВИ). ВПЧ передается через микротравмы на коже, половым путем и в родах. Генитальный ВПЧ принадлежит к одному из самых распространенных заболеваний, передающихся половым путем. Количество инфицированных составляет 20–60%.

Часто характеризуется развитием остроконечных кондилом. В настоящее время известно более 70 генетически родственных подтипов вирусов, 30 из них вызывают поражение аногенитальной области.

Заражение вирусом папилломы человека 16-го типа ассоциировано с возникновением рака прямой кишки у мужчин и раком шейки матки у женщин. По некоторым данным, носителями ВПЧ являются около 90% ВИЧ-положительных и 65% ВИЧ-отрицательных мужчин, имеющих секс с другими мужчинами (Palefsky J.M., et al. Anal squamous intraepithelial lesions in HIV-positive and HIV-negative homosexual and bisexual men: prevalence and risk factors. *J AIDS Human Retrovirus* 1998; 17(4): 320–6). Анальные интраэпителиальные сквамозные повреждения слизистой (Anal squamous intraepithelial lesions) низкой и высокой степени тяжести являются прекурсорами анальной карциномы. В четырех городах США было проведено цитологическое исследование на наличие данных прекурсоров среди 1262 ВИЧ-отрицательных МСМ в возрасте 15–89 лет. Диагностика ВПЧ осуществлялась при помощи теста на полимеразную цепную реакцию (ПЦР). В результате инфекция была выявлена у 57% обследуемых. В 15 и 5% случаев соответственно, вне зависимости от возраста, были выявлены интраэпителиальные сквамозные повреждения низкой и высокой степени тяжести. Присутствие прекурсоров было ассоциировано с наличием более пяти половых партнеров-мужчин (рецептивный анальный секс), употреблением попперсов (см. главу «ВИЧ/СПИД и рискованное поведение») за последние шесть месяцев или приемом инъекционных наркотиков два и более раз за последние шесть месяцев, более поздним возрастом, когда произошел первый анальный секс в рецептивной роли, и носительством нескольких типов ВПЧ (в данном исследовании у 45% было выявлено более одного генотипа ВПЧ) (Chin-Hong P.V, Vittinghoff E., et al. Age-related prevalence of anal cancer precursors in homosexual men: the EXPLORE study. *J Natl Cancer Inst.* 2005 Jun 15;97(12):896–905). Другим фактором, который может способствовать возникновению анальной дисплазии, является употребление рекреационных наркотиков через прямую кишку («booty bumps»), например, кристаллического амфетамина и экстази.

Исследования также показывают, что прохождение курса высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) и восстановление иммунной системы не оказывают влияния на частоту возникновения анальных интраэпителиальных сквамозных повреждений слизистой у ВИЧ-положительных МСМ. Так, в одном кросс-секционном исследовании с участием 45 респондентов, имеющих опыт приема ингибиторов протеазы и получающих ВААРТ в среднем в течение 32 месяцев, патологические изменения в клетках слизистой прямой кишки были выявлены у 32 из 45 человек (71%), включая интраэпителиальные

сквамозные повреждения слизистой высокой степени — у 10 человек (22%), низкой степени — у 19 человек (42%), без определенной клинической значимости — у 3 пациентов (7%). ВПЧ был обнаружен методом ПЦР у 36 из 45 мужчин (80%). Частота интраэпителиальных сквамозных повреждений слизистой и ВПЧ была одинакова у пациентов со значительно возросшим количеством CD4+ клеток после начала ВААРТ и тех, у кого иммунная система слабо реагировала на терапию (Piketty C., Darragh T.M., et al. High prevalence of anal squamous intraepithelial lesions in HIV-positive men despite the use of highly active antiretroviral therapy. *Sex Transm Dis.* 2004 Feb;31(2):96–9).

Цитологические исследования мазков из слизистой прямой кишки (РАР-тест) у МСМ должны проводиться один раз в 2–3 года и чаще при наличии ВИЧ-инфекции (см. Приложение «Скрининговые исследования среди мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами»).



ВИЧ/СПИД И РИСКОВАННОЕ ПОВЕДЕНИЕ

ВИЧ/СПИД остается основной угрозой и проблемой для здоровья МСМ. Несмотря на огромные усилия, направленные на профилактику инфекции, во многих индустриально развитых странах основным путем передачи ВИЧ-инфекции остается половой путь с преобладанием гомосексуального вектора. По данным Центров по контролю и профилактике заболеваемости в США (CDC. HIV/AIDS Surveillance Report, 2003. Vol 15. Atlanta: US Department of Health and Human Services, CDC; 2004:1–46. <http://www.cdc.gov/hiv/stats/2003surveillancereport.pdf>) в 2003 году:

- диагноз ВИЧ-инфекция был поставлен 503 305 мужчинам, имеющим сексуальные отношения с мужчинами (из которых 62 418 МСМ употребляли инъекционные наркотики);
- 295 981 МСМ (из которых 38 083 человека употребляли инъекционные наркотики) умерли от СПИДа, что составляет 68% от числа всех мужчин и 56% от числа всех людей, умерших от СПИДа;
- на конец 2003 года 207 323 МСМ (из которых 24 334 человека употребляли инъекционные наркотики) были ВИЧ-положительными, что составляет 66% от числа всех мужчин и 51% всех людей, живущих с ВИЧ.

В Великобритании до 1999 года МСМ составляли лидирующую социальную группу по заболеваемости ВИЧ-инфекцией. Несмотря на то что с 2000 года все чаще регистрируются новые случаи ВИЧ-инфекции

среди гетеросексуалов, количество таковых у МСМ продолжает неуклонно расти. В настоящее время ВИЧ занимает четвертое по частоте место среди инфекций, передающихся половым путем, в группе МСМ.

Гомосексуальный путь передачи ответственен за:

- 48% всех случаев ВИЧ-инфекции и 59% всех случаев СПИДа в Великобритании;
- 1/3 новых случаев ВИЧ-инфекции, диагностированных в 2004 году.

Мужчины, имеющие сексуальные отношения с мужчинами, составляют 45% взрослых людей, живущих с ВИЧ. Наиболее пораженная группа среди МСМ — мужчины в возрасте 25–39 лет. За период с 2000 по 2004 год количество МСМ, находящихся под медицинским наблюдением, возросло на 51% (www.tht.org.uk/informationresources/factsand-statistics/uk/menwithmen)¹².

Первые диагностированные случаи ВИЧ-инфекции

Первые сообщения о вспышке в Лос-Анджелесе редкой формы пневмонии среди пяти молодых гомосексуальных мужчин в возрасте 29–36 лет были опубликованы 5 июня 1981 года в «Еженедельном вестнике по заболеваемости и смертности» (*Morbidity and Mortality Weekly Report*, June 5 1981), издаваемом Центрами по контролю и профилактике заболеваемости (CDC). В начале 80-х годов главной комиссией по расследованию данных случаев был назначен д-р Джим Каррэн (Dr. Jim Curran). В опубликованной им статье подробно описывалось, какое лечение получали респонденты в период с октября 1980 по май 1981 года по поводу пневмонии, вызванной *pneumocystis carinii*, — редкой формы инфекции легких.

У этих мужчин также была диагностирована инфекция, вызванная цитомегаловирусом (ЦМВ), — форма герпеса, безвредная для большинства людей, однако с того момента признанная весьма опасной для людей с ВИЧ, поскольку они не в состоянии от нее избавиться. К моменту публикации статьи двое из них уже умерли.

По мнению д-ра Джима Каррэна, «появление пневмоцистозиса у пятерых, до недавнего времени здоровых людей, не имеющих клинически явного базисного иммунодефицита, необычно». «Тот факт, что все пациенты были гомосексуалами, позволяет предположить наличие ассоциации между некоторыми аспектами гомосексуального стиля жизни или заболеванием, приобретенным через половой контакт, и пневмоцистной пневмонией».

В статье сообщалось о том, что у всех пятерых мужчин были зарегистрированы либо текущая инфекция, вызванная цитомегаловирусом, либо признаки перенесенного заболевания в предыдущие месяцы.

В исследовании, опубликованном ранее в том же году, сообщалось, что у гомосексуальных мужчин были также выявлены высокие показатели заболеваемости ЦМВ, что не было зафиксировано среди гетеросексуальных мужчин того же возраста.

¹² В публикации статистические данные относительно количества случаев ВИЧ-инфекции среди МСМ в странах Восточной Европы и Центральной Азии не приводятся, поскольку надежность этих данных ставится под сомнение многими экспертами.

В другом исследовании было показано, что ЦМВ был обнаружен в сперме у мужчин, чьи анализы мочи на вирус были отрицательными.

Статья завершается следующим выводом: «Вышеописанные наблюдения подразумевают вероятность дисфункции иммунных клеток, связанную с общим контактом, который предрасполагает людей к оппортунистическим инфекциям».

Данная публикация вначале прошла незамеченной со стороны СМИ и медицинского сообщества. И лишь после того как в «Еженедельном вестнике» появилась статья о 26 случаях редкой формы злокачественной опухоли — саркомы Капоши, диагностированной среди мужчин-гомосексуалов за последние 30 месяцев (20 случаев в Нью-Йорке и шесть в Калифорнии), на нее стали обращать внимание журналисты. Через несколько месяцев д-р Готтлиб, иммунолог из Калифорнийского университета, привлек серьезное внимание медиков, опубликовав статью на эту тему в «Медицинском журнале Новой Англии» (Gottlieb M.S. Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men: Evidence of a new acquired cellular immunodeficiency. *New England Journal of Medicine* 1981; 305:1425–1431).

Источник: Elizabeth Fee and Theodore M. Brown. Michael S. Gottlieb and the Identification of AIDS. *Am J Public Health* June 2006, Vol 96, № 6, 982–983.



СЕКСУАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ У МСМ

На риск заражения оказывает влияние целый ряд факторов, таких, как вид сексуального контакта, вирулентность вируса, наличие инфекционных заболеваний в мочеполовой системе у неинфицированного партнера, уровень вирусной нагрузки у инфицированного партнера, обрезание у мужчины (циркумцизия), функционирование иммунной системы у носителя вируса, питание, анатомические особенности.

Незащищенный анальный секс

Не все сексуальные контакты между ВИЧ-положительным и ВИЧ-отрицательным партнерами приводят к заражению. Вероятность инфицирования в случае незащищенного анального секса (без использования презерватива и с эякуляцией в rectum) оценивается следующим образом:

- 0,02–0,1% — в отношении всех контактов, при которых ВИЧ-отрицательный партнер выступает в активной роли (половой член вводится в прямую кишку партнера), а ВИЧ-положительный

партнер — в пассивной/рецептивной роли (диапазон: от одного случая на 3,333 контакта до одного случая на 1000 контактов);

- 0,1–3% — в отношении всех контактов, при которых ВИЧ-положительный партнер выступает в активной роли, а ВИЧ-отрицательный партнер в пассивной/рецептивной (диапазон: от одного случая на 1000 контактов до одного случая на 33 контакта).

(Mastro TD, de Vicenz I (1996) Probabilitites of sexual HIV-1 transmission. *AIDS*, 10 (Supplement A): 575–582; Royce R, Sena A, Cates W, Cohen MS (1997) Sexual transmission of HIV. *New England Journal of Medicine*, 336(15):1702–8).

Анальный половой акт в рецептивной роли стимулирует выделение секрета простаты (семенной плазмы), который входит в состав эякулята (спермы), и у инфицированного человека может содержать ВИЧ. Лекарственные препараты для лечения бактериальной и фунгиальной инфекций (например, антибиотики) плохо проникают в простату. Исследователи из Сан-Диего выдвинули предположение, что антиретровирусные препараты также имеют ограниченный потенциал проникновения и простата может выступать в качестве резервуара для ВИЧ (Smith D.M., et al. The prostate as a reservoir for HIV-1. *AIDS* 18: 1600–1602, 2004). В исследовании приняли участие девять мужчин с хронической ВИЧ-инфекцией, средним показателем CD4 483 клетки/мм³ и средним уровнем вирусной нагрузки 20 800 копий/мл. Семь из них получали АРВ-терапию как минимум в течение трех месяцев, у трех человек уровень вирусной нагрузки был ниже 50 копий/мл. ИППП выявлены не были. Образцы спермы изучались еженедельно в течение 11 недель. Мужчин проинструктировали не заниматься сексом за 48 часов до забора образцов спермы. Образцы с 5-й по 10-ю неделю собирались после массажа простаты. ВИЧ чаще выявлялся в образцах спермы, полученной после массажа простаты (24 из 53 и 11 из 44 соответственно). У трех респондентов, которые имели неопределяемый уровень (как в крови, так и в сперме, полученной без массажа), ВИЧ был обнаружен по крайней мере в одном из образцов, полученных после массажа. Простата может служить «хранилищем» для ВИЧ, а ее стимуляция приводит к тому, что количество вируса в сперме повышается. В некоторых ситуациях гомосексуальные партнеры практикуют так называемый универсальный секс, то есть когда оба выступают по очереди в роли активного партнера. Но если активный партнер, который до этого исполнял роль рецептивного, будет практиковать опасный (незащищенный) секс, то риск передачи ВИЧ-инфекции может быть значительно повышен, несмотря на прием антиретровирусной терапии.

Степень риска заражения ВИЧ-инфекцией при различных сексуальных практиках среди МСМ

Высокий риск

- Анальный секс без презерватива (семяизвержение в прямую кишку).
- Тяжелые СМ-игры (садо-мазохистские игры с ранами и кровотечением).

Умеренный риск

- Оральный секс без презерватива (с семяизвержением в рот).
- Орально-анальный контакт без латексной салфетки (аннилингус).
- Контакт рта или ануса с мочой, калом (в них могут содержаться частички крови).
- Проникновение кулака или руки в анус или проникновение пальцем без латексной перчатки (фистинг или фистфакинг).
- Оральный секс без презерватива (без семяизвержения).

Низкий риск

- Анальный секс с использованием лубриканта на водной основе и презерватива.
- Оральный секс с использованием презерватива.
- Орально-анальный контакт с использованием латексной салфетки.
- Проникновение рукой или пальцем в анус в латексной перчатке.
- Мануально-генитальный контакт (наружный).
- Глубокий (французский) поцелуй.
- СМ-игры без попадания спермы или крови на слизистые оболочки.

Безопасные сексуальные практики

- Мастурбация (в одиночестве или с партнером).
- Использование индивидуальных сексуальных игрушек (фаллоимитатор, анальные шарики).
- Обнимание, прикосновения, ласки.
- Массаж.
- Совместное принятие ванны.
- Сексуальные разговоры, секс по телефону или в сети, сексуальные фантазии.
- Сексуальные фильмы, видео и игры.

Незащищенный оральный секс с эякуляцией

Департамент здравоохранения Сан-Франциско, основываясь на результатах двухлетнего исследования группы гомо- и бисексуальных мужчин, имеющих высокий риск заражения ВИЧ-инфекцией, опубликовал математические подсчеты вероятности заражения ВИЧ-инфек-

цией в различных сексуальных ситуациях. Целью исследования было определить, могут ли такие практики, как незащищенный оральный секс с эякуляцией в рот, способствовать заражению. Как выяснилось, к сожалению, могут. В исследовании было подсчитано, что средний риск незащищенного орального секса с эякуляцией на контакт равен 1:2500. Но это лишь приблизительная цифра. Исследователи говорят, что реальный средний риск может быть от 1:10 000 до 1:100. Один из наиболее важных выводов данного исследования заключается в том, что практика незащищенного орального секса имеет определенный риск и является причиной определенного количества новых случаев ВИЧ-инфекции. Другими словами, оральный секс и контакт со спермой (без презерватива) не являются безопасной практикой (Vittinghoff E., et al. Per-contact risk of human immunodeficiency virus transmission between male sexual partners. *American Journal of Epidemiology* 150(3): 1–9. August 1999).

«Оральная» история: письмо в редакцию журнала

Мы все слышали рассказы о том, что оральный секс — «менее опасный», чему я в некоторой степени склонен верить. Однако с момента получения диагноза в июне 2005 года я много раз слышал, как заявляли о заражении ВИЧ именно через оральный секс.

За подобную информацию люди избегают нас и даже называют врунами, они отвергают статистику и осуждают нас за то, что мы сеем панику. Хорошо. Но дело в том, что оральная трансмиссия ВИЧ — реальная опасность, и нам стоит пробудиться и больше инвестировать в исследования.

С ростом заболеваемости герпесом, сифилисом и другими ИППП наш рот становится все более удобным путем для заражения ВИЧ-инфекцией, поскольку у ВИЧ повышается способность проникнуть в нашу систему.

С тэтчеровских времен информации о ВИЧ я считал, что это что-то такое, чего я никогда не подцеплю. Я всегда вел себя безопасно. В мае прошлого года у меня был оральный секс с незнакомым человеком. Парень «кончил» мне в рот без предупреждения. Я был зол, но не стал беспокоиться, поскольку оральный секс считается «безопаснее».

Спустя четыре недели я тяжело заболел. Я сдал тест на ВИЧ, и он был негативный. Тем не менее у меня появилась сыпь, а консультант забеспокоился, что у меня имеет место сероконверсия, однако, учитывая свою сексуальную историю и отрицательный тест на ВИЧ, я думал, что это невозможно. Но из-за тяжести моих симптомов было решено провести специальный тест P24, который обнаруживает сам вирус, а не антитела. Мне нужно было вернуться спустя четыре дня за результатами.

Я спокойно ждал. Я уже получил негативный результат на ВИЧ и считал, что моя болезнь — это что-то, что ходит по кругу. Я не беспокоился: оральный секс — «менее опасный» секс, так? Оказалось, совсем нет.

Потом мне сообщили, что обнаружили в моем организме ВИЧ и, помимо этого, герпес.

Консультант предположил, что парень, который «кончил» мне в рот, был носителем вируса герпеса, и ВИЧ попал вместе с ним.

Я был выжат как лимон. А мне еще сказали, что это может быть ложнопозитивный результат, и снова взяли кровь, чтобы проверить, не выработал ли мой организм антитела. Спустя две недели результат был точный. Я стал ВИЧ-положительным через оральный секс.

Мы используем смазки и презервативы для наших задниц, но какую защиту помимо слюны имеют наши рты? Насколько здоровые наши десны? Как часто мы прикусываем наш язык во время еды? Какие повреждения мы наносим нашим деснам, когда используем зубную нить или чистим зубы? Насколько безопасен наш язык после очищения? Зубочистки, ножи и вилки, острые чипсы и другая еда повреждают ткани нашего рта. Горячие напитки могут обжечь слизистую оболочку, приводя к появлению маленьких пузырей. Могут все эти вещи создать ворота для ВИЧ и других ИППП?

Может, благодаря обстоятельствам, связанным с моим инфицированием, другие люди смогут хотя бы немного больше думать о том риске, которому они подвергаются, занимаясь незащищенным оральным сексом.

Чувствую ли я себя обманутым, соблюдая здоровый образ жизни? Да. Я не просил парня кончать мне в рот и не побуждал к этому. Действия, которые я предпринимал, считались «менее опасными», но насколько безопасен мой рот?

Источник: *Positive Nation*, march 2006, issue 120.

В другом исследовании, которое проводилось с 1996 по 1999 год, приняли участие 122 человека с первичной ВИЧ-инфекцией, задокументированной в течение 12 месяцев после сероконверсии или указанием в анамнезе на инфицирование, которое было подтверждено иммуноферментным тестом. Сбор информации о рискованном сексуальном поведении осуществлялся путем анкетирования. Случаи потенциального заражения через оральный секс изучались эпидемиологами через анализ историй болезни и там, где это было возможно, информацию от партнера. При первичном анализе были выявлены 20 ситуаций (16,4%), в которых путем передачи ВИЧ-инфекции мог быть оральный секс. Из оставшихся 17 ситуаций 9 (53%) были переклассифицированы как не связанные с оральным сексом, так как имелись другие потенциальные факторы заражения. Два переклассифицированных пациента никогда не практиковали анальный секс, однако сообщили о единичных эпизодах употребления наркотиков и в связи с этим временной потери памяти. Четыре пациента сообщили о единичной практике незащищенного рецептивного анального секса, а один пациент о разрыве презерватива в момент, когда произошло заражение ВИЧ. После повторного анализа в данной выборке остались восемь человек (6,6%), случаи инфицирования у которых были квалифицированы как происшедшие в результате оральной трансмиссии (Dillon B., Hecht F.M, et al. Primary HIV infections

associated with oral transmission. *Conf Retroviruses Opportunistic Infect* 2000 Jan 30—Feb 2; 7:165).

Инфекции, передающиеся половым путем: взаимосвязь с ВИЧ-инфекцией

Наличие инфекционных заболеваний в репродуктивном тракте повышает вероятность проникновения вируса через слизистые оболочки и тем самым способствует заражению ВИЧ-инфекцией. Особую опасность представляют ИППП, сопровождающиеся появлением язвочек на половых органах (шанкроид, сифилис или герпес) (Mastro T.D., Satten G.A., Nopkesorn T., Sangkharomya S., Longini I.M. Jr. Probability of female-to-male transmission of HIV-1 in Thailand. *Lancet* 1994;343: 204—207). По некоторым оценкам, риск заражения ВИЧ-инфекцией при наличии данной патологии повышается в 2—5 раз (Wasserheit J.N. Epidemiological synergy: interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases. *Sex Transm Dis* 1992;19:61—77.[Medline]). Гонорея, хламидиоз и трихомониаз ассоциированы с повышением риска заражения ВИЧ-инфекцией на 60—340% (Royce R.A, Sena A., Cates W., Cohen M. S. Sexual Transmission of HIV. *The New England Journal of Medicine*. Vol 336:1072—1078).

Сопутствующие ИППП увеличивают секрецию ВИЧ в мочеполовой системе и соответственно риск заражения партнера. Количество вируса в сперме всегда больше при наличии таких заболеваний, как уретриты, гонорея и цитомегаловирусная инфекция. Лечение гонококковых уретритов сопровождается двукратным снижением ДНК ВИЧ в уретре (Moss G.B., Overbaugh J., Welch M., et al. Human immunodeficiency virus DNA in urethral secretions in men: association with gonococcal urethritis and CD4 cell depletion. *J Infect Dis* 1995;172:1469—1474) и семенной жидкости (Hoffman I., Maida M. Effects of urethritis therapy on the concentration of HIV-1 in seminal plasma. *Int Conf AIDS* 1996 Jul 7—12; 11:15).

В ходе исследований было также обнаружено, что при наличии сифилиса у пациентов с ВИЧ-инфекцией увеличивается уровень вирусной нагрузки и снижается количество CD4. К. Бухач (Buchacz K.) и его коллеги изучили истории болезней ВИЧ-инфицированных мужчин, больных сифилисом, проходивших лечение в трех клиниках Сан-Франциско и Лос-Анджелеса в период с 2001 по 2003 год. Они сравнили уровни РНК ВИЧ в плазме и показатели CD4 у 52 пациентов до заболевания сифилисом, в период заболевания и после курса лечения. Антиретровирусную терапию получали 30 пациентов. Показатели вирусной нагрузки оказались выше во время сифилиса, чем в период до сифилиса, в среднем на 0,22 РНК log₁₀ копий/мл и ниже в среднем на 0,1 РНК log₁₀ копий/мл после лечения. Количество CD4 клеток было

ниже во время сифилиса, чем до лечения, в среднем на 62 клетки/мм³ и на 33 клетки/мм³ после лечения. Рост вирусной нагрузки и снижение клеток CD4 оказались более выражены у пациентов с вторичным сифилисом (Buchacz K., et al. Syphilis increases HIV viral load and decreases CD4 cell counts in HIV-infected patients with new syphilis infections. *AIDS*. 2004 Oct 1;18(15):2075–9).

Обрезание (циркумцизия)

Хирургическая операция по круговому иссечению крайней плоти — обрезание (циркумцизия) — является протективным (защитным) фактором и способствует снижению риска заражения ВИЧ. Рандомизированное исследование, проведенное в Южной Африке с 2002 по 2004 год среди 3274 мужчин в возрасте 17–24 лет, показало, что риск заражения у мужчин, подвергшихся обрезанию, снижается на 60% (Auvert B., Taljaard D., Lagarde E., Sobngwi-Tambekou J., Sitta R., et al. (2005) Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: The ANRS 1265 trial. *PLoS Med* 2: e298 DOI: 10.1371/journal.pmed.0020298.). Это может быть обусловлено тем, что крайняя плоть содержит большое количество клеток Лангерханса (клеток эпидермиса, играющих важную роль в иммунных реакциях), которые «привлекают» и создают благоприятную среду для ВИЧ. Удаление тканей в данной области лишает вирус своего рода «площадки» для проникновения.

Вирусная нагрузка и лечение ВИЧ-инфекции

Наиболее опасный период для сексуальной трансмиссии вируса — период сероконверсии и сразу следующий после него. Исследование в Уганде, проведенное среди 235 моногамных гетеросексуальных пар, в которых один из партнеров был ВИЧ-положительным, позволило оценить риск передачи в зависимости от стадии инфекционного процесса. Показатель заражения был почти в 12 раз выше сразу после инфицирования, чем в период, когда инфекция уже укрепилась: 8,2: 1.000 половых контактов в ранние стадии инфекции (в первые 2,5 месяца после сероконверсии) по сравнению с 0,7–1,5: 1000 половых контактов в течение 6–15 месяцев заболевания (Wawer M.J., et al. Rates of HIV-1 transmission per coital act, by stage of HIV-1 infection, in Rakai, Uganda. *J. Infect. Dis.* 2005, 1;191(9):1403-9).

ВААРТ сокращает количество вируса в биологических жидкостях. Доказано, что использование терапии позволяет снизить риск гетеросексуальной передачи вируса на 80% (Castilla J., Del Romero J., Hernando V., Marincovich B., Garcia S., Rodriguez C. Effectiveness of Highly Active Antiretroviral Therapy in Reducing Heterosexual Transmission of HIV).



ВААРТ, ВИЧ-ОПТИМИЗМ, СЕРОСОРТИНГ, ИНТЕРНЕТ, КЛУБНЫЕ НАРКОТИКИ, ВЕЧЕРИНКИ ПО КРУГУ, «НЕОСЕДЛАННЫЙ СЕКС» И ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ

После внедрения в середине 90-х годов нового поколения антиретровирусных препаратов для лечения ВИЧ-инфекции заболевание перестало считаться смертельным, а восприятие угрозы заражения и взгляды на жизнь с инфекцией претерпели изменения. Появился специальный термин «ВИЧ-оптимизм», отражающий позитивные взгляды на возможность заражения, а также отсутствие страха перед заболеванием. Было выдвинуто предположение, что люди с таким взглядом на проблему менее склонны практиковать поведение, которое смогло бы предотвратить риск заражения, то есть оптимизм будет способствовать практике опасного секса.

В 1998 году в США было проведено исследование, направленное на изучение изменений, которые произошли в восприятии заболевания ВИЧ-инфекцией и необходимости придерживаться норм защищенного секса в свете новых достижений медицины. В анкетировании приняли участие 379 мужчин гомо- и бисексуальной ориентации. 10% из них согласились с утверждением, что «СПИД уже почти излечим», а 13% посчитали, что угроза СПИДа стала менее серьезной, чем раньше. В целом 8% респондентов заявили, что они практикуют безопасный секс реже с того момента, как появилась терапия. 18% ВИЧ-положительных МСМ, получающих комбинированную терапию, сообщили, что практикуют безопасный секс менее часто, поскольку «лечение продвинулось». Независимо от ВИЧ-статуса около 20% респондентов сказали, что «прекратили бы заниматься безопасным сексом, если бы СПИД оказался излечим» (Kelly J.A; Hoffman R.G., et al. Protease inhibitor combination therapies and perceptions of gay men regarding AIDS severity and the need to maintain safer sex. *AIDS*. 1998 Jul 9;12(10):F91–5).

Ученые из Центра исследований программ профилактики СПИДа при Калифорнийском университете решили проверить, связан ли оптимизм относительно ВААРТ с рискованным поведением молодых неинфицированных гомо- и бисексуальных мужчин. До исследования были

выдвинуты две гипотезы: 1) данный оптимизм приводит к повышенному сексуальному риску; 2) данный оптимизм является следствием предыдущего сексуального риска. На вопросы о сексуальном поведении, оптимизме относительно ВААРТ и уровне понимания собственной уязвимости к ВИЧ-инфекции ответили 538 человек в возрасте от 18 до 30 лет (ВИЧ-отрицательных или с неизвестным статусом). Повторное анкетирование было проведено через 18 месяцев. При перекрестном анализе оптимизм относительно лечения был связан со случаями незащищенного анального секса с непостоянными партнерами. Однако данный эффект наблюдался лишь среди мужчин, которые считали себя наиболее уязвимыми для ВИЧ-инфекции. Лонгитюдный анализ показал, что оптимизм не предопределял практику незащищенного анального секса. Скорее, наоборот, незащищенный анальный секс способствовал формированию оптимизма в отношении лечения. Таким образом, по выводам исследования, оптимизм ассоциирован с рискованным сексуальным поведением среди молодых МСМ, но, как правило, является следствием, а не причиной рискованного сексуального поведения (Huebner D.M., Rebchook G.M., et al. A longitudinal study of the association between treatment optimism and sexual risk behavior in young adult gay and bisexual men. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2004 Dec 1;37(4):1514–9).

Подобные исследования проводились и в других странах. В анонимном опросе, который прошел в 1998 году в Сиднее, приняли участие 2200 мужчин, в Мельбурне — 1891. Опросы проводились в специальных местах для занятий сексом, в больницах и на праздничных мероприятиях. Анализ полученных данных позволил сделать вывод, что незащищенный анальный секс ассоциирован с человеком, рекрутированным в местах для занятий сексом. Была обнаружена связь между незащищенным анальным сексом и убеждением, что «ВИЧ-положительный человек, который принимает комбинированную терапию, вряд ли заразит ВИЧ» (Van de Ven P., Kippax S., et al. HIV treatments optimism and sexual behaviour among gay men in Sydney and Melbourne. *AIDS.* 1999 Nov 12;13(16):2289–94).

Причины повышенного сексуального риска передачи ИППП/ВИЧ среди МСМ:

- синдром сгорания от СПИДа — «устал беспокоиться о СПИДе»;
- устаревшие или чрезмерно упрощенные послылы о безопасном сексе для МСМ;
- убежденность, что ВААРТ эффективна и не создает серьезных проблем для ВИЧ-положительного человека;
- освещение ВААРТ в СМИ (например, успехов в лечении заболевания);
- новые методы лечения ВИЧ-инфекции и потенциал для разработки вакцины;

- отсутствие среди ближайшего окружения человека, живущего с ВИЧ или СПИДом, а также близкого знакомства с теми, кто умер от СПИДа;
- ложная уверенность, что «этого со мной не может произойти»;
- низкая самооценка, депрессия или отсутствие поддержки равных;
- отсутствие доступа к профилактическим услугам у мужчин, которые более открыты в отношении собственной гомосексуальности.

Опросы, проведенные в Глазго и Эдинбурге (Шотландия) среди гомосексуальных мужчин (6508) (1996 год — 2276 человек, 1999 год — 2498, 2002 год — 1734), продемонстрировали рост случаев рискованного сексуального поведения. О практике незащищенного анального секса сообщили 10,7% мужчин, принявших участие в опросе 1996 года, 11,2% мужчин — 1999 года и 18,6% мужчин — 2002 года (Hart G.J., Williamson L.M. Increase in HIV sexual risk behaviour in homosexual men in Scotland, 1996–2002: prevention failure? *Sexually Transmitted Infections* 2005; 81:367–372).

В последние годы феномен намеренного опасного секса стал широко обсуждаться в гей-прессе и среди психологов. В англоязычной литературе появился термин «barebacking» («скачки на неоседланной лошади»). «Неоседланный» секс не только способствует появлению новых случаев ВИЧ-инфекции в МСМ-сообществе, но и приводит к распространению более вирулентных и лекарственно устойчивых штаммов вируса. Для ВИЧ-положительных геев и бисексуальных мужчин незащищенный анальный секс связан с риском повторного заражения другими штаммами ВИЧ (реинфекция или суперинфекция) и потерей CD4. Другие термины, которые сегодня можно услышать про МСМ, намеренно практикующих опасный секс с целью инфицирования, — «охотники за вирусом» («bug chaser») или с целью заражения других — «дарители» («gift givers»).

Охотники за ВИЧ: фантазия или факт?

Ричард Пендри (Richard Pendry),

продюсер и режиссер программы «Мне нравится быть ВИЧ+»

Мужчины-геи, фантазирующие о распространении ВИЧ-инфекции, могут поощрять других людей к инфицированию. Согласно сообщениям в СМИ, ВИЧ-позитивные мужчины — «дарители» («gift-givers») или те, кто хотят передать вирус так называемым «охотникам за вирусом» («bug chasers»), неинфицированным или не тестированным на ВИЧ мужчинам, делают это, вероятно, по взаимной договоренности. ВИЧ-положительный мужчина Рики Даер (Ricky Dyer), исследовавший феномен «охоты за вирусом» для программы BBC «Мне нравится быть ВИЧ+», считает, что атмосфера

самоуспокоенности относительно реалий жизни с ВИЧ/СПИДом может быть одной из причин роста распространенности инфекции. Даер пытался узнать правду, скрывающуюся за сообщениями в прессе, посещая интернет-сайты знакомств для геев и сообщая о том, что он ВИЧ-положительный мужчина, который хотел бы пообщаться с «охотниками за вирусом». «Я не говорил, что предлагаю им секс... Просто разговор — это все, что я просил», — говорит он в программе. Тем не менее Даер пришел в ужас от того, сколь многие явные «охотники» вступили с ним в контакт в течение нескольких дней и заявили, что хотят заразиться ВИЧ-инфекцией.

Конверсионные вечеринки

В Великобритании с данным феноменом имеют дело несколько интернет-сайтов, но больше всего их в США, где впервые появилось сообщение о феномене «охоты за вирусом». По общему мнению, «охотники за вирусом» ищут «конверсионные вечеринки», на которых ВИЧ-положительные мужчины имеют возможность инфицировать нескольких партнеров. Даер выясняет, что подавляющее большинство разговоров — «чистая фантазия». Мужчины, которые позиционируют себя как «охотники за вирусом» и «дарители», отказываются говорить об этом открыто перед камерой. Один из них, предоставивший интервью, на самом деле лгал съемочной группе по поводу своего поведения, что подтвердили в СПИД-сервисных организациях.

В данной связи Уил Натланд (Will Nutland), руководитель отдела пропаганды здорового образа жизни в Terrence Higgins Trust, считает, что «понятия «дарители» и «охотники за вирусом» явно больше основаны на фантазии, чем на реальности... Большинство мужчин-геев, у которых есть ВИЧ-инфекция, не хотят заразить других, а большинство людей, у которых ее нет, не хотят заразиться».

В этом же убеждена Дебора Джек (Deborah Jack), исполнительный директор Национального тростового СПИД-фонда: «Существует мало свидетельств того, что люди пытаются заразиться ВИЧ. Реальная проблема — почему рискованное поведение продолжается, если ВИЧ-положительные мужчины не желают заразить, а не инфицированные мужчины хотят избежать заражения».

Так или иначе, но, согласно Даеру, фантазия в интернете может нести неправильный посыл молодым и плохо информированным мужчинам, недавно появившимся на гей-сцене. Опрос по сексуальному здоровью среди мужчин-геев в Лондоне показал, что за последние годы 50% идентифицировавших себя как геи занимались по крайней мере один раз незащищенным анальным сексом.

Упрощенное обращение

По мнению Даера, благотворительные организации, стараясь «достучаться» до таких мужчин, могли сделать идею о безопасном сексе слишком расплывчатой. «Кампании профилактики, которые рассказывают мужчинам, практикующим опасный секс, что надо вынимать пенис перед эякуляцией, могут смутить молодых геев, появляющихся сегодня на гей-сцене... Знакомство с мужчинами в интернете, фантазирующими об опасных сексуальных практиках, также может способствовать этому».

Даер приводит интервью бывшего Свидетеля Иеговы по имени Крис, который не является ВИЧ-положительным. Крис рассказывает, что он часто практиковал опасный анальный секс. Он знает, что может заразиться, но принял осознанное решение радушно принять этот факт в свою жизнь.

Диагноз ВИЧ-инфекция

По ходу фильма Крису ставят диагноз — ВИЧ-инфекция. И перед камерой он рассказывает свою историю. Крис признался родителям, что он гей, 14 лет назад. Ему ответили, что если примет свою гомосексуальность, то умрет в глазах Господа и Свидетелей Иеговы. Крис решил уйти из дома.

Несмотря на то что парень часто, на протяжении нескольких лет занимался опасным сексом и одобряет «неизбежное» распространение ВИЧ-инфекции, он не является «охотником за вирусом»: «Я не боялся последствий заражения ВИЧ-инфекцией. Смирившись с этим, я вырвал занозу из задницы».

По данным Health Protection Agency, в Великобритании постоянно увеличивается количество новых случаев ВИЧ-инфекции среди MSM: в 1999 году было зарегистрировано 1500 случаев, в 2004 году — уже более 2000, т.е. за пять лет прирост составил около 30%.

Источник: http://www.bbc.co.uk/bbcthree/tv/ilove_hiv.shtml.

Опрос в Нью-Йорке среди MSM показал, что из 448 мужчин, знакомых с понятием «barebacking», 204 (45,5%) практиковали рискованные сексуальные отношения в течение трех месяцев, предшествовавших проведению исследования. ВИЧ-положительные MSM говорили о намеренном незащищенном анальном сексе чаще, чем ВИЧ-отрицательные. Респонденты чаще практиковали сероконкордантный секс (т.е. с партнером, имеющим аналогичный ВИЧ-статус). По мнению большого количества респондентов, «намеренный незащищенный анальный секс имеет гораздо больше преимуществ». Среди причин рискованного поведения назывались: доступность чат-румов (комнат для общения в режиме on-line), прогресс в лечении ВИЧ-инфекции, эмоциональная усталость от проблемы и возросшая популярность клубных наркотиков (Halkitis P.N. Barebacking among gay and bisexual men in New York City: explanations for the emergence of intentional unsafe behavior. *Arch Sex Behav.* 2003 Aug;32(4):351–7).

Серосортинг

MSM, желающие иметь незащищенный анальный секс, в качестве стратегии снижения риска могут использовать такую «профилактическую» меру, как «серосортинг» (выбор по статусу инфицированности). Впервые этот термин был предложен д-ром Джеффом МакКоннеллом в 2003 году (McConnell J., et al. Sorting Out Serosorting with Sexual Network Methods. Tenth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, abstract 41, 2003). Доктор Мат Голден (Dr Matt Golden) из Университета Вашингтона определяет понятие следующим образом: «Серосортинг — это практика предпочтительного выбора сексуального партнера или принятие решения не использовать презервативы с

избранными партнерами, основанные на одинаковом ВИЧ-статусе партнеров, о котором они сообщают друг другу». Исследования, проведенные в США с 1992 по 2005 год, показали, что геи в 2,5–9,1 раза чаще практикуют незащищенный анальный секс с партнерами, имеющими аналогичный статус. По результатам ряда исследований, практика серосортинга способствовала снижению новых случаев ВИЧ-инфекции среди МСМ в Сан-Франциско. Мао (Мао L.) и его коллеги решили выяснить, насколько такое поведение распространено среди неинфицированных геев в Сиднее (Австралия). Ученые попросили 302-х мужчин предоставить подробную информацию относительно количества случайных половых партнеров, с которыми они практиковали незащищенный анальный секс (НАС) за последние 6 месяцев. Несмотря на общее снижение практики НАС со случайными партнерами среди респондентов, среднее число ВИЧ-негативных партнеров, с которыми МСМ занимались сексом, возросло. Пропорция случайных партнеров по НАС, которые, по сообщениям, были не инфицированы, возросла с 6% в 2002 году до 25% в 2005 году, то есть практика серосортинга имеет место. Однако ученые подчеркивают, что 60% случайного НАС происходит с партнерами, чей статус неизвестен (Мао L., et al. «Serosorting» in casual anal sex of HIV-negative gay men is noteworthy and is increasing in Sydney, Australia. *AIDS* 20: 1204–1206, 2006). Проблема с данным «методом» профилактики заключается в том, что, во-первых, серосортинг не защищает от других инфекций, передающихся половым путем, а во-вторых, информация о ВИЧ-статусе чаще всего предполагается, а не базируется на фактическом знании. Трудно поверить в то, что все мужчины искренне сообщают своим партнерам о своем статусе. Серосортинг не должен становиться заменой для практики использования презервативов при случайных половых контактах.

Глубинные интервью, проведенные д-ром Джиллиан Илам (Gillian Elam) в семи клиниках Лондона, Брайтона и Манчестера среди 48 мужчин, у которых впервые была диагностирована ВИЧ-инфекция, позволили выявить социальные, поведенческие и эмоциональные факторы, ассоциированные с практикой незащищенного анального секса¹³:

- **Желание любви, доверия и интимности, которое оказывается сильнее, чем страх заражения ВИЧ-инфекцией**

Решение не пользоваться презервативом, как с постоянным, так и со случайными партнерами, у многих респондентов было вызвано тем, что «презерватив является барьером для интимных, доверительных, спонтанных отношений». Для некоторых респондентов отказ от использования презерватива был демонстрацией доверия к своему

¹³ Исследование было представлено на 12-й ежегодной конференции британской ВИЧ-ассоциации (12th Annual Conference of the British HIV Association). 29 March–1 April 2006 www.aidsmap.com.

партнеру и надеждой на то, что случайный контакт приведет к длительным любовным отношениям. В серодискордантных парах ВИЧ-отрицательный партнер не использовал презерватив, боясь разрушить интимную связь.

• **Убеждение, что «ВИЧ случается с другими людьми»**

Незащищенный анальный секс оценивался недавно инфицированными МСМ как низко рискованный, поскольку они практиковали скорее активную, чем пассивную роль, секс был скорее нежным, а не грубым, быстрым или не частым, с использованием большого количества смазки. Мужчины чувствовали собственную защищенность также потому, что они не имели большого количества партнеров, не употребляли наркотики и не были частью гей-тусовки. При выборе случайного партнера молодые неопытные мужчины и хорошо ухоженные мужчины не ассоциировались с риском заражения ВИЧ.

• **Мнение, что «ВИЧ — не самая плохая вещь, которая может со мной произойти»**

Мужчины старшего возраста не оценивали ВИЧ как самую страшную угрозу собственному здоровью не только из-за «ВААРТ-оптимизма», но и в силу адекватного отношения к явлениям, сопровождающим процесс старения: «с возрастом появляется целый ряд серьезных заболеваний (сердечно-сосудистой системы, болезнь Альцгеймера и т. д.), с которыми неизбежно приходится жить».

• **Убежденность в невосприимчивости к вирусу укрепляют отрицательные результаты повторного теста на ВИЧ**

Мужчины, несмотря на практику незащищенного анального секса, были уверены в том, что не заразятся ВИЧ-инфекцией, а предыдущие отрицательные результаты тестов на ВИЧ расценивались как свидетельство, что меры по снижению риска (такие, как активная роль в сексе) работают.

• **Незапланированный незащищенный анальный секс, причиной которого часто являются депрессия, низкая самооценка и недостаток контроля**

Мужчины, которые недавно заразились ВИЧ, приписывают практику опасного секса потере самоконтроля, вызванного приемом алкоголя и наркотиков с целью преодоления депрессии и повышения самооценки.

Интернет

Феномен намеренного опасного секса совпадает по времени с широким распространением с середины 90-х годов интернет-технологий.

Коммуникационные возможности значительно возросли благодаря появлению специальных служб для обмена информацией. Помимо электронной почты и сайтов для знакомств, существуют еще чаты, листсерверы (специальные списки рассылок по интересам) и программы передачи файлов (FTP). Все они доступны и популярны в сообществе МСМ. Знакомство и поиск сексуального партнера значительно легче осуществляются по интернету, чем в традиционных местах встреч (Rietmeijer C.A., Bull S., McFarlane M., et al. Risks and benefits of the internet for populations at risk for sexually transmitted infections (STIs): results of an STI clinic survey. *Sex Transm Dis* 2003;30:15–19. или McFarlane M., Bull S., Rietmeijer C.A. The internet as a newly emerging risk environment for sexually transmitted diseases. *JAMA* 2000;284:443–6)¹⁴.

Исследование, проведенное среди 164 МСМ, посещающих сексуальные курорты в южных штатах США, позволило провести параллель между рискованным сексуальным поведением и поиском партнеров по интернету. 57% мужчин сообщили о том, что при поиске партнера(-ов) используют интернет. По сравнению с не использующими интернет они чаще практиковали групповой секс, фистинг (22,4 против 6,8%), секс в саунах, барах и на «вечеринках по кругу», чаще употребляли во время занятий сексом поперсы и экстази (Mettey A., Crosby R., et al. Associations between internet sex seeking and STI associated risk behaviours among men who have sex with men. *Sex Transm Infect* 2003;79:466–468).

В 2000 году исследователи в Лондоне попросили мужчин, посещающих спортивные залы, заполнить анкету на тему использования интернета, наличия ИППП и недавних эпизодов незащищенного анального секса. В исследовании приняли участие 743 гея (из них 121 человек — ВИЧ-положительные, 465 — ВИЧ-отрицательные, 157 — никогда не сдавали тестов на ВИЧ). У 80,9% (601 человек) был доступ к интернету. ИППП в анамнезе чаще значились у тех, кто находил сексуальных партнеров через интернет: среди ВИЧ-отрицательных — 26,9 против 17,5%, гонорея среди ВИЧ-положительных мужчин — 22,2 против 5,8%. ВИЧ-позитивные геи чаще практиковали незащищенный анальный секс с мужчинами аналогичного серостатуса также в группе не пользующихся услугами интернета — 37,8 против 7,4% (Elford J., et al. Seeking sex on the

¹⁴ В мае–июне 2002 года был проведен опрос среди 4974 МСМ (средний возраст — 31 год), посещавших два популярных в Великобритании веб-сайта (gaydar and gay.com). Почти половина из них (46%) не тестировались на ВИЧ, а 6% сообщили о своем ВИЧ-позитивном статусе. Треть (31%) опрошенных практиковали высокорискованное сексуальное поведение (незащищенный анальный секс с партнером неизвестного статуса или дискордантным статусом) в течение последних трех месяцев. Большинство мужчин искали сексуального партнера (82%), а три четверти занимались этим более года. 47% респондентов сказали, что предпочитают искать партнеров в глобальной сети, а не в барах или других местах. Примерно 40% мужчин сказали, что главная причина использования интернета — найти сексуального партнера; 17% респондентов сказали, что ищут знакомства с другим мужчиной; 12% — для развлечения; 4% — потому, что испытывают одиночество, и 3% постоянно заходят в интернет, поскольку пристрастились (Bolding G., Davis M., et al. Use of gay internet sites and views about online health promotion among men who have sex with men. *AIDS Care* 16(8):993–1001 (2004).

Internet and sexual risk behaviour among gay men using London. gyms. *AIDS*. 2001 Jul 27;15(11):1409–15).

Наркотики и опасный секс

Феномен употребления так называемых клубных или танцевальных наркотиков тесно связан с появлением в конце 80-х годов нового музыкального направления — house-music¹⁵ и развитием клубного движения. Специфические психотропные препараты стали неотъемлемой частью клубной культуры (подробную информацию о клубных наркотиках см. Клубные наркотики и рискованное поведение: время скоро придет. — Киев: «СПИД Фонд Восток-Запад», 2004, http://afew.org/russian/drugusers_articles/club_drugusers_ukr.php).

С 1994 по 1998 год в семи городах США (Балтимор, Даллас, Лос-Анджелес, Майами, Нью-Йорк, Сан-Франциско, Сиэтл) было проведено кросс-секционное исследование среди 3472 геев в возрасте от 15 до 22 лет, часто посещающих клубы. Уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией оказался очень высоким (в целом 7,2%; диапазон — 2,2–12,1%). Показатель распространенности увеличивался с возрастом (от 0% среди 15-летних до 9,7% среди 22-летних). Факторы, наиболее сильно ассоциированные с ВИЧ-инфекцией: опыт анального секса с незнакомым мужчиной, наличие 20 и более сексуальных партнеров и т. д. Лишь 46 из 249 мужчин (18%) знали, что они инфицированы. Показатель незащищенного анального секса за последние 6 месяцев в целом составил 41%. Около 52% респондентов употребляли «клубные» наркотики, а 7% сообщили об употреблении инъекционных наркотиков (Valleroy L. A., Duncan A. MacKellar D.A., et al. HIV Prevalence and Associated Risks in Young Men Who Have Sex With Men. *JAMA*. 2000;284:198–204).

Для того чтобы определить, насколько широко распространено употребление «клубных» наркотиков среди молодых МСМ и как употребление влияет на практику опасного секса (незащищенный анальный секс), в Миннеаполисе в период с 1989 по 1997 год было проведено исследование. Общее число участников составило 877 человек в возрасте от 13 до 21 года (79% — европейцы, 8% — афро-американцы, 3% — латиноамериканцы, 3% — азиаты, 2% — коренные американцы и 5% — смешанной этнической принадлежности).

¹⁵ Изначально хаус-музыка представляла собой единое целое: «гараж», «хаус» и «техно» объединялись и назывались эйсид-хаус-музыкой. «Гараж» пришел из нью-йоркского клуба «Paradise Garage», где он в плане музыки представлял собой нечто более близкое к соулу и вокалу. «Хаус» зародился в «Warehouse club» и был раскрыт ди-джемом этого клуба Фрэнки Наклзом. «Техно» возникло в Детройте, и вначале эта музыка звучала быстрее, интенсивнее и более «индустриально». Когда все эти стили через остров Ибица пришли из Америки в Европу, они еще были очень похожи. Примерно к 1987 году сформировалось понятие «эйсид-хаус», при котором количество ударов в минуту стало приближаться к 120–130. Ритм хаус-музыки обычно определяют как постоянно повторяющиеся четыре четверти (Ciaran O'Hagan. *British dance culture: Sub-genres and associated drug use*. www.drugtext.org).

По данным исследования:

- около 34% респондентов практиковали незащищенный анальный секс с кем-либо из последних трех партнеров за предыдущий год. С незащищенным анальным сексом был связан прием таких психотропных средств, как алкоголь, марихуана, кокаин, амфетамины, барбитураты, героин, ЛСД, нитраты, транквилизаторы и метаквалон (успокаивающее и снотворное средство);
- с 1994 по 1997 год наблюдался рост употребления амфетаминов среди молодых МСМ. С 1989 по 1993 год 3–8% принимали амфетамины в течение трех месяцев, предшествующих проведению интервью. С 1994 по 1997 год показатель возрос до 12–15%. Употребление марихуаны (47%) и кокаина (10%) также возросло в 1997 году по сравнению с 1994 годом (37 и 3% соответственно) (McNall M., Remafedi G. Relationship of amphetamine and other substance use to unprotected intercourse among young men who have sex with men. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1999; 153:1130–1135).

Высокий риск заражения ВИЧ-инфекцией связан и с такой практикой, как употребление инъекционных наркотиков с использованием чужого инъекционного инструментария (шприцы, иглы, ложки, посуда, фильтры, жгут). МСМ, практикующие совместное употребление инъекционных наркотиков и опасный секс, подвергаются наибольшему риску инфицирования ВИЧ-инфекцией¹⁶. В Сиднее около 12% МСМ сообщили о том, что употребляют инъекционные наркотики (в основном амфетамины). В ходе другого австралийского исследования было обнаружено, что употребление инъекционных наркотиков больше распространено среди молодых и ВИЧ-положительных геев. Эпидемиологические данные по Соединенным Штатам свидетельствуют, что 11% МСМ, живущих с ВИЧ, имеют опыт инъекционного употребления наркотиков, а 20% всех мужчин, употребляющих инъекционные наркотики и живущих с ВИЧ, имели сексуальные отношения с мужчинами. Исследователи отмечают тот факт, что программы профилактики ВИЧ-инфекции зачастую не уделяют должного внимания МСМ, употребляющим инъекционные наркотики (Употребление психоактивных веществ и рискованное сексуальное поведение: руководство по экспресс-оценке и реагированию (СЕКС-ЭОР). — ВОЗ, 2002).

¹⁶ Прием инъекционных наркотиков повышает риск инфицирования для МСМ по нескольким причинам: 1) если они используют совместный инъекционный инструментарий; 2) употребление наркотиков ассоциировано с высокорискованным сексуальным поведением; 3) фоновые показатели распространенности ВИЧ-инфекции выше среди МСМ-ПИН и МСМ, которые употребляют наркотики, но не инъекционным путем, что повышает вероятность заражения (Rhodes F., Deren S., Wood M.M., et al. Understanding HIV risks of chronic drug-using men who have sex with men. *AIDS Care.* 1999;11:629-648).

Употребление инъекционных наркотиков в среде МСМ также связано с вовлечением в коммерческие сексуальные отношения. В Сан-Франциско среди 227 МСМ, употребляющих инъекционные наркотики, рекрутированных на улицах для исследования, 68% вступали в сексуальные контакты с мужчинами за деньги. Показатель инфицирования ВИЧ составил 12%, при этом 42% мужчин не знали о своем статусе. О постоянном использовании презервативов сообщили лишь 41% респондентов (Bacon O., Lum P., et al. Commercial sex work and risk of HIV infection among young drug-injecting men who have sex with men in San Francisco. *Sex Transm Dis.* 2006 Apr;33(4):228–34). В Бразилии в опросе приняли участие 709 потребителей инъекционных наркотиков. Из них 187 человек (26,4%) когда-либо имели сексуальные отношения с другими мужчинами. Они чаще всего были безработными и ВИЧ-положительными (Ferreira A.D., Caiaffa W.T., et al. Profile of male Brazilian injecting drug users who have sex with men. *Cad Saude Publica.* 2006 Apr;22(4):849–860).

Попперсы

Алкилнитриты (например, амил, бутил, изопропил) представляют собой бесцветные или слегка желтоватые огнеопасные жидкости, имеющие цветочный аромат (часто воспринимаемый как неприятный). Понятие «попперсы» появилось благодаря специфическому звуку, возникающему при вскрытии стеклянной ампулы. Впервые вазодилаторный эффект (расширение сосудов) был описан в 1859 году, а в 1867 году в журнале «Ланцет» появился первый отчет об использовании амилнитрита для лечения стенокардии (Brunton T.L. On the use of nitrite of amyl in angina pectoris. *Lancet:* 97–98, 1867). Подобные клинические эффекты были обнаружены и у бутилнитрита, однако его использование не вошло в медицинскую практику.

Основное фармакологическое действие нитритов — расслабление гладких мышц. Расслабление системных артерий приводит к резкому падению кровяного давления, тахикардии и уменьшению нагрузки на левый желудочек сердца. Эффект начинается в течение нескольких секунд и продолжается не более двух минут. Человек ощущает теплоту и испытывает головокружение. Помимо этого при вдыхании или приеме внутрь может возникать раздражение кожных покровов (особенно в районе носа и губ), трахеобронхиального дерева, цианоз, метемоглобинемия и редко смерть (Romanelli F., et al. Poppers: Epidemiology and Clinical Management of Inhaled Nitrate Abuse *Pharmacotherapy* 24(1):69–78, 2004).

Потребители нитритов испытывают чувство комфорта и восторга; часто рассказывают о том, что препарат повышает удовольствие от секса.

Поскольку считается, что нитриты расслабляют гладкие мышцы анального сфинктера и снижают болевой порог, их прием облегчает анальный секс. Эпидемиологические исследования, которые стали проводиться с 80-х годов, указывают как на высокую популярность нитритов в сообществе МСМ, так и на связь между их употреблением и рискованным сексуальным поведением.

Опрос среди 1348 гомо- и бисексуальных мужчин в Берлине показал, что 477 (35,4%) из них употребляли нитриты (Deininger R., Muller R., Guggenmoos-Holzmann I., et al. Behavioral characteristics and laboratory parameters in homo- and bisexual men in West Berlin: an evaluation of five years of testing and counseling on AIDS. *Klin Wochenschr* 1990;68: 906–13). Из этой группы 364 человека, которые оказались ВИЧ-положительными, были регулярными потребителями бутилнитрита.

Исследование в 1996–1997 годах, проведенное в трех городах США (Атланта, Денвер и Сан-Франциско) среди 2189 молодых геев, показало, что за последние 6 месяцев употребляли нитриты 18% респондентов в возрасте 18–25 лет и 24% респондентов старше 25 лет (Scheer S., Douglas J.M., Vittinghoff E., et al. Feasibility and suitability of targeting young gay men for HIV vaccine efficacy trials. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999;20:172–8).

Сравнение популярности различных наркотических средств среди гомо- (3212) и гетеросексуальных мужчин (2481), проведенное в 2000 году, дало следующие результаты. К трем наиболее распространенным среди МСМ психотропным средствам относятся: алкоголь (88,8%), марихуана (49,4%) и нитриты (29,1%). В выборке гетеросексуальных мужчин наибольшей популярностью пользуются алкоголь (79,5%), марихуана (15,3%) и стимуляторы (например, кокаин и метамфетамин — 4,64%). Распространенность употребления нитритов среди гетеросексуальных мужчин составила всего 1,35% (Woody G.E., Van-etten-Lee M.L., McKirnan D., et al. Substance abuse among men who have sex with men: comparison with a national household survey. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001;27:86–90).

Согласно исследованию, проводившемуся в Чикаго на протяжении 6 лет (Chicago Multicenter AIDS Cohort Study), с 1984 по 1990 год, марихуана и нитриты оказались двумя наиболее употребляемыми МСМ наркотиками. Мужчины, принимающие нитриты, чаще практиковали рискованное сексуальное поведение. Рецептивный анальный секс в данной группе респондентов без использования презерватива был примерно в 1,5–2 раза выше (Ostrow D.G., Beltran E.D., Joseph J.G., et al. Recreational drugs and sexual behavior in the Chicago MACS/CCS cohort of homosexually active men. *J Subst Abuse* 1993;5:311–25).

Другие исследования также показали взаимосвязь между употреблением нитритов и рискованным сексуальным поведением. Исследование, проведенное среди 578 МСМ, было направлено на выявление уровня заболеваемости ИППП и частоту рискованного сексуального поведения. Риск заражения ИППП был четко ассоциирован с незащищенным активным анальным сексом с ВИЧ-инфицированным партнером или с партнером с неизвестным статусом за последние 6 месяцев и употреблением нитритов. Употребление нитритов повышает вероятность заражения ИППП примерно в два раза (Tabet S.R., Krone M.R., Paradise M.A., et al. Incidence of HIV and sexually transmitted diseases (STD) in a cohort of HIV-negative men who have sex with men (MSM). *AIDS* 1998;12:2041–8).

Прием нитритов наряду с другими клубными наркотиками широко распространен на «вечеринках по кругу». Опрос среди 1169 участников такого мероприятия показал, что 39% респондентов принимали нитриты за последние 12 месяцев. Как и в предыдущих исследованиях, была показана взаимосвязь с рискованными сексуальными практиками, что, по всей видимости, обусловлено фармакологическим свойством данного препарата облегчать анальный секс (Waldo C.R., McFarland W., Katz M.H., et al. Very young gay and bisexual men are at risk for HIV infection: the San Francisco Bay area young men's survey II. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2000;24:168–74).

Виагра (силденафил)

В последние годы огромную популярность среди МСМ приобрел препарат виагра, который употребляется как самостоятельно, так и в комбинации с наркотиками (например, попперсами) в рекреационных целях¹⁷. Исследования ясно показывают, что мужчины, принимающие этот препарат, склонны практиковать опасный (незащищенный) секс с большим количеством партнеров.

В анонимном опросе, проведенном в США, приняли участие 837 МСМ, употребляющие виагру в комбинации с другими наркотиками. Средний возраст респондентов составлял 35 лет. Большинство из них за последние 6 месяцев практиковали анальный секс, при этом 49% всегда

¹⁷ Многие незаконные наркотики, употребляемые в клубах и на вечеринках, вызывают у людей состояние «кайфа», открывающее ворота к экспериментам с рискованными типами поведения. В то же время одним из самых распространенных эффектов от употребления клубных наркотиков является ослабление эрекции. Посетители клубов часто смешивают виагру с амилнитритом — стимулятором, употребляемым путем вдыхания и называемым «попперсы». По сообщениям врачей отделений реанимации, амилнитрит усиливает сердцебиение, а при смешивании с другими наркотиками смесь из этих препаратов может оказаться смертельной для человека, пережившего или предрасположенного к инфаркту или инсульту. Хотя и редко, но может иметь место и другое осложнение — приапизм, болезненный синдром, при котором может произойти повреждение тканей полового члена в результате длительной эрекции (несколько часов).

использовали презерватив, 32% когда-либо принимали виагру; более трети мужчин употребляли виагру с другими наркотиками (18% — с амилнитритом), 44% приобрели препарат под патронажем врача (Chu P.L., McFarland W., et al. *Viagra use in a community-recruited sample of men who have sex with men, San Francisco. J Acquir Immune Defic Syndr.* 2003 Jun 1;33(2):191–3).

«При использовании комбинации препаратов, подавляющих запреты и самоконтроль, люди более склонны вступать в сексуальные отношения и более подвержены риску заражения ВИЧ-инфекцией», — говорит д-р Филипп Шиялд, врач и эксперт из клиники Витмана-Витакера в США.

Прием таких стимуляторов, как метамфетамины, наряду с виагрой повышает вероятность опасного сексуального поведения и может способствовать распространению лекарственно-устойчивых штаммов ВИЧ. На семинаре в Квебеке по лекарственной устойчивости ВИЧ (2005) было представлено исследование, демонстрирующее такую взаимосвязь. Специалисты из Калифорнии вели наблюдение с 2000 по 2004 год за 465 ВИЧ-инфицированными мужчинами и женщинами. В данное исследование они включили 189 человек (77% гомосексуалов, 9% гетеросексуальных мужчин и 14% гетеросексуальных женщин), у которых, несмотря на лечение антиретровирусными препаратами, была отмечена персистирующая вирусная нагрузка и имелась по крайней мере одна генетическая мутация вируса. Под опасным сексом подразумевался анальный или вагинальный половой контакт без презерватива. Каждые четыре месяца проводился опрос относительно сексуального поведения и употребления наркотиков. 29% респондентов сообщили как минимум об одном случае опасного вагинального или анального секса с ВИЧ-отрицательным партнером или партнером неизвестного статуса, произошедшем за последние 4 месяца. С высоко рискованным сексуальным поведением было ассоциировано употребление метамфетаминов и виагры. Употребление только виагры было связано с незащищенным половым актом только с ВИЧ-положительными партнерами (Chin-Hong P.V., Deeks S.G., et al. *Methamphetamine and Sildenafil (Viagra) use are Associated with High-Risk Sexual Behavior with HIV-uninfected Partners & Transmission of HIV Drug Resistance.* 14th HIV Drug resistance Workshop. June 7–11, 2005. Quebec City, Quebec).

«Вечеринки по кругу»

Одним из популярных способов времяпрепровождения среди МСМ, особенно в Северной Америке, стали так называемые «вечеринки по кругу» («circuit parties»), когда мужчины большими компаниями выезжают на несколько дней за город, чтобы участвовать в танцевальных ма-

рафонах. Эти ежегодные мероприятия получили такое название из-за того, что вечеринки следуют по кругу, перемещаясь из одного города в другой каждые несколько недель. В отличие от рейвов «вечеринки по кругу» посещаются главным образом геями и бисексуальными мужчинами, которые принимают участие не только в ночных дискотеках, но также и в таких многоплановых развлечениях, как концерты популярных певцов, театральные шоу для мужчин и гомоэротические мероприятия. Большие вечеринки могут привлечь до 20 000 мужчин.

Прием разнообразных наркотических препаратов и частая смена партнеров являются ключевыми компонентами подобных мероприятий. Исследование, проведенное в 2001 году в Сан-Франциско Центром по контролю и профилактике заболеваемости США (CDC) среди 295 гомо- и бисексуальных мужчин, посетивших «вечеринки по кругу» за последний год, показало, что 95% употребляли хотя бы один психоактивный препарат; 61% принимали три и более препаратов. Экстази — наиболее популярный наркотик, который принимали 75% выборки. На втором месте — кетамин (58%). На третьем — алкоголь, на долю которого приходится 56%. 36% сообщили об употреблении кристаллического метамfetамина, 25% принимали GHB и 12% — виагру. Примерно 7% опрошенных сообщили о том, что после употребления наркотиков им понадобилась медицинская помощь или они были не в состоянии позаботиться о себе; две трети — о том, что занимались сексом (оральным и анальным) во время вечеринок; 49% — об анальном сексе и 28% — о незащищенном анальном сексе в течение трех предшествующих дней (Mansergh G., Colfax G.N., et al. The Circuit Party Men's Health Survey: Findings and Implications for Gay and Bisexual Men. *Am J Public Health*. June 2001, 6(91).

В другом исследовании, проведенном на трех больших вечеринках в Южной Америке в 1998–1999 годах, где были собраны 1169 анкет участников, были получены следующие данные об употреблении психотропных средств: 79% МСМ на вечеринках за последний год употребляли алкоголь, 60% — кетамин. 39% сообщили об употреблении кокаина, 36% — кристаллического метамfetамина, 39% — попперсов, 45% — марихуаны и 28% — GHB. Причины для посещения «вечеринок по кругу» были распределены следующим образом:

- отдохнуть и повеселиться (97%);
- потанцевать и послушать музыку (92%);
- встретиться с друзьями (95%);
- забыть о «бытовухе» (84%);
- «себя показать» и получить удовольствие (86%);
- пообщаться с геями (73%);

- расслабиться и подурочиться (68%);
- «поклониться», принять наркотики (58%);
- заняться сексом (43%);
- забыть о проблемах, связанных с ВИЧ/СПИДом (14%).

В данном исследовании опасный секс был четко ассоциирован с употреблением таких наркотиков, как экстази, кетамин и попперсы. Три из перечисленных причин («заняться сексом», «расслабиться и подурочиться» и «себя показать и получить удовольствие») демонстрируют прямую связь с практикой опасного сексуального поведения (Mattison A.M., et al. Circuit party attendance, club drug use, and unsafe sex in gay men. *Journal of Substance Abuse* 13 (2001) 119–126).

Согласно данным наркологического центра Лос-Анджелеса, 62% геев и бисексуальных мужчин, проходивших лечение от метамфетаминовой зависимости, оказались ВИЧ-положительными (14 Международная конференция по СПИДу, Барселона, 2002). Как говорит профессор Майкл Горман (E. Michael Gorman), руководитель многочисленных исследований по вопросам связи между употреблением метамфетаминов и статусом инфицирования ВИЧ, «что касается метамфетаминов, то... люди получают раскрепощенность, и дальше это становится проблемой сексуальной трансмиссии. Они забывают о том, что надели презерватив неправильно или не использовали его, даже если он был».

Рискованное сексуальное поведение среди МСМ в странах Восточной Европы и Центральной Азии

Данные по сексуальному поведению в сообществах МСМ на территории бывшего Советского Союза малочисленны. Однако из нескольких проведенных исследований видно, что есть реальная угроза распространения ВИЧ-инфекции в данной группе населения, поскольку существуют такие поведенческие факторы риска заражения, как: низкие показатели использования презервативов, практика незащищенного анального секса, наличие множественных сексуальных партнеров, высокий уровень заболеваемости ИППП, употребление наркотиков. В качестве примера можно использовать данные, собранные в России, Молдове, Украине и Армении.

Россия

В исследовании, проведенном в Санкт-Петербурге среди 187 МСМ, рекрутированных через социальные сети, были получены следующие показатели: у примерно 17% респондентов имелись ИППП, у 10% — сифилис; более 64% мужчин практиковали незащищенный анальный секс, включая 51% тех, кто это делал с основным партнером, 30% — со

случайными партнерами и 32% — со множественными партнерами (Amirkhanian Y.A., Kelly J.A., et al. HIV risk behaviour patterns, predictors, and sexually transmitted disease prevalence in the social networks of young men who have sex with men in St Petersburg, Russia. *Int J STD AIDS*. 2006 Jan;17(1):50–6 (Abstract)).

Данные по сексуальному поведению МСМ в Москве, собранные в процессе лонгитюдного исследования (1999, 2002 и 2004 годы) Центром социального развития и информации (PSI, Population Services International), позволяют оценить факторы риска заражения ВИЧ-инфекцией. Размер выборки МСМ (18–29 лет) составил: 471 чел. в 1999 году, 490 — в 2002-м и 521 — в 2004 году. Использование презервативов возросло с 1999 по 2004 год (с 53,5 до 65,3% соответственно). Показатель использования смазок также вырос с 14,4% в 1999 году до 31,6% в 2002-м и оставался стабильным в 2004 году (29,9%). Несмотря на положительную тенденцию, оба показателя, которые указывают на протективный компонент в практике анального секса, все еще остаются низкими.

В таблице суммированы показатели, которые демонстрируют высокий риск заражения ИППП/ВИЧ

Показатель	1999 г., %	2002 г., %	2004 г., %
Использование презерватива с последним партнером	53,5	58,4	65,3
Использование смазки на водной основе	14,4	31,6	29,9
Постоянное использование презерватива с постоянным партнером	37,7	43,4	48,5
Постоянное использование презерватива со случайным партнером	52,1	57,7	50,1
Участие в групповом сексе	нет данных	48,8	43,8
Прием алкоголя несколько раз в неделю	66,3	73,2	68,7
Прием наркотиков за последние 3 месяца	20,5	11,0	20,8
Иньекционное употребление наркотиков	27,5	15,9	18,4
Наличие ИППП за последние 12 месяцев	16,4	13,9	17,6

С утверждением, что у МСМ имеется повышенный риск заражения ВИЧ, согласились лишь 38,3% респондентов в 2002 году и 44,0% в 2004 году. Уровень восприятия личного риска заражения также достаточно низкий: 12,5% в 2002 году и 13,0 в 2004 году (Evaluation of the «Protect Yourself» IEC project among men who have sex with men in Moscow, Russian Federation. PSI Research Division. 2005).

Молдова

Небольшой опрос, проведенный Центром «Genderdoc» среди сексуальных меньшинств в Кишиневе (Молдова) в 2000–2001 годах (выборка 59 гомосексуалов, 12 лесбиянок), показал, что пользуются презервативами: до 30 лет — 51% (25 человек), после 30 лет — 38% (8 человек). К сожалению, не сообщалось о том, насколько часто и регулярно используются презервативы (Из личной переписки Ю. Саранкова с Б. Баланецким).

Украина

В 2005 году в Украине Центром социальных экспертиз Института социологии НАН Украины (Амджадин Л., Кашенкова К., и др. Мониторинг поведения МСМ, как компонент эпидемиологического надзора второго поколения. Международный альянс по ВИЧ/СПИДу в Украине. Киев, 2005) был проведен опрос среди МСМ в семи городах. В опросе приняли участие 886 мужчин. Полученные данные также указывают на низкий уровень использования презервативов при анальном сексе.

Использование презервативов при анальном сексуальном контакте

Всегда	37%
В большинстве случаев	28%
Иногда	12%
Никогда	23%
Трудно ответить/отказ от ответа	2%

Армения

Из 50 опрошенных МСМ в возрасте 15–40 лет в Армении:

- постоянно использовали презерватив лишь 30%;
- у 20% есть опыт употребления наркотиков;
- 45% имеют опыт платных сексуальных услуг.

(Оганян С.Р. Изучение уровня знаний о ВИЧ/СПИДе и психологических особенностей мужчин, имеющих секс с мужчинами. — М., 2006.)



ПРОГРАММЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ИППП/ВИЧ СРЕДИ МСМ

В США и в странах Западной Европы программы профилактики ВИЧ-инфекции среди МСМ стали активно развиваться с середины 80-х годов. В странах бывшего СССР небольшие проекты начали реализовываться с середины 90-х годов. Это было обусловлено, с одной стороны, незначительным уровнем заболеваемости в данной группе, с другой — интересом доноров к финансированию в первую очередь проектов по профилактике ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков.

Для того чтобы оказать реальное воздействие на человека и мотивировать его на отказ от рискованного с точки зрения ВИЧ-инфекции поведения, программы воздействия должны осуществляться на нескольких уровнях: всего сообщества, индивидуальном и групповом. Ниже представлены результаты программ профилактики ВИЧ, нацеленные на разные уровни.

Уровень сообщества

Модель: лидер общественного мнения (Popular Opinion Leader, POL)

Ценность полномасштабных программ профилактики ВИЧ-инфекции среди МСМ состоит в том, что они направлены на информирование широких слоев общества и создание в нем такого политического и социального климата, при котором увеличится толерантность к геям и гомосексуальности.

Многочисленные поведенческие и социальные исследования показали, что программы профилактики наиболее эффективны тогда, когда они учитывают специфические особенности целевой аудитории, используют ее язык, и представители целевой аудитории принимают участие в их разработке. Программы должны быть продолжительными, использовать все медийные каналы и иметь целью обучение и формирование навыков. Один из самых важных моментов заключается в том, что информация не должна основываться на чувстве страха.

Хорошим примером интервенций, направленных на снижение частоты рискованных сексуальных практик среди МСМ, является проект, осуществленный д-ром Джеффри Келли и его коллегами в США (Kelly J.A., et al. Randomised, controlled, community-level HIV-prevention intervention for sexual-risk behaviour among homosexual men in US cities. *The Lancet*. Vol 350. November 22, 1997). Концептуальной моделью для него

послужила «теория диффузии нововведений» Роджерса, согласно которой социальные нормы (в нашем случае — в области безопасного секса) можно эффективно внедрять и распространять, если они исходят от популярных лидеров или тех, кто формирует новые тенденции, а также поддерживаются ими (Rogers E.M. Diffusion of innovations. 2nd ed. New York: Free Press, 1983).

Проект проводился с 1991 по 1994 год в восьми городах США (общее население — не менее 180 000), расположенных в четырех штатах: Висконсин, Нью-Йорк, Западная Вирджиния и Вашингтон. Все они находились на расстоянии примерно 50 миль друг от друга и имели 1–3 гей-бара. Для того чтобы можно было определить различия в политике, программах, процедурах тестирования и т. д., города были разбиты на пары. В каждой паре методом случайной выборки один город являлся местом для проведения интервенции, а другой город выполнял функцию контрольного.

Базисный опрос среди мужчин, посещающих гей-бары, включал вопросы, касающиеся возраста, национальности, образования, места проживания, частоты посещений гей-баров за последние два месяца, наличия эксклюзивного сексуального партнера и прохождения тестов на ВИЧ. Все респонденты сообщили о количестве сексуальных партнеров, количестве сексуальных актов и о количестве партнеров, с которыми они практиковали анальный секс (защищенный и рискованный, в активной и в пассивной роли). Через два месяца после проведения базисного опроса в каждом городе началась реализация проекта профилактики ВИЧ-инфекции. В барах четырех контрольных городов были использованы информационные материалы по профилактике ВИЧ-инфекции (плакаты, графики и буклеты). Каждые три месяца содержание плакатов и буклетов обновлялось. В городах, выбранных для интервенции, информационные материалы распространяли лидеры общественного мнения в процессе бесед с другими мужчинами. Для выявления лидеров команда проекта обратилась с просьбой к посетителям баров понаблюдать в течение 10 дней за присутствующими и записать имена тех, кого они посчитают наиболее популярными. Сравнив полученные результаты, исследователи составили список из имен, упоминаемых более чем одним респондентом. Количество лидеров составило 8% от общего количества мужчин, посетивших бары за время проведения опроса. Этим людей пригласили затем на тренинг вместе с одним или двумя близкими друзьями. В каждом городе лидеры сообщества приняли участие в двухчасовых обучающих сессиях, проводившихся раз в неделю на протяжении пяти недель. При помощи метода моделирования ситуаций, а также ролевых игр их обучали, как распространять информацию по изменению поведения на менее рискованное, как об-

суждать с партнерами меры защиты до вступления в сексуальные отношения, как избегать секса в состоянии интоксикации и как отказаться от сексуального принуждения. По завершении сессий лидеры получили бейджи (значки), на которых был изображен светофор. Такой же логотип был размещен на постерах в барах. Когда их спрашивали о значении рисунка, они должны были, пользуясь возможностью, указать на аналогию со светофором, безопасным (зеленым) и опасным (красным) сексом, подчеркивая, что сами они практикуют безопасный секс. В течение трех недель по завершении тренинга каждый лидер сообщил в среднем о 10 беседах с другими мужчинами.

Сразу после проведения интервенции исследователи провели короткий опрос, однако поскольку их интересовал долгосрочный эффект, исследование было повторено через 12 месяцев. В это же время осуществлялся сбор данных в контрольных городах (там, где не работали лидеры сообщества, а были только информационные материалы). С целью исключить информацию от случайных или заезжих посетителей, как в базисном, так и в повторном исследовании были проанализированы данные, полученные только от мужчин, которые посещали бары более пяти раз. Оценка и в том, и в другом исследовании проходила по четырем основным показателям поведенческого риска: частота использования практик незащищенного анального секса (в период предшествующих опросу двух месяцев), количество мужчин (в процентном соотношении от числа всех опрошенных), которые практиковали незащищенный анальный секс в течение двух месяцев, количество (в процентах) всех анальных половых контактов с использованием презервативов в течение двух месяцев, количество сексуальных партнеров у каждого респондента в течение предыдущих двух месяцев.

Особое внимание исследователей было направлено на проблему незащищенного анального секса, как наиболее рискованную практику с точки зрения заражения ВИЧ-инфекцией.

Результаты

Общее количество мужчин, принявших участие в базисном исследовании, составило 1126 человек (диапазон 51–343 на город). Спустя год повторный опрос был проведен среди 1010 человек (диапазон 50–300 на город). 498 базисных и 546 повторных анкет были исключены из анализа, поскольку были заполнены приезжими. Также были исключены анкеты 28% мужчин, у которых имелись эксклюзивные партнеры. Таким образом, для проведения анализа использовались 438 анкет из базисного опроса (265 мужчин в городах, где проводилась интервенция, 173 мужчин в контрольных городах) и 327 анкет из повторного исследования (197 мужчин в городах, где проводилась интервенция,

130 мужчин в контрольных городах). Средний возраст участников проекта составил 31,1 года. Было отмечено существенное сокращение количества случаев незащищенного анального секса в предыдущие два месяца в испытуемых городах (среднее количество: базисное — 1,68, повторное — 0,59), по сравнению с контрольными городами (базисное — 0,93, повторное — 1,29, $p < 0,04$). Средняя частота практики незащищенного анального секса при повторном опросе в контрольных городах оказалась в 3,9 раза больше, чем в городах, где проводилась интервенция (1,12–13,66). Процент практики анального секса с использованием презерватива в предшествовавшие опросу два месяца в испытуемых городах увеличился с 44,7% до 66,8% (через год после интервенции). Подобного явления не было отмечено среди геев в контрольных городах (базисное — 62,0%, повторное — 58,7%, $p < 0,02$). Разница между двумя группами в использовании презервативов при анальном сексе составила 25,4% (6,1–44,7). В испытуемых городах была отмечена тенденция к снижению частоты любой формы незащищенного анального секса среди мужчин. О такой практике сообщали 32% геев при проведении базисного исследования и 20,3% — после интервенции. Разницы в количестве сексуальных партнеров в испытуемых и контрольных городах отмечено не было. В городах, где проводилась интервенция, возросла частота приобретения презервативов из автоматов, расположенных в гей-барах, — на 65% (2,52 презерватива на человека при базисном опросе, при повторном — 4,15), тогда как в контрольных городах произошло снижение данного показателя (2,06 и 1,06 соответственно).

Программа «Mpowerment»: профилактика ВИЧ на уровне сообщества среди молодых геев

Программа «Mpowerment» разработана специалистами в области поведенческих особенностей из Калифорнийского университета (University of California) и Центра по изучению программ профилактики СПИДа в Сан-Франциско (San Francisco's Center for AIDS Prevention Studies — CAPS). Она проводится и оценивается уже более 12 лет (www.mpowerment.org).

Авторы программы выделили три причины, которые подчеркивают необходимость проведения профилактических интервенций на уровне сообщества:

1. Максимальный охват молодых геев профилактическими программами делает работу на индивидуальном уровне весьма сложной и чрезвычайно затратной.

- Интервенции на индивидуальном уровне могут быть менее эффективными, поскольку не всегда принимают во внимание социальные факторы, влияющие на рискованные типы поведения.
- Организации на уровне сообщества сообщают о том, что молодые геи не стремятся воспользоваться услугами ВИЧ-сервисных организаций.

Базисные принципы многоуровневого проекта должны включать:

- увеличение возможностей на индивидуальном и групповом (сообщество) уровнях;
- диффузию (распространение) новых типов поведения через социальные сети;
- влияние равных консультантов;
- проведение профилактики ВИЧ-инфекции в контексте других проблем, имеющих у молодых гомо- и бисексуальных мужчин;
- укрепление сообщества;
- применение подходов, использующих гей-позитивный имидж.

Для проведения пилотной программы были выбраны сообщества геев из двух, сходных по демографическим показателям городов: Юджин в штате Орегон (в качестве места интервенции) и Санта-Барбара в Калифорнии (для сравнения). При выборе городов были использованы следующие факторы: 1) наличие крупного университета, 2) привлекательность города для молодых людей из сельских районов, 3) примерно одинаковые показатели по численности населения (Юджин — 113 090, Санта-Барбара — 85 763), 4) наличие ВИЧ-сервисных организаций, 5) наличие одного или двух гей-баров, 6) необходимость добираться 1–2 часа до более крупного гей-сообщества и 7) наличие небольшого количества зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции.

И в том и другом городе молодые геи (18–29 лет) были независимо рекрутированы командой местных геев, распространявших анкеты в барах, университетах и через неформальные социальные сети. Анкеты возвращались по почте. Повторные анкеты были собраны через год после интервенции. Респонденты за заполнение анкеты каждый раз получали по 10 долларов.

Исследование проходило по следующим темам:

- Демографические характеристики респондентов.
- Сексуальное поведение. Респондентов просили сообщить о частоте сексуальных контактов за последние два месяца с бойфрендами/любовниками и другими партнерами. Также был задан вопрос относительно общего количества мужчин, с которыми были сексуальные отношения за последние два месяца.

3. Психосоциальные факторы. В данном разделе анкеты оценивались такие аспекты, как степень удовлетворенности практикой рискованного секса, навыки сексуальной коммуникации, воспринимаемые социальные нормы относительно безопасного секса, барьеры, препятствующие практике защищенного секса.
4. Контакт с программными мероприятиями. Представителей целевой группы просили указать, владеют ли они информацией о проекте и в каких мероприятиях принимали участие за последний год (вечеринки, общение с аутрич-работниками, посещение дроп-ин-центров¹⁸).

Структура программы

Программа осуществлялась Ключевой группой, состоящей из 12–15 молодых мужчин, ответственной за принятие программных решений, и Советом общественных консультантов, куда входили «старожилы сообщества» (мужчины и женщины из ВИЧ-сервисных, гей-лесбийских, медицинских и университетских организаций), предоставляющие совет и рекомендации первой группе.

Компоненты программы

Аутрич по принципу «равный — равному»

Работа аутрич в данном проекте преследовала две цели: распространить информацию о безопасном сексе в сообществе и привлечь других мужчин в проект. Использовались два типа аутрич-работы: формальный и неформальный. При формальном аутрич-команда из молодых гомо- и бисексуальных мужчин посещала места сбора геев для обсуждения вопросов, касающихся безопасного секса, распространения информационных материалов, разработанных в рамках проекта, и для того, чтобы пригласить геев для участия в социальных мероприятиях (дискотеках, видео-вечеринках, пикниках, дискуссионных клубах). Поскольку в небольших городах существует ограниченное количество заведений, в которых геи могли бы встречаться, команда аутрич-работников поставила целью увеличить их количество, а также организовать мероприятия, которые могли бы быть привлекательны для данной целевой аудитории. Одним из таких заведений стал «Mrpowerment» — центр, в котором каждую неделю стали проводить малые группы, встречи Ключевой группы, видео-вечеринки, выступления рэп-групп и т. д. Неформальный аутрич осуществляется по типу бесед о безопасном сексе, в ходе которых молодые геи рассказывали

¹⁸ Дроп-ин-центр (от англ. drop in — забегать) — сервисный центр со свободным входом, где представители целевой группы могут получить услуги и помощь медицинского и социального характера (например, консультирование, индивидуальные средства защиты, юридическую консультацию и т. д.), а также просто провести время в непринужденной дружественной обстановке (за просмотром фильмов, чтением журналов, в интернете).

своим друзьям о его актуальности и необходимости. Этот компонент программы, по сути, напоминал программу Д. Келли (1991).

Малые группы

Однократные трехчасовые групповые встречи (получившие название М-группы) посещались 8–10 гееми. Во время этих встреч акцент ставился на обсуждение факторов, способствующих небезопасному сексу среди геев (распространенность мифов о безопасном сексе, уверенность в том, что безопасный секс не приносит удовольствия, плохо сформированные навыки переговоров относительно безопасного секса и т. д.). При посещении данных групп молодые люди обучались, как проводить неформальный аутрич, как правильно пользоваться презервативами и как обсуждать вопросы безопасного секса со своими друзьями. Кроме того, участники групп получали презервативы и смазки для раздачи.

Общественная кампания

Кампания в гей-СМИ была направлена на информирование сообщества о программе, приглашение молодых людей к активному участию в проекте и на напоминание о нормах безопасного секса. В рамках кампании использовались такие методы, как публикация небольших статей и рекламных сообщений в гей-газетах и на веб-сайтах, распространение информации через электронные письма, распространение аутрич-материалов в местах сбора геев, вербальная информация от членов Ключевой группы, распространяемая через неформальные социальные сети.

Результаты интервенции

Средний возраст участников программы составил 23,4 года. Большинство мужчин идентифицировали себя как геи (86%), 14% — как бисексуалы. До проведения программы между двумя сообществами не было значительной разницы в таких показателях, как возраст, сексуальная ориентация, образование, характер взаимоотношений, частота незащищенного анального секса (с мужчинами в целом, с бойфрендами/любовниками или с неосновными партнерами), количество сексуальных партнеров за последние два месяца, частота посещения гей-баров или мест для сексуальных контактов. До проведения программы интервенции анкеты заполнили 191 человек в Юджине (экспериментальном городе) и 109 человек в Санта-Барбаре (контрольный город). В постинтервенционном исследовании приняли участие 65 и 81% респондентов соответственно.

После проведения программы профилактики (в сообществе г. Юджин) было отмечено значительное снижение частоты незащищенного

анального секса с мужчинами в целом, с бойфрендами/любовниками или с вторичными партнерами. За тот же период в контрольном сообществе (Санта-Барбара) значительных изменений в сексуальной практике зафиксировано не было (таблица «Результаты программы»).

Результаты программы

Опасная сексуальная практика	Сообщество	До интервенции, %	После интервенции, %
Любой незащищенный анальный секс	И	41,0	30,0
	К	38,6	39,8
Незащищенный анальный секс с не основным партнером	И	20,2	11,1
	К	26,7	22,1
Незащищенный анальный секс с бойфрендом	И	58,9	44,7
	К	56,4	59,5

И — сообщество, в котором проводилась программа профилактики,

К — контрольное сообщество.

Источник: Susan M., Kegles Ph.D., Robert B., Hays Ph.D., and Thomas J., Coates Ph.D. The Mpowerment Project: A Community-Level HIV Prevention Intervention for Young Gay Men. *Am J Public Health*, August 1996, Vol 86, № 8.

Индивидуальный уровень

Краткосрочное консультирование

Чтобы изменить рискованное поведение МСМ могут использоваться такие краткосрочные интервенции, как консультирование¹⁹. В журнале *AIDS* (2002) было опубликовано сообщение об эффективности однократной консультативной сессии, направленной на оценку личностной системы самооправдания рискованного сексуального поведения. Д-р Джеймс В. Диллей (James W. Dilley) с коллегами из Сан-Франциско приглашали мужчин, повторно проходящих тест на ВИЧ, заполнить анкету из 102 вопросов и посетить в течение двух недель консультативную сессию. В исследовании приняли участие 248 мужчин, у которых результаты тестирования на ВИЧ за последние шесть месяцев оказались отрицательными и у которых был незащищенный анальный секс в

¹⁹ Несколько исследований показали эффективность добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ (ДКТ) в снижении рискованного сексуального поведения среди МСМ. Большой эффект наблюдался среди мужчин с ВИЧ-положительным статусом. Несмотря на наличие нескольких исследований, указывающих на то, что ДКТ играет важную роль в поддержке менее опасного сексуального поведения, другие исследования показывают неопределенные результаты и не имеют согласованных доказательств, чтобы продемонстрировать эффективность ДКТ в поддержке менее опасного сексуального поведения (The impact of Voluntary Counselling and Testing: A global review of the benefits and challenges. UNAIDS. Geneva, Switzerland, 2001).

последние 12 месяцев. Участники были распределены методом случайной выборки на четыре лечебные группы. Во всех четырех группах проводилось стандартное ВИЧ-консультирование и тестирование, а в трех группах дополнительно проводилось консультирование, направленное на самооправдание, ведение сексуального дневника или на то и другое. Во время консультативной сессии клиента просили подробно описать ситуации, мысли, эмоции, взгляды и идеи, которые у него были на каждом этапе, ведущем к сексуальному контакту. Вместе с консультантом клиент оценивал разницу между восприятием риска при наличии сексуального возбуждения и в обычной ситуации. Также обсуждались альтернативные способы контроля в будущих ситуациях. Как показала оценка программы, на 6-й и 12-й месяц консультативные сессии позволили значительно снизить частоту незащищенного анального секса со случайными партнерами (с 66 до 21% на 6-й и до 26% на 12-й месяц). Авторы исследования выдвигают предположение, что «подробный пересказ события в компании внимательного консультанта помог освободиться от каких-то болезненных или по крайней мере неудобных моментов, поскольку участник вспоминал ситуацию и возможность того, что он мог инфицироваться ВИЧ». По-видимому, повторное воспоминание об отрицательных эмоциях, чувство, что удалось избежать потенциально опасной ситуации, и новое осознание собственного поведения могли привести к снижению высокорискованных сексуальных типов поведения (Dilley J. W., et al. Changing Sexual Behavior Among Gay Male Repeat Testers for HIV: A Randomized, Controlled Trial of a Single-Session Intervention. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 30(2):177–186, June 1, 2002).

Мотивационное интервью

Имеются сообщения о том, что для снижения опасных сексуальных практик также может быть эффективной индивидуальная работа с МСМ. В консультировании давно используется подход, получивший название мотивационного интервьюирования²⁰. Его цель — провести клиента от стадии неосознания проблемы через стадию изменения его поведения до стадии поддержки изменений, которые являются благоприятными для данного человека (модель ДиКлементи и Прохаски). Специалисты Школы социальной работы в Сиэтле (США) использовали данный подход в работе с ВИЧ-положительными МСМ, чтобы снизить частоту опасного секса с их партнерами. Интервенция состояла

²⁰ МИ — это особая техника консультирования, в которой консультант становится помощником в процессе изменений и выражает принятие клиента. Эта техника была разработана как краткосрочный, основанный на принятии клиента и избегающий споров и убеждений способ помощи кому-либо в изменении своего поведения. Интервьюирование означает процесс проведения интервью. Мотивационное означает, что речь идет о мотивации как о системе стимулов, побуждающих человека к действию (Miller W.R., & Rollnik S. *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2d ed.) (2002). New York: Guilford Press).

из двух частей: глубинного интервью, при котором проводилась оценка убеждений и взглядов, обсуждения подробностей относительно четырех последних партнеров, с которыми происходил анальный секс, и обсуждения выявленных в анкете противоречий между ценностями, убеждениями и рискованным сексуальным поведением.

До проведения интервенции из 107 ВИЧ-положительных мужчин 53 (50%) сообщили о незащищенном анальном сексе с 88 партнерами, чей статус был отрицательным или неизвестным. Повторный опрос через шесть месяцев среди 38 участников показал, что количество сообщивших о незащищенном анальном сексе сократилось на 31% (Fisher D., Ryan R., et al. Using a community partnership and motivational interviewing to serve HIV+ gay and bisexual men. Natl HIV Prev Conf Aug 29–Sep 1: abstract № 680, 1999).

Социальное сопровождение в контексте профилактики ВИЧ-инфекции (HIV Prevention Case Management)

Понятие социальное сопровождение подразумевает оказание помощи людям, живущим с ВИЧ или имеющим высокий риск заражения, в получении доступа к медицинским и социальным ресурсам. Центр по контролю и профилактике заболеваемости в США дает такое определение социальному сопровождению: «Ориентированная на клиента профилактическая деятельность, фундаментальная цель которой — способствовать принятию и поддержанию типов поведения, направленных на снижение риска заражения ВИЧ-инфекцией среди клиентов с множественными и комплексными проблемами».

Программа социального сопровождения в контексте ВИЧ направлена на людей, у которых существуют или могут возникнуть в будущем трудности в следовании практик, снижающих риск или предотвращающих заражение ВИЧ-инфекцией, передачи инфекции другим людям или реинфицирование (HIV Prevention Case Management. Guidance. September 1997. U.S. Department of health and Human Services. Public Health Service. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for HIV, STD, and TB Prevention). Специалисты по социальному сопровождению работают с наиболее уязвимыми с точки зрения риска инфицирования группами населения: потребителями инъекционных наркотиков, МСМ, секс-работниками, бывшими заключенными, бездомными и т. д.²¹.

²¹ Например, бостонская программа HAPPENS представляет собой сеть по организации помощи, состоящую из мультисервисных аутич-агентств, центров здоровья и больниц для ЛЖВ и трудно достижимых молодых людей в возрасте 12–24 лет. Программа обслуживала 2116 молодых людей, средний возраст которых составлял 19,8 +/- 2,9 года; 64% из которых были женщины; 45% — цветные; 16% — геи, лесбиянки, бисексуалы или не определившиеся; 10% — бездомные или сбежавшие из дома. При первом контакте с программой 56% получили аутич-услуги, а 91% — медицинскую помощь. Среди тех, кто получил медицинскую помощь, 55% — в области тестирования и консультирования на ВИЧ, 49% — медицинский уход, 24% — социальное сопровождение,

Групповой уровень

Обучение по принципу «равный — равному»

Подход «равный обучает равного» хорошо зарекомендовал себя в программах профилактики ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения (МСМ, потребители инъекционных наркотиков, секс-работники). В качестве примера эффективности такого подхода можно привести проект в Глазго. В Шотландии, как и во многих развитых странах, в конце 90-х годов сексуальные отношения между мужчинами являлись основным путем передачи ВИЧ-инфекции. Поведенческие исследования показывали, что треть гомосексуалов практиковали незащищенный анальный секс. Несколько организаций объединили свои профилактические усилия и создали «Оперативную группу по мужчинам-геям» (The Gay Men's Task Force, GMTF). В рамках данной инициативы были подготовлены консультанты из числа равных, которые работали в барах, чтобы мотивировать гомосексуальных мужчин снизить рискованное поведение и обращаться в службы сексуального здоровья (особенно туда, где проводилась вакцинация против гепатита В). Всего было подготовлено 42 консультанта. В течение девяти месяцев интервенции (октябрь 1997 — июнь 1998) они сообщили о 1484 контактах с МСМ во всех пяти барах Глазго. Во время контактов с посетителями баров консультанты обсуждали такие вопросы сексуального здоровья, как вакцинация против гепатита В, тестирование на ВИЧ-инфекцию, ИППП и использование презервативов и смазок. Спустя семь месяцев для оценки эффективности данной интервенции был проведен опрос. Анкета включала вопросы, связанные с демографической информацией, сексуальным поведением за последнее время и с тем, помнят ли посетители о контакте с консультантами.

В анкетировании приняли участие 1442 МСМ. 97% представителей выборки были сексуально активными, 75% МСМ сообщили об анальном сексе по крайней мере с одним партнером за последний год. О незащищенном анальном сексе за последний год сообщили 33% мужчин, при этом 35% занимались сексом со случайными партнерами. Согласно результатам анкетирования, 42% (576) символ проекта был знаком, а 36% (524) правильно расшифровали значение аббревиатуры GMTF (ЛГБТ). Приблизительно треть посетителей баров (424 человека, 32%) сказали, что общались с консультантами по меньшей мере один раз. Благодаря проекту 49% мужчин, которые вступали в контакт с консультантами, сообщили, что они задумались о своем сексуальном

9% — психиатрическую помощь. ВИЧ-положительным молодым людям требовалось больше контактов перед первым медицинским визитом, чем тем, кто были не инфицированы или не тестировались ($p < 0,001$) (Woods E.R., Samples C.L., et al. Initiation of services in the Boston HAPPENS Program: human immunodeficiency virus-positive, homeless, and at-risk youth can access services. *AIDS Patient Care STDS*. 2002 Oct;16(10):497–510).

поведении, а 26% изменили его. В целом 29% МСМ посещали клиники сексуального здоровья за последний год. Количество обращений в такие клиники значительно возросло после осуществления интервенции: 156 новых клиентов в течение 12 месяцев до интервенции, 347 в течение 12 месяцев проекта и 264 после завершения (Williamson L. M., Hart G. J., et al. The Gay Men's Task Force: the impact of peer education on the sexual health behaviour of homosexual men in Glasgow. *Sex Transm Inf* 2001;77:427–432).

Обучающие программы и информационные материалы для сообщества МСМ

Не вызывает сомнений, что простая раздача персональных средств защиты (презервативы и смазки) не является эффективной стратегией для изменения рискованного поведения. Большинство организаций, работающих в области профилактики ВИЧ-инфекции среди мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами, широко используют и такие обучающие подходы, как информационные кампании и специальные тренинги или семинары для представителей сообщества. Важно подчеркнуть, что информация об ИППП и ВИЧ/СПИДе легче воспринимается и не вызывает отторжения, если она инкорпорирована в структуру более широкого контекста и затрагивает насущные проблемы, с которыми сталкиваются МСМ. Другими словами, чтобы вызвать эмоциональный отклик и интерес, информация должна стать частью сексуально эксплицитных (то есть явных) имиджей, привлекательных для МСМ. Примером здесь могут служить информационные кампании, проводимые в Великобритании организацией «Gay Men Fighting Aids» (см., например: www.metromate.org.uk/camp/condoms/StickMan1.pdf). А в кампании по профилактике ИППП, организованной старейшей британской организацией «Terrence Higgins Trust», использовался слоган «Ничего нет сексуального в инфекциях, передающихся сексуальным путем». Имиджи кампании привлекают внимание, поскольку содержат эротические образы (см., например: www.chapsonline.org.uk/Home).

Буклеты для МСМ могут охватывать целый ряд тем, связанных как с социальными аспектами (например, поиском партнера, взаимоотношениями и т. д.), так и с медицинскими, например, как бросить курить, гепатиты, тест на ВИЧ, жизнь с ВИЧ-инфекцией, презервативы.

Темы семинаров нацелены на то, чтобы осветить и затронуть многие вопросы жизни МСМ, включая такой неотъемлемый компонент, как сексуальное здоровье. Например, организация «Rase» в Лондоне предлагает ряд семинаров на следующие темы: «Черный, гей, гордый», «Брат брату», «Жизнь начинается в 40 лет», «Негативные партнеры», «Позитивная жизнь», «Позитивный секс», «Когда позитивный встречает

позитивного», «Сексуальное исцеление» и др. Поскольку секс занимает в жизни МСМ очень важное место, инновационные темы или нетрадиционные подходы к обучению в данной сфере будут с энтузиазмом восприняты членами МСМ-сообщества. Например, сотрудники организации «Gay Men Fighting AIDS» разработали специальные обучающие курсы для МСМ: «Секс-курс», «Секс и твой член», «Секс и твоя задница». Двухчасовой семинар «Секс и твоя задница» включает советы о том, как сделать анальный секс более легким и приятным, а также предоставляет информацию об анатомии и физиологии, механизмах заражения ВИЧ-инфекцией. Курс «Секс и твоя задница», который длится целый день, охватывает эти же темы, но предлагает обсудить и более глубокие проблемы, такие, как табу, связанное с практикой анального секса.

Необходимо заметить, что в Великобритании информационный подход, применяемый для работы с целевой аудиторией, основан на понятных и близких ей образах, доступном языке, поддерживается государством, а программы по профилактике финансируются муниципальными бюджетами. Ни у кого не возникает желания обвинить такой подход в пропаганде гомосексуальности и порнографии, поскольку политики и специалисты общественного здравоохранения осознают неизбежность огромных финансовых затрат, связанных с лечением инфекционных заболеваний, которые можно предотвратить.

Возможности фармакологической профилактики

К сожалению, на сегодняшний день не существует научно доказанных биологических и фармакологических методов профилактики ВИЧ-инфекции²² после незащищенного сексуального контакта («таблетка после секса»), а потому механическая защита (презерватив) при анальном и

²² В начале 2005 года Центр по контролю и профилактике заболеваемости США выделил грант в размере 3,5 миллиона долларов для финансирования клинических испытаний в Сан-Франциско и Атланте препарата тенофовир, выпускаемого компанией «Gilead» под торговым названием «Вирид», с целью изучения его безопасности для профилактики ВИЧ-инфекции среди МСМ и выяснения того, повяжутся ли показатели по рискованному сексуальному поведению и новым случаям ВИЧ-инфекции. В каждом городе планируется привлечь по 200 МСМ и разделить их на группы. Ежедневно, в течение двух лет участники экспериментальной группы будут получать тенофовир, а участники контрольной группы — плацебо. В то же время, поскольку исследование относительно небольшое и спустя два года вряд ли удастся получить достаточно данных для решения вопроса, способен ли препарат снижать риск заражения ВИЧ, CDC запускает два других больших проекта по испытанию препарата среди ВИЧ-отрицательных добровольцев в Ботсване и Таиланде (выборка: 1200 мужчин и женщин в Ботсване в возрасте 19–29 лет и 1600 потребителей инъекционных наркотиков в Таиланде). Чтобы помочь участникам исследования элиминировать или снизить риск заражения ВИЧ-инфекцией, будет проводиться консультирование, диагностика и лечение ИПП, бесплатно раздаваться презервативы (http://www.thebody.com/cdc/tenofovir_trial.html). Другие исследования в данной области проводятся на гранты Фонда Билла и Мелинды Гейтс, а также Национального института здоровья. Существуют этические споры относительно данных исследований. Некоторые специалисты выражают озабоченность, что в случае успеха испытаний люди утратят мотивацию к практике безопасного секса, а прием препарата может способствовать накоплению резистентных штаммов вируса. Поскольку об испытаниях стало широко известно в МСМ-сообществе, вовсе неудивительно, что некоторые люди поспешили уже воспользоваться «передовым» методом профилактики. По сообщениям врачей и специалистов в области профилактики ВИЧ-инфекции, несмотря на отсутствие доказательств профилактического потенциала препарата, тенофовир широко продается в танцевальных клубах США, а

оральном сексе остается единственным способом профилактики заражения ВИЧ-инфекцией (см. Приложение «Презервативы»).

Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (UNAIDS) предлагает комплексный подход, который позволил бы сделать профилактику ВИЧ-инфекции среди МСМ эффективной. Данный подход включает:

- Обязательства со стороны национальных программ по СПИДу и донорских агентств по включению проблем МСМ в свои программы и выделению финансирования.
- Программы помощи на местах, осуществляемые добровольцами или профессиональными социальными работниками и работниками здравоохранения.
- Взаимное обучение среди МСМ по принципу «равный — равному».
- Распространение высококачественных презервативов и смазывающих составов на водной основе, обеспечение их постоянного наличия.
- Проведение кампаний по пропаганде безопасного секса и соответствующих навыков, в том числе применения презервативов и перехода к сексуальному поведению, связанному с меньшей степенью риска, в качестве альтернативы сексу с проникновением.
- Оказание содействия организациям гомосексуалов, осознавших свою ориентацию, в осуществлении программ по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции.
- Проведение кампаний в средствах массовой информации, с обеспечением их приемлемости в условиях конкретной культуры.
- Просвещение медицинских работников, включая сотрудников клиник по лечению ИППП, преодолению невежества и предубеждений в отношении МСМ.
- Организацию работы медицинских учреждений с обеспечением их территориальной и экономической доступности.
- Ломку социальных и культуральных барьеров, препятствующих обсуждению темы сексуальных отношений между мужчинами.
- Пересмотр (с целью отмены) законов, рассматривающих как противозаконные некоторые виды сексуальных отношений между взрослыми мужчинами даже по взаимному согласию и в конфиденциальной обстановке.
- Принятие законов, обеспечивающих защиту против дискриминации и нарушения прав человека в отношении МСМ.

Источник: СПИД и сексуальные отношения между мужчинами. ЮНЭЙДС. Технический обзор. Май 2000.

некоторые врачи выписывают его пациентам как профилактическое средство. Исследование, проведенное специалистами Центра по контролю и профилактике заболеваемости в июле 2005 года на гей-парадах в четырех городах, показало, что 7% неинфицированных мужчин-геев принимали препарат перед тем, как заняться «опасным сексом», а еще 20% слышали о ком-то, кто это делал. Представители Отдела здравоохранения Сан-Франциско сообщили, что, если данные, полученные CDC, подтвердятся, будет необходимо начать образовательную кампанию о рисках приема препарата (www.kaisernetwork.org/daily_reports/).



НА ПРИЕМЕ У ВРАЧА

Традиционные взаимоотношения между врачом и пациентом строятся на модели «эксперт — реципиент». Мнение врача (как эксперта) играет важную роль в процессе принятия решений. В то же время исход врачебной коммуникации во многом зависит от возможности врача почувствовать и проникнуться проблемами пациента. Если врач не может скрыть своего негативного, осуждающего отношения к особенностям поведения пациента, расценивая их как патологические, социально неприемлемые и т. п., это вряд ли приведет к установлению доверительных и продуктивных отношений, необходимых для обсуждения проблем пациента и принятия адекватных решений, касающихся его здоровья. Обсуждение рискованных типов поведения невозможно в атмосфере неприятия и враждебности. Искусство врачевания — это не составление рецепта или вскрытие абсцесса, а умение увидеть в пациенте человека со всеми его специфическими нуждами и особенностями. Работа с МСМ — хороший тест для врача, помогающий ему определить меру своего профессионализма в отношении с пациентами и возможности влияния на лечебный процесс.

Исследование, проведенное в Филадельфии среди молодых людей в возрасте 14–23 лет, идентифицировавших себя как лесбиянки, геи, бисексуалы, трансгендеры или не определившиеся, дало возможность оценить факторы, влияющие на создание благоприятной (безопасной) атмосферы в медицинских учреждениях, куда обращаются представители данного сообщества (Ginsburg K.R., Winn R.G., et al. How to Reach Sexual Minority Youth in the Health Care Setting: The Teens Offer Guidance. *J Adolescent Health* 2002;31:407–416). Согласно результатам исследования:

- у молодых ЛГБТ те же потребности, что и у их сверстников, не принадлежащих к данному сообществу. Вопросы, которые больше всего волнуют ЛГБТ при общении с медицинскими специалистами, включают: сохранение конфиденциальности, инфекционный контроль, компетентность, уважение к пациенту и честность. Бесспорно, данные требования важны для любого человека, вступающего в контакт с системой здравоохранения, но для ЛГБТ они особенно актуальны, так как обсуждаются проблемы, касающиеся нетрадиционной сексуальной ориентации;
- по мнению ЛГБТ, медицинские специалисты должны уметь оценивать проблему и ситуацию беспристрастно, непредвзято, быть честными, соблюдать конфиденциальность, уметь слушать и сопереживать проблемам пациента, они ни в коем случае не должны подавлять. Молодым ЛГБТ было бы приятно знать, что в медучреждении работают открытые геи и лесбиянки, однако их больше волнует

вопрос, насколько хорошо врач осведомлен о специфике работы с ЛГБТ, нежелали, чтобы открытый гей или лесбиянка напрямую занимались их проблемами;

- молодые люди, принадлежащие ЛГБТ-сообществу, считают, что у них имеются проблемы, связанные с их сексуальной ориентацией, которые должны обсуждаться. Но для того чтобы они смогли сообщить о ней, со стороны специалиста должен поступить «сигнал» о том, что он хорошо понимает и проявляет внимание к таким проблемам;
- молодые люди заявили, что определенные действия со стороны медицинского специалиста оскорбляют их и оказывают влияние на уровень эффективности медицинского обслуживания и вероятность повторного посещения данного специалиста. Наиболее часто упоминался факт, что врачи ставят знак равенства между гомосексуальным поведением и ВИЧ/СПИДом. Молодым людям также неприятно слышать о том, что их сексуальное поведение опасно или является нездоровым.

Роль врача в решении медицинских проблем, которые описываются в данной брошюре, двоякая. Во-первых, врачи, вооруженные знаниями о специфике поведения и образе жизни пациента, имеют больше возможностей обратить на них внимание. Во-вторых, врачи, имея представление об особых потребностях МСМ, связанных со здоровьем, могут выступать в качестве источника профилактической информации для представителей данной группы.

Существуют рекомендации, которые помогают медицинским специалистам сформировать благоприятную атмосферу для работы с пациентами из ЛГБТ-сообщества (см. Приложение «Создание дружественной атмосферы для МСМ в медицинских учреждениях: рекомендации Медицинской ассоциации геев и лесбиянок»).

Что необходимо знать, уметь и делать врачу для эффективной работы с пациентами МСМ:

- Соблюдать конфиденциальность. Необходимо с первых минут заверить пациента, что информация, полученная в ходе беседы, не будет никому передана.
- Уметь определить и оценить риски в поведении. Необходимо составить анамнез относительно сексуального поведения пациента и употребления им наркотиков.
- Предоставить рекомендации по тестированию на ВИЧ. Пациенту нужно объяснить, зачем ему проходить тестирование на ВИЧ, что означают результаты тестирования и дать информацию по соответствующим службам²³.

²³ Знание о том, что пациент ВИЧ-положительный, будет мотивировать его на обращение за медицинской помощью, чтобы предотвратить или отсрочить возникновение заболеваний, угрожающих жизни а также поможет

- Предоставить информацию по ИППП/ВИЧ, снижению вреда (если пациент принимает наркотики) и безопасному сексу (правильное использование презервативов, смазок на водной основе и латексных салфеток для орального секса).
- Проконсультировать и предоставить специфическую информацию ВИЧ-положительным МСМ (раскрытие ВИЧ-статуса, профилактика, рекомендации по питанию и др.). См., например, Клиническое руководство Колумбийского университета (http://afew.org/russian/mtct_articles/spid-final-gray.pdf).
- Предоставить информацию об организациях и службах, занимающихся проблемами ЛГБТ-сообщества, и направить туда пациента (аутрич, группы поддержки).
- Участвовать в тематических семинарах по профилактике ИППП/ВИЧ, заниматься поиском информации и обсуждением с коллегами вопросов, связанных со здоровьем ЛГБТ.



ВМЕСТО ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Мы уверены в том, что информация, изложенная в данном издании, будет полезна медицинским специалистам. Рекомендации и советы помогут врачам улучшить качество медицинской помощи, оказываемой МСМ, и будут способствовать созданию благоприятной атмосферы, в которой люди, практикующие нетрадиционные сексуальные отношения, смогут удовлетворять свои потребности, связанные с сохранением и улучшением здоровья.

Желаем вам здоровья!

ему защитить своих близких от инфицирования. Результат теста также поможет врачу определить причину и выбрать наиболее подходящее лечение для сопутствующих заболеваний. Например, если пациент ВИЧ-положительный, тактика лечения туберкулеза и сифилиса будет отличаться от той, которая применяется для лечения ВИЧ-отрицательных пациентов (HIV Counseling and Testing: Facts, Issues, and Answers. Centers for Disease Control and Prevention; January, 1998).



ПРИЛОЖЕНИЯ

Руководящие принципы оказания психотерапевтической помощи лесбиянкам, геям и бисексуалам, разработанные Американской ассоциацией психологов

Отношение к гомосексуальности и бисексуальности

- *Принцип 1.* Психологи понимают, что гомосексуальность и бисексуальность не являются показателями психического расстройства.
- *Принцип 2.* Психологи мотивированы на то, чтобы осознавать, насколько их отношение и знание о проблемах лесбиянок, геев и бисексуалов может быть уместным для диагностики и лечения, и в случае необходимости стремятся получить консультации или направить клиентов в другие службы.
- *Принцип 3.* Психологи стараются понять, каким образом социальная стигматизация (например, предубеждения, дискриминация и насилие) повышает риск психических расстройств и ставит под угрозу благополучие лесбиянок, геев и бисексуальных клиентов.
- *Принцип 4.* Психологи стараются понять, каким образом предвзятые взгляды на гомосексуальность или бисексуальность клиента могут повлиять на его поведение и процесс лечения.

Взаимоотношения и семья

- *Принцип 5.* Психологи стремятся узнать и признают значимость взаимоотношений в среде лесбиянок, геев и бисексуалов.
- *Принцип 6.* Психологи стараются понять особые обстоятельства и трудности, с которыми сталкиваются родители лесбиянок, геев и бисексуалов.
- *Принцип 7.* Психологи признают, что семьи лесбиянок, геев и бисексуалов могут включать людей, которые не связаны юридически или биологически.
- *Принцип 8.* Психологи стараются понять, как гомо- и бисексуальная ориентация человека может оказывать влияние на его или ее семью и взаимоотношения с этой семьей.

Проблема разнообразия

- *Принцип 9.* Психологи мотивированы на то, чтобы осознать особые жизненные обстоятельства или трудности, которые испытывают

лесбиянки, геи и бисексуалы, принадлежащие расовым и этническим меньшинствам. Это связано с многочисленными (зачастую противоречивыми) культурными и социальными нормами, ценностями и убеждениями.

- *Принцип 10.* Психологи мотивированы на то, чтобы осознавать специфические проблемы, которые испытывают бисексуальные люди.
- *Принцип 11.* Психологи стараются понять специфические проблемы и риски, которые имеются у молодых лесбиянок, геев и бисексуалов.
- *Принцип 12.* Психологи учитывают разницу в поколениях в среде лесбиянок, геев и бисексуалов и особые трудности, которые могут испытывать пожилые лесбиянки, геи и бисексуалы.
- *Принцип 13.* Психологи мотивированы на то, чтобы осознать особые трудности, которые испытывают лесбиянки, геи и бисексуалы с двигательными, психическими/эмоциональными расстройствами.

Образование

- *Принцип 14.* Психологи поддерживают процесс профессионального образования и обучения по вопросам лесбиянок, геев и бисексуалов.
- *Принцип 15.* Психологи мотивированы на то, чтобы повышать свои знания и понимание проблем, связанных с гомосексуальностью и бисексуальностью, через постоянное обучение, супервизию и консультации.
- *Принцип 16.* Психологи предпринимают разумные усилия, чтобы познакомиться с соответствующими службами и ресурсами на уровне сообществ для лесбиянок, геев и бисексуалов.

Источник: American Psychological Association, 2000.

Конфиденциальный опросник по гепатиту С

Медицинские аспекты

- Лечились ли вы по поводу проблем со свертыванием крови до 1992 года?
- Делали ли вам переливание крови до 1992 года?
- Делали ли вам пересадку органов до 1992 года?
- Делали ли вам пересадку органов с трансплантантом, позитивным на вирус гепатита С?
- Делали ли вам когда-нибудь гемодиализ?

Стиль жизни

- Есть ли у вас татуировки?

- Есть ли у вас пирсинг?
- Вы когда-нибудь нюхали кокаин или любые другие наркотики?
- Вы когда-нибудь делали инъекции уличных наркотиков, витаминов, стероидов?
- Является ли ваш постоянный партнер позитивным на ВГС?
- Употребляли ли ваши сексуальные партнеры уличные наркотики, витамины, стероиды инъекционным путем?
- Были ли у вас инфекции, передающиеся половым путем, такие, как гонорея, сифилис, хламидиоз, генитальные бородавки или генитальный герпес?
- Находились ли вы когда-нибудь в заключении?

Медицинские специалисты

Если вы медицинский специалист, ответьте, пожалуйста, на следующие два вопроса:

- Не было ли у вас случайных ранений иглой?
- Не было ли у вас ситуаций, при которых мог произойти контакт слизистых оболочек с кровью, инфицированной ВГС (кровь брызнула вам в глаза, попала в нос или в рот)?

Помните, что, пока болезнь не прогрессирует, она протекает практически без симптомов.

Принесите данный опросник вашему врачу на следующий прием.

Даже если все ваши ответы окажутся отрицательными, через некоторое время врач может попросить вас заполнить опросник еще раз, чтобы убедиться в неизменности вашего статуса.

Если некоторые ваши ответы окажутся положительными, врач обсудит их с вами, возможно, задаст некоторые дополнительные вопросы и скорее всего рекомендует пройти тест на ВГС.

Источник: Ferri R.S. Issues in gay men's health. *Nurs Clin N Am* 39 (2004) 403–410.

Гепатиты: информация для МСМ

Гепатиты — название семьи вирусных заболеваний, которые поражают печень. Наиболее распространенные типы гепатитов: гепатиты А, В и С.

Гепатиты различаются по путям передачи, но последствия для здоровья у всех весьма серьезны. Гепатиты В и, в особенности, С могут оказаться причиной рака печени, необратимых повреждений тканей печени и смерти.

Гепатит А

К симптомам гепатита А относятся: боли в животе, лихорадка, повышенная утомляемость, потеря аппетита, тошнота, желтуха и потемнение

мочи. Данные симптомы могут продолжаться до пяти недель, во время которых человек не в состоянии работать и выполнять обычные дела.

Лечения против гепатита А не существует. Постельный режим и диета могут устранить некоторые симптомы. Длительные эффекты могут отмечаться в промежутке от шести месяцев до года. Гепатит А крайне редко приводит к смертельному исходу, однако в 20% случаев все-таки необходима госпитализация.

Путь передачи инфекции — фекально-оральный, то есть когда вирус попадает в рот с частичками кишечных выделений. Среди мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами, гепатит А может распространяться напрямую при анально-оральном контакте (римминг), при контакте с пальцами, секс-игрушками или презервативами, контактировавшими с анальным отверстием инфицированного партнера.

О повышенном уровне заболеваемости гепатитом А среди геев сообщалось во многих исследованиях. Как и в случае с другими ИППП, чем больше сексуальных партнеров, тем больше риск заражения гепатитом А.

Способы защиты от гепатита А: личная гигиена и вакцинация. Первичная вакцинация проводится однократно. Первую ревакцинацию проводят через шесть месяцев, вторую и последующие — каждые 10 лет. Другие способы профилактики — избегать анально-орального секса. Несмотря на то что презервативы играют важную роль в защите от ВИЧ, гепатита В и других ИППП, они не предохраняют от заражения гепатитом А.

Гепатит В

К симптомам гепатита В могут относиться: боли в животе, лихорадка, утомляемость, потеря аппетита, тошнота, желтуха и потемнение мочи. Острые симптомы могут продолжаться в течение нескольких месяцев и сопровождаются резким снижением работоспособности.

Как и в случае с гепатитом А, специфического лечения против гепатита В не существует, но постельный режим и диета могут устранить некоторые неприятные симптомы. Длительные эффекты могут отмечаться в промежутке от шести месяцев до года. В это время абсолютно противопоказано употребление любых алкогольных напитков.

Примерно в 10% случаев гепатит В принимает хроническое течение. Человек с хроническим гепатитом В может быть носителем инфекции, передавая ее другим людям, даже если у него отсутствуют симптомы. Хронический гепатит В способен привести к необратимым повреждениям тканей печени, раку печени и смерти.

Гепатит В передается через такие жидкости организма, как кровь, сперма, слюна и вагинальные выделения. Концентрация вируса гепатита В в крови в 100 раз выше, чем вируса иммунодефицита, и соответственно выше его контагиозность.

Гепатитом В можно заразиться во время анального или орального секса, при совместном использовании шприцев и игл, нестерильного оборудования для татуировок и пирсинга. Как и в случае с другими ИППП, чем больше сексуальных партнеров, тем больше риск заражения гепатитом В.

Лучший способ защиты против гепатита В — вакцинация. Другие способы профилактики: использование презервативов для анального или орального секса, стерильного или одноразового инъекционного и косметического оборудования.

Гепатит С

Гепатит С часто называют «тихим убийцей». Вирус способен десятилетиями не давать никаких симптомов, при этом серьезно повреждая печень. Возможные отдаленные последствия гепатита С: цирроз печени, рак печени и смерть.

Несмотря на то что способ заражения гепатитом С не до конца ясен, похоже, что многие случаи передачи инфекции связаны с переливанием крови и пересадкой органов, которые имели место до 1992 года (только в 1992 году был разработан диагностический тест), а также с зараженными иглами, которые использовались при употреблении наркотиков.

Специфического лечения или вакцины против гепатита С не существует.

Если у пациента было переливание крови или трансплантация органов до 1992 года, а также, если он употреблял наркотики, используя нестерильный инструментарий, ему имеет смысл пройти тест на вирус гепатита С.

Людям, живущим с гепатитом С, рекомендовано внести ряд изменений в стиль жизни, которые могут минимизировать последствия заболевания: соблюдать жесткую диету, избегать тяжелых физических нагрузок, исключить алкоголь и т. д. Существует лечение, которое помогает контролировать течение болезни и ее последствий.

Насколько опасен гепатит?

Все типы гепатита опасны. Даже менее опасные могут лишить вас возможности работать до пяти недель, тогда как более серьезные формы могут привести к госпитализации, хроническому процессу, длительному нарушению функций печени, раку печени и смерти

Когда существует риск заражения гепатитом?

Если человек принадлежит к сообществу MSM, у него есть повышенный риск заражения гепатитами А и В. Со стороны врача ему должна быть рекомендована вакцинация.

Факторы повышенного риска заражения гепатитом А	Факторы повышенного риска заражения гепатитом В
Большое число сексуальных партнеров	Большое число сексуальных партнеров
Анально-оральный секс	Незащищенный сексуальный контакт
Контакт с презервативами или секс-игрушками, которые соприкасались с анусом партнера	Совместное использование инъекционного инструментария для употребления наркотиков
Совместное проживание с инфицированным гепатитом А человеком	Татуировки и пирсинг
Посещение неблагополучных по гепатиту А зон	Посещение неблагополучных по гепатиту В зон
	Переливание крови и пересадка органов до 1992 года

Вакцинация

Самый простой способ профилактики гепатитов А и В — вакцинация. По сути, гепатиты А и В являются единственными ИППП, которые можно предотвратить с помощью вакцинации. Вакцинация безопасна и эффективна.

График вакцинации

Вакцинация против гепатита А

Первичная вакцинация проводится однократно. Первую ревакцинацию проводят через шесть месяцев, вторую и последующие — каждые 10 лет.

Вакцинация против гепатита В

1-я инъекция: выбранная дата;

2-я инъекция: 1 месяц после 1-й инъекции;

3-я инъекция: 1 месяц после 2-й инъекции.

Безопасна ли вакцина? Есть ли побочные действия?

Было доказано, что все вакцины против гепатитов являются безопасными и эффективными. Сами по себе вакцины не содержат живых вирусов и не могут заразить людей. Побочные эффекты могут включать ощущение болезненности в области укола, головную боль и слабость. Побочные эффекты крайне редко продолжаются более 24 часов.

Эффективны ли вакцины против гепатитов?

Вакцины против гепатитов высокоэффективны, если проводятся согласно схеме вакцинации.

Другие методы защиты

Другие методы защиты против гепатита А включают: отказ от анально-орального секса, употребление чистой питьевой воды и термически обработанной пищи для тех, кто путешествует. Методы защиты против гепатитов В и С включают: использование презервативов, отказ от использования совместного инъекционного инструментария при употреблении наркотиков.

Что делать при наличии ВИЧ-инфекции?

Большинство врачей рекомендуют ВИЧ-положительным пациентам провести вакцинацию против гепатитов А и В.

Гепатиты А и В могут иметь серьезные последствия для тех, чья иммунная система уже ослаблена. Гепатит может также вынудить прервать лечение ВИЧ-инфекции.

Согласно ряду исследований, у людей с ВИЧ-инфекцией гепатит В чаще принимает хроническое течение.

Оценка сексуального риска

Алгоритм оценки сексуального риска на врачебном приеме базируется на модели, разработанной Региональным тренинговым центром по СПИДУ «Маунтейн плейнс» (Mountain-Plains Regional AIDS Education Training Center), и состоит в следующем:

1. Оценивайте риск у каждого пациента даже в тех случаях, когда у вас есть доказательства, что его поведение меняется.
2. Оценка сексуального риска должна быть частью комплексной оценки состояния здоровья, включая вопросы, связанные с использованием ремней безопасности, домашним насилием и употреблением наркотиков.

3. Дайте понять пациенту, что обсуждение сексуального здоровья является рутинной частью обследования, и подчеркните, что понимание сексуального поведения необходимо для предоставления качественной помощи. Напомните пациенту, что обсуждение носит конфиденциальный характер. Вы можете обсудить, какая информация попадет в историю болезни.

Наводящие вопросы:

- Для того чтобы оказать вам наиболее адекватную помощь, мне нужно понять, какова ваша сексуальная жизнь.
- Все, что мы обсуждаем, останется в этой комнате.

4. Старайтесь не употреблять такие термины, как «натурал», «гей», «гомосексуал», или понятия, которые не связаны со специфическими типами поведения.
5. При сборе анамнеза старайтесь избегать предположений, основанных на возрасте, семейном статусе, инвалидности или других характеристиках пациента.
6. Специфические вопросы о поведении должны быть четко сформулированы и непредвзяты.

Наводящие вопросы:

- Вы ведете половую жизнь?
- Вы занимаетесь сексом с мужчинами, женщинами или и с теми, и с другими?

Выясните количество партнеров, частоту использования презервативов и вид сексуального контакта (оральный, анальный, вагинальный).

7. Соберите анамнез по инфекциям, передающимся половым путем.
8. Если ответы пациента указывают на высокий уровень риска (например, незащищенный половой контакт, частые ИППП), определите ситуации, в которых имеет место рискованное поведение.

Наводящие вопросы:

- Мне хотелось бы понять, как употребление алкоголя или наркотиков связано с вашей сексуальной практикой.
- Как часто вы вступаете в сексуальные отношения в состоянии наркотического или алкогольного опьянения? Насколько и как меняется ваше поведение?
- Как часто занятиям сексом предшествуют подавленность или депрессия?

9. Суммируйте ответы пациента в конце интервью.

Источник: MSM: Clinician's Guide to Incorporating Sexual Risk Assessment in Routine Visits. GLMA. 2002.

Простатит: информация для МСМ

Что это?

Простатит — это бактериальная инфекция предстательной железы, которая ответственна за выработку секрета, входящего в состав спермы. Эта инфекция может быть острой или хронической. Хронический простатит часто представляет собой рецидивирующую инфекцию, для лечения которой требуется прием антибиотиков. Лечить его трудно. Так или иначе, острый простатит характеризуется сильной болью. Необходимо срочно обратиться к врачу. Может потребоваться госпитализация.

Простатит — это бактериальная инфекция, которая распространяется из уретры, а не что-то, что можно получить в результате анального секса.

Симптомы

При хроническом простатите возникает ощущение тяжести или ноющая боль в прямой кишке или в промежности; иногда возможно чувство жжения при мочеиспускании или во время эякуляции.

Острый простатит более выражен. Ноющая боль может быстро перейти в сильную. Повышается температура (озноб), а увеличившаяся предстательная железа блокирует мочеиспускательный канал и препятствует выходу мочи из мочевого пузыря. Если у человека возникают эти симптомы, необходимо срочно обратиться к врачу.

Диагноз

Острый простатит диагностируется на основании симптомов и исследования прямой кишки. Причина инфекции может быть определена путем выделения бактерий из мочи (посев на культуру возбудителя).

Хронический простатит диагностировать сложнее. Чаще всего простата не увеличена, а болезненность минимальная. Анализ мочи редко помогает идентифицировать бактерию. В большинстве случаев лечение назначается на основании анамнеза и симптомов.

Как возникает простатит?

Простатит развивается, когда бактерия из мочеиспускательного канала (уретры) проникает в простату через проток, который их соединяет. Внедрение сексуальных игрушек или других объектов в уретру или игнорирование инфекций мочеиспускательного канала (уретриты, вызванные инфекциями, передающимися половым путем) повышают шансы на появление простатита.

Хронический простатит может развиваться из острого, если лечение было неадекватным, или в том случае, если была незначительная инфекция, о которой пациент не знал.

Как лечить?

Если острый простатит диагностирован на ранних стадиях, назначается курс лечения простыми антибиотиками (до одного месяца). Если инфекция затяжная, может быть предложена госпитализация и курс терапии внутривенными антибиотиками, которые, как правило, сильнее и более эффективны. При наличии сильной боли, пока антибиотики не начали приносить эффект, назначаются болеутоляющие препараты.

При хроническом простатите применяют те же самые антибиотики, что и при остром, однако курс лечения длится дольше — обычно три месяца. К сожалению, лишь у 40–70% мужчин наступает выздоровление, да и то, скорее всего, не полное; у остальных возникают рецидивы. Для снятия боли врач может назначить нестероидные противовоспалительные средства.

Профилактика

Лучший способ профилактики простатита, хронического или острого, — предотвратить проникновение бактерии в мочеиспускательный канал. Для этого необходимо использовать презервативы для орального и анального секса, отказаться от введения нестерильных предметов, включая сексуальные игрушки, в уретру и, если есть уретрит или инфекция мочеполовой системы, — обратиться к врачу за лечением до того, как появятся симптомы чего-то худшего.

Некоторые врачи считают, что секрет простаты может быть прекрасным местом для размножения бактерий. Поскольку секрет простаты — часть спермы, хороший способ профилактики — эякулировать по крайней мере через день. Вот рецепт, с которым многие мужчины могут справиться!

Подготовлено Jon Garbo и опубликовано на сайте: www.gayhealth.com.

Презервативы²⁴

подавляющее большинство презервативов изготавливаются из натурального латекса (сок каучукового дерева гевея). Очень незначительная часть презервативов производится из натуральной кожи и естественных мембран (кишки и т. д.), так как они оказываются слишком дорогими и зачастую не обеспечивают необходимой защиты. В качестве эксперимента производятся небольшие партии презервативов из

²⁴ Источник: GayClub.ru совместно с компанией «МЕДКОМ-М», официальным дистрибьютором презервативов марок Context, LifeStyle <http://gayclub.ru/health/2085.html>.

искусственных полимеров, однако для них пока не удалось достичь приемлемых показателей по растяжению и прочности.

Латексный презерватив более чем на 92% состоит из натурального латекса, оставшуюся часть составляют различные добавки (вулканизаторы, стабилизаторы и т. д.), которые придают латексу такие свойства, как прочность и тягучесть.

Размеры

Приведем цитату из стандарта Европейского союза CEN 600:1994: «Длина презервативов должна быть не менее 170 мм, а ширина — равняться номинальной ширине, установленной производителем, с предельным отклонением ± 2 мм. Номинальная ширина должна находиться в диапазоне 44–56 мм. Примечание: презервативы, продаваемые в Европе, обычно имеют номинальную ширину 52 мм». Для сравнения: ГОСТ 4645–81 с исправлениями от 15.04.94 предусматривает следующие размеры: длина — более 178 ± 2 (раньше было 198 ± 8), ширина — 54 ± 2 мм. Поясним, что ширина презерватива — это половина длины его окружности (пр).

Вид исследования	CEN 600	ГОСТ 4645-81
Длина (минимум)	170 мм	190–206 мм
Ширина	44–56 мм	50–54 мм
Срок годности	4 года (минимум)	3 года (минимум)
Относительное удлинение на разрыв	650% (минимум)	700% (минимум)
Объем на разрыв	18 л. (минимум)	не определяется
Давление на разрыв	1,0 кПа (минимум)	не определяется
Прочность	18 МПа (минимум)	20 МПа (минимум)

Стандарты, испытания, проверка качества

Наиболее часто используются международные стандарты — ISO (Международная организация стандартов), WHO (Всемирная организация здравоохранения), стандарт Европейского союза (CEN); национальные — Германии (DIN), Франции (NF), Великобритании (BS). Если встретите национальный стандарт с буквами EN (DIN EN, NF EN и т. д.), это значит, что изделие соответствует стандарту, согласованному с общеевропейским.

Где производят презервативы

Большая часть презервативов производится в районах, близких к местам произрастания гевеи в Юго-Восточной Азии (Малайзия,

Индонезия, Корея, Вьетнам, Китай, Индия и т. д.). Лучшим латексом считается малайзийский. Даже если на упаковке презерватива указана европейская страна, это не значит, что они произведены в Европе. Большинство европейских производителей имеют заводы в Юго-Восточной Азии или заказывают презервативы на заводах, расположенных в этом регионе.

Правила и сроки хранения

Сроки хранения презервативов определяются в разных стандартах (от 2 до 5 лет). Большинство зарубежных предприятий-изготовителей гарантируют годность презервативов в течение 5 лет с момента производства при условии правильного хранения. Главными «врагами» презервативов являются высокая температура, солнечный свет и вещества, реагирующие с латексом (например, масла). Поэтому их рекомендуется хранить в сухом прохладном месте, вдали от солнечных лучей.

Виды презервативов

1. По качеству выделки

- а) Гладкие. Обычные презервативы без какой-либо специальной структуры.
- б) Контурированные (contoured), плотноприлегающие (form fitting). Имеют анатомическую форму.
- в) Текстурированные. Презервативы с различной специальной текстурой (выделкой) — ребрышками, пупырышками или их сочетанием.

2. По наличию и качествам смазки

- а) Без смазки.
- б) Обычная смазка. В стандартной смазке, как правило, используется силиконовое масло или монопропиленгликоль.
- в) Обильная смазка. Как правило, удвоенное количество смазки.
- г) Ароматизированная смазка. В смазку добавлен ароматизатор.
- д) Спермицидная смазка. В смазку добавлено вещество (как правило, nonoxinol-9), убивающее сперматозоиды и понижающее их подвижность. Это уменьшает риск случайной беременности, даже если презерватив порвался. Презервативы с такой смазкой часто называют презервативами с двойной защитой (double protection condoms).
- е) Смазка, продлевающая половой акт (long love). В смазку добавлено специальное анестезирующее вещество, действие которого отдалает семяизвержение, не снижая эрекции.

3. По другим признакам

- а) Увеличенного размера. В отличие от стандартных презервативов их размер (ширина) увеличен до 54–56 мм.
- б) Особопрочные. Более толстые презервативы.
- в) Сверхтонкие (Ultrathin).
- г) Светящиеся. В смазку или латекс добавлено специальное фосфоресцирующее вещество. Светятся в темноте.
- д) «Самонадевающиеся» (One Touch). При сворачивании презерватива вместе с ним сворачивается резиновая лента. Для надевания достаточно приложить презерватив к головке полового члена и потянуть за ленту.

4. Насадки

Отличаются от обычных презервативов тем, что это скорее не средство контрацепции, а сувенир, который призван разнообразить секс, придать ему характер игры. Насадки более толстые, чем обычные презервативы, бывают самых разнообразных форм, светящиеся и обычные.

Научные доказательства эффективности презервативов²⁵

В 2000 году целый ряд государственных организаций в США профинансировали семинар на тему: «Каковы научные доказательства эффективности использования мужских латексных презервативов в профилактике заражения ИППП во время вагинального полового акта?». По представленному на семинаре обзору опубликованных научных исследований 28 экспертов подготовили специальный отчет. Ниже представлены важные выдержки из данного отчета.

Выводы по ИППП, передающимся через половые секреты

Опубликованные данные, свидетельствующие об эффективности мужских презервативов, являются наиболее весомыми для ВИЧ. Экспертный совет пришел к выводу, что среди мужчин, которые всегда используют мужские презервативы, риск заражения ВИЧ-инфекцией значительно сокращается. Эти данные служат серьезным подтверждением эффективности презервативов в профилактике передачи ВИЧ-инфекции, как среди мужчин, практикующих вагинальный половой акт, так и среди женщин. Совет также сделал вывод о том, что одинаковые данные, полученные в четырех эпидемиологических исследованиях относительно гонореи, показывают, что мужские латексные презервативы снижают риск заражения гонореей у мужчин.

²⁵ Источник: NIAIDD (2001) Workshop Summary: Scientific evidence on condom effectiveness for sexually transmitted disease (STD) prevention, June 12–13, 200, Hyatt Dulles Airport, Herndon, Virginia, July 20.

Выводы по заболеваниям, вызывающим изъязвления на половых органах

Члены экспертного совета согласились, что опубликованных эпидемиологических данных было недостаточно, чтобы сделать четкие выводы относительно эффективности мужских латексных презервативов в снижении риска заражения заболеваниями, вызывающими изъязвления на половых органах (генитальный герпес, сифилис и шанкроид).

Выводы по ВИЧ/СПИДу

Во время пленарного заседания Экспертный совет оценивал результаты исследований, проведенных Дэвисом и Веллером (Davis K.R. and Weller S.C. The Effectiveness of Condoms in Reducing Heterosexual Transmission of HIV. *Fam Plann Perspect.* 1999; 31(6):272–279). При рассмотрении учитывались лишь лонгитюдные или когортные исследования, соответствующие следующим критериям:

- 1) выборка включала серодискордантную, сексуально активную, гетеросексуальную пару;
- 2) серологическое определение ВИЧ (то есть контакт с ВИЧ был известен);
- 3) сбор данных включал отчеты респондентов относительно использования презервативов;
- 4) дизайн исследования позволял проводить мониторинг за неинфицированным партнером.

Дэвис и Веллер отобрали 12 исследований, которые соответствовали выбранным критериям. В мета-анализе учитывался путь заражения (мужчина — женщине, женщина — мужчине, и незаявленный), а также дата включения в исследование. Использование презервативов было квалифицировано по трем категориям: всегда (100%), иногда или никогда. Среди участников, сообщивших о постоянном использовании презервативов, суммированный показатель новых случаев ВИЧ/СПИДа, по данным 12 исследований, составил 0,9 сероконверсий на 100 человеко-лет. Среди тех, кто сообщил о том, что никогда не использует презервативы, суммированный показатель новых случаев ВИЧ/СПИДа, по данным семи исследований, составил 6,7 сероконверсий на 100 человеко-лет. В целом, по оценкам Дэвиса и Веллера, презервативы дают 85%-ное снижение риска заражения ВИЧ/СПИДом, когда сравниваются показатели инфицирования среди тех, кто «постоянно» использует презервативы, и тех, кто «никогда» их не использует. Эти данные являются надежным доказательством эффективности презервативов в снижении сексуальной трансмиссии ВИЧ-инфекции.

Несостоятельность презервативов²⁶

Главная причина того, что презервативы иногда не могут предотвратить заражение ВИЧ/ИППП или беременность, — неправильное или непостоянное их использование. Любриканты на масляной основе разрушают латекс, что приводит к разрыву презерватива. Латекс также может быть поврежден высокой температурой или контактом с солнечными лучами. Презервативы могут испортиться из-за длительного срока хранения. Часто возникают механические повреждения в момент вскрытия упаковки, если с этой целью используются зубы или ногти. В большинстве исследований, проведенных в США, показатель разрывов презервативов составляет менее двух случаев на 100 презервативов. Исследования также показывают, что презервативы соскальзывают с пениса в 1–5% случаев вагинальных половых актов и сползают (но не полностью) примерно в 3–13% случаев анальных половых контактов.

Рекомендации по использованию презервативов

- Перед покупкой презерватива нужно убедиться, что не истек срок годности. Желательно покупать презервативы хороших фирм.
- Хранить презерватив следует в прохладном и сухом месте. Не надо хранить презерватив под подушкой или в кармане рубашки на груди (то есть в постоянном тепле) — это может привести к повреждению латекса и разрыву презерватива во время его использования.
- Желательно заранее обсудить с партнером использование презерватива, чтобы не было никаких «сюрпризов» и объяснений в последний момент.
- Следует избегать контакта между пенисом, влагалищем или анусом до того, как будет надет презерватив. Смазка, выделяемая на начальной стадии эрекции, может содержать сперму (а также вирусы).
- Надевать презерватив нужно, когда половой член находится в эрегированном состоянии.
- Открывать упаковку следует, надорвав боковую сторону таким образом, чтобы не повредить находящийся внутри презерватив, затем надавить на другую сторону упаковки и осторожно достать презерватив. Несмотря на прочность, его можно повредить ногтями, зубами или ювелирными украшениями.
- Повреждение презерватива также может вызвать воздух, попавший внутрь. Поэтому, надевая презерватив, следует сжать его кончик пальцами.
- Перед тем как раскатать презерватив, нужно убедиться, что резиновый ободок находится снаружи.
- При скатывании презерватива необходимо немедленно возвратить его на «прежнее место».
- Если презерватив полностью соскользнул или порвался, необходимо сразу заменить его на новый.
- Нельзя использовать два презерватива сразу — они могут порваться из-за трения латекса.
- Нельзя использовать смазки на жировой основе — они повреждают латекс.
- Одним презервативом нельзя пользоваться дважды.

²⁶ Источник: Condoms and their use in preventing HIV infection and other STDs, CDC, 1999, September.

Скрининговые исследования среди мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами

Собирайте анамнез и проводите физическое обследование по крайней мере один раз в год.

Делайте скрининг относительно депрессии, психиатрических заболеваний, расстройств пищевого поведения, злоупотребления наркотиками и табакокурения.

Тестируйте на ВИЧ-инфекцию

Иммунизация против гепатитов А и В: сделайте вакцинацию, если человек еще не иммунизирован, или подумайте о выявлении антител.

Пациент низкого риска

(моногамный, постоянно использует презерватив, не практикует принимающий анальный секс)

Подумайте о тестировании на ВПГ-2

Проводите обследование ежегодно: обследуйте на ректальную хламидийную инфекцию, ректальную культуру гонореи. Кроме того, рассмотрите возможность тестирования на фарингеальную гонорею и серологическую диагностику сифилиса.

Обследуйте как пациента низкого уровня риска. Учитывайте факторы риска (оральный секс, анальный секс). Выясните, изменилось ли сексуальное поведение.

ВИЧ — вирус иммунодефицита человека;

ВПГ-2 — вирус простого герпеса 2-го типа;

ИППП — инфекции, передающиеся половым путем;

РАР-тест — тест Папаниколау (цитологическое исследование мазка на атипичные клетки).

Пациент высокого риска

(множественные или анонимные сексуальные партнеры, практикует принимающий анальный секс, ИППП как маркер)

Проводите обследование каждые 3–6 месяцев, оцените риск анального рака

Нет принимающего анального секса

Принимающий анальный секс

Обследуйте пациента на анальный рак (кондилома, ВИЧ-инфекция). Рассмотрите возможность проведения РАР-теста слизистой ануса.

Проводите РАР-тест ежегодно, если пациент ВИЧ-инфицированный

Проводите РАР-тест каждые 2–3 года, если пациент не инфицирован ВИЧ

Источник: Knight D., M.D, Health care screening for men who have sex with men. *American Family Physician*. Vol 69, Number 9/May 1, 2004.

Создание дружественной атмосферы для МСМ в медицинских учреждениях: рекомендации Медицинской ассоциации геев и лесбиянок

Беседы на тему сексуальной ориентации, раскрытие информации, касающейся сексуальной принадлежности, могут вызывать у человека состояние недоверия и тревоги. Чтобы этого избежать, необходимо создать комфортную, доверительную атмосферу. По результатам исследования, проведенного в 1992 году, 44% пациентов-геев при посещении врача не сообщали о своей сексуальной ориентации в основном из-за боязни дискриминации (<http://www.gmhp.demon.co.uk/guides/gp/smallleffort.html>).

Что можно сделать?

Врачи должны учитывать каждый аспект своей работы, когда они создают дружественную для МСМ атмосферу.

Среда

Для создания атмосферы, благоприятной для МСМ и/или геев, врачи могут предпринять следующие шаги: принять участие в программах социального сопровождения, проводимых в гей-организациях, или разместить рекламу вашей практики в гей-СМИ. Эти шаги помогут сформировать среду, привлекательную для МСМ еще до того, как пациент открывает дверь вашего кабинета. Плакаты или буклеты с позитивным имиджем продемонстрируют ваше дружественное расположение к МСМ, приходящим на прием. Уделяйте внимание таким популярным в МСМ-сообществе дням, как День борьбы со СПИДом (1 декабря) или гей-прайд. Подумайте о подписке на гей-журналы. Подумайте о специальном заявлении в ваших документах, куда был бы включен вопрос о сексуальной ориентации.

Прием пациента

У пациентов часто возникают сомнения по поводу адекватности диалога с врачом, исходя из вопросов, которые он задавал на первом приеме. Принимая это во внимание, врачу следует обращать внимание на слова и обороты, которые он использует в процессе общения:

- 1) лучше употреблять выражение «статус отношений», а не «семейный статус»;
- 2) задавая вопросы о «значимом другом», использовать понятие «партнер», а не «супруг/супруга» или «муж/жена».

Опрос пациента

1. Как и со всеми другими пациентами, начните опрос, демонстрируя эмпатию, открытость и непредвзятость.
2. Используйте гендерно-нейтральный язык, когда спрашиваете о половых партнерах или значимых других.
3. При обсуждении вопросов сексуального здоровья во время первого приема или, если показано, на последующих приемах:
 - а) начните с заявления, что сбор сексуального анамнеза является вашей рутинной практикой;
 - б) старайтесь не говорить о сексуальной ориентации, сконцентрируйтесь на сексуальном поведении;
 - в) с самого начала оцените уровень знаний пациента о рисках заражения ИППП в зависимости от типов сексуальных практик. Некоторые хорошо проинформированные МСМ могут возмутиться по поводу обсуждения риска заражения ВИЧ, предполагая, например, что врач проводит знак равенства между гомосексуальностью и ВИЧ;
 - г) попросите пациента расшифровать понятия или типы поведения, с которыми вы не знакомы;
 - д) уважайте желание пациента не отвечать на «щекотливые» вопросы. Предложите поговорить об этом позже.

Подготовка сотрудников

Обучение персонала больниц играет ключевую роль в процессе формирования среды, в которой МСМ могут чувствовать себя в безопасности. Следующие темы должны быть включены в программу обучения персонала:

1. Употребление корректных форм и определений при обращении к пациентам и/или их значимым другим.
2. Знакомство с базисной информацией по медицинским проблемам у МСМ (например, употребление наркотиков, насилие со стороны партнера, ВИЧ, ИППП, депрессия, дискриминация в социуме и на рабочем месте).
3. Показания и механизмы для направления к гей-врачам или в дружественные для МСМ медицинские учреждения.

Составление списков ресурсов или рекомендаций по техникам общения помогут снизить тревогу у медицинского персонала при контакте с МСМ или геями.

Конфиденциальность

Создание и распространение документа о гарантии конфиденциальности в печатной форме повысит мотивацию МСМ и других клиентов на раскрытие информации, связанной с сексуальным здоровьем. В руководстве для врачей общей практики по работе с геями и бисексуальными мужчинами «Небольшое усилие, большая перемена» (Small Effort, Big Change: A General Practice Guide to Working With Gay and Bisexual Men) представлены ключевые элементы такой политики:

- 1) информация носит закрытый характер;
- 2) перечислены те, у кого есть доступ к истории болезни;
- 3) описано, как сохраняется конфиденциальность относительно результатов анализов;
- 4) представлена политика по предоставлению информации страховым компаниям;
- 5) приведены примеры ситуаций, при которых конфиденциальность не сохраняется.

Сделайте заявление о гарантии конфиденциальности заметным и предоставляйте его в письменной форме каждому пациенту. Постарайтесь, чтобы все сотрудники подписали данный документ.

Главные ресурсы

Один врач не может удовлетворить все потребности геев или МСМ. Составление списка ресурсов, имеющихся в местном сообществе МСМ, поможет предоставить комплексную и качественную помощь пациентам. Данный перечень может включать:

- 1) местные комьюнити-центры;
- 2) консультативные службы, включая группы поддержки, службы психического здоровья и программы по пропаганде здорового образа жизни;
- 3) юридические службы.

Может быть также полезным выявление узких специалистов и поставщиков других услуг, которые сами являются геями или сочувствуют МСМ-сообществу.

Ссылки и дополнительные ресурсы

1. Gay Men's Health. Small Effort, Big Change.
<http://www.gmhp.demon.co.uk/guides/gp/smalleffort.html>.

2. Kaiser Permanente National Diversity Council and the Kaiser Permanente National Diversity Department. A Provider's Handbook on Culturally Competent Care: Lesbian, Gay, Bisexual and Transgendered Population.
3. Journal of the Gay and Lesbian Medical Association, (Attitudes of Physicians in New Mexico Toward Gay Men and Lesbians, Cecilia Telex, MD, et al, Vol 3, № 3, 1999) The Journal is the only multidisciplinary, peer-reviewed medical journal dedicated to LGBT health.
4. Massachusetts Department of Health. The Gay, Lesbian, Bisexual, and Transgender Health Access Project. <http://www.glbthealth.org>. Source for consensus documents on LGBT health, standards of practice, and other resources, including three posters used in a public campaign.
5. Gay and Lesbian Medical Association. <http://www.glma.org>. GLMA works to maximize the quality of health and health services for lesbian, gay, bisexual, and transgender people, among other goals.
6. Human Rights Campaign. <http://www.hrc.org>. Grassroots political organization working for lesbian, gay, bisexual, and transgender equal rights.
7. Gay Men's Health Crisis. <http://www.gmhc.org>. Located in Manhattan, GMHC provides AIDS care, education and advocacy locally and worldwide.



СПИСОК ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСОВ

На русском языке

<http://www.aids.ru>

Русскоязычный портал о ВИЧ/СПИДе

<http://www.gay.ru>

Самый популярный русскоязычный сайт для геев. Есть секция, посвященная вопросам здоровья

<http://gayrussia.ru>

Есть секция, посвященная вопросам здоровья

<http://www.gayly.ru>

На сайте можно задать вопрос врачу

<http://www.gayclub.ru>

Электронный журнал для геев

<http://www.apagay.com>

Белорусский ЛесбиГей портал

<http://www.lasky.ru>

Специализированный российский сайт, посвященный профилактике ИППП/ВИЧ среди МСМ

<http://gay.org.ua>

Центр для геев и лесбиянок «Наш мир». Есть раздел по ВИЧ/СПИДу

<http://gayua.com>

Украинский гей-портал. Есть секция, посвященная вопросам здоровья

<http://www.gayplus.org>

Ресурсный портал ВИЧ-положительных гомосексуальных и бисексуальных людей

www.gay.md

Молдавский сервер геев и лесбиянок

www.oasis.kg

Общественный фонд защиты и содействия молодежи (Кыргызстан)

www.gayhealth.ru

Русский портал геев и лесбиянок

www.ugla.odessa.ua/aids_news.htm

Украинская ассоциация геев и лесбиянок

<http://gay-forum.com.ua>

Гей-форум Украины

<http://network.org.ua>

Всеукраинская сеть ЛЖВ

На английском языке

www.cdc.gov/ncidod/diseases/hepatitis/msm

Информационный центр для МСМ Центра по контролю и профилактике заболеваемости (CDC MSM Information Center), США

www.glma.org

Медицинская ассоциация геев и лесбиянок (Gay and Lesbian Medical Association), США

www.gmhc.org

Gay Men`s Health Crisis

www.metromate.org.uk

Гид по службам сексуального здоровья для мужчин-геев в Лондоне (London`s Sexual Health Directory for Gay Men)

www.safeguards.org

Центр по здоровью для лесбиянок, геев и трансгендеров (Lesbian, Gay and Transgender Health Resource Center)

www.mpowerment.org

Центр по изучению программ профилактики ВИЧ/СПИДа. Университет Калифорнии. Проект профилактики ВИЧ среди МСМ (Center for AIDS Prevention Studies. University of California. HIV prevention project for MSM), США

www.gayhealth.com

Сайт для МСМ по вопросам здоровья

<http://www.tht.org.uk>

Сайт британской организации «Terrence Higgins Trust»



ГЛОССАРИЙ

МСМ — мужчины, имеющие сексуальные отношения с мужчинами

ЛГБТ — лесбиянки, геи, бисексуалы, трансгендеры

ВИЧ — вирус иммунодефицита человека

ИППП — инфекции, передающиеся половым путем

ВААРТ — высокоактивная антиретровирусная терапия

Информация, представленная в данном издании, может предназначаться исключительно для целевой аудитории. Упоминание в материалах издания каких-либо компаний, лекарственных препаратов или способов их применения не означает, что *AFEW* рекомендует или отдает предпочтение именно этим компаниям, лекарственным препаратам или способам их применения.

AFEW настоятельно советует читателям и лицам, участвующим в программах обучения, тщательно проверять любую информацию и не применять на практике полученные из данного источника сведения без предварительной консультации специалиста.

AFEW не несет ответственности за точность и полноту публикуемых материалов, а также за любые действия, предпринятые вследствие их публикации. *AFEW* не несет юридической и иной ответственности за возможные последствия использования опубликованной информации третьими лицами.

Сложившаяся на сегодняшний день в мире ситуация по эпидемии ВИЧ-инфекции требует новых подходов для эффективной профилактики ВИЧ-инфекции, особенно среди уязвимых групп населения. Среди таких групп наименее изученной и открытой является группа мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами (МСМ), и это затрудняет проведение среди ее представителей адекватных профилактических мероприятий.

Данная публикация, с одной стороны, содержит достаточно глубокий научный анализ, с другой — имеет практическую ценность для специалистов. Медицинские проблемы МСМ действительно мало освещаются в отечественной научной прессе, а врачи не имеют знаний и инструментов для работы с данной группой населения. Хочу поблагодарить автора за столь серьезный труд. Уверен, что он сможет заполнить существующую брешь в образовательных материалах и послужить хорошим руководством для тех, кто оказывает медицинские и консультативные услуги МСМ.

Б. М. Ворник,

заместитель директора Фонда народонаселения ООН по Украине,
доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач Украины



Sida



Elton John AIDS Foundation

Данная публикация была издана при финансовой поддержке Европейской комиссии, Шведского агентства международного сотрудничества и развития (SIDA) и Фонда Элтона Джона по борьбе со СПИДом (EJAF).

Распространяется бесплатно