



ЭТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ОФТАЛЬМОЛОГА

УДК 617.7-001.4
ГРНТИ 76.29.56
БАК 14.01.07

© Т. В. Хижняк

Клиническая инфекционная больница им. С. П. Боткина, Санкт-Петербург

✧ Ежедневно на прием к врачу приходят люди с различными жалобами и заболеваниями. Среди обратившихся могут находиться ВИЧ-инфицированные пациенты, часть из них еще не подозревает о своем статусе. Поэтому, с одной стороны, эпидемиологическая настороженность должна определять стиль работы врача с каждым пациентом, а с другой стороны — работа медицинских учреждений, социальных служб и средств массовой информации должна быть согласована и направлена на формирование настороженного поведения, а не спидофобии, поскольку ВИЧ-инфекция в настоящее время — это уже не приговор. Эпидемическая ситуация требует соблюдения мер профилактики как пациентов, так и медработников.

✧ *Ключевые слова:* офтальмопатология; ВИЧ-инфекция; этика; биомедицина.

ВВЕДЕНИЕ

Проблема ВИЧ-инфекции является актуальной для человечества уже на протяжении 25 лет. В настоящее время, по данным объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу ЮНЭЙДС, в мире зарегистрировано 36 миллионов человек, живущих с ВИЧ-инфекцией, 2,7 миллиона новых случаев инфицирования [2].

Сейчас отмечен переход распространения ВИЧ-инфекции с гомосексуального и парэнтерального к гетеросексуальному пути передачи [1, 3, 4]. Другими словами, она перестала быть болезнью, четко характеризующей образ жизни ее носителей. Риск «опасного» контакта с этим вирусом многократно повышается, при нарушении предписанных мер профилактики, через препараты крови, при трансплантации органов и других медицинских вмешательствах. Выявление ВИЧ-инфекции в некоторых ситуациях еще остается поводом к преследованию ее носителя, хотя сохранение врачебной тайны и неприкосновенности частной жизни предусмотрено на государственном законодательном уровне. Одним из достижений деятельности этических комитетов, является прекращение распространенной ранее практики «отказа в госпитализации» ВИЧ-инфицированным пациентам. Правовое регулирование мер ответственности, за распространение ВИЧ-инфекции на сегодня, является ведущим принципом — как для медработников, так и для остальных членов общества, в том числе самих ВИЧ-инфицированных. Право на доступность лечения защищено конституцией Российской Федерации.

Основные биомедицинские проблемы, возникающие в связи с распространением ВИЧ, как

то: порядок оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным, отношение больных, живущих с ВИЧ, к обществу и общества к больным, информированное согласие на диагностику ВИЧ-инфекции, врачебная тайна, доступность лечения, лечение наркозависимых пациентов, информирование пациента о смертельном заболевании и другие, требуют решения врачей, в том числе и офтальмолога.

Ежедневно на прием к врачу приходят люди с различными жалобами и заболеваниями. Среди обратившихся могут находиться ВИЧ-инфицированные пациенты, часть из них еще не подозревает о своем статусе. Поэтому эпидемиологическая настороженность должна определять стиль работы врача с каждым пациентом. Во время работы доктор обязан соблюдать все предписанные меры по профилактике инфицирования как пациентов, так и себя.

Задача профилактики и борьбы с ВИЧ-инфекцией в РФ является общегосударственной. В целях реализации норм, установленных законом «О предупреждении распространения в РФ заболеваний, вызванных ВИЧ-инфекцией», Правительством РФ принят ряд нормативных правовых актов. Мера ответственности за их нарушение предусмотрена уголовным кодексом (122 статья УК РФ), она распространяется на медработников и пациентов.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Регистрация ВИЧ-инфекции в нашей стране начата с 1987 года. Отмечен опережающий мировой темп распространения [1, 2]. Так, к началу 2003 года в России зарегистрировано 229 тыс. случаев ВИЧ-инфицированных, оценочное же число — составляло около 1 млн. человек [1, 5, 6]. По данным Федераль-

ного Центра по профилактике и борьбе со СПИДом, общее число зарегистрированных ВИЧ-положительных граждан РФ на 01.01.09 составило 469016 человек [1, 2, 5]. В Санкт-Петербурге на 01.01.09 зарегистрировано 33344 жителя, страдающего ВИЧ-инфекцией [4, 5]. Показатель ее распространенности в нашем городе на 100 тыс. населения превышает среднероссийский, примерно в 2,5 раза — 761,7 против 308,3 [1, 2, 4]. В 2008 году в России, по данным социальной службы государственной статистики, выявление новых случаев бессимптомного носительства ВИЧ-инфекции возросло на 42,9 %, по сравнению с 2007 годом. Сохраняется тенденция роста заболеваемости среди наркопотребителей, в 2008 году — 65,8 % от общего числа вновь выявленных инфицированных [1, 3, 4, 5].

У ВИЧ-инфицированных пациентов характерно выявление нескольких инфекций. В 2008 году лечебно-профилактическими учреждениями города зарегистрировано 1499 новых случаев ВИЧ-инфекции в сочетании с хроническим вирусным гепатитом С [2, 3, 4]. Их доля среди всех зарегистрированных с ВИЧ-инфекцией в 2008 году составила 44,3 %. Сочетание ВИЧ-инфекции с туберкулезом в 2006 и 2007 году на территории Санкт-Петербурга выявлено соответственно в 662,2 и 686,8 случаев на 100 тыс. населения [2, 5].

Заболеваемость туберкулезом возросла на 4,8 %. Частота сочетания ВИЧ и туберкулеза в нашем городе соразмерна с частотой заболеваемости самой ВИЧ-инфекцией.

В настоящее время возросла заболеваемость всеми болезнями, передающимися половым путем, в том числе сифилисом — на 5,3 % [1, 3]. Офтальмопатология, связанная с проявлениями сифилиса в глазу, с каждым годом становится актуальнее.

На фоне иммунодефицита также значима патология глаза, вызванная офтальмогерпесом, цитомегаловирусом, токсоплазмозом, туберкулезом. Последняя, кроме специфического лечения, требует соблюдения санитарно-эпидемиологического режима.

Таким образом, с 2000 по 2008 год, выявлен рост сочетанной патологии у ВИЧ-инфицированных в 20 раз [1].

В условиях неблагоприятной клинико-эпидемиологической ситуации в городе возрастает количество обращений за медицинской помощью. В 1,5 раза увеличилось количество госпитализированных больных, поступающих в стадии прогрессирования заболевания, с множественными тяжелыми оппортунистическими инфекциями и вторичными заболеваниями [1]. Это обстоятельство накладывает на медработников определенный риск и ответственность.

БИОЭТИКА

Общественная значимость проблемы потребовала формирования нового направления в изучении этого вопроса биомедицины — биоэтики. Биоэтика призвана способствовать поиску морально обоснованных и социально приемлемых решений этих проблем. Их обсуждение выносится на общественные слушания с участием правозащитных движений. Биоэтика основывается на активном участии пациента в решении проблем своего здоровья. Методом в биомедицине является выявление и аргументированное обсуждение различных позиций по моральным проблемам.

Поскольку эпидемическое распространение ВИЧ-инфекции продолжается во всем мире, безопасных и надежных видов профилактики и терапии этой смертельной болезни еще не разработано, то даже упоминание о заболевании несет одинаковую психологическую травму для здоровых и больных. В настоящее время нет однозначного мнения по применению всех биомедицинских принципов к ВИЧ-инфекции в целом и ВИЧ-инфицированным в частности.

Несмотря на то что ВИЧ-инфекция уже не является экзотическим заболеванием, большинство практических врачей не имеют достаточных знаний и опыта работы с больными ВИЧ-инфекцией. Поэтому может возникнуть и другая ситуация, когда доктор, зная о статусе своего пациента, использует избыточные защитные меры. Такое поведение, с одной стороны медицински безграмотно, а с другой — неэтично и является спидофобией. Спидофобия — это социально-психологический феномен, аналогичный канцерофобии, сифилисофобии, который сформировался как ответная реакция общества на эпидемический характер распространения ВИЧ-инфекции [10]. По сути, спидофобия — это вторая эпидемия, порожденная страхом перед болезнью и людьми, зараженными ВИЧ. Другими словами, это дискриминация, вызванная невежеством и предрассудками, присущая не только населению, но и части медработников. Нетерпимость и низкий уровень знаний по этой проблеме осложняет жизнь заболевшим, негативно сказываясь на их здоровье.

Примером является распространенный миф о заразности слезы ВИЧ-инфицированного пациента. Доказательств заражения ВИЧ через слезу нет. Это важно помнить при выполнении тонометрии по Маклакову. Метод является контактным и подразумевает выполнение измерения внутриглазного давления неодноразовым инструментом. Данный способ остается основным для подавляющего числа офтальмологов в нашей стране. Исходя из современной теории инфекциозности, для заражения не-

обходимы особые условия: объем контактируемой жидкости (в данном случае он предельно малый), наличие соответствующей патоморфологии на поверхности глаза, в слезе и роговице (но в них практически нет «восприимчивых» клеток) [7]. В литературе описаны результаты исследования состава слезы здоровых людей. Слеза содержит защитные факторы: лизоцим, лактоферрин, β -лизин, пропердин, церулоплазмин, фракции комплемента С-3 и С-4, антикомплементарный фактор и простагландины группы Е и F [9]. Таким образом, учитывая эпидемиологию данного вируса (для передачи необходим контакт с кровью) и нестойкости вируса во внешней среде [7] риск заражения ничтожно мал. Эти доводы должны убеждать и медработников и пациентов в невозможности заражения упомянутым выше способом и способствовать преодолению мифов, порождающих СПИД-фобию.

Исходя из этого обработка инструментария не отличается от используемой и для профилактики гепатита В (Приказ МЗ РФ № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого ВИЧ-инфекцией», от 30.03.1995 года и Федеральный закон РФ № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30.03.1999 года) [8]. Поэтому ВИЧ-инфекция не может быть предлогом для дискриминации при выполнении этих манипуляций.

Понятно, что в связи с распространением ВИЧ-инфекции увеличивается и риск ее внутрибольничной передачи. Причина данного заражения заключается в том, что в работе с этими пациентами нарушена основная заповедь медработника — «не навреди». Данный путь заражения называется ятрогенным. Ятрогения — это вред, причиненный здоровью пациента медицинским персоналом, в том числе психологическая травма — ятропсихогения [10].

Удельный вес заражения ВИЧ-инфекцией ятрогенным способом мал. Среди всех инфицированных, ятрогенно заражено по данным ВОЗ, к 2005 году: при переливании крови — 3–5 %, другими медицинскими манипуляциями — 0,01 % [5]. В России зарегистрировано на конец 2006 года 367 случаев внутрибольничной передачи ВИЧ-инфекции, в частности: инфицирование ВИЧ российских граждан при переливании крови и пересадке органов в России — 66 случаев заражения реципиентов, при других парентеральных вмешательствах в медицинских учреждениях всего выявлено 279 россиян, зараженных ВИЧ. Передача от пациента к медицинскому персоналу доказана в двух случаях, в 2000 и 2004 годах, при исполнении профессиональных обязанностей [5, 6].

Заболевание, вызываемое ВИЧ-инфекцией, характеризуется многолетним течением, прогрессирующим снижением иммунитета, приводящим к развитию тяжелых форм оппортунистических заболеваний [7]. В. В. Покровским с соавторами в российской классификации 2001–2002 гг. выделены следующие стадии клинического течения ВИЧ-инфекции: 1 — стадия инкубации, 2 — стадия первичных проявлений, 3 — субклиническая стадия; 4 — стадия вторичных заболеваний, 5 — терминальная стадия [6]. На стадиях 1, 2 и 3 не требуется специфического лечения ВИЧ-инфекции, но требуется диспансерное наблюдение. Пациент, находящийся на этих стадиях болезни, не замечает значимых изменений в своем состоянии. Хорошее самочувствие ВИЧ-позитивного человека отодвигает время обращения за квалифицированной медицинской помощью. Объясняя свое поведение, ряд юридически грамотных пациентов ссылаются на закон о праве выбора объема медицинской помощи. В этой ситуации откладывается решение не только клинических, но и эпидемиологических вопросов. Возможно, отчасти и поэтому наблюдается увеличение количества больных, в том числе и в прогрессирующих стадиях заболевания [1, 2, 3, 4]. Стадии заболевания 4 и 5 относятся к категории синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИДа). СПИД — это комплекс вторичных симптомов, вызываемых ВИЧ, характеризующийся присоединением инфекций и развитием полиорганной недостаточности [6, 7]. ВИЧ-инфекция и СПИД — это стадии одного процесса. Скорость его прогрессирования зависит от количества поступившего вируса в организм и состояния иммунной системы (количества CD_4).

В ряде случаев поводом к выявлению ВИЧ-инфекции, становится офтальмопатология. Чаще — это цитомегаловирусная инфекция (ЦМВ), имеющая склонность к генерализации и рецидивированию. Она чаще других при ВИЧ-инфекции, приводит к летальному исходу [7]. Поражение глаз при ЦМВ (ЦМВ-ретинит) встречается у 20–25 % больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции [1, 5, 6]. ЦМВ-ретинит в Санкт-Петербурге наблюдался в 6,6 % при генерализации ЦМВ у ВИЧ-инфицированных [1, 5]. При этой патологии наблюдается быстрая утрата зрительных функций, что приводит к инвалидизации пациента и отягощению его социального статуса. Тактика ведения пациентов складывается из санации оппортунистической инфекции с последующей антиретровирусной терапией (АРВТ). Для лечения ЦМВ в нашей стране применяют ганцикловир [6, 7]. Курс терапии этим препаратом может быть довольно длительным, а

стоимость достигает сотни тысяч рублей. Именно по этой причине своевременное лечение не может быть предоставлено во всех лечебных учреждениях. Поэтому сразу же после выявления этой инфекции пациента необходимо направить в ближайший Центр СПИДа для проведения специфической терапии. К сожалению, такие парамедицинские аспекты затрудняют оказание квалифицированной помощи и требуют терпения пациента и милосердия медработников.

Современные возможности терапии позволяют подавить активность вируса в крови инфицированного человека. Адекватное отношение пациента к рекомендациям врача позволяет избежать осложнений, продлить социально активный отрезок жизни и отодвинуть развитие терминальной стадии болезни. Поэтому очень важно донести до пациента мысль о том, что при квалифицированном наблюдении и своевременном применении АРВТ возможно долгожительство ВИЧ-инфицированных пациентов до нескольких десятков лет [1, 7]. По данным литературы, прогноз для зрения без применения АРВТ неблагоприятен в связи с генерализацией инфекции [1, 6, 7]. Своевременное использование АРВТ способствует снижению количества вторичных проявлений ВИЧ/СПИДа (в виде присоединения оппортунистических инфекций, в том числе и офтальмопатологии) и этим повысить социальный статус пациентов.

В настоящее время средствами массовой информации, кроме освещения деонтологических вопросов (спидофобии, ятрогении), активно обсуждаются модели поведения «медработник—пациент». В некоторых ситуациях позиция доктора во взаимоотношениях с пациентом может быть категоричной, даже если ситуация не затрагивает вопрос жизни и смерти, или она не касается работы с несовершеннолетним или недееспособным пациентом. Примером является работа с ВИЧ-инфицированными наркопотребителями.

У потребителей инъекционных наркотиков наблюдается более активное прогрессирование ВИЧ-инфекции [1, 2, 3] и, следовательно, присоединение оппортунистических инфекций, в том числе и ЦМВ. Этому способствуют социальные и медицинские факторы. Оказание помощи наркозависимым пациентам с ЦМВ-хориоретинитом, имеет ряд особенностей. Во-первых, такие больные при выраженном ухудшении зрения своевременно не обращаются к офтальмологу. Во-вторых, даже прогрессирующая «слепота» не убеждает пациента в необходимости выполнения всех врачебных рекомендаций.

С точки зрения биомедицинских принципов, любое категоричное поведение медицинского персо-

нала недопустимо, так как это унижает достоинство человека [10]. Доктор должен принять любой выбор пациента, но перед нами больной человек, не обладающий в полной мере критическим мышлением. Терпеливо добиваться выполнения рекомендованной терапии нельзя, поскольку за время, упущенное на убеждения, здоровье человека продолжает разрушаться ВИЧ-инфекцией. Врач должен находить компромисс между интересами пациента и общества. Заповеди Гиппократы помогают сделать такой выбор: «...сообщи тому, кому надлежит». Становится понятным, что сформировалась неординарная ситуация. Наблюдается противостояние биоэтических и терапевтических принципов. Морально-этический конфликт затрудняет порядок оказания помощи. Почему пациент выбирает опасную для своего здоровья позицию? Адекватен ли такой выбор? Чье мнение определяющее, специалиста или пациента? Понимает ли пациент цену вопроса? Знания, врачебный опыт, милосердие и настойчивость в работе с ВИЧ-инфицированным пациентом должны наладить взаимоотношения с ним.

Таким образом, работа офтальмолога имеет целый ряд особенностей, которые требуют применения биомедицинских принципов, при этом нет полной согласованности в рамках их применения.

Позиция врача всегда милосердна и направлена на защиту здоровья, несмотря на отсутствие порой взаимопонимания со стороны пациента. Внедрение биоэтических подходов в программы по профилактике распространения, доступности диагностики и лечения ВИЧ-инфекции не должно затруднять работу органов здравоохранения. Отсутствие однозначного общественного мнения по применению этических принципов в разрешении проблемы ВИЧ-инфекции диктует продолжение изучения этого вопроса.

Работа медицинских учреждений, социальных служб и средств массовой информации должна быть согласована и направлена на формирование настоящего поведения, а не спидофобии, поскольку ВИЧ-инфекция в настоящее время — это уже не приговор.

Внедрение биомедицинских подходов в решение проблем ВИЧ-инфекции изменило общественное мнение и привело к позитивному решению этой задачи. Принцип уважения человеческого достоинства заложен в праве на получение медицинской помощи, независимо от иммунологического статуса пациента и характера медицинского учреждения. Современный подход к ВИЧ-инфекции в целом и ВИЧ-инфицированным в частности основан на милосердии и терпимости, поскольку, выбирая позицию своего поведения, все больше и больше людей

пытаются поставить себя на место человека, инфицированного ВИЧ.

Таким образом, известное высказывание М. Я. Мудрова «Легче предупредить, чем лечить» на 100 % относится и к ВИЧ-инфекции. Эта позиция должна быть доступно донесена до всех членов общества.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Беляков Н. А., Степанова Е. В., Рахманова А. Г.* и др. Эпидемия ВИЧ-инфекции в Санкт-Петербурге // Альманах «Инфекционные болезни — 2009» / Под редакцией Н. А. Белякова, А. Г. Рахмановой, А. А. Яковлева. — СПб.: Изд-во ВВМ, 2009. — С. 27–34.
2. *Голиусов А. Т.* Проблемы и перспективы реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения по разделу «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ» в 2009 году // Альманах «Инфекционные болезни — 2009» / Под редакцией Н. А. Белякова, А. Г. Рахмановой, А. А. Яковлева. — СПб.: Изд-во ВВМ, 2009. — С. 7–11.
3. *Жолобов В. Е.* Итоги работы по проблеме ВИЧ/СПИД в Санкт-Петербурге за последние пять лет // Альманах «Инфекционные болезни — 2009» / Под общей редакцией А. А. Яковлева, А. Г. Рахмановой. — СПб.: Изд-во НИИХ СПбГУ, 2008. — С. 92–95.
4. *Жолобов В. Е., Дворак С. И., Волкова Г. В.* Особенности течения эпидемии ВИЧ-инфекции в Санкт-Петербурге // Альманах «Инфекционные болезни — 2007» / Под общей редакцией А. А. Яковлева, А. Г. Рахмановой. — СПб.: Изд-во НИИХ СПбГУ, 2008. — С. 154–160.
5. Информационный бюллетень «ВИЧ-инфекция в Санкт-Петербурге», Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга — СПб., 2005, 2006, 2008.

6. *Покровский В. В., Ермак Т. Н., Беляева В. В., Юрин О. Г.* ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение / Под общ. ред. В. В. Покровского — 2-е издание, испр. и дополнен. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. — 488 с.
7. *Рахманова А. Г., Виноградова Е. Н., Воронин Е. Е., Яковлев А. А.* ВИЧ-инфекция. — СПб., 2004. — 696 с.
8. Сборник нормативных актов и методических документов РФ и Санкт-Петербурга по профилактике СПИДа. — СПб.: Изд-во НИИХ СПбГУ, 2007. — 276 с.
9. *Сомов Е. Е., Бжеский В. В.* Слеза (физиология, методы исследования, клиника). — СПб.: Наука, 1994. — 156 с.
10. *Юдин Б. Г.* Введение в биоэтику. Учебное пособие. — М.: «Прогресс традиция», 1998. — 384 с.

HIV-INFECTION ETHIC PROBLEM, FROM THE POINT OF VIEW OF AN OPHTHALMOLOGIST

Khijniak T. V.

✧ **Summary.** Every day the ophthalmologist sees patients with various complaints and diseases. Among people seeking help may be HIV-positive patients, and some of them do not yet aware of their diagnosis. That is why, the ophthalmologist must be aware of all of the different presenting signs and symptoms. However it is also as important for the medical institutions, social services and mass media to have a coordinated public service educational attitude. This attitude should be educational, but not HIV-phobia, because HIV nowadays is not a final judgement. Epidemiologic situation demands compliance with prophylactic measures both from patients and health care providers.

✧ **Key words:** ophthalmopathology; HIV-infection; ethics; biomedicine.

Сведения об авторах:

Хижняк Тамара Вадимовна — врач-офтальмолог, Городская инфекционная больница № 30 имени С. П. Боткина, 193167, Санкт-Петербург, Миргородская ул., д. 3/4.
E-mail: tamarakhiznyak@mail.ru.

Khijniak Tamara Vadimovna — ophthalmologist, City infection hospital № 30 named after S. P. Botkin, 193167, St. Petersburg, Mirgorodskaya str., 3/4.
E-mail: tamarakhiznyak@mail.ru.