



Пособие для журналистов

Освещение темы ВИЧ/СПИДа в СМИ



Данное пособие подготовлено к печати совместно организацией «Трансатлантические партнеры против СПИДа» (ТППС) / «Глобальной бизнескоалицией против ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии» (GBC) и Фондом семьи Генри Дж. Кайзера. Публикация разработана и издана при финансовой поддержке Фонда семьи Генри Дж. Кайзера и Фонда Билла и Мелинды Гейтс.

Точки зрения, изложенные в данной публикации, являются мнениями авторов и экспертов и могут не совпадать с позицией ТППС/GBC, руководства организации, ее сотрудников, партнерских и финансирующих организаций.

© Трансатлантические партнеры против СПИДа(ТППС)/

Глобальная бизнескоалиция против ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии (GBC)

Пособие для журналистов

Освещение темы ВИЧ/СПИДа в СМИ



Я надеюсь, что данное пособие окажется Вам полезным при освещении одной из важнейших медико-социальных проблем, с которой столкнулась Россия, – развитие эпидемии ВИЧ/СПИДа. Данное пособие разработано в рамках комплекса инициатив по борьбе с эпидемией Фондом семьи Генри Дж. Кайзера и организацией «Трансатлантические партнеры против СПИДа» (ТТПТС)/«Глобальной бизнес-коалицией против ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии» (ГБС) при участии ряда партнерских организаций. Пособие призвано способствовать ответственному освещению темы ВИЧ/СПИДа в средствах массовой информации и борьбе с эпидемией путем просвещения населения. В Ваших силах внести значимый вклад в информирование общественности и государственных деятелей, и я уверен, что данное пособие поможет Вам в этой работе.

В.В. Познер,
Президент фонда «Академия Российского Телевидения»

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
1. ВИЧ/СПИД. Историческая справка	6
2. Что такое ВИЧ/СПИД? Вопросы и ответы	18
3. Освещение темы ВИЧ/СПИДа в СМИ	23
3.1. Как освещать проблему ВИЧ/СПИДа в СМИ. Вопросы и ответы ..	23
3.2. Новые темы при подготовке материалов по ВИЧ/СПИДу	25
3.3. Выражения, не рекомендуемые к использованию	29
3.4. Этика и политическая корректность в материалах о ВИЧ/СПИДе ..	32
3.5. Интервью с человеком, живущим с ВИЧ	34
3.6. Использование статистических данных по ВИЧ/СПИДу	36
3.7. Правовые аспекты освещения темы ВИЧ/СПИДа	40
4. Терминология	45
4.1. ВИЧ/СПИД. Словарь терминов	45
4.2. Перечень сокращений	58
5. Права человека в контексте эпидемии ВИЧ/СПИДа	60
6. Медицинские аспекты	69
6.1. Лечение ВИЧ/СПИДа. Вопросы и ответы	69
6.2. Доступ к лечению ВИЧ-инфекции	72
6.3. Важные термины в антиретровирусной терапии	84
6.4. Болезни, возникающие на стадии СПИДа	85
7. Эпидемии ВИЧ/СПИДа и туберкулеза	93
7.1. Что такое туберкулез? Вопросы и ответы	93
7.2. Туберкулез и ВИЧ/СПИД	98
7.3. Проблема туберкулеза в Российской Федерации	100
7.4. Туберкулез. Словарь терминов	103
7.5. Освещение проблемы туберкулеза в СМИ	107
8. Программы снижения вреда. Вопросы и ответы	111
9. Медикаментозная поддерживающая терапия. Вопросы и ответы	118
10. Борьба с эпидемией	122
10.1. Профилактические программы по ВИЧ/СПИДу	122
10.2. Финансирование программ по противодействию распространению эпидемии ВИЧ/СПИДа на международном уровне	125
10.3. Финансирование программ по противодействию распространению эпидемии ВИЧ/СПИДа в Российской Федерации	128
11. Ключевые фигуры и активисты борьбы с эпидемией ВИЧ/СПИДа ..	131
12. Источники информации по ВИЧ/СПИДу	145
12.1. Англиязычные интернет-ресурсы по ВИЧ/СПИДу	145
12.2. Русскоязычные интернет-ресурсы по ВИЧ/СПИДу	148

ВВЕДЕНИЕ

На сегодняшний день в мире около 40 миллионов человек живет с ВИЧ¹. Только в 2006 году вирусом иммунодефицита человека были инфицированы около 4 миллионов человек во всем мире. Очевидно, что борьба с эпидемией ВИЧ/СПИДа сегодня является одной из актуальных социальных проблем глобального масштаба, решение которой требует объединения усилий не только органов здравоохранения, но всего общества в целом: органов власти, СМИ, НКО, частного сектора и других структур. Трудно переоценить ту роль, которую в решении этой проблемы могут сыграть средства массовой информации. Об особой значимости средств массовой информации в борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИДа в нашей стране свидетельствуют и материалы опроса, проведенного фондом «Общественное мнение», в ходе которого большинство россиян назвали СМИ основным источником информации по проблеме ВИЧ/СПИДа. Именно журналисты могут не только привлекать внимание общественности к данной теме, но и предоставлять широким слоям населения информацию о различных аспектах эпидемии ВИЧ, способствуя тем самым формированию толерантного отношения к людям, живущим с ВИЧ, повышению информированности общества в вопросах профилактики ВИЧ-инфекции и, таким образом, снижению темпов распространения эпидемии.

Вместе с тем подготовка журналистских материалов по данной теме связана с рядом трудностей, заключающихся в необходимости использовать медицинскую терминологию, статистические данные, исторические справки и т. д.

Предлагаемое вашему вниманию пособие предназначено для журналистов, освещающих вопросы эпидемии ВИЧ/СПИДа в средствах массовой информации. В нем представлены основные аспекты проблемы ВИЧ/СПИДа, которые могут быть актуальны при подготовке статей, ТВ- и радиорепортажей и программ на данную тему. В пособие вошли материалы по истории эпидемии, медицинским вопросам и использованию специальной терминологии, рекомендации по работе с эпидемиологическими данными по проблеме. Принимая во внимание тот факт, что тема ВИЧ/СПИДа зачастую окружена предубеждениями, а люди, живущие с ВИЧ, часто подвергаются дискриминации, в пособие были также включены

¹ ЮНЭЙДС. Развитие эпидемии СПИДа: декабрь 2006
http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUpdate_Ru.pdf

ны рекомендации по использованию выражений, которые не будут способствовать возникновению предвзятого отношения к людям с ВИЧ. Особое внимание в данной работе уделяется правовым аспектам освещения темы ВИЧ/СПИДа в СМИ, а также вопросам этики и политической корректности. Помимо этого здесь представлена информация о международных и российских лидерах, внесших наиболее весомый вклад в борьбу с распространением эпидемии ВИЧ/СПИДа.

В подготовке данного пособия принимали участие российские и международные эксперты в области здравоохранения, журналистики и права.

ВИЧ/СПИД. ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА

до 1981

Первые данные. Первый случай заражения ВИЧ-инфекцией был зарегистрирован в 1981 году, однако некоторые недавние исследования свидетельствуют о том, что ВИЧ существовал уже задолго до указанного времени.

1981

Первые случаи. Центр контроля и профилактики заболеваний США (CDC) сообщает о первых случаях заболевания редким видом пневмонии среди молодых мужчин-геев.

1982

Заболевание получает название. Центры CDC официально вводят термин «синдром приобретенного иммунодефицита, СПИД». На начальном этапе центры CDC выделяют четыре фактора риска: гомосексуальные контакты между мужчинами, употребление инъекционных наркотиков, гаитянское происхождение и гемофилия А.

СПИД в Африке. Журнал *The Lancet* сообщает, что африканская болезнь, известная под названием «слим», фактически представляет собой СПИД.

1983

Новая «группа риска». CDC добавляют в качестве пятой группы риска женщин – сексуальных партнеров мужчин, больных СПИДом.

Создание первых общественных организаций. В Соединенных Штатах Америки формируются Национальная ассоциация людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (NAPWA), Национальная сеть по проблемам СПИДа (NAN) и Федерация организаций по борьбе со СПИДом.

1984

Вирус обнаружен. Ученые Люк Монтанье из Пастеровского Института во Франции и Роберт Галло из Национального центра по изучению рака в США выделили человеческий ретровирус ВИЧ, поражающий организм человека и вызывающий СПИД.

Профилактические мероприятия. Первая в мире программа обмена шприцев (ПОШ) начала действовать в Нидерландах. Сначала она была

ориентирована на борьбу с распространением гепатита среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), однако позднее программа стала охватывать и проблемы профилактики ВИЧ.

1985

Первая международная конференция по СПИДу. Конференция проводилась в Атланте (штат Джорджия, США). Спонсорами конференции выступили Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Департамент здравоохранения и социального обеспечения США (HHS).

Тесты для определения присутствия вируса. Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) одобрило первые тесты на наличие антител к ВИЧ. В США и Японии сделаны первые анализы крови.

Вертикальная передача вируса (от матери ребенку). Служба общественного здравоохранения США разработала первые рекомендации по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку.

СПИД и военные силы США. Министерство обороны США сообщило, что, начиная с этого момента, все новобранцы будут проходить обязательные тесты на ВИЧ и лица с положительными результатами не будут приниматься в ряды армии.

Расширение масштабов распространения ВИЧ. В каждом регионе мира отмечен по крайней мере один случай заболевания ВИЧ-инфекцией. К 1985 году, по позднейшим оценкам Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), во всем мире общее число людей, живущих с ВИЧ, составляло почти 2 миллиона.

1986

ВИЧ/СПИД в России. В республиках СССР зафиксирован первый случай ВИЧ-инфекции.

Призыв к действию. Институт медицины США призвал к разработке общенациональной просветительской программы и созданию Национальной комиссии по проблемам СПИДа.

Создание международных организаций. Создан Международный руководящий комитет по проблемам людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (ISC). (С 1992 года – «Глобальная сеть людей, живущих с ВИЧ/СПИДом», или GNP+.)

1987

Первые медикаменты. Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) одобрило использование первого антиретровирусного препарата для лечения ВИЧ-инфекции. Препарат назван «Зидовудин», или AZT.

Испытания вакцин. FDA выдало разрешение на проведение первых испытаний вакцины против ВИЧ на человеке.

Р. Рейган и проблемы СПИДа. Президент США Рональд Рейган произнес первую публичную речь, в которой были затронуты проблемы СПИДа, и назначил Президентскую комиссию по борьбе со СПИДом.

Обязательные анализы. В США ВИЧ добавлен в список «опасных инфекционных заболеваний», являющихся причиной для отказа потенциальным иммигрантам во въезде в страну. Отныне все желающие иммигрировать в обязательном порядке должны проходить тест на ВИЧ.

Нарращивание усилий международного сообщества. ВОЗ объявила о начале Глобальной программы по СПИДу (GPA).

1988

Международное признание. По инициативе ВОЗ 1 декабря становится Всемирным днем борьбы со СПИДом.

Создание новых организаций по проблемам СПИДа. Национальный институт здравоохранения США (NIH) сформировал Бюро по исследованиям проблем СПИДа и Группу клинических испытаний по проблемам СПИДа (ACTG).

Программа обмена шприцев. В США (г. Такома, штат Вашингтон) начата первая комплексная программа обмена шприцев.

1989

В больницах Элисты, Волгограда и Ростова-на-Дону произошло массовое заражение детей ВИЧ по вине медицинского персонала.

1990

Бойкот конференции. Протестуя против иммиграционной политики США, американские и международные неправительственные группы организовали бойкот VI ежегодной Международной конференции в Сан-Франциско (Калифорния).

Лечение детей. FDA одобрило AZT в качестве препарата для лечения ВИЧ-инфекции в педиатрии.

Дальнейшее расширение масштабов распространения заболевания. Согласно последующим оценкам ЮНЭЙДС, к 1990 году более 9 миллионов людей в мире жило с ВИЧ.

1991

Символ борьбы со СПИДом. Появляется международный символ солидарности в борьбе со СПИДом – красная ленточка.

1992

Смерть от СПИДа. СПИД становится наиболее распространенной причиной смерти среди африканских мужчин в возрасте от 25 до 44 лет. Такая ситуация сохраняется до 1995 года.

1995

Успехи в лечении. FDA одобряет применение первого ингибитора протеазы, саквинавира, для использования в сочетании с другими препаратами против ВИЧ. Это становится началом новой эры высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) и создает перспективу неограниченной продолжительности жизни людей, живущих с ВИЧ.

Создание UNAIDS. Создана Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС), основной задачей которой является координация усилий различных программ ООН, нацеленных на борьбу со СПИДом. Программа получила название UNAIDS (ЮНЭЙДС) и начала свою работу в 1996 году.

Действия России. В России принят Федеральный закон № 38-ФЗ от 30.03.1995 «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ – инфекции)», гарантирующий бесплатный доступ к лечению гражданам с положительными результатами анализов на ВИЧ. См. <http://www.hivpolicy.ru/documents/index.php?id=46>

Расширение масштабов распространения заболевания. По оценкам ЮНЭЙДС, уже 23 миллиона человек в мире живут с ВИЧ.

1996

Разработки вакцин. Сформирована неправительственная организация,

основной задачей которой является устранение препятствий на пути разработки вакцин против ВИЧ. Организация получила название «Международная инициатива по разработке вакцины против СПИДа» (IAVI).

Действия Бразилии. Бразильские производители непатентованных лекарственных препаратов (дженериков) обвиняются в нарушении международного патентного законодательства. Препараты бесплатно раздаются нуждающимся в них людям. Бразилия – первая из развивающихся стран, начавшая усилия по общенациональному распространению антиретровирусной терапии.

Программы снижения вреда в России. В России началась работа по внедрению программ снижения вреда. В Санкт-Петербурге, Ярославле и Москве организованы первые программы по обмену шприцев, созданы команды аутрич-работников¹. В рамках подобных проектов потребители наркотиков и секс-работники (которые, как правило, не посещают учреждения официальной системы здравоохранения) могут пройти тестирование на ВИЧ, гепатиты, инфекции, передающиеся половым путем, получить консультации, презервативы и стерильные шприцы (в обмен на использованные). К 2003 году в России будет насчитываться уже более 80 проектов снижения вреда.

1997

Успехи США. Число случаев смерти на стадии СПИДа в США сократилось более чем на 40% по сравнению с предыдущим годом, главным образом благодаря использованию высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ).

1998

Испытания вакцины. В странах Северной Америки начаты первые широкомасштабные испытания на людях вакцины против ВИЧ.

Действия афроамериканцев. Афроамериканские лидеры объявляют чрезвычайную ситуацию в связи с эпидемией ВИЧ/СПИДа в среде чернокожих жителей Америки.

Действия ЮАР. В ЮАР организована кампания «За действия по доступу к лечению». Основной целью нового движения становится обеспечение доступа к лечению в стране.

¹ Аутрич (от англ. Outreach – «работа с населением», «распространение информации») – деятельность по предоставлению потребителям инъекционных наркотиков информации, консультаций и профилактических средств за пределами медицинских учреждений в условиях, привычных для целевой группы.

1999

Выделение средств в США. США объявляют о выделении финансовых средств на борьбу с глобальной пандемией. Распределение средств осуществляется благодаря инициативе «Лидерство и инвестиции в борьбе с эпидемией» (LIFE).

Испытания вакцины. Таиланд начинает испытания человеческой вакцины.

Т. Мбеки о СПИДе. Президент ЮАР Табо Мбеки высказал мнение, что связь между ВИЧ и СПИДом не доказана, чем вызвал взрыв возмущения в академических кругах, представители которых обвинили его в неточности и безответственности. Это заявление позволило Мбеки отрицать эффективность антиретровирусной терапии и не вкладывать средства в лечение ВИЧ-инфекции в стране. Реакцией на это со стороны научного сообщества стало принятие «Дурбанской декларации», в которой утверждается, что ВИЧ является причиной СПИДа. Документ подписали более 5 тысяч ученых и врачей.

Акция в России. В России прошла международная акция по борьбе со СПИДом ЕвроКвилтТур'99, призванная изменить опасную ситуацию в регионе. ЕвроКвилтТур'99 начался в Москве в День памяти умерших от СПИДа и закончился в Варшаве на конференции Глобальной сети людей, живущих с ВИЧ/СПИДом. За это время ЕвроКвилтТур прошел по 13 городам Восточной Европы, останавливаясь в каждом городе на несколько дней. Акция организована российским фондом «Имена».

2000

Привлечение внимания мирового сообщества. США и Совет безопасности ООН объявляют ВИЧ/СПИД угрозой безопасности в мире.

Важная веха – конференция. В ЮАР под лозунгом «Прекратим молчание» проходит XIII Международная конференция по СПИДу. Конференция привлекает внимание к последствиям глобальной пандемии в развивающихся странах, наиболее сильно затронутых ВИЧ/СПИДом.

Доступные лекарства. ЮНЭЙДС, ВОЗ и другие международные организации в сфере здравоохранения объявляют об инициативе, предпринятой совместно с пятью крупнейшими производителями лекарственных препаратов и нацеленной на поиск возможностей снижения цен на препараты для лечения ВИЧ-инфекции, поставляемые в развивающиеся страны.

К. Каунда о СПИДе. Бывший президент Замбии Кеннет Каунда объявляет, что смерть его сына в 1986 году была вызвана связанным со СПИДом заболеванием. Каунда подтверждает свою решимость бороться со СПИДом.

Африканская молодежь. По прогнозу ЮНЭЙДС, половину молодежи в возрасте до 20 лет в наиболее затронутых ВИЧ/СПИДом странах Южной Африки ждет преждевременная смерть вследствие СПИДа.

Создание в России организации «ИНФО-Плюс». Начинает свою работу Просветительский центр «ИНФО-Плюс» (Москва). Основным направлением деятельности центра является информирование населения о ВИЧ/СПИДе, а также оказание немедицинских услуг людям, затронутым эпидемией. На базе центра действует телефон доверия, куда может анонимно обратиться каждый желающий. Центром был также создан крупнейший русскоязычный интернет-ресурс по теме ВИЧ/СПИДа Aids.ru.

Расширение масштабов эпидемии. По оценкам ЮНЭЙДС, 35 миллионов людей в мире живут с ВИЧ.

2001

Привлечение внимания мирового сообщества. Генеральная ассамблея ООН объявляет о созыве первой в истории специальной сессии по ВИЧ/СПИДу.

Действия мирового сообщества. Генеральный секретарь ООН Кофи Аннан на саммите стран Африки по ВИЧ/СПИДу в Абудже призывает к созданию Глобального фонда для борьбы с ВИЧ/СПИДом. США предлагают первый взнос для поддержки нового фонда.

Доступные лекарства. На заседании Всемирной торговой организации (ВТО) в Дохе (Катар) принимается решение о том, что, несмотря на требования патентного законодательства, развивающиеся страны могут покупать или производить более дешевые непатентованные лекарственные препараты (дженерики) в целях разрешения критических проблем в сфере здравоохранения, таких как проблема ВИЧ/СПИДа.

Ответ производителей лекарств. Производители непатентованных лекарственных препаратов предлагают поставлять препараты для лечения ВИЧ/СПИДа по сниженным ценам. Несколько широко известных компаний-производителей соглашаются на дальнейшее снижение цен на препараты, поставляемые в развивающиеся страны.

СПИД в ЮАР. Министерство здравоохранения сообщает, что 4,74 млн. жителей страны являются ВИЧ-положительными.

Смертность в Африке. Согласно ЮНЭЙДС и ВОЗ, СПИД является основной причиной смерти в странах, расположенных к югу от Сахары.

2002

Глобальный фонд. Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией начинает свою работу и выдает первые гранты.

Постановления правительства ЮАР. Правительство принимает обязательства по развитию кампании по борьбе с ВИЧ/СПИДом. В рамках кампании разъясняется, что ВИЧ вызывает СПИД.

Доступ к лекарствам. Президент США Джордж Буш издает указ о помощи развивающимся странам в вопросах импорта и производства менее дорогих непатентованных форм препаратов против ВИЧ.

Смертность в мире. СПИД становится наиболее частой причиной смерти среди населения мира в возрасте от 15 до 59 лет.

ВИЧ среди женщин. По оценкам ЮНЭЙДС, половину всех взрослых жителей Земли, живущих с ВИЧ, составляют женщины.

Заявление руководителя федерального Центра СПИД. Руководитель российского федерального центра по профилактике и борьбе со СПИДом Вадим Покровский оценил темпы развития эпидемии в России как самые высокие. И в настоящий момент среди европейских стран Россия лидирует по количеству ВИЧ-положительных людей. 4 из 5 людей, живущих с ВИЧ в России, – моложе 30 лет. 4 из 10 новых случаев ВИЧ регистрируется среди молодых женщин.

2003

Кампания ВОЗ. ВОЗ объявляет о начале кампании «3 x 5», нацеленной на обеспечение антиретровирусной терапией трех миллионов человек к 2005 году.

Испытания вакцины в ЮАР. В ЮАР в партнерстве с США начался первый этап испытаний человеческой вакцины.

Доступ к лекарствам. Фонд президента Клинтона добивается соглашения с производителями непатентованных лекарственных средств о сниже-

нии цен на препараты для лечения ВИЧ-инфекции для тринадцати развивающихся стран, затронутых эпидемией.

План Дж. Буша. Президент Соединенных Штатов Америки Джордж Буш объявляет о начале действия «Президентского чрезвычайного плана по борьбе со СПИДом» (PEPFAR) – пятилетней инициативы, целью которой является решение проблем ВИЧ/СПИДа, прежде всего в странах, серьезно затронутых эпидемией. На данный проект выделяется 15 миллиардов долларов США.

Выступление В. Путина. Российский Президент Владимир Путин в своем ежегодном обращении к Федеральному Собранию говорит о том, что сокращение продолжительности жизни представляет собой серьезную угрозу будущему России и что СПИД усугубляет эту ситуацию.

Создание в России организации «Сообщество ЛЖВ». В России создается Региональная общественная организация «Сообщество людей, живущих с ВИЧ» (РОО «Сообщество ЛЖВ»), миссия которой заключается в улучшении качества жизни людей, живущих с ВИЧ. Основными направлениями деятельности организации являются оказание содействия в построении Всероссийского объединения ЛЖВ, развитие доступа и формирование приверженности к лечению, повышение информированности и снижение стигмы и дискриминации людей, живущих с ВИЧ, соблюдение прав человека на медицинскую помощь.

2004

Важная веха – конференция. XV Международная конференция по СПИДу прошла в Бангкоке (Таиланд). Она стала первой конференцией, прошедшей в странах Юго-Восточной Азии.

Введен в действие план Буша. Начат первый раунд финансирования «Президентского чрезвычайного плана по борьбе со СПИДом» (PEPFAR).

Женщины и СПИД. ЮНЭЙДС создает Глобальную коалицию по проблемам женщин и СПИДа, чтобы привлечь внимание к тому, как эпидемия затрагивает женщин и девушек во всем мире.

Действия российского парламента. Группа депутатов Государственной Думы ФС РФ учредила Межфракционную депутатскую рабочую группу по вопросам профилактики и борьбы со СПИДом. Ее целями является предотвращение широкомасштабной эпидемии ВИЧ/СПИДа в России посред-

ством расширения участия руководства федеральных и региональных органов власти в борьбе с ВИЧ/СПИДом; развитие и укрепление целостной стратегии в области профилактики и противодействия эпидемии в России; укрепление законодательной базы, необходимой для обеспечения эффективных мер в области ВИЧ/СПИДа. В состав рабочей группы вошли заместитель Председателя Государственной Думы Российской Федерации А.Н.Чилингаров, председатель Комитета Государственной Думы по охране здоровья Т.В.Яковлева, первый заместитель председателя Комитета Государственной Думы по безопасности М.И.Гришанков, член Комитета Государственной Думы по кредитным организациям и финансовым рынкам В.М.Зубов, первый заместитель председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья А.М.Чухраёв, первый заместитель председателя Комитета Государственной Думы по вопросам местного самоуправления Г.К.Сафаралиев, заместитель председателя Комитета Государственной Думы по образованию и науке С.И.Колесников, заместитель председателя Комитета Государственной Думы по экономической политике, предпринимательству и туризму В.С.Романов и др.

Акции людей, живущих с ВИЧ, в России. В Калининграде около 15 активистов движения «Фронт AIDS» провели акцию протеста под лозунгом «Наши смерти – ваш позор» против дискриминационной политики властей в отношении ВИЧ-положительных. Активисты приковали себя к поручням у здания мэрии Калининграда. Позже активисты этого движения провели несанкционированную акцию уже в Санкт-Петербурге у входа в Смольный дворец – своими телами они выложили «красную ленточку» – символ борьбы со СПИДом, а также принесли гробы, символизирующие большое количество смертей из-за отсутствия лечения. На фасаде Смольного был повешен плакат: «Наши смерти – ваш позор». По словам организаторов, целью акции было привлечение внимания общества к главной проблеме людей, живущих с ВИЧ, – отсутствию доступа к лечению.

Создание в России организации, реализующей программы снижения вреда. В России создается ассоциация «Всероссийская сеть снижения вреда» (ВССВ), объединяющая организации, которые реализуют проекты по предоставлению потребителям наркотиков и секс-работникам возможностей пройти тестирование на ВИЧ, гепатиты, инфекции, передающиеся половым путем, получить консультации, доступ к средствам профилактики и стерильному оборудованию. Во многих проектах активно велась работа с осужденными. Все эти действия были направлены на защиту общественного здоровья, предотвращения дальнейшего распространения ВИЧ и обеспечение условий для соблюдения прав человека на медицинскую помощь.

2005

Экономический приоритет. В перечень приоритетов, обсуждавшихся на ежегодном Всемирном экономическом форуме в Давосе (Швейцария) включена необходимость борьбы с ВИЧ/СПИДом в Африке и других регионах, особенно сильно затронутых эпидемией.

Программы по увеличению доступа к лечению. В ходе исторической и беспрецедентной совместной пресс-конференции Всемирной организации здравоохранения, ЮНЭЙДС, правительства США и Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией были обнародованы результаты совместных усилий по повышению доступа к терапии в странах с низким уровнем дохода населения. К концу 2004 года благодаря усилиям национальных правительств, доноров и других партнеров 700 000 человек, живущих с ВИЧ, в развивающихся странах получали антиретровирусную терапию. Это почти на 75% больше по сравнению с общим количеством людей, получавших терапию год назад. С июля 2004 г., когда терапию получали 440 000 человек, также достигнут значительный рост.

Подписана Декларация. В России трехсторонней комиссией (образованной Министерством здравоохранения и социального развития, Федерацией независимых профсоюзов России и Координационным советом объединений работодателей России) была подписана Декларация национального согласия по СПИДу, которая подчеркивает важность соблюдения международных принципов профилактики ВИЧ-инфекции, поддержки и недискриминации людей, живущих с ВИЧ, на рабочих местах.

Заявление В. Путина. Президент Путин объявил о том, что здравоохранение станет одним из четырех приоритетных проектов на период 2006-2007 гг. В рамках данного проекта проблема ВИЧ/СПИДа становится для Министерства здравоохранения и социального развития РФ по-настоящему приоритетной.

В России увеличено финансирование. В России финансирование из федерального бюджета на борьбу и профилактику ВИЧ/СПИДа на 2006 год увеличено в 25 раз по сравнению с 2005 годом (со 150 миллионов рублей до 3,1 миллиарда рублей). В связи с этим доступ к терапии должны получить до 20 тысяч россиян, нуждающихся в лечении ВИЧ-инфекции.

Доступ к лечению в России. Фонд «Российское Здравоохранение» начал реализацию проекта обеспечения АРВ-терапией населения РФ, финансируемого Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом

и малярией. В рамках данного проекта, рассчитанного на пятилетний срок, предполагается обеспечить лечением 74 тыс. пациентов.

2006

Конференция «Принимаю вызов». В Москве состоялась I региональная Конференция по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии «Принимаю вызов». В Конференции приняли участие более 1500 человек из всех стран бывшего СССР, а также стран Восточной Европы и Центральной Азии.

Тема ВИЧ/СПИДа на саммите «Группы восьми» (G8). Саммит «Группы восьми» под председательством России состоялся в Санкт-Петербурге. Одной из тем «большой восьмерки» стала борьба с инфекционными заболеваниями, в том числе ВИЧ/СПИДом. По итогам саммита лидеры стран «Группы восьми» приняли документ «Борьба с инфекционными болезнями», нацеленный на предотвращение распространения инфекционных заболеваний и их лечение. В документе расширены приоритеты «большой восьмерки» по борьбе со СПИДом, включая профилактику, а не только лечение ВИЧ-инфекции.

Расширение масштабов эпидемии. По оценкам ЮНЭЙДС, общее число людей, живущих с ВИЧ, во всем мире в 2006 году составило 39,5 миллионов человек. В 2006 году 4,3 миллиона человек были инфицированы ВИЧ и 2,9 миллиона человек умерли на стадии СПИДа.

Эпидемии исполняется 25 лет. С момента обнаружения вируса иммунодефицита человека прошло ровно 25 лет.

ЧТО ТАКОЕ ВИЧ/СПИД? ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

Что такое ВИЧ?

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека. ВИЧ разрушает клетки крови – лимфоциты, называемые CD4, или Т-клетки. Эти клетки имеют первостепенное значение для нормального функционирования иммунной системы, которая защищает организм от инфекций. Если иммунная система ослаблена ВИЧ, в организме человека часто развиваются различные виды рака, а также вирусные, бактериальные инфекции, которые безопасны для людей со здоровым иммунитетом.

Что такое СПИД?

Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) наступает, когда иммунная система ослаблена ВИЧ-инфекцией до такой степени, что в организме развивается ряд (инфекционных и онкологических) заболеваний. Существующие на сегодня методы лечения (высокоактивная антиретровирусная терапия, или ВААРТ) позволяют ВИЧ-положительному человеку сохранять нормальный уровень иммунной защиты, то есть предотвращают наступление стадии СПИДа на протяжении очень долгого времени.

В чем разница между ВИЧ и СПИДом?

ВИЧ – это вирус, который подавляет иммунную систему, СПИД – это клиническое состояние, которое возникает у человека с ВИЧ, характеризующееся критическим снижением функции иммунной системы и часто сопровождающееся развитием симптомов поражения иммунной системы, таких как тяжелые заболевания различных органов, туберкулез, пневмония и др. Можно сказать, что ВИЧ приводит к развитию СПИДа.

Как обнаруживается ВИЧ?

Присутствие вируса в организме человека обнаруживается только при помощи специальных тестов. Процесс тестирования заключается в выявлении антител, которые вырабатываются организмом в ответ на появление вируса, или в определении ДНК самого вируса. **1-й тест – иммуноферментный анализ (ИФА)**. Это самый распространенный метод диагностики. Именно его применяют при стандартном обследовании в поликлиниках и больницах. ИФА определяет наличие антител к ВИЧ в крови человека. В случае положительного результата кровь проверяют на более чувствительном тесте – **иммуноблоте**, определяющем наличие специфических антител к ВИЧ. Еще один вид теста на ВИЧ носит название **полимеразная цеп-**

ная реакция (ПЦР) и используется для определения РНК (наследственно-го материала) вируса. Чувствительность данного теста очень высока: он обнаруживает сам вирус, причем через небольшой промежуток времени: в среднем около 10-ти дней с момента предполагаемого заражения.

Какими путями передается ВИЧ?

Передача вируса может произойти только при попадании инфицированной биологической жидкости в кровь неинфицированного человека непосредственно или через слизистые оболочки (в основном, слизистые половых органов). ВИЧ распространяется через четыре биологические жидкости: кровь, сперму, вагинальный секрет и грудное молоко. Таким образом, ВИЧ может попасть в организм при сексуальных контактах без использования презерватива, при использовании нестерильных инструментов для инъекций. Вирус может передаваться от ВИЧ-положительной матери ребенку во время беременности, родов и кормления грудью, а также через инфицированную донорскую кровь или продукты крови при отсутствии надежных проверок всех доноров, карантинизации запасов крови и пр.

Какими путями ВИЧ не передается?

Тем не менее, ВИЧ не так уж легко передается от одного человека другому. Вирус плохо выживает за пределами человеческого организма, поэтому он не передается при обычных бытовых контактах, например, при рукопожатии или поцелуе. В незначительных количествах ВИЧ содержится в слюне, поте, слезах, рвоте, фекалиях и моче, однако через них вирус не передается: в мире не зарегистрировано ни одного подобного случая передачи ВИЧ. ВИЧ не передается через укусы комаров и других насекомых или животных.

Как можно предотвратить передачу ВИЧ?

Наиболее надежный способ предотвратить передачу ВИЧ – избегать определенных типов поведения, связанных с высоким риском инфицирования. Следует иметь в виду, что, по свидетельствам организаций здравоохранения, использование латексных презервативов значительно снижает риск заражения. Риск передачи инфекции от ВИЧ-положительной беременной женщины плоду можно снизить при помощи специальной антиретровирусной терапии; от матери новорожденному ребенку – при отказе от грудного вскармливания; потребители инъекционных наркотиков могут отказаться от использования нестерильного инъекционного оборудования.

Через какое время после инфицирования ВИЧ развивается СПИД?

Продолжительность этого периода индивидуальна и во многом зависит от доступности лечения. По оценкам ЮНЭЙДС, в странах, где доступ

к лечению отсутствует или недостаточен, этот период в среднем составляет от 8 до 10 лет. При успешном лечении заболевание приобретает хронический характер, и ВИЧ-инфекция не переходит в стадию СПИДа.

Как связаны между собой ВИЧ и туберкулез?

ВИЧ ослабляет клетки иммунной системы, которые необходимы организму, чтобы бороться с туберкулезом. Туберкулез является одной из наиболее частых причин смерти среди ВИЧ-положительных во всем мире.

Как связаны между собой ВИЧ и инфекции, передающиеся половым путем (ИППП)?

Люди, имеющие инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), намного более подвержены риску заражения ВИЧ-инфекцией. Например, язвочки на половых органах, возникающие в результате герпеса, являются входными воротами для ВИЧ. При наличии ИППП в организме в области половых органов наблюдается высокое количество клеток иммунной системы, являющихся мишенью ВИЧ. В свою очередь, при ВИЧ-инфекции организм становится намного более уязвим к новым ИППП. Если иммунная система ослаблена, организму гораздо тяжелее бороться с другими инфекциями.

Существует ли возможность излечения от ВИЧ/СПИДа?

На сегодняшний день полное излечение от ВИЧ-инфекции невозможно. Однако существуют методы медикаментозного лечения, которые могут остановить разрушение клеток иммунной системы вирусом. Другие методы лечения помогают предотвратить или излечить некоторые заболевания, связанные со СПИДом. Проводятся исследования и испытания различных вакцин и препаратов для излечения ВИЧ/СПИДа или профилактики инфицирования.

Сколько людей живет с ВИЧ/СПИДом?

По данным Объединенной программы ООН по СПИДу (ЮНЭЙДС), в 2006 году уже 39, 5 млн. людей во всем мире живут с ВИЧ, число новых случаев ВИЧ составило более 4,3 миллионов. По оценкам международных экспертов, число новых случаев ВИЧ-инфекции, прогнозируемых на период с 2005 по 2015 годы, может снизиться вдвое при условии увеличения и успешной реализации профилактических программ.

Где можно найти наиболее достоверную статистику по ВИЧ/СПИДу?

Наиболее обширные статистические данные по эпидемии ВИЧ/СПИДа в мире предоставляет ЮНЭЙДС (www.unaids.org). Подготовка статистиче-

ских данных ведется при сотрудничестве с экспертами различных стран. В каждой стране используется своя система подготовки статистических данных, степень их полноты в различных странах может варьироваться (более подробно см. **Как освещать проблему ВИЧ/СПИДа в СМИ, Использование статистических данных по ВИЧ/СПИДу, а также Русскоязычные интернет-ресурсы по ВИЧ/СПИДу**).

Что означают слова эндемия, эпидемия, пандемия?

Слово *эндемия* означает постоянное присутствие заболевания или возбудителя инфекции на определенной географической территории.

Эпидемией называется быстрое распространение заболевания на определенной территории или же среди определенных групп населения.

Пандемия – это эпидемия всемирного масштаба; эпидемия, возникающая на обширной территории и поражающая чрезвычайно крупные группы населения.

Что такое АРВ?

АРВ означает *антиретровирусный*. Так называются лекарственные препараты, предназначенные для остановки процесса размножения ВИЧ в организме. В случае эффективной антиретровирусной терапии начало развития СПИДа может быть отсрочено на многие годы. Международным стандартом лечения является комбинированное использование нескольких антиретровирусных препаратов. Более подробно см. **Лечение ВИЧ/СПИДа. Вопросы и ответы**.

Что такое ВААРТ?

ВААРТ означает *высокоактивная антиретровирусная терапия*. Это комбинация минимум трех антиретровирусных препаратов, воздействующих на различные этапы жизненного цикла ВИЧ и предотвращающих проникновение вируса в клетки крови. К сожалению, пока даже в случае успешного применения ВААРТ полностью уничтожить ВИЧ в организме невозможно.

Что такое лекарственная устойчивость (резистентность)?

Лекарственная устойчивость (резистентность) – это способность организмов (вирусов, бактерий, паразитов, грибов) мутировать и благодаря этому сохранять жизнедеятельность и размножаться в условиях действия лекарственных средств. Лекарственная устойчивость снижает возможность АРВ-препаратов блокировать размножение ВИЧ. У некоторых людей, принимающих ВААРТ, вирус мутирует в новые штаммы, устойчивые к препаратам.

Существует ли вакцина против ВИЧ?

Разработка вакцины против ВИЧ ведется многими научными институтами по всему миру. По оценкам экспертов, на создание вакцины требуется еще немало времени. В России научные разработки по созданию вакцины против СПИДа ведутся несколькими институтами. В 2006 году в России был создан консорциум научных учреждений для разработки вакцины против ВИЧ/СПИДа. В консорциум вошли Научно-исследовательский институт «Вектор» (Новосибирск), ГНЦ Институт иммунологии МЗ РФ (Москва), Санкт-Петербургский государственный университет, Государственный научный центр особо чувствительных препаратов (ОЧП) (Санкт-Петербург).

Что такое АВС?

(Abstinence, Be Faithful, Condom use). Принципы АВС означают: «А» – воздержание, «В» – верность одному партнеру и «С» – использование презервативов. Такой подход пропагандируется рядом организаций и стран в качестве способа предотвращения распространения ВИЧ.

Что такое Глобальный фонд?

Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией был создан по инициативе Генерального секретаря ООН Кофи Аннана. В 2001 году лидеры «большой восьмерки» выделили Глобальному фонду 1,3 миллиарда долларов. Осуществляя партнерство между правительствами, гражданским обществом, частным сектором и пораженными общинами, Глобальный фонд реализует инновационный подход к финансированию международного здравоохранения.

Что такое 3 к 5?

«3 к 5» – это кампания, начатая в 2003 году Всемирной организацией здравоохранения и ЮНЭЙДС и направленная на помощь развивающимся странам. Целью кампании было обеспечение трех миллионов человек, инфицированных ВИЧ, антиретровирусной терапией к 2005 году. Хотя программа «3 к 5» значительно увеличила число людей, получающих антиретровирусную терапию (с 400 000 в 2003 г. до более двух миллионов к декабрю 2006 года), поставленная цель – 3 миллиона пациентов – не была достигнута. По оценкам, на декабрь 2006 г. только 28% из 7,1 млн. человек, нуждающихся в терапии, имели доступ к необходимым лекарствам.

ОСВЕЩЕНИЕ ТЕМЫ ВИЧ/СПИДА В СМИ

КАК ОСВЕЩАТЬ ПРОБЛЕМУ ВИЧ/СПИДА В СМИ? ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

Существует ли разница, когда говорят, что кто-то болен СПИДом или является ВИЧ-положительным?

Да, существует, и очень большая. «ВИЧ-положительный» означает, что человек инфицирован вирусом, то есть в его крови содержится вирус иммунодефицита человека. СПИД – это последняя стадия болезни ВИЧ-инфекции, когда вирус вызывает нарушения в работе иммунной системы.

Где можно найти наиболее достоверные цифры о масштабах эпидемии?

Статистика по ВИЧ/СПИДУ достаточно противоречива и запутана. Найти надежные и отражающие действительность цифры непросто ввиду трудностей в методологической оценке фактических и прогнозных данных. Перед тем как использовать данные, убедитесь, что вы понимаете их значение, знаете, каким образом они были собраны, кем и за какой период времени. Если вы обнаружите противоречия в данных, вернитесь к источнику и попросите авторов разъяснить эти противоречия. Хорошей отправной точкой для поисков статистической информации является ЮНЭЙДС (более подробно см. **Использование статистических данных по ВИЧ/СПИДУ**, а также **Русскоязычные интернет-ресурсы по ВИЧ/СПИДУ**).

Насколько важно соблюдать конфиденциальность при освещении проблем ВИЧ/СПИДА?

Личность человека с ВИЧ нельзя раскрывать без четко выраженного согласия с его стороны. Во многих странах люди, о которых публично сообщается, что они живут с ВИЧ или больны СПИДом, получают «позорное клеймо» («стигма») и сталкиваются с дискриминацией со стороны домашних, соседей, коллег по работе. Даже если интервьюируемый решаете дать согласие на раскрытие своего имени, журналист должен со всей ответственностью убедиться, что этот человек осознает потенциальные последствия своего решения (более подробно см. **Интервью с человеком, живущим с ВИЧ**).

В плену каких стереотипов может оказаться журналист, пишущий о ВИЧ/СПИДе?

ВИЧ бывает у самых разных людей, и это важно отразить в работе. Цель, разумеется, в том, чтобы сохранять объективность и достоверность. Старайтесь избегать оценочных суждений.

Существует распространенный стереотип о существовании групп риска (таких как мужчины, практикующие секс с мужчинами, потребители инъекционных наркотиков, лица, оказывающие коммерческие секс-услуги), причем для тех, кто в них не входит, вероятность инфицирования ВИЧ минимальна. Вследствие этого у людей, не причисляющих себя к этим группам, может возникнуть ложное чувство безопасности. В контексте эпидемии ВИЧ/СПИДа понятия группы риска не существует, здесь более уместно говорить о рискованном поведении, которое может привести к заражению ВИЧ. При освещении данного вопроса в СМИ необходимо уходить от стереотипа, чтобы не создавать ложного ощущения защищенности у людей, которые не относят себя к «группе риска».

Другой стереотип: если человек принадлежит к «группе риска», скорее всего, он будет инфицирован. Это не так. Например, многие мужчины, вступающие в сексуальные отношения с мужчинами, практикуют только защищенный секс или имеют только одного партнера. Поэтому в данном случае риск не выше, чем у человека с гетеросексуальной ориентацией.

Какие слова в контексте ВИЧ/СПИДа следует употреблять с осторожностью?

Не следует использовать такие слова и выражения, которые поддерживают ошибочные стереотипы или предвзятые представления, касающиеся людей, живущих с ВИЧ, распространяют мифы об этом заболевании либо содержат оценочные суждения (см. **Выражения, не рекомендуемые к использованию**, а также **Этика и политическая корректность в материалах о ВИЧ/СПИДе**).

Не следует пользоваться терминологией, которая не всегда понятна средней аудитории. Если в материале необходимо использовать медицинскую терминологию, важно соблюдать максимальную точность формулировок, но не перегружать материал специальными научными терминами.

Что нужно помнить при подготовке материалов, посвященных лечению ВИЧ/СПИДа?

В настоящий момент существует несколько видов лекарств, предназначенных для лечения ВИЧ-инфекции. Часть из них направлена на снижение концентрации вируса в крови, другие – на лечение симптомов, вызываемых ВИЧ. Однако полное исцеление от ВИЧ-инфекции пока невозможно. В настоящий момент еще только ведутся разработки вакцины против ВИЧ. Поэтому не следует описывать медикаменты, предназначенные для остановки процесса размножения вируса, как лекарства, излечивающие ВИЧ-инфекцию. Более подробно см. **Лечение ВИЧ/СПИДа. Вопросы и ответы**.

Почему неправильно говорить, что человек умер от СПИДа?

СПИД – это синдром, который может включать в себя целый ряд различных заболеваний, в том числе онкологических. Не существует отдельного заболевания под названием СПИД. Когда пациент, которому был поставлен диагноз СПИД, умирает, правильнее будет сказать, что он умер от заболевания, связанного со СПИДом, или по причинам, связанным с ВИЧ, или же из-за заболевания ВИЧ-инфекцией.

НОВЫЕ ТЕМЫ ПРИ ПОДГОТОВКЕ МАТЕРИАЛОВ ПО ВИЧ/СПИДУ*

Данный раздел предлагает идеи нестандартного освещения проблемы ВИЧ/СПИДа в средствах массовой информации. Многие из них основаны на личном опыте журналистов.

Исследовательская журналистика и ВИЧ/СПИД

Исследовательские репортажи выходят за рамки обычных газетных публикаций и дают журналистам возможность представить проблему ВИЧ/СПИДа в ином свете. По выражению одного из авторов, часто освещающих эту тему, репортеры «должны стоять на страже» общественных интересов. Именно поэтому исследовательские репортажи являются сферой, где от журналиста требуется всестороннее изучение проблемы.

Журналистские исследования могут выяснять, например, следующее:

- ▶ Получают ли люди помощь, на которую выделяются средства?
- ▶ Насколько эффективно и рационально расходуются эти деньги?
- ▶ Эффективность усилий, предпринимаемых правительством, в целях борьбы с эпидемией.
- ▶ Выполняет ли правительство свои обязательства, достигает ли поставленных целей?
- ▶ Соблюдает ли правительство сроки выполнения обязательств, которые оно на себя берет?
- ▶ Насколько эффективна государственная стратегия борьбы с эпидемией?
- ▶ Какие меры необходимы для того, чтобы более успешно противостоять эпидемии?
- ▶ Насколько доступны и качественны услуги, необходимые людям, затронутым эпидемией (профилактика, лечение, социальная и психологическая помощь, консультирование, уход и поддержка)?

* Публикуется с разрешения Международного фонда женщин в СМИ «*International Women's Media Foundation*» из «Руководства для журналистов по освещению темы ВИЧ/СПИДа» (<http://www.iwmf.org/pub/p-4289/e-4290/>)

Женщины и ВИЧ/СПИД

В медицинских кругах уделяется все больше внимания неравенству полов (гендерному неравенству) как фактору, влияющему на распространение ВИЧ/СПИДа. Однако уровень осознания данного вопроса в обществе пока еще невысок, эта тема мало обсуждается. У журналистов есть возможность способствовать развитию дискуссии: писать статьи, делать репортажи о гендерном неравенстве; освещать факторы и предпосылки «феминизации» эпидемии ВИЧ/СПИДа.

Предлагаемые темы для освещения проблемы ВИЧ/СПИДа

Готовя статьи или сюжеты, посвященные теме ВИЧ/СПИДа, необязательно останавливаться только на медицинских аспектах эпидемии. Не менее важны социальная, экономическая, политическая стороны проблемы. При таком понимании вопроса у журналиста никогда не будет трудностей в выборе темы для работы.

Ниже представлены некоторые возможные варианты:

- ▶ Новые тенденции в развитии эпидемии ВИЧ/СПИДа
 - ▶ Какие группы населения наиболее подвержены эпидемии, почему, кто и как работает с этими группами для решения проблем. Например, почему все большее, по сравнению с мужчинами, число женщин заражается ВИЧ? Почему у молодых женщин риск заразиться в несколько раз выше, чем у молодых мужчин? Как решать эти проблемы?
- ▶ Насилие, основанное на половом неравенстве, и ВИЧ/СПИД
 - ▶ Как и почему эти проблемы связаны, и что из этого следует?
 - ▶ Какие перемены нужны для снижения насилия, связанного с половым неравенством, и предотвращения передачи ВИЧ?
 - ▶ Насилие, основанное на половом неравенстве, и система уголовного наказания.
- ▶ Традиционные гендерные роли в контексте проблемы ВИЧ/СПИДа
 - ▶ Каким образом замужняя женщина может подвергнуться риску заражения ВИЧ?
 - ▶ Как усиление роли женщин может предотвратить для них заражение ВИЧ?
- ▶ ВИЧ/СПИД и права человека
 - ▶ Права людей, живущих с ВИЧ, их правовая защита.

- ▶ Как обеспечивается лечение ВИЧ-позитивных людей и каким оно должно быть?
- ▶ Международные соглашения (конвенции, программы) в области прав человека, охраны репродуктивного здоровья, равноправия мужчин и женщин, защиты прав детей и т. д. и их выполнение.
- ▶ Подростки и молодежь: риск заражения ВИЧ
- ▶ Влияние эпидемии ВИЧ/СПИДа на различные секторы экономики
 - ▶ Например, воздействие эпидемии на бизнес, промышленность, сельское хозяйство.
 - ▶ Последствия эпидемии для экономического и социального развития страны.
- ▶ Работа в сфере секс-индустрии
 - ▶ Что предпринимают – или могли бы предпринять – органы здравоохранения и правительство, чтобы работа в секс-индустрии была более безопасной для работников, клиентов и их семей?
 - ▶ Специальные программы профилактики ВИЧ-инфекции для работников секс-индустрии и их клиентов: примеры эффективных и неэффективных программ.
 - ▶ Экономические условия и неравенство полов как факторы, стимулирующие распространение секс-индустрии.
- ▶ Проблема ВИЧ/СПИДа в учебных заведениях
 - ▶ Роль преподавателей в борьбе с эпидемией; примеры успешной работы.
- ▶ Проблема ВИЧ/СПИДа и внутрисемейные отношения
- ▶ ВИЧ/СПИД и дети
 - ▶ Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, вертикальная передача.
 - ▶ ВИЧ/СПИД и проблема сиротства.
 - ▶ Изменение роли взрослых перед лицом проблемы ВИЧ/СПИДа.
 - ▶ Забота о ВИЧ-положительных сиротах и детях, затронутых эпидемией ВИЧ/СПИДа.
- ▶ Роль религиозных объединений в контексте борьбы с эпидемией ВИЧ/СПИДа

- ▶ Лечение и уход за людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом
 - ▶ Обеспечение доступа к терапии для людей с ВИЧ.
 - ▶ Государственная политика в сфере профилактики ВИЧ.
 - ▶ Стоимость лечения ВИЧ/СПИДа.
 - ▶ Социальная и психологическая поддержка.
 - ▶ Паллиативная помощь.
 - ▶ Доступность для людей, живущих с ВИЧ, медицинских услуг, не связанных с ВИЧ-инфекцией.
- ▶ Исследования в области разработки вакцины против ВИЧ/СПИДа и антибиотических средств
- ▶ Наркотики и ВИЧ/СПИД

Сенсационность

Тема ВИЧ/СПИДа ни в России, ни в мире уже давно не является сенсационной. Это насущная и серьезная проблема, к которой необходим взвешенный подход. Подача информации с оттенком сенсации мешает борьбе с распространением инфекции и лечению людей; при этом и самим журналистам такая сенсация не приносит славы и уважения.

- ▶ Для того чтобы материал о ВИЧ/СПИДе читали, сенсационность совершенно необязательна. В отношении данной проблемы ее используют только те журналисты, которые стремятся облегчить свою работу. Чтобы материал хорошо «продавался», нужна не сенсационность, а высокий профессионализм, поиск новых идей или новых аспектов проблемы.
- ▶ Излагая факты, не следует заострять внимание только на негативных моментах. Можно говорить о существующих возможностях лечения и профилактики, приводить положительные примеры. Псевдосенсационный язык (например, заголовок типа «Секс возбуждает, а СПИД убивает»), по мнению многих редакторов, отталкивает читателей. Такое изложение приводит к появлению страха, предрассудков и чувства безнадежности, что, в свою очередь, способствует распространению эпидемии ВИЧ/СПИДа и делает жизнь людей, живущих с этим заболеванием, как и их близких, невыносимо трудной.
- ▶ Чтобы корректно и беспристрастно писать о ВИЧ/СПИДе и связанных вопросах, журналист должен понимать характер проблемы.
- ▶ Следует помнить, что проблемы ВИЧ/СПИДа не являются развлекательной темой.

ВЫРАЖЕНИЯ, НЕ РЕКОМЕНДУЕМЫЕ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ

Выражения, не рекомендуемые к использованию	Почему мы не рекомендуем эти выражения	Альтернативные варианты
Носитель ВИЧ/СПИДа	Этот термин представляет человека прежде всего как носителя заболевания. Важнее подчеркнуть, что таким заболеванием, как ВИЧ/СПИД, можно управлять и с ним можно жить, а не сосредоточивать все внимание на том, что данный человек является больным	ВИЧ-положительный; человек, живущий с ВИЧ
Сирота по СПИДу	Термин порождает негативное отношение к ребенку и к тому положению, в котором он оказался и, кроме того, может создать ошибочное впечатление, что ребенок живет с ВИЧ. Вполне возможны ситуации, когда ребенок, потерявший одного или обоих родителей вследствие ВИЧ, не является ВИЧ-позитивным	Сироты; дети, затронутые эпидемией ВИЧ/СПИДа
Страдающие от/жертвы СПИДа	Эти образы наводят на мысль о слабости и беспомощности	Люди, живущие с ВИЧ
Тест/анализ на СПИД	В ходе тестирования определяется наличие антител к ВИЧ, поэтому правильно говорить «тесты на ВИЧ», а не «тесты на СПИД». Переход к СПИДу представляет собой последнюю стадию ВИЧ-инфекции	Тест на ВИЧ
Вирус СПИДа	Правильное название вируса – ВИЧ. СПИД – это синдром, вызываемый ВИЧ	ВИЧ
Физиологические/биологические жидкости; жидкие среды организма	Эти выражения имеют слишком широкое значение и относятся к целому ряду биологических жидкостей, часть из которых не способна передавать ВИЧ. Всегда лучше называть конкретные жидкости	Называть конкретные биологические жидкости (например, кровь)
Подхватить/подцепить СПИД	ВИЧ передается от человека человеку при половых контактах, через кровь и от матери ребенку. ВИЧ не является контагиозным заболеванием, т. е. не передается посредством бытовых контактов и воздушно-капельным путем (через чихание, кашель, слюну и т. п.). В отличие от контагиозных заболеваний, ВИЧ нельзя «подхватить»	Инфицироваться ВИЧ; стать ВИЧ-положительным
Заразиться СПИДом	Заразиться возможно только ВИЧ-инфекцией, которая со временем может перейти в стадию СПИДа. Современные методы лечения направлены на то, чтобы не допустить перехода ВИЧ-инфекции в СПИД	Заразиться ВИЧ
Умер от СПИДа	Подобные выражения используются довольно часто, однако при этом не учитывается, что СПИД – это синдром, который определяется целым рядом разных заболеваний. ВИЧ постепенно ослабляет иммунную систему организма и приводит к развитию одной или нескольких болезней (оппортунистических инфекций), появ-	Умер от болезни, связанной со СПИДом; умер от болезни, связанной с ВИЧ; умер на стадии СПИДа

Выражения, не рекомендуемые к использованию	Почему мы не рекомендуем эти выражения	Альтернативные варианты
	ление которых означает стадию развития СПИДа. Эти болезни и становятся в конце концов причиной смерти пациента	
Лекарства от СПИДа	Такое выражение можно ошибочно понять как сообщение о том, что существуют лекарства, которые излечивают ВИЧ/СПИД. Важно понимать, что существующие лекарственные препараты предназначены для лечения симптомов, для профилактики и лечения оппортунистических инфекций и для замедления развития болезни, однако они не способны полностью излечить организм от вируса	Противовирусная терапия; лекарства против болезней, связанных со СПИДом; лекарства для профилактики и лечения оппортунистических инфекций (ОИ)
Развитый СПИД	Это устаревшее выражение сейчас почти не используется. Переход к СПИДу представляет собой один из этапов заболевания ВИЧ	СПИД
Гей/гомосексуалист/бисексуал	Эти слова, особенно «гей» и «бисексуал», обозначают представление человека о себе, которое может быть связано, или не связано с определенным поведением. Во многих странах и культурах мужчины, вступающие в сексуальные отношения с другими мужчинами, могут не считать себя геями, гомосексуалами или бисексуалами. Когда речь идет о передаче ВИЧ, важно учитывать объективный фактор – поведение человека, которое может привести к инфицированию либо к передаче ВИЧ	Мужчины, вступающие в сексуальные отношения с мужчинами (МСМ)
ВИЧ-инфицированный человек	Выражение «ВИЧ-положительный» предпочтительнее, чем «ВИЧ-инфицированный», поскольку в последнем выражении внимание привлекается к инфекции, а не к человеку, живущему с ней	Живущий с ВИЧ; ВИЧ-положительный
Вирус ВИЧ	Это тавтология. Аббревиатура ВИЧ означает «вирус иммунодефицита человека»	ВИЧ, вирус иммунодефицита человека
Невинные (жертвы), виновные	Такие слова подразумевают, что одни пути передачи инфекции хуже, чем другие, и что некоторые ВИЧ-положительные люди заслужили такой статус	Не употреблять слова «виновный» или «невинный»
Неразборчивый(ая) в сексуальных связях	Это выражение представляет собой ярлык, основанный на восприятии поведения человека и накладывающий негативный оттенок на людей, которые выглядят определенным образом или имеют (или же окружающие думают, что они имеют) более одного сексуального партнера. Выражение неточно отражает социальный контекст передачи вируса. В качестве примера можно упомянуть полигамные браки, которые являются допустимыми во многих обществах. Важно не использовать выражений, в которых поведение других людей подвергается оценке, а также выражений, основанных на заблуждениях и стереотипах	Это оценочное суждение, которого необходимо избегать

Выражения, не рекомендуемые к использованию	Почему мы не рекомендуем эти выражения	Альтернативные варианты
Проститутка	Слово имеет негативный оттенок. Оно не дает точного отражения ситуаций, когда женщины вынуждены оказывать секс-услуги в обмен на деньги или еду ввиду неравенства полов и отсутствия других возможностей обеспечивать себе существование	Секс-работница; работник(ца) коммерческого секса
Группы риска (в отличие от рискованного поведения)	Выражение «группа риска» может быть интерпретировано как относящееся исключительно к людям, которые рискуют заразиться ВИЧ. В итоге у людей, которые не входят в такие группы, может возникнуть ложное ощущение безопасности. Кроме того, люди, принадлежащие к «группам риска», могут и не практиковать рискованное поведение. В качестве примера можно назвать потребителя инъекционных наркотиков, который пользуется индивидуальными и стерильными, а не общими иглами и шприцами	Поведение, связанное с риском инфицирования ВИЧ; рискованное поведение
Безопасный секс	Риск заразиться ИППП существует всегда	Защищенный секс
Бич, чума, ужасная болезнь	Эти слова слишком драматичны и чрезмерно часто используются. Кроме того, они основаны на ошибочных представлениях о путях передачи. Лучше заменить их менее эмоциональными выражениями, например, медицинскими терминами	Заболевание, эпидемия, болезнь
Подозреваемый (в наличии ВИЧ), признаться (в наличии ВИЧ)	Эти термины могут питать предвзятое отношение к заболевшим, поскольку подразумевают попытки скрыть что-то противозаконное	Избегать использования этих слов

Справочная литература

- Савельева И. *Если Вы пишете о СПИДе: Журналистам о СПИДе*. — М.: Рубикон, 1999
- Севортьян А.Р., Шароградская А.А. *Освещение этнического многообразия. Пособие для факультетов журналистики*. — М., 2005
- Beamish J. *Reporting on HIV/AIDS: A Manual*. African Women's Media Center, UNDP, 2002
www.awmc.com/pub/p-4680/e-4681/
- Foreman M. "An ethical guide to reporting HIV/AIDS" In Boaf, STK, Arnaldo, CA (eds.). *Media & HIV/AIDS in East and Southern Africa: A resource book*. UNESCO, 2000
www.unesco.org/webworld/publications/media_aids/index.html
- Soul City and Health-e. (2003) *HIV/AIDS: A Resource for Journalists*.
www.soulcity.org.za/downloads/final_Aids_Booklet.pdf
- Made, P. *Gender, HIV/AIDS and Rights: A Training Manual for the Media*: Inter Press Service, 2002
www.ipsnews.net/aids_2002/ipsgender2003.pdf
- Journalists Against AIDS Nigeria and United Nations Information Center. (2001) *Media Handbook on HIV/AIDS in Nigeria*.

UNDP. (1992) *HIV-Related Language Policy*.
www.undp.org/hiv/policies/langpole.htm

ЭТИКА И ПОЛИТИЧЕСКАЯ КОРРЕКТНОСТЬ В МАТЕРИАЛАХ О ВИЧ/СПИДЕ*

Выражения, которые мы употребляем, говоря о проблеме СПИДа, отражают наши знания и представления об эпидемии, а также наше отношение к людям, затронутым эпидемией. Тот язык, которым средства массовой информации говорят о СПИДе, неотделим от содержания материалов и в огромной степени влияет на восприятие. Чтобы отошли в прошлое дискриминация, невежество и истерия, чтобы в нашем обществе постепенно сформировалось трезвое и гуманное отношение к различным аспектам проблемы ВИЧ/СПИДа, язык СМИ должен быть точен, свободен от дискриминации и предрассудков.

Пренебрежение «политической корректностью» в освещении эпидемии ВИЧ/СПИДа порождает ошибочные представления и мифы, мешающие людям принимать правильные решения, а в некоторых случаях оборачивается дискриминацией и человеческими трагедиями. Ниже приводятся выражения, которых лучше избегать, заменяя их более грамотными и современными.

«Чума XX века». Появившийся в самом начале эпидемии, когда люди еще не знали о причинах и путях распространения опасной болезни и испытывали слепой страх перед ней, этот устаревший штамп до сих пор коцует из публикации в публикацию. Почти двадцать лет назад президент АМН СССР академик В.И. Покровский объяснил: «Сравнение ВИЧ-инфекции с чумой неудачно. Совершенно иные принципы заражения <...>, ведь чума передается или с блохами, или по воздуху, поэтому интенсивность ее распространения гораздо выше» (*Советская Россия*, 20 июля 1988 года). Сравнение с чумой нагнетает СПИДофобию, истерию и средневековый страх перед инфекцией, а также способствует дискриминации и изоляции людей, живущих с ВИЧ.

«Жертвы СПИДа». Слово «жертва» предполагает пассивность и беспомощность перед лицом опасности. Большинство людей, живущих с ВИЧ, активно борются за свою жизнь, здоровье и человеческие права и помогают другим избежать заражения. Именно благодаря их усилиям в мире достигнуты огромные успехи в лечении и профилактике ВИЧ/СПИДа.

* Публикуется с разрешения Просветительского центра «ИНФО-Плюс» www.infoplus.aids.ru

«Невинные жертвы СПИДа». Так часто называют детей, зараженных ВИЧ в медицинских учреждениях. При этом молчаливо предполагается, что люди, заразившиеся половым путем или при употреблении наркотиков, в чем-то «виноваты». ВИЧ-инфекция – не преступление, а болезнь. Не только СПИД, но и многие другие заболевания могут стать следствием рискованного поведения человека, однако никому не придет в голову говорить о «невинных жертвах» рака, гипертонии или диабета и выяснять, насколько человек «сам виноват» в своей болезни.

«ВИЧ-инфицированные»; «пациенты», «больные СПИДом». Постарайтесь избегать выражений, которые рассматривают людей через призму инфекции или заболевания. Слово «пациент» уместно лишь в контексте клиники – приходя домой или на работу, человек перестает быть пациентом. Выражение «больной СПИДом» можно употреблять в отношении человека, который действительно в данный момент болен и находится в стадии СПИДа, если речь идет главным образом о его/ее болезни. В мире приняты выражения «ВИЧ-положительные», «люди, живущие с ВИЧ» или «люди с ВИЧ». Фраза «люди, затронутые эпидемией СПИДа», употребляется в отношении как ВИЧ-положительных, так и их близких, независимо от ВИЧ-статуса.

«Наркоман». Дискриминирующее выражение, на грани с жаргонным. «Больной наркоманией» уместно в отношении человека, которому поставлен диагноз «наркотическая зависимость». «Потребители наркотиков» или «наркопотребители» – выражение наиболее нейтральное и точное.

«Страшная болезнь», «бич». Трудно понять, что заставляет журналистов употреблять это выражение – собственное чувство страха перед СПИДом или потребность вызвать страх у читателей. В комплекте со «страшной болезнью» нередко идут соответствующие иллюстрации: ледящие душу фотографии из медицинских справочников или неизменный скелет с косой. За годы эпидемии в России традиционные «страшилки» никого не спасли и не просветили, а напротив, заставили одних безразлично отвернуться от проблемы и от затронутых ею людей, а других – погрузиться в депрессию и отчаяние.

Лучше заменить такие выражения менее эмоциональными формулировками, например, медицинскими терминами: заболевание, эпидемия, болезнь.

ИНТЕРВЬЮ С ЧЕЛОВЕКОМ, ЖИВУЩИМ С ВИЧ*

Информация о людях, живущих с ВИЧ

При подготовке материалов по теме ВИЧ/СПИДа с участием ВИЧ-позитивного героя журналист может столкнуться с рядом трудностей. Во время интервью, бесед или фотосъемок необходимо найти правильный тон общения с людьми, затронутыми данной проблемой; важно соблюдать право людей на неприкосновенность частной жизни, на конфиденциальность информации; следует избегать порицаний (осуждений) и стереотипных суждений; нельзя общаться с этими людьми как с жертвами. Все эти моменты важны с этической точки зрения. Кроме того, соблюдение определенных правил способствует конструктивному освещению проблемы ВИЧ/СПИДа.

Журналисту, как и любому другому, возможно, стоит начать с того, чтобы разобраться в собственных чувствах, страхах и предубеждениях в отношении ВИЧ/СПИДа. Это важно, поскольку личные чувства и убеждения могут сильно повлиять и на общий подход к проблеме, и на описание конкретного случая.

Неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность информации

Перед интервью с человеком, затронутым эпидемией, лучше заранее подготовить круг вопросов и обсудить их с представителем местной СПИД-сервисной организации. Сделать это можно еще до приглашения человека на интервью.

Конфиденциальность необходимо соблюдать всегда, особенно в отношении информации, передаваемой ВИЧ-позитивным человеком или его близкими. Ниже предлагаются некоторые рекомендации для наиболее корректного проведения интервью.

- ▶ Свяжитесь с местной СПИД-сервисной организацией и попросите порекомендовать человека, который может стать героем вашего сюжета. Представитель такой организации также может помочь журналисту соблюсти такт, оградить интервьюируемого от некорректных вопросов и избежать ошибок в освещении проблемы.
- ▶ Перед началом беседы введите интервьюируемого в курс дела и представьте примерный список вопросов.
- ▶ Сообщите человеку, у которого вы берете интервью, о возможных последствиях раскрытия его ВИЧ-статуса. Нередки случаи, когда люди подвергаются дискриминации в результате раскрытия их ВИЧ-положительного статуса.

* Публикуется с разрешения Международного фонда женщин в СМИ «*International Women's Media Foundation*» из «Руководства для журналистов по освещению темы ВИЧ/СПИДа» (<http://www.iwmf.org/pub/p-4289/e-4290/>).

- ▶ В случае если человек, у которого вы берете интервью, не хочет публично раскрывать свой ВИЧ-статус, расскажите ему, что возможно предпринять для сохранения конфиденциальности.
- ▶ Обсудите с интервьюируемым, какие данные из того, что он вам сообщит, вы можете использовать, а какие он бы не хотел предавать огласке. К числу последних могут относиться какие-либо персональные данные (место работы, учебы, аспекты личной истории и т.п.), по которым этого человека могли бы узнать его знакомые или родные. Максимум информации о человеке, с которым вы разговариваете, может помочь вам лучше разобраться в проблеме, однако вы не должны использовать в своем материале данные, огласки которых человек хотел бы избежать.
- ▶ Предложите человеку еще раз просмотреть готовый материал до его публикации (выхода в эфир), чтобы избежать разглашения нежелательной информации.
- ▶ Ваша подготовленность к интервью играет важнейшую роль. Некорректные вопросы, предвзятое отношение к интервьюируемому могут привести к отказу от сотрудничества.

Избегайте порицания и стереотипных суждений

Журналистам, освещающим проблему ВИЧ/СПИДа, важнее выяснить, какое поведение повышает риск передачи ВИЧ, чем выявить конкретных людей, которые подвержены риску инфицирования/передачи ВИЧ.

Эффективность борьбы с распространением ВИЧ/СПИДа в значительной мере зависит от сложившегося в обществе отношения к данной проблеме. Поскольку СМИ могут оказать сильное влияние на формирование общественного мнения и отношения, журналистам важно сначала тщательно ознакомиться с существующими в обществе взглядами, стереотипами и предубеждениями и только после этого готовить к выпуску материал по проблеме ВИЧ/СПИДа.

Чтобы сломать устойчивые стереотипы по отношению к ВИЧ/СПИДу в СМИ, при поиске героев для своих сюжетов или публикаций журналистам следует отказаться от «подозрений» и предвзятого отношения. Возможно, стоит воспользоваться несколькими советами:

- ▶ Обращайтесь к таким образам, которые будут восприняты вашей аудиторией как привычные и понятные; например, замужняя женщина среднего достатка, воспитывающая детей и живущая по соседству, наверняка окажется ближе массовой аудитории, чем представитель иного социума.
- ▶ Приведите в качестве примера видных персон, например, популярных спортсменов, людей искусства, влиятельных общественных деятелей, живущих с ВИЧ.

- ▶ Уделяйте внимание также тем группам населения, о которых пишут нечасто, но которые оказались уязвимы перед ВИЧ (например, подростки).

Позитивное освещение

Ниже представлен один из примеров возможного позитивного освещения темы ВИЧ/СПИДа в СМИ:

В радиорепортаже на тему о передаче ВИЧ от матери ребенку сначала был приведен конкретный пример: факт заражения женщины и ее ребенка. Затем слушателям сообщались некоторые цифры для характеристики ситуации в мире в целом. После этого история была освещена с оптимистической стороны: «риск передачи снижается, если беременные женщины с положительной реакцией на ВИЧ принимают антиретровирусные препараты и впоследствии избегают кормления новорожденных грудью. Две эти меры в сочетании с родами, проведенными с помощью кесарева сечения, значительно снижают вероятность передачи вируса ребенку от ВИЧ-позитивной матери». В заключение было отмечено, что «эффективное информирование по вопросам здоровья остается одним из самых надежных средств профилактики».

Таким образом, журналист сумел не только рассказать реальную и довольно печальную историю, но и указать возможные пути решения проблемы.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ ПО ВИЧ/СПИДУ

В работе над материалами по теме ВИЧ/СПИДа журналисты могут использовать статистические данные, полученные из разных источников. Однако интерпретация статистических показателей довольно часто вызывает трудности, что приводит к искаженному пониманию сложившейся ситуации. Так, например, неспециалисты, приводя статистические данные в качестве иллюстрации, могут неверно употреблять термины «распространенность заболевания» и «заболеваемость» – два разных показателя, использующихся для характеристики эпидемии. Чтобы избежать неправильной интерпретации при подготовке материала по теме ВИЧ/СПИДа, полезно ознакомиться с принятыми в медицине соответствующими статистическими показателями. Ниже представлено описание ключевых эпидемиологических терминов, которые могут понадобиться журналисту при подготовке материалов, а также источники данных, на основании которых можно составить представление о сложившейся эпидемиологической обстановке в том или ином регионе.

Основные источники данных о ситуации в сфере ВИЧ/СПИДа

Статистические данные по ВИЧ собираются из целого ряда источников, например:

- ▶ данные обследований беременных женщин;
- ▶ результаты социологических исследований;
- ▶ данные обследования групп повышенного риска: работников коммерческого секса, потребителей инъекционных наркотиков;
- ▶ данные о зарегистрированных случаях ВИЧ-инфекции;
- ▶ данные ЗАГСов.

Однако ни один из перечисленных источников не располагает полной информацией об общем числе людей, живущих с ВИЧ, новых случаях ВИЧ, а также о людях, умерших вследствие СПИДа. Это связано с тем, что большая часть населения просто не знает свой ВИЧ-статус, а существующая дискриминация людей с ВИЧ часто приводит к сокрытию ими своего положительного ВИЧ-статуса. Таким образом, число официально зарегистрированных случаев ВИЧ в стране всегда в несколько раз ниже реального количества людей, живущих с ВИЧ.

Но, несмотря на описанные трудности, в распоряжении специалистов есть методы сбора данных, позволяющие адекватно оценивать развитие эпидемии. Подготовку статистических данных такого рода осуществляет ЮНЭЙДС в сотрудничестве с экспертами различных стран.

Использование того или иного источника для проведения оценок развития эпидемии зависит от уровня и типа эпидемии в стране.

- ▶ В странах с **генерализованной** эпидемией (распространенность ВИЧ-инфекции среди беременных женщин превышает 1%) оценки основываются, в первую очередь, на тестировании беременных в женских консультациях. Эти данные оказываются надежными для оценки распространенности ВИЧ-инфекции в популяции в целом.
- ▶ В странах с **концентрированной** эпидемией (распространенность ВИЧ-инфекции среди беременных составляет менее 1%, но в некоторых группах, практикующих рискованное поведение, распространенность превышает 5%) оценки основываются на обследованиях в группах, практикующих рискованное поведение (потребители инъекционных наркотиков; работники коммерческого секса; мужчины, практикующие секс с мужчинами).

Ключевые вопросы при использовании статистических данных

При подготовке материалов с использованием статистических данных по ВИЧ/СПИДу необходимо помнить следующее:

- ▶ Различные источники и типы данных характеризуют разные стороны эпидемии.

- ▶ Методы выявления ВИЧ развиваются, поэтому данные из одних и тех же источников не всегда напрямую сопоставимы по годам.
- ▶ Оценка развития эпидемии может быть затруднена тем, что данные представляются «с запозданием».
- ▶ В данных встречаются пробелы.
- ▶ Для оценки эпидемии ВИЧ/СПИДа используются несколько показателей, каждый из которых имеет свое точное определение (см. таблицу).
- ▶ Для анализа ситуации имеют значение не только абсолютные цифры, но и относительные показатели (частота/проценты), так как они позволяют сравнивать развитие эпидемии в различных странах и регионах в разные периоды времени (см. примеры в таблице).

Сопоставление относительных показателей, характеризующих ситуацию в сфере ВИЧ/СПИДа

Индикаторы	Определение	Пример(ы)	О чем эти данные свидетельствуют
Заболееваемость	Число новых случаев заболевания в популяции за определенный период времени. Например, число новых случаев ВИЧ-инфекции или СПИДа за прошедший год	По оценкам ЮНЭЙДС, во всем мире 4,3 миллиона людей заразились ВИЧ в 2006 году	Заболееваемость характеризует количество новых случаев болезни в популяции
Распространенность	Число людей в популяции с данным заболеванием на определенный период времени, т. е. число людей, живущих с ВИЧ, на всех стадиях болезни, включая СПИД	По оценкам ЮНЭЙДС, количество людей, живущих с ВИЧ, на конец 2006 года составило 39,5 миллионов	Распространенность характеризует встречаемость болезни в популяции. Изменение в распространенности может отражать изменение числа новых случаев ВИЧ-инфекции и/или смертей, вызванных СПИДом
Процентные соотношения	Заболееваемость, распространенность также могут выражаться в процентном отношении – стандартизированных показателях, которые учитывают численность популяции, что позволяет сравнивать различные данные	По оценкам ЮНЭЙДС, на конец 2006 года во всем мире 1% взрослого населения в возрасте от 15 до 49 лет живет с ВИЧ. В то же время в Африке к югу от Сахары среди данной группы 5,9% населения живет с ВИЧ.	Эти показатели используются при сравнении распространения эпидемии в различных популяционных группах

Индикаторы	Определение	Пример(ы)	О чем эти данные свидетельствуют
		Это сравнение позволяет сделать вывод о том, что в Африке к югу от Сахары ВИЧ/СПИД распространен гораздо больше, чем в мире в целом. В случае оперирования абсолютными числами такой вывод сделать было бы невозможно, так как в абсолютных числах количество людей, живущих с ВИЧ, в мире больше, чем в Африке	

Полезную и важную информацию, наглядно иллюстрирующую развитие эпидемии, можно получить и другими способами. Это зависит от того, используете ли вы мировую статистику, страновую или региональную. Например, для оценки эпидемии в регионе России полезно сравнить статистику по данному региону (число случаев на 100 тыс. населения, ежегодные темпы роста эпидемии и т.п.) с другими регионами. Также для наглядности можно отталкиваться от различных периодов времени (например, в мире за 1 день на стадии СПИДа умирает 8 тыс. человек, эта цифра превышает число погибших при террористическом акте во Всемирном торговом центре в Нью-Йорке 11 сентября 2001 года).

Кроме того, необходимо придерживаться следующих правил:

- ▶ Обращаться к различным источникам статистических данных, проводить сравнение данных.
- ▶ Обращаться к источникам UNAIDS и www.globalhealthfacts.org, предоставляющим последние статистические данные по ВИЧ/СПИДу в мире в целом и в конкретных странах. Надежные статистические данные по России можно найти на сайтах Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом (www.hivrussia.ru), Федеральной службы в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (www.rospotrebnadzor.ru), Ресурсного центра по изучению политики в сфере ВИЧ/СПИДа (www.hivpolicy.ru). (Более подробно см. **Русскоязычные интернет-ресурсы по ВИЧ/СПИДу**).
- ▶ За официальной статистикой по России и по конкретным регионам можно обратиться к представителям органов здравоохранения, на-

пример, в центры по профилактике и борьбе со СПИДом субъектов федерации.

- ▶ При анализе статистических данных важно определить, какие показатели были использованы (распространенность, заболеваемость, абсолютное число случаев и т. д.).
- ▶ При работе со статистическими показателями необходимо различать расчетные данные (оценочные показатели), зарегистрированные случаи (официальная статистика) и т. д.

Справочная литература

ЮНЭЙДС. Развитие эпидемии СПИДа: декабрь 2006

http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUpdate_Ru.pdf

UNAIDS. *HIV Data Page: Methods and assumptions for estimates* (2006)

www.unaids.org/en/HIV_data/Methodology/default.asp

UNAIDS. *Statement: Estimating the status of the AIDS epidemic in countries* (April 10, 2006)

http://data.unaids.org/pub/PressStatement/2006/20060410_PS_EPI_Estimates_en.pdf

UNAIDS. *Backgrounder on Methodology: Understanding the latest estimates of the 2006 report on the global AIDS epidemic* (May 2006)

http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006_Epi_backgrounder_on_methodology_en.pdf

(accessed June 2006)

UNAIDS. *Global Facts and Figures* (November 21, 2006)

http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/20061121_EPI_FS_GlobalFacts_en

Kaiser Family Foundation. *Webcast & Presentations: The Current State of the Global AIDS Epidemic & Key Implications for an Effective AIDS Response* (April 18, 2006)

www.kaisernetwork.org/health_cast/hcast_index.cfm?display=detail&hc=1713

Kaiser Family Foundation. *Global Health Facts* website www.globalhealthfacts.org

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОСВЕЩЕНИЯ ТЕМЫ ВИЧ/СПИДА

Правовое поле, в котором волей-неволей находится журналист, освещающий вопросы, связанные с правами человека, особенно с частной жизнью и ее конфиденциальностью, достаточно узкое. Необходимо соблюдать правовые нормы, регулирующие права человека на неприкосновенность частной жизни и по возможности хорошо ориентироваться в правовом пространстве. И не только для того, чтобы избежать судебных неприятностей, но главное – для того, чтобы не причинить боль и моральные страдания героям публикаций и их близким.

Какая информация о человеке считается конфиденциальной?

Конфиденциальной или ограниченной для распространения считается любая информация, относящаяся к определенному (или определяемому на основании такой информации) человеку, в том числе его фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, семейное, социальное, имущественное положение, образование, профессия, доходы. Эта информация называется персональными данными. Человек вправе сам определять, что именно он хотел бы отнести к своим персональным данным. Без согласия человека (или его законных представителей, если он недееспособен или не достиг 18 лет) распространение его персональных данных не допускается.

Можно ли публиковать персональные данные человека; если да, то в каких случаях?

Да, можно, но только в трех случаях.

Первый случай: если получено согласие человека на распространение его персональных данных.

Второй случай: если персональные данные являются общедоступными, то есть уже были распространены с согласия человека.

Третий случай: если персональные данные обезличены, то есть по представленной информации невозможно идентифицировать конкретного человека.

Как должно быть оформлено письменное согласие человека на распространение его персональных данных?

Согласие должно быть дано в письменной форме. Письменное согласие человека на обработку его персональных данных должно включать в себя:

- ▶ фамилию, имя, отчество, адрес, номер основного документа, удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе;
- ▶ наименование (фамилию, имя, отчество) и адрес того, кто получает согласие на обработку персональных данных;
- ▶ цель обработки персональных данных;
- ▶ перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие;
- ▶ перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие;
- ▶ срок, в течение которого действует согласие, а также порядок его отзыва.

Какие еще сведения о человеке являются ограниченными для распространения?

Такими считаются специальные категории персональных данных. Например, данные, касающиеся расовой, национальной принадлежности, политических взглядов, религиозных или философских убеждений, состояния здоровья, интимной жизни. Распространение этих данных без согласия человека не допускается, за исключением случаев, когда

- ▶ обработка персональных данных осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Что такое врачебная тайна?

Врачебную тайну составляют: информация о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении. Гарантия конфиденциальности передаваемых гражданином сведений должна быть ему подтверждена.

При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведениях, полученных при его обследовании и лечении.

Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей.

С согласия гражданина или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента.

Возможно ли получить какие-либо сведения о состоянии здоровья человека без его согласия?

Теоретически возможно. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

- ▶ в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;
- ▶ при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

- ▶ по запросу органов дознания и следствия, прокурора или суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
- ▶ в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей или законных представителей;
- ▶ при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.

Примеры опасных с правовой точки зрения материалов в СМИ

1. Заголовок на первой полосе газеты: «Город ***. Большая часть больных СПИДом в области – молодые люди от 15 до 29 лет» и иллюстрация:



Каждый, кто узнает себя на фотографии (или их законные представители) имеет полное право на обращение в суд за защитой нарушенного права:

- а) на изображение;
- б) на неприкосновенность частной жизни,

если человек не предполагал, что будет перед объективом фотоаппарата;

в) на неразглашение врачебной тайны, если изображенный на фотографии является ВИЧ-положительным.

Кроме того, если публикация фотографии повлекла моральные или физические потери и связь между этими потерями и публикациями будет доказана, истец сможет требовать компенсации морального вреда.

2. Заголовок материала с пресс-конференции: «Большим СПИДом разрешат усыновлять чужих детей» и фрагмент материала:

«...Виктория Королева – одна из тех, кому по этой причине было отказано в усыновлении, причем после установления ее диагноза ее перестали пускать в детский дом, где она уже нашла своего будущего малыша. А между тем детей в сиротских приютах с каждым годом становится все больше. Но одновременно увеличивается и число ВИЧ-инфицированных матерей (в прошлом году их было около 3,5 тыс., в этом ожидается уже до 5 тысяч), а часто именно их чада и попадают в детские дома. При этом до полутора лет никак нельзя определить, заразился ли ребенок от матери опасным вирусом или ему удалось этого избежать. Большинство же рос-

сиян, собирающихся усыновить сироту, все-таки предпочитают не рисковать и выбирают однозначно здоровых детишек. А ВИЧ-инфицированные люди уже не боятся заразиться, и поэтому, как заявила на этой же пресс-конференции Анастасия Саянская, с радостью согласились бы стать родителями для больного малыша».

В том случае если В. Королева участвовала в пресс-конференции и не скрывала своего имени, то СМИ имеют право дать материал в предложенном виде. Если же В.Королева скрывала имя, фамилию, но не скрывала факт отказа, то необходимо было изменить фамилию. В противном случае г-жа Королева вправе обратиться в суд за защитой права на врачебную тайну.

ТЕРМИНОЛОГИЯ

ВИЧ/СПИД. СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ

A ABC

(Abstinence, Be Faithful, Condom use).

A – Воздержание от сексуальной активности или же более позднее начало половой жизни.

B – Взаимная верность в отношениях с неинфицированным партнером.

C – Правильное и постоянное использование презервативов.

Подход ABC предусматривает пропагандирование указанных трех принципов в качестве основы стратегии по профилактике ВИЧ.

ADAP

Государственные программы, финансируемые в США на федеральном уровне. В рамках таких программ предоставляются медикаменты для лечения ВИЧ-инфекции людям, у которых ограничены либо отсутствуют средства медицинского страхования. Круг лиц, имеющих право пользоваться услугами программ ADAP, а также набор предоставляемых медикаментов определяется отдельно каждым штатом. Ввиду сокращения бюджета и растущей стоимости лекарственных препаратов в некоторых программах ADAP сегодня существуют списки очередников, а перечень предоставляемых возможностей существенно различается от программы к программе.

P PEPFAR

Чрезвычайный план помощи в борьбе со СПИДом Президента Буша (США) – это государственная инициатива США, в рамках которой выделено 15 миллиардов долларов на пятилетний срок, начиная с 2004 финансового года, для борьбы с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией в развивающихся странах. Кроме того, США выделили почти 10 миллиардов долларов дополнительных средств на целевую помощь 15 странам и на финансирование Глобального Фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. На сегодняшний день из средств PEPFAR оплачивается антиретровирусная терапия для 235 000 мужчин, женщин и детей в странах Африки, Азии и Карибского бассейна. План был утвержден Законом США 2003 г. «О ведущей роли США в борьбе против ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии».

А**Альтернативные и дополнительные методы лечения**

Методы лечения, не относящиеся к числу общепринятых в западной медицине. Эффективность этих методов при лечении ВИЧ-инфекции не доказана.

Антитела

Молекулы в организме, которые находят и уничтожают чужеродные (незнакомые) субстанции, такие как бактерии и вирусы. Наличие антител к ВИЧ в крови определяется в ходе анализа (теста на ВИЧ). Положительный результат теста на ВИЧ говорит о присутствии соответствующих антител. В 1% случаев результат теста может оказаться ложноположительным. Это может произойти, когда тест принимает за антитела к ВИЧ другие антитела. Поэтому любой положительный результат обязательно проверяют на более чувствительном тесте – иммуноблоте (более подробно см. **Что такое ВИЧ/СПИД? Вопросы и ответы**).

Антиретровирусная терапия (АРВТ)

Лечение с помощью антиретровирусных препаратов. Так называются комбинации из препаратов, блокирующих работу ферментов ВИЧ, без которых невозможно размножение вируса. Сегодня существуют четыре класса антиретровирусных препаратов, воздействующих на разные этапы жизненного цикла вируса. Имеющиеся в настоящее время АРВ-препараты не способны полностью вылечить от ВИЧ-инфекции, но могут отсрочить или предотвратить развитие тяжелых проявлений ВИЧ-инфекции, таких как СПИД, благодаря чему ЛЖВ сохраняют трудоспособность и возможность заботиться о своих семьях. Применение АРВ-терапии во время беременности и родов позволяет кардинально снизить вероятность передачи ВИЧ от матери ребенку, обеспечивая рождение здоровых детей в 98-99% случаев. Более подробно см. **Лечение ВИЧ/СПИДа. Вопросы и ответы** и **Важные термины в антиретровирусной терапии**.

Б**Бессимптомность**

О бессимптомной стадии ВИЧ-инфекции говорят, когда у ВИЧ-положительного человека отсутствуют какие-либо признаки и симптомы заболевания. Это вторая стадия ВИЧ-инфекции, которая может длиться многие годы после инфицирования. Тем не менее на этом этапе вирус может передаваться другим людям.

В **Вакцина**

Вещество, содержащее компоненты инфекционных организмов, предназначенное для усиления деятельности иммунной системы с целью обеспечения защиты от возможных последующих инфекций, возбудителями которых являются данные организмы. Профилактические вакцины предотвращают передачу инфекций. Терапевтические вакцины укрепляют защитные свойства иммунной системы человека, уже пораженного данным организмом – возбудителем инфекции.

Вертикальная передача

Передача ВИЧ от ВИЧ-положительной матери ребенку во время беременности, родов и при кормлении грудью. Вертикальная передача также называется перинатальной: «от матери ребенку».

Взаимодействие между лекарственными препаратами

Ситуации, когда действие лекарственного препарата изменяется под влиянием другого лекарственного препарата, присутствующего в организме. В результате эффективность первого препарата может повышаться или снижаться. Взаимодействие между лекарствами может приводить к нежелательным побочным эффектам.

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ)

Вирус, вызывающий СПИД. ВИЧ может передаваться через инфицированную кровь, сперму, вагинальный секрет, грудное молоко. Существуют два типа ВИЧ: ВИЧ-1 и ВИЧ-2. Оба типа вируса могут передаваться аналогичными путями и способами и приводить к развитию СПИДа. Подавляющее большинство случаев ВИЧ в мире вызвано вирусом ВИЧ-1, вирус ВИЧ-2 менее распространен и обнаруживается главным образом в Западной Африке.

Вирусная нагрузка

Количество или концентрация ВИЧ в крови. Существует взаимосвязь между количеством вируса в крови и степенью его влияния на организм человека. Тест на определение вирусной нагрузки является важным инструментом, который помогает врачам при принятии решений о методах лечения.

Внутриутробный

Происходящий или существующий до рождения.

Воздержание

Воздержание от сексуальной активности. В контексте ВИЧ/СПИДа этот термин также относится к началу половой жизни в более позднем возрасте.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)

Организация ООН в сфере здравоохранения. Руководство организации осуществляют представители 192 стран – членов ВОЗ. Цели ВОЗ – помочь в обеспечении наивысшего возможного качества здравоохранения и медицинских услуг населению. ВОЗ признана как одна из ведущих организаций, направляющих свои усилия на поддержание здоровья людей во всем мире.

Всемирный банк

Банк развития, который предоставляет кредиты и займы, консультации, техническую помощь и информационную поддержку странам с низким и средним уровнем дохода для того, чтобы повысить уровень благосостояния в этих странах.

Высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ)

Терапевтический курс, предусматривающий использование трех и более антиретровирусных препаратов в комплексе.

Г

Глобальный фонд

Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией был создан по инициативе Генерального секретаря ООН Кофи Аннана. В 2001 году лидеры «большой восьмерки» выделили фонду 1,3 миллиарда долларов. Это независимая организация, предоставляющая гранты с целью помощи развивающимся странам в борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Д

Дженерик (непатентованный лекарственный препарат)

Лекарственный препарат, тождественный или биоэквивалентный патентованному лекарству с точки зрения дозировки, безопасности, эффективности, способа приема, качества, характера воздействия на организм и предназначения. Непатентованное название лекарственного препарата – это его общее название, не защищенное авторскими правами того или иного производителя. В медицинской литературе и в средствах массовой информации чаще всего используются именно эти наименования, они пишутся с маленькой буквы.

Кроме того, дженериками иногда называют недорогие, однако совершенно идентичные по химическому составу лекарственные препараты, произведенные компаниями, не являющимися их изобретателями. В некоторых странах непатентованные препараты выходят на рынок после истечения срока патента на данный препарат, а в других они начинают производиться и продаваться даже до истечения срока патента.

ДКТ

Добровольное консультирование и тестирование – широко распространенная практика, предоставляющая возможность прохождения теста на ВИЧ при соблюдении анонимности и получения консультации до и после тестирования.

З

Заболееваемость

Число новых случаев заболевания в данной группе населения за определенный период времени (например, число новых случаев ВИЧ-инфекции в стране за год).

Заболевания/инфекции, передающиеся половым путем (ЗППП/ ИППП)

Любые болезни и инфекции, передающиеся при сексуальных контактах.

И

Иммунная система

Система организма, отвечающая за защиту от чужеродных бактерий и вирусов.

Иммунодефицит

Состояние, когда иммунная система организма не может обеспечить защиту против инфекции. ВИЧ последовательно ослабляет иммунную систему и вызывает иммунодефицит.

Иммуносуппрессия

Состояние, когда иммунная система ослаблена и не может нормально функционировать. Иммуносуппрессия может быть вызвана медикаментами и проводившимся лечением (химиотерапия) или же инфекциями (ВИЧ).

Инкубационный период

Период времени между инфицированием и появлением симптомов. В этот период вирус размножается, но антитела к ВИЧ еще не вырабатыва-

ются организмом в количестве, достаточном для определения с помощью теста. Обычно этот период длится от 3 недель до 3 месяцев.

К **Клетки CD4 (Т-лимфоциты)**

Эти клетки отвечают за иммунный ответ организма на появление инфекций. Именно они являются первой мишенью ВИЧ. Вирус размножается, создавая свои копии именно внутри этих клеток и в конце концов уничтожает их. В результате иммунная система начинает хуже функционировать. Анализ на количество клеток CD4 помогает определить стадию ВИЧ-инфекции и принять решение о необходимости назначения антиретровирусной терапии и профилактики оппортунистических заболеваний. Чем меньше CD4 клеток содержится в организме, тем более ослаблена иммунная система.

Клинические испытания

Клинические испытания – это научные исследования, оценивающие эффективность, терапевтический эффект и безопасность тех или иных медицинских разработок (препаратов, вакцин, тест-систем). Лекарственный препарат/метод лечения должен пройти несколько этапов клинических испытаний, прежде чем он будет одобрен к применению человеком.

Комбинированная терапия

Совместное использование нескольких антиретровирусных препаратов. Метод комбинированной терапии, при котором используются три и более антиретровирусных препарата, называется высокоактивная антиретровирусная терапия, ВААРТ.

Кросс-резистентность (перекрестная резистентность)

Развитие устойчивости ВИЧ к одному препарату (см. *Устойчивость к препаратам*), одновременно приводящее к устойчивости и к другим препаратам данного класса. Примером может служить резистентность к невирапину, вызывающая резистентность к эфавиренцу.

Комбинации препаратов с фиксированной дозой (КФД)

Комбинированные таблетки, содержащие два и более лекарственных препарата, таких как антиретровирусные препараты. Возможность использования таких комбинированных препаратов в форме одной таблетки имеет важное значение, поскольку это очень удобно для применения в условиях ограниченных ресурсов. Примером КФД может служить комбинированная таблетка, содержащая ставудин, ламивудин и невирапин.

Л ЛЖВ/ЛЖВС

Эти аббревиатуры означают «люди, живущие с ВИЧ/СПИДом».

М Микробициды

Препараты местного воздействия, препятствующие передаче бактерий и вирусов. В настоящее время ведутся исследования по разработке и клиническим испытаниям микробицидов, которые были бы способны успешно предотвращать передачу ВИЧ и других ИППП. Такие микробициды могли бы применяться локально (во влагалище или в анусе) и выпускаться в различных формах, таких как пленки, кремы, гели и свечи.

МСМ

Аббревиатура MSM означает «мужчины, вступающие в сексуальные отношения с мужчинами». При оценке степени риска инфицирования использование данного определения предпочтительнее, чем таких определений как, «геи», «гомосексуалы» или «бисексуалы», поскольку оно описывает рискованное поведение как таковое и не зависит от субъективного представления мужчин о своей сексуальной ориентации, которая может проявляться по-разному. Во многих странах и культурах мужчины, вступающие в сексуальные отношения с другими мужчинами, не считают себя геями или бисексуалами.

Мутации

Изменения в генетической структуре организмов, возникающие в процессе их воспроизводства. ВИЧ быстро воспроизводится и меняет свою форму в процессе мутации. Эти изменения ведут к появлению *устойчивых к препаратам штаммов* вируса.

О Оппортунистические инфекции (ОИ)

Заболевания, редко поражающие здоровые организмы, но развивающиеся у людей с ослабленной ВИЧ-инфекцией иммунной системой. В обычных условиях возбудители этих заболеваний часто присутствуют в организме, однако их активность контролируется здоровой *иммунной системой*.

П Пандемия

Эпидемия всемирного масштаба; возникает на обширных географических территориях и поражает чрезвычайно большую долю общего населения.

Патоген

Вещество или микроорганизм, вызывающий заболевание.

Передача вируса от матери ребенку

Передача ВИЧ от ВИЧ-положительной матери ребенку во время беременности, родов или при кормлении грудью. Передача вируса от матери ребенку также называется перинатальной, или *вертикальной передачей*.

Перинатальная передача

См. *Передача вируса от матери ребенку*.

ПИН

Аббревиатура ПИН означает «потребители инъекционных наркотиков», то есть те, кто используют шприцы для инъекций наркотика. «ПИН», или «потребители инъекционных наркотиков» – наиболее предпочтительное определение для этой группы людей, так как оно объективно описывает рискованное поведение как таковое. В отличие от него применение в непрофессиональной литературе таких определений как «наркоман» нежелательно, поскольку в русском языке это слово имеет пренебрежительный и стигматизирующий оттенок.

Плацебо

Вещество, внешне напоминающее действующий лекарственный препарат, но не обладающее необходимым терапевтическим эффектом.

Поведение, связанное с риском

Это понятие включает в себя любые модели поведения и действия, увеличивающие вероятность инфицирования или передачи ВИЧ. В качестве примера можно привести незащищенный секс, сексуальные отношения с несколькими партнерами и употребление инъекционных наркотиков. Потребление алкоголя также связано с риском инфицирования ВИЧ, поскольку алкоголь влияет на способность принимать решения, в частности, об использовании презерватива во время полового акта.

Приверженность

Ответственное, активное и аккуратное участие пациента в своем лечении. В отношении лечения ВИЧ-инфекции это, прежде всего, способность пациента всегда вовремя принимать препараты. Недостаточная приверженность к лечению может привести к выработке и распространению **резистентности**, то есть устойчивости вируса к препаратам. Различные

службы могут помочь повысить приверженность (за счет внедрения систем напоминания о приеме препаратов, консультирование, обучение и т. д.).

Профилактика передачи вируса от матери ребенку

ЮНЭЙДС разработала стратегию профилактики передачи ВИЧ от ВИЧ-положительной матери ребенку, состоящую из трех элементов:

- a. Профилактика ВИЧ среди женщин репродуктивного возраста;
- b. Предотвращение нежелательных беременностей среди ВИЧ-положительных женщин;
- c. Профилактика во время беременности, родов и при кормлении грудью посредством предоставления добровольного консультирования и тестирования, антиретровирусной терапии, безопасных методов родовспоможения и заменителей грудного молока при наличии таковой возможности.

Профилактика (первичная, вторичная)

В контексте ВИЧ мероприятия по профилактике заключаются в снижении риска инфицирования ВИЧ для здорового индивидуума (первичная профилактика) и риска передачи инфекции ВИЧ-положительным индивидуумом другим людям (вторичная профилактика). Мероприятия по профилактике включают в себя добровольное консультирование и тестирование, распространение презервативов, аутич-работу и просветительскую работу, а также меры по обеспечению безопасности донорских трансплантатов, а также профилактику внутрибольничного инфицирования.

Р

Распространенность заболевания

Распространенность заболевания оценивается как доля больных от общей численности населения в конкретный период времени.

С

Сообщества, затронутые заболеванием

Люди, живущие с ВИЧ, а также их близкие, включая членов семьи и друзей, на жизнь которых непосредственно влияет ВИЧ-инфекция и связанные с ней физические, медицинские, социально-экономические и эмоциональные проблемы.

Социальный маркетинг

Методы социального маркетинга используются во всем мире для популяризации широкого диапазона мер предотвращения ВИЧ-инфекции, включая применение презервативов. Социальный маркетинг включает в

себя методы коммерческого маркетинга, адаптированные для решения поставленных социальных задач и пропагандирования моделей поведения, способствующих снижению риска инфицирования ВИЧ.

Стадии ВИЧ-инфекции

ВИЧ-инфекция включает в себя пять стадий: инкубационный период, стадия первичных проявлений, бессимптомная, стадия вторичных заболеваний и терминальная стадия (СПИД).

СПИД

Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) наступает, когда иммунная система организма ослаблена ВИЧ-инфекцией до такой степени, что в организме развивается ряд (инфекционных и/или онкологических) заболеваний. Существующие на сегодня методы лечения (высокоактивная антиретровирусная терапия, или ВААРТ) позволяют ВИЧ-положительному человеку сохранять нормальный уровень иммунной защиты и предотвращают наступление стадии СПИДа на протяжении очень долгого времени.

СПИД-индикаторные заболевания

Заболевания, развивающиеся на поздних этапах ВИЧ-инфекции, которые сигнализируют о переходе в стадию СПИДа. Согласно данным ЮНЭЙДС, многие люди впервые узнают о своей ВИЧ-инфекции именно на этой стадии.

«Сухой» секс

Практика использования женщинами различных средств для «осушения» влагалища перед половым актом. Такая практика, часто основанная на религиозных верованиях, может повысить риск передачи ВИЧ, увеличивая вероятность разрыва презерватива; кроме того, сухость стенок влагалища может привести к появлению разрывов и трещин.

Т

Тест на ВИЧ

Стандартный тест на ВИЧ (**иммуноферментный анализ, ИФА**), применяемый при обычном обследовании в поликлиниках и больницах, определяет наличие антител к ВИЧ в крови. Антитела к ВИЧ – это белковые соединения, которые вырабатываются в организме в ответ на присутствие вируса. Антитела к ВИЧ начинают вырабатываться не сразу после попадания вируса в организм. Промежуток времени между инфицированием и началом выработки антител называется «периодом окна». В «период ок-

на» результат теста на ВИЧ может оказаться отрицательным даже в случае присутствия ВИЧ в организме. В случае положительного результата кровь проверяют с помощью более чувствительного теста – **иммуноблота**, определяющего наличие специфических антител к ВИЧ. Еще один вид теста на ВИЧ носит название **полимеразная цепная реакция (ПЦР)** и используется для определения РНК (наследственного материала) вируса. Чувствительность данного теста очень высока: он обнаруживает сам вирус, причем через небольшой промежуток времени – в среднем около 10-ти дней с момента предполагаемого заражения.

Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (ТБ-МЛУ)

Штамм бактерий туберкулеза, устойчивый к воздействию двух и более противотуберкулезных препаратов.

ТБ-МЛУ обычно возникает в случае нарушения регулярного режима приема лекарственных препаратов. При этом начинают размножаться мутирующие штаммы бактерий, что снижает эффективность лечения. ТБ-МЛУ представляет собой серьезную проблему в развивающихся странах, где постоянный контроль за приемом пациентом лекарственных препаратов, как правило, невозможен.

У

Устойчивость к препаратам

Способность ВИЧ размножаться, несмотря на присутствие антиретровирусных препаратов. Устойчивость к препаратам (резистентность) может возникать в результате *мутаций*, происходящих в процессе репликации ВИЧ. Лекарственная устойчивость снижает способность АРВ-препаратов блокировать размножение ВИЧ. У некоторых людей, принимающих ВААРТ, вирус мутирует в новые штаммы, устойчивые к препаратам.

Уход и лечение

Понятие «уход и лечение» включает в себя ряд мероприятий, необходимых для ухода за людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом, в том числе *антиретровирусную терапию*, лечение и профилактику *оппортунистических инфекций*, питание, социальную и психологическую поддержку и, при необходимости, паллиативную помощь.

Уязвимые группы населения

Группы, находящиеся в условиях повышенного риска инфицирования ВИЧ ввиду социально-экономических или же поведенческих причин. К уязвимым группам населения относятся: молодежь, беженцы, люди с низким достатком, мужчины, вступающие в сексуальные отношения с мужчи-

нами, потребители инъекционных наркотиков, работники коммерческого секса и женщины, особенно в странах и сообществах, где ярко выражено неравенство полов.

Э

Эндемия

Постоянное присутствие заболевания или возбудителя инфекции в данном географическом регионе или группе населения.

Эпидемия (типы: низкого уровня, концентрированная, генерализованная)

Об эпидемии можно говорить в том случае, когда в течение определенного периода времени в данном географическом регионе или же в данной группе населения число новых случаев заболевания превышает эпидемиологический порог.

Существуют различные степени распространенности ВИЧ на определенной территории:

- ▶ Низкий уровень – низкая распространенность ВИЧ как среди населения в целом, так и среди уязвимых групп.
- ▶ Концентрированная – распространенность ВИЧ не превышает 1% общей численности населения, однако превышает 5% в некоторых группах (например, среди секс-работников, ПИН, МСМ).
- ▶ Генерализованная – распространенность ВИЧ превышает 1% среди всего населения в целом.

Эффективность

Максимально возможный эффект метода лечения или лекарственного препарата, независимо от дозы. Например, эффективность антиретровирусного препарата – это максимальный положительный эффект, которого можно достичь при применении данного препарата вне зависимости от того, в каком количестве принимается препарат.

Ю

ЮНЭЙДС/UNAIDS

Эта аббревиатура обозначает «Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу». ЮНЭЙДС объединяет усилия и ресурсы десяти организаций ООН с целью противодействия распространению эпидемии ВИЧ/СПИДа в мире.

Справочная литература

Трансатлантические партнеры против СПИДа. *Информационный бюллетень* «О состоянии эпидемии ВИЧ/СПИДа в Российской Федерации и мерах по противодействию ее распространению». – М., 2006.

Доступно в Интернете:

- <http://www.hivpolicy.ru/publications/index.php?filter=searchin&type%5B%5D=851&geography%5B%5D=292&id=127>
Schuettler, Darren. «Abstinence, Condom Controversy Erupts at AIDS Meet». *Reuters* 12 July 2004.
- American Foundation for AIDS Research (Summer 2003). *Global Link: A Guide to International HIV/AIDS Research, Treatment, and Clinical Trials*. Vol. 2, No. 1.
- U.S. Department of Health and Human Services (DHHS) Centers for Disease Control and Prevention, Divisions of HIV/AIDS prevention. *Glossary of Epidemiology Terms* (March 2006), <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/EpiGlossary/glossary.htm>
- Foreman M. «ABC of HIV/AIDS» In Boafo, STK, Arnaldo, CA eds. *Media & HIV/AIDS in East and Southern Africa: A resource book*. UNESCO, 2000.
http://www.unesco.org/webworld/publications/media_aids/index.html
- U.S. Department of Health and Human Services (DHHS). *AIDSinfoGlossary* (October 2005), http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/GlossaryHIV-relatedTerms_FifthEdition_en.pdf
- Know HIV/AIDS. *Get the Facts: the basics*.
http://www.knowhivaids.org/facts_basics.html#q2
- Stine, G.J. *AIDS Update 2003*. New Jersey: Prentice Hall, 2003.
- UNAIDS. *Q&A II: Basic Facts about the HIV/AIDS Epidemic and its Impact*.
http://www.unaids.org/en/resources/questions_answers.asp
- UNAIDS. *Q&A III: Selected Issues: Prevention and Care*.
http://www.unaids.org/en/resources/questions_answers.asp
- UNAIDS. (1998) *Social marketing: An effective tool in the global response to HIV/AIDS*.
<http://www.unaids.org/publications/documents/supporting/communications/una98e26.pdf>
- United Nations Population Fund. (2003) «Promoting Healthier Behavior». In *State of the World Population 2003: Investing in Adolescents' Health and Rights*.
<http://www.unfpa.org/swp/swpmain.htm>
- World Health Organization and UNAIDS. (2002) *Second Generation Surveillance for HIV/AIDS*.
<http://www.who.int/hiv/topics/surveillance/2ndgen/en/>
- World Health Organization. *The «3 by 5» Target Newsletter*, February/July 2005.
- Ward, D.E. *AmFAR AIDS Handbook: The complete guide to understanding HIV/AIDS*. New York: W.W. Norton & Company, Inc., 1998.

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ

Сокращение	Расшифровка
3 x 5	Программа «три к пяти»
ABC	Воздержание, верность партнеру, использование презервативов
ADAP	Программа помощи по лекарствам против СПИДа
AZT	Зидовудин
CDC	Центр контроля и профилактики заболеваний (США)
DOTS	Краткосрочный курс лечения под непосредственным наблюдением
FDA	Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США
GNP+	Глобальная сеть людей, живущих с ВИЧ/СПИДом
GPA	Глобальная программа по СПИДУ
IAVI	Международная инициатива по разработке вакцины против СПИДа
ISC	Международный руководящий комитет по проблемам людей, живущих с ВИЧ/СПИДом
NAN	Национальная сеть по проблемам СПИДа
NAPWA	Национальная ассоциация людей, живущих с ВИЧ/СПИДом
PEPFAR	Президентский чрезвычайный план по борьбе со СПИДом (США)
RBM	Партнерство по борьбе с малярией (Roll Back Malaria Partnership)
ART, APV	Антиретровирусная терапия, антиретровирусный(ые) препарат(ы)
ВААРТ	Высокоактивная антиретровирусная терапия
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВССВ	Всероссийская сеть снижения вреда
ВТО	Всемирная торговая организация
Глобальный фонд	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией
ДКТ	Добровольное консультирование и тестирование
ЗТ	Заместительная терапия
ИП	Ингибитор протеазы
ИППП/ЗППП	Инфекции, передающиеся половым путем/ заболевания, передающиеся половым путем

Сокращение	Расшифровка
ИС	Ингибитор слияния, или ингибитор фузии
ИФА	Стандартный тест на ВИЧ: иммуноферментный анализ
КФД	Комбинации препаратов с фиксированной дозой
ЛЖВ/ЛЖВС	Люди, живущие с ВИЧ/СПИДом
МСМ	Мужчины, вступающие в сексуальные отношения с мужчинами
НИОТ	Нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы
ННИОТ	Ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы
ОИ	Опportunистические инфекции
ООН	Организация Объединенных Наций
ПВИ	Первичная ВИЧ-инфекция
ПИН	Потребитель инъекционных наркотиков
ПОШ	Программы обмена игл и шприцев
ПРООН	Программа развития ООН
ПЦР	Тест на ВИЧ: полимеразная цепная реакция
САД	СПИД-ассоциированная деменция
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
ТБ-МЛУ	Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью
УНП ООН	Управление ООН по наркотикам и преступности
ЮНЗЙДС	Объединенная программа ООН по СПИДу

ПРАВА ЧЕЛОВЕКА В КОНТЕКСТЕ ЭПИДЕМИИ ВИЧ/СПИДА

Общепризнанного определения прав человека не существует. Самое главное, что нужно помнить: права человека – это правила, относящиеся к так называемым «вертикальным» отношениям, то есть отношениям между **властью и человеком**. «Горизонтальные» же отношения, – отношения между людьми (родственниками, соседями, прохожими, партнерами) правами человека не регулируются.

Права человека являются универсальными моральными правами, которые принадлежат каждому лицу в его взаимоотношениях с государством.

Права и свободы человека – это пакет основных обязанностей государственной власти по отношению к подчиненным этой власти личностям (права) и запретов вмешательства власти в определенные сферы жизни людей (свободы).

Нужно четко понимать, что **нарушителем прав человека может быть только государство**, пусть даже в лице своих представителей.

Права человека неотъемлемы и универсальны, ими обладает каждый в силу того, что является человеком.

Права человека не зависят от конкретных обстоятельств и присущи любому человеку в любой ситуации как необходимые компоненты человеческого достоинства.

Эти права проистекают из самой природы человека, и поэтому их называют естественными правами. Человек обладает естественными правами от рождения и независимо от того, признаются ли они государством. Государство не может лишить человека его прав. Ограничения прав человека допускаются только на основании Конституции и закона.

Права человека являются составной частью системы современного права.

Права человека делятся на «права» и «свободы»

Права – это «позитивные правила». Они налагают на власть обязательства по отношению к каждому человеку.

Свободы – это «негативные правила». Они налагают на власть запрет вмешиваться в те или иные сферы нашей жизни. Например, свобода со-

вести – это запрет вмешательства государственной власти в вопросы религиозных убеждений человека.

Способы защиты прав и свобод человека

1. Национальное законодательство

Защита нарушенных прав всегда начинается внутри страны.

Перечень важнейших российских законодательных актов, связанных с тематикой прав человека, можно найти на портале «Права человека в России» (www.hro.org/docs/rlex/index.php).

2. Административные способы защиты

Согласно статье 33 Конституции РФ граждане «имеют право обращаться лично, а также направлять индивидуальные или коллективные обращения в государственные органы и органы местного самоуправления».

Это предполагает, что гражданин может подать жалобу на действие должностного лица или государственного органа в вышестоящий орган. Если причина нарушения прав человека в неграмотности чиновника, то вышестоящий начальник может его решение отменить.

К административным формам защиты прав человека также относится надзор со стороны прокуратуры за соблюдением законов всеми органами исполнительной власти. Надзор за соблюдением прав и свобод человека и гражданина является особым видом прокурорского надзора.

Прокурорский надзор в России может являться весьма действенным способом защиты прав граждан от нарушений со стороны властей. Органы прокуратуры обязаны проводить проверку и принимать меры по жалобам граждан, содержащим сведения о нарушении законов и прав человека.

3. Судебная форма защиты

Суд – это основной механизм защиты прав человека. Судьи независимы в своей деятельности и подчиняются только закону. Никто не вправе осуществлять воздействие на судей в какой бы то ни было форме. Эти принципы призваны обеспечить беспристрастность суда даже в тех случаях, когда он имеет дело, с одной стороны, с обычным человеком, а с другой стороны – с могущественным государством. Суд должен руководствоваться не телефонными указаниями сверху, а только нормами закона.

Реформа судебной системы в России идет, к сожалению, слишком медленно. Болезненный процесс становления независимой судебной власти происходит на наших глазах.

Судебную систему России составляют: конституционные суды во главе с Конституционным Судом Российской Федерации, арбитражные суды во главе с Высшим Арбитражным Судом Российской Федерации и суды общей

юрисдикции во главе с Верховным Судом Российской Федерации. Обязанность рассматривать обращения граждан возложена на каждый суд.

4. Иные способы защиты

Также защита прав человека осуществляется через институты Уполномоченного по правам человека, Комиссии по правам человека (в 2004 г. переименована в Совет при Президенте России по содействию развитию институтов гражданского общества и прав человека), а также через общественные организации.

Институт Уполномоченного по правам человека (омбудсмена) был закреплён Конституцией России в 1993 году.

Федеральный конституционный закон «Об Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации» был принят после процедур согласования Государственной Думой 25 декабря 1996 года, одобрен Советом Федерации 12 февраля 1997 года, подписан Президентом Российской Федерации 26 февраля 1997 года, официально опубликован и вступил в силу 4 марта 1997 года.

В классическом виде омбудсмен – это независимое должностное лицо, которое получает жалобы о действиях государственных чиновников, проверяет их и после проверки даёт рекомендации, не имеющие обязательной силы. Однако благодаря влиятельности и авторитетности института омбудсмена эти рекомендации в большинстве случаев выполняются.

Институт омбудсмена является важным инструментом, призванным обеспечить уважение к правам человека и закону в демократическом государстве.

5. Международная система защиты прав человека

В июне 1945 года, после разгрома фашистской Германии, в Сан-Франциско был утверждён устав Организации Объединённых Наций. Права человека упоминаются в нём семь раз.

Чуть позднее, в феврале 1946 года, Экономический и Социальный Совет ООН учредил Комиссию по правам человека. Тем самым был сделан важный шаг, гарантирующий, что в послевоенном мире защита индивидуальных прав и свобод станет одной из первостепенных задач.

В состав Комиссии вошли представители 18 стран мира. Именно им и принадлежит заслуга в создании **Всеобщей Декларации прав человека** (<http://www.un.org/russian/document/declarat/declhr.htm>).

6. Международные документы по правам человека:

Перечень документов можно найти на портале «Права человека в России» (www.hro.org/docs/illex/index.php).

7. Правозащитное движение

Международное признание прав человека стало мощным стимулом для развития неправительственного правозащитного движения. Десятки тысяч неправительственных организаций по всему миру занимаются проблемами прав человека. Их можно увидеть в горячих точках, на митингах протеста и, наконец, в будничной работе по защите нарушенных прав людей. Правозащитные организации используют в своей работе различные методы. Одни предоставляют людям, пострадавшим от институтов государственной власти, юридические консультации и защиту в суде. Другие ведут мониторинг прав человека – собирают информацию о нарушениях и составляют отчеты в области соблюдения прав человека. Некоторые занимаются просвещением – распространяют знания о правах человека. Таковы лишь отдельные примеры большой и подчас опасной работы неправительственных организаций по защите прав человека.

Сегодня правозащитное движение стало одним из главных гарантов прав человека. И это неслучайно: за соблюдение прав человека необходимо бороться постоянно, и заинтересовано в этом не государство, а прежде всего сами люди.

Права человека, которые непосредственно относятся к проблеме ВИЧ/СПИДа, и международные документы, их регламентирующие

Право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья

- Ст.25 Всеобщей Декларации прав человека;
- Ст.12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах;
- Ст.12 Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин;
- Ст.24 и 25 Конвенции о правах ребенка.

Право на получение информации и образования

- Ст.19 Всеобщей Декларации прав человека;
- Ст.17 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах;
- Ст.37 Конвенции о правах ребенка.

Право на неприкосновенность частной жизни

- Ст.8 Европейской Конвенции о защите прав человека;
- Ст.12 Всеобщей Декларации прав человека;

Ст.17 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах;

Ст.37 Конвенции о правах ребенка.

Право участвовать в научном прогрессе и пользоваться его благами

Ст.27 Всеобщей Декларации прав человека;

Ст.15 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах.

Запрещение дискриминации

Особое место в перечне прав занимает запрещение дискриминации, о чем говорит ст. 14 Европейской Конвенции. Статья трактует дискриминацию достаточно широко, указывая на ее недопустимость по признаку пола, расы, цвета кожи, языка, религии, политических или иных убеждений, национального или социального происхождения, принадлежности к национальным меньшинствам, имущественного положения или любым иным обстоятельствам. В этом плане положения Европейской Конвенции аналогичны положениям Всеобщей Декларации прав человека (ст. 2) или Международного пакта о гражданских и политических правах (ст. 2).

Нарушения прав человека в контексте эпидемии ВИЧ в России

В настоящее время по результатам проведенных исследований можно отметить нарушения следующих важнейших прав человека в отношении людей, живущих с ВИЧ:

- **Право на личную неприкосновенность (неприкосновенность частной жизни)**
 - ▶ обязательное тестирование на ВИЧ;
 - ▶ разглашение диагноза.

Международные стандарты и практика предусматривают очень ограниченное число случаев, при которых тестирование обязательно или при которых разрешено несанкционированное раскрытие ВИЧ-статуса.

- **Право на недискриминацию (запрещение дискриминации)**
- **Право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья**
 - ▶ отказ в предоставлении специальной и общей медицинской помощи;
 - ▶ дискриминация ВИЧ-положительных граждан при приеме на работу,

при осуществлении права на отдых (требование предоставить справки для посещения бассейна, покупки путевки в дом отдыха и т. д.), при устройстве ребенка в детские образовательные учреждения.

ВИЧ-статус зачастую становится основанием для отказа в равном доступе к медицинскому уходу и трудовой занятости. Но доказать и взыскать возмещение в случае дискриминации, связанной с ВИЧ, чрезвычайно сложно. Члены уязвимых групп (независимо от того, являются ли они ВИЧ-положительными) часто сталкиваются с дискриминацией, которой редко противостоят официальные лица. Проводимые общественными организациями исследования показывают, что потребителям наркотиков часто неофициально отказывают в предоставлении как специализированной, так и общей медицинской помощи.

– **Право на получение информации и образования**

- ▶ нехватка образовательных и профилактических программ в сфере ВИЧ/СПИДа;
- ▶ недостаточность правового просвещения для людей, живущих с ВИЧ, а также для медицинских и СПИД-сервисных организаций.

Отсутствие необходимой информации, а также существенные расхождения между полученными знаниями и практикой, наличие большого числа устойчивых стереотипов порождают дискриминацию.

СМИ, права человека и эпидемия ВИЧ/СПИДа

При отсутствии широкомасштабных государственных информационно-образовательных кампаний основными поставщиками сведений в области ВИЧ/СПИДа являются средства массовой информации. Сами СМИ, опубликовав недостоверные сведения или сведения, способствующие разглашению статуса, права человека нарушить не могут, так как права человека – это отношения между государством и человеком. В то же время СМИ, безусловно, могут способствовать уменьшению или увеличению количества нарушений в области прав человека. Бывает, что СМИ нарушают права граждан, закрепленные законодательством РФ, но в таких ситуациях речь должна идти о нарушении уголовного или административного права, а не прав человека.

Неприкосновенность частной жизни. Конфиденциальность

Нарушение неприкосновенности частной жизни – незаконный сбор или распространение сведений о частной жизни лица, составляющих личную или семейную тайну, без его согласия, либо распространение этих сведений в публичном выступлении, публично демонстрирующемся произведении или средствах массовой информации.

Ст. 137 УК РФ

- ▶ личную тайну составляют следующие сведения: частная жизнь, врачебная тайна, банковские, нотариальные, персональные данные;
- ▶ семейную тайну составляют сведения об усыновлении, сведения из органов ЗАГС.

Ст. 41 Закона о СМИ

- ▶ редакция издания не вправе разглашать в распространяемых сообщениях и материалах сведения, предоставленные гражданином с условием сохранения их в тайне;
- ▶ редакция обязана сохранять в тайне источник информации и не вправе называть лицо, предоставившее сведения с условием неразглашения его имени, за исключением случаев, когда соответствующее требование поступило от суда в связи с находящимся в его производстве делом.

К области нарушений прав человека относятся такие ситуации, когда государство способствует попаданию в СМИ сведений, нарушающих неприкосновенность личной жизни.

В качестве такого примера можно привести дело г-жи Z против правительства Финляндии.

Выдержки из решения Европейского суда по делу г-жи Z против Финляндии

Судебное решение от 25 февраля 1997 г.

Заявитель – финская гражданка, была замужем за X. Они развелись в сентябре 1995 г. Оба ВИЧ-положительные.

В период с декабря 1991 г. по сентябрь 1992 г. г-н X совершил ряд преступлений сексуального характера. 10 марта 1992 г. он был приговорен за изнасилование к лишению свободы с отсрочкой исполнения наказания, а позже был обвинен в нескольких покушениях на непреднамеренное убийство, поскольку сознательно подвергал свои жертвы риску заражения ВИЧ. С 19 марта 1992 г. ему было известно, что результаты его анализа крови на ВИЧ положительные.

В ходе уголовных процессов в городском суде Хельсинки психиатр и ряд врачей, которые лечили заявителя, были вынуждены дать показания о заболевании заявителя. Сама г-жа Z отказалась давать показания, а показания врачей были необходимы, чтобы установить дату, когда г-н X впервые узнал или имел основания подозревать, что он инфицирован ВИЧ. Кроме того, истории болезни г-на X и г-жи Z были изъяты во время полицейского обыска в больнице, где они оба лечились, и фотокопии этих документов были приобщены к материалам дела. Хотя слушания были закрытыми, отчеты о судебных заседаниях появлялись в крупных газетах по крайней мере два раза.

В жалобе, поданной в Комиссию 21 мая 1993 г., заявительница утверждала, что нарушено право на уважение личной и семейной жизни (ст. 8 Конвенции). Жалоба была признана приемлемой 28 февраля 1995 г.

Комиссия в докладе от 2 декабря 1995 г. установила обстоятельства дела и единогласно пришла к выводу, что имело место нарушение статьи 8.

В жалобе в Комиссию заявитель указала среди прочего на бездействии финских властей, допустивших разглашение в прессе ее полного имени как человека, живущего с ВИЧ (медицинского диагноза), а также на факт расторжения с ней трудового договора. Она утверждала, что информация, о которой идет речь, просочилась в прессу при помощи полиции или других государственных органов.

В своей записке в суд заявитель пыталась разъяснить свою позицию. Предмет ее жалобы – не освещение процесса в прессе и не увольнение ее с работы, а только **утечка информации по вине государства-ответчика**. Сам этот факт был, по ее мнению, нарушением статьи 8.

Однако правительство, ссылаясь на очевидность обстоятельств, сочло жалобу лишенной всякого реального содержания.

Решение

Суд принимает во внимание фундаментальное значение защиты сведений личного характера, причем не только медицинских, для осуществления права на уважение личной и семейной жизни, как это гарантируется статьей 8 Конвенции. Уважение тайны данных о здоровье человека является важнейшим принципом правовых систем всех участников Конвенции. Важно не только уважать личную жизнь больных, но также сохранять их доверие к врачебному корпусу и службе здоровья в целом.

Без такой защиты те, кто нуждается в медицинской помощи, могут воздержаться от сообщения информации личного или интимного характера, необходимой для должного лечения, и даже от обращения за такой помощью, тем самым ставя под угрозу свое собственное здоровье, а в случае инфекционных болезней и здоровье общества.

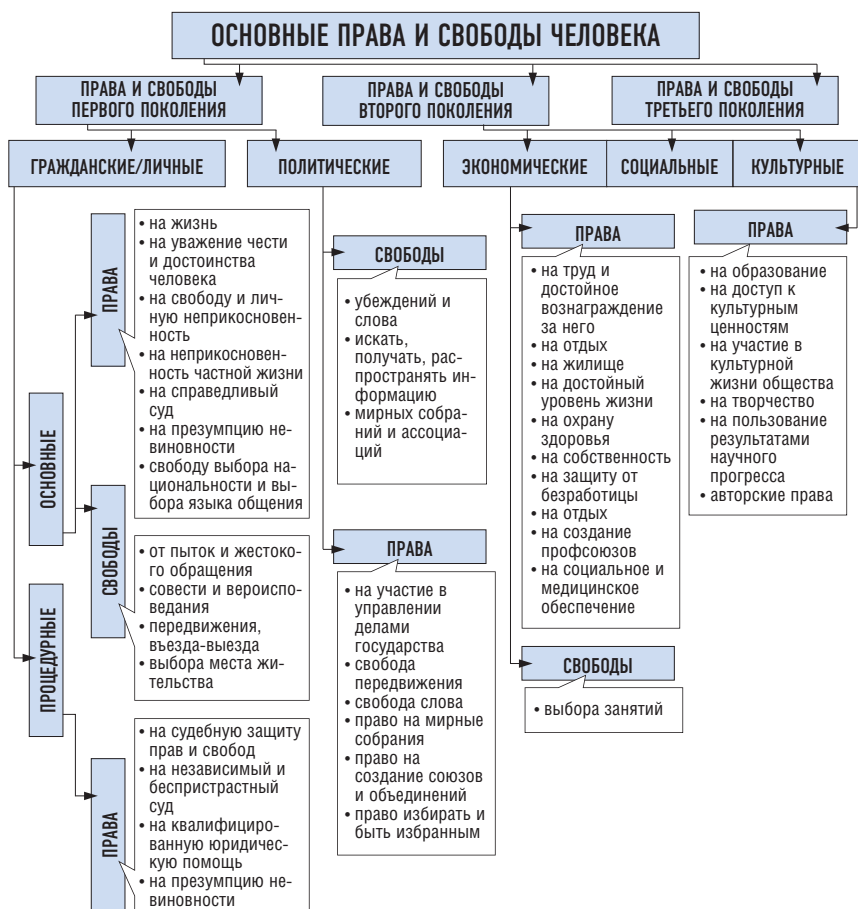
Поэтому внутреннее законодательство должно предоставлять гарантии для предотвращения распространения или разглашения тех сведений о здоровье человека, неприкосновенность которых гарантируется статьей 8.

Вышеназванные соображения особенно важны в отношении защиты тайны сведений о людях, живущих с ВИЧ. Разглашение таких сведений может решающим образом повлиять на их личную и семейную жизнь, социальное положение и профессиональную деятельность, а также подвергнуть их риску остракизма.

Суд постановил единогласно: государство-ответчик должно заплатить заявителю не позднее чем в течение трех месяцев 100 000 (сто тысяч)

финских марок в качестве возмещения морального вреда, а также оплатить судебные расходы и издержки в размере 160 000 (сто шестьдесят тысяч) финских марок с учетом НДС, за вычетом 10 835 (десять тысяч восемьсот тридцать пять) французских франков.

Необходимо помнить об особой ответственности СМИ за соблюдение прав человека в контексте проблемы ВИЧ/СПИДа в России. СМИ формируют или развеивают мифы, сложившиеся вокруг СПИДа, они могут провести независимое журналистское расследование и донести до широкой общественности его результаты, тем самым помогая предотвращать нарушения прав человека, а также способствуя проявлению большей активности людей, живущих с ВИЧ, и их близких в отстаивании своих прав.



МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ

ЛЕЧЕНИЕ ВИЧ/СПИДА. ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

(информация предназначена для неспециалистов в области лечения ВИЧ/СПИДа)

Есть ли способы эффективного лечения ВИЧ/СПИДа?

Да, такие методы существуют с начала 1990-х годов, когда специалисты в США начали применять комбинации из препаратов, блокирующих работу ферментов вируса иммунодефицита человека, без которых невозможно его размножение. В научной литературе такие комбинации называют «высокоактивная антиретровирусная терапия», или ВААРТ.

Возможно ли полное исцеление от ВИЧ-инфекции?

В настоящее время это, к сожалению, невозможно. Основной целью терапии на сегодня остается:

- ▶ максимальное продление жизни человека, живущего с ВИЧ;
- ▶ повышение качества жизни и продление трудоспособного периода жизни;
- ▶ предотвращение развития тяжелого иммунодефицита и его последствий в виде оппортунистических инфекций (пневмоцистная пневмония, грибковые поражения, цитомегаловирусная инфекция и др.) и опухолей (саркома Капоши и др.);
- ▶ снижение риска дальнейшей передачи ВИЧ за счет снижения концентрации вируса в крови и других средах (при правильном подборе препаратов и хорошей приверженности к терапии концентрация вируса снижается в крови до неопределяемого уровня).

Каковы основные трудности в лечении ВИЧ-инфекции?

Лечение пока остается пожизненным. Некоторые схемы довольно сложны для постоянного применения, так как необходим прием большого количества таблеток, привязка к приему пищи, соблюдение определенной диеты и т. д.

Антиретровирусные препараты обладают побочными эффектами, иногда не позволяющими продолжать лечение и требующими смены терапии.

ВИЧ быстро вырабатывает устойчивость к препаратам при нарушении режима или прекращении терапии.

Лечение дорогостоящее и требует регулярного лабораторного контроля, осуществление которого возможно только при наличии хорошо оснащенных лабораторий и опытных специалистов.

Имеются ли в России дополнительные трудности в лечении ВИЧ/СПИДа?

Большинство людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), – это молодежь, получившая инфекцию при инъекционном употреблении наркотиков. Среди тех, кто продолжает прием наркотиков, бывает сложно добиться хорошей приверженности к терапии, а следовательно, высок риск быстрого развития штаммов ВИЧ с множественной лекарственной устойчивостью. Программы медикаментозной поддерживающей терапии (т.н. заместительной терапии) среди наркозависимых с целью прекращения инъекционного употребления наркотиков в России запрещены (<http://www.hivpolicy.ru/documents/index.php?filter=searchin&type%5B%5D=272&geography%5B%5D=292&id=711>).

Система услуг по профилактике и предоставлению медицинской помощи ЛЖВ в России была создана более 15 лет назад и нуждается в реформировании и дополнительном финансировании для того, чтобы обеспечить медицинскую помощь и уход резко возросшему количеству пациентов, нуждающихся в наблюдении и лечении.

Почему стоимость оригинальных препаратов для лечения ВИЧ/СПИДа так высока?

Разработка препаратов и внедрение их в практическое здравоохранение требует серьезных затрат. Для разработки и доведения до практического использования одного препарата фармацевтические компании тратят до 800 млн. долларов США. Внедрение препарата в практику может занять 8-15 лет. Нередко разработки прерываются на середине пути в результате обнаружения побочных эффектов, угрожающих здоровью пациента, или в результате того, что препарат не оправдывает ожиданий с точки зрения его эффективности.

Почему в развивающихся странах стоимость лечения ВИЧ/СПИДа в несколько раз ниже, чем в развитых?

В странах Африки и некоторых развивающихся странах Южной Америки и Юго-Восточной Азии, где эпидемия ВИЧ-инфекции приобрела масштабы национальной катастрофы, в рамках международных соглашений было разрешено производить и покупать копии оригинальных препаратов, на которые не истекли сроки патентной защиты.

Какова ситуация с ценами на АРВТ в России?

В России до 2006 года цены на АРВ-препараты были близки к европейским, и лечение получали не более 6 тысяч пациентов (более 70% из них в Москве, Московской области и Санкт-Петербурге).

Но уже в 2004 году начал реализовываться пятилетний проект

«ГЛОБУС», в рамках которого до конца 2009 года планируется обеспечить лечением 4500 пациентов. Представителям Открытого Института Здоровья (ОИЗ) удалось добиться снижения цены на основные схемы АРВ-терапии до 1300 долларов США в год на одного пациента.

В 2005 году фонд «Российское здравоохранение» начал реализацию проекта обеспечения АРВ-терапией населения РФ, финансируемого Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. В рамках данного проекта, рассчитанного на пятилетний срок, предполагается обеспечить лечением 74 тыс. пациентов.

2006 год стал переломным и по масштабу государственных средств, выделяемых на борьбу с ВИЧ-инфекцией в России. По сравнению с 2005 годом объем государственных расходов на решение проблемы ВИЧ/СПИДа в 2006 году был увеличен в двадцать пять раз, что позволяет обеспечить лечением и диагностикой 20 000 пациентов во всех регионах России.

Повышение доступности АРВ-терапии стало возможным благодаря межсекторному взаимодействию государственного, частного и негосударственного секторов. С учетом увеличения доступности АРВ-терапии в России все более актуальным становится вопрос готовности специалистов и самих пациентов к лечению.

Неподготовленность и ошибки в подборе комбинаций препаратов и соблюдении режима неминуемо приведут к развитию множественной устойчивости ВИЧ и к очень серьезным проблемам с лечением в дальнейшем. В этом случае также очень высока вероятность повышения частоты инфицирования штаммами вируса, устойчивыми к лекарственным препаратам.

Существуют ли новые разработки в области лечения ВИЧ/СПИДа?

Есть ли перспектива создания лекарств, полностью удаляющих ВИЧ из организма?

В области разработок новых препаратов сфера ВИЧ – самая быстро-развивающаяся. Ежегодно во всем мире в практическое здравоохранение приходят новые препараты.

Продолжается разработка новых классов препаратов, например средств, блокирующих интегразу ВИЧ (фермент, без которого невозможно внедрение генетического материала вируса в геном клетки человека), а также новых препаратов из уже известных классов, обладающих более выраженным действием на ВИЧ и меньшим количеством побочных эффектов.

Сложность задачи полного удаления ВИЧ из организма заключается в том, что вирус может длительное время находиться в неактивированных

клетках иммунной системы, где известные на сегодня препараты не могут его «достать». В настоящее время ведутся научные исследования в данной области, но до внедрения этих разработок в практику могут пройти многие годы.

Каковы перспективы создания вакцины против ВИЧ?

Создание вакцины против ВИЧ – одна из сложнейших задач. ВИЧ, как и вирус гепатита С, не имеет системы генетического контроля и воспроизводит тысячи мутантных копий, имеющих отличия от первоначального варианта. Именно вследствие этой особенности иммунная система не может обеспечить эффективный ответ на вторжение вирусов.

Разработка вакцин ведется в различных направлениях – от использования вируса со строением, близким к ВИЧ, но не вызывающим заболевания у человека, до создания наиболее стабильных частичек ВИЧ (антигенов) методом генной инженерии.

ДОСТУП К ЛЕЧЕНИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ) на данный момент является единственным эффективным методом лечения ВИЧ-инфекции. Антиретровирусные препараты препятствуют размножению вируса иммунодефицита человека в организме, восстанавливают работу иммунной системы, предотвращают переход ВИЧ-инфекции в стадию СПИДа, а также сводят к минимуму риск появления сопутствующих ВИЧ-инфекции заболеваний.

Благодаря ВААРТ люди, живущие с ВИЧ, могут жить полноценной, активной жизнью в течение неограниченного периода времени, а ВИЧ-инфекция может считаться не «смертельным», а хроническим заболеванием.

Обеспечение доступа к бесплатной антиретровирусной терапии приводит к радикальному снижению смертности от СПИДа. Так, например, в Бразилии благодаря государственной программе стопроцентного доступа к бесплатной ВААРТ с 1994 по 2000 год удалось предотвратить более 100 тысяч смертей, которые неизбежно последовали бы в результате эпидемии ВИЧ/СПИДа.

Во всем мире только 10% ВИЧ-положительных людей, нуждающихся в лечении, имеют доступ к антиретровирусным препаратам. В России антиретровирусная терапия впервые стала доступна в Москве, в последнее время кардинально расширяется доступ и во всех остальных регионах РФ.

Доступ к ВААРТ экономически выгоден

Помимо очевидной пользы для человека, живущего с ВИЧ, и его ближайшего окружения, антиретровирусная терапия также является экономи-

чески эффективным методом лечения. Экономическая эффективность лечения означает, что затраты на ВААРТ и, соответственно, на продление жизни человека, оказываются ниже, чем затраты на медицинские расходы при отсутствии этого лечения. Экономическая эффективность определяется при сравнении разных методов или подходов к лечению заболевания. При этом не учитываются такие плюсы лечения, как повышение качества жизни и сохранение работоспособности, хотя это тоже немаловажные факторы экономической рентабельности.

Например, если ВИЧ-положительный человек знает, что терапия недолгоступна и срок его жизни, возможно, отмерен несколькими годами, он неизбежно теряет интерес к участию в жизни общества, утрачивает желание учиться, повышать свою квалификацию. В итоге качество его труда будет снижаться. Вряд ли в этой ситуации он будет видеть смысл в том, чтобы копить деньги, и это значит, что инвестиции в банковских системах тоже будут снижаться.

ВААРТ позволяет предотвратить появление сопутствующих заболеваний, которые возникают на фоне сниженного иммунитета на стадии СПИДа, и госпитализацию пациентов с ВИЧ. Таким образом, своевременное предоставление ВААРТ всем нуждающимся позволяет в будущем избежать огромных затрат общественного здравоохранения в связи с госпитализацией и дорогостоящим лечением сопутствующих инфекций у пациентов с ВИЧ.

Врачи, политики, финансисты и рядовые налогоплательщики хотят быть уверены в том, что деньги, которые тратятся на лечение ВИЧ-инфекции, оправдывали себя и не были лишним бременем для экономики государства. Проведенные исследования доказали экономическую эффективность ВААРТ и сделали очевидным вывод о том, что если ВИЧ-инфекцию не лечить, в дальнейшем затраты государства на борьбу с эпидемией ВИЧ/СПИДа будут гораздо выше.

Хотя антиретровирусная терапия требует немалых вложений, она, тем не менее, резко снижает другие расходы, связанные с медицинским уходом. В некоторых регионах, где ВААРТ стала доступна, удалось снизить расходы местных бюджетов на медицинскую помощь.

Сохраняются ценные человеческие жизни

По данным ООН, в мире от заболеваний, связанных со СПИДом, уже умерло более 25 миллионов человек. Каждая человеческая смерть является трагедией. Кроме того, государство теряет ценных специалистов во всех профессиональных областях, что ставит под угрозу сферу труда и означает рост экономического бремени.

Антиретровирусная терапия способна предотвратить сокращение рынка квалифицированной рабочей силы в различных сферах труда и нехват-

ку специалистов, которая по мере развития эпидемии может стать неизбежной. Например, по данным исследований, проведенных в африканских странах, от 19% до 53% всех смертей среди сотрудников государственных медицинских учреждений связаны со СПИДом. При этом скорость распространения эпидемии опережает темпы подготовки работников сектора здравоохранения.

Отсутствие доступа к лечению особенно негативно влияет на уровень смертности в развивающихся странах. В странах с низким и средним уровнем доходов смертность в возрастной группе 15-49 лет сегодня почти в 20 раз выше, чем в промышленно развитых странах. В ближайшее время средняя продолжительность жизни в Замбии, Зимбабве и Свазиленде, по прогнозам, составит меньше 35 лет, если не будут внедрены программы антиретровирусного лечения.

Уменьшается экономическое и социальное бремя для людей без ВИЧ

В случае смерти или потери работоспособности людей, живущих с ВИЧ, другие работники будут вынуждены взять на себя повышенную нагрузку, поскольку их коллеги будут оставлять свои рабочие места. Взрослые члены семьи человека с ВИЧ возьмут на себя бремя по уходу за ним в случае тяжелой болезни, что может привести к увольнению с работы и снижению уровня жизни.

Таким образом, снижая заболеваемость и смертность среди людей, живущих с ВИЧ, антиретровирусная терапия также сохраняет качество жизни людей без ВИЧ.

Предотвращается сиротство в связи с потерей родителей по причинам, связанным с ВИЧ

Большинство детей, рожденных от ВИЧ-положительных матерей, живет в семьях вместе с родителями. Даже если у ребенка нет вируса, наличие ВИЧ у одного или обоих родителей означает, что без доступа к ВААРТ ребенок может остаться сиротой.

В странах с высоким уровнем распространения ВИЧ сиротство, связанное с эпидемией СПИДа, уже является серьезной угрозой социальной стабильности государства.

ВААРТ сохраняет жизнь и здоровье родителей, тем самым позволяя детям получать должный уход, воспитание и доступ к образованию.

Уменьшается бремя и ограничения для женщин

Женщины намного больше подвержены влиянию эпидемии в силу традиционного разделения гендерных ролей. В случае болезни члена семьи ухаживать за ним, скорее всего, будет женщина. Поэтому девочки и моло-

дые женщины нередко вынуждены отказываться от дальнейшего образования и/или карьеры из-за необходимости ухаживать за близким человеком. Пожилые женщины зачастую несут на себе нагрузку по уходу за заболевшими взрослыми детьми, а после их смерти заменяют родителей для их осиротевших детей. Зачастую они должны также зарабатывать средства к существованию и обеспечивать семьи.

Таким образом, предотвращая смертность и заболеваемость, ВААРТ расширяет возможности социального и культурного развития для женщин и девочек.

Сокращаются предрассудки в отношении ВИЧ

ВААРТ не только предотвращает смерти людей, но и влияет на моральный климат в обществе, изменяя отношение людей к ВИЧ-инфекции как таковой. Предрассудки в отношении ВИЧ являются одним из главных препятствий в профилактике и лечении ВИЧ-инфекции, так как люди считают, что эпидемия никогда не коснется их и их близких. Эти же предрассудки приводят к дискриминации и нарушениям прав людей с ВИЧ.

Антиретровирусная терапия может уменьшить страхи общества перед ВИЧ-инфекцией, которая перестает восприниматься как «страшная болезнь» и ассоциироваться с неизбежной смертью. Многие эксперты предполагают, что это улучшит отношение к людям с ВИЧ в обществе и снизит уровень предубеждения в целом.

Все большее число людей проходит тесты на ВИЧ

Тестирование на ВИЧ и сопровождающее его консультирование являются важной частью профилактики, ухода и борьбы с ВИЧ/СПИДом. Однако большинство людей не спешит узнать свой ВИЧ-статус. Так, исследование среди южноафриканских мужчин показало, что хотя 69% считали, что у них был риск получения ВИЧ, только 20% согласились пройти тестирование.

Предполагается, что человеку будет легче решиться сдать тест на ВИЧ в случае, если он уверен, что ему будет предоставлено лечение, сохраняющее жизнь и здоровье. Это предположение подтверждается данными различных исследований, показывающих, что чем больше люди знают о возможностях лечения ВИЧ-инфекции, тем чаще они делают тесты на ВИЧ.

Предотвращаются новые случаи передачи ВИЧ

Антиретровирусная терапия играет важную роль не только в лечении, но и в профилактике ВИЧ-инфекции. Антиретровирусные препараты могут использоваться как средство профилактики напрямую в следующих случаях:

- ▶ Назначение антиретровирусных препаратов во время беременности позволяет предотвратить передачу ВИЧ от матери ребенку. Ис-

следования показывают, что с помощью антиретровирусной терапии можно уменьшить риск передачи вируса ребенку во время беременности и родов до 1-2%.

- ▶ Курс антиретровирусной терапии может использоваться как постконтактная профилактика, то есть как способ снизить вероятность инфицирования уже после рискованной ситуации. Во многих странах сейчас существуют программы постконтактной профилактики для медицинских работников, у которых был профессиональный риск инфицирования, а также для лиц, подвергшихся изнасилованию.
- ▶ Антиретровирусные препараты снижают количество вируса в крови до неопределяемого тестами уровня. Это, в свою очередь, уменьшает риск передачи ВИЧ в случае опасного (незащищенного) секса или употребления инъекционных наркотиков. Особенно важно уменьшение риска передачи ВИЧ для дискордантных пар, то есть для семейных пар людей с разным ВИЧ-статусом. Такие пары могут практиковать опасный секс по разным причинам, например, для зачатия ребенка, и применение ВААРТ может уменьшить риск для второго партнера.

Часто высказывается следующее опасение: в случае доступности ВААРТ люди будут считать, что у них есть «средство от СПИДа», и это поощрит рискованное поведение. Однако исследования показывают, что рискованное поведение и доступ к ВААРТ – два независимых друг от друга фактора. Более того, ВААРТ может косвенно способствовать профилактике ВИЧ, так как при этом уменьшаются предрассудки в отношении ВИЧ/СПИДа и все большее число людей соглашаются пройти тестирование на ВИЧ.

Совершенствуется система медицинского ухода в целом

Имеющиеся данные показывают, что внедрение ВААРТ приводит к усилению системы здравоохранения в целом, а также к совершенствованию фармацевтической сферы. В частности, происходят следующие изменения:

- ▶ Медицинские работники становятся в большей мере преданными своему делу. Когда у врачей появляется возможность предложить пациентам эффективное лечение, они реже уходят из сферы ВИЧ/СПИДа и демонстрируют большую заинтересованность и инициативность.
- ▶ Улучшаются взаимоотношения врачей и пациентов.
- ▶ При расширении доступа к ВААРТ развивается партнерство между различными учреждениями здравоохранения.
- ▶ Различные общественные и государственные структуры более активно вовлекаются в борьбу с ВИЧ/СПИДом, что повышает эффективность усилий в этой области в целом.

Так, пилотные программы по доступу к лечению в Таиланде и Уганде продемонстрировали, что внедрение ВААРТ приводит к укреплению всей системы медицинского обслуживания в сфере ВИЧ/СПИДа.

Что нужно помимо ВААРТ

Обычно когда говорится о доступе к лечению ВИЧ-инфекции, имеется в виду только антиретровирусная терапия. Это действительно самый эффективный метод лечения ВИЧ-инфекции, и доступ к нему имеет принципиальное значение.

Однако существуют и другие условия, необходимые для сохранения здоровья людей с ВИЧ:

- ▶ Добровольное тестирование и консультирование, которое поможет человеку получать в случае необходимости медицинскую помощь.
- ▶ Профилактика и лечение сопутствующих инфекций, возникающих на фоне сниженного иммунитета у людей, живущих с ВИЧ.
- ▶ Борьба с предрассудками в отношении ВИЧ, особенно в медицинских учреждениях, ведущими к тому, что людям, живущим с ВИЧ, отказывают в общей медицинской помощи. Часто из-за дискриминации в медицинских учреждениях люди с ВИЧ лишаются доступа к элементарным медицинским услугам, хирургическим операциям и стоматологической помощи.
- ▶ Внедрение эффективных программ приверженности к лечению. При отсутствии приверженности антиретровирусные препараты не могут принести желаемого результата.
- ▶ Качественное и комплексное лечение наркозависимости, программы снижения вреда от употребления наркотиков, программы медикаментозной поддерживающей терапии (заместительной терапии) для профилактики дальнейшего распространения ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, консультации по медицинским вопросам и другие лечебно-профилактические услуги для потребителей инъекционных наркотиков.
- ▶ Службы психосоциальной поддержки для людей, живущих с ВИЧ, и их близких, позволяющие уменьшить стресс, депрессию и решить социальные проблемы, которые могут препятствовать заботе о здоровье.

Следует понимать, что перечисленные выше компоненты являются необходимой частью программ по доступу к лечению, а не их заменой. Выполнение этих условий – хорошая основа для внедрения программ лечения антиретровирусными препаратами, способствующая повышению их эффективности.

Что включает доступ к лечению

Для того, чтобы лечение ВИЧ-инфекции стало действительно эффективным и доступным для всех, необходимы следующие компоненты:

- ▶ Доступность самих препаратов. Обычно отсутствие доступа к бесплатным препаратам считается главной проблемой доступа к лечению, однако решение этой проблемы не является единственным условием.
- ▶ Исследования и мониторинг ситуации с лечением людей, живущих с ВИЧ, своевременное выявление возможных проблем и региональных особенностей.
- ▶ Поддержка приверженности к лечению ВИЧ-инфекции. Приверженность – это осознанное, активное и аккуратное участие пациента в своем лечении. В отношении ВААРТ это, прежде всего, способность пациента всегда вовремя принимать препараты. Недостаточная приверженность к лечению может привести к выработке и распространению резистентности, то есть устойчивости вируса к лекарственным препаратам. Различные услуги могут содействовать повышению приверженности (системы напоминания о приеме препаратов, консультирование, обучение и т. д.).
- ▶ Удобная инфраструктура для медицинского ухода, которая гарантирует, что пациент сможет регулярно посещать медицинское учреждение, сдавать все необходимые анализы и получать лекарственные препараты.
- ▶ Доступность информации о лечении. Информация нужна и медикам, и пациентам, что поможет им сотрудничать друг с другом в обеспечении адекватного лечения, оптимального для пациента. Без необходимой информации всегда остается риск неправильного лечения, врачебных ошибок, дискриминации по отношению к пациенту со стороны врачей, отсутствия лечения в принципе, а также низкой приверженности к лечению.
- ▶ Отсутствие дискриминации при назначении лечения. Очень часто медицинские учреждения в России не учитывают специфику или отказывают в услугах отдельным стигматизированным группам населения, допуская дискриминацию по возрастным признакам, профессии или роду деятельности, социальному статусу и пр. Представители таких групп сталкиваются с еще большими барьерами при получении лечения. В России и других странах бывшего Советского Союза потребители инъекционных наркотиков обычно лишаются возможности получать антиретровирусные препараты, так как считается, что они не способны соблюдать сложный режим лечения. Однако исследования показывают, что потребители наркотиков могут соблюдать режим ле-

чения, а специальные мероприятия и услуги могут повысить приверженность и эффективность ВААРТ в этой целевой группе.

Следует также помнить, что политическая обстановка и экономическая ситуация быстро меняются. Эти изменения могут сделать антиретровирусное лечение более доступным, чем раньше. Но для того, чтобы антиретровирусные препараты действительно стали доступны, общество необходимо подготовить к ним.

Как можно снизить стоимость лечения

Одна из основных проблем, являющихся причиной недостаточного доступа к лечению ВИЧ-инфекции, – слишком высокая стоимость препаратов. Соответственно, главные меры по увеличению доступности терапии – выделение дополнительных средств на лечение и снижение стоимости лекарств. Многие страны с низким и даже средним уровнем доходов в принципе не могут обеспечить всех нуждающихся терапией по существующим ценам. Для уменьшения стоимости существует несколько подходов.

Прежде всего, это производство или закупка так называемых дженериков (или генериков). Согласно международным законам изготовитель препарата может в течение двадцати лет сохранять эксклюзивное право на производство того или иного лекарства. Только по истечении этого срока другие фирмы могут производить данный препарат. При этом цена на патентованный препарат очень часто является завышенной вследствие этой эксклюзивности, а также в связи с тем, что компания вкладывает средства в разработку препарата.

Тем не менее, патент на препарат можно нарушить, но только путем принятия соответствующего решения на государственном уровне о признании в стране чрезвычайного положения в связи с эпидемией ВИЧ/СПИДа. В ноябре 2001 года участниками встречи Всемирной торговой организации (ВТО) было признано, что все страны имеют право предоставлять принудительные лицензии и определять для себя статус чрезвычайного положения в связи с ВИЧ/СПИДом. Страна может отвергнуть эксклюзивные права владельца патента и «принудительно» дать лицензию другому изготовителю, если правительство примет решение о необходимости данного шага. Это исключительная мера, и она возможна, только если производство данного препарата является необходимостью для страны. Препарат, который начинают производить в этом случае, называется дженериком (генериком). Так, в ряде стран местным производителям разрешили изготавливать лекарства против ВИЧ на основании того, что эпидемия является угрозой национальной безопасности государства. Примером такого подхода является Бразилия, которая смогла обеспечить всех ВИЧ-положительных граждан бесплатной антиретровирусной терапией именно благодаря отечественному производству дженериков.

Этот подход наиболее эффективен для снижения стоимости, однако фармацевтические компании активно выступают против принудительного лицензирования, утверждая, что такие лицензии будут замедлять разработку новых лекарств. Как ни странно, некоторые из наиболее популярных антиретровирусных препаратов (AZT, d4T, ddI) не были разработаны компаниями, которые обладают патентами на их производство, патенты на них были куплены у правительственных американских организаций.

В ноябре 2001 года участниками встречи Всемирной торговой организации (ВТО) было признано, что все страны имеют право предоставлять принудительные лицензии и определять для себя статус чрезвычайного положения в связи с ВИЧ/СПИДом. Зимбабве стала первой страной, которая воспользовалась этим правом.

Однако дженерики – не единственный подход к решению проблемы. Существуют и другие способы обеспечить доступ к АРВ-терапии:

- ▶ Уменьшение долгового бремени. Беднейшие страны мира не могут обеспечить нормальную охрану здоровья своих граждан из-за необходимости погашения долга богатым странам. «Прощение» долгов при условии того, что средства будут направляться на борьбу с эпидемией, может стать решением проблемы.
- ▶ Переговоры с транснациональными фармацевтическими компаниями. Активисты, правительства, международные организации могут вести переговоры с компаниями-производителями о снижении цен на АРВ-препараты. Ряд компаний-производителей уже снизили цены в результате такого лоббирования, по крайней мере, для стран с низким уровнем дохода.
- ▶ Параллельный импорт. Этот способ предполагает импорт патентованных препаратов из стран, где их стоимость значительно ниже. Этот способ становится все более популярен, несмотря на протесты фармацевтических компаний.
- ▶ Освобождение ВААРТ от НДС и таможенных сборов. В настоящее время таможенные сборы и НДС составляют до 22% стоимости ВААРТ в России. Так как ВИЧ-инфекция представляет серьезную угрозу национальной безопасности, исключительное освобождение ВААРТ от всех налогов, сборов и тарифов может быть оправдано.
- ▶ Объединенное приобретение. Страны могут совместно приобретать патентованные препараты, вместе договариваясь о более выгодной цене. Например, в Карибском бассейне целых семь государств смогли уменьшить цены на препараты в среднем на 50% в результате совместного приобретения. Такой же эффект может дать приобретение препаратов международными организациями.

Таким образом, снижение цен на антиретровирусную терапию является вполне реальным. Главная проблема заключается в том, что каждый из этих подходов требует политической воли и действий на национальном уровне. Именно этого зачастую недостает для изменения ситуации.

Роль людей, живущих с ВИЧ, в решении проблем обеспечения доступа к лечению

Люди, живущие с ВИЧ, не просто принимают лекарства. Они также могут быть вовлечены в процесс обеспечения и улучшения доступа к услугам по профилактике, лечению, уходу и поддержке на всех уровнях. Например, ВИЧ-положительные люди могут, основываясь на своих знаниях и личном опыте жизни с ВИЧ, оказывать консультационные услуги по принципу «равный-равному». Участие людей с ВИЧ имеет значение не только на стадии реализации программ, но и на стадии их разработки, особенно если речь идет о том, чтобы сделать службы более адекватными и адаптированными для людей с ВИЧ. В данной области ВИЧ-положительные применяют как специальные знания и навыки, так и свой непосредственный опыт, например, касающийся заботы о здоровье, минимизации побочных эффектов и соблюдения режима лечения. С другой стороны, во многих странах люди с ВИЧ играют важнейшую роль в лоббировании интересов общества по обеспечению доступа к лечению.

Без участия ВИЧ-положительных людей невозможен и мониторинг качества и доступности необходимых услуг, в частности, лечения.

Роль людей с ВИЧ в глобальной борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИДа признана на международном уровне. В 1994 году на Парижском саммите по СПИДу правительства 42 стран, включая Россию, приняли декларацию, обозначившую необходимость вовлечения ЛЖВ в противодействие эпидемии на всех уровнях (принцип GIPA: расширение участия людей, живущих с ВИЧ).

Исследование, проведенное в Эквадоре, показало, что участие людей с ВИЧ в принятии решений помогло увеличить доступ к препаратам. В Замбии вовлечение людей с ВИЧ в программы профилактики помогло обеспечить более раннюю диагностику ВИЧ-инфекции, повысив обращаемость людей в медучреждения на начальных, бессимптомных стадиях заболевания. В России вовлечение людей, живущих с ВИЧ, в борьбу с эпидемией пока обеспечивается в недостаточном объеме, однако можно с уверенностью сказать, что участие ЛЖВ на всех уровнях оказывает неоценимую помощь в информировании населения об эпидемии, повышении эффективности мер профилактики (особенно в наиболее уязвимых и изолированных от государственной системы здравоохранения группах), лечении, уходе и поддержке, а также в формировании приверженности к лечению.

Люди с ВИЧ и их близкие о доступе к лечению

«Я москвичка, мой молодой человек приезжий, россиянин, но работает в Москве. Мы оба инфицированы, но где и как ему можно попасть на прием к врачу в Москве? Он просто зарегистрирован, получать помощь и лечение он здесь не может. Поехать на родину нет возможности: и далеко, и здесь есть хорошая работа, за которую он держится».

«Мне назначили курс лечения где-то год назад. Я начала его проходить, мне было очень плохо, была рвота, понос. Я прервала лечение, и врач очень ругалась. Но у меня никак не получается системно принимать таблетки – все время забываю. В итоге у меня валяется пакет с лекарствами на сумму 2000 долларов, которые мне дают бесплатно, и я не пью таблетки. Я боюсь, что если врач об этом узнает – вообще откажется от меня и не будет больше мною заниматься».

Справочная литература

ВОЗ. *Технический информационный документ (2006). Обновленные данные о ВИЧ/СПИДе в Европейском регионе. Обеспечение универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке.*

Доступно в Интернете: <http://www.euro.who.int/Document/RC56/rtb01a.pdf>

РОО «Сообщество людей, живущих с ВИЧ» (2007). *Знакомство с антиретровирусной терапией.*

Доступно в Интернете: <http://www.positivenet.ru/files/znakomstvossarv.pdf>

Трансатлантические партнеры против СПИДа. *Информационный бюллетень «Право на здоровье: профилактика и лечение ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп».* – М., 2006.

Доступно в Интернете:

<http://hivpolicy.ru/publications/index.php?filter=searchin&type%5B%5D=851&geography%5B%5D=292&id=193>

Федеральный Закон № 38-ФЗ от 30.03.1995 «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ – инфекции)»

(в ред. Федеральных законов от 12.08.1996 N 112-ФЗ, от 09.01.1997 N 8-ФЗ, от 07.08.2000 N 122-ФЗ, от 22.08.2004 N 122-ФЗ). Доступно в Интернете:

<http://www.hivpolicy.ru/documents/index.php?filter=searchin&type%5B%5D=272&geography%5B%5D=292&p=2&id=46&page=303>

Anis AH et al. *The cost effectiveness of antiretroviral regimens for the treatment of HIV/AIDS.*

Pharmacoeconomics 18(4):393-404, 2000.

Attaran A. *Breaking the excuses: New knowledge about patents and international aid financing, and why AIDS treatment isn't happening.* XIV International AIDS Conference, Barcelona, abstract ThOrE1421, 2002.

Bozzette SA et al. *Expenditures for the care of HIV-infected patients in the era of highly active antiretroviral therapy.* *New England Journal of Medicine* 344(11):817-823, 2001.

Cook J et al. *Modeling the long-term outcomes and costs of HIV antiretroviral therapy using HIV RNA levels: application to a clinical trial.* *AIDS Research and Human Retroviruses* 15(6):499-508, 1999.

D'Adesky AC. *India's generics play a high stakes game.* AMFAR Treatment Directory, June 2002.

Freedberg KA et al. *The cost-effectiveness of combination antiretroviral therapy for HIV disease.*

- New England Journal of Medicine 344(11):824-831, 2001.
- Gebo KA et al. *Costs of HIV medical care in the era of highly active antiretroviral therapy.* AIDS 13(8):963-969, 1999.
- Goetz MB et al. *Effectiveness of highly active antiretroviral therapy (HAART) in veterans affairs medical centers (VAMC) from 1996-1999.* Seventh Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, San Francisco, abstract 759, 2000
- Greenhalgh T. *How to read paper no. 8: papers that tell you what things cost (economic analyses).* British Medical Journal 315:7108, 1997.
- Keiser P et al. *Long-term impact of highly active antiretroviral therapy on HIV-related health care costs.* Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes 27(1):14-19, 2001.
- Keiser P et al. *Protease inhibitor based therapy is associated with decreased HIV-related health care costs in men treated at a Veterans Administration hospital.* Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retroviruses 20(1):28-33, 1999.
- Kraisintu K et al. *Generic production of HIV/AIDS-related drugs in Thailand.* XIV International AIDS Conference, Barcelona, abstract MoOrG1038, 2002.
- Luchini S et al. *Determinants of prices of antiretroviral drugs in developing countries: the ETAPSUD-ANRS project.* XIV International AIDS Conference, Barcelona, abstract MoOrG1035, 2002.
- McCollum M et al. *HAART reduced overall costs of HIV care at VAMC-Denver.* Fifth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Chicago, abstract 200, 1998.
- Melnick D et al. *Impact of aggressive management of HIV infection on clinical outcome and costs of care within a health maintenance organisation.* Fifth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Chicago, abstract 201, 1998
- Moore RD et al. *Combination anti-retroviral therapy in HIV infection: an economic perspective.* Pharmacoeconomics 10(2):109-113, 1996.
- Moore RD et al. *Costs to Medicaid of advancing immunosuppression in an urban HIV-infected patient population in Maryland.* Journal of AIDS 14:223-231, 1997.
- Orsi F et al. *From Marrakech to Doha: some reflexions on the foundations of patent regime in pharmaceutical industry.* XIV International AIDS Conference, Barcelona, abstract MoOrG1035a, 2002.
- Perez-Casas C et al. *Antiretrovirals: most effective strategies to reduce prices.* XIV International AIDS Conference, Barcelona, abstract MoOrG1036, 2002.
- Sendi P et al. *Cost effectiveness of highly active antiretroviral therapy in HIV-infect patients.* AIDS 13(9):1115-1122, 1999.
- Simpson KN (ed). *Cost effectiveness and AIDS: science or marketing?* Journal of AIDS 10(Suppl 4), 1995.
- Stansell J et al. *Incremental costs of HIV suppression in HIV therapeutic failure.* Seventh Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, San Francisco, abstract 761, 2000.
- Steinbrook R et al. *Providing antiretroviral therapy for HIV infection – Editorial.* New England Journal of Medicine 344(11):844-846, 2001.
- Szwarcwald CL. *The impact of national production of ARV drugs on the cost of the ARV therapy in Brazil, 1997-2000.* XIV International AIDS Conference, Barcelona, abstract ThOrE1424, 2002.
- Velasco et al. *Expenditures for the care of patients with HIV.* New England Journal of Medicine 344(25):1949, 2001.

Vinuela R. *Lack of quality in treatments: Argentina's crisis or worldwide challenge (one investigation on legal procedures over quality control)*. XIV International AIDS Conference, Barcelona, abstract ThPeG8282, 2002.

Материалы портала: Aids.ru (www.aids.ru).

ВАЖНЫЕ ТЕРМИНЫ В АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

Термин	Объяснение термина
Антиретровирусная терапия (АРТ, АРВТ или АРВ-терапия)	АРТ или АРВТ – это терапевтические методы, основанные на применении антиретровирусных препаратов. Данные препараты предназначены для уничтожения ретровирусов, к которым относится ВИЧ, или же для снижения их способности к размножению. Сегодня существуют четыре класса антиретровирусных препаратов: нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ), нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИИОТ), ингибиторы протеазы (ИП) и ингибиторы слияния. Все классы препаратов, представленные в таблице, являются антиретровирусными
ВААРТ (высокоактивная антиретровирусная терапия)	Лечение антиретровирусной терапией при использовании трех и более антиретровирусных препаратов
Дженерик (генерик)	Лекарственный препарат, тождественный или биоэквивалентный патентованному лекарству с точки зрения дозировки, безопасности, эффективности, способа приема, качества, характера воздействия на организм и предназначения. Непатентованное название лекарственного препарата – это его общее название, не защищенное авторскими правами того или иного производителя. В медицинской литературе и в средствах массовой информации чаще всего используются именно эти наименования, они пишутся с маленькой буквы. Кроме того, дженериками иногда называют недорогие, однако совершенно идентичные по химическому составу лекарственные препараты, произведенные компаниями, не являющимися их изобретателями. В некоторых странах непатентованные препараты выходят на рынок после истечения срока патента на данный препарат, а в других они начинают производиться и продаваться даже до истечения срока патента
Ингибитор протеазы (ИП)	Ингибиторы протеазы представляют собой класс препаратов АРТ, блокирующих протеазу, – фермент, необходимый ВИЧ для воспроизводства своих копий
Ингибитор слияния	Ингибиторы слияния представляют собой класс препаратов АРТ, которые блокируют слияние вирусной оболочки ВИЧ с плазматической мембраной клетки-мишени. ВИЧ не может воспроизводиться, не будучи внутри клетки; таким образом, предотвращается его воспроизводство
Комбинированная терапия	Использование комбинации из двух и более антиретровирусных препаратов

Термин	Объяснение термина
Коммерческое название	Название, установленное производителем лекарственного препарата. Коммерческие названия пишутся с заглавной буквы
Ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы (ННИОТ)	Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы представляют собой класс препаратов АРТ, блокирующих репликацию ВИЧ за счет воздействия на обратную транскриптазу – фермент, необходимый ВИЧ для воспроизводства своих копий
Нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы (НИОТ)	Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы представляют собой класс препаратов АРТ, блокирующих репликацию ВИЧ за счет воздействия на обратную транскриптазу – фермент, необходимый ВИЧ для воспроизводства своих копий. НИОТ работают несколько иначе, чем ННИОТ
Приверженность к лечению	Строгое следование правилам приема лекарственных препаратов, т.е. прием препаратов пациентом с точным соблюдением графика приема и дозировки. Низкий уровень приверженности к АРВ-терапии может привести не только к снижению эффективности лечения, но и к возникновению форм ВИЧ, устойчивых к лекарственным препаратам
Резистентность к препаратам	Резистентность к препаратам – это снижение восприимчивости ВИЧ к антиретровирусным препаратам в результате мутаций генетической структуры вируса. В подавляющем большинстве случаев именно резистентность вируса становится причиной неудачи терапии ВИЧ-инфекции
Ретровирус	Вирус, который копирует генетический материал, используя РНК как шаблон для производства ДНК. ВИЧ относится к ретровирусам

БОЛЕЗНИ, ВОЗНИКАЮЩИЕ НА СТАДИИ СПИДА

Общие замечания

Оппортунистические инфекции (ОИ) – это инфекции, которые у здоровых людей развиваются редко, однако становятся причиной серьезных заболеваний у людей, иммунная система которых ослаблена в результате ВИЧ-инфекции. Возбудители часто присутствуют в организме человека, но обычно подавляются здоровой иммунной системой. ВИЧ постепенно ослабляет иммунную систему человека, что ведет к развитию ряда оппортунистических инфекций, возникновение которых может означать переход в стадию СПИДа. Оппортунистические инфекции и приводят в конце концов к смерти. Когда человек умирает в результате оппортунистической инфекции, говорят, что он умер от связанного с ВИЧ заболевания, или от связанного со СПИДом заболевания, но не от СПИДа.

Профилактика означает меры по предотвращению или по защите от заболевания. Первичная профилактика включает меры медицинского вмешательства, предпринимаемые для предотвращения первичного инфицирования и возникновения новых случаев ВИЧ-инфекции. Понятие «вторичная профилактика» относится к профилактике дальнейшей передачи ВИЧ от лиц, инфицированных ранее, и предотвращения развития симптомов уже существующей инфекции.

Антиретровирусная терапия включает в себя терапевтические меры, основанные на применении антиретровирусных препаратов. Эти препараты предназначены для уничтожения ретровирусов, таких как ВИЧ, или снижения их способности к размножению. ВААРТ (высокоактивная антиретровирусная терапия) – это лечение, включающее три или более антиретровирусных препарата. Использование ВААРТ защищает иммунную систему от воздействия вируса и, таким образом, помогает обеспечить профилактику оппортунистических инфекций. Многие ОИ проходят без специализированного лечения после начала приема ВААРТ.

Головной мозг

Криптококковый менингит вызывается грибом *Cryptococcus*, который в обычных условиях присутствует в почве, куда попадает через птичьи экскременты. В организм человека *Cryptococcus* поступает при вдыхании пыли, зараженной данным грибом. Воздействию грибка подвергаются многие люди, однако в здоровом организме болезнь обычно не развивается.

Симптомы могут включать высокую температуру, головную боль, тошноту, рвоту, онемение шеи, спутанность сознания, нарушения зрения и кому. Криптококковый менингит не передается от одного человека к другому. Существуют средства профилактики (терапия с целью предотвращения заболевания) и вторичной профилактики (лечение с целью предотвращения возобновления заболевания). Данное заболевание нельзя излечить с помощью противогрибковых препаратов. При отсутствии лечения смерть может наступить достаточно быстро.

Токсоплазмоз представляет собой инфекцию, носителем которой являются паразиты, присутствующие в кошачьем кале, сыром мясе, сырых овощах и почве. Инфекция возникает в результате потребления зараженной пищи или же контакта с кошачьими экскрементами. Токсоплазмоз может поражать различные части организма, однако чаще всего он становится причиной энцефалита, инфекции мозга. Токсоплазмоз не передается от одного человека другому и не вызывает инфекции у людей со здоровой иммунной системой.

Симптомы могут включать в себя высокую температуру, спутанность сознания, головную боль, изменение личности, треморы и спазмы, возможны кома и смерть. Существуют средства первичной и вторичной профилактики токсоплазмоза.

Органы зрения

Цитомегаловирус (ЦМВ) – вирус, обычно вызывающий заболевание глаз, называемое ретинит. Ретинит (воспаление сетчатки) – наиболее распространенное проявление ЦМВ-инфекции среди людей, живущих с ВИЧ. ЦМВ может передаваться от человека человеку через слюну, сперму, вагинальный секрет, мочу, грудное молоко, а также при переливании инфицированной крови.

Заразиться ЦМВ может любой, однако заболевание развивается только у людей с ослабленной иммунной системой. Симптомы могут быть следующими: «слепые» пятна, размытое и искривленное изображение объектов, снижение зрительной функции, которое может перейти в полную слепоту. В определенных случаях могут рекомендоваться меры первичной профилактики. Формы лечения ретинита включают в себя назначение внутривенных лекарственных препаратов, таблеток и непосредственные инъекции препаратов в глаз. Существуют также средства вторичной профилактики. Если болезнь не лечить, она приводит к слепоте.

Ротовая полость

Кандидоз. Обычно поражает ротовую полость, гортань, легкие и/или влагалище (*см. Гениталии*). Грибки, вызывающие кандидоз, естественным образом присутствуют в человеческом организме, именно они являются причиной большинства случаев заболевания.

Кандидоз может развиваться в любом организме, однако у людей с ВИЧ он возникает чаще. Кандидоз (микоз) ротовой полости может сопровождаться болью при глотании, тошнотой и потерей аппетита. Симптомы кандидоза гортани могут включать в себя боли в груди и затрудненное глотание. Рекомендаций по первичной профилактике нет, в некоторых случаях может рекомендоваться вторичная профилактика. Для борьбы с инфекцией существует широкий набор лекарственных средств и методов лечения.

Кожные покровы

Простой герпес – заболевание, вызываемое вирусом простого герпеса (*Herpes simplex*). Вирус простого герпеса (ВПГ) существует в двух формах: ВПГ-1, вызывающий «простудные» язвы и волдыри вокруг рта и глаз, и ВПГ-2, вызывающий генитальный или анальный герпес. Вирус передается

от одного человека другому при контакте с инфицированными участками, такими как область вокруг рта и гениталий. К симптомам относятся: высыпания на коже, которые могут сопровождаться зудом, покалыванием и появлением болезненных волдырей и язв.

ВПГ может поразить любого, однако проявления у людей с ВИЧ более часты и более серьезны. Средств предотвращения и лечения ВПГ не существует, однако существуют средства, позволяющие сократить продолжительность и снизить тяжесть обострений.

Опоясывающий герпес (*Herpes zoster*), также известный под названием опоясывающий лишай, вызывается тем же вирусом *Herpes Varicella-zoster*, что и ветряная оспа. Хотя этот вирус поражает и ВИЧ-отрицательных людей, он наиболее широко распространен среди ВИЧ-положительных ввиду ослабления иммунной системы. Результатом поражения вирусом являются чрезвычайно болезненные высыпания на груди, спине и лице. Высыпания обычно появляются на одном участке тела и держатся несколько недель. Ни первичных, ни вторичных средств профилактики опоясывающего лишая не имеется. Лечение – противогерпесные препараты и средства для обезболивания.

Кишечник

Криптоспоридиоз – кишечная инфекция, легко передающаяся при контакте с водой, фекалиями и пищей, зараженными обыкновенным паразитом *Cryptosporidium*. Симптомы: диарея, тошнота, рвота, потеря веса и желудочные спазмы.

У ВИЧ-отрицательных людей болезнь продолжается одну-две недели, однако у людей с ВИЧ она может продолжаться значительно дольше и даже представлять угрозу жизни. Медикаментов для предотвращения и лечения криптоспоридиоза не существует, однако имеются различные методы облегчения диареи, вызванной инфекцией.

Цитомегаловирус (ЦМВ) представляет собой вирус, чаще всего вызывающий заболевание глаз (см. *ЦМВ ретинит*), однако у людей с ВИЧ может также вызывать колит, инфекцию толстой кишки. ЦМВ может передаваться от человека человеку через слюну, сперму, вагинальный секрет, мочу, грудное молоко, а также при переливании инфицированной крови.

Заразиться ЦМВ может любой, однако заболевание развивается только у людей с ослабленной иммунной системой. Симптомы вызванного ЦМВ колита: боли в брюшной полости, диарея, судороги, потеря веса и кровотечения. Существуют средства первичной и вторичной профилактики, а также методы лечения.

Гениталии

Кандидоз – наиболее распространенная грибковая инфекция среди людей с ВИЧ. Обычно поражает влагалище, ротовую полость (см. *Ротовая полость*), гортань и легкие. Грибки, вызывающие кандидоз, естественным образом присутствуют в человеческом организме, именно они являются причиной большинства случаев заболевания.

Кандидоз может развиться в любом организме, однако чаще всего возникает у людей с ВИЧ. К симптомам вагинальной инфекции относятся: белые выделения, зуд, боли во время мочеиспускания и полового акта. Противогрибковые препараты помогают бороться с инфекцией, однако повторные случаи заболевания нередки.

Простой герпес – заболевание, вызываемое вирусом простого герпеса *Herpes simplex*. Вирус простого герпеса (ВПГ) существует в двух формах: ВПГ-1, вызывающий «простудные» язвы и волдыри вокруг рта и глаз, и ВПГ-2, вызывающий генитальный или анальный герпес. Вирус передается от одного человека другому при контакте с инфицированными участками, такими как область вокруг рта и гениталий. К симптомам относятся: высыпания на коже, которые могут сопровождаться зудом, почесыванием и появлением болезненных волдырей и язв.

ВПГ может поразить любого, однако проявления у людей с ВИЧ более часты и более серьезные. Средств предотвращения и лечения ВПГ не существует, однако имеются средства, позволяющие сократить продолжительность и снизить тяжесть обострений.

Вирус папилломы человека (ВПЧ) – широко распространенная генитальная инфекция, вызываемая группой вирусов, объединенных под названием «вирус папилломы человека». ВПЧ легко передается от одного человека другому при непосредственном контакте инфицированных участков, например, во время полового акта. Вирус вызывает генитальные бородавки, которые выглядят как шишки на поверхности пениса, влагалища или ануса. Определенные типы ВПЧ также могут становиться причиной возникновения рака шейки матки. Вирус может передаваться от одного человека другому даже при отсутствии симптомов.

Заразиться ВПЧ может каждый, однако у людей с ВИЧ заболевание протекает значительно более серьезно, может многократно возобновляться и длиться долгое время. Средств первичной и вторичной профилактики ВПЧ нет. Лекарственных препаратов от ВПЧ не существует, однако имеются многочисленные способы удаления бородавок и лечения дисплазии шейки матки и ануса, вызываемой ВПЧ.

Легкие

Гистоплазмоз вызывается грибом, живущим в почве, в которую попадает через птичьи экскременты либо иные органические вещества. В организм человека грибок поступает при вдыхании зараженной пыли. Воздействию грибка подвергаются многие люди, однако обычно в здоровом организме болезнь не развивается. Возможные симптомы: высокая температура, потеря веса, чувство усталости, затрудненное дыхание и увеличенные лимфоузлы. Обычно гистоплазмоз поражает легкие, однако у людей с ослабленной иммунной системой может распространиться и на весь остальной организм. Это серьезное осложнение при отсутствии лечения может привести к смерти. Гистоплазмоз не передается от человека человеку. В настоящее время нет рекомендуемых мер первичной профилактики. Для лечения гистоплазмоза имеются противогрибковые препараты, для предотвращения повторных вспышек заболевания существуют средства вторичной профилактики.

Комплекс *Mycobacterium avium* – заболевание, вызываемое микобактериями *Mycobacterium avium* и *Mycobacterium intracellulare*. Эти два сходных типа бактерий присутствуют повсеместно в воде, почве, пыли и пище.

Инфекция может поразить любого, однако у ВИЧ-положительных риск развития серьезного заболевания значительно выше. Симптомы могут включать в себя высокую температуру, потерю веса, ночную потливость и слабость. Инфекция может поражать отдельные участки или же распространяться по всему организму. Существует широкий спектр препаратов для профилактики и лечения комплекса *Mycobacterium avium*, а также для предотвращения его повторных вспышек.

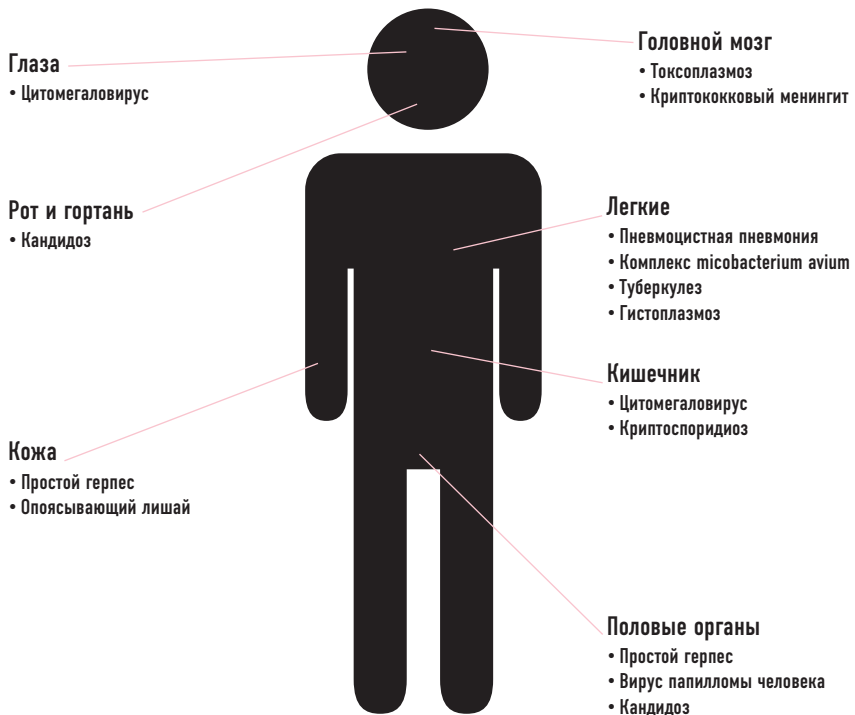
Пневмоцистная пневмония, сегодня известная под названием пневмонии *Pneumocystis jiroveci*, вызывается грибом и обычно проявляется в виде легочной инфекции. Считается, что грибок распространяется воздушным путем.

Грибок может присутствовать в легких любого человека, однако серьезное заболевание развивается только в том случае, когда иммунная система организма ослаблена. К симптомам относятся: сухой кашель, ощущение сдавленности в груди, высокая температура и затрудненное дыхание. Пневмоцистная пневмония хотя и полностью поддается профилактике и лечению, но представляет собой серьезное заболевание, которое при отсутствии лечения может стать фатальным. Существует широкий ряд препаратов для первичной и вторичной профилактики, а также для лечения пневмоцистной пневмонии.

Туберкулез – распространенная бактериальная инфекция среди людей с ВИЧ. Заразиться туберкулезом человек может от больного с активной формой туберкулеза при кашле, чихании или при разговоре. Хотя туберкулезом могут заболеть и ВИЧ-отрицательные люди, для людей с ВИЧ риск значительно выше.

Хотя туберкулезом болеет не каждый инфицированный ВИЧ человек, ТБ-инфекция ускоряет развитие ВИЧ-инфекции и является основной причиной смерти среди ВИЧ-положительных во всем мире. Симптомы могут включать в себя высокую температуру, кашель, ночную потливость, потерю веса, чувство усталости, увеличенные лимфатические узлы и кровохарканье. Имеются средства первичной профилактики, вторичная профилактика не считается необходимой. При лечении туберкулеза используется ряд антибиотиков. В зависимости от степени тяжести заболевания лечение может занять несколько месяцев и даже лет.

ОПОРТУНИСТИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ У ЛЮДЕЙ С ВИЧ/СПИДОМ И ПОРАЖАЕМЫЕ ИМИ ОРГАНЫ



Справочная литература

Общая информация

- Ермак Т.Н. *Оппортунистические заболевания*. Доступно в Интернете:
<http://www.hivrussia.ru/files/pub-erm.pdf>
- AEGIS. *Opportunistic Infections*. www.aegis.com/topics/oi/
- CDC Division of Bacterial and Mycotic Disease. (March 2003) *Histoplasmosis*.
www.cdc.gov/ncidod/dbmd/diseaseinfo/histoplasmosis_g.htm#Top
- CDC Division of Sexually Transmitted Diseases. *Genital HPV Infection*.
www.cdc.gov/std/HPV/STDFact-HPV.htm
- CDC Divisions of HIV/AIDS Prevention. (June 2003) *Brochures-Opportunistic Infection Series*.
www.cdc.gov/hiv/pubs/brochure.htm#OIS
- CDC Divisions of HIV/AIDS Prevention. (November 1999) *The Deadly Intersection Between TB and HIV*.
www.cdc.gov/hiv/pubs/facts/hivtb.htm
- HIV/AIDS Treatment Information Service (ATIS). (Sep. 2002) *Glossary of HIV/AIDS-Related Terms, 4th ed.*
www.aidsinfo.nih.gov/ed_resources/glossary/
- NAM. (2002) *Information Series for HIV Positive People – Glossary, 2nd ed.*
www.aidsmap.com/publications/infoseries/Glossary_11.4.2002.pdf
- New Mexico AIDS InfoNet. *Opportunistic Infections and Related Diseases, and Their Treatment*.
www.aidsinonet.org/topic_index.php?category=500&subcategory=true
- Project Inform. *Opportunistic Infections and Conditions*. www.projinf.org/indexS.html#ois

Техническая информация

- American Foundation for AIDS Research (amfAR). *Global Link: A Guide to International HIV/AIDS Research, Treatment, and Clinical Trials*. Vol. 2, No. 1 (Summer 2003)
www.amfar.org/GlobalLink
- HIV Insite Knowledge Base. *Infections Associated with HIV*
<http://hivinsite.ucsf.edu/InSite.jsp?page=kb-05>
- Stringer J R, Beard C B, Miller R F, Wakefield A E. *A new name (Pneumocystis jiroveci) for pneumocystis from humans*. *Emerg Infect Dis* [serial online] 2002 Sep; 8.
www.cdc.gov/ncidod/EID/vol8no9/02-0096.htm
- U.S. Public Health Service (USPHS) & Infections Diseases Society of America (IDSA) (28 November 2001) *2001 USPHS/IDSA Guidelines for the Prevention of Opportunistic Infections in Persons Infected with Human Immunodeficiency Virus*
www.aidsinfo.nih.gov/guidelines/op_infections/OI_112801.html

ЭПИДЕМИИ ВИЧ/СПИДА И ТУБЕРКУЛЕЗА

ЧТО ТАКОЕ ТУБЕРКУЛЕЗ? ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

Что такое туберкулез?

Туберкулез – это инфекционное заболевание, вызываемое микобактерией туберкулеза, которую также называют палочкой Коха, по имени обнаружившего ее ученого. Туберкулез может поразить любые органы и ткани, но чаще всего туберкулез поражает легкие.

Инфекция или болезнь?

- ▶ Инфицированный человек еще не является больным, но при снижении иммунитета инфекция может перейти в болезнь.
- ▶ 30% населения в мире и более 70% россиян являются носителями микобактерии туберкулеза.
- ▶ Ежегодно в России около 120 тыс. человек заболевает туберкулезом.
- ▶ Доказано, что туберкулезом заболевает около 10% от числа всех инфицированных.

Как передается туберкулез?

Источником инфекции чаще всего является больной туберкулезом легких. Инфекция передается воздушно-капельным путем. При кашле, чихании, разговоре больной туберкулезом распространяет капельки мокроты, содержащие возбудитель болезни. Можно заразиться, вдыхая воздух, в котором содержатся микобактерии туберкулеза. При контакте с больным туберкулезом могут заразиться 10 или более человек в год. Наибольшему риску заражения подвержены члены семьи больного, сослуживцы и друзья, а также другие люди, с которыми больной находится в тесном контакте.

Что способствует развитию туберкулеза?

- ▶ Постоянные стрессовые ситуации;
- ▶ Несбалансированное питание или недоедание;
- ▶ ВИЧ/СПИД;
- ▶ Алкоголизм и наркомания;
- ▶ Курение;
- ▶ Хронические заболевания легких, сахарный диабет, язвенная болезнь.

Как выявить туберкулез?

Наиболее надежным методом диагностики туберкулеза является микроскопическое исследование мокроты на наличие в ней туберкулезной палочки, проводящееся в условиях лаборатории. Туберкулез также можно выявить рентгенологическими методами (флюорография и рентгенография), однако эти методы не всегда позволяют точно поставить диагноз.

Каковы симптомы заболевания?

- ▶ Кашель в течение 3-х и более недель, иногда сопровождающийся кровохарканием;
- ▶ Выделение мокроты;
- ▶ Периодическое повышение температуры тела;
- ▶ Потеря веса;
- ▶ Потеря аппетита;
- ▶ Общее недомогание и слабость;
- ▶ Боли в груди.

Как защититься от туберкулеза?

При появлении симптомов, которые могут свидетельствовать о наличии заболевания, следует немедленно обратиться к участковому врачу или в районный противотуберкулезный диспансер для обследования. Своевременное выявление туберкулеза не только поможет самому больному, но и обезопасит от возможного заражения его родственников, друзей, коллег по работе. Важно обращать внимание на самочувствие. Всегда существует вероятность того, что кашляющий человек может оказаться больным туберкулезом, поэтому в случае, если родственник, сослуживец или знакомый кашляет в течение продолжительного времени, следует настаивать на том, чтобы он обратился к врачу.

Как вылечить туберкулез?

- ▶ Туберкулез излечим, в том числе и у людей, живущих с ВИЧ!
- ▶ В настоящее время существуют эффективные противотуберкулезные препараты, позволяющие полностью излечиться от туберкулеза при условии строгого соблюдения предписаний врачей.
- ▶ Прием противотуберкулезных препаратов – это основа лечения туберкулеза. Все остальные средства и методы лечения имеют вспомогательное значение и без приема противотуберкулезных препаратов неэффективны.
- ▶ Лечение туберкулеза должно продолжаться 6-8 месяцев.
- ▶ Необходимо принимать все назначенные врачом лекарства в тече-

ние всего курса лечения и не допускать перерывов в лечении, т. к. от этого зависит успех лечения.

- ▶ Перерывы в лечении приводят к развитию устойчивой к лекарствам формы туберкулеза.

Почему важно пройти курс лечения лекарственными препаратами?

Даже если в течение курса лечения Вы почувствовали себя лучше, чрезвычайно важно пройти ПОЛНЫЙ курс лечения. Большинство противотуберкулезных препаратов существуют в виде таблеток и принимаются внутрь. Прерывание курса лечения может привести к развитию лекарственно устойчивых форм туберкулеза. Лекарственная устойчивость – это способность организмов (вирусов, бактерий, паразитов, грибов) сохранять жизнедеятельность и размножаться в условиях действия лекарственных средств. Лекарственно устойчивый туберкулез труднее поддается лечению и представляет большую опасность, поскольку при этой форме заболевания туберкулезные бактерии становятся устойчивыми к основным противотуберкулезным препаратам.

Что такое туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью и суперустойчивый туберкулез (XDR-TB)?

Для лечения больных туберкулезом обычно используют стандартный курс химиотерапии с применением четырех основных противотуберкулезных препаратов первого ряда (*изониазид, рифампицин, этамбутол и пирразинамид*). В случае неправильного или нерегулярного приема этих препаратов существует опасность развития туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ). Для лечения больных с МЛУ-ТБ требуется более продолжительный курс химиотерапии (24 месяца) с применением дорогостоящих препаратов второго ряда, вызывающих большее количество побочных эффектов. Неправильное лечение препаратами второго ряда может привести к развитию суперустойчивого туберкулеза (XDR-TB). Поскольку микобактерии, вызывающие эту форму туберкулеза, устойчивы к препаратам как первого, так и второго ряда, это значительно ограничивает возможности лечения и шансы на выздоровление такого больного.

Что такое стратегия «Остановить туберкулез»?

Стратегия «Остановить туберкулез» – это рекомендованная на международном уровне стратегия борьбы с туберкулезом, ставящая своей целью сокращение к 2015 году вдвое показателей распространенности и смертности от туберкулеза в мире по сравнению с уровнем 1990 года. Стратегия «Остановить туберкулез» включает в себя 6 компонентов:

1. Расширение и повышение качества стратегии *DOTS* (краткий курс

- лечения под непосредственным наблюдением);
2. Решение проблем, связанных с лечением и профилактикой сочетанной инфекции туберкулеза и ВИЧ, туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью и др.;
 3. Содействие укреплению систем здравоохранения;
 4. Вовлечение всех поставщиков медицинских услуг;
 5. Активное участие больных туберкулезом и населения в целом;
 6. Поддержка и развитие научных исследований.

Какова связь между туберкулезом и ВИЧ-инфекцией?

Туберкулез является наиболее частой причиной смерти среди ВИЧ-положительных в мире. Согласно оценкам, в 2005 году около 14 000 человек, больных туберкулезом, были инфицированы ВИЧ, ослабляющим клетки иммунной системы, которые необходимы организму, чтобы бороться с туберкулезом. Отсутствие лечения туберкулеза у ВИЧ-положительных может привести к смерти в течение нескольких недель.

Что делать, если кто-то из близких болен туберкулезом?

- ▶ Незамедлительно обратиться к участковому врачу или в районный противотуберкулезный диспансер для прохождения обследования на туберкулез.
- ▶ Поддержать близкого человека в трудную минуту, напоминать о регулярном и своевременном приеме препаратов. Эта поддержка может оказаться решающей!
- ▶ Соблюдение правил гигиены больным и его родственниками позволяют значительно снизить риск заражения и сделать нахождение больного в семье неопасным.

Даже если больной является бактериовыделителем, сразу же после начала лечения противотуберкулезными препаратами риск передачи инфекции значительно снижается. Поэтому очень важно начать прием противотуберкулезных препаратов в правильных дозировках как можно раньше и не допускать перерывов в лечении.

Сколько стоит лечение больного туберкулезом?

Медицинская помощь больным туберкулезом, включая медикаменты при стационарном и амбулаторном лечении, оказывается за счет государства **БЕСПЛАТНО** для больного. По оценкам, стоимость лечения больного туберкулезом в России составляет от 400 до 600 долларов США, из них стоимость лекарств – 20-70 долларов США, в то время как стоимость лечения больного с множественной лекарственной устойчивостью составляет от 3000 до 7000 долларов США.

Каковы масштабы проблемы?

Несмотря на то что туберкулез излечим, он ежегодно уносит жизни 2 миллионов людей во всем мире. Каждый день от туберкулеза в России умирают 88 человек. Туберкулез продолжает оставаться «убийцей № 1» среди всех инфекционных заболеваний, притом что для лечения больных уже в течение нескольких десятилетий применяются эффективные противотуберкулезные препараты. В России наблюдается достаточно высокий уровень заболеваемости туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью, лечение которого требует серьезных финансовых затрат (24 055 состоящих на учете к концу 2006 года). Мировое сообщество обеспокоено ростом случаев суперустойчивого туберкулеза (XDR-TB), практически не поддающегося лечению. Игнорирование проблем профилактики и лечения туберкулеза ведет к росту заболеваемости, инвалидности и смертности от этого заболевания, к ухудшению демографической ситуации, к росту экономического ущерба.

Что такое Глобальный план «Остановить туберкулез» на период 2006-2015 гг.?

Глобальный план «Остановить туберкулез» на 2006-2015 годы является продолжением первой программы, проводимой в период с 2001 по 2005 год. Глобальный план предусматривает проведение мероприятий по различным направлениям деятельности, которые окажут решающее воздействие на уменьшение распространения туберкулеза в мире. К таким направлениям деятельности относится снижение заболеваемости туберкулезом в соответствии с «Целями развития тысячелетия», которые предусматривают снижение распространенности и смертности от туберкулеза к 2015 году вдвое по сравнению с 1990 годом (<http://www.undp.ru/index.phtml?iso=ru&lid=2&pid=102>). План предусматривает создание новых лекарственных средств, доступной вакцины и инновационных методов тестирования. В рамках этого плана доступ к лечению должны получить 50 млн. человек, включая 800 тыс. больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью, и около 3 млн. больных ВИЧ-ассоциированным туберкулезом.

Где можно найти достоверную информацию о туберкулезе?

Необходимая информация о туберкулезе доступна на следующих сайтах:

- ▶ Департамент «Остановить туберкулез», штаб-квартира ВОЗ: <http://www.who.int/topics/tuberculosis/ru/>
- ▶ Программа борьбы с туберкулезом, Европейское региональное бюро ВОЗ: <http://www.euro.who.int/tuberculosis?language=Russian>

- ▶ Глобальное партнерство «Остановить туберкулез»: <http://www.stoptb.org>

ТУБЕРКУЛЕЗ И ВИЧ/СПИД

Проблема туберкулеза стоит чрезвычайно остро как в промышленно развитых, так и в развивающихся странах. Согласно оценкам, каждый год туберкулезом заболевают 8 миллионов человек. Несмотря на то что туберкулез излечим, это заболевание продолжает оставаться «убийцей № 1» среди всех инфекционных заболеваний, ежегодно унося жизни около 2 миллионов человек в мире. Туберкулезом инфицирована одна треть населения мира, причем в течение жизни у 5-10% из них инфекция может развиться в заболевание. Ослабляя иммунную систему человека, ВИЧ-инфекция повышает восприимчивость к туберкулезной инфекции и способствует развитию заболевания туберкулезом. Туберкулез является основной причиной смертности среди людей, живущих с ВИЧ.

Особенно остро проблема туберкулеза стоит в развивающихся странах, где распространению этого инфекционного заболевания способствуют бедность, перенаселенность, а также другие заболевания, особенно ВИЧ-инфекция. Уровень смертности от туберкулеза на душу населения наиболее высок в странах Африки, однако самое большое число случаев заболевания туберкулезом и смертельных исходов отмечено в странах Юго-Восточной Азии. Фактически половина всех новых случаев заболевания туберкулезом в мире регистрируется в шести азиатских странах: в Индии, Китае, Пакистане, Республике Бангладеш, Филиппинах и Индонезии. Туберкулез является основной причиной смертности в мире среди женщин репродуктивного возраста, где на долю туберкулеза приходится 9% всех случаев смерти среди женщин от 15 до 44 лет.

В течение последних 10 лет в африканских странах южнее Сахары эпидемия ВИЧ/СПИДа является основной причиной роста заболеваемости туберкулезом. Хотя симптомы болезни развиваются не у каждого инфицированного туберкулезом, у людей с ВИЧ риск развития активной формы туберкулеза значительно выше. Туберкулез способствует развитию ВИЧ-инфекции и является основной причиной смерти среди людей с ВИЧ.

Туберкулез можно предотвратить и излечить, в том числе и у людей, живущих с ВИЧ. Рекомендуемая стратегия лечения туберкулеза *DOTS* (краткосрочный курс лечения под непосредственным наблюдением) основывается на регулярном приеме больным туберкулезом противотуберкулезных лекарственных препаратов под наблюдением медицинских работников или же прошедших необходимое обучение добровольцев в течение

всего курса лечения, занимающего от 6 до 8 месяцев. Стратегия *DOTS* является экономически эффективной и позволяет излечить почти каждого больного туберкулезом в развивающихся странах. 83% населения мира охвачены программами *DOTS*.

Обеспечение более широкого охвата программ *DOTS* важно для предотвращения роста случаев туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ), а также суперустойчивого туберкулеза (XDR-ТБ), к которому приводит несоблюдение или прерывание курса лечения. Поскольку микобактерии, вызывающие суперустойчивую форму туберкулеза, устойчивы к препаратам как первого, так и второго ряда, это значительно ограничивает возможности лечения и шансы на выздоровление такого больного.

В некоторых регионах заболеваемость МЛУ-ТБ выше, чем в других, в их число входят страны бывшего СССР. В России наблюдается достаточно высокий уровень заболеваемости МЛУ-ТБ (24 055 состоящих на учете больных к концу 2006 года).

Рост заболеваемости МЛУ-ТБ препятствует усилиям по профилактике, лечению и контролю заболевания в мировом масштабе. С другой стороны, растущее осознание серьезности проблемы туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, заставляет страны и международные организации активизировать борьбу с этой двойной эпидемией. Глобальное партнерство «Остановить туберкулез» и Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией являются важными международными инициативами, нацеленными на снижение бремени туберкулеза в мире.

Инициатива «Остановить туберкулез» – это партнерство, объединяющее в своих рядах различные общественные и частные организации, включая международные агентства, правительственные и неправительственные организации, научно-исследовательские учреждения, а также донорские организации. Деятельность Партнерства нацелена на укрепление усилий мирового сообщества по предотвращению распространения туберкулеза. Основными направлениями деятельности являются расширение охвата программ *DOTS*, совершенствование мер по борьбе с сочетанной инфекцией ВИЧ и туберкулеза, МЛУ-ТБ, а также разработка новых лекарственных препаратов, вакцин и методов диагностики.

Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией – независимая организация, предоставляющая гранты и являющаяся основным источником финансирования программ по борьбе с туберкулезом в развивающихся странах. С 2002 года Фондом были предоставлены гранты на общую сумму 3 млрд. долларов США. Около 13% было выделено на программы по борьбе с туберкулезом. Усилия Глобального фонда и Партнерства «Остановить туберкулез» помогают координировать междуна-

родные усилия по борьбе с туберкулезом и являются гарантией сохранения приоритетности этих задач. На международной конференции по СПИДу в 2004 году Нельсон Мандела подтвердил насущную необходимость таких подходов, заявив: «Мы не можем выиграть битву против СПИДа, если мы не будем одновременно бороться с туберкулезом. Туберкулез – основная причина смерти больных СПИДом».

Справочная литература

ВОЗ. *Глобальная борьба с туберкулезом в 2007 г.: основные выводы*.

http://www.who.int/tb/publications/global_report/2007/key_findings/ru/index.html

ВОЗ. (март 2007) *Информационный бюллетень №104. Туберкулез*

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/ru/print.html>

Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией

<http://www.theglobalfund.org/ru/>

U.S. Department of Health and Human Services (DHHS) Centers for Disease Control and Prevention, National Center for HIV, STD, and TB Prevention. *Questions and Answers about TB* (2005),

<http://www.cdc.gov/nchstp/tb/faqs/qa.htm>.

The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. *A Force for Change: The Global Fund at 30 Month* (2004), <http://www.theglobalfund.org/en/about/publications/forceforchange/default.asp>

WHO. *Global Tuberculosis Control 2006* (March 2006),

http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/index.html

Altman, Lawrence. «Mandela Appeals to AIDS Conference to Extend Fight to TB», *New York Times* (16 July, 2004), <http://query.nytimes.com/gst/abstract.html?res=F30E11FE3E5E0C758DDDAE0894DC404482>

Project Inform. *HIV and TB disease* (May 2004), <http://www.projinf.org/fs/tuberculosis.html>

Stop TB. *About the Stop TB Partnership*, http://www.stoptb.org/stop_tb_initiative/

UNAIDS. *TB & HIV – Facts at a glance* (2004),

<http://www.stoptb.org/news/archives/iacxv/assets/InfoPack/1GB.pdf>

UNAIDS. *Fact Sheet: Women, TB & HIV* (2004),

<http://www.stoptb.org/news/archives/iacxv/assets/InfoPack/1GB.pdf>

ПРОБЛЕМА ТУБЕРКУЛЕЗА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В последнее десятилетие XX века туберкулез был заново осознан мировым сообществом как бедствие для всего человечества. Треть населения нашей планеты подвержена риску заражения туберкулезом, уносящим ежегодно 2 миллиона жизней. Сегодня в некоторых регионах планеты туберкулез поражает больше людей, чем два десятилетия назад.

Какова эпидемическая ситуация по туберкулезу?

Заболеваемость туберкулезом в Российской Федерации в последние

годы остается на высоком уровне. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) относит Россию к 22 странам мира, несущим наибольшее бремя туберкулеза. В 2006 году заболеваемость туберкулезом составила 82,4 на 100 тысяч населения. В целом, больных этим заболеванием в стране насчитывается более 220 тысяч человек. Портрет больного туберкулезом – это мужчина в возрасте 43 лет, в 70% случаев пребывавший в местах лишения свободы, злоупотребляющий алкоголем, не имеющий семьи и постоянного места жительства.

С 1998 года наблюдается положительная тенденция по снижению смертности. Для сравнения, если в 2005 году было зарегистрировано 22,5 случая смерти от туберкулеза на 100 тысяч населения, то в 2006 году это число составило 19,5 случаев на 100 тысяч населения. Вместе с тем заболеваемость и смертность от туберкулеза в России остаются одними из самых высоких в мире. В 2006 году было выявлено 118 тысяч случаев туберкулеза у людей, которые ранее не состояли на учете. Каждый день в России от туберкулеза умирает 88 человек. Туберкулез занимает первое место среди причин смерти от инфекционных и паразитарных заболеваний.

Насколько серьезна ситуация по туберкулезу с множественной лекарственной устойчивостью и туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией?

В стране наблюдается достаточно высокий уровень заболеваемости туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью, лечение которого требует серьезных финансовых затрат (24 055 состоящих на учете больных к концу 2006 года). Впервые заболело туберкулезом с наличием лекарственной устойчивости к двум основным противотуберкулезным препаратам (множественная лекарственная устойчивость) в 2005 году 4167 человек.

Остро стоит проблема туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией. Туберкулез является наиболее частой причиной смерти среди ВИЧ-положительных во всем мире. В России в 2005 году заболеваемость туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, составила 4,8 на 100 000 населения. Всего было зарегистрировано 6699 случаев туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией.

Туберкулез в тюрьмах

В настоящее время в учреждениях уголовно-исправительной системы содержится около 48 тыс. больных туберкулезом, показатели заболеваемости достигают 1387 на 100 тысяч и смертности 79 на 100 тыс. человек (данные за 2006 год). Наблюдается положительная динамика снижения числа больных туберкулезом в учреждениях пенитенциарной системы; за последние семь лет число новых случаев сократилось в два раза. Однако

после освобождения из мест заключения человек, больной туберкулезом, как правило, не встает на учет и не обращается в органы здравоохранения, что создает опасность для окружающих. Так, в 2005 году было освобождено из подразделений уголовно-исправительной системы 18 333 больных туберкулезом. Из них обратились за противотуберкулезной помощью в учреждения системы здравоохранения и взяты на учет только 10 564 больных, что составляет 57,6%.

Каковы основные препятствия в достижении эффективных результатов в борьбе с туберкулезом?

За последние годы в Российской Федерации в результате проводимых мероприятий наметилась некоторая стабилизация отдельных показателей заболеваемости и распространенности туберкулеза. Однако заболеваемость, инвалидность и смертность населения от этого заболевания в России чрезвычайно высоки. Проблемы социальной поддержки больных туберкулезом, их семей и ближайшего окружения, а также малообеспеченных слоев населения, имеющих наибольший риск заболевания туберкулезом, решаются медленно. Материальная база фтизиатрических учреждений в большинстве территорий не отвечает санитарным требованиям, финансирование противотуберкулезных мероприятий недостаточно. В этом деле очень многое зависит от местных органов власти, принимающих региональные программы борьбы с туберкулезом, учитывающие местные финансовые возможности и ресурсы. Основными проблемами при оказании противотуберкулезной помощи населению в настоящее время остаются дефицит кадровых ресурсов, коечного фонда противотуберкулезных учреждений, в том числе диагностических лабораторий, нерациональное распределение противотуберкулезных препаратов.

Игнорирование проблем профилактики и лечения туберкулеза ведет к росту заболеваемости, инвалидности и смертности в связи с этим заболеванием, к ухудшению демографической ситуации и росту экономических затрат.

Каковы пути и перспективы решения проблемы туберкулеза?

Проблема туберкулеза может быть решена только при уменьшении числа социально дезадаптированных лиц, повышении качества жизни населения, формировании у населения и у органов власти представлений о здоровье как об одной из высших ценностей государства и общества.

Системное решение проблемы туберкулеза в России требует мер в следующих направлениях:

- ▶ Профилактические мероприятия, в том числе социального, санитарного и специального характера;

- ▶ Раннее выявление и массовые скрининговые исследования;
- ▶ Комплексное лечение и жесткий контроль непрерывного приема препаратов больными;
- ▶ Регулярное и гарантированное обеспечение препаратами больных и медицинских учреждений 1-го и особенно 2-го ряда;
- ▶ Мониторинг лечения, в том числе на региональном уровне.

На саммите, проходившем в Санкт-Петербурге в 2006 году, лидеры стран «большой восьмерки» подтвердили обязательства своих стран остановить распространение туберкулеза, озвученные на предыдущих саммитах, и сделали заявление в поддержку Глобального плана по борьбе с туберкулезом на 2006-2015 годы, целью которого является снижение в два раза уровня смертности от туберкулеза к 2015 году по сравнению с 1990 годом. В своем коммюнике они обратились с призывом к заинтересованным донорам и партнерам содействовать эффективной реализации данного плана.

ТУБЕРКУЛЕЗ. СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ

А

Активная форма туберкулеза: больной активной формой туберкулеза может передавать микобактерии окружающим во время кашля, разговора и пр. Попадая в организм человека, микобактерии могут либо быстро развиваться и привести к заболеванию, либо длительно находиться в организме, не проявляя активности в течение многих лет или всей жизни. В случае инфицирования микобактериями туберкулеза риск развития активной формы у здорового человека в течение всей его жизни составляет около 10%. Наиболее существенным фактором развития активного туберкулеза является ослабление иммунной системы человека, причиной которого могут быть внешние условия (недостаточное питание, плохие условия жизни, стрессы) или другие заболевания, например ВИЧ-инфекция. При развитии активного туберкулеза у больного в основном поражаются легкие, однако возможно вовлечение и иных органов.

Б

Бактериологическое (культуральное) исследование: метод выявления микобактерий туберкулеза путем посева мокроты на питательные среды. Проводится в лабораторных условиях, как правило, в бактериологических лабораториях противотуберкулезной службы, и занимает от 2-х недель до 3-х месяцев. Как только выявлены микобактерии туберкулеза, можно исследовать их на лекарственную чувствительность для определения больных с лекарственной устойчивостью.

В

Вакцина БЦЖ: вакцина из живых ослабленных микобактерий штамма бычьего вида (*Mycobacterium bovis*). Вакцинный штамм назван в честь создавших его ученых Кальметта и Герена (BCG, или БЦЖ). Вакцина БЦЖ применяется для иммунизации против туберкулеза.

Внелегочный туберкулез: туберкулез любого органа, кроме паренхимы легких (например, почек, костей, кожи, головного мозга или лимфатических узлов). К внелегочному туберкулезу также относят туберкулез верхних дыхательных путей, внутригрудных лимфоузлов и плевры.

И

Изониазид, или INH: противотуберкулезный лекарственный препарат, обладающий высокой бактериологической активностью в отношении микобактерий туберкулеза и являющийся одним из четырех основных препаратов, использующихся при стандартной химиотерапии туберкулеза.

К

Кислотоустойчивые микобактерии (КУМ): микобактерии, способные удерживать анилиновый краситель после обесцвечивания кислотным раствором; к их числу относятся микобактерии туберкулеза, которые могут быть обнаружены при микроскопии мазка мокроты.

Контакт: лицо, подвергшееся воздействию болезнетворного фактора, в том числе туберкулезной инфекции.

Курс лечения под непосредственным наблюдением (DOT, Directly Observed Therapy): предполагает такую организацию лечения, когда больной принимает каждую дозу лекарственного препарата под непосредственным наблюдением медперсонала или работника службы здравоохранения. Может проводиться в условиях стационара, в санатории или амбулаторно.

Л

Латентная форма туберкулеза: состояние, при котором микобактерии туберкулеза живут в организме, но не вызывают заболевание. У людей с латентной формой туберкулеза не наблюдаются симптомы заболевания, и они не представляют опасность для окружающих. Обычно дают положительную реакцию на туберкулиновую пробу. Однако латентный туберкулез может развиться в активную форму при отсутствии соответствующего лечения.

Легочный туберкулез: туберкулез с поражением паренхимы легких, обычно сопровождаемый кашлем, который продолжается от 3-х недель и более. Источником инфекции чаще всего является больной туберкулезом легких.

Лекарственная устойчивость: природная и приобретенная способность возбудителя болезни (микроорганизма) сохранять жизнедеятельность при воздействии на него лекарственных средств.

М

Мазок: препарат для микроскопии, приготовленный путем нанесения на предметное стекло тонкого слоя исследуемого материала с последующим высушиванием, фиксацией и окраской.

Микобактерия туберкулеза: возбудитель туберкулеза (*Mycobacterium tuberculosis*).

Микроскопия мазка мокроты: метод исследования материала для обнаружения кислотоустойчивых микобактерий. Является первым этапом выявления наиболее опасных в эпидемическом отношении больших туберкулезом, выделяющих значительное количество микобактерий.

Мокрота: выделяемый при влажном кашле и отхаркивании патологический продукт воспаленных слизистых оболочек трахеи, бронхов и легких. Мокроту исследуют на наличие микобактерии туберкулеза при микроскопии мазка мокроты; образец мокроты также используют при культуральных исследованиях.

Р

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: исследование органов грудной клетки рентгенологическим методом, при котором с помощью рентгеновского излучения на пленке получают фиксированные изображения за счет различной степени поглощения лучей разными тканями. Без учета результатов других исследований рентгенологическое исследование не может служить надежным методом диагностики туберкулеза, поскольку рентгенологические изменения, сходные с туберкулезной патологией, могут быть обусловлены и другими заболеваниями органов дыхания.

Т

Туберкулез: инфекционное заболевание, вызываемое микобактериями комплекса *Mycobacterium tuberculosis*; передается в основном воздушно-

капельным путем. Туберкулез может поражать практически любые органы и ткани, но чаще всего он поражает легкие. При кашле, чихании, разговоре больной туберкулезом распространяет капельки мокроты, содержащие возбудитель болезни. Можно заразиться, вдыхая воздух, содержащий микобактерии туберкулеза. Симптомами туберкулеза являются: кашель в течение 3-х и более недель, иногда сопровождающийся кровохарканием; общее недомогание и слабость; потеря веса; периодическое повышение температуры; отсутствие аппетита. Инфицированный человек еще не является больным, но при снижении иммунитета инфекция может перейти в болезнь.

Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ): аббревиатура, обозначающая «туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью». Вызывается штаммом *Mycobacterium tuberculosis*, устойчивым, по крайней мере, к изониазиду и рифампицину, двум наиболее эффективным противотуберкулезным препаратам. МЛУ-ТБ возникает в результате неправильного, незавершенного лечения или нерегулярного приема лекарственных препаратов. Наличие МЛУ-ТБ требует особых подходов к лечению, заметно увеличивает его стоимость и длительность (до 24 месяцев). МЛУ-ТБ представляет серьезную проблему в развивающихся странах, где не всегда есть возможность обеспечить курс лечения под непосредственным наблюдением.

Туберкулин: общее название препаратов, получаемых из культур микобактерий туберкулеза и предназначенных для постановки аллергических диагностических проб.

Туберкулиновая проба: проба с внутрикожным введением туберкулина (проба Манту – *Mantoux test*). При проведении туберкулиновой пробы производится внутрикожная инъекция малой дозы туберкулина. Возникающее в месте инъекции воспаление считается положительной реакцией на туберкулин. Положительная туберкулиновая проба свидетельствует об инфицировании туберкулезными микобактериями, но не указывает на активность процесса в данный момент.

Справочная литература:

U.S. Department of Health and Human Services (DHHS). Centers for Disease Control and Prevention. *Glossary of Terms Related to TB*. (April 2006)
http://www.cdc.gov/nchstp/tb/faqs/qa_glossary.htm

ОСВЕЩЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА В СМИ

Уровень информированности о проблеме туберкулеза все еще очень низок в России, и СМИ играют важную роль в придании проблеме туберкулеза первоочередной значимости. Эффективность борьбы с туберкулезом в значительной мере зависит от сложившегося в обществе отношения к данной проблеме, которое зачастую формируется средствами массовой информации.

Позитивное освещение

Несмотря на то что с туберкулезом связано множество человеческих страданий и прерванных жизней, постарайтесь избегать тревожного и безысходного тона заголовков и изложения. Возможно, стоит руководствоваться медицинским принципом «не навреди». Ведь навредить могут не только медики, но и журналисты, обидев словом и использовав непроверенную информацию. Излагая факты, не всегда следует заострять внимание только на негативных моментах. Можно говорить о существующих возможностях лечения и профилактики, приводить положительные примеры. Псевдосенсационный язык (например, заголовки типа «Больные стонут, а врачи им вторят», «Дымовая завеса над палочкой смерти») может оттолкнуть читателей. Такое изложение приводит к появлению страха, предрассудков и чувства безнадежности, что, в свою очередь, усугубляет проблему и делает жизнь людей, страдающих от туберкулеза, и жизнь их близких невыносимой.

В плену каких стереотипов может оказаться журналист, освещающий проблему туберкулеза?

Существует распространенный стереотип о том, что туберкулез – это болезнь бедных. Да, действительно, туберкулез расцветает в плохих бытовых условиях, при отсутствии полноценного питания, но ни один, даже самый обеспеченный человек, от этой болезни не застрахован. Туберкулез не знает границ. Пациентами тубдиспансеров теперь становятся не только члены неблагополучных семей, люди без определенного места жительства и бывшие заключенные, но и вполне респектабельные люди.

При подготовке материалов необходимо также помнить, что не любой инфицированный микобактериями туберкулеза человек является больным. Только больные, выделяющие микобактерии туберкулеза во внешнюю среду, могут стать источником распространения туберкулеза. Люди, у которых обследование не выявило выделение микобактерий туберкулеза, не представляют опасности для окружающих. Например, 30% населения в мире и более 70% россиян инфицированы микобактериями туберкулеза, но только лишь при снижении иммунитета инфекция может перейти в болезнь.

Следует также помнить, что туберкулез излечим. В настоящее время существуют эффективные противотуберкулезные препараты, позволяющие полностью излечиться от туберкулеза при условии строгого соблюдения предписаний врачей.

Исследовательская журналистика

Журналисты, освещающие вопросы здравоохранения, в частности проблему туберкулеза, могут создавать яркие и интересные материалы, лишенные стереотипов и предвзятого отношения, в стиле журналистского расследования. Такие статьи и репортажи являются сферой, где от журналиста требуется всестороннее изучение проблемы, серьезный анализ ситуации. В данном случае журналист выступает как человек с активной гражданской позицией, задающийся важными вопросами о рациональности использования средств, выделяемых на борьбу с туберкулезом, об эффективности организации лечения больных туберкулезом, об использовании модели социальной поддержки с целью уменьшения отрывов от лечения, о степени вовлеченности общей лечебной сети в выявление туберкулеза и т.д. Работа над подобным материалом предполагает общение не только с фтизиатрами, но и представителями органов здравоохранения, других государственных структур, экспертами ВОЗ и пр. Контакт со специалистами в данной области поможет журналисту и в дальнейшем развивать данную тему и давать самую свежую информацию в адекватной интерпретации.

Где можно найти наиболее достоверные цифры о масштабах эпидемии?

В работе над материалом важно использовать различные источники информации, однако следует придерживаться официальной статистики или опираться на официальные данные, запрошенные у учреждений противотуберкулезной службы. При ссылке на статистические данные необходимо понимать их значение; можно обратиться к специалисту для разъяснения этих данных и изложения их доступным языком, не перегруженным узкоспециальными терминами. Следует распространять и комментировать только ту информацию, в достоверности которой журналист убежден и источник которой ему хорошо известен. Важно проводить различие между фактами и тем, что составляет мнения, версии или предположения.

Насколько важно соблюдать конфиденциальность при освещении проблемы туберкулеза?

При подготовке материала с последующим использованием имени больного туберкулезом необходимо заручиться его/ее письменным согла-

сием. Предварительно следует согласовать с лечащим врачом возможность и кандидатуру для проведения интервью. Необходимо довести до сведения интервьюируемого, что эта информация будет открыта широкой аудитории, среди которой могут оказаться родные и знакомые больного. Как правило, больные туберкулезом неохотно идут на контакт, поскольку опасаются, что их окружение узнает о заболевании. Конфиденциальность – важнейший принцип в том случае, когда герой не готов открыть имя или подробности собственной жизни.

Возможные темы при подготовке материалов по вопросам туберкулеза

Готовя статьи или сюжеты, посвященные проблеме туберкулеза, следует стремиться к всестороннему освещению темы, затрагивая как медицинские, так и социальные, экономические и политические стороны проблемы.

Ниже представлены некоторые возможные темы для освещения:

- ▶ Нарастающая проблема сочетанной инфекции туберкулеза и ВИЧ
 - ▶ Как и почему эти проблемы связаны и каковы последствия распространения сочетанной инфекции?
 - ▶ Какие группы населения наиболее подвержены сочетанной инфекции, почему, кто и как работает с этими группами? Например, почему туберкулез является основной причиной смерти среди людей, живущих с ВИЧ? Насколько эффективно взаимодействие противотуберкулезной службы и центров СПИДа в профилактике и лечении туберкулеза у ВИЧ-положительных пациентов?
- ▶ Проблема туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ)
 - ▶ Каков масштаб проблемы в России и мире?
 - ▶ Что приводит к развитию лекарственной устойчивости?
 - ▶ Почему лечение МЛУ-ТБ дорого стоит?
 - ▶ Какие меры предпринимаются на уровне государства для решения этой проблемы?
- ▶ Обеспокоенность мировой общественности распространением суперустойчивого туберкулеза (XDR-TB)
 - ▶ Каковы причины развития XDR-TB?
 - ▶ Каковы меры профилактики против XDR-TB?
 - ▶ Как распространяется XDR-TB и поддается ли эта форма туберкулеза излечению?

- ▶ Решение проблемы туберкулеза в свете реализации приоритетного национального проекта по здравоохранению
 - ▶ Выполняет ли государство свои обязательства, достигает ли поставленных целей?
 - ▶ Насколько эффективна государственная политика в сфере борьбы с туберкулезом?
 - ▶ Насколько активную позицию занимают местные органы управления и здравоохранения в реализации государственной политики в сфере борьбы с туберкулезом?
- ▶ Каков масштаб проблемы туберкулеза в тюрьмах?
 - ▶ Какова ситуация по туберкулезу, туберкулезу с множественной лекарственной устойчивостью, сочетанной инфекцией туберкулеза и ВИЧ в учреждениях системы исполнения наказаний?
 - ▶ Какие меры предпринимаются для снижения заболеваемости различными формами туберкулеза среди заключенных?
 - ▶ Как решается проблема диспансеризации больных туберкулезом, освобожденных из мест заключения?
- ▶ Лечение и уход за больными туберкулезом
 - ▶ Проблемы организации лечения больных туберкулезом и пути их решения
 - ▶ Стоимость лечения туберкулеза и МЛУ-ТБ
 - ▶ Использование российского и международного опыта в лечении больных туберкулезом
- ▶ Роль научных исследований в поисках вакцины от туберкулеза

«Не навреди»

Работая над материалом о проблеме туберкулеза, впрочем, как и о любой другой проблеме здравоохранения, важно помнить об ответственности, лежащей на журналисте, являющимся источником информации для многотысячной аудитории и зачастую формирующим общественное мнение и отношение к той или иной проблеме. «Не навреди» должно быть руководящим принципом в работе над материалом. Ведь можно нанести непоправимый ущерб распространением неполной и недостоверной информации.

Туберкулез – не проклятие, а лишь следствие отсутствия элементарных знаний об этой излечимой болезни и небрежного отношения к своему здоровью.

ПРОГРАММЫ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА. ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ*

Что такое программы снижения вреда?

Снижение вреда – это прагматический подход к минимизации вредных для индивидуума и сообщества последствий, связанных с потреблением наркотиков, в особенности риска распространения ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, и инфекций, передаваемых половым путем¹. Основными целями данного метода являются профилактика переносимых с кровью инфекций; снижение риска передозировки и других, связанных с употреблением наркотиков состояний и несчастных случаев с потенциально смертельным исходом, а также смягчение негативных последствий наркопотребления для общества в целом, включая нищету и преступность.

Подход снижения вреда основан на признании того факта, что употребление тех или иных наркотических веществ имело и имеет место в любой культуре и общественной формации и, несмотря на многолетние усилия, до сих пор ни в одной стране, городе или сообществе не было разработано эффективного метода полного искоренения наркотиков и проблем, связанных с их употреблением. Концепция снижения вреда возникла в середине 80-х годов и напрямую связана с задачами по противодействию распространению ВИЧ-инфекции. Признавая всю важность усилий, направленных на помощь человеку, желающему полностью отказаться от наркотиков, и воздержание от наркотиков в качестве конечной цели, подход снижения вреда, тем не менее, не рассчитан на то, чтобы добиться немедленного прекращения употребления наркотиков среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). Для большинства наркопотребителей процесс полного отказа от употребления наркотиков может занять весьма продолжительное время, при этом риск инфицирования ВИЧ, вирусными гепатитами и другими инфекциями очень высок².

В рамках концепции снижения вреда проблема потребления наркотиков рассматривается с реалистичной и прагматической позиции, при этом

* Публикуется с разрешения Института «Открытое общество» (*Open Society Institute*) (http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/sub_listing)

¹ «Всероссийская сеть снижения вреда» http://www.harmreduction.ru/harm_reduction.shtml

² Трансатлантические партнеры против СПИДа. Информационный бюллетень «Право на здоровье: Профилактика и лечение ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп». – М., 2006.

Доступно в Интернете:

<http://www.hivpolicy.ru/publications/index.php?filter=searchin&type%5B%5D=851&geography%5B%5D=292&id=193>

основными приоритетами являются охрана здоровья населения и обеспечение практически осуществимых решений следующих задач:

- ▶ снизить уровень потребления наркотиков;
- ▶ предотвратить распространение инфекций, передающихся парентеральным путем (через кровь), в частности ВИЧ и гепатитов, среди ПИН и населения в целом;
- ▶ снизить смертность среди лиц, употребляющих наркотики;
- ▶ обеспечить ресоциализацию ПИН.

Почему необходимо снижение вреда?

Потребление наркотиков – широко распространенное явление. По оценке Управления ООН по наркотикам и преступности, 185 миллионов человек ежегодно потребляют нелегальные («уличные») наркотики³. По данным Международного комитета по контролю за наркотиками (МККН), в 2005 году в России было зарегистрировано 500 тысяч потребителей наркотиков, при этом их реальное количество достигало шести миллионов человек, то есть около 4% населения страны⁴. Согласно оценкам ВОЗ, в 2005 году число инъекционных наркопотребителей в России составляло от 1,5 до 3,5 миллионов человек⁵.

Начиная с середины 90-х годов основным путем передачи ВИЧ является инфицирование через нестерильные иглы и шприцы, используемые при инъекционном употреблении наркотиков. По данным ВОЗ на август 2005 года, 87% зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в России связаны с инъекционным употреблением наркотиков⁶.

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, не существует успешных программ профилактики потребления нелегальных наркотиков⁶. В этих условиях общей и разделяемой всеми целью является обеспечение действенных и доступных услуг в сфере профилактики и лечения для потребителей наркотиков с целью предотвращения генерализации эпидемии ВИЧ-инфекции. Однако достичь этой цели сложно, требуются большие затраты, а коэффициент полезного действия весьма низок. Несмотря на постоянное увеличение объемов финансовых и других ресурсов, направляемых государствами на борьбу с ВИЧ/СПИДом, доступ к ус-

³ UNODC (2002) Global illicit Drug Trends 2002. New York: United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention.

⁴ МККН (2006). Доклад за 2005 г. ООН, Нью-Йорк. Доступно в Интернете:

http://www.incb.org/pdf/e/ar/2005/incb_report_2005_ru.pdf

⁵ WHO (2005). Summary country profile for HIV/AIDS treatment scale up. Russian Federation. Доступно в Интернете:

http://who.int/hiv/HIVCP_RUS.pdf

⁶ WHO (2002) Prevention of psychoactive substance use: a selected review of what works in the area of prevention. Geneva: World Health Organization.

лугам по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции имеют, по данным ВОЗ/ЮНЭЙДС, не более 10% ВИЧ-положительных ПИН.

Таким образом, для тех, кто не хочет или не может прекратить употребление наркотиков или находится в стадии рецидива, программы снижения вреда могут быть эффективны в предотвращении риска инфицирования ВИЧ и других вредных последствий, связанных с инъекционным употреблением наркотиков.

Программы снижения вреда зачастую служат первым или единственным связующим звеном между потребителями наркотиков и государственной системой здравоохранения и социальной защиты, открывая двери к более широкому спектру необходимых медицинских услуг.

Ниже перечислены основные стратегии снижения вреда:

- ▶ Программы обмена шприцев и игл
Предоставление чистых игл и шприцев в обмен на использованные инъекционные инструменты.
- ▶ Медикаментозная поддерживающая терапия (заместительная терапия)
Использование синтетического препарата (метадона, бупренорфина и др.) для лечения пациентов с опиоидной зависимостью с целью прекращения инъекционного употребления «уличных» (нелегальных) наркотиков, например, героина или морфина. Медикаментозная поддерживающая терапия помогает избежать развития абстинентного синдрома (ломки), прекратить употребление нелегальных наркотиков и связанное с ним криминогенное поведение, стабилизировать физическое состояние и, соответственно, содействовать улучшению социального положения пациента. Метадон не вызывает эйфорию и принимается внутрь перорально в виде водного раствора (сиропа), а не вводится инъекционно.
- ▶ Консультирование и информационное просвещение
Индивидуальное консультирование или предоставление информационных печатных материалов может помочь потребителям наркотиков контролировать свое поведение и научиться снижать риск, связанный с употреблением наркотиков.
- ▶ Направление к врачам для получения медицинской помощи
Потребители наркотиков в большинстве случаев не идут на контакт с медицинскими службами в силу того, что приобретение и употребление наркотиков являются противоправными действиями и порицаются обществом. Программы снижения вреда работают с наркопотребителями, содействуя тому, чтобы они обращались за адекватной медицинской помощью, содействуя формированию недис-

криминационного подхода к пациентам из уязвимых групп и оказанию необходимой помощи без проявления осуждения.

- ▶ Смягчение или отмена уголовного наказания за нарушения, связанные с употреблением наркотиков
Смягчение суровости наказания за хранение наркотиков с целью личного потребления.

Дает ли работа по снижению вреда результат?

Да. Имеются веские доказательства того, что программы снижения вреда помогают предотвратить распространение ВИЧ и отсрочить или избежать связанные со СПИДом оппортунистические инфекции⁷.

Такие доказательства приводятся в системных научных исследованиях, проведенных во многих странах и среди различных групп населения. Врачи, социологи, специалисты по борьбе с наркопотреблением и представители правительственных организаций, изучавшие программы снижения вреда, высоко оценили эффективность данных программ.

В частности отмечается, что программы снижения вреда дают положительные результаты вне зависимости от культурных и экономических различий между регионами, в частности, в таких отличающихся друг от друга странах, как США, Гонконг, Австралия и Таиланд⁸.

Кроме того, программы снижения вреда (включая программы обмена игл и шприцев, заместительной терапии) имеют большее значение для социальных работников, проводящих работу непосредственно на улице (аутрич-работники) и старающихся найти общий язык с потребителями наркотиков.

Во многих регионах также доказано влияние программ снижения вреда на уменьшение уровня преступности и снижение потребления наркотиков в общественных местах⁹.

Законна ли работа по снижению вреда?

Программы обмена шприцев функционируют на законном основании почти во всех странах Центральной и Восточной Европы и территории бывшего Советского Союза.

⁷ Gibson D R, Flynn N M and Perales D (2001) Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS* 15(11), 1329-1341.

⁸ Mattick R P, Breen C, Kimber J, and Davoli M (2003) Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1. Oxford: Update Software.

Mattick R P, Kimber J, Breen C, and Davoli M (2003) Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1. Oxford: Update Software.

⁹ Nadelmann EA, Coffin P, Halingby L and Greenshields A (1999). *Safer Injection Rooms*. New York: Open Society Institute.

Программы медикаментозной поддерживающей терапии проводятся на законном основании в таких странах, как Болгария, Босния, Венгрия, Кыргызстан, Латвия, Македония, Польша, Румыния, Сербия, Словакия, Словения, Украина, Хорватия, Чешская Республика и Эстония.

В силу ряда положений действующего российского законодательства внедрение программ медикаментозной поддерживающей терапии на территории РФ в настоящее время невозможно. При этом проведение программ обмена и распространения игл и шприцев не является нарушением российского законодательства. В настоящее время Министерство здравоохранения и социального развития РФ и Федеральная служба по контролю за оборотом наркотиков ведут разработку нормативно-правового акта, регламентирующего порядок согласования деятельности программ профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков на территории РФ¹⁰.

Каких затрат требуют программы снижения вреда?

Программы снижения вреда рентабельны и оправдывают затраты на свое проведение как с гуманитарной, так и с экономической точек зрения.

Программы снижения вреда сохраняют людям жизнь и улучшают качество человеческой жизни. Именно качество жизни отдельного человека и местного сообщества в целом является приоритетной задачей успешных социальных программ.

В рамках программ снижения вреда также предполагается, что именно потребители наркотиков являются основной целевой группой в контексте снижения вреда, связанного с потреблением наркотиков, и профилактики ВИЧ-инфекции, поэтому необходимо дать им возможность получать и обмениваться информацией и поддерживать друг друга в выработке стратегий, которые отвечают реальным условиям жизни.

С экономической точки зрения программы снижения вреда обходятся дешевле, чем оказание медицинской помощи в связи с лечением ВИЧ-инфекции и других инфекционных заболеваний, а также расходы на юридические услуги, требующиеся при отсутствии таких программ. Также доказано, что эти программы уменьшают преступность и тем самым обеспечивают более безопасные условия жизни в местных сообществах, снижая затраты на судопроизводство и содержание тюрем.

Таким образом, целесообразность проведения программ снижения вреда, связанного с употреблением наркотиков, подтверждена данными об эпидемиологической и экономической эффективности. Как показыва-

¹⁰ Трансатлантические партнеры против СПИДа. Информационный бюллетень «Право на здоровье: Профилактика и лечение ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп». – М., 2006.

ют многочисленные исследования, проведенные международными экономистами и экспертами в области охраны здоровья, инвестируя средства в проведение этих программ сегодня, местные сообщества и правительства, в конечном итоге, экономят свои финансовые средства¹¹.

Поощряют ли программы снижения вреда потребление наркотиков?

Нет.

Доказано, что программы снижения вреда:

- ▶ не увеличивают потребление наркотиков¹²
- ▶ не влияют отрицательно на лечение наркозависимости¹³

В тех странах, где предусмотрены менее суровые меры уголовного наказания за хранение наркотиков, не зафиксировано более высокого уровня потребления наркотиков¹⁴. Наоборот, там потребители наркотиков не

¹¹ Gold M, Gafni A, Nelligan P, and Millson P (1997). Needle exchange programs: an economic evaluation of a local experience. *Canadian Medical Association Journal* 157(3), 255-262.

Lurie P and Drucker E (1997). An opportunity lost: HIV infections associated with lack of a national needle-exchange programme in the USA. *Lancet* 349, 604-608.

Holtgrave DR, Pinkerton SD, Jones TS, Lurie P, and Vlahov D (1998). Cost and cost-effectiveness of increasing access to sterile syringes and needles as an HIV prevention intervention in the United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 18 (Supplement 1), 133-138.

Laufer FN (2001). Cost-effectiveness of syringe exchange as an HIV prevention strategy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 28(3), 273-278.

Ward P and Sutton M (1998). The effectiveness of methadone maintenance treatment: cost effectiveness. In (eds.) Ward J, Mattick RP and Hall W, *Methadone Maintenance Treatment and other Opioid Replacement Therapies*. Amsterdam: Harwood.

¹² Watters J K, Estilo M J, Clark G L et al (1994). Syringe and needle exchange as HIV/AIDS prevention for injection drug users. *JAMA* 271:115-120.

Normand J, Vlahov D, Moses LE, eds. (1995). *Preventing HIV Transmission: The Role of Sterile Needles and Bleach*. Washington DC: National Academy Press:224-226, 248-250.

Paone D, Des Jarlais DC, Gangloff R, Milliken J, and Friedman SR (1995). Syringe Exchange: HIV prevention, key findings, and future directions. *International Journal of the Addictions* 30, 1647-1683.

¹³ Volk J, Wodak A, Guinan J, Macaskill P, and Simpson JM (1990). The effect of a needle and syringe exchange on a methadone maintenance unit. *British Journal of Addictions* 85, 1445-1450.

Hagan H, Des Jarlais DC, Purchase D, Friedman ST, Reid T and Bell TA (1993). An interview study of participants in the Tacoma, Washington syringe exchange. *Addiction* 88, 1694-1695.

Heimer R and Lopes M (1994). Needle exchange in New Haven reduces HIV risks, promotes entry into drug treatment, and does not create new drug injectors. *JAMA* 271, 1825-1826.

Heimer R, Kaplan EH, O'Keefe E, Khoshnood K and Altice F (1994). Three years of needle exchange in New Haven: what have we learned? *AIDS and Public Policy Journal* 9, 59-74.

Heimer R, Eicher A, Eno R, et al (1996). Needle exchange programs as a conduit to drug treatment: the New Haven experience. Paper presented at the 11th International Conference on AIDS, Vancouver, Canada.

Bronner R, Kidorf M, King V, Beilenson P, Svikis D and Vlahov D (1998). Drug Abuse Treatment Success Among Needle Exchange Participants. *Public Health Reports* 112 (Supplement 1): 129-139.

¹⁴ MacCoun R and Reuter P (1997). Interpreting Dutch cannabis policy: Reasoning by analogy in the legalization debate. *Science* 278, 47-52.

Lenton S, Hummeniuk R, Heale P and Christie P (2000). Infringement versus conviction: The social impact of a minor cannabis offence in SA and WA. *Drug and Alcohol Review* 19, 257-264.

боятся обращаться за помощью, находят работу и остаются интегрированными в общество. Можно сказать, что программы снижения вреда дают дополнительное преимущество не только в сфере профилактики болезней, но также и в плане улучшения качества человеческой жизни.

Пользуется ли концепция снижения вреда международной поддержкой?

Да.

Международные организации, которые специализируются в области здравоохранения и борьбы с потреблением наркотиков, поощряют снижение вреда.

Управление ООН по наркотикам и преступности рекомендует оказание потребителям наркотиков такой помощи, которая включает в себя «услуги, предоставляемые непосредственно на улице (аутрич), распространение информации о ВИЧ/СПИДе, обеспечение доступа к стерильным иглам и шприцам, презервативам, лечение наркозависимости (включая заместительную терапию и, по мере надобности, реабилитацию), добровольное тестирование на ВИЧ, консультативную помощь и психологическую поддержку».

В Декларации Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу говорится, что эффективная профилактика, уход и лечение требуют обеспечения равного для всех доступа к «вакцинам, презервативам, бактерицидным средствам, лубрикантам, стерильному инъекционному оборудованию, лекарственным препаратам, включая антиретровирусную терапию, методам диагностики и связанным с ними технологиям, а также увеличения количества научных исследований и разработок» (параграф 23).

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ. ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ*

Что такое программы медикаментозной поддерживающей терапии?

Программы медикаментозной поддерживающей терапии (также известной под названием заместительной терапии, далее – ЗТ) направлены на то, чтобы человека, зависимого от нелегальных наркотиков (главным образом героина и других опиатов), перевести на употребление заместительных препаратов. Если человек по каким-либо причинам не может или не хочет сразу перестать употреблять наркотики и избавиться от наркотической зависимости, ему предоставляется возможность употреблять препараты того же ряда, но неинъекционно и под контролем врача. Несмотря на то что зависимость у человека сохраняется, заместительные препараты наносят меньше вреда здоровью потребителя, способствуя, кроме того, значительному сокращению риска заражения ВИЧ-инфекцией.

Почему программы ЗТ являются стратегией профилактики ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков?

Как показывает международный опыт, программы ЗТ позволяют в значительной степени снизить или полностью прекратить инъекционное употребление наркотиков среди ПИН, участвующих в данных программах. Большинство препаратов ЗТ невозможно употреблять путем инъекции, и они выдаются клиентам программ в виде растворов или сиропов под строгим контролем медперсонала. Это позволяет клиентам прекратить инъекционное потребление наркотиков так же как и участие в нелегальном наркорынке.

Кроме того, данные программы являются «точкой доступа» к потребителям наркотиков, что позволяет проводить их обучение методам снижения вреда и индивидуальным навыкам профилактики ВИЧ, гепатитов и прочих заболеваний. Для многих людей, живущих с ВИЧ и гепатитами, употребление нелегальных наркотиков является основной преградой для начала качественного лечения в силу хаотичности их образа жизни. Стабилизация состояния здоровья людей, потребляющих наркотики, важна для достижения долгосрочных целей лечения – в первую очередь, полного отказа от употребления нелегальных наркотиков. В Совместной позиции ВОЗ/УНП ООН/ЮНЭЙДС «Заместительная поддерживающая терапия

* По материалам «Сети снижения вреда Центральной и Восточной Европы» (*Central and Eastern European Harm Reduction Network*) www.csehrn.org и Информационного бюллетеня «Право на здоровье: Профилактика и лечение ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп».

в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа» подчеркивается, что участие в программах заместительной терапии дает возможность ранней диагностики других заболеваний и выявления ВИЧ-инфекции.

Для кого предназначены программы ЗТ?

Лечение наркотической зависимости является сложнейшей медико-социальной проблемой. Программы, основанные на полном воздержании пациентов, страдающих зависимостью от наркотических веществ, являются малоэффективными (лишь 5-10% наркозависимых способны полностью воздерживаться от употребления наркотиков в течение 5 лет, следующих за прохождением многократных курсов лечения). Поэтому людям, значительное время употребляющим героин и другие препараты опиоидной группы, для освобождения от опиоидной зависимости может потребоваться медикаментозная поддержка в течение многих лет.

Клиентами программ ЗТ часто становятся ВИЧ-положительные потребители, проходящие курс антиретровирусной терапии, так как в обеспечении эффективности этой терапии важную роль играет стабильный образ жизни и соблюдение врачебных предписаний. Кроме того, программы ЗТ становятся незаменимым вариантом поддержки для беременных, активно употребляющих героин. Это связано с тем, что резкое прекращение потребления героина во время беременности может представлять угрозу для матери и будущего ребенка, и заместительный препарат помогает избежать этих последствий. Помимо этого, участие в метадоновой программе обеспечивает доступ беременных к специализированным медицинским службам.

В чем цель программ ЗТ?

Основные цели программ заместительной терапии:

- ▶ снижение уровня потребления или полный отказ от нелегальных наркотиков;
- ▶ профилактика ВИЧ-инфекции и парентеральных гепатитов;
- ▶ снижение случаев криминального поведения;
- ▶ снижение числа передозировок и смертности среди ПИН;
- ▶ социальная адаптация ПИН;
- ▶ стабилизация и улучшение общего состояния здоровья пациентов.

Какие препараты используются в качестве заместительных?

Основными лекарственными препаратами, которые используются для заместительной терапии опиоидной зависимости в международной практике, являются бупренорфин и метадон. В марте 2005 года Всемирная ор-

ганизация здравоохранения внесла бупренорфин и метадон в свой «Примерный перечень основных лекарственных средств», тем самым признав эти препараты эффективными и безопасными и рекомендовав странам включить их в списки основных лекарственных средств и сделать доступными для пациентов, нуждающихся в лечении наркозависимости.

Препараты ЗТ выдаются в неинъекционной форме (в сиропе или в таблетках) под строгим контролем медицинского персонала, что является способом профилактики ВИЧ и других заболеваний, передающихся через кровь. Помимо этого, большинство заместительных препаратов действуют дольше, чем уличные наркотики, и перерыв между введением препарата может быть увеличен в несколько раз.

Насколько эффективны программы ЗТ?

Недавнее исследование, проведенное в Швейцарии, где стратегии снижения вреда являются ключевым компонентом наркополитики на протяжении последних 20 лет, показало, что в последние годы потребление героина в этой стране значительно снизилось.

Согласно данным, полученным в начале 90-х годов в ходе 18-месячного исследования среди 255 наркопотребителей в США, лишь 3,5% наркопотребителей, проходивших постоянное лечение метадоном, были инфицированы ВИЧ. Аналогичный показатель среди людей, не получавших этого лечения, составил 22%.

Эффективность программ ЗТ заключается не только в лечении наркотической зависимости, но и в общем снижении негативных последствий потребления наркотиков. Исследования подтверждают, что программы ЗТ способствуют значительному снижению криминального поведения среди ПИН. Клиенты программ начинают работать, учиться; сокращаются риски для здоровья, включая передозировки, сепсисы, ВИЧ и вирусные гепатиты.

В каких странах действуют программы ЗТ?

Программы заместительной терапии были рекомендованы Всемирной организацией здравоохранения, УНП ООН, ЮНЭЙДС как один из самых эффективных способов лечения наркозависимости и предотвращения распространения ВИЧ среди ПИН во всех странах.

К настоящему моменту программы ЗТ широко применяются в большинстве стран, где существует проблема опиоидной наркомании. В их число входят большинство стран Америки и Западной Европы. В регионе Восточной Европы и бывшего Советского Союза реализация этих программ началась в конце 1980-х годов в Польше, Словении Чехии и Югославии. Несколькоими годами позже программы ЗТ начали работать в Венгрии, Словакии, странах Балтии и ряде других стран региона. Из стран Со-

дружества Независимых Государств первым программы ЗТ начал проводить Кыргызстан (в 2001 году), и на сегодняшний день они осуществляются или готовятся к реализации во всех странах СНГ, кроме России, Таджикистана и Туркменистана, где они запрещены на законодательном уровне.

Справочная литература

ВОЗ/ЮНЭЙДС/УНП ООН (2005). *Краткая информация для выработки политики: антиретровирусная терапия и потребители инъекционных наркотиков*. Данные для противодействия ВИЧ/СПИДу. Доступно в Интернете: http://who.int/hiv/pub/arv/arvidu_rus.pdf

ВОЗ/ЮНЭЙДС/УНП ООН (2005). *Краткая информация для выработки политики: сокращение ВИЧ-инфицирования путем лечения наркотической зависимости*. Данные для противодействия ВИЧ/СПИДу. Доступно в Интернете: <http://who.int/hiv/pub/advocacy/en/pb04ru.pdf>

ВОЗ (2005). *Основные лекарственные средства*. *Примерный перечень ВОЗ* (пересмотрен в марте 2005 г.). Доступно в Интернете: http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/a87017_rus.pdf

ССВ-ЦВЕ (2002). *Программа заместительной терапии*. Вильнюс. Доступно в Интернете: http://www.ceechn.org/EasyCEE/sys/files/subst_therapy_rus.pdf

Совместная позиция ВОЗ/УНП ООН/ЮНЭЙДС (2004). *Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа*. Доступно в Интернете: http://www.drugpolicy.ru/publications/report_2004-03-15_1_ru.pdf

Трансатлантические партнеры против СПИДа. *Информационный бюллетень «Право на здоровье: Профилактика и лечение ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп»*. – М., 2006.

Доступно в Интернете:

<http://www.hivpolicy.ru/publications/index.php?filter=searchin&type%5B%5D=851&geography%5B%5D=292&id=193>
Nordt C. &Stohler R (2006). *Incidence of heroin use in Zurich, Switzerland: A treatment case register analysis*. *Lancet*, 367, 1830-1834,

Sarang A., Stuijkyte R., Bykov R. (2007). *Implementation of harm reduction in Central and Eastern Europe and Central Asia*. *International Journal of Drug Policy*.

БОРЬБА С ЭПИДЕМИЕЙ

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРОГРАММЫ ПО ВИЧ/СПИДУ

Профилактика является важнейшим компонентом борьбы с ВИЧ-инфекцией. Она включает в себя:

- ▶ **первичную профилактику**, направленную на снижение риска инфицирования ВИЧ и сокращение новых случаев ВИЧ-инфекции;
- ▶ **вторичную профилактику**, направленную на снижение риска передачи вируса от ВИЧ-положительного человека другим людям и на профилактику дальнейшего развития заболевания у человека, живущего с ВИЧ.

Существует много примеров профилактических программ, которые действительно помогли остановить или снизить рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией. Согласно недавно проведенному исследованию, сегодняшнее увеличение расходов на профилактику способно предотвратить более половины новых случаев заражения ВИЧ, которые могли бы произойти в период с 2005 до 2015 года, и значительно сэкономить затраты общества на лечение и уход за такими пациентами в будущем. Однако по данным ЮНЭЙДС, между текущими потребностями в финансировании профилактических программ и фактическими затратами на их проведение существует значительный разрыв, а проведение профилактических мероприятий сталкивается со множеством препятствий. По оценкам специалистов, только один из пяти человек, подвергающихся риску заражения ВИЧ, имеет доступ к необходимым услугам по профилактике ВИЧ-инфекции.

Факторы, препятствующие эффективной профилактике ВИЧ-инфекции:

- ▶ Большинство людей, живущих с ВИЧ, не знают о своем статусе.
- ▶ Трудно изменить взгляды, привычки и поведение людей, в том числе связанное с риском инфицирования ВИЧ.
- ▶ ВИЧ-инфекция вызывает у многих людей страх и связана с огромным количеством предрассудков, поэтому люди, подверженные риску заболевания, неохотно проходят тестирование на наличие вируса и боятся узнать свой ВИЧ-статус.
- ▶ Учитывая роль, которую играют в распространении ВИЧ такие часто табуированные темы как секс и наркотики, вопросы профилактики заболевания часто не поднимаются по политическим, идеологическим и иным соображениям, а многие методы профилактики вызывают разногласия и встречают противодействие.

- ▶ Во многих странах осведомленность населения о ВИЧ и о путях его передачи очень низка.
- ▶ Трудно измерять «то, чего не случилось» (то есть число случаев заражения ВИЧ, которое удалось предотвратить) и сравнивать, например, с количеством людей, принимающих антиретровирусные препараты. Поэтому сложно продемонстрировать настоящую эффективность профилактики.
- ▶ Для того чтобы продемонстрировать эффективность профилактических мероприятий, последние надо проводить в увеличенном масштабе, с достаточной интенсивностью и в течение длительного периода времени, поскольку снижение уровня заболеваемости ВИЧ-инфекцией начинает проявляться только со временем, через несколько лет.
- ▶ Гендерные и этнокультурные факторы, уровень жизни и нищета, распространенность других заболеваний и угроз общественному здоровью, недостаточно развитая инфраструктура здравоохранения и политическая нестабильность в странах, наиболее серьезно пораженных этим заболеванием, дополнительно усложняют проведение профилактических мероприятий.
- ▶ Недостаточное финансирование и недостаточный доступ во многих странах к методам профилактики, доказавшим свою эффективность.

Не существует единственной профилактической методики, способной предотвратить распространение ВИЧ. Наибольшую эффективность обнаруживают многосторонние, комплексные и долгосрочные стратегии. Эффективные профилактические мероприятия учитывают широкий спектр факторов, связанных с эпидемиологией заболевания, а также с социально-экономическими и культурными нормами, структурами и потребностями целевых групп населения. Важно учитывать все эти факторы при разработке и внедрении профилактических программ, поскольку даже на территории одной страны в разных регионах эпидемия может протекать по-разному с точки зрения распространения, основных путей передачи инфекции или подверженности заболеванию определенных групп населения. Кроме того, важно направлять профилактические мероприятия на борьбу с теми факторами, которые связаны с увеличением риска заражения ВИЧ, в том числе с бедностью и гендерным неравенством. Важно также, чтобы программы соответствовали особенностям национальной культуры и учитывали роль местных СМИ, а также школы, родителей, молодежи и общественных лидеров, привлекая их по возможности к участию в профилактических мероприятиях.

В настоящее время ведутся исследования ряда новых методик и средств, которые могут иметь важное значение для профилактики ВИЧ-инфекции, в

том числе таких как мужское обрезание и профилактический прием антиретровирусных препаратов (прием лекарства до того, как человек подвергся воздействию ВИЧ, чтобы снизить вероятность заражения в случае контакта с вирусом). Также ведется разработка микробицидов и вакцины против ВИЧ. Если они окажутся эффективными, появятся новые возможности для профилактики. К сожалению, пройдет еще много лет, прежде чем будет создана эффективная вакцина, которая станет самым результативным средством профилактики ВИЧ, но даже если ее создадут, она не сможет предотвращать передачу ВИЧ в 100 процентах случаев, поэтому задача расширения профилактических мер против ВИЧ останется в высшей степени актуальной.

Ниже приводится список некоторых методик, используемых в профилактике ВИЧ/СПИДа.

Методики профилактики ВИЧ

- ▶ Информационно-образовательные кампании в средствах массовой информации.
- ▶ Мобилизация местных сообществ, людей, живущих с ВИЧ, и уязвимых к эпидемии групп.
- ▶ Добровольное консультирование и тестирование.
- ▶ Школьные образовательные программы для молодежи.
- ▶ Внешкольные образовательные программы для молодежи.
- ▶ Программы, разработанные для работниц и работников сферы коммерческого секса, а также для их клиентов.
- ▶ Программы, разработанные для мужчин, практикующих секс с мужчинами.
- ▶ Программы снижения вреда для потребителей инъекционных наркотиков.
- ▶ Профилактика вертикальной (от матери ребенку) передачи вируса.
- ▶ Специализированные программы для девочек и женщин.
- ▶ Программы профилактики наркомании, борьба с наркотрафиком.
- ▶ Программы профилактики на рабочих местах (обучение по вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа и наркомании, проводимые на рабочих местах для работников компаний и предприятий частного сектора).
- ▶ Программы вторичной профилактики для людей, живущих с ВИЧ, направленные на предотвращение передачи вируса другим людям, предотвращение оппортунистических инфекций и СПИДа.
- ▶ Программы для людей, живущих с ВИЧ, по повышению уровня знаний о жизни с ВИЧ, лечении и поддержке.
- ▶ Программы, направленные на пропаганду использования презервативов.

- ▶ Распространение презервативов через профильные учреждения и организации (медицинские, образовательные, места досуга и т.д.).
- ▶ Программы по профилактике других заболеваний, передающихся половым путем.
- ▶ Обеспечение безопасности донорской крови и медицинских манипуляций, профилактика внутрибольничных инфекций.
- ▶ Постконтактная профилактика (после контакта с ВИЧ).

Справочная литература

Global HIV Prevention Working Group Reports: <http://www.kff.org/hiv/aids/hivghpwwgpackage.cfm>
 UNAIDS. *Intensifying Prevention: The Road to Universal Access*; chapter in *AIDS Epidemic Update 2005* (December 2005) http://www.unaids.org/epi/2005/doc/report_pdf.asp
 UNAIDS. *Policy Position Paper: Intensifying HIV Prevention* (August 2005), http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc1165-intensif_hiv-newstyle_en.pdf
 UNAIDS. *Resource Needs for an Expanded Response to AIDS in Low- and Middle-Income Countries* (August 2005), http://data.unaids.org/publications/ircpub06/resourceneedsreport_en.pdf

ФИНАНСИРОВАНИЕ ПРОГРАММ ПО ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ РАСПРОСТРАНЕНИЮ ЭПИДЕМИИ ВИЧ/СПИДА НА МЕЖДУНАРОДНОМ УРОВНЕ

Борьба с распространением эпидемии ВИЧ/СПИДа требует значительных финансовых вложений, необходимых для разработки и проведения профилактических, медицинских и исследовательских программ. Финансирование мер по противодействию эпидемии должно обеспечиваться различными секторами, включая государственный, бизнес-сообщество и негосударственный (включая благотворительные и донорские организации). Кроме того, средства могут поступать из ряда международных агентств и организаций.

UNGASS: В 2001 г. 189 государств-членов ООН на Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН (*UNGASS*) приняли Декларацию о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом (DoC). Декларация стала этапным документом, который «на основании законов и принципов защиты прав человека определяет цели и задачи в четырех областях: профилактика распространения заболевания; повышение качества ухода, поддержки и лечения для ЛЖВ; снижение уязвимости; смягчение социальных и экономических последствий эпидемии ВИЧ/СПИДа». Намечены основные цели: к 2010 г. сократить число новых случаев ВИЧ-инфекции среди молодых мужчин и женщин на 25% и среди новорожденных на 50%. К 2015 г. предполагается остановить распространение эпидемии. Весной 2006 г. Гене-

ральный секретарь ООН в своем докладе заявил, что прогресс в достижении этих целей не является равномерным: некоторые страны «достигли ключевых целей», но многим «не удалось выполнить» взятых на себя обязательств.

Универсальный доступ: В 2003 г. ЮНЭЙДС и Всемирная организация здравоохранения провозгласили амбициозную цель: к 2005 г. обеспечить доступ к лечению трем миллионам человек в развивающихся странах. Инициатива «3 x 5» не решила поставленных задач; однако в 2005 г. на Всемирном саммите ООН был принят новый, еще более смелый календарный план. Прозвучал призыв «реализовать комплекс мер по профилактике, лечению и уходу с целью выполнения ранее поставленной задачи – обеспечение доступа к лечению всем нуждающимся к 2010 году».

Одной из самых масштабных мировых задач сегодня является финансирование мер по борьбе с ВИЧ/СПИДом. Зачастую страны, наиболее подверженные эпидемии, располагают наименее значительными ресурсами для борьбы с ее распространением. Вследствие этого для развивающихся стран особенно важна помощь международных доноров. Анализ, проведенный ЮНЭЙДС и другими организациями, показывает, что между реальными потребностями в ресурсах и доступным финансированием существует значительный разрыв. Прогнозируется, что потребности в финансировании мер по борьбе с ВИЧ/СПИДом будут неуклонно расти, и в 2008 году потребуется уже 20 млрд. долларов США.

Даже если в течение ближайших лет вдвое увеличить ресурсы, которые предоставляются для этих целей международными донорами и национальными правительствами, дефицит, к сожалению, сохранится.

Финансовые средства для обеспечения мер по борьбе с ВИЧ/СПИДом в странах с развивающейся экономикой поступают из четырех основных источников:

► **Государства-доноры.** Государства-доноры предоставляют практически всю мировую помощь в борьбе с ВИЧ/СПИДом. Средства могут выделяться государством-донором напрямую другой стране через ее правительство, неправительственную организацию (НПО) или иные структуры. Государство-донор может также финансировать международные организации. Основная часть помощи от государств-доноров поступает от стран, входящих в «Группу восьми», а также от таких стран, как Швеция и Нидерланды. Кроме того, значительные средства на борьбу с ВИЧ/СПИДом выделяются Европейской Комиссией.

► **Международные организации.** Международные организации предоставляют значительные ресурсы на борьбу с ВИЧ/СПИДом. Они получают средства в основном от государств-доноров, а также от частных лиц и организаций. В число основных международных организаций, участвующих в борьбе с ВИЧ/СПИДом, входят Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, созданный в 2001 г., Всемирный банк, оказывающий поддержку в противодействии эпидемии с 1986 г., и большое число организаций и подразделений в рамках ООН, деятельность которых координирует ЮНЭЙДС.

► **Частный сектор (бизнес-сообщество).** Частный сектор включает фонды, компании, предприятия, корпорации и частных лиц. За счет данного сектора обеспечивается значительный приток средств на борьбу с ВИЧ/СПИДом. Нередко именно в этом секторе первыми начинают использоваться инновационные подходы и стратегии противодействия эпидемии, а также оптимизироваться уже существующие путем развития партнерских отношений.

Вклад частного сектора в борьбу с эпидемией может выражаться не только в прямых финансовых вложениях, но и в неденежной форме, например, в виде снижения цен на лекарственные препараты для антиретровирусной терапии или в виде безвозмездного предоставления товаров и услуг.

► **Национальные ресурсы.** Значительную долю средств на борьбу с ВИЧ/СПИДом в отдельных странах вносят сами государства и их граждане. Объем этой поддержки значительно отличается в различных странах, поскольку зависит от уровня доходов, объема государственного долга, доступности внешних ресурсов и политических обязательств.

Справочная литература

Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, 2001

<http://www.un.org/russian/documen/declarat/aidsdecl.htm> (на русском языке)

ЮНЭЙДС. (2006) *Доклад о глобальной эпидемии СПИДа*

http://www.unaids.org/en/HIV_data/2006GlobalReport/2006-GR_ru.asp (на русском языке)

UNAIDS. «The Road to Universal Access» <http://www.unaids.org/en/Coordination/Initiatives/default.asp>

UNAIDS/Kaiser Family Foundation. *Financing the Response to AIDS in Low- and Middle- Income Countries: International Assistance from the G8, European Commission, & Other Donor Governments*, 2006

<http://www.kff.org/hivaids/7344.cfm>

World Bank. *Approved and Active HIV/AIDS Projects and Disbursements as of December 5, 2006*

<http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/LendingDisbursements.xls>

The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. «Donors' Pledges and Contributions».

<http://www.theglobalfund.org/en/files/pledges&contributions.xls>

The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. «Funded Programs»

<http://www.theglobalfund.org/programs/search.aspx?lang=en>

United Nations, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS, (June 2001) <http://www.ohchr.org/english/issues/hiv/ungass.htm>

Open Society Institute. *HIV/AIDS Monitoring* (2006),

http://www.soros.org/initiatives/health/focus/phw/programs/hiv_aids

ФИНАНСИРОВАНИЕ ПРОГРАММ ПО ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ РАСПРОСТРАНЕНИЮ ЭПИДЕМИИ ВИЧ/СПИДА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В Российской Федерации реализуется ряд масштабных проектов по противодействию распространению эпидемии ВИЧ/СПИДа, финансируемых из государственного бюджета и международных источников.

Приоритетный национальный проект «Здоровье». В рамках проекта в 2006 году было выделено 3,1 млрд. рублей на лечение и профилактику ВИЧ-инфекции, что в 25 раз превысило объем средств, выделенных на данные цели в 2005 году. В 2007 году предусмотрено увеличение средств, выделяемых в рамках приоритетного нацпроекта «Здоровье», до 7,8 млрд. рублей. Средства национального проекта направляются преимущественно на лечение и диагностику и в меньшей степени (200 млн. рублей, или 6% бюджета проекта) – на профилактику заболевания.

Подпрограмма «Анти-ВИЧ/СПИД» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007-2011 годы». В подпрограмме заявлены следующие цели: снижение числа новых случаев ВИЧ-инфекции, увеличение числа наблюдаемых беременных женщин, живущих с ВИЧ, включенных в программу профилактики вертикального пути передачи ВИЧ, увеличение доли отечественных препаратов в общем объеме закупаемых антиретровирусных препаратов. Запланированный объем финансирования подпрограммы на 5 лет составляет 9034,6 млн. рублей.

Бюджеты субъектов Российской Федерации. На 2007 г. на противодействие распространению ВИЧ-инфекции из бюджетов регионов всего было выделено 710 млн. рублей. Из них на профилактические программы предусмотрено 500 млн., на строительство – 210 млн. рублей.

Проект ГЛОБУС (Глобальное объединение усилий против СПИДа), реализуемый в 10 регионах РФ (г. Санкт-Петербург, Вологодская, Нижегород-

ская, Оренбургская, Псковская, Тверская и Томская области, Красноярский край, Республика Бурятия и Республика Татарстан) с 15 августа 2004 года консорциумом пяти некоммерческих организаций («Открытый Институт Здоровья» (ОИЗ), Фонд «ФОКУС-МЕДИА», «СПИД-инфосвязь», международные негосударственные организации «СПИД Фонд Восток-Запад» (AFEW) и Фонд «Центр социального развития и информации» (PSI)). В задачи проекта ГЛОБУС входит профилактика ВИЧ/СПИДа среди молодежи, широких слоев населения и наиболее уязвимых социальных групп, обеспечение антиретровирусной терапией (до 4500 человек к концу пятого года проекта в 2009 году), содействие изменению национальной политики в области здравоохранения и создание условий для снижения негативных последствий эпидемии ВИЧ/СПИДа. Общий бюджет проекта (I и II фазы, 15.08.2004-31.08.2006 гг. и 1.09.2006-31.08.2009 гг. соответственно) составляет 88,7 млн. долларов США.

Программа «Развитие стратегии лечения населения РФ, уязвимого к ВИЧ/СПИД», реализуемая **Фондом «Российское здравоохранение»** на национальном и региональном уровнях в рамках 4-го раунда Глобального Фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. Ожидается, что по итогам пяти лет программы более 7 тысяч специалистов пройдут обучение, 74 тысячи людей, живущих с ВИЧ, получат антиретровирусную терапию, около 100 тысяч представителей уязвимых групп населения будут охвачены профилактическими программами в 59 регионах России. Бюджет программы – 120,5 млн. долларов США на 5 лет (2005-2009 годы).

Проект в рамках 5-го раунда Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией «Повышение доступа к профилактике и лечению ВИЧ-инфекции через совершенствование услуг для потребителей инъекционных наркотиков в РФ», реализуемый с сентября 2006 г. **Всемирной сетью снижения вреда**. Ожидается, что к концу пятого года проекта доступ к услугам будет обеспечен для 167 800 потребителей инъекционных наркотиков. Бюджет проекта составляет 4,18 млн. долларов США на 5 лет (сентябрь 2006-сентябрь 2011 года).

Проект «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и ВИЧ/СПИДа», реализуемый в период 2003-2008 гг. на средства займа, предоставленного Российской Федерации **Всемирным банком**. Сумма займа составила 150 млн. долларов США.

Проекты сотрудничества **Европейской Комиссии** и России: «Предотвращение и борьба с ВИЧ/СПИДом», Фаза II (июнь 2005-декабрь 2007 гг.,

бюджет проекта составил 4 млн. евро) и «Системы реабилитации (развитие социального обслуживания для групп риска)» (сентябрь 2005-декабрь 2007 гг., бюджет составил 4,3 млн. евро).

Проекты, финансируемые за счет средств займа, предоставленного Российской Федерации **Международным банком реконструкции и развития**. Сумма займа составила 13,6 млн. рублей.

Справочная литература

Трансатлантические партнеры против СПИДа. *Информационный бюллетень* «О финансировании мер по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом в России». – М., 2006.

Доступно в Интернете: <http://hivpolicy.ru/publications/index.php?filter=searchin&type%5B%5D=851&id=175>

Информация по программам и проектам доступна в Интернете:

Приоритетный национальный проект «Здоровье» <http://www.mzsrff.ru/health/>

Подпрограмма «Анти-ВИЧ/СПИД» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007 – 2011 годы»

<http://www.government.ru/government/governmentactivity/rfgovernmentplans/6282923.htm>

Проект ГЛОБУС: Глобальное объединение усилий против СПИДа. Стимулирование эффективной национальной стратегии по борьбе с ВИЧ/СПИДом на территории Российской Федерации, 2004 – 2009 гг. http://www.ohi.ru/r_globus.php

Программа «Развитие стратегии лечения населения РФ, уязвимого к ВИЧ/СПИД», реализуемая Фондом «Российское здравоохранение» <http://www.eva.mednet.ru/open/fund.php>

Проект «Повышение доступа к профилактике и лечению ВИЧ-инфекции через совершенствование услуг для потребителей инъекционных наркотиков в РФ», реализуемый Всероссийской сетью снижения вреда http://www.harmreduction.ru/global_fund_pro.shtml

Проект «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и ВИЧ/СПИДа», реализуемый Всемирным банком

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/ECAEXT/RUSSIANFEDERATIONEXTN/0,,contentMDK:20440954~menuPK:952988~pageP:141137~piPK:217854~theSitePK:305600,00.html?1=1&l=r&id=37>

Список проектов Программы сотрудничества ЕС и России, направленных на борьбу с ВИЧ/СПИДом http://www.delrus.cec.eu.int/ru/images/pText_pict/640/list%20of%20projects%20ru.doc

КЛЮЧЕВЫЕ ФИГУРЫ И АКТИВИСТЫ БОРЬБЫ С ЭПИДЕМИЕЙ ВИЧ/СПИДА

Борьба с эпидемией ВИЧ/СПИДа объединила людей, живущих в разных странах, представляющих различные профессии и занимающих различные должности. Они участвуют в решении вопросов, связанных с медицинскими, социальными, политическими, экономическими и культурными аспектами проблемы. Многие из них – настоящие лидеры, заслужившие уважение своей активной позицией.

Некоторые из этих людей стояли у истоков движения по борьбе с ВИЧ/СПИДом, другие внесли свой вклад совсем недавно. Одни продолжают работу и в настоящее время, являясь координаторами и консультантами проектов на международном и национальном уровнях, заслуги других уже вошли в историю, поскольку благодаря их деятельности общество смогло осознать природу эпидемии и степень ее опасности для человечества.

Ниже представлены имена некоторых участников борьбы с ВИЧ/СПИДом. Разумеется, наш перечень далеко не полон, поскольку ни один список не может включить в себя всех людей, так или иначе причастных к этой деятельности.

Везде, где возможно, приведены ссылки на веб-сайты, на которых можно найти более подробную информацию о каждом из этих людей и об организациях, с которыми они работают.

Ключевые фигуры и активисты борьбы с ВИЧ/СПИДом в России¹

Владимир Головнев

Президент группы компаний «Восток-Сервис», являющейся одним из ведущих производителей изделий легкой и текстильной промышленности в России и Восточной Европе. Головнев активно занимается проблемой ВИЧ/СПИДа начиная с 2005 года, уделяя особое внимание такому аспекту, как профилактика ВИЧ среди активного работающего населения. Он является председателем Национальной ассоциации «Бизнес против СПИДа», регулярно выступает на российских и международных конференциях, привлекая внимание лидеров делового сообщества России к проблеме ВИЧ/СПИДа. Г-н Головнев инициировал создание на предприятиях «Восток-Сервис» первой в России рабочей группы по ВИЧ/СПИДу. www.vostok.ru

¹ Далее все фамилии представлены в алфавитном порядке

Михаил Гришанков

Первый заместитель председателя Комитета Государственной Думы по безопасности, председатель Комиссии ГД по противодействию коррупции, заместитель председателя Межфракционной депутатской рабочей группы по вопросам профилактики и борьбы со СПИДом Государственной Думы РФ.

М.И. Гришанков стал одним из инициаторов обсуждения проблемы ВИЧ/СПИДа на государственном уровне. В качестве члена рабочей группы по подготовке заседания президиума Государственного совета РФ по теме «О неотложных мерах по борьбе с распространением ВИЧ-инфекции в РФ» подготовил предложения по усовершенствованию государственной политики в сфере ВИЧ/СПИДа в РФ, которые нашли отражение в перечне поручений, утвержденных Президентом РФ по результатам заседания президиума Госсовета в апреле 2006 года. В частности, было поддержано предложение о создании координирующего межведомственного органа высокого уровня – Правительственной комиссии по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызываемого ВИЧ-инфекцией, в состав которой М.И.Гришанков вошел с момента её формирования. По результатам интернет-опроса, проведенного в ноябре-декабре 2006 года на сайте журнала «Шаги», М.И.Гришанков набрал самое большое количество голосов (80%) как политик года, связанный с темой ВИЧ/СПИДа. Член Фракции «Единая Россия».

www.grishankov.ru

Валерий Zubov

Депутат Государственной Думы от Красноярского края, член Комитета ГД по кредитным организациям и финансовым рынкам. В качестве члена Межфракционной депутатской рабочей группы по вопросам профилактики и борьбы со СПИДом Государственной Думы РФ выступил с рядом инициатив по вопросам усовершенствования государственной политики в сфере ВИЧ/СПИДа в РФ. В том числе участвовал в организации и проведении общественно-политических слушаний «СПИД и наркомания: мифы, реальность, действия», состоявшихся в г.Красноярске в июле 2005 г. Инициировал открытое письмо Президенту РФ В.В.Путину, содержащее призыв принять неотложные меры в борьбе со СПИДом и проявить политическую волю, необходимую для борьбы с этой эпидемией, подписанное рядом ведущих российских политиков, представителей бизнеса, науки, культуры и общественных организаций. 1993-1998 гг. – губернатор Красноярского края, в 1996-1998 гг. – заместитель Председателя Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации.

Член партии «Справедливая Россия».

www.zubow.ru

Николай Недзельский

Николай Недзельский известен как защитник прав людей, живущих с ВИЧ, в России. Он был одним из первых, кто начал привлекать внимание общества к этим проблемам еще в начале 1990-х годов. Сегодня Николай возглавляет Просветительский центр «ИНФО-Плюс», основным направлением деятельности которого является информирование населения о ВИЧ/СПИДе, а также оказание немедицинских услуг людям, затронутым эпидемией. Н.Недзельский основал интернет-ресурс о ВИЧ/СПИДе AIDS.ru, который на сегодняшний день является одним из крупнейших русскоязычных порталов по теме ВИЧ/СПИДа. К услугам Центра часто обращаются журналисты, которые стремятся получить из первых рук информацию о людях, живущих с ВИЧ, в России.

www.aids.ru

Геннадий Онищенко

Геннадий Онищенко является руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека с марта 2004 г. За период пребывания Геннадия Онищенко на посту руководителя в России был осуществлен ряд крайне важных мер, направленных на борьбу с эпидемией ВИЧ/СПИДа. В октябре 2004 г. был создан Координационный совет по проблемам ВИЧ/СПИДа Минздравсоцразвития РФ, в задачи которого входит координация деятельности и оптимизация сотрудничества государственных и общественных организаций, работающих в сфере профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом; в 2005 году охрана общественного здоровья стала приоритетным направлением государственной политики на 2006-2007 гг.; в 2006 году объем государственных расходов на решение проблемы ВИЧ/СПИДа был увеличен в двадцать пять раз по сравнению с предыдущим годом; на Саммите «Группы восьми», состоявшемся под председательством России в 2006 г. в Санкт-Петербурге, одной из тем стала борьба с инфекционными заболеваниями, в том числе ВИЧ-инфекцией.

[www.rosпотребнадzor.ru](http://www.rosпотребнадзор.ru)

Владимир Познер

Журналист, президент фонда «Академия Российского телевидения», один из наиболее активных участников борьбы с ВИЧ/СПИДом в России. Владимир Владимирович – ведущий телемарафона «Время жить!», стартовавшего на «Первом канале» Российского телевидения в 2004 году и проходящего с тех пор на региональных телеканалах по всей стране. Цель проведения телемарафона – донесение информации о проблеме ВИЧ/СПИДа до широких слоев населения российских городов.

В.Познер прилагает усилия для привлечения лиц, принимающих решения, в частном и государственном секторах и особенно в медиа-сообществе к активному и содержательному участию в решении проблемы ВИЧ/СПИДа.

Вадим Покровский

В.В.Покровский является руководителем Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом. Вадим Валентинович – один из ведущих российских ученых, посвятивший 20 лет своей научной деятельности проблемам ВИЧ-инфекции. С 1988 года возглавляет Специализированную научно-исследовательскую лабораторию эпидемиологии СПИД ЦНИИЭ МЗ РФ. Деятельность В.В. Покровского посвящена организационно-методической работе в области реализации государственной стратегии противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции на территории Российской Федерации, а также научным исследованиям в области эпидемиологии, клиники и профилактики ВИЧ-инфекции в России. При его участии разработано более 20 нормативных документов Министерства здравоохранения по проблеме ВИЧ-инфекции. Принимал участие в подготовке Федерального закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» и Федерального закона «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)». В 2000 году В.В.Покровский был удостоен Государственной премии Российской Федерации за внедрение в медицинскую практику терапии ВИЧ-инфекции отечественного препарата «Фосфазид».

www.hivrussia.org

Александр Роднянский

Президент холдинга «СТС-Медиа», председатель Российского медиа-партнерства в борьбе с ВИЧ/СПИДом. С 2006 года Александр Роднянский начал деятельность в качестве одного из девяти членов Комитета руководителей Глобальной инициативы по СПИДу для СМИ (GMAI). Структура была создана в 2004 году Объединенной программой ООН по ВИЧ/СПИДу (UNAIDS) и Фондом семьи Генри Дж.Кайзера как инструмент мобилизации СМИ на борьбу с ВИЧ/СПИДом. По всему миру медиа-компании откликнулись на призыв к действию: были созданы сотни роликов социальной рекламы по вопросам ВИЧ/СПИДа, тематика ВИЧ/СПИДа включена в программы телевизионных новостных, развлекательных и общеобразовательных передач. Российское медиа-партнерство было названо Комитетом руководителей «золотым стандартом» Глобальной медиа-инициативы. В ходе Генеральной ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу в 2006 году Рос-

сийское медиа-партнерство было отмечено как передовой опыт и пример лидерства средств массовой информации в противостоянии развитию эпидемии. В качестве председателя Российского медиа-партнерства, Александр Роднянский совместно с «СТС-Медиа» стремится обеспечить качественное и содержательное участие российского медиа-сообщества в решении проблемы ВИЧ/СПИДа.

http://www.ctcmedia.ru/rus/about/management/management_team/

Михаил Рукавишников

Руководитель Региональной общественной организации «Сообщество людей, живущих с ВИЧ». Председатель Координационного совета Всероссийского объединения ЛЖВ (ВО ЛЖВ) – сети людей, живущих с ВИЧ, охватывающей все федеральные округа и уже более половины регионов страны. Миссией ВО ЛЖВ является объединение потенциала и мобилизация усилий общества для повышения качества жизни каждого человека, затронутого эпидемией ВИЧ/СПИДа в России.

В течение 4 лет под руководством Михаила Рукавишникова успешно осуществлялись и многие другие программы по вовлечению различных секторов общества в противодействие эпидемии ВИЧ/СПИДа в России. Сотрудничая с депутатами Государственной Думы, являясь членом Странового координационного механизма по борьбе с ВИЧ/СПИДом и туберкулезом, помощником члена Совета Федерации, Михаил Рукавишников инициировал обсуждение на высоком политическом уровне ряда наиболее актуальных для России вопросов в сфере борьбы с ВИЧ/СПИДом. В 2007 году Михаил Рукавишников принял участие в разработке государственных стандартов медицинской помощи ВИЧ-положительным людям.

www.positivenet.ru

Международные ключевые фигуры и активисты борьбы с ВИЧ/СПИДом

Терье Андерсон

Терье Андерсон с 1997 по 2006 год был исполнительным директором Национальной ассоциации людей, живущих с ВИЧ (NAPWA), в Вашингтоне (округ Колумбия США). NAPWA защищает интересы людей, живущих с ВИЧ, как в США, так и во всем мире. С 1994 по 2003 год Андерсон являлся членом Консультативного комитета по СПИДу при Министерстве здравоохранения США. Комитет обеспечивает сбор и предоставление необходимой информации о политике в области ВИЧ/СПИДа для министра здравоохранения и социального обеспечения США и его заместителя по вопросам здравоохранения. В период с 1995 по 2002 год Терье Андерсон был членом Президентского консультативного совета по ВИЧ/СПИДу, а

его общий стаж работы в данной области составляет более 20 лет. Сам Андерсон уже много лет живет с ВИЧ.

www.narwa.org

Кофи Аннан

В 1997 году Кофи Аннан был избран на пост Генерального секретаря ООН и проработал в этой должности два срока. Кофи Аннан всегда призвал мировое сообщество уделять повышенное внимание проблемам ВИЧ/СПИДа; борьбу с пандемией ВИЧ/СПИДа он назвал приоритетной задачей для себя лично. В 2001 году он объявил о созыве Специальной сессии Генеральной ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу, которая стала важной вехой в борьбе с пандемией. Кофи Аннан также является инициатором «Призыва к действию», благодаря которому был создан Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

В 2001 году Кофи Аннана была присуждена Нобелевская премия мира.
www.un.org

Боно

Свою популярность вокалист ирландской рок-группы U2 Боно использует для того, чтобы привлечь внимание политиков к проблемам ВИЧ/СПИДа и бедных африканских стран. Боно уже давно активно участвует в общественном движении. В 2002 году он стал одним из авторов инициативы DATA («Долги, СПИД, Торговля, Африка»). Боно старается убедить правительства процветающих государств в необходимости увеличить объемы помощи странам Африки и списать их долг, чтобы направить эти деньги непосредственно на борьбу со СПИДом и решение других социальных проблем.

www.data.org

Мекаи Виравайдья

Мекаи Виравайдья – сенатор парламента Таиланда. За сильную публичную поддержку практики использования презервативов как средства профилактики ВИЧ-инфекции его часто называют «король-кондом». Мекаи Виравайдья является основателем и председателем Ассоциации развития местных сообществ – одной из крупнейших некоммерческих организаций Таиланда. В 1999 году он был назначен послом ЮНЭЙДС. Удостоен множества наград, в том числе награды ООН Population Award (1997).

www.thaigov.go.th

www.sli.unimelb.edu.au/pda

Роберт Галло

Доктор Галло – директор Института вирусологии человека Мэрилендского биотехнологического университета. В начале 1980-х он, одновременно с д-ром Монтанье во Франции, открыл вирус иммунодефицита человека, вызывающий СПИД. В результате исследований д-ра Галло и его лаборатории также были разработаны тесты для анализа крови на ВИЧ.

В течение определенного времени не имелось единого мнения о том, кто же все-таки является первооткрывателем вируса. В конце концов медики США и Франции пришли к соглашению, по которому честь первооткрывателей вируса принадлежит обоим ученым. В 2002 году д-р Галло и д-р Монтанье объявили о начале совместной работы в рамках Программы международного сотрудничества в области вирусологии, направленной на расширение международных исследований в деле разработки вакцины против ВИЧ/СПИДа.

www.umbi.umd.edu

Уильям (Билл) Гейтс

Билл Гейтс возглавляет корпорацию Microsoft и является одним из основателей Фонда Билла и Мелинды Гейтс. В 2003 году фонд передал 500 миллионов долларов США на проведение различных международных кампаний по борьбе с ВИЧ/СПИДом. С момента своего создания в 2000 году фондом были выделены миллиарды долларов на различные мероприятия, нацеленные на укрепление здоровья человечества, в частности, на борьбу с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и другими инфекционными заболеваниями, а также программы в области репродукции и детского здоровья.

www.gatesfoundation.org

Ричард Гир

Американский актер Ричард Гир является одним из активистов борьбы против СПИДа. Вначале он работал в США с такими организациями, как Фонд Элизабет Глэйзер по проблемам СПИДа в педиатрии. Позднее в Индии им был основан Индийский трастовый фонд Гира. В 2004 году Ричард Гир совместно с Фондом семьи Генри Дж. Кайзера и другими организациями участвовал в проведении широкомасштабной просветительской кампании в Индии.

www.gerefoundation.org

www.heroesprojectindia.org

Элизабет Глейзер

Элизабет Глейзер была одним из основателей и вплоть до своей смерти в 1994 году директором Детского фонда СПИД. Элизабет была инфи-

цирована ВИЧ в 1981 году в результате переливания крови, от нее вирус передался двум ее детям. Глейзер столкнулась с полным отсутствием исследований по ВИЧ/СПИДу в педиатрии. После смерти дочери вследствие ВИЧ-инфекции Элизабет Глейзер стала деятельной активисткой борьбы со СПИДом. В 1988 году Глейзер создала фонд для развития исследований по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку. Детский фонд СПИД, которому после смерти Элизабет Глейзер присвоено ее имя, стал одним из ведущих центров по лечению и профилактике ВИЧ среди детей в развивающихся странах.

www.pedaids.org

Хелен Гэйл

Доктор Гейл возглавляет CARE, гуманитарную организацию по борьбе с бедностью во всем мире. До этого Хелен Гейл была руководителем Программы по ВИЧ, туберкулезу и репродуктивному здоровью Фонда Билла и Мелинды Гейтс, а также директором Национального центра США по профилактике ВИЧ, ИППП и туберкулеза. Кроме того, она является президентом Международного общества по проблемам СПИДа, организующего международные конференции по СПИДу, проходящие каждые два года. Д-р Гэйл – сопредседатель Глобальной рабочей группы по профилактике ВИЧ, которая объединяет специалистов по ВИЧ/СПИДу из разных стран мира и работает под эгидой Фонда Билла и Мелинды Гейтс и Фонда семьи Генриха Дж. Кайзер.

www.care.org

www.gatesfoundation.org

Нкози Джонсон

Юный южноафриканец Нкози, чья отвага помогла привлечь международное внимание к серьезности проблемы ВИЧ/СПИДа, родился ВИЧ-позитивным и умер от СПИД-ассоциированного заболевания, когда ему было всего лишь 13 лет. За год до своей смерти Нкози выступил на Международной конференции по СПИДу в Дурбане и обратился к международному сообществу со словами: «Нужно заботиться о нас и принимать нас, все мы тоже люди». За свою короткую жизнь Нкози сделал немало, в том числе в области прав человека, обеспечения ухода и предоставления крова для людей, живущих с ВИЧ.

www.nkosi.iafrica.com

Марк Дыбуль

Доктор Дыбуль был назначен Специальным послан по проблеме ВИЧ/СПИДа в США при президенте Буше в 2006 году. В этой должности

он отвечает за выполнение Президентского чрезвычайного плана по борьбе со СПИДом (PEPFAR). Доктор Дыбуль на протяжении многих лет работал с американским правительством по вопросам противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа, в том числе по разработке плана PEPFAR. Он также много лет вел научную работу в области ВИЧ/СПИДа и разработки международных протоколов лечения ВИЧ-инфекции. Доктор Дыбуль продолжает заниматься исследовательской работой в лаборатории иммунорегуляции в Национальном институте здоровья США.
<http://www.pepfar.gov/press/75976.htm>

Уинстон Зулу

Активист борьбы со СПИДом в Замбии, Уинстон Зулу открыто объявил о своем ВИЧ-положительном статусе и последующем диагнозе «туберкулез». Зулу потерял четверых братьев и сестер в результате СПИДа и туберкулеза. В своих выступлениях он постоянно подчеркивает связь между этими двумя заболеваниями. Зулу ведет активную кампанию за обеспечение доступа к эффективным лекарственным препаратам. В одном из интервью он сказал: «Я и моя семья являемся примером того, как ВИЧ и туберкулез взаимодействуют между собой и уносят наше здоровье».
http://66.216.124.114/7_5_3_feature_winstonezulu.asp

Мишель Казачкин

Доктор Казачкин был назначен Исполнительным директором Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией в начале 2007 года. До этого он более двадцати лет проработал в области ВИЧ/СПИДа в качестве врача, ученого и высокопоставленного политика. В 1985 году д-р Казачкин открыл клинику в Париже, специализирующуюся на лечении ВИЧ/СПИДа; с тех пор он занимал несколько высоких должностей, включая должность директора Французского национального агентства по изучению СПИДа, а также международного Посла Франции по вопросам СПИДа и других инфекционных заболеваний.
http://www1.theglobalfund.org/en/media_center/press/pr_070208.asp

Уильям Клинтон

Билл Клинтон был Президентом США с 1992 по 2000 годы в течение двух сроков. В 2003 году он объявил о создании Фонда Клинтона по борьбе с ВИЧ/СПИДом. В рамках этой инициативы удалось убедить пять крупнейших производителей непатентованных лекарственных препаратов (дженериков) значительно снизить цены на препараты антиретровирусной терапии для развивающихся стран, что стало одним из значительных успехов фонда. На Международной конференции по СПИДу в Барселоне в

2002 году Клинтон заявил: «Все еще существуют люди, считающие, что СПИД поражает только тех, кто ведет другой образ жизни. Мы все знаем о его жертвах».

www.clintonpresidentialcenter.com

Нельсон Мандела

До того как стать активным участником международного движения против ВИЧ/СПИДа, Нельсон Мандела подвергался критике за то, будучи на посту Президента ЮАР, принимал недостаточно активные меры по противодействию эпидемии. Им была создана Глобальная кампания 46664, нацеленная на повышение информированности общества, пропагандирование необходимости обеспечения ухода и лечения, а также привлечение необходимых ресурсов в сфере ВИЧ/СПИДа. В 2004 году в своей речи на Международной конференции по СПИДу в Бангкоке Нельсон Мандела заявил: «Я был заключенным под номером 46664, и в моем сердце есть особое место для всех тех, кому отказывают в основных правах человека». Мандела также призвал уделять больше внимания связи между СПИДом и туберкулезом.

<http://46664.tiscali.com>

www.nelsonmandela.org

Мерси Махаламеле

В 1993 году Мерси Махаламеле стала первой чернокожей женщиной в ЮАР, публично заявившей о своем ВИЧ-положительном статусе и начавшей кампанию борьбы со стигматизацией. Она является основателем Южноафриканской ассоциации людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, и инициатором кампании по обеспечению действенного лечения (ТАС). В 2004 году Фонд семьи Генри Дж. Кайзер удостоил ее награды им. Нельсона Манделы «Здоровье и права человека», отметив ее усилия в борьбе со стигматизацией и успехи в пропаганде обеспечения более широкого доступа к лечению для людей с ВИЧ. Мерси Махаламеле также является членом национального консультативного комитета национальной программы ЮАР по профилактике ВИЧ среди молодежи (LoveLife).

www.tac.org.za

www.kff.org/southafrica/mandela2004.cfm

Табо Мбеки

Президент ЮАР Табо Мбеки известен как достаточно противоречивая и неоднозначная фигура в деле борьбы с ВИЧ/СПИДом. В 1999 году Мбеки заявил, что ВИЧ сам по себе не может привести к СПИДу, и публично поставил под сомнение эффективность антиретровирусной терапии. В то же вре-

мя правительство ЮАР под его руководством к 2002 году значительно увеличило масштаб мероприятий по профилактике и лечению заболевания.

Сейчас действия Мбеки основываются на положении, что ВИЧ действительно приводит к развитию СПИДа. В 2005 году Мбеки заявил, что южноафриканская программа по борьбе с ВИЧ/СПИДом является «одной из лучших в мире».

www.southafrica.info

Люк Монтанье

В 1983 году доктор Монтанье из Пастеровского института во Франции обнаружил вирус, вызывающий СПИД, то есть вирус иммунодефицита человека (ВИЧ). Честь этого научного открытия д-р Монтанье разделил с д-ром Галло (США). В 1986 году в лаборатории д-ра Монтанье был открыт вирус ВИЧ-2, распространенный главным образом в странах Западной Африки. Сегодня д-р Монтанье является президентом Глобального фонда по профилактике и исследованиям СПИДа. В 2002 году д-р Галло и д-р Монтанье объявили о начале совместной работы в рамках Программы международного сотрудничества в области вирусологии, направленной на расширение международных исследований в деле разработки вакцины против ВИЧ/СПИДа.

www.pasteur.fr

Питер Пиот

В 1995 году доктор Пиот был назначен первым исполнительным директором ЮНЭЙДС. Он координирует совместные усилия десяти организаций по противодействию распространению ВИЧ/СПИДа. Д-р Пиот имеет многолетний опыт работы в сфере общественного здравоохранения. В 1976 году он участвовал в исследованиях, в результате которых был открыт вирус Эбола в Заире. В 1980-х он внес значительный вклад в понимание природы распространения эпидемии в Африке. Уже будучи исполнительным директором ЮНЭЙДС, он заявил: «Средства, вкладываемые в борьбу со СПИДом, тысячекратно окупаются спасенными жизнями и укреплением сообществ».

www.unaids.org

Джеффри Сакс

Профессор Сакс, директор Института земли Колумбийского университета в Нью-Йорке, США, ранее проработавший двадцать лет в Гарвардском университете, – один из авторитетнейших ученых-экономистов. Он широко известен благодаря своей совместной работе с правительствами различных стран и международными организациями, ведущими борьбу с беднос-

тью, болезнями и призывающими к снижению долгового бремени для стран третьего мира. Профессор Сакс призывает бедные страны приостановить выплаты по долгам богатым кредиторам и вместо этого направить средства на борьбу с ВИЧ/СПИДом и решение других насущных проблем.

www.earth.columbia.edu

Сунити Соломон

Доктор Соломон и ее коллеги наблюдали первые случаи СПИДа в Индии в 1986 году. С тех пор Сунити Соломон стала признанным экспертом по вопросам эпидемии в своей стране. Она организовала первый центр, где проводилось добровольное тестирование и предоставлялись консультации, а также группу по исследованию СПИДа в Мадрасе. В 1993 году она основала Центр Y.R. Gaitonde по исследованиям и просветительским программам по СПИДу (YRGcare). Это некоммерческая организация проводит образовательные программы по проблемам ВИЧ и сексуального поведения, осуществляет консультирование и добровольное тестирование, а также предоставляет возможности медицинского ухода для людей с ВИЧ.

www.yrgcare.org

Клайд К. Таггл

Президент подразделения The Coca-Cola Company в России, Украине и Белоруссии с 2005 г. В качестве сопредседателя Национальной ассоциации «Бизнес против СПИДа» в России г-н Таггл активно занимается advocacy проблемы ВИЧ/СПИДа среди руководителей российских и международных компаний. По инициативе г-на Таггла компания Coca-Cola участвует в совместных проектах с Российским медиа-партнерством в борьбе с ВИЧ/СПИДом, используя ресурсы компании для того, чтобы распространять информацию о ВИЧ. Компания выступает спонсором различных мероприятий по привлечению внимания различных секторов общества к проблеме эпидемии ВИЧ. Благодаря лидерству Клайда Таггла компания также уделяет особое внимание информированию сотрудников о ВИЧ, включая проведение тренингов «ЗДОРОВЬЕ Н@ РАБОТЕ».

Пауло Тейксейра

Доктор Тейксейра в прошлом занимал пост директора департамента по ВИЧ/СПИДу Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Он получил всемирное признание за свою работу по борьбе с ВИЧ/СПИДом в Бразилии и других странах Латинской Америки. Д-р Тейксейра был директором Национальной программы по ИППП/СПИДу Министерства здравоохранения Бразилии, где в 1983 году создал первую национальную программу по противодействию распространению СПИДа. Одним из первых в

Бразилии он стал выступать за обеспечение всеобщего бесплатного доступа к АРТ, положив начало практике борьбы с ВИЧ/СПИДом, впоследствии заимствованной другими развивающимися странами. Сейчас д-р Тейксейра занимается вопросами охраны окружающей среды.

www.who.int/hiv/en

Райан Уайт

Американец Райан Уайт невольно стал символом международной борьбы с ВИЧ/СПИДом. Родившийся в 1971 году с гемофилией, он в 1984-м был инфицирован ВИЧ при переливании крови. Как и многие другие, он испытал отчуждение со стороны близких людей, отчасти скрашенное общением с такими публичными фигурами, как, например, Элтон Джон.

Уайт умер в 1990 году. Вскоре после его смерти Президент США Джордж Буш подписал Закон о неотложном выделении ресурсов на борьбу со СПИДом. Закон, названный именем Райана Уайта, гарантирует предоставление возможности лечения и ухода для людей с ВИЧ в США.

www.careactdatasupport.hrsa.gov

Энтони Фоси

Доктор Фоси – один из первых ученых, начавших изучение ВИЧ. В 1984 году он стал директором Национального института аллергологии и инфекционных заболеваний – научно-исследовательского и лечебного учреждения США, где проводятся широкомасштабные исследования методов профилактики, диагностики и лечения инфекционных заболеваний, в том числе ВИЧ/СПИДа. Д-р Фоси является одним из ведущих советников Белого дома и Министерства здравоохранения и социального обеспечения США по вопросам глобальной эпидемии СПИДа. Он внес значительный вклад в исследования заболеваний иммунной системы.

www.niaid.nih.gov

Юсуф Хамид

Доктор Хамид является главой индийской фармацевтической компании Cipla. В 2001 году компания Cipla объявила о своих планах продавать непатентованные комбинированные препараты, включающие несколько антиретровирусных лекарств для лечения ВИЧ-инфекции (дженерики), по значительно более низким ценам, вызвав тем самым острую критику со стороны других фармацевтических компаний. Д-р Хамид заявил, что цены на препараты Cipla будут устанавливаться таким образом, чтобы стоимость лечения одного пациента в течение года составляла не 10 000 долларов США, как это было ранее, а около 350.

www.cipla.com

Дэйвид Хо

Доктор Хо – директор Центра Aaron Diamond по исследованию проблем ВИЧ/СПИДа в Нью-Йорке. В 1996 году журнал TIME удостоил его титула «Человек года» за выдающиеся результаты исследований в этой области. Работая врачом в Лос-Анджелесе в начале 1980-х годов, д-р Хо был свидетелем самых первых случаев СПИДа. В дальнейшем по результатам его исследований были разработаны «коктейли против СПИДа», состоящие из нескольких антиретровирусных препаратов. Комбинированная терапия помогла значительно снизить смертность от СПИД-ассоциированных заболеваний. Сейчас д-р Хо принимает участие в работе Китайской инициативы по борьбе со СПИДом, в рамках которой привлекаются партнеры для разработки программ лечения и ухода, мобилизации сообществ, просветительских программ, а также укрепления групп гражданского общества, участвующих в борьбе с ВИЧ/СПИДом.
www.adarc.org www.chinaaidsinitiative.org

Макс Эссекс

Доктор Эссекс – директор Гарвардского института СПИД и декан факультета иммунологии и инфекционных болезней Гарвардской школы общественного здоровья. Он был одним из первых ученых, описавших механизмы передачи ВИЧ и обративших особое внимание на опасность переливания инфицированной крови. Последующие его работы по молекулярному анализу и генетическим мутациям вируса иммунодефицита человека внесли большой вклад в развитие диагностики ВИЧ и разработку вакцины. В 1985 году доктором Эссексом и его коллегами был создан Центр по исследованию СПИДа в Дакаре, Сенегал.
www.aids.harvard.edu/index.html

Ван Янхай

Доктор Янхай – один из выдающихся активистов в борьбе со СПИДом в Китае. В 1994 году он создал проект по противодействию СПИДу AIZHI (AIDS) Action Project. Для многих китайцев проект AIZHI является единственным источником информации о ВИЧ/СПИДе. Д-р Ван организовал первую телефонную горячую линию по ВИЧ/СПИДу, а также веб-сайт, возможности которого сейчас широко используются. Активная деятельность стала причиной его увольнения из Министерства здравоохранения Китая. В 2002 году он провел несколько недель под арестом. В 2005 году д-р Ван организовал этапную совместную конференцию юридического факультета Шанхайского университета и Human Rights Watch, международной организации по мониторингу соблюдения прав человека, для обсуждения возможных подходов к решению проблем растущей угрозы ВИЧ/СПИДа в Китае.
www.aizhi.org

ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ ПО ВИЧ/СПИДУ

АНГЛОЯЗЫЧНЫЕ ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСЫ ПО ВИЧ/СПИДУ

AIDSinfo. Ресурс, разработанный Департаментом здравоохранения и благополучия человека США, содержащий обширную информацию по вопросам лечения, профилактики и исследованиям в области ВИЧ/СПИДа (на английском языке).

www.aidsinfo.nih.gov

American Foundation for AIDS Research (amfAR). Американский Фонд исследований по ВИЧ/СПИДУ. Некоммерческая организация, деятельность которой посвящена поддержке исследований по ВИЧ/СПИДУ, профилактике и лечению (на английском языке).

www.amfar.org

Avert.org. Международная благотворительная организация, находящаяся в Великобритании, деятельность которой посвящена профилактике ВИЧ/СПИДа в мире. Организация проводит образовательные кампании в странах с высоким уровнем распространения эпидемии, особенно в Южной Африке и Индии (на английском языке).

www.avert.org

Global Business Coalition on HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria. «Глобальная бизнес-коалиция против ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии» (GBC) проводит работу по мобилизации международного бизнес-сообщества на противодействие ВИЧ/СПИДУ, и недавно добавила в сферу своей деятельности борьбу с туберкулезом и малярией. Коалиция, которая быстро расширяется и в настоящее время объединяет 220 международных компаний, призвана противостоять распространению этих заболеваний, используя накопленный опыт и уникальные возможности бизнес-сектора. GBC является официальным координатором от частного сектора в Глобальном фонде по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией.

www.businessfightsaids.org

The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. В 2001 году лидеры «большой восьмерки» выделили фонду 1,3 миллиарда долларов. Это не-

зависимая организация, предоставляющая гранты с целью помощи развивающимся странам в борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией.

<http://www.theglobalfund.org/ru/>

Global Health Facts.org. Онлайн-ресурс Фонда семьи Генри Дж. Кайзера, предоставляющий актуальную информацию по вопросам ВИЧ/СПИДа, туберкулеза, малярии и другим заболеваниям в различных странах мира (на английском языке).

www.globalhealthfacts.org

Global Health Reporting.org. Онлайн-ресурс Фонда семьи Генри Дж. Кайзера, созданный для журналистов. Предоставляет последнюю информацию по вопросам ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии (на английском языке).

www.globalhealthreporting.org

Hiv InSite. Онлайн-ресурс Калифорнийской школы медицины по вопросам лечения, профилактики, а также анализа политики в сфере ВИЧ/СПИДа (на английском языке).

www.hivinsite.org

International Finance Corporation Against AIDS (IFC Against AIDS). Международная финансовая корпорация против СПИДа. Являясь членом группы Всемирного банка (World Bank Group), Международная финансовая корпорация против СПИДа способствует устойчивому развитию регионов, затронутых эпидемией ВИЧ/СПИДа (на английском языке).

www.ifc.org/ifcagainstaids

Stop TB Partnership. Международная сеть государственных и частных организаций, деятельность которых посвящена борьбе с туберкулезом (на английском языке).

www.stoptb.org

U.S. Centers for Diseases Control and prevention (CDC). Федеральный орган США, отвечающий за защиту здоровья и безопасность населения. Основное внимание в своей деятельности CDC уделяет профилактике заболеваний, контролю за их распространением, проведению просветительских программ и пропагандированию здорового образа жизни. CDC также ведет международную деятельность по профилактике ВИЧ, туберкулеза, малярии и других заболеваний (на английском языке).

www.cdc.gov

U.S. Food and Drug Administration (FDA). Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США. Одобряет международные стандарты применения АРВ-препаратов на территории США (на английском языке).
www.fda.gov

U.S. National Institute of Allergy and Infection Diseases (NIAID). Отделение Американского национального института здоровья по изучению ВИЧ и других заболеваний (на английском языке).
www3.niaid.nih.gov

U.S. State Department Office of the Global AIDS Coordinator: Ресурсный центр, который предоставляет информацию о деятельности по борьбе с ВИЧ/СПИДом, осуществляемой США (на английском языке).
www.state.gov/s/gac

U.S. Agency for International development (USAID): Агентство США по международному развитию. Оказывает помощь развивающимся странам через поддержку инициатив в области экономики, политики и здравоохранения (на английском языке).
www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/index.html

Joint United Nation Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДУ. Объединяет усилия всех программ ООН, направленные на борьбу с ВИЧ/СПИДом (на английском языке).
www.unaids.org

United Nation Development Program (UNDP). Программа развития Организации Объединенных Наций направлена на борьбу с бедностью, нарушением прав человека. Программа развития играет большую роль в борьбе с ВИЧ/СПИДом, так как бедность и другие социально-экономические проблемы способствует распространению эпидемии.
<http://www.undp.ru/index.phtml?iso=RU&lid=2>

United Nation Children's Fund (UNICEF). Детский фонд Организации Объединенных Наций. Основная цель работы Детского фонда – улучшение качества жизни детей во всем мире.
<http://www.unicef.org/russia/ru/index.html>

World Bank HIV/AIDS. Отделение Всемирного банка, деятельность которого направлена на профилактику и смягчение социального и экономиче-

ского воздействия эпидемии ВИЧ/СПИДа.
<http://lnweb18.worldbank.org/ECA/rus.nsf>

World Health Organization (WHO). Всемирная организация здравоохранения. Агентство Организации Объединенных Наций в области здравоохранения.
<http://www.who.int/ru/index.html>

РУССКОЯЗЫЧНЫЕ ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСЫ ПО ВИЧ/СПИДУ

www.aids.ru Интернет-портал, содержащий информацию по истории эпидемии, профилактике, общие вопросы по ВИЧ/СПИДУ, словарь терминов, рубрику «Вопросы и ответы», а также форум, ежедневно обновляемые новости по теме ВИЧ/СПИДа, ссылки на источники информации по теме, контактную информацию региональных центров по борьбе со СПИД, информацию об НКО, работающих в сфере ВИЧ/СПИДа и СПИД-сервисных организаций в регионах.

www.mzsrff.ru Официальный сайт Министерства здравоохранения и социального развития РФ. Содержит информацию о деятельности министерства, нормативные документы.

www.hivpolicy.ru Онлайн-ресурсный центр по изучению политики в сфере ВИЧ/СПИДа негосударственной организации «Трансатлантические партнеры против СПИДа» аккумулирует и предоставляет надежную и актуальную информацию по проблемам ВИЧ/СПИДа. Ресурсный центр включает аналитические разделы, предлагающие обзор ситуации, анализ предпринимаемых мер, выводы и рекомендации для разработки и реализации эффективных стратегий в сфере ВИЧ/СПИДа, а также базы данных, содержащие статистику, нормативные документы, исследования, аналитические материалы, информацию об организациях и проектах, примеры передового российского и международного опыта.

www.hivrussia.ru Официальный сайт Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом. Информация о центре, официальная статистика по ВИЧ/СПИДУ в РФ, нормативные акты. Большая база часто задаваемых вопросов, на которые отвечает руководитель центра В.В.Покровский.

www.hiv-aids.ru Официальный сайт специализированной газеты по ВИЧ/СПИДУ «Шаги-экспресс»; содержит справочную информацию по те-

ме, в том числе по законам, терапии и др., а также контактную информацию российских СПИД-сервисных организаций и архив номеров газеты.

www.positivenet.ru Сайт общественной организации «Сообщество людей, живущих с ВИЧ». Содержит последние новости в области защиты прав людей, живущих с ВИЧ или затронутых ВИЧ/СПИДом, информацию о проектах по расширению доступа ВИЧ-положительных людей к лечению, уходу и поддержке. В разделе «Библиотека» на сайте размещены публикации о лечении, правах человека, клинических исследованиях, репродуктивных правах женщин с ВИЧ. Также представлена информация о Всероссийском объединении людей, живущих с ВИЧ, и его деятельности, координаты региональных отделений Объединения.

www.rospotrebnadzor.ru Официальный сайт Федеральной службы в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Представлена официальная информация о санитарно-эпидемиологической обстановке в России, в том числе по ВИЧ/СПИДУ.

www.shagi.infoshare.ru Официальный сайт журнала «Шаги» для людей, живущих с ВИЧ. Представлен архив номеров журнала.

www.spid.ru Официальный сайт Московского городского центра по профилактике и борьбе со СПИДом. Представлена общая информация по проблеме. Особый интерес представляют данные об эпидемиологической ситуации по ВИЧ/СПИДУ в Москве, а также анализ законодательства РФ по проблеме ВИЧ/СПИДа.

www.stopspid.ru Сайт всероссийской кампании «СтопСПИД – касается каждого!» Представлена подробная информация о ВИЧ и СПИДе, о путях передачи вируса и способах защиты, актуальные новости и блог для интерактивного общения. Выложены для свободного распространения видео- и аудиоролики кампании «СтопСПИД».

www.afew.org Сайт голландской неправительственной гуманитарной организации «СПИД Фонд Восток-Запад» (*AIDS Foundation East-West – AFEW*), работающей в области общественного здравоохранения. На сайте представлены основные сведения о ВИЧ, официальная статистика по ВИЧ/СПИДУ по всем регионам РФ (<http://www.afew.org/russian/statistics/HIVinRFregions.htm>), международные соглашения, а также материалы объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС) на русском языке.

ТРАНСАТЛАНТИЧЕСКИЕ ПАРТНЕРЫ
ПРОТИВ СПИДА



ОБЪЕДИНЕНИЕ УСИЛИЙ



BILL & MELINDA
GATES *foundation*

«Трансатлантические партнеры против СПИДа» (ТППС) – это международная неправительственная организация с представительствами в Москве, Киеве и Нью-Йорке, которая борется с распространением ВИЧ/СПИДа в России, на Украине и в соседних с ними странах. ТППС повышает информированность населения и способствует принятию стратегических решений; проводит политические исследования и анализ по стратегическим вопросам в области ВИЧ/СПИДа; укрепляет гражданское общество; способствует укреплению глобального партнерства; а также поддерживает государственных деятелей, руководителей бизнеса и лидеров СМИ в их стремлении обуздать растущую волну ВИЧ/СПИДа в регионе. Весной 2006 г. было объявлено о том, что ТППС и «Глобальная бизнес-коалиция против ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии» (GBC) начинают процесс объединения. На сегодняшний день программы GBC и ТППС в совокупности охватывают четыре континента. За более полной информацией обратитесь на сайт ТППС www.tpa.ru и на сайт GBC www.businessfightsaids.org.

Трансатлантические партнеры против СПИДа (ТППС)

Газетный переулок, д. 5, 3 этаж

125993, Москва, Россия

Тел.: +7 495 510 53 70

Факс: +7 495 510 53 71

www.tpa.ru