



ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ
МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР ПРОФИЛАКТИКИ И
БОРЬБЫ СО СПИДОМ
РОССИЙСКИЙ ИНСТИТУТ СТРАТЕГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ВИЧ/СПИД В МОСКВЕ В КОНТЕКСТЕ МИРОВОЙ ПАНДЕМИИ

аналитический доклад

авторский коллектив

А.П. Сельцовский, С.В. Поляков,
А.И. Мазус, Е.М. Кожокин, А.Я. Ольшанский



МОСКВА
2005



ПРЕДИСЛОВИЕ

В настоящее время общепризнано, что ВИЧ-инфекция стала важнейшей медико-социальной проблемой, т.к. кроме непосредственного социального значения - болезни и смерти миллионов людей - СПИД наносит также экономический и политический ущерб, что позволило эту инфекцию отнести к одной из важнейших социопатий современности. Общепризнано, что социальные и экологические детерминанты – это важнейшие факторы, влияющие на сохранение здоровья человека. В связи с этим рассматривать и оценивать эпидемиологическую ситуацию любой инфекционной болезни, в том числе и ВИЧ-инфекции необходимо через призму эпидемиологического надзора. Однако, когда затрагивается проблема ВИЧ/СПИДа, то в первую очередь всех интересует реальная ситуация с уровнем заболеваемости и абсолютное число больных ВИЧ-инфекцией. Другой ключевой аспект этой проблемы касается эффективности мероприятий, которые проводят на различных уровнях для сдерживания глобального распространения ВИЧ/СПИДа.

Анализ глобализации эпидемии ВИЧ-инфекции позволяет констатировать, что кризисная ситуация, вызванная СПИДом, в ряде стран Африканского континента продолжает усугубляться, а страны Восточной Европы и Восточной Азии пережили самое быстрое распространение ВИЧ среди населения. Кроме этого отмечена выраженная территориальная неоднородность в уровне пораженности населения ВИЧ-инфекцией.

В связи с этим представленный аналитический материал заслуживает

особого внимания, т.к., используя системный подход с элементами мета-анализа, авторы объективно отразили основные тенденции развития эпидемии ВИЧ-инфекции не только на территории московского мегаполиса, но и в глобальном масштабе. Проведенный авторами анализ данных эпидемиологического надзора сложившейся по ВИЧ/СПИДу ситуации в Москве позволил им непредвзято сравнить ход развития эпидемии ВИЧ-инфекции в европейских столицах, что дало возможность сделать обоснованное заключение о реальной ситуации в отношении ВИЧ-инфекции в Москве и эффективности противодействия эпидемии в рамках реализации региональной программы АнтиВИЧ/СПИД. Благодаря действующей в стране системе эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией авторы располагали достаточным массивом эпидемиологической информации, необходимой для объективной оценки эпидемиологической ситуации.

В заключении хотелось бы отметить, что представленный аналитический материал может быть использован, как специалистами, занимающимися проблемами ВИЧ/СПИДа, так и всеми теми, кто хотел бы внести свой вклад в борьбу с глобальной эпидемией ВИЧ-инфекции в самом широком смысле этого слова.

Ю.В. Мартынов,

*доктор медицинских наук,
профессор кафедры инфекционных болезней и
эпидемиологии МГМСУ*

В последнее время не только в средствах массовой информации, но и в так называемых экспертных докладах различных международных организаций муссируется утверждение, что темпы развития эпидемии ВИЧ-инфекции в России самые высокие в мире, даже по сравнению с африканскими странами¹.

Тревожный тон таких публикаций и высказываний требует проведения специального аналитического исследования, целью которого является анализ мировых тенденций развития эпидемии ВИЧ/СПИДа, определение места российской столицы и Российской Федерации в этом глобальном процессе.

В работах, которые предрекают стране катастрофические последствия эпидемии СПИДа, игнорируются объективные данные эпидемиологического надзора за ВИЧ/СПИДом, причем динамика показателей эпидемического процесса, отражающая снижение уровня заболеваемости, трактуется как "опровержение мифа о том, что эпидемия ВИЧ-инфекции в стране идет на убыль"². Обсуждается так называемое оценочное количество ВИЧ-инфицированных в России от 800 тысяч до 1,5 миллиона инфицированных³ при реально зарегистрированном - 286 тысяч⁴. Абсурдно завышается количество

больных, нуждающихся в специфической терапии в 2005 году: 50 тысяч⁵, 90 тысяч⁶, 140 тысяч⁷ при объективной потребности, не превышающей 18-20 тысяч человек⁸.

Любое манипулирование оценочными показателями хода эпидемии ВИЧ-инфекции в России, построенное по африканско-юго-восточно-азиатской модели, является совершенно необоснованным и неприемлемым, так как именно Российская Федерация имеет уникальный опыт слежения за инфекционными заболеваниями, исторически обладая на порядок лучшей организационной системой эпидемиологического надзора, чем любая другая страна мира.

Ключевую роль в обеспечении надзорных мероприятий по ВИЧ-инфекции играет широкое обследование (скрининг) определенных категорий населения, направленное на выявление инфицированных с последующим учетом всех выявленных случаев и обязательным проведением эпидемиологического расследования каждого случая инфицирования ВИЧ. Скрининг населения в совокупности с принятыми в Российской Федерации формами федерального статистического и эпидемиологического наблюдения в системе действующего

¹ <http://www.moscowtnt.ru/instructions/beware/2005/04/26/210300.html>; К. Рюль, В. Покровский, В. Виноградов "Экономические последствия распространения ВИЧ-инфекции в России" Всемирный банк, 2002

² Трансатлантические партнеры против СПИДа "Эпидемия ВИЧ/СПИДа в Красноярском крае" Информационный бюллетень для общественно-политических слушаний. Июль, 2005 г.

³ Report on the Global AIDS Epidemic 2004. Executive Summary. UNAIDS; AIDS Epidemic Update 2004. UNAIDS

⁴ Материалы международной научно-практической конференции. Минздравсоцразвития РФ, Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Суздаль, 2004 г

⁵ http://prognosis.ru/news/secure/2004/5/17/rus_aids.html

⁶ Фармацевтический вестник, № 39 (318) 2003 г

⁷ Трансатлантические партнеры против СПИДа/ЮНЭДС, "ВИЧ/СПИД, закон и права человека: руководство для российских законодателей", Москва, 2005 г.

⁸ Постановление Роспотребнадзора от 25.04.2005 № 16 "О дополнительных мерах по противодействию распространению ВИЧ-инфекции в РФ"

эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией позволяют с высокой точностью определять любое изменение эпидемиологической ситуации, оперируя реальными показателями эпидемического процесса не только в том или ином регионе страны, но и среди разных групп населения.

Однако в ряде "рекомендаций для России", подготовленных зарубежными экспертами, отмечается необходимость совершенствования системы эпидемиологического надзора введением в практику здравоохранения "площадок дозорного эпиднадзора"⁹. Не умаляя достоинств проведения поведенческих исследований с целью выяснения факторов, определяющих пути и частоту передачи ВИЧ, следует признать несостоятельность этого метода для оценки пораженности населения в целом.

Вместе с тем, использование отчетной формы № 4 Госкомстата РФ "Сведения о результатах исследования крови на антитела к ВИЧ" позволяет считать "площадкой дозорного эпиднадзора" все учреждения здравоохранения на территории страны, поскольку в этой форме содержится информация о целевом тестировании для измерения распространенности заболевания ВИЧ-инфекции среди определенных групп населения (см. приложение рис.1, стр.12).

Например, дозорный эпиднадзор в травматологических отделениях ряда крупных московских больниц проведенный в 2004 году показал, что пораженность

ВИЧ в этой группе составляла 175 на 100 000 госпитализированных. Однако этот показатель оказался ниже расчетного в целом на совокупное население (207 на 100 000 населения).

Анализ материалов данной ситуации показывает, что оперирование показателями пораженности, полученными в группах при проведении дозорного эпиднадзора, является несостоятельным. Кроме этого, показатель пораженности может быть завышен в несколько раз относительно расчетного, если дозорный эпиднадзор проводили в маргинальных группах.

Возражения против стратегических направлений скрининга на ВИЧ-инфекцию в России в рамках действующей системы эпиднадзора имеют давнюю историю. Еще в 90-е годы на российское здравоохранение оказывалось давление со стороны международных правозащитных организаций в отношении недопустимости тестирования на ВИЧ-инфекцию всех лиц, кроме доноров. Декларировались имеющие якобы место "нарушения прав женщин", в первую очередь беременных. Сегодня общепризнано, что своевременное выявление ВИЧ-инфекции у беременных женщин - это единственная возможность предупредить заражение новорожденного, а для большинства ВИЧ-инфицированных своевременно начатое лечение до стадии СПИДа - единственная возможность жить полноценной жизнью. Теперь правозащитные организации переключили на критику государства, которое должно отказаться от "карательной политики в отношении рядовых

⁹ Трансатлантические партнеры против СПИДа "Дети, рожденные ВИЧ-инфицированными женщинами, и социальное сиротство: анализ ситуации в России", Москва, 2004 г.

потребителей наркотиков" и разрешить применение методонозных программ заместительной терапии для потребителей психоактивных веществ¹⁰.

Уровень скрининга на ВИЧ-инфекцию в целом по России составляет примерно 22 миллиона человек (около 16% населения) ежегодно¹¹. Согласно данным Европейского центра по надзору за эпидемией ВИЧ/СПИДа в странах Западной Европы в 2003 году было сделано всего 6,2 млн. исследований на ВИЧ, то есть, обследовано менее 1,7% населения (в это число не входят исследование донаций и анонимное тестирование)¹².

Именно поэтому число зарегистрированных случаев ВИЧ/СПИДа в Западной Европе "значительно ниже существующего в действительности кумулятивного числа ВИЧ-инфицированных, так как не все случаи заражения выявлены и учтены. Более того, страны, особенно сильно затронутые эпидемией ВИЧ-инфекции, до сих пор не имеют общегосударственной системы регистрации (учета) ВИЧ-инфицированных (Испания и Италия), либо регистрируют их только с 2003 года (Франция). Кроме того, учет ВИЧ-инфекции начался в разных странах в разное

время, и в него не всегда систематически включали ретроспективный отчет о случаях заражения, выявленных в предыдущие годы"¹³.

"Сравнение европейских стран по числу случаев инфицирования ВИЧ и путям заражения возможно только частично, поскольку лишь некоторые из них на данный момент располагают системой надзора за ВИЧ/СПИДом, охватывающей всю территорию страны"¹⁴. Учет ВИЧ-инфицированных фактически по российской модели эпидемиологического надзора "стал ключевым элементом мониторинга распространения эпидемии ВИЧ-инфекции в Европе и с успехом заменил надзор за случаями СПИДа, который с 1996 года, после появления и широкого внедрения высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ), стал менее четко отражать тенденции распространения эпидемии"¹⁵.

Анализ тенденций хода эпидемического процесса любой инфекционной болезни невозможен без учета территориального фактора, а для России, с низкой плотностью населения и огромной территорией, недопустимо проведение анализа эпидемии ВИЧ-инфекции без учета региональных особенностей субъектов Российской Федерации (см.

¹⁰ ВИЧ/СПИД и нарушение прав человека в Российской Федерации. Хроника МХГ (Московская Хельсинская группа). Ежемесячный информационный бюллетень №4 (112), 2004

¹¹ ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень № 19 - № 26, Министерство здравоохранения Российской Федерации, Центральный НИИ эпидемиологии, Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом, Москва, 2001 - 2004 г.

¹² EuroHIV. HIV/AIDS Surveillance in Europe. End-year report 2003. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire, 2004. No. 70.

¹³ EuroHIV. HIV/AIDS Surveillance in Europe. End-year report 2003. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire, 2003. No. 69.

¹⁴ Institut Scientifique de Sante Publique. Section Epidemiologie. Epidemiologie du SIDA et de l'Infection a VIH en Belgique. Situation au 31 Decembre 2003. IPH/EPI Reports Nr. 2004-023

¹⁵ EuroHIV. HIV/AIDS Surveillance in Europe. End-year report 2003. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire, 2004. No. 70.

приложение рис. 2, стр.13).

В связи с этим представляется более корректным сравнение эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции в европейских странах по положению в столицах, так как эти мегаполисы наиболее восприимчивы к ВИЧ/СПИДу и в определенной степени отражают картину заболеваемости в целом по стране.

Столица России действительно в 1999 году стремительно стала "догонять" ведущие европейские столицы по количеству людей, живущих с ВИЧ. И если рассматривать период 1998-1999 гг. через призму показателей интенсивности эпидемического процесса, то действительно можно согласиться с лидирующим положением Москвы по темпам распространения ВИЧ-инфекции среди европейских столиц.

Следует отметить, что за несколько лет до этого периода еще более интенсивный рост заболеваемости по ВИЧ/СПИДу регистрировали на всей территории Украины¹⁶, в Калининграде, на юге России, в Твери.

Смена "лидеров" эпидемического марафона является обычным процессом развития любой эпидемии, в том числе и эпидемии ВИЧ-инфекции.

Высокие темпы заболеваемости ВИЧ/СПИДом регистрируют в странах Восточной Европы, где традиционно наблюдалась низкая распространенность наркомании, однако стремительное увеличение в последние годы прошлого столетия в этих странах числа внутривен-

ных наркоманов послужило причиной сверхинтенсивного распространения ВИЧ-инфекции в этой категории населения.

В то же время такое распространение эпидемии, как и любой другой сверхинтенсивный эпидемический процесс, при достижении предельного уровня насыщения имеет тенденцию к естественному замедлению. При этом скорость замедления темпов распространения ВИЧ-инфекции напрямую зависит от адекватности мер противодействия эпидемии на конкретной территории.

Единственным постсоветским регионом, который избежал взрывоподобного течения эпидемии ВИЧ-инфекции, является Литва¹⁷, представляющая чуть ли не единственный регион мира, продемонстрировавший высокую эффективность своевременно начатых просветительских программ по проблеме ВИЧ/СПИДа среди широких слоев населения.

Анализируя эпидемиологическую ситуацию в Москве в отношении ВИЧ/СПИДа, авторы стратегического исследования "Социально-экономические последствия распространения ВИЧ-инфекции в России" с высокой степенью осторожности сделали вывод о контролируемом характере эпидемии ВИЧ-инфекции в Москве^{18,19}. Несмотря на то, что

¹⁶ Сара А. Грисен, Селест А. Уоллендер "ВИЧ/СПИД кризис в России", CSIS, Вашингтон, 2002

¹⁷ Lithuanian Response to HIV/AIDS - First 15 Years, 2004, Vilnius

¹⁸ Социально-экономические последствия распространения ВИЧ-инфекции в России. Информационно-аналитический материал. Москва, 2002 г

¹⁹ ВИЧ/СПИД в России: тенденции, проблемы, меры противодействия. Информационно-аналитический материал. Москва, 2004 г

сделанное заключение вызвало недоверие ряда российских и зарубежных экспертов, дальнейшее развитие эпидемиологической ситуации в городе подтвердило факт устойчивой тенденции к снижению темпов распространения ВИЧ/СПИДа в Москве на фоне ежегодного увеличения (в среднем на 5%) объема скрининговых исследований в рамках эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией (см. приложение рис. 4, стр. 21).

При этом дело не только в том, что за последние три года противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции Москва вышла в лидеры по темпам снижения новых случаев ВИЧ-инфицирования среди всех российских регионов и переместилась на 22 место в сводном перечне субъектов Российской Федерации по показателю заболеваемости ВИЧ-инфекцией¹⁹, а прежде всего в том, что сегодняшнее ВИЧ/СПИД положение Москвы позволяет считать столицу России европейским мегаполисом, где эпидемиологическая ситуация по СПИДу несколько хуже, чем в Брюсселе, почти такая же, как в целом по Швейцарии, лучше чем в Париже и Лондоне и гораздо лучше чем в столицах Испании и Португалии²⁰.

В Лондоне, где сеть государственных и муниципальных учреждений здравоохранения (в отличие других западноевропейских городов) обеспечивает наибольшее

число обследований населения на ВИЧ-инфекцию, на начало 2005 года было зарегистрировано 39 тысяч больных ВИЧ/СПИДом²¹ при численности жителей 7,4 млн. человек (показатель заболеваемости - 527 на 100 тысяч населения). В Москве на тот же период показатель заболеваемости составлял 207 на 100 тысяч населения.

Более того, в российской столице в течение последних пяти лет регистрируется снижение числа вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди жителей города, в среднем на 7% ежегодного, и даже при увеличении "иногороднего ВИЧ-компонента" в целом в Москве наблюдается стабилизация эпидемиологической ситуации. Следует отметить, что в Западной Европе тенденция иная - увеличение темпов прироста новых случаев ВИЧ-инфекции. "В 16 странах Западной Европы, где регистрация ВИЧ-инфекции ведется только с 1998 года, число вновь выявленных случаев ВИЧ-инфицирования незначительно увеличивалось в период 1998-2001 гг. и резко возросло на 26% в течение 2001-2002 гг. Эта тенденция продолжилась в 2003 году, когда число вновь выявленных ВИЧ-инфицированных увеличилось на 9%"²² (см. приложение рис.3, стр. 18).

²⁰ HIV and AIDS in Spain, 2001. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2002; Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia Epidemiológica del SIDA en España. Registro nacional de casos de SIDA. Actualización a 31 de diciembre de 2004, №2, Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004

²¹ Communicable Disease Surveillance Centre (HIV/STI Department), Health Protection Agency Centre for Infections, and Scottish Centre for Infection & Environmental Health. Unpublished Quarterly Surveillance Tables No. 59, 03/2 Table 3a,3b; Communicable Disease Surveillance Centre (HIV/STI Department), Health Protection Agency Centre for Infections, and Scottish Centre for Infection & Environmental Health. Unpublished Quarterly Surveillance Tables No. 65, 04/4 Table 3a,3b

²² www.avert.org

Если сравнить Москву и Лондон по абсолютным цифрам зарегистрированных ВИЧ-инфицированных, то сегодняшняя московская ситуация соответствует лондонской в 1997 году. А с учетом более высокого ежегодного уровня скрининга населения в Москве - 2,1 млн. исследований на ВИЧ (20% населения) - можно утверждать, что сегодняшнее положение дел по ВИЧ/СПИДу в российской столице является более реальным отражением картины заболеваемости, чем в столице Великобритании.

В Москве за 18-ти летний период эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией количество больных СПИДом на начало 2005 года составило 573 человека, или всего 2,5% от общего числа зарегистрированных ВИЧ-инфицированных.

При этом в Лондоне к 2005 году зарегистрировано 12 288 случаев СПИДа²³, в пятимиллионном Мадриде на первое полугодие 2004 года – 16 487 случаев²⁰. В столице Франции Париже к середине 2004 года зарегистрировано 12 828 больных СПИДом²⁴ при численности жителей 2,2 миллиона человек.

Уместно заметить, что ситуация по ВИЧ/СПИДу в США значительно хуже, чем в Европе, так как только в штате Нью-Йорк на начало 2004 года было зарегистрировано 162 тысячи случаев

СПИДа²⁵ на 18, 2 млн. жителей (см. приложение табл. 2, стр.19). Применение для штата Нью-Йорк оптимистичного оценочного показателя эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции, который использовал Всемирный банк для России, позволяет констатировать, что заболеваемость в штате Нью-Йорк аналогична уровню заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Камбоджи, Джибути, Судане или Гайане²⁶ (см. приложение табл. 1, стр. 14).

Если оценивать ВИЧ/СПИД ситуацию в Париже, используя тот же принцип, то окажется, что на 2,2 млн. парижан приходится не менее 40 тыс. ВИЧ-инфицированных, то есть эпидемический процесс является значительно более интенсивным, чем в самом пораженном ВИЧ-инфекцией регионе России – Иркутской области.

Стабилизацию эпидемиологической ситуации в Москве подтверждает и то, что в течение последних трех лет количество вновь выявленных ВИЧ-инфицированных, заразившихся половым путем, оставалось на одном и том же уровне. Причем, в первом полугодии 2005 года, по сравнению с аналогичным периодом прошлого года, впервые отмечено снижение абсолютного числа заразившихся ВИЧ-инфекцией половым путем на фоне продолжающегося снижения инфицирования ВИЧ за счет внутривенного введения наркотиков.

²³ Communicable Disease Surveillance Centre (HIV/STI Department), Health Protection Agency Centre for Infections, and Scottish Centre for Infection & Environmental Health. Unpublished Quarterly Surveillance Tables No. 59, 03/2 Table 3a,3b - No. 65, 04/4 Table 3a,3b

²⁴ www.invs.sante.fr Institut de Veille Sanitaire. Surveillance. Maladies a declaration obligatoire. Infection a VIH et sida. Donnees epidemiologiques (tableaux et figures)

²⁵ Centers for Disease Control and Prevention. HIV/AIDS Surveillance Report, 2003 (Vol.15). Atlanta: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2004

²⁶ CIA "The World Factbook", USA, 2005-
<http://www.odci.gov/cia/publications/factbook/index.html>

Все катастрофические прогнозы развития эпидемии ВИЧ-инфекции в России основаны на предположении, что наркотический путь передачи будет продолжать доминировать, при этом игнорируется тот факт, что государство предпринимает интенсивные усилия по противодействию незаконному обороту наркотиков и проводит работу по пропаганде вреда их потребления. Эффективная работа комплексной региональной программы "АнтиВИЧ/ СПИД", например, в Москве привела к снижению пораженности ВИЧ наркоманов, использующих внутривенные наркотики более чем в 2,5 раза (период 1999-2005 года), за тот же период заболеваемость ВИЧ-инфекцией подростков уменьшилась в 8 раз.

Очевидно, что утверждение об особо тяжелой ситуации по ВИЧ/СПИДУ в Российской Федерации, эпидемии ВИЧ-инфекции, которая "угрожает опустошить страну",²⁷ не подтверждается реальной ситуацией, нагнетается искусственно, не только провоцируя панику в обществе, но и снижая инвестиционную привлекательность России. При этом драматическая оценка влияния эпидемии ВИЧ/СПИДа на демографические процессы в России не имеет под собой доказательной базы. Она основывается не на серьезном научном анализе, эмпирических доказательствах, а на предположениях отдельных экспертов²⁸, многократно цитируемых средствами массовой информации и общественными

организациями, занимающимися проблемой ВИЧ/СПИДа.

Внимание, которое уделяет мировое сообщество проблеме ВИЧ/СПИДа, сделало её индикатором социального и экономического благополучия государства.

Например, при анализе мировых тенденций эпидемии ВИЧ/СПИДа становится очевидно, что эпидемиологическая ситуация по ВИЧ/СПИДУ в Москве к 2012 году будет более спокойной чем в Париже, Лондоне, Мадриде и Нью-Йорке, а это значит, что если бы Олимпийский комитет оценивал будущие олимпийские столицы в том числе и по критерию ВИЧ/СПИД пораженности, то Москва имела бы явное преимущество в олимпийской гонке.

Динамические характеристики эпидемиологической ситуации по ВИЧ/СПИДУ в России последние три года характеризуются относительно устойчивым замедлением темпа распространения эпидемии ВИЧ-инфекции.

Однако эту позитивную динамику преждевременно трактовать как повсеместное "обуздание" эпидемии. В настоящее время перед российским обществом выдвигаются новые задачи по мерам противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа и минимизации ее последствий.

Это связано в первую очередь с увеличением количества больных СПИДом, нуждающихся в адекватной антиретровирусной терапии. Уже в ближайшее время следует ожидать обращений за медицинской помощью значительного количества ВИЧ-

²⁷ Сара А. Грисен, Селест А. Уоллендер "ВИЧ/СПИД кризис в России", CSIS, Вашингтон, 2002

²⁸ HIV/AIDS in Russia - an analysis of statistics M. Feshbach, S. Scholar, C. Galvin; Research associate, January 2005

инфицированных наркозависимых, у которых развился СПИД. Это лица, которые заразились ВИЧ-инфекцией в 1999-2000 гг., но обратились за медицинской помощью, когда заболевание привело к тяжелому иммунодефициту.

Несмотря на то, что ожидаемое десятикратное увеличение больных СПИДом в Москве составит свыше четырех тысяч, это количество будет в три раза меньше сегодняшнего числа больных СПИДом в Лондоне и Париже, в четыре раза меньше чем в Мадриде и более чем в сорок раз меньше чем в штате Нью-Йорк. Вместе с тем оказание медицинской помощи такому значительному количеству больных СПИДом станет серьезной нагрузкой для столичного здравоохранения, социальных служб и бюджета города. Несмотря на то, что стоимость лечения больного ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации в 3 раза ниже, чем в Западной Европе, стоимость лечения больного СПИДом – ниже в 4 – 5 раз внутренней валовой продукт (ВВП) на душу населения в Москве составляет, по оценкам компании Standard & Poor's, всего \$7,9 тыс. в год, против \$74,7 тыс. в Париже, \$53,4 тыс. в Нью-Йорке, \$49,5 тыс. в Лондоне и \$33,7 тыс. в Мадриде²⁹.

В связи с этим у большинства экспертов есть сомнения в готовности региональных служб российского здравоохранения к оказанию квалифицированной медицинской помощи тысячам больных СПИДом, которые будут обращаться за помощью во все лечебно-

профилактические учреждения, включая сельские и поселковые.

Эту ситуацию усугубляет тот факт, что до настоящего времени практически не решен вопрос собственного производства современных антиретровирусных лекарственных препаратов.

С каждым годом развития эпидемии ВИЧ-инфекции становится все более очевидным ее выход из так называемых "групп риска". Происходит быстрое вовлечение в эпидемический процесс женщин репродуктивного возраста и увеличивается количество детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, в том числе детей-сирот, забота о которых ложится на региональные органы здравоохранения, образования и социальной защиты.

Многолетний опыт мирового сообщества в противодействии эпидемии ВИЧ-инфекции показал, что в условиях отсутствия эффективных вакцинных препаратов единственный барьер, который можно противопоставить эпидемии - это превентивное образование, просвещение и воспитание молодежи³⁰. К сожалению, в большинстве субъектов Российской Федерации до настоящего времени отсутствует систематическая профилактическая работа, направленная на формирование у подрастающего поколения принципов и навыков здорового образа жизни.

На фоне "недостаточного внимания со стороны Минобнауки к проблеме ВИЧ-инфекции"⁸ большинство просветительно-профилактических проектов реализуются

²⁹ http://www.interfax.ru/r/B/0/5.html?menu=21&id_issue=10742147

³⁰ "Профилактика ВИЧ/СПИД средствами образования и просвещения", ИД "Этносфера", Москва, 2004 г.

на "средства, предоставляемые зарубежными организациями"³¹, и, как правило, время их выполнения ограничено сроками финансирования проекта.

Кроме того, такие профилактические программы предназначены в основном для развивающихся стран с высокими показателями рождаемости и низким образовательным уровнем населения, не предусматривают комплексного подхода и реализуются на территории России в частично адаптированном виде.

Практически бесконтрольное обучение российской молодежи в рамках подобных программ основам "безопасного секса"³¹ может служить примером, когда значительной части молодежи, для которой рискованное половое поведение - образ жизни, "объяснили" что "эта мелочь"³² в виде широко рекламируемого презерватива фактически является индальгенцией на свободные сексуальные отношения. Такая пропаганда "безопасного секса" внесла свой вклад в активизацию сексуальной распущенности, которая развилась на постсоветском пространстве, и оказала негативное влияние на репродуктивное здоровье нации¹⁹. Например, в настоящее время в Российской Федерации до 15% супружеских пар являются бесплодными³³.

Улучшение демографической ситуации в стране зависит от многих факторов, в том числе и от систематической работы по воспитанию у подростков взаимной верности, семейных ценностей, отказа от

раннего начала половой жизни, заботы о собственном здоровье и ответственности за здоровье близких людей. Навыки социально-безопасной модели поведения должны основываться не на страхе перед заражением ВИЧ, а на осознании важности нравственного поведения, что возможно только при внедрении в образовательную среду профилактических междисциплинарных программ по проблеме ВИЧ/СПИДа.

Руководство Российской Федерации стоит перед необходимостью принятия важных политических решений в области законодательства, финансов и промышленной политики, направленных на противодействие ВИЧ/СПИДу в общенациональном масштабе.

Негативные тенденции развития мировой пандемии ВИЧ/СПИДа оказывают все более существенное влияние на экономику большинства государств, прежде всего – "третьего мира". Бюджетный дефицит глобальной программы противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа превышает 22 млрд. долларов США³⁴.

Страны "большой восьмерки" вынуждены в настоящее время уделять такое же внимание вопросу ВИЧ/СПИДа, какое они уделяют другим вопросам национальной безопасности. Помимо активной борьбы со СПИДом на собственных территориях, широкого международного сотрудничества в рамках "вакцинного проекта", этим государствам предстоит приложить все усилия для дальнейшего развития ранее достигнутых соглашений по противодействию

³¹ <http://postman.ru/~safelove/>

³² www.focus-media.ru

³³ www.rian.ru/society/health_services/20050408/39637136.html

³⁴ www.un.org/News/Press/docs/2005

глобальному распространению ВИЧ-инфекции³⁵, прежде всего на африканском континенте, где проживает более 70% от общего числа ВИЧ-инфицированных в мире.

Российский опыт слежения за эпидемическим процессом ВИЧ-инфекции в рамках действующей системы эпиднадзора может оказать существенную роль в планировании мероприятий по минимизации последствий глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа не только на африканском континенте, но и в тех странах, которые только формируют собственные системы надзора за этой инфекцией, основанные на скрининговых исследованиях различных категорий населения, в том числе групп повышенного риска инфицирования ВИЧ.

В современных условиях необходимо принять меры мобилизационного характера для сдерживания эпидемии в относительно "новых" сверх пораженных регионах мира (Индия, Китай, страны Юго-восточной Азии), где отмечают значительное количество ВИЧ-инфицированных, крайне неблагоприятные характеристики эпидемического процесса, отсутствие достаточного количества квалифицированного персонала службы здравоохранения и социальной защиты населения.

Таким образом, анализ тенденций мировой пандемии ВИЧ/СПИДа позволяет констатировать, что основой для успешного противодействия эпидемии может стать создание глобальной системы мониторинга за ВИЧ-инфекцией с

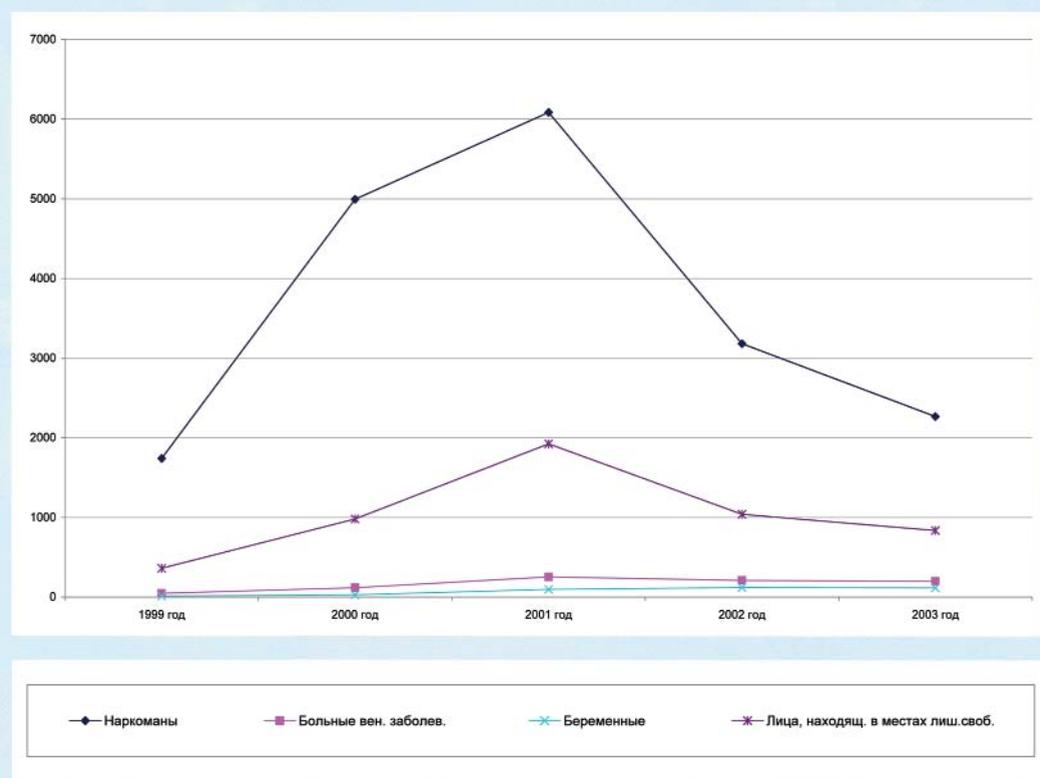
внедрением передового опыта борьбы с эпидемией, накопленного как в отдельных странах, так и мировым сообществом в целом.

³⁵ www.kremlin.ru/text/docs/2004/06/75546.shtml

ПРИЛОЖЕНИЕ

Рисунок 1

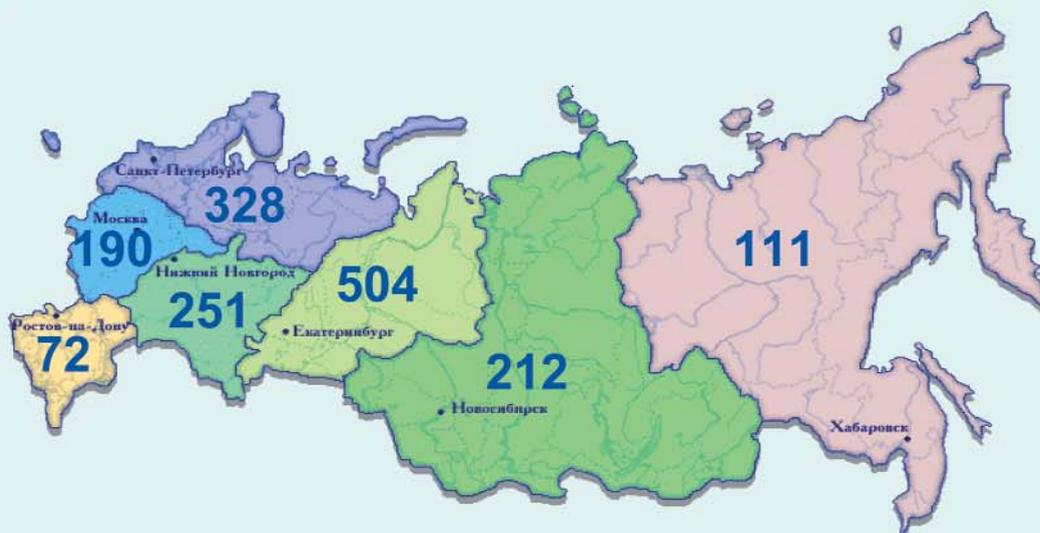
Результаты обследования населения России на антитела к ВИЧ (1999-2003)



Источник: ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень № 26, Министерство здравоохранения Российской Федерации, Центральный НИИ эпидемиологии, Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом, Москва

Рисунок 2

Заболеваемость ВИЧ-инфекцией в административных округах РФ
(на 100 000 населения)



Источник: Данные территориальных центров СПИД на 01.09.2005 г.

Таблица 1

Распространенность ВИЧ/СПИДа среди взрослого населения.
Сводная таблица по странам

Ранг	Страна	Распространенность ВИЧ/СПИДа среди взрослого населения (%)	Год получения оценочных данных
1	Свазиленд	38.80	2003
2	Ботсвана	37.30	2003
3	Лесото	28.90	2003
4	Зимбабве	24.60	2001
5	Южная Африка	21.50	2003
6	Намбия	21.30	2003
7	Замбия	16.50	2003
8	Малави	14.20	2003
9	Центрально-Африканская республика	13.50	2003
10	Мозамбик	12.20	2003
11	Гвинея-Биссау	10.00	2003
12	Танзания	8.80	2003
13	Габон	8.10	2003
14	Кот-д'Ивуар	7.00	2003
15	Сьерра-Леоне	7.00	2001
16	Камерун	6.90	2003
17	Кения	6.70	2003
18	Бурунди	6.00	2003
19	Либерия	5.90	2003
20	Гаити	5.60	2003
21	Нигерия	5.40	2003
22	Руанда	5.10	2003
23	Республика Конго	4.90	2003
24	Чад	4.80	2003
25	Эфиопия	4.40	2003
26	Демократическая республика Конго	4.20	2003
27	Буркина-Фасо	4.20	2003
28	Того	4.10	2003
29	Уганда	4.10	2003
30	Ангола	3.90	2003
31	Экваториальная Гвинея	3.40	2001
32	Гвинея	3.20	2003
33	Тринидад и Тобаго	3.20	2003
34	Гана	3.10	2003
35	Багамские Острова	3.00	2003
36	Джибути	2.90	2003
37	Эритрея	2.70	2003
38	Камбоджа	2.60	2003
39	Гайана	2.50	2003
40	Белиз	2.40	2003
41	Судан	2.30	2001
42	Бенин	1.90	2003
43	Мали	1.90	2003

44	Гондурас	1.80	2003
45	Доминиканская республика	1.70	2003
46	Мадагаскар	1.70	2003
47	Суринам	1.70	2001
48	Барбадос	1.50	2003
49	Таиланд	1.50	2003
50	Украина	1.40	2003
51	Бирма	1.20	2003
52	Гамбия	1.20	2003
53	Нигер	1.20	2003
54	Ямайка	1.20	2003
55	Эстония	1.10	2001
56	Гватемала	1.10	2003
57	Россия *	1.10	2001
58	Сомали	1.00	2001
59	Индия	0.90	2001
60	Панама	0.90	2003
61	Сенегал	0.80	2003
62	Аргентина	0.70	2001
63	Венесуэла	0.70	2001
64	Испания	0.70	2001
65	Сальвадор	0.70	2003
66	Колумбия	0.70	2003
67	Бразилия	0.70	2003
68	Коста-Рика	0.60	2003
69	США	0.60	2003
70	Папуа-Новая Гвинея	0.60	2003
71	Мавритания	0.60	2003
72	Латвия	0.60	2001
73	Италия	0.50	2001
74	Парагвай	0.50	2003
75	Перу	0.50	2003
76	Непал	0.50	2001
77	Франция	0.40	2003
78	Швейцария	0.40	2001
79	Вьетнам	0.40	2003
80	Португалия	0.40	2001
81	Малайзия	0.40	2003
82	Австрия	0.30	2003
83	Уругвай	0.30	2001
84	Чили	0.30	2003
85	Мексика	0.30	2003
86	Ливия	0.30	2001
87	Канада	0.30	2003
88	Эквадор	0.30	2003
89	Беларусь	0.30	2001

90	Бахрейн	0.20	2001
91	Бельгия	0.20	2003
92	Сербия и Черногория	0.20	2001
93	Великобритания	0.20	2001
94	Сингапур	0.20	2003
95	Никарагуа	0.20	2003
96	Нидерланды	0.20	2001
97	Мальта	0.20	2001
98	Молдова	0.20	2001
99	Люксембург	0.20	2001
100	Казахстан	0.20	2001
101	Исландия	0.20	2001
102	Греция	0.20	2001
103	Дания	0.20	2003
104	Объединенные Арабские Эмираты	0.18	2001
105	Коморские Острова	0.12	2001
106	Кувейт	0.12	2001
107	Алжир	0.10	2001
108	Австралия	0.10	2003
109	Азербайджан	0.10	2003
110	Боливия	0.10	2003
111	Болгария	0.10	2001
112	Шри-Ланка	0.10	2001
113	Мальдивы	0.10	2001
114	Оман	0.10	2001
115	Маврикий	0.10	2001
116	Марокко	0.10	2001
117	Македония	0.10	2001
118	Грузия	0.10	2001
119	Фиджи	0.10	2003
120	Финляндия	0.10	2003
121	Чехословакия	0.10	2001
122	Ирландия	0.10	2001
123	Египет	0.10	2001
124	Кипр	0.10	2003
125	Куба	0.10	2003
126	Китай	0.10	2003
127	Таджикистан	0.10	2001
128	Сирия	0.10	2001
129	Швеция	0.10	2001
130	Словения	0.10	2001
131	Филиппины	0.10	2003
132	Румыния	0.10	2001
133	Польша	0.10	2001
134	Пакистан	0.10	2001
135	Монголия	0.10	2003

136	Йемен	0.10	2001
137	Узбекистан	0.10	2001
138	Туркменистан	0.10	2004
139	Турция	0.10	2001
140	Тунис	0.10	2005
141	Словакия	0.10	2001
142	Литва	0.10	2001
143	Ливан	0.10	2001
144	Лаос	0.10	2003
145	Южная Корея	0.10	2003
146	Киргизстан	0.10	2001
147	Иордания	0.10	2001
148	Япония	0.10	2003
149	Новая Зеландия	0.10	2003
150	Норвегия	0.10	2001
151	Ирак	0.10	2001
152	Израиль	0.10	2001
153	Иран	0.10	2001
154	Индонезия	0.10	2003
155	Венгрия	0.10	2001
156	Хорватия	0.10	2001
157	Гонконг	0.10	2003
158	Германия	0.10	2001
159	Бруней	0.10	2003
160	Бутан	0.10	2001
161	Босния и Герцеговина	0.10	2001
162	Бангладеш	0.10	2001
163	Армения	0.10	2003
164	Катар	0.09	2001
165	Кабо-Верде	0.04	Нет данных
166	Афганистан	0.01	2001
167	Саудовская Аравия	0.01	2001
168	Шпицберген (Свальбард)	0.00	2001

Примечание:

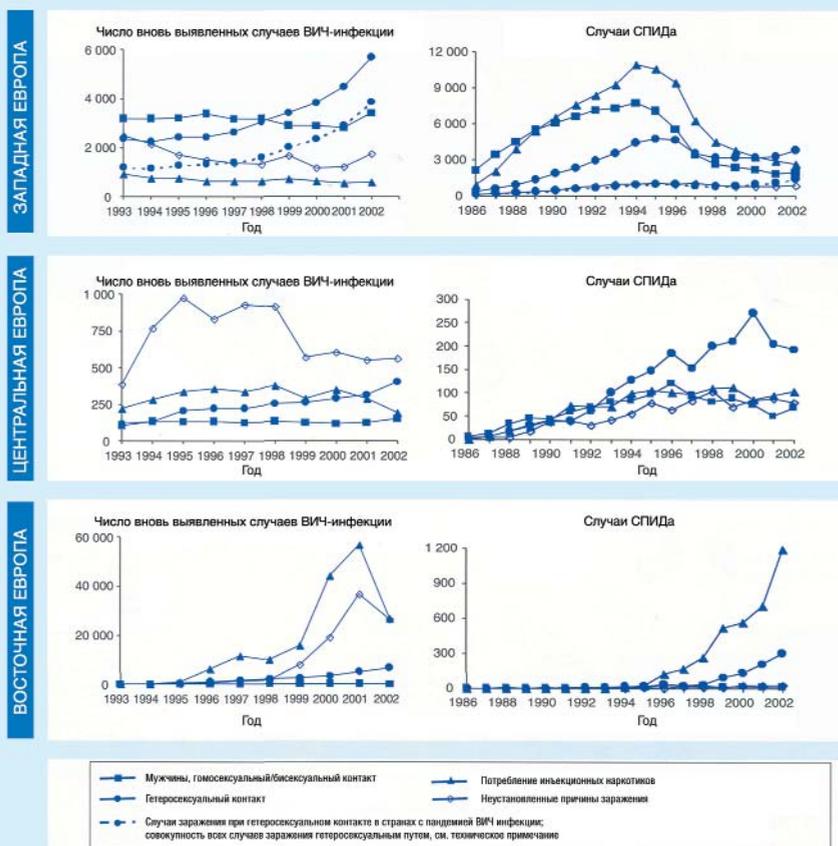
Реальная распространенность ВИЧ-инфекции в России в 2001 г. составляла 0,1%; в 1-ом полугодии 2005 г. - 0,22 %

Источник: ЦРУ, "Мировой справочник" (World Factbook), данные на 17 мая, 2005

Ссылка в Интернет: <http://www.odci.gov/cia/publications/factbook/index.html>

Рисунок 3

Вновь выявленные случаи ВИЧ-инфекции** (1993-2002) и СПИДа† (1986-2002) по регионам и путям заражения£, ВОЗ Европейский регион, данные на июнь 2003



* Источник: "Надзор за эпидемией ВИЧ/СПИДа в Европе", семестровый отчет 2003, №69, Европейский центр по надзору за эпидемией СПИДа (EuroHIV), Институт санитарного надзора (Institut de veille sanitaire)

Примечание: Кривые графика отражают динамику роста числа ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом в зависимости от путей заражения.

В график включены страны, имеющие данные за весь указанный период

** С учетом года вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции

† С учетом года постановки диагноза "СПИД" и возможности более поздней регистрации случаев ВИЧ-инфекции

£ Три основных пути заражения и неустановленные причины заражения

§ Большинство случаев инфицирования ВИЧ с неустановленными причинами заражения зарегистрировано среди жителей Румынии и относится к детям

Таблица 2

Оценочное число случаев СПИДа с учетом года постановки диагноза, по выбранным критериям, 1999-2003, США

Критерии	Год постановки диагноза					Общее число на конец 2003 ^a
	1999	2000	2001	2002	2003	
Возраст при постановке диагноза (лет)						
<13	187	117	119	105	59	9 419
13—14	57	56	76	68	59	891
15—24	1 541	1 642	1 625	1 810	1 991	37 599
25—34	11 349	10 385	9 947	9 504	9 605	311 137
35—44	17 165	17 295	16 890	17 008	17 633	365 432
45—54	8 099	8 566	8 929	9 310	10 051	148 347
55—64	2 218	2 422	2 468	2 724	2 888	43 451
≥65	739	783	779	759	886	13 711
Расовая/этническая принадлежность						
Белые, не латиноамериканцы	12 626	12 047	11 620	11 960	12 222	376 834
Черные, не латиноамериканцы	19 960	20 312	20 291	20 476	21 304	368 169
Латиноамериканцы	8 141	8 233	8 204	8 021	8 757	172 993
Выходцы из стран Азиатско-Тихоокеанского региона	369	373	409	452	497	7 166
Американские индейцы / коренные жители Аляски	162	186	179	196	196	3 026
Распределение по путям заражения						
Мужчины, взрослые или подростки						
Гомосексуальный контакт (мужчины, практикующие секс с мужчинами)	16 556	16 272	16 383	16 971	17 969	440 887
Потребление инъекционных наркотиков	7 710	7 425	6 772	6 406	6 353	175 988
Гомосексуальный контакт (мужчины, практикующие секс с мужчинами) и потребление инъекционных наркотиков	2 323	2 071	2 026	1 942	1 877	62 418
Гетеросексуальный контакт	4 243	4 299	4 578	4 890	5 133	56 403
Другое	328	319	315	308	281	14 191
Общее число в группе	31 159	30 387	30 074	30 517	31 614	749 887

Женщины, взрослые или подростки

Потребление инъекционных наркотиков	3 448	3 498	3 269	3 024	3 096	70 558
Гетеросексуальный контакт	6 350	7 011	7 119	7 380	8 127	93 586
Другое	212	254	251	261	276	6 535
Общее число в группе	10 010	10 763	10 639	10 666	11 498	170 679

Дети (<13 лет при постановке диагноза)

Перинатальное заражение	185	115	116	103	58	8 749
Другое	3	2	3	3	1	670
Общее число в группе	187	117	119	105	59	9 419

Регион проживания

Северо-Восток	11 885	12 516	11 350	10 551	11 461	285 040
Средний Запад	4 069	4 139	4 094	4 337	4 498	91 926
Юг	17 224	16 757	17 693	18 482	19 609	337 409
Запад	6 892	6 661	6 468	6 843	6 667	186 100

Зависимые территории США и народы, живущие на этих территориях

	1 286	1 194	1 228	1 075	935	29 511
--	-------	-------	-------	-------	-----	--------

Общее число^d **41 356** **41 267** **40 833** **41 289** **43 171** **929 985**

Прим. Приведенная информация не отражает данные по числу зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции. Это оценочные показатели, рассчитанные на основе имеющихся зарегистрированных случаев. Оценочные цифры рассчитывали с учетом более поздней регистрации некоторых случаев и перераспределения по путям заражения больных с изначально неустановленными причинами заражения. При расчетах не учитывали возможность неполной регистрации.

^a | количество больных СПИДом с начала эпидемии на конец 2003 года.

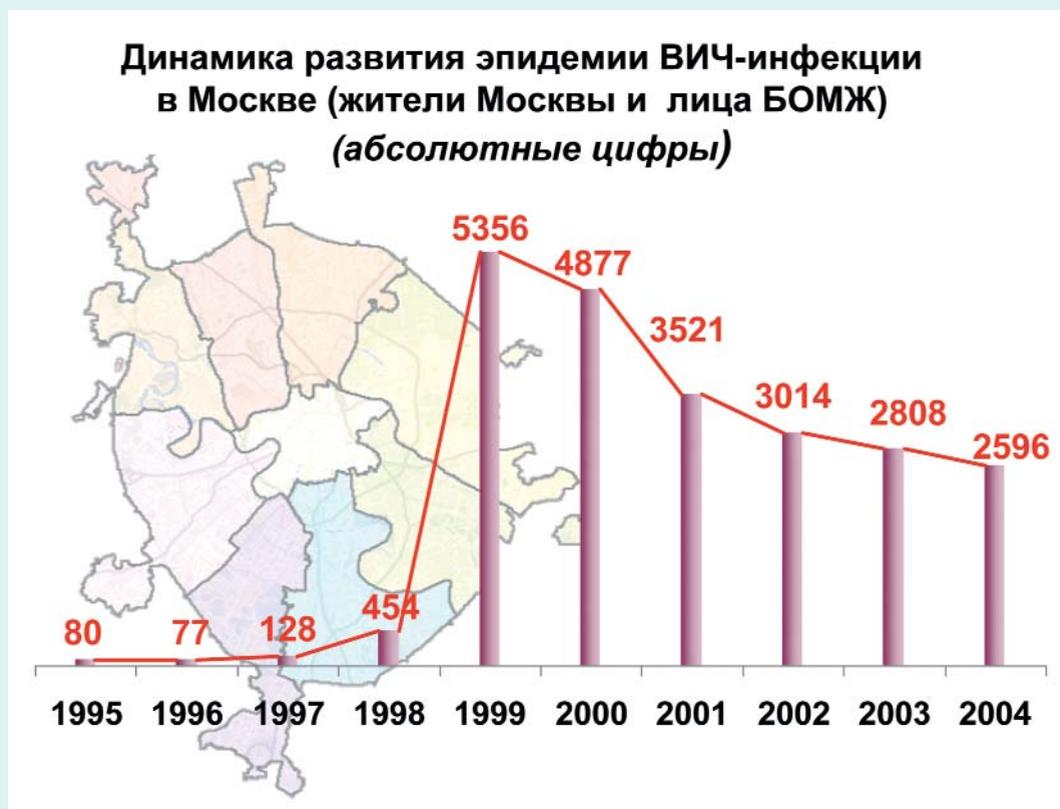
^b | гемофилия, переливание крови, перинатальная трансмиссия, незарегистрированный или не выявленный путь заражения.

^c | гемофилия, переливание крови, незарегистрированный или не выявленный путь заражения.

^d | в данную группу вошли люди, расовая принадлежность которых не установлена, люди смешанной расовой принадлежности, и люди, пол которых не установлен. Общее число больных СПИДом включает 1796 человек неустановленной или смешанной расовой принадлежности и 1 человек неустановленной половой принадлежности. Т.к. общее число больных СПИДом в каждом столбце рассчитывали независимо от числа людей в каждой подгруппе, суммарное значение величин в каждом столбце может не совпадать с указанным общим числом больных СПИДом.

Источник: "Доклад по эпидемиологическому надзору за ВИЧ/СПИД, 2003" Центр по контролю за распространением заболеваний, США. (HIV/AIDS 2003 Surveillance Report, CDC)

Рисунок 4



Источник: Данные МГЦ СПИД

Таблица 3

Динамика изменения показателя уровня превалентности ВИЧ-инфекции в наиболее пораженных субъектах РФ в 2001 и 2005 гг.

№	Регион	Показатель превалентности ВИЧ-инфекцией на 100 тыс. населения		Изменение соотношения	Темпы роста показателя
		2001	2005		
1	Иркутская обл.	370,20	750,40	1: 2,02	1,02
2	Ханты-Мансийский АО	366,57	654,20	1: 1,78	0,78
3	Калининградская обл.	362,98	562,40	1: 1,54	0,54
4	Самарская обл.	337,78	731,10	1: 1,93	0,93
5	Оренбургская обл.	298,83	636,00	1: 2,12	1,12
6	Ульяновская обл.	241,61	498,00	1: 2,06	1,06
7	Свердловская обл.	221,28	608,90	1: 3,00	2,00
8	Санкт-Петербург	169,25	588,30	1: 3,40	2,40
9	Тверская обл.	157,48	328,10	1: 2,08	1,08
10	Москва	154,84	219,20	1: 1,40	0,40
11	Челябинская обл.	154,35	442,40	1: 2,68	1,68
12	Ленинградская обл.	130,61	548,90	1: 2,06	1,06
13	Саратовская обл.	129,72	254,20	1: 1,95	0,95
14	Бурятия	119,56	239,50	1: 2,00	1,00

Источник: Данные территориальных центров СПИД на 01.09.2005 г.