



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

аналитический материал

ВИЧ/СПИД в России: тенденции, проблемы, меры противодействия

авторский коллектив

**СЕЛЬЦОВСКИЙ А.П., ПОЛЯКОВ С.В., МАЗУС А.И.,
КОЖОКИН Е.М., ГУЗЕНКОВА Т.С., ОЛЬШАНСКИЙ А.Я.,
БРЮН Е.А., КАНДАУРОВ С.П.**



**МОСКВА
2004**



СОДЕРЖАНИЕ

3	ВВЕДЕНИЕ
4	1. ПАНДЕМИЯ СПИДа: МИРОВЫЕ УРОКИ И ПРОБЛЕМЫ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ
6	2. ДИНАМИКА И ТЕНДЕНЦИИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ/СПИДа В РОССИИ
11	3. РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
11	3.1 Динамические тенденции развития эпидемии в регионах РФ
20	3.2. Особенности развития ВИЧ/СПИД-ситуации в Москве
25	3.3. Социально-демографические факторы распространения ВИЧ-инфекции: дискуссионные вопросы
26	4. НАРКОМАНИЯ КАК ФАКТОР РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ: ПОИСК МЕР ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ
30	5. НЕКОТОРЫЕ ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ВИЧ/СПИД-ЭПИДЕМИИ
30	5.1. Совокупные оценки необходимых финансовых затрат
32	5.2. Потенциал финансовых ресурсов для профилактики и лечения ВИЧ-инфекции
33	5.3. Внешние источники финансирования
39	5.4. Отечественное производство антиретровирусных препаратов, дженерики и оригинальные препараты
41	6. МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ СПИДУ: СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД
41	6.1. Проблемы и противоречия
44	6.2. Меры противодействия ВИЧ/СПИДУ
45	ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

Эпидемия СПИДа представляет собой социально-медико-биологическое явление, отличающееся чрезвычайной динамичностью, нарастающим негативным эффектом, изменчивостью, слабой предсказуемостью и высокой резистентностью к мерам противодействия. Ежедневно мировая статистика увеличивается на 14 тысяч новых случаев заражения, что беспрецедентно по сравнению с другими видами распространенных инфекций. В Докладе программы ООН по СПИДу (UNAIDS) "О глобальной эпидемии СПИДа - 2004 г." эпидемия СПИДа характеризуется как особый вид кризиса человечества, сочетающий в себе одновременно признаки чрезвычайной ситуации и долговременной проблемы. Первая требует немедленной реакции, вторая - предполагает создание системы мер длительной защиты и противодействия. Но в любом случае ВИЧ/СПИД уже осознан как одна из самых серьезных проблем здравоохранения, стоящая перед современным миром.

В ежегодных докладах ООН и ВОЗ об эпидемии СПИДа, а также во многих других национальных и региональных документах, констатируются глобальные характеристики распространения инфекции, анализируются последствия этого распространения, а также предлагаются меры и программы предотвращения неконтролируемого влияния заболевания, вызываемого ВИЧ, на человечество в целом, а также на население отдельных стран и регионов. Есть основания полагать, что многими национальными сообществами приобретает некоторый опыт борьбы за **замедление темпов** распространения ВИЧ/СПИДа. В этом контексте осуществляется создание и применение практических программ по замедлению темпов распространения ВИЧ-инфекции и обеспечению высокого качества жизни для уже зараженных людей.

Представленный аналитический доклад преследует следующие **цели и задачи**:

- ✓ с учетом динамических тенденций распространения эпидемии в России,
- ✓ с учетом последних достижений мирового опыта противодействия ВИЧ/СПИДу,
- ✓ на основе анализа уже имеющегося федерального и регионального опыта борьбы с распространением ВИЧ-инфекции,
- ✓ в контексте некоторых общенациональных, а также региональных культурно-исторических и социально-психологических особенностей российского общества,
- ✓ с учетом неурегулированности и спорности некоторых административно-правовых норм

предложить направления и способы создания такой системы защитных мер, которые могли бы на данном этапе оказаться более эффективными по сравнению с действующей практикой.

Ставя перед собой такие цели, авторы исходят из следующих положений:

Предпринимаемые в последние годы усилия на общенациональном и региональном уровнях привели к некоторым позитивным сдвигам - темпы распространения ВИЧ/СПИДа несколько замедлились.

Тем не менее, меры противодействия эпидемии значительно отстают от темпов ее распространения.

Несмотря на расширяющуюся угрозу национальному здоровью и национальной безопасности России, которую несет в себе распространение эпидемии, общество смогло убедиться в наличии позитивной альтернативы - возможности противодействовать ВИЧ/СПИДу.

В соответствии с этим **главной повесткой дня становится дальнейшая совместная разработка эффективной стратегии, основанной на переходных подходах, на опробованных и зарекомендовавших себя в мире методик, на научно обоснованной прогностике и учете допущенных ошибок и просчетов.**

1

ПАНДЕМИЯ СПИДА: МИРОВЫЕ УРОКИ И ПРОБЛЕМЫ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ¹

Ведущие международные организации, занимающиеся проблемами ВИЧ/СПИДа, по-прежнему расценивают эпидемию как самую серьезную проблему в области здравоохранения, стоящую перед миром в настоящее время. Трагически воспринимается число 40 млн. человек, инфицированных в настоящее время ВИЧ, и 20 млн. умерших с момента постановки первого диагноза "СПИД" в 1981 г. Но еще более тревожен факт продолжающегося роста уровня инфицирования во многих странах мира. В ряде стран Африки южнее Сахары, во многих странах Восточной Европы и Азии зафиксированы самые высокие темпы распространения эпидемии в мире.

Суммируя *негативные* последствия эпидемии, международные эксперты вынуждены констатировать, что в настоящий момент:

не удастся найти средств излечения ВИЧ-инфекции;

руководство многих стран все еще не признает истинных последствий СПИДа для своих стран;

все большему риску инфицирования подвергаются женщины;

все более значительной становится среди ВИЧ-инфицированных доля молодого поколения (до 50% в мире в возрастной группе 15-24 лет);

в мире значительно больше людей, живущих с ВИЧ, нуждаются в антиретровирусном лечении, чем имеют доступ к нему;

профилактические программы охватывают не более 20% людей, непосредственно рискующих заразиться ВИЧ;

во многих обществах существует дискриминация маргинальных и девиантных групп, в которых как раз и находится значительная доля ВИЧ-инфицированных (наркомания, секс-бизнес), что препятствует эффективным мероприятиям противодействию СПИДу;

серьезную проблему для общества составляет рост численности фактически или социально осиротевших детей в результате действия ВИЧ-фактора (смерть или болезнь родителей).

Однако, в процессе противодействия СПИДу был извлечен и ряд *позитивных* уроков, дающих надежду на будущее. В их числе следует назвать следующие:

к числу важнейших достижений относится разработка и внедрение высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ), способной продлить жизнь и существенно улучшить качество жизни больных ВИЧ-инфекцией и СПИДом. В странах с высоким уровнем доходов широкое внедрение ВААРТ даже позволяет оценивать ВИЧ/СПИД как хроническое заболевание, течением которого можно эффективно управлять;

практика показала, что даже в условиях недостатка ресурсов, проведение ВААРТ осуществимо. Это стало возможным во многом за счет значительного снижения стоимости антиретровирусных препаратов, что сделало их доступными в том числе и для стран с относительно низкими доходами;

в последние годы во многих странах заметно выросла политическая и гражданская мобилизация в противодействии СПИДу, значительно увеличились объемы финансирования программ противодействия. Глобальное финансирование борьбы со СПИДом с 1996 г. по 2003 г. выросло в 15 раз и составило около 5 млрд. долл. США. Некоторые страны (например, США) выделяют беспрецедентные ресурсы и демонстрируют высокий уровень политической решимости в борьбе против ВИЧ/СПИДа. Одним из результатов является приближающийся к максимуму охват нуждающихся в антиретровирусном лечении и существенное замедление темпов прироста новых случаев заражения;

в мире идет процесс расширения программ по диагностике, лечению и профилактике ВИЧ/СПИДа;

в международной практике право больных ВИЧ-инфекцией на лечение рассматривается как неотъемлемое право человека;

Тем не менее, оценка позитивных сдвигов в противодействии ВИЧ/СПИДУ принимается экспертами с большой долей осторожности и предостережениями. ЮНЭЙДС *предупреждает* о том, что:

- выделяемые глобальные средства на борьбу со СПИДОМ составляют меньше половины тех средств, которые понадобятся развивающимся странам к 2005 г.;
- расширение лечебных программ без обеспечения приверженности лечению нередко сопровождается формированием устойчивых к лекарствам штаммов вируса;
- заметные успехи в лечении ВИЧ-инфекции в странах с высоким уровнем доходов отодвинули на второй план вопросы профилактики, в результате чего снова начался рост числа случаев передачи ВИЧ.

В целом экспертное сообщество вынуждено признать, что для финансирования мероприятий по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД, адекватного исходящей от нее угрозе, требуются чрезвычайные шаги, которые не по силам реализовать только за счет обычных национальных и международных бюджетов.

В качестве такой исключительной, чрезвычайной меры ВОЗ и ЮНЭЙДС выступили с глобальной инициативой по обеспечению к концу 2005 г. антиретровирусной терапией 3 миллионов человек с ВИЧ/СПИДОМ в развивающихся (бедных) странах (Инициатива "3 к 5"). Ее главными принципами объявлены безотлагательность, равенство, бесперебойность действия. Конечная цель - всеобщий доступ к ВААРТ для всех, кто в ней будет нуждаться.

В международной системе противодействия ВИЧ/СПИДУ национальным государствам отводится одно из главнейших мест, так как на их территориях при содействии международного сообщества возможна организация и проведение соответствующих мероприятий. Для обеспечения эффективного противодействия эпидемии на уровне национального государства считается важным, чтобы:

- государство и его руководство заняло лидирующие позиции и стало главным участником в мероприятиях по противодействию ВИЧ/СПИДУ;
- были мобилизованы ресурсы, обеспечены многосекторальное планирование и координация работы;

- проводился тщательный мониторинг и оценка мероприятий по противодействию;
- в борьбу с распространением ВИЧ/СПИДа были широко вовлечены гражданское общество и деловые круги.

В качестве глобальной и одновременно национальной задач на первый план выдвигается задача - достичь опережающего темпа мероприятий по противодействию эпидемии по сравнению с темпами ее распространения.

¹ В данном разделе в качестве основных источников использованы: Доклад о глобальной эпидемии СПИДа 2004 г. Исполнительное резюме. - ЮНЭЙДС, 2004; Обеспечить лечение 3 миллионам человек к 2005 г.: Добиться результатов. Стратегия ВОЗ. ВОЗ, 2003.

2

ДИНАМИКА И ТЕНДЕНЦИИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ/СПИДА В РОССИИ

По данным Федерального центра Госсанэпиднадзора Минздрава РФ, общее число официально зарегистрированных ВИЧ-инфицированных людей в России по состоянию на 31 декабря 2003 г. составило 223 316 человек (по данным Российского научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом – 269 500 человек). Динамика показателя **общего числа ВИЧ-инфицированных**, начиная с середины 1996 г. до декабря 2003 г. представлена на диаграмме 1.

Динамика изменения общего числа ВИЧ-инфицированных давно является предметом мониторингового наблюдения со стороны российских специалистов. Она позволяет фиксировать достаточно важные процессы, связанные с ходом распространения ВИЧ-инфекции. Так, хронологически выстроенные динамические ряды данного показателя обнаружили, например, что процесс, в результате которого распространение ВИЧ/СПИДа приобрело угрожающий характер, начинается с 1999 г.; что численность выявленных только в течение 1999–2001 гг. ВИЧ-инфицированных составила на конец 2001 г. абсолютное итоговое большинство за весь предшествующий период статистического наблюдения. Существенные изменения в динамике роста численности ВИЧ-инфицированных продемонстрировали и данные 2000–2001 гг. Они свидетельствуют о том, что именно на этот период приходится начало некоторого замедления темпа роста абсолютного числа ВИЧ-инфицированных в РФ. А статистические показатели, относящиеся к 2002–2003 гг., подтвердили продолжение этого процесса уже как некоторой тенденции (диаграмма 2).

Диаграммы 1 и 2 наглядно демонстрируют, что именно **на рубеже 2000/2001 гг. произошло замедление темпа роста абсолютного числа ВИЧ-инфицированных в РФ**. Расчеты также

показывают, что если в 1999/2000 гг. прирост составил 191%, то в 2000/01 гг. он уже сократился до 98%, в 2001/02 гг. составил 28%, а в 2002/03 гг. – лишь 18% (диаграмма 3).

Эти сведения дают некоторые основания говорить о том, что пессимистические ожидания неконтролируемого, "лавинообразного" развития ВИЧ/СПИД-эпидемии, к счастью, на данный момент не оправдались. Реальное число зарегистрированных ВИЧ-инфицированных на начало 2004 г. оказалось, по крайней мере, в три раза меньше показателя, исчисленного на основе экстраполяции значений динамики, имевшей место в течение 2001 – середины 2002 гг.¹

Некоторые специалисты полагают, что зафиксированное снижение могло быть обусловлено тем, что в 2003 г. россияне обследовано на 10,5% меньше, чем в предыдущем, 2002 г. Самое значительное снижение численности обследованных по сравнению с предыдущими годами имело место в группах высокого риска (потребителей наркотиков, мужчин гомосексуалистов, заключенных, секс-бизнес и других). Указывается также и на наличие некоторых других факторов, способных исказить реальную статистику в сторону ее уменьшения.² Правда, есть и иное мнение, согласно которому в ряде регионов количество обследованных на ВИЧ-инфекцию даже увеличилось. Например, в Москве в 2003 году число обследованных увеличилось с 2 033 тыс. человек до 2 145 тысяч.

Вместе с тем, даже при очень осторожной интерпретации полученных статистических данных, факт снижения скорости распространения ВИЧ в России считается специалистами признанным. Дискуссионной остается другая характеристика этой тенденции – реальная величина ее скорости.

Признавая сложность и неоднозначность проблемы измерения и статистической интерпретации масштабов ВИЧ-инфицирования населения, следует отметить и другое. Гипотетические оценочные показатели неясны, аморфны и неопределенны. В сложившейся информационной ситуации предпочтительнее пользоваться сведениями

¹ Социально-экономические последствия распространения ВИЧ-инфекции в России / Информационно-аналитический материал. М.: Правительство Москвы, Комитет здравоохранения Москвы, Московский городской центр профилактики и борьбы со СПИДом, Российский институт стратегических исследований, Московский государственный медико-стоматологический университет, 2002. С. 11.

² ВИЧ-инфекция / Информационный бюллетень № 26. – М.: Министерство здравоохранения РФ, Центральный НИИ эпидемиологии, Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. 2004. С. 30.

**Общее число ВИЧ-инфицированных в РФ, тыс.чел.
(июнь 1996 - декабрь 2003)**

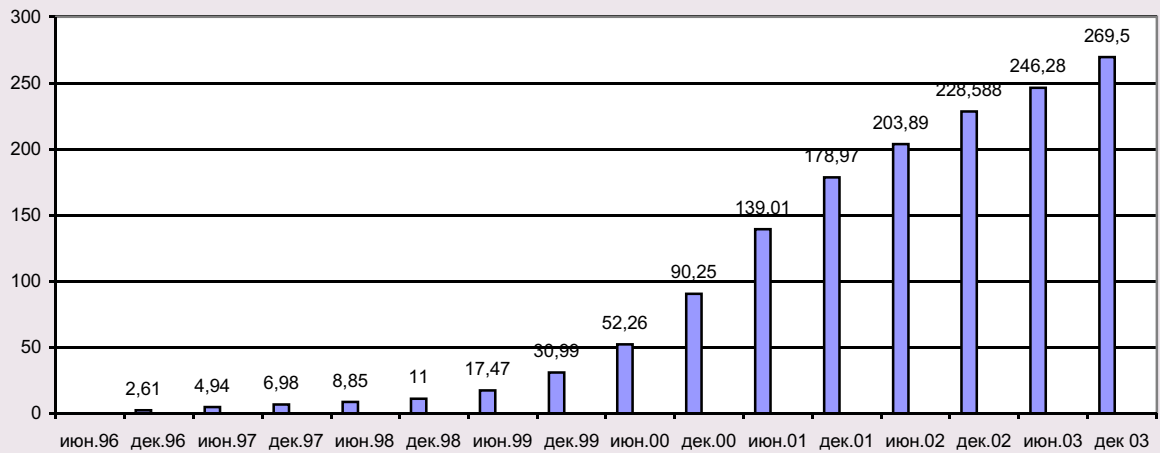


Диаграмма 1

**Общее число ВИЧ-инфицированных в РФ, тыс.чел.
(помесячные данные, окт. 2002 - фев. 2004)**

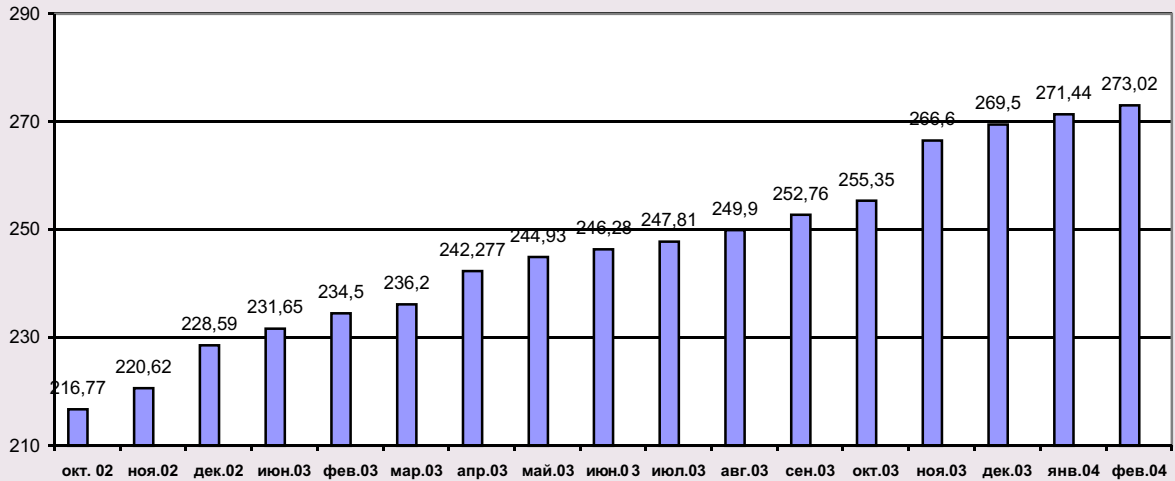


Диаграмма 2

Темпы прироста общего числа ВИЧ-инфицированных в РФ, %

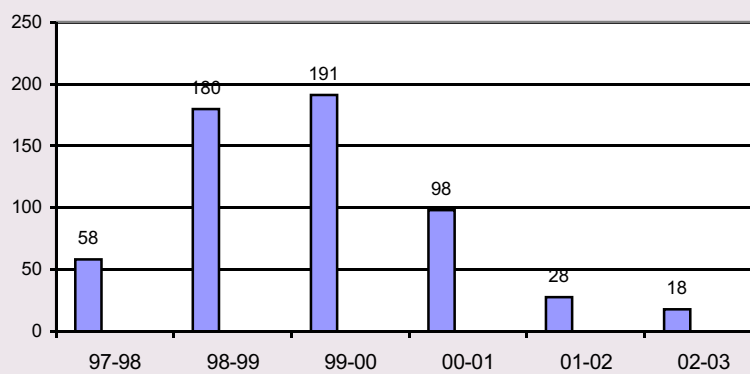


Диаграмма 3

официальной статистики, которая, по крайней мере, оперирует ясными числовыми показателями, а также базируется на действительно проведенных обследованиях.

И если оперировать сведениями, представленными официальной статистикой и допустить, что имеющая место динамика показателей сохранится в течение всего 2004 г. (т.е. и дальше будет происходить замедление скорости роста общего числа ВИЧ-инфицированных), то, в результате экстраполяции уже имеющихся значений, **ожидаемое значение прироста в 2004 г., составит 14%**. (по сравнению с 18 % в 2003 году). Правда, даже такой прогноз не должен вызывать излишнего оптимизма. Следует учитывать то обстоятельство, что прирост идет на базе уже весьма значительного абсолютного числа зараженных, и каждый новый процент составляет тысячи вновь ВИЧ-инфицированных.

Для получения прогноза на ближайшее время абсолютного числа зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в России можно использовать метод регрессии. С учетом произошедшего изменения характера динамики этого показателя (если ранее рост носил экспоненциальный характер, то теперь он стал более плавным), целесообразно применить модель линейной регрессии:

$$Y = \text{const} + \text{Beta} * t,$$

где const и beta являются оцениваемыми параметрами, а t обозначает временной интервал.

Проведенные расчеты на основе временного ряда из 17 точек (при ежемесячной оценке, начиная с октября 2002 г. вплоть до февраля 2004 г.), дали следующие результаты:

$$Y = 215,98 + 0,989 * t$$

а **прогнозное значение** показателя Y, т.е. абсолютного числа ВИЧ-инфицированных в РФ по состоянию **на декабрь 2004 г.**, составит, согласно расчетам, **307,129 тысяч человек.**

Динамика показателя Y с учетом его прогнозных значений представлена на диаграмме 4.

Отметим, что приведенный прогнозный расчет примерной численности ВИЧ-инфицированных на конец 2004 г. осуществлен на основе статистических данных, представленных Российским научно-методическим центром по профилактике и борьбе со СПИДом. Эти данные несколько отличаются в большую сторону от тех, которыми оперирует Федеральный центр Госсанэпиднадзора Минздрава РФ (диаграмма 5).

Если воспользоваться статистическими материалами Федерального центра Госсанэпиднадзора Минздрава РФ и предположить, что прирост числа ВИЧ-инфицированных не превысит показатели 2003 г. (32 тыс. человек), то прогноз абсолютной численности ВИЧ-инфицированных в РФ на декабрь 2004 г. составит **около 260 тыс. человек.**

Эпидемия ВИЧ/СПИДа в России, отвечая общемировым тенденциям, в тоже время имеет ряд особенностей.

Так, в России несколько по-иному выглядят, в частности, процессы "феминизации" и "омоложения" эпидемии. Например, в течение 2000 - 2003 гг. прирост доли ВИЧ-инфицированных женщин в целом по России составил только 3,7%, зато в крупных городах этот прирост достиг гораздо более существенных размеров, например в Москве в 2004 г. соотношение ВИЧ-инфицированных мужчин и женщин составило 14:10. В целом по России, гораздо более динамичным оказался другой показатель – установленный фактор риска заражения - гетеросексуальный путь. В 2001 г. этот показатель в целом по России составил 5,3%, в 2002 г. - 14,9%, а в 2003 г. - 20,3%.

Картина возрастной динамики ВИЧ-инфицирования также отнюдь не проста. Так, с одной стороны, с 2000 по 2002 гг. доля ВИЧ-инфицированных на момент выявления в молодежной возрастной группе от 15 до 29 лет в России, пусть и весьма незначительно (на 2,3%), но все-таки сократилась - с 84,1% до 81,8%. Доля ВИЧ-инфицированных детей в целом по России в возрасте от 0 до 15 лет незначительно возросла за этот же период с 1,3% до 2,5%. Исчисление темпов прироста общей численности ВИЧ-инфицированных в различных возрастных группах показало, что если в таких возрастных группах, как 15-19, 20-29, 30-39 лет наблюдается некоторое снижение темпов роста эпидемии, то в возрасте от 0 до 15 лет обнаруживается слабая динамика в сторону незначительного роста (диаграммы 6,7). Однако, в крупных урбанизированных средах и мегаполисах, например в Москве, этот процесс имеет несколько иное течение (см. соответствующий раздел).

В настоящий момент внутривенное употребление наркотиков остается в России главным фактором риска заражения у большинства ВИЧ-инфицированных лиц, хотя доля его постепенно снижается за счет увеличения гетеросексуального пути заражения (см. диаграмма 7). Однако, и в среде инъекционных наркоманов также наблюдается процесс замедления темпов распространения эпидемии.

**Прогноз числа ВИЧ-инфицированных в РФ, тыс.чел. до дек. 2004
(до фев. 2004 - фактич.данные)**

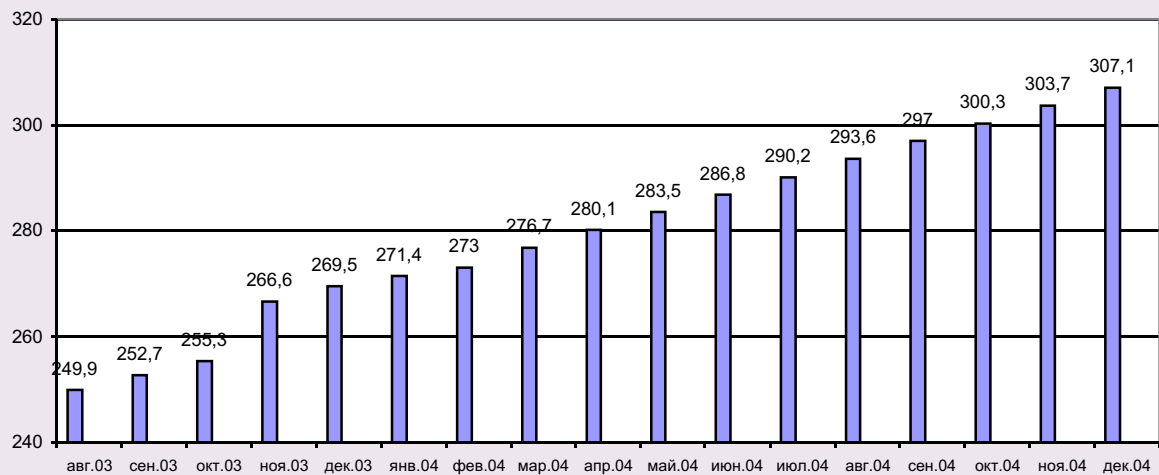


Диаграмма 4

Прирост числа ВИЧ-инфицированных в целом по РФ (тыс.чел.)

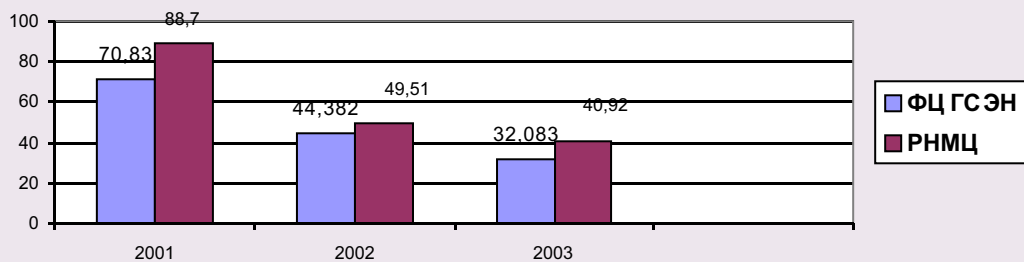


Диаграмма 5

Темп прироста числа ВИЧ-инфицированных в РФ по возрастным группам в 2000/01 (%)

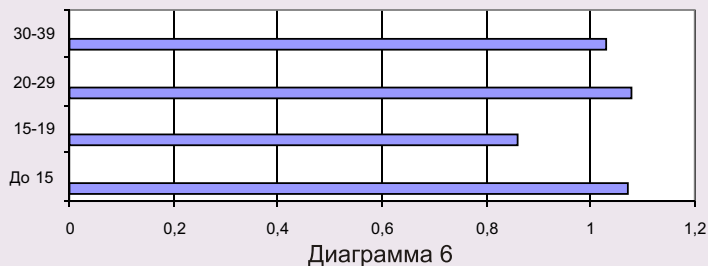


Диаграмма 6

Темп прироста числа ВИЧ-инфицированных в РФ по возрастным группам в 2001/02 (%)

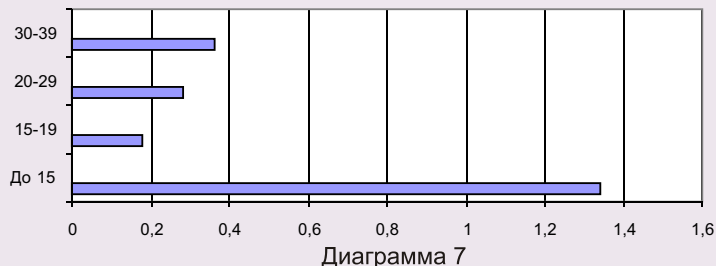
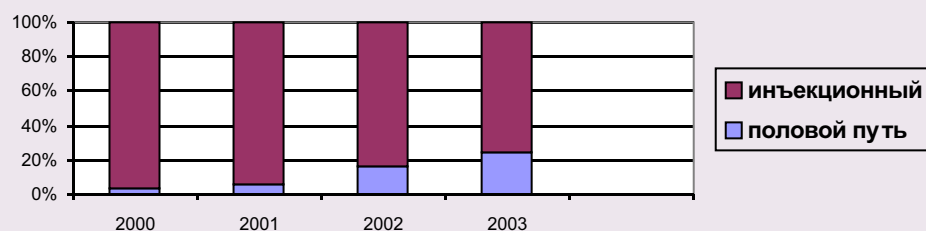


Диаграмма 7

Распределение ВИЧ-инфицированных в РФ по основным путям заражения (кумулятивные показатели в %)



Источник: Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом.

Диаграмма 8

Таким образом, необходимо констатировать следующее.

В России наблюдается процесс замедления темпов распространения ВИЧ/СПИД-эпидемии.

Несмотря на это замедление, эпидемия в России продолжает распространяться. Общее число ВИЧ-инфицированных граждан растет.

ВИЧ/СПИД по-прежнему остается преимущественно болезнью молодых, при этом нарастает тенденция «омоложения» ВИЧ/СПИДа.

ВИЧ/СПИД представляет собой все более возрастающую угрозу для женщин и детей.

Активизируется процесс передачи ВИЧ-инфекции гетеросексуальным путем.

Внутривенное употребление наркотиков по-прежнему является главным фактором заражения большинства ВИЧ-инфицированных.

3

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

3.1. Динамические тенденции развития эпидемии в регионах РФ

Региональная картина распространения ВИЧ-инфекции весьма неоднородна: наряду с регионами, отличающимися высокой степенью распространения ВИЧ-эпидемии, присутствуют субъекты Федерации, где уровень заражения носит все еще относительно низкий характер, а уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией в различных Федеральных округах страны может различаться почти в 9 раз (рис.1).

В целом, сравнение отдельных субъектов РФ по степени их поражения ВИЧ-инфекцией можно производить по следующим трем показателям:

- (1) **общее число зарегистрированных случаев заражения ВИЧ-инфекцией;**
- (2) **темп прироста этого числа;**
- (3) **уровень заболеваемости в расчете на 100 тыс. населения.**

Те регионы, которые отличаются самыми значительными показателями по двум или трем из этих показателей, заслуживают особого внимания как территории, наиболее вовлеченные в эпидемию.

К числу регионов, имеющих **высокое общее число зарегистрированных ВИЧ-инфицированных граждан** (свыше 1000 чел.), по состоянию на начало 2004 года относятся 35 субъектов федерации (табл.1).

Для сравнения - по состоянию на август 2001 г. регионов с такой характеристикой в России было только 29. Таким образом, еще 6 российских территорий за эти годы прошли порог в 1000 чел. общего числа ВИЧ-инфицированных жителей территории.

Рис. 1. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией в Федеральных округах России на 31.12.2003 г.

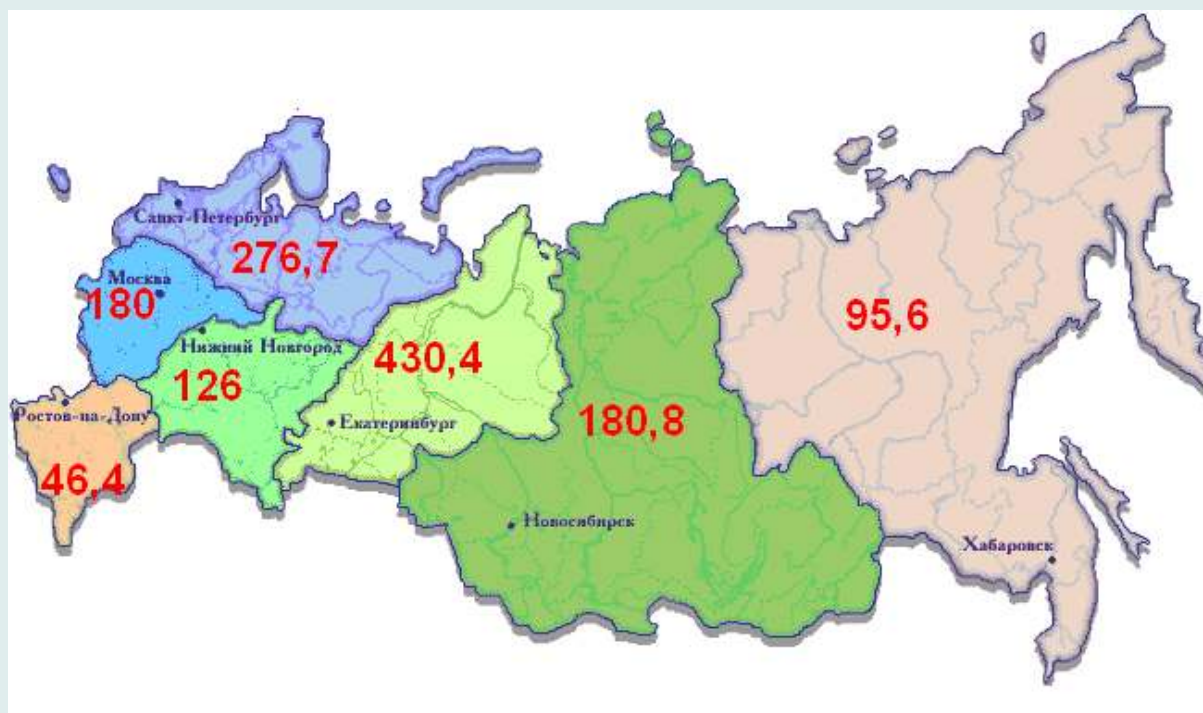


Таблица 1.
Регионы РФ с численностью зарегистрированных ВИЧ-инфицированных от 1000 и более человек

№№ в порядке убывания	Регион	Общая численность
1	Свердловская область	23270
2	Московская область	23100
3	Санкт-Петербург	22608
4	Самарская область	19981
5	Москва	18343
6	Иркутская область	16587
7	Челябинская область	12849
8	Оренбургская область	11746
9	Ханты-Мансийский АО	8114
10	Ленинградская область	6986
11	Тюменская область	6325
12	Кемеровская область	6027
13	Саратовская область	5848
14	Ульяновская область	5842
15	Татарстан	5777
16	Красноярский край	5328
17	Пермская область	5075
18	Приморский край	4872
19	Краснодарский край	4423
20	Калининградская область	4328
21	Тверская область	3973
22	Волгоградская область	3886
23	Башкирия	3815
24	Тульская область	3101
25	Алтайский край	3060
26	Ростовская область	2824
27	Нижегородская область	2823
28	Ивановская	2491
29	Удмуртия	2109
30	Бурятия	2007
31	Рязанская область	1580
32	Читинская область	1362
33	Курганская область	1345
34	Владимирская область	1284
35	Мурманская область	1253

Если же рассматривать **второй** из указанных показателей (количество новых случаев заражения), то "регионами-лидерами" в этом плане являются: Московская, Свердловская, Самарская, Ленинградская области и Башкирия.

Значения **третьего** показателя – зарегистрированное число случаев ВИЧ-инфицирования в расчете на 100 тыс. населения, а также ряд других данных (число больных СПИДом взрослых и детей, число умерших и др.) представлены в таблице 2.

Авторы информационно-аналитического материала "Социально-экономические последствия распространения ВИЧ-инфекции в России" (Сельцовский А.П., Ющук Н.Д., Поляков С.В. и соавторы) (М, 2002), анализируя эпидемиологическую ВИЧ/СПИД-ситуацию в России, выделили 5 иерархических уровней в зависимости от величины показателя заболеваемости:

- I. Регионы с низким уровнем инфицирования (менее 10 чел. на 100 тыс.).
- II. Регионы с относительно низким уровнем инфицирования (от 10 чел. до 50 чел. на 100 тыс.).
- III. Регионы со средним уровнем инфицирования (от 50 до 100 чел. на 100 тыс.).
- IV. Регионы с высоким уровнем инфицирования (от 100 до 150 чел. на 100 тыс.).
- V. Регионы с очень высоким уровнем инфицирования (от 150 и более чел. на 100 тыс.).

Сравнение распределения субъектов Федерации по соответствующим группам в зависимости от величины показателя заболеваемости на 100 тыс. населения по данным августа 2001 и февраля 2004 г. (табл.3).

Таблица 3
Сравнительное распределение субъектов РФ по уровню заболеваемости ВИЧ/СПИДом (по данным 2001 и 2004 гг.)

Уровень заболеваемости (количество ВИЧ-инфицированных на 100 000 чел.)	Количество регионов (субъектов Федерации)	
	2001	2004
I (до 10 чел.)	25	8
II (10-50 чел.)	29	32
III (50-100 чел.)	14	15
IV (100 - 150 чел.)	6	9
V (более 150 чел.)	12	24

Таблица 2

Число ВИЧ-инфицированных в России (региональный разрез) по состоянию на 29 февраля 2004г.

Наименование территории	Ранг	Число ВИЧ-инфицированных					Из них больны СПИДом				Показатель на 100 тыс. населения
		Всего	Детей	*	Из них умерло		Всего	Детей	Из них умерло		
					Всего	Детей			Всего	Детей	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
V. Регионы с очень высоким уровнем инфицирования (показатель заболеваемости от 150 и более чел. на 100 тыс. населения) - 24 субъекта											
Иркутская область	1	16587	1138	897	84	2	4	0	4	0	678,04
Самарская область	2	19981	853	787	87	11	15	0	10	0	616,73
Ханты-Мансийский АО	3	8114	39	18	328	1	6	0	6	0	566,18
Оренбургская область	4	11782	40	352	6	0	0	0	0	0	539,24
Свердловская область	5	23270	1349	1251	591	21	26	2	25	2	539,24
Санкт-Петербург	6	22608	614	543	191	2	18	2	10	0	484,17
Тюменская область	7	6325	62	41	222	4	7	0	7	0	477,28
Калининградская область	8	4382	253	246	59	3	17	1	13	0	458,75
Ульяновская область	9	5842	300	289	201	10	6	0	4	0	422,62
Ленинградская область	10	6986	125	95	9	0	1	0	1	0	418,04
Челябинская область	11	12849	498	463	41	1	4	0	2	0	356,31
Московская область	12	23100	947	793	52	2	36	1	20	0	348,57
Тверская область	13	3973	39	30	4	0	3	0	3	0	269,79
Приморский край	14	4872	167	158	23	2	3	0	2	0	235,56
Саратовская область	15	5848	22	11	13	0	1	0	1	0	219,08
Ивановская область	16	2491	99	52	4	2	2	0	1	0	216,81
Кемеровская область	17	6027	70	39	118	1	11	0	11	0	207,81
Бурятия	18	2007	96	86	130	6	8	1	8	1	204,58
Пермская область	19	5075	21	9	3	0	2	0	2	0	188,76
Тульская область	20	3101	123	112	150	2	37	1	21	0	185,05
Красноярский край	21	5328	300	280	71	6	1	0	1	0	183,17
Москва	22	18343	158	110	217	0	190	0	108	0	177,09
Ямало-ненецкий АО	23	881	9	7	35	0	3	0	3	0	173,63
Татарстан	24	5777	58	41	68	2	3	1	3	1	152,83
IV. Регионы с высоким уровнем инфицирования (показатель заболеваемости от 100 до 150 чел. на 100 тыс. населения) - 9 субъектов											
Волгоградская область	25	3886	67	6	107	30	60	37	40	23	143,79
Мурманская область	26	1253	6	4	37	0	27	0	12	0	140,26
Удмуртия	27	2109	91	80	16	0	4	0	4	0	134,28
Курганская область	28	1345	69	67	9	2	0	0	0	0	131,87

Рязанская область	29	1345	62	62	96	0	12	0	12	0	128,66
Читинская область	30	1326	43	38	4	0	1	0	1	0	125,64
Алтайский край	31	3060	38	30	100	0	7	0	7	0	117,36
Таймырский АО	32	43	2	2	1	0	0	0	0	0	108,04
Усть-Ордынский АО	33	141	4	4	1	0	0	0	0	0	104,21
III. Регионы с о средним уро внем инфици рования (показа тель заболеваемости от 50 до 100 чел. на 100 тыс. населения) - 15 субъектов											
Костромская область	34	696	21	17	28	1	2	0	2	0	94,37
Башкирия	35	3815	148	144	165	9	8	1	7	1	92,98
Ингушетия	36	435	7	7	15	0	1	0	1	0	92,77
Краснодарский край	37	4423	222	188	10	1	6	1	5	1	86,31
Владимирская область	38	1284	43	40	2	0	3	0	2	0	84,20
Калужская область	39	835	44	42	46	0	4	0	4	0	80,21
Нижегородская область	40	2823	90	80	89	3	13	0	13	0	80,10
Новгородская область	41	556	18	17	3	0	0	0	0	0	80,03
Орловская область	42	672	28	27	43	0	9	0	9	0	78,08
Томская область	43	717	27	27	36	0	5	0	4	0	68,54
Ростовская область	44	2824	253	136	145	48	152	65	127	43	64,08
Ярославская область	45	769	16	12	28	2	6	0	6	0	56,22
Марий Эл	46	386	25	24	10	0	4	0	4	0	52,6
Вологодская область	47	648	11	6	12	0	2	0	2	0	51,02
Калмыкия	48	147	77	4	64	43	97	60	56	37	50,27
II. Регионы с относительно низким уровнем инфицирования (показатель заболеваемости от 10 до 50 чел. на 100 тыс. населения) - 32 субъекта											
Пензенская область	49	721	8	6	39	0	6	0	6	0	49,60
Брянская область	50	675	21	21	12	0	4	0	4	0	48,95
Коми	51	491	11	8	17	1	3	0	3	0	48,18
Хабаровский край	52	671	24	21	5	9	2	0	1	0	46,74
Северная Осетия	53	323	9	9	13	0	3	0	3	0	45,49
Якутия-Саха	54	364	3	2	10	0	3	0	3	0	38,39
Мордовия	55	320	1	0	6	0	1	0	1	0	36,00
Чувашия	56	449	5	3	30	0	5	0	4	0	34,17
Смоленская область	57	356	12	9	23	1	7	1	6	1	33,88
Чечня	58	366	12	7	6	3	4	4	3	3	33,26
Карелия	59	210	1	1	0	0	0	0	0	0	29,30
Тамбовская область	60	331	6	6	12	0	3	0	2	0	28,08
Адыгея	61	116	5	4	0	0	0	0	0	0	25,95
Псковская область	62	195	0	0	10	0	2	0	1	0	25,62
Новосибирская область	63	658	1	1	1	0	0	0	0	0	21,34

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Магаданская область	64	39	1	1	1	0	0	0	0	0	21,34
Белгородская область	65	280	19	17	30	0	8	0	8	0	18,51
Хакасия	66	97	0	0	2	0	0	0	0	0	17,76
Кабардин о-Балкария	67	156	0	0	9	0	0	4	0	4	17,32
Алтай	68	35	0	0	1	0	0	0	0	0	17,24
Эвенкийский АО	69	3	0	0	0	0	0	0	0	0	16,94
Астраханская область	70	166	8	5	16	1	8	1	6	1	16,48
Сахалинская область	71	83	1	1	1	0	0	0	0	0	15,18
Камчатская область	72	49	0	0	0	0	1	0	0	0	14,67
Курская область	73	179	5	5	2	0	1	0	1	0	14,48
Дагестан	74	339	8	1	31	4	14	4	14	4	13,11
Омская область	75	259	2	2	1	0	0	0	0	0	12,45
Корякский АО	76	3	1	0	1	1	1	1	1	1	12,00
Амурская область	77	106	2	2	1	0	1	0	1	0	11,74
Воронежская область	78	277	18	18	14	0	10	0	10	0	11,64
Ставропольский край	79	317	24	8	34	7	17	9	14	6	11,60
Кировская область	80	161	6	5	9	1	3	0	3	0	10,70
I. Регионы с низким уровнем инфицирования (показатель заболеваемости менее 10 чел. на 100 тыс. населения) - 8 субъектов											
Коми-Пермяцкий АО	81	13	0	0	0	0	0	0	0	0	9,56
Архангельская область	82	123	4	3	8	0	3	0	3	0	9,50
Еврейская АО	83	18	0	0	0	0	1	0	0	0	9,42
Чукотский АО	84	5	0	0	0	0	0	0	0	0	9,32
Карачаево-Черкессия	85	33	3	1	3	1	2	1	2	1	7,50
Липецкая область	86	88	2	2	7	0	0	2	0	2	7,25
Агинский-Бурятский АО	87	5	1	1	0	0	0	0	0	0	6,92
Тува	88	15	1	0	1	0	1	0	1	0	4,90
Без определенного места жительства		2615	16	5	35	0	3	0	0	0	
Всего зарегистрировано:		273025	9399	7951	4177	237	952	194	693	126	

* - число детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей.

Источник: Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом.

Данные, приведенные в таблице 3, свидетельствуют о наличии весьма тревожной и неблагоприятной тенденции. Она означает, что период экстенсивного распространения ВИЧ-эпидемии в России уже закончился, и страна вступила в активную фазу интенсификации эпидемии. На карте России практически не найти территории (за исключением безлюдных районов), где бы отсутствовали носители ВИЧ-инфекции. В свою очередь идет процесс все большего "насыщения" регионов ВИЧ/СПИД-инфицированными. Так, из данных табл.3 видно, что по прошествии 2,5 лет произошло двукратное увеличение количества регионов с самым высоким уровнем показателя инфицированности и более чем в 3 раза уменьшилось число с низким уровнем инфицирования.

На протяжении последних 2,5 лет заметно расширился состав регионов-"лидеров", имеющих наиболее высокие показатели заболеваемости ВИЧ на 100 тыс. населения. Изменились и некоторые динамические характеристик ВИЧ-ситуации в регионах. Так, анализ данных о ранговой динамике субъектов Федерации по показателю ВИЧ-инфицированных на 100 тыс. населения (табл.4) свидетельствует о том, общая тенденция замедления темпов распространения ВИЧ характерна отнюдь не для всех регионов.

Свидетельством того является факт, что наряду со «старыми» регионами, имеющими высокие показатели заболеваемости (Иркутская, Самарская, Оренбургская, Свердловская обл., Ханты-Мансийский АО и др.), появились «новые лидеры» негативных тенденций. Среди них обращают на себя внимание Тюменская, Ивановская, Пермская обл., а также Татарстан. Так, Тюменская обл. по ранговому показателю ВИЧ-инфицированных на 100 тыс. населения переместилась за 2001-2004 гг. на 9 пунктов вперед, Ивановская обл. - на 6, а Татарстан и Пермская обл. – на 4 пункта вперед.

Таблица 4
Ранговая динамика субъектов РФ по уровню заболеваемости ВИЧ в 2001 и 2004 гг.
(показатель на 100 тыс. населения)

Регион	Ранг по показателю ВИЧ-инфицированных на 100 тыс. населения (по мере убывания)		Изменение ранга
	2001	2004	
Иркутская обл.	1	1	0
Самарская обл.	4	2	+2
Ханты-Мансийский АО	2	3	-1
Оренбургская обл.	5	4	+1
Свердловская обл.	8	5	+3
Санкт-Петербург	9	6	+3
Тюменская обл.	16	7	+9
Калининградская обл.	3	8	-5
Ульяновская обл.	6	9	-3
Ленинградская обл.	13	10	+3
Челябинская обл.	12	11	+1
Московская обл.	7	12	-5
Тверская обл.	10	13	-3
Приморский край	17	14	+3
Саратовская обл.	14	15	-1
Ивановская обл.	22	16	+6
Кемеровская обл.	18	17	+1
Бурятия	15	18	-3
Пермская обл.	23	19	+4
Тульская обл.	19	20	-1
Красноярский край	24	21	+3
Москва	11	22	-11
Ямало-Ненецкий АО	20	23	-3
Татарстан	28	24	+4

Таким образом, очевидно, что замедление динамики распространения эпидемии характерно далеко не для всех субъектов Федерации. Напротив, в некоторых наблюдается ускорение этих темпов (табл. 5). Например, самые высокие показатели негативной динамики (ВИЧ-инфицированных на 100 тыс. нас.) с 2001 по 2004 гг. продемонстрировали:

Тюменская обл.- коэффициент роста 3,12;
 Ленинградская обл. – 2,20; Татарстан – 1,88;
 Санкт-Петербург – 1,86.

Таблица 5
Динамика изменения показателя уровня заболеваемости ВИЧ в субъектах РФ в 2001 и 2004 гг.

Регион	Численность ВИЧ-инфицированных на 100 тыс. населения		Изменение соотношения	Темпы роста показателя
	2001	2004		
Иркутская обл.	370,20	678,04	1: 1,83	0,83
Самарская обл.	337,78	616,73	1: 1,83	0,83
Ханты-Мансийский АО	366,57	566,18	1: 1,54	0,54
Оренбургская обл.	298,83	539,29	1: 1,80	0,80
Свердловская обл.	221,28	539,24	1: 2,44	1,44
Санкт-Петербург	169,25	484,17	1: 2,86	1,86
Тюменская обл.	115,84	477,28	1: 4,12	3,12
Калининградская обл.	362,98	458,75	1: 1,26	0,26
Ульяновская обл.	241,61	422,62	1: 1,75	0,75
Ленинградская обл.	130,61	418,04	1: 3,2	2,20
Челябинская обл.	154,35	356,31	1: 2,30	1,30
Московская обл.	236,26	348,57	1: 1,48	0,48
Тверская обл.	157,48	269,79	1: 1,71	0,71
Приморский край	109,22	235,56	1: 2,16	1,16
Саратовская обл.	129,72	219,08	1: 1,69	0,69
Ивановская обл.	83,81	216,86	1: 2,59	1,59
Кемеровская обл.	101,37	207,81	1: 2,05	1,05
Бурятия	119,56	204,58	1: 1,71	0,71
Пермская обл.	81,85	188,76	1: 2,31	1,31
Тульская обл.	90,30	185,05	1: 2,05	1,05
Красноярский край	76,73	183,17	1: 2,39	1,39
Москва	154,84	177,09	1: 1,14	0,14
Ямало-Ненецкий АО	89,96	173,63	1: 1,93	0,93
Татарстан	57,05	152,83	1: 2,88	1,88

Для того чтобы выяснить реальную картину динамических тенденций в региональном разрезе, нами предприняты следующие построения и расчеты. В среднем столбце таблицы 6

размещены регионы с высоким уровнем инфицирования (от 150 чел. на 100 тыс.) в порядке убывания этого показателя. В первом столбце выстроен ряд регионов в порядке убывания коэффициента темпов роста показателя ВИЧ-инфицированных на 100 тыс. во временном интервале 2001–2004 гг. (по данным табл.5). В третьем столбце регионы ранжированы по убывающей в соответствии с динамикой изменения рангового места по показателю ВИЧ-инфицированных на 100 тыс. также в интервале с 2001 по 2004 гг. Таким образом, средний столбец отражает некую константу, зафиксированную на середину 2004 г., а первый и второй столбцы показывают скорость динамических тенденций, характерных для каждого из представленных субъектов.

Перемещение региона в первом и третьем столбцах относительно его места в центральном столбце показывает, до известной степени, как количественные характеристики динамических тенденций по шкале высокая – средняя – низкая скорость, так и их качественные характеристики по шкале негативные – стагнационные – позитивные процессы. Графически это отражается с помощью расположения регионов в различных группах (I, II, III, IV) и направления стрелок. Стрелка, направленная вниз, означает наличие позитивной тенденции, стрелка, направленная вверх, отражает проявление негативной тенденции.

Такой способ классификации данных позволяет более детализировано, а в ряде случаев и даже совсем иначе, взглянуть на проявление общероссийских тенденций в их региональном срезе и предложить иную классификацию регионов в зависимости от качественно-количественных характеристик динамических процессов.

Так, есть основания разделить регионы, имеющие наиболее высокие показатели ВИЧ-инфицированных на 100 тыс., на следующие динамические группы:

1 группа – сверхвысокие темпы прироста (сверхвысокая негативная динамика).

2 группа – высокие темпы прироста (высокая негативная динамика).

3 группа - замедление или приостановка темпов прироста (стагнирующая динамическая тенденция).

4 группа - снижение темпов прироста (позитивная динамическая тенденция).

Такой подход несколько изменяет уже сформировавшиеся представления о типологической принадлежности тех или иных регионов. Так, например, в 1 группу, отличающуюся самыми высокими показателями негативной динамики, вошли: Татарстан; Ивановская обл.; Красноярский край. В противоположной, характеризующейся позитивными тенденциями, в качестве лидеров вошли Москва, Московская и Калининградская обл. Регионы, которые теперь уже традиционно считаются территориями, наиболее пораженными ВИЧ, «ведут» себя по-разному. Часть из них демонстрирует заметную тенденцию к замедлению негативных тенденций (Ханты-Мансийский АО, Иркутская, Самарская, Оренбургская обл.). Другие находятся в стадии негативной стагнации (Свердловская, Челябинская обл., Санкт-Петербург). Третьи, скорее, находятся в транзите между стагнацией и усилением негативной динамики (Ленинградская обл.).

Таблица 6.
Динамические тенденции изменения показателя заболеваемости на 100 тыс. населения в субъектах РФ в 2002 – 2004 гг.

Место региона по темпам роста показателя ВИЧ-инфицированных на 100 тыс. (2002-2004)	Ранг региона по показателю ВИЧ-инфицированных на 100 тыс. (2004)	Динамика изменения ранга региона (2002-2004)
I. Сверхвысокие темпы прироста негативных тенденций		
Тюменская обл.	Иркутская обл.	Тюменская обл.
Ленинградская обл.	Самарская обл.	Ивановская обл.
Татарстан	Ханты-Мансийский АО	Пермская обл.
Санкт-Петербург	Оренбургская обл.	Татарстан
Ивановская обл.	Свердловская обл.	Самарская обл.
Свердловская обл.	Санкт-Петербург	Свердловская обл.
II. Высокие темпы прироста негативных тенденций		
Красноярский край	Тюменская обл.	Санкт-Петербург
Пермская обл.	Калининградская обл.	Ленинградская обл.
Челябинская обл.	Ульяновская обл.	Приморский край
Приморский край	Ленинградская обл.	Красноярский край
Кемеровская обл.	Челябинская обл.	Иркутская обл.
Тульская обл.	Московская обл.	Оренбургская обл.
III. Средние темпы прироста негативных тенденций		
Ямало-Ненецкий АО	Тверская обл.	Челябинская обл.
Иркутская обл.	Приморский край	Кемеровская обл.
Самарская обл.	Саратовская обл.	Тульская обл.
Оренбургская обл.	Ивановская обл.	Саратовская обл.
Ульяновская обл.	Кемеровская обл.	Ханты-Мансийский АО
Тверская обл.	Бурятия	Ямало-Ненецкий АО
IV. Низкие темпы прироста негативных тенденций		
Бурятия	Пермская обл.	Бурятия
Саратовская обл.	Тульская обл.	Тверская обл.
Ханты-Мансийский АО	Красноярский край	Ульяновская обл.
Московская обл.	Москва	Московская обл.
Калининградская обл.	Ямало-Ненецкий АО	Калининградская обл.
Москва	Татарстан	Москва

3.2. Особенности развития ВИЧ/СПИД-ситуации в Москве

В этом контексте более детализированное рассмотрение эпидемиологического процесса в Москве представляется концептуально важным и прогностически продуктивным. Не нуждается в обосновании утверждение о том, что Москва по сравнению с другими регионами, обладает целым набором особенностей, которые накладывают свой отпечаток на любые процессы, в том числе и в распространении ВИЧ-инфекции. В числе особенностей, которые, на наш взгляд, оказывают влияние на ход эпидемии ВИЧ/СПИДа в столице, следует упомянуть такие.

Негативные факторы:

а) сложная миграционная ситуация, наличие значительного по численности «иногороднего» компонента, состоящего из разнородных в социальном, национальном, имущественном отношении компонентов;

б) социальная контрастность населения Москвы, наличие значительных групп бедных и беднейших слоев населения, а также люмпенизированных элементов, включая лиц без определенного места жительства;

в) множественность стратегий социального поведения в условиях столичного мегаполиса, наличие значительного числа групп девиантного поведения и групп риска;

г) ослабление системы социального контроля со стороны общества за лицами с отклоняющимся поведением.

Позитивные факторы:

а) концентрация в столице финансовых, интеллектуальных и иных ресурсов;

б) наличие эффективной системы городского эпидемиологического надзора;

в) наличие доступной системы амбулаторной и стационарной медицинской помощи всем категориям больных ВИЧ-инфекцией;

г) доступность медицинской помощи, в частности, лабораторного обследования на наличие ВИЧ-инфекции для всех лиц, находящихся на территории города;

д) развитая система информирования населения по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции;

е) осуществление межведомственной городской программы «АнтиВИЧ/СПИД» в качестве основы региональной политики Правительства Москвы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД.

Современная ситуация с распространением ВИЧ-инфекции складывается следующим образом.

Статическая ситуация (2004 г.)

1. Общее число ВИЧ-инфицированных по состоянию на 1 октября 2004 г. составило 27128 чел. Из них 76 % составили жители города; 9,2% - жители Московской области; 4,7% приходится на жителей других регионов РФ; 3,6% от общего числа ВИЧ-инфицированных – иностранные граждане и 4,4% - лица без определенного места жительства. По показателю заболеваемости на начало 2004 г. Москва занимала 22 ранговое место в сводном перечне субъектов РФ.
2. Распределение ВИЧ-инфицированных по возрастным группам представлено на диаграмме 9. Две трети инфицированных составляют лица в возрасте 20-29 лет. Вторая по численности возрастная группа (21,1%) включает 30-39-летних.
3. В августе 2004 г. ВИЧ-инфицированные мужчины составили 59,7% , женщины – 40,3%. В возрастных категориях от 20 до 40 лет эти пропорции в целом сохраняются (диагр.10). В свою очередь в ювенальных группах (14 - 18 лет) доля женщин превышает долю мужчин на 5%.
4. Распределение ВИЧ-инфицированных жителей Москвы по основным путям заражения показывает, что в 2004 г. причиной заражения стали: 46,5% - инъекционное потребление наркотиков; 44,5% - гетеросексуальный половой путь и 6,9% - гомосексуальный. Как видно, в Москве доля полового пути существенно превышает общероссийские показатели соотношения основных путей заражения.

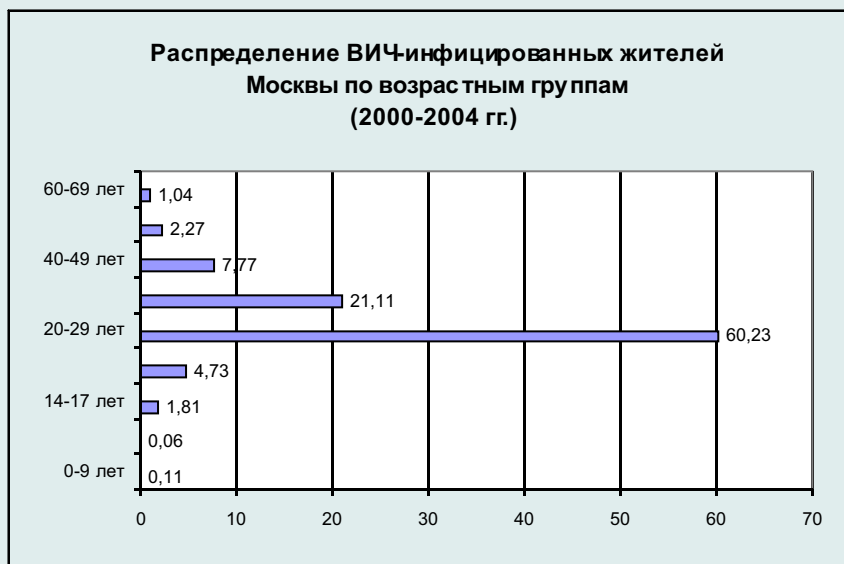


Диаграмма 9

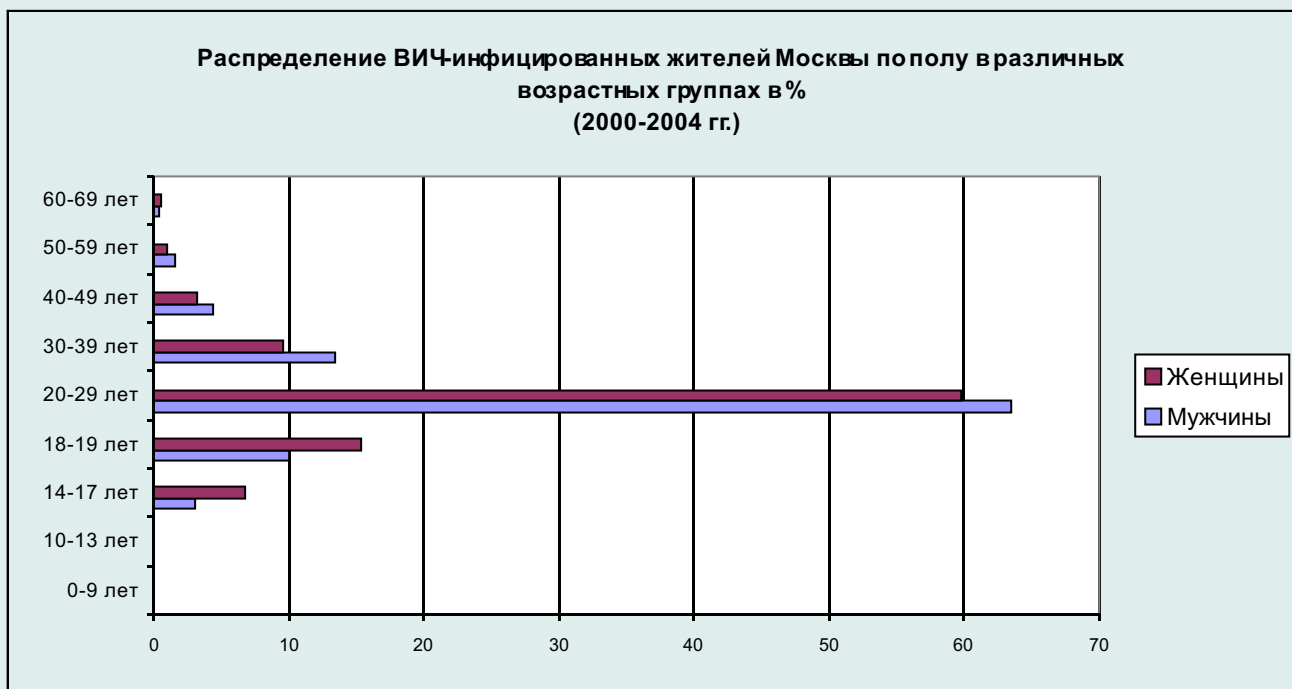


Диаграмма 10

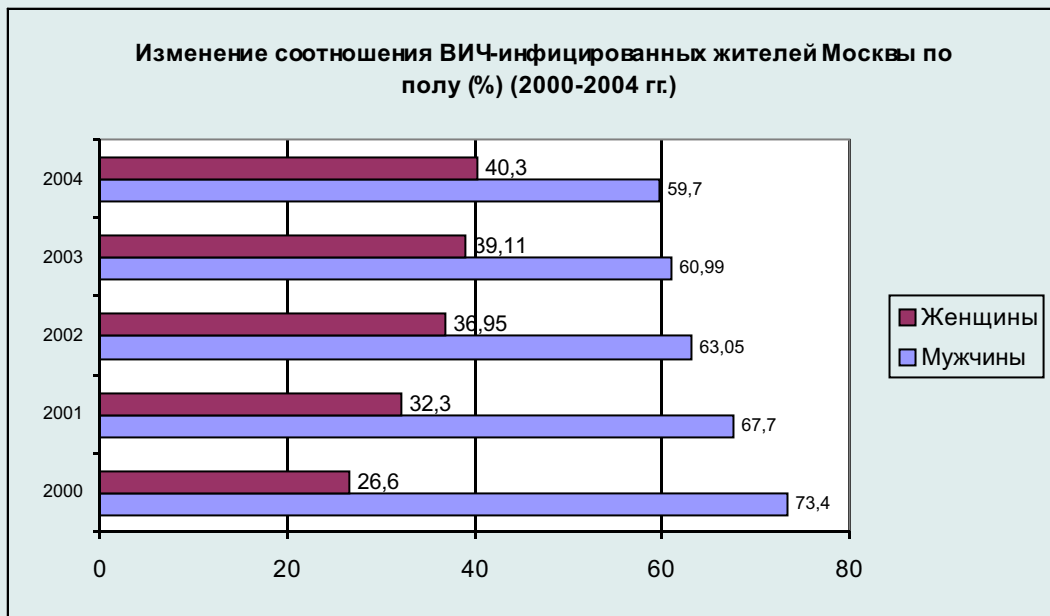


Диаграмма 11



Диаграмма 12

Динамическая ситуация

Динамические тенденции течения ВИЧ/СПИД-эпидемии в столице имеют следующие показатели.

1. По показателю заболеваемости Москва переместилась с 11-ой (по состоянию на 27 августа 2001г.) на 22-ю позицию (по данным 1 января 2004 г.). Напомним, что абсолютная численность ВИЧ-инфицированных в Москве с августа 2001 г. по октябрь 2004 г. выросла на 7629 человек. Коэффициент прироста показателя ВИЧ-инфицированных на 100 тыс. составил в 2004 г. 0,14.
2. Возрастной состав ВИЧ-инфицированных несколько изменился. В целом остается справедливым вывод о том, что ВИЧ – это болезнь молодых. Тем не менее, динамика возрастного показателя за 2001 - 2004 гг. указывает на незначительное «постарение» ВИЧ/СПИДа (табл.8)
3. Динамика изменения соотношения полового состава ВИЧ-инфицированных также свидетельствует о формировании устойчивой тенденции роста доли зараженных женщин (диагр.11). Как показывает диаграмма, доля ВИЧ-инфицированных женщин в Москве заметно выше, чем по России в целом и приближается к мировым показателям.
4. Еще одной важной динамической характеристикой, отличающей Москву от ряда других регионов, является изменение доли ВИЧ-инфицированных жителей по основным путям заражения. В целом тенденция роста роли полового пути заражения характерна для России. Однако в Москве эта тенденция проявила себя более отчетливо: в 2004 г. по сравнению с 2001 г. доля ВИЧ-инфицированных половым путем выросла с 16,8% до 51,4% (диагр.12).

Но здесь следует заметить, что лидерование полового пути передачи ВИЧ в Москве обеспечивается не столько увеличением числа жителей, заразившихся половым путем, сколько резким сокращением числа лиц, заразившихся при употреблении внутривенных наркотиков. Заявления отдельных специалистов, что такая картина обусловлена не истинным сокращением числа ВИЧ-инфицированных наркоманов, а просто сокращением их выявляемости, не подтверждается объективными данными, исходя из которых показатель снижения числа вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди наркоманов (в 7 раз) коррелирует с показателями смертности среди наркоманов от передозировок или неправильного потребления

наркотиков, а также с показателем пораженности (число случаев на 1000 обследованных) ВИЧ-инфекцией наркоманов.

При этом практически одинаковое количество впервые выявленных ВИЧ-инфицированных женщин в группе беременных в 2002 и 2003 гг. (251 и 243 соответственно) свидетельствует о стабилизации полового пути передачи ВИЧ в Москве.

Таблица 7.
Динамика численности выявленных ВИЧ-инфицированных в Москве в 2000-2003 гг.

Категории ВИЧ-инфицированных	2000	2003	Прирост/снижение численности в %
Жители Москвы	4637	2624	- 44,4
Жители Московской области	580	483	- 16,7
Жители РФ	143	292	+ 204
Иностранцы	140	242	+ 72,9
БОМЖ	225	175	- 32,2

Таблица 8.
Распределение ВИЧ-инфицированных по возрасту в Москве в 2001 и 2004 гг. (%)

Возрастные группы	2001	2004
10-13 лет	0,09	0,05
14 – 17	3,6	1,8
18-19	9,6	4,7
20-29	67,8	60,2
30-39	13,4	21,1
40-49	3,7	7,8
50 и старше	1,7	3,3

Таким образом:

В 2004 г. Москва по темпам замедления распространения ВИЧ-инфекции заняла лидирующие позиции по сравнению с остальными регионами РФ. Характер эпидемии допустимо охарактеризовать как контролируемый, а динамика изменений свидетельствует о формировании позитивных тенденций в изменении хода эпидемии.

Остается справедливым вывод о том, что Москва представляет собой высоко восприимчивый регион к распространению ВИЧ-инфекции. Динамические тенденции последних лет продемонстрировали, однако, и другое. Москву допустимо считать особой социально-экологической средой, обладающей значительным потенциалом резистентности к эпидемической угрозе.

3.3. Социально-демографические факторы распространения ВИЧ-инфекции: дискуссионные вопросы

При объяснении общерегиональной картины распространения ВИЧ-инфекции иногда высказывается гипотеза о наличии связи показателя общего числа ВИЧ-инфицированных в том или ином регионе РФ с величиной плотности населения в них. Дело в том, что при высокой плотности населения в общем случае повышается интенсивность межличностных контактов, в том числе и с представителями тех групп, которые имеют повышенный риск ВИЧ-инфекции. Это обстоятельство и позволяет высказывать такого рода предположение. Данная гипотеза поддается количественной проверке с помощью оценки коэффициента парной корреляции. В результате проведенных нами расчетов для этих двух показателей по всей выборке данных выяснилось, что значение коэффициента корреляции равняется 0,48, что не позволяет говорить о существовании статистически значимой связи. Однако, если несколько сократить объем выборки, убрав из рассмотрения ряд довольно «нетипичных» регионов, где при средней или даже низкой плотности населения регистрируются очень высокие «показатели-всплески» ВИЧ-инфицированности (Самарская, Иркутская, Оренбургская и Свердловская области, а также Ханты-Мансийский АО), то коэффициент корреляции заметно возрастает - до 0,65. Это показывает, что такого рода связь, видимо, существует, однако сам по себе фактор плотности населения, без привлечения к анализу и других факторов, не может рассматриваться достаточным для объяснения всей региональной картины.

В ходе интерпретации региональной картины распространения ВИЧ-инфекции некоторыми специалистами делается предположение о корреляционной связи фактора доходов населения и уровня ВИЧ-инфицированности. При этом, видимо, предполагается, что при более

высоких доходах (и других равных условиях), у жителей того или иного региона появляются большие возможности вести «свободный образ жизни», тратить деньги на приобретение наркотиков, пользоваться услугами секс-индустрии и т. д. Такая гипотеза также поддается количественной проверке с помощью коэффициента корреляции. Проведенные нами оценки парной корреляции этих показателей, т. е. числа ВИЧ-инфицированных и средних денежных доходов населения по всей выборке данных (88 субъектов РФ) показали, что статистически значимой связи не существует - коэффициент корреляции оказался равным 0,25¹.

Думается, что это вполне закономерный результат. Действительно, ряд регионов с относительно большими средними доходами населения, отличаются высоким уровнем ВИЧ-инфицированности: Москва, Ханты-Мансийский АО, Тюменская, Пермская, Мурманская, Свердловская, Самарская, Кемеровская области, республика Коми, Красноярский край и др. С другой стороны, показатели ВИЧ-инфицированности оказываются небольшими в ряде территорий, которые также характеризуются высокими средними доходами: Якутия-Саха, Хабаровский край, Чукотский АО, Магаданская область и др. В итоге получается довольно неоднородная картина, что и выражается в малом значении коэффициента корреляции. И если говорить о роли благосостояния населения в качестве объясняющего фактора распространения ВИЧ-инфекции, то, по-видимому, следует говорить не столько об уровне доходов, сколько о гораздо более многозначном интегральном показателе, определяющем уровень восприимчивости того или иного региона к распространению ВИЧ-инфекции, где уровень доходов имеет некоторое, но не единственное и не определяющее значение.

Таким образом, становится понятно, что региональный «уровень» распространения эпидемии имеет свои, нередко весьма заметные, особенности. Обусловленность этого процесса, а также его перспективы трудно понять, не учитывая региональный фактор.

¹ О наличии статистически значимой связи, как известно, можно говорить при величине коэффициента парной корреляции и порядка 0,7-0,8 и выше.

4

НАРКОМАНИЯ КАК ФАКТОР РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ: ПОИСК МЕР ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ

В настоящее время Россия, как и многие другие страны, переживает эпидемию наркомании и других видов зависимости от психоактивных веществ. По экспертным оценкам, в стране около 3-4% населения являются потребителями наркотиков, это примерно 4-5 миллионов граждан, подавляющее большинство которых находятся в возрасте от 16 до 30 лет.

Каждый четвертый-пятый подросток (не менее 20% подросткового населения), является потребителем наркотиков. По данным Министерства обороны, опыт потребления наркотиков имеют 70% призывников. По некоторым городам России, особенно в нефтедобывающих регионах, наркотизация населения приобретает массовый характер.

Почти половина подростков и молодежи, потребителей наркотиков, участвуют в торговле наркотиками и в другой криминальной деятельности. Большинство девушек-потребительниц наркотиков занимаются проституцией за наркотики. Это около полумиллиона девушек по стране. Каждый потребитель наркотиков втягивает в потребление еще не менее 5-10 человек.

Практика показала, что подросток, употребляющий наркотики, участвующий в криминальной добыче денег, практически никогда не будет учиться, работать, защищать Родину, а через некоторое время он станет инвалидом по психическому или иному заболеванию и общество будет вынуждено его содержать.

Потребитель наркотиков является распространителем инфекционных заболеваний, в том числе вирусных гепатитов, венерических заболеваний, вируса иммунодефицита человека. Около

90% больных наркоманиями заражены различными видами гепатитов.

Таким образом, очевидно, что противодействие ВИЧ/СПИД-эпидемии прямо и непосредственно связано с борьбой с наркотизацией населения.

К сожалению, все создававшиеся в стране программы борьбы с наркотиками за последние 10-15 лет, не выполняются практически ни одним пунктом сверх существующей компетенции заинтересованных ведомств и не обеспечиваются ни одним рублем сверх ассигнований, предусмотренных бюджетом на содержание ведомств. Для сравнения - в США в последние годы только на федеральную программу по снижению спроса на наркотики выделяется до 30 млрд. долларов.

Если тенденция распространения наркотизации населения будет сохраняться, особенно среди детей, подростков и молодежи, то в ближайшие годы человеческие ресурсы России будут катастрофически уменьшаться и все усилия, направленные на преодоление демографического и социально-экономического кризиса будут, по сути дела, напрасны.

Необходимо учитывать, что лечение и реабилитация больных наркоманиями процесс длительный и дорогой. В связи с этим во всех развитых странах основные средства вкладываются в профилактику данного класса заболеваний, которая направлена на снижение спроса на наркотики.

Снижение спроса на наркотики регулируется двумя системными механизмами:

1. Правильно организованным физическим, психическим и духовным развитием населения (первичная профилактика).
2. Организацией общенародного и общегосударственного социального прессинга на наркомафию и наркотическую популяцию.

Одна из основных общемировых проблем состоит в том, что профилактика химической зависимости не дает серьезного эффекта практически ни в одной стране. Связано это с отсутствием четкого понимания сути проблемы и тех причин и условий, которые приводят к распространению заболеваний, основанных на зависимости.

В настоящее время распространение потребления психоактивных веществ, в частности, алкоголя и наркотиков достигло таких масштабов, что можно говорить о пандемии заболеваний, связанных с зависимостью к психоактивным веществам. Причем это процесс общемировой и в последние 50 лет имеет тенденцию к неуклонному расширению.

Наркотизация населения - это такой интегральный феномен, который реагирует на все процессы, происходящие в обществе, а реализуется через конкретные психические расстройства, формирующие зависимость (от психоактивных веществ или от психоактивных действий). Данный класс заболеваний носит био-психо-социальное происхождение.

Распространение наркотиков отражает состояние общества: меру разрушения сложившихся веками устоев общества, меру кризиса идеологии, а также появление одного из самых доходных видов бизнеса – торговли наркотиками.

В мире не существует какой-либо единой системы противодействия распространению наркотиков, но общая стратегия складывается из двух направлений: жесткая борьба с наркомафией, с одной стороны, и снижение спроса на наркотики, с другой. Борьба с наркомафией ведется силами полиции внутри страны и армейскими силами за пределами (например, армейские операции США против Колумбии или операции спецслужб против президента Панамы, участвовавшего в распространении наркотиков).

В Голландии делаются попытки ослабить экономическую заинтересованность наркомафии введением частичной легализации наркотиков (продажа марихуаны в кафе-шопах). В арабских странах (Саудовская Аравия) и некоторых странах Индокитая (например, Сингапур) потребление наркотиков преследуется в уголовном порядке вплоть до смертной казни. Однако все эти методы борьбы до настоящего времени остаются малоэффективными. Прежде всего, из-за высокого спроса на наркотики. В связи с этим, снижение спроса на наркотики у населения на сегодняшний день является наиболее перспективным направлением противодействия распространению потребления наркотиков.

На Западе существует довольно много обучающих программ, направленных на информирование населения по проблемам наркотиков и обучающих программ для школьников. Одним из вариантов обучающих программ является так называемая «работа на улице», в местах скопления потребителей наркотиков и безнадзорных детей. Снижением спроса занимаются также реабилитационные программы для больных наркоманиями.

В последнее время в нашей стране предпринимаются попытки навязать стратегию «снижения вреда» (harm reduction), которая заключается, в частности, в бесплатном обмене шприцев для внутривенных наркоманов с целью предупреждения заражения ВИЧ-инфекцией и вирусными

гепатитами и проведении программы заместительной терапии (метадонная программа). Метадон – наркотик той же группы, что и героин. Суть этой программы в контексте профилактики ВИЧ-инфекции заключается, в частности в том, что наркозависимым, которые заражены ВИЧ и не желают лечиться, раз в день выдается строго определенная бесплатная доза метадона. Предполагается, что таким образом можно снизить и даже приостановить распространение ВИЧ-инфекции в популяции потребителей наркотиков, а также повысить в этой группе приверженность к лечению как наркозависимости, так и ВИЧ-инфекции.

Мировой опыт показывает, что метадонная программа не решает ни одну из поставленных задач. Такое направление снижения спроса на наркотики, на наш взгляд, не только антинаучно с медицинской точки зрения, но и аморально. В России наркотик метадон находится в списке запрещенных препаратов. Один из ведущих специалистов в области наркологии в России профессор Э.А. Бабаян, в отношении метадонной программы справедливо заметил: «... это возвращение к «наркотическому пайку», это практически замена поиска эффективных методов лечения, которые намного труднее претворить в жизнь, чем просто раздавать наркотики, жертвуя жизнью и здоровьем наркомана».

Одной из самых эффективных программ, которые распространены на Западе и активно рекомендуются Всемирной Организацией Здравоохранения и Международной Организацией Труда, является «Программа помощи служащим и их семьям» (Employee Assistance Program and Family). Целью данной программы является раннее выявление и решение наркологических (преимущественно) и других проблем в организованных коллективах (на предприятиях, в учебных коллективах, в армии).

К сожалению, в Российской Федерации отсутствует закон, который должен бы обязывать работодателей (администрацию учебных заведений), профсоюзы и работников (учащихся, военнослужащих) подписывать контракт о противодействии распространению психоактивных веществ в рабочих, учебных и военных коллективах и обязывать сотрудников (учащихся, военнослужащих) проходить соответствующее обследование. При отсутствии данного закона, который давно принят во многих западных странах, администрации учреждений не заинтересованы в проведении профилактической работы и препятствуют наркологическим организациям проводить раннее выявление и лечение проблемных сотрудников. Разработка и принятие этой правовой нормы позволили бы решать не только нарко-

логические, но и психиатрические и психологические проблемы сотрудников, а также обеспечить условия для профилактики ВИЧ-инфекции на рабочих местах.

Экономический ущерб от распространения наркоманий, токсикоманий и алкоголизма до конца не определен, но можно утверждать, что он огромен. Напомним, что только лечение СПИДа обходится государству от 5 до 10 тыс. долларов на 1-го больного в год, не менее затратно и лечение гепатитов.

Важнейшей проблемой является организация полного цикла лечебно-реабилитационного процесса в наркологических учреждениях (от непосредственно медицинских до медико-реабилитационных программ), а также организации специализированных реабилитационных учреждений для разных категорий больных наркологического профиля. Введение реабилитационного звена, кроме повышения общей эффективности работы наркологической службы, позволит более эффективно проводить профилактику и лечение ВИЧ-инфекции среди наркоманов. И если предлагаемые меры позволяют ожидать увеличение годовых ремиссий до 40% (против 5-20% в настоящее время), то можно рассчитывать на пропорциональное увеличение эффективности профилактических антиВИЧ/СПИД-программ.

Известно также, что сфера наркопотребления весьма чутко реагирует на изменения в законодательной сфере, используя любые послабления. Например, за время после отмены уголовной ответственности за потребление наркотиков с декабря 1991 года количество больных наркоманиями увеличилось в несколько раз. Аналогичная ситуация прогнозируется после отмены Государственной Думой РФ в декабре 2003 года принудительного лечения наркологических больных и выхода в мае 2004 года Постановления Правительства, в соответствии с которыми были увеличены дозы хранения наркотиков, не попадающих под уголовную ответственность.

Представляется целесообразным внести предложения в развитие государственной политики в отношении распространения заболеваний, связанных с зависимостью от наркотиков и других психоактивных веществ, в частности:

1. Разработать Закон РФ по профилактике наркологических заболеваний в организованных коллективах, который бы обязывал администрацию и профсоюзы подписывать с сотрудниками (учащимися) соответствующий контракт, предусматривающий тестирование на психоактивные вещества с целью раннего выявления

и ранней коррекции, лечения и реабилитации рабочих, служащих и учащихся.

2. Законодательно установить процент отчисления от акцизных сборов от продажи алкоголя и табака – как источника финансирования реализации алкогольной политики, программ профилактики, лечения и реабилитации наркологических заболеваний.
3. На уровне Федеральных округов и на уровне субъектов Федерации функции по алкогольной политике делегировать Межведомственным комиссиям по борьбе с незаконным оборотом наркотиков, т.к. многие цели и задачи этих комиссий на уровне субъектов Федерации совпадают, прежде всего, в области профилактики наркологических заболеваний, пропаганды здорового образа жизни, лечения и реабилитации больных наркологического профиля, а также в области многих юридических и социальных вопросов.
4. В каждом субъекте Федерации необходимо организовать лабораторию контроля качества алкогольной продукции, пива и пищевых добавок (последнее связано с тем, что многие пищевые добавки содержат психоактивные вещества, не вошедшие в список наркотиков или психотропных средств, но которые могут вызывать зависимость и приводить к необратимому ущербу для здоровья, прежде всего это касается пищевых добавок для снижения веса).
5. Необходимо решить вопрос о порядке торговли в аптечной сети и алкогольной продукцией под видом лекарственных средств (например, настойка боярышника, пиона и др.) и пищевых добавок.
6. В каждом субъекте Федерации организовать реабилитационные центры, ориентированные на различные половозрастные группы больных с наркологическими заболеваниями и для родственников больных.

Как видно, все вышеперечисленные меры направлены на снижение уровня потребления наркотиков, сужение социальной базы наркомании и создание условий для адекватной профилактики ВИЧ-инфекции.

В настоящее время внедрение системного подхода в лечебно-профилактической работе является насущной проблемой организации наркологической помощи населению.

В целом, в качестве системы мер профилактики, лечения и реабилитации ВИЧ-инфицированных в

группе наркоманов представляется необходимым предусмотреть следующее:

1. Согласование лечения ВИЧ-инфекции с этапами лечения и реабилитации больных наркологического профиля.
2. Организация информационного взаимодействия между службами профилактики и лечения ВИЧ-инфекций и наркологической службой.
3. Организация системы «интервенции» (социального прессинга) на когорту больных наркоманией с сопутствующей ВИЧ-инфекцией:
 - 3.1. Создание программы «Школа поведения» для больных наркоманией, ВИЧ-инфицированных и их родственников.
 - 3.2. Информационное обеспечение обучения социально приемлемому поведению и мотивированию на сотрудничество.
 - 3.3. Вовлечение волонтеров в создание специализированных групп взаимопомощи лицам, отказавшимся от потребления наркотиков и организация общественных объединений родственников ВИЧ-инфицированных наркоманов.
 - 3.4. Формирование целевых групп больных наркоманией для обучения правилам «снижения вреда» при потреблении наркотиков с последующим привлечением участников к лечебным и реабилитационным программам наркологической службы.
4. Обучение специалистов наркологической службы принципам лечебно-профилактической работы с контингентом больных наркоманий с сопутствующей ВИЧ-инфекцией.

5

НЕКОТОРЫЕ ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ВИЧ/СПИД-ЭПИДЕМИИ

5.1. Совокупные оценки необходимых финансовых затрат

Имеющиеся в нашем распоряжении сведения о числе ВИЧ-инфицированных в РФ, которые уже сейчас нуждаются в лечении с применением высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ), весьма противоречивы.

Например, по данным представителя ВОЗ Эндрю Боэла, по состоянию на октябрь 2003г., около 50 тыс. российских граждан нуждаются в применении ВААРТ, однако только 10% россиян, живущих с ВИЧ, получают адекватное лечение.

По данным журнала "Шаги", всего по стране в лечении нуждаются 30-40 тыс. человек, из них препараты ВААРТ получают чуть больше 2 тыс. чел.

По другим расчетам, в которых исходят из того, что в ВААРТ нуждается примерно 3-4% больных от общего числа ВИЧ-инфицированных, численность этой категории определяется в 10-12 тыс. человек.

Наконец, согласно утверждениям главного санитарного врача РФ Г.Онищенко, в лечении нуждаются 2,4 тыс. ВИЧ-инфицированных граждан России.¹

Если попытаться вычислить общий годовой объем финансовых затрат на ВААРТ всех представленных здесь вариантов, исходя из того, что средняя стоимость комбинированной терапии составляет 9,5 - 10 тыс. долларов, то получится следующая картина (табл.9).

Таблица 9
Примерный объем финансовых затрат на лечение ВИЧ-инфицированных ВААРТ препаратами (по данным различных источников)

Численность ВИЧ-больных, нуждающихся в ВААРТ (тыс. чел.)	Примерная стоимость годового лечения (в млн. долларах)
50 000	500
30 000	300
10 000	100
2 400	24

В эти расчеты необходимо добавить расходы на лабораторное обеспечение получающих ВААРТ больных, которое составляет до 10 % стоимости лекарственных препаратов.

Расходы, рассчитанные даже для минимальной численности нуждающихся в ВААРТ, оказываются несопоставимыми с предусмотренным государством объемом финансирования.

Согласно подпрограмме "Анти-ВИЧ/СПИД", рассчитанной на период 2002-2006 гг., ежегодные средства, ассигнуемые на борьбу с инфекцией, составляют около 5 млн. долл. за счет федерального бюджета (146,25 млн. руб.) и 13 млн. долл. (398,98 млн. руб.) за счет бюджетов субъектов Федерации, при этом совокупные средства, которыми располагает система здравоохранения на закупку необходимых для лечения препаратов, согласно указанной Подпрограмме - это около 12 млн. долл. в год (368,2 млн. руб.).

Таким образом, объем средств, запланированных, согласно подпрограмме "Анти-ВИЧ/СПИД", на закупки лекарственных средств для лечения ВИЧ-инфицированных граждан РФ составляет примерно:

2,5 % от потребности, если исходить из того, что около 50 тыс. граждан нуждаются в нем;

4,1% (при численности нуждающихся 30 тыс. человек);

12,5% (при численности нуждающихся 10 тыс. человек);

около 50% (при численности нуждающихся 2,4 тыс. человек);

¹ Известия. - 2004. - 16 августа.

Следует, однако, отметить, что средства, фактически направленные по основным каналам подпрограммы “Анти-ВИЧ/СПИД”, даже несколько превышают запланированные показатели. Так, согласно правительственному отчету о ходе реализации подпрограммы в 2002 г., из федерального бюджета было выделено 182 млн. руб. (по плану - 146,25), а в рамках региональных профилактических программ - более 660 млн. руб. (по плану - 391 млн. руб.). Но если эти суммарные средства (т.е. 660 и 182 млн. руб.) поделить на общее число субъектов РФ, в которых регистрируются ВИЧ-инфицированные, то на каждый регион приходится около 10 млн. руб.

Приведенная здесь оценка примерно соответствует данным Минздрава РФ. Согласно им, регионы страны в 2002 г., в среднем, на работу по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа выделяли от 10 до 15 млн. руб.

При этом отдельные регионы ассигновали значительные средства, которые позволили обеспечить ВААРТ большинство нуждающихся в медикаментозном лечении больных ВИЧ-инфекцией (Москва, Московская область, Санкт-Петербург, Татарстан и Красноярский край).

Таким образом, реальные потребности в лекарственном обеспечении больных ВИЧ-инфекцией антиретровирусными препаратами удалось удовлетворить менее чем в 10% регионах России, при этом, с увеличением числа нуждающихся в таком лечении и соответственно увеличения финансовой нагрузки, процент охвата антиретровирусной терапией по регионам будет неизбежно снижаться.

Представленные данные свидетельствуют о **существенной нехватке общих средств (как на федеральном, так и на региональном уровнях), выделяемых на профилактику и лечение ВИЧ-инфицированных.**

Проблема состоит не только в нехватке средств, но и в том, что основное финансовое бремя по закупке препаратов ВААРТ фактически ляжет на плечи местных бюджетов.

Есть опасения, что, начиная с 2005 г., в связи с принятием законодательства о замене льгот на денежные компенсации, ситуация для регионов может еще более осложниться.

5.2. Потенциал финансовых ресурсов для профилактики и лечения ВИЧ-инфекции

Если оценивать ситуацию с ВИЧ/СПИД-эпидемией в России как нарастающую угрозу национальной безопасности страны, то финансовая стратегия противодействия ей должна приобрести иной качественный уровень. Некоторые расчеты позволяют говорить о том, что в стране есть ресурсно-финансовый потенциал, способный радикально изменить ВИЧ-ситуацию и поставить под контроль нарастающую эпидемию. К числу макроресурсов вероятно следует отнести следующие позиции.

- Профицит федерального бюджета, накапливаемый в Центральном банке РФ.
- Государственные золотовалютные резервы (более 80 млрд. долл.), значительная часть которых размещена в западных банках под очень маленький процент.
- Стабилизационный фонд (его ожидаемый к началу 2005 г. объем - 574 млрд. руб.). Деньги из этого фонда планировалось тратить на разовые социальные акции. В настоящее время ряд российских экономистов привлекает внимание правительства к необходимости использования данного фонда в качестве инструмента активной бюджетной политики, а не рассматривать его просто в качестве фонда накопления.

- Потенциальные рентные платежи за пользование природными богатствами страны, введение которых могло бы ежегодно давать в казну государства примерно 40-45 млрд. долл. дополнительно¹.
- Финансовую помощь в противодействии СПИДа мог бы оказывать и крупный бизнес. Однако для его стимулирования должны быть приняты вполне конкретные меры правительства (льготы, субсидии и др.), чего на практике пока нет.

При поиске ресурсов необходимо исходить из того, что сумма 24 - 100 млн. долларов это минимальная сумма возможных расходов, рассчитанная, исходя из оптимистических расчетов (если исходить из стоимости лечения в 10 тыс. долларов и числа нуждающихся в ВААРТ - до 10 тыс. человек). Умеренный пессимизм в оценке развития ВИЧ-эпидемии заставляет, по крайней мере, утроить сумму расходов.

Представляется, что нынешняя реакция Федерального правительства на данную проблему отличается противоречивостью. С одной стороны, признается серьезность сложившейся ситуации: "страна стоит на пороге катастрофического роста прямых расходов на медицинское обеспечение больных СПИДом...", "В короткий срок предстоит выбрать и реализовать новую политику в отношении профилактики распространения ВИЧ-инфекции среди населения" (из доклада за места начальника Департамента сферы услуг Минэкономразвития РФ В.М.Донина).²

С другой стороны, предлагаемые меры по ее выправлению пока представляются весьма ограниченными. Основной упор делается на мероприятиях по профилактике, причем с привлечением "общественного негосударственного сектора", тогда как проблемы увеличения бюджетного финансирования для ведения лечения все более возрастающего числа ВИЧ-инфицированных, организации собственного производства препаратов ВААРТ и обеспечения ими всех нуждающихся не рассматривается в качестве безусловных приоритетов.

¹ См. С.Глазьев, Благоосостояние и справедливость, М., 2003.

² Круглый стол. - 2003. - №2

5.3. Внешние источники финансирования

Присоединение России к “большой восьмерке” изменило систему взаимоотношений с рядом международных организаций, включая Глобальный фонд борьбы с малярией, туберкулезом и СПИДом. Россия участвует, наряду с другими развитыми странами, в международных гуманитарных проектах, направленных на противодействие угрозам глобальному выживанию.

В тоже время, на территории Российской Федерации реализуются международные гуманитарные программы борьбы с эпидемией ВИЧ/СПИДа.

По состоянию на 2004 г., помощь России в профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом оказывается со стороны более чем 20 иностранных участников¹. Это фонды и программы: ООН, ЕС, правительств ряда западных стран (Канады, Финляндии, Швеции, Нидерландов, Франции и др.), российского отделения Красного Креста, неправительственных организаций Великобритании, Германии, Швеции и т.д. Готовность предоставлять России финансовые средства для борьбы с ВИЧ-инфекцией выражает также Всемирный банк и Глобальный фонд борьбы с малярией, туберкулезом и СПИДом.

Общее число осуществляемых в России проектов, включая как федеральный уровень, так и отдельные регионы РФ, превышает 130. Большая часть из них имеет объем финансирования в размере 50 - 300 тыс. долл. и рассчитана на период от 1 года до 3 лет.

Международные организации и программы ООН, помогающие России, включают:

- International Labour Organization (ILO),
- International Organization on Migration (IOM),
- UN Development Programm (UNDP),
- UN Population Fund (UNFPA),
- UN Office on Drugs and Crime (UNODC),
- UNESCO,
- UNICEF.

К числу наиболее крупных проектов, с точки зрения объемов финансирования, следует отнести следующие:

Канадско-российский проект по ВИЧСПИД, 2001-2004 гг., объем финансирования - 3,46 млн. долларов.

Помощь со стороны **ЕС в рамках программы TACIS**, 2003-2005 гг. - 2,5 млн. евро и на 2004-2006 гг. - также 2,5 млн. евро.

Проект **шведской организации Sida** по профилактике ВИЧ-инфекции среди заключенных (2002-2007 гг., объем финансирования - более 1 млн. долл.), а также несколько проектов для отдельных регионов РФ (Калининградская, Мурманская, Московская, Архангельская, Псковская области и др.) с суммарным объемом финансирования около 2 млн. долл.

Проекты английского правительства (Department for International Development - DFID), проводимые в большом числе регионов России (Самарская, Волгоградская области, Алтайский край и др.), суммарный объем финансирования которых составляет около 8 млн. фунтов стерлингов.

Помощь со стороны **Международной организации труда (International Labour Organization - ILO)** оказывается в работе по профилактике ВИЧ-инфекции в Московской и Мурманской областях. Рассчитана на 2004-2007 гг., объем финансирования около 1 млн. долларов.

Проекты **правительства Нидерландов**, ведущиеся в Москве, Московской, Челябинской, Кировской, Иркутской областях, Татарстане и др., суммарный объем финансирования превышает 1 млн. евро.

Всемирный банк (World Bank) осуществляет проект по контролю за распространением ВИЧ-инфекции и туберкулеза в РФ (TB/ AIDS Control Project). Начало проекта - декабрь 2003 г.,

¹ Internation ally Funded HIV -Related Activities in the Russian Federation 2004.

окончание - декабрь 2008 г. Общий объем финансирования предусмотрен в размере 268, 18 млн. долларов, включая 150 млн. в форме займа банка, а 134, 11 млн. предоставляются правительствами стран-участниц банка (Project cost – 286.18 million USD, including: 150 million USD – WB loan and 134.11 million USD – Government’s counterpart funds).

Имеющиеся данные по проектам, проводимым в настоящее время иностранными участниками по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД в России (см.: Internationally Funded HIV-Related Activities in the Russian Federation 2004) не позволяют получить точную оценку суммарного объема финансирования всех проектов. Дело в том, что в ряде случаев при описании проектов отсутствуют сведения по объему их финансирования - это, в частности, относится к 6 программам Американского агентства международного развития (US Agency for International Development - USAID). Таким образом, без учета программ, где не указаны объемы финансирования, примерная суммарная оценка составляет **около 46 млн. долларов**.¹

Степень охвата отдельных регионов России программами иностранных участников довольно велика - в том или ином объеме **финансирование за счет внешних источников получают более 44 субъектов федерации** (именно на такое количество субъектов федерации есть конкретные указания в проектах). Кроме того, ряд проектов предполагает работу на общероссийском уровне (например, проект по помощи в профилактике ВИЧ-инфекции среди военнослужащих России) или в целой группе субъектов Федерации - как это имеет место в отношении программы DFID для 43 регионов России.

Не все субъекты Федерации сумели в равной степени привлечь внешние источники финансирования в своей работе против распространения ВИЧ-инфекции. Так, лидерами по числу реализуемых программ иностранных участников являются следующие регионы:

1	Москва	23 проекта*
2	Волгоградская область	12 проектов
3	Алтайский край	11 проектов
4	Санкт-Петербург	11 проектов
5	Калининградская область	8 проектов
6	Мурманская область	8 проектов
7	Московская и Челябинская области	6 проектов
8	Челябинская область	6 проектов

(*)-не считая общероссийских проектов

¹ Заметим, что эта сумма не относится только к 2004 г., а отражает финансирование на протяжении всех лет

С другой стороны, в ряде субъектов Федерации, где проблема ВИЧ-инфекции стоит довольно остро, реализуется сравнительно немного проектов иностранных фондов и организаций. В их число вошли:

Ленинградская и Саратовская области - по 3 проекта;

Самарская, Ульяновская и Оренбургская области - по 2 проекта.

Следует также учитывать, что объем финансирования отдельных проектов может существенно различаться. Например, в Самарской области реализуется проект DFID, имеющий финансирование около 1 млн. фунтов стерлингов, тогда как многие программы фондов ООН (UNDP, UNESCO, UNFPA и др.), как правило, имеют финансирование в объеме 100-300 тыс. долл.

Анализ географии реализации проектов позволяет сделать вывод о том, что наиболее активно внешние источники финансирования направляются международными организациями в северо-западные регионы России. Это Калининградская, Архангельская, Мурманская, Псковская, Новгородская области, Республики Коми и Карелия, а также Санкт-Петербург. Вероятно, это, не в последнюю очередь, связано с активностью в оказании помощи России в деле профилактики ВИЧ-инфекции Прибалтийских государств (Швеции, Финляндии, Норвегии), а также Нидерландов. Их правительства напрямую выделяют соответствующие финансовые ресурсы, отдавая предпочтение ближайшим к собственной территории регионам РФ. Работает в данном направлении и организация Baltic Sea Task Force-umbrella, реализующая 16 проектов на Северо-западе России.

Субъекты Федерации в Сибири, наиболее пораженные инфекцией, также не остаются вне зоны охвата иностранных проектов. Так, в Томской, Челябинской, Иркутской, Новосибирской областях, Красноярском крае и др. реализуется одновременно несколько таких проектов. В этой связи выделяется проект немецкой организации GTZ, называемый "Маршрут безопасности - Marshrut bezopasnosti" (с финансированием в 300 тыс. евро), в зону охвата которого вошли такие субъекты РФ, как Новосибирская, Томская, Челябинская, Московская, Тверская, Калининградская области, Санкт-Петербург и Алтайский край (Барнаул). Легко заметить, что в данном случае объектами профилактики ВИЧ-инфекции выступают те регионы, которые лежат на важных маршрутах транспортировки наркотиков из Казахстана через Центр России и Северо-запад в Западную Европу.

Важно подчеркнуть, что содержание всех проектов в сфере борьбы с ВИЧ/СПИД, осуществляемых в России с иностранным участием, касается исключительно вопросов профилактики распространения инфекции, улучшения методического обеспечения соответствующих российских региональных (федерального) центров и т.д. Ни в одном из них речь не идет о предоставлении российской стороне препаратов ВААРТ или технологий, оборудования для начала их самостоятельного производства.

Одним из самых существенных вопросов, касающихся международных программ и проектов противодействия ВИЧ/СПИДу в России, является оценка их эффективности. Следует признать, что ответ на этот вопрос оказывается и наиболее трудным. Есть основания полагать, что в настоящее время не представляется возможным исчислить в точных показателях эффект от реализации данных программ. Напротив, предпринимаемый анализ имеющихся данных указывает на высокую степень неопределенности и недоказанности наличия корреляционной связи между "фактором" (внедрение антиВИЧ/СПИД-программ) и "переменной" (изменение эпидемиологической ситуации в регионе-реципиенте).

С одной стороны, есть предположения, согласно которым международные организации и различного рода фонды уже внесли определенный вклад в налаживание в России системы профилактики ВИЧ-инфекции, что отчасти и нашло свое отражение в замедлении темпа прироста ВИЧ-инфицированных, наблюдаемых в последние годы во многих субъектах РФ. С другой стороны, именно те факты, что регионы, получающие значительную финансовую помощь на проведение профилактических мероприятий, за некоторыми исключениями, по-прежнему остаются в числе лидеров распространения эпидемии, а ряд регионов-аутсайдеров по показателю международной финансовой помощи продолжают оставаться в числе наименее пострадавших от ВИЧ/СПИДа, не позволяют с уверенностью говорить о том, что в настоящее время найдены безусловно эффективные способы противодействия распространению ВИЧ (табл.10).

Сведения, представленные в таблице 10, указывают не только на неравномерность географического размещения международных проектов, но и на наличие определенной избирательности в выборе региона-реципиента. Так, в группе регионов с высоким уровнем инфицированности, в числе "избранных" по количеству внедренных проектов оказались, например, Волгоградская, Мурманская области и Алтайский край. При этом за два года (с 2002 по 2004 гг.) Волгоградская область по уровню заболеваемости

переместилась с 45 места на 25, а Мурманская область и Алтайский край продемонстрировали минимальную негативную динамику (переместившись, соответственно, с 29 на 26 и с 32 на 31 места).

Все это не позволяет делать сколько-нибудь определенные и однозначные выводы. Тем не менее, проблема адаптации западных программ с целью усиления их эффективности, проблема неравномерности и неоправданной избирательности размещения проектов налицо. И в этой сфере потенциал международной помощи реализован еще далеко не в полной мере.

Таблица 10

Регионы-реципиенты международной финансовой помощи в профилактике ВИЧ/СПИДа

Наименование международных территории	Ранг	Число ВИЧ-инфицированных	Показатель на 100 тыс. населения	Участие в проектах по профилактике ВИЧ/СПИД (*)
1	2	3	4	5
I. Регионы с очень высоким уровнем инфицирования (показатель заболеваемости от 150 и более чел. на 100 тыс. населения) - 24 субъекта				
Иркутская область	1	16587	678,04	+
Самарская область	2	19981	616,73	+
Ханты-Мансийский АО	3	8114	566,18	-
Оренбургская область	4	11742	539,24	+
Свердловская область	5	23270	539,24	-
Санкт-Петербург	6	22608	484,17	+
Тюменская область	7	6325	477,28	-
Калининградская область	8	4382	458,75	+
Ульяновская область	9	5842	422,62	+
Ленинградская область	10	6986	418,04	+
Челябинская область	11	12849	356,31	+
Московская область	12	23100	348,57	+
Тверская область	13	3973	269,79	+
Приморский край	14	4872	235,56	-
Саратовская область	15	5848	219,08	+
Ивановская область	16	2491	216,81	+
Кемеровская область	17	6027	207,81	+
Бурятия	18	2007	204,58	+
Пермская область	19	5075	188,76	-
Тульская область	20	3101	185,05	-
Красноярский край	21	5328	183,17	+
Москва	22	18343	177,09	+
Ямало-ненецкий АО	23	881	173,63	+
Татарстан	24	5777	152,83	+
II. Регионы с высоким уровнем инфицирования (показатель заболеваемости от 100 до 150 чел. на 100 тыс. населения) - 9 субъектов				
Волгоградская область	25	3886	143,79	+
Мурманская область	26	1253	140,26	+
Удмуртия	27	2109	134,28	-
Курганская область	28	1345	131,87	-
Рязанская область	29	1580	128,66	-
Читинская область	30	1326	125,64	-
Алтайский край	31	3060	117,36	+
Таймырский АО	32	43	108,04	-

Наименование международных территорий	Ранг	Число ВИЧ-инфицированных	Показатель на 100 тыс. населения	Участие в проектах по профилактике ВИЧ/СПИД (*)
1	2	3	4	5
Усть-Ордынский АО	33	141	104,21	-
III. Регионы со средним уровнем инфицирования (показатель заболеваемости от 50 до 100 чел. на 100 тыс. населения) - 15 субъектов				
Костромская область	34	696	94,37	-
Башкирия	35	3815	92,98	-
Ингушетия	36	435	92,77	+
Краснодарский край	37	4423	86,31	+
Владимирская область	38	1284	84,20	-
Калужская область	39	835	80,21	-
Нижегородская область	40	2823	80,10	-
Новгородская область	41	556	80,03	+
Орловская область	42	672	78,08	+
Томская область	43	717	68,54	+
Ростовская область	44	2824	64,08	-
Ярославская область	45	769	56,22	+
Марий Эл	46	386	52,6	-
Вологодская область	47	648	51,02	+
Калмыкия	48	147	50,27	-
IV. Регионы с относительно низким уровнем инфицирования (показатель заболеваемости от 10 до 50 чел. на 100 тыс. населения) - 32 субъекта				
Пензенская область	49	721	49,60	+
Брянская область	50	675	48,95	-
Коми	51	491	48,18	+
Хабаровский край	52	671	46,74	-
Северная Осетия	53	323	45,49	+
Якутия-Саха	54	364	38,39	-
Мордовия	55	320	36,00	-
Чувашия	56	449	34,17	-
Смоленская область	57	356	33,88	-
Чечня	58	366	33,26	+
Карелия	59	210	29,30	+
Тамбовская область	60	331	28,08	-
Адыгея	61	116	25,95	-
Псковская область	62	195	25,62	+
Новосибирская область	63	658	24,44	+
Магаданская область	64	39	21,34	-

Наименование международных территории	Ранг	Число ВИЧ-инфицированных	Показатель на 100 тыс. населения	Участие в проектах по профилактике ВИЧ/СПИД (*)
1	2	3	4	5
Белгородская область	65	280	18,51	+
Хакасия	66	97	17,76	+
Кабардино-Балкария	67	156	17,32	-
Алтай	68	35	17,24	+
Эвенкийский АО	69	3	16,94	-
Астраханская область	70	166	16,48	-
Сахалинская область	71	83	15,18	+
Камчатская область	72	49	14,67	-
Курская область	73	179	14,48	-
Дагестан	74	339	13,11	-
Омская область	75	259	12,45	+
Корякский АО	76	3	12,00	-
Амурская область	77	106	11,74	-
Воронежская область	78	277	11,64	+
Ставропольский край	79	317	11,60	-
Кировская область	80	161	10,70	+

V. Регионы с низким уровнем инфицирования (показатель заболеваемости менее 10 чел. на 100 тыс. населения) - 8 субъектов

Коми-Пермяцкий АО	81	13	9,56	+
Архангельская область	82	123	9,50	+
Еврейская АО	83	18	9,42	-
Чукотский АО	84	5	9,32	-
Карачаево-Черкессия	85	33	7,50	-
Липецкая область	86	88	7,25	+
Агинский-Бурятский АО	87	5	6,92	-
Тува	88	15	4,90	-

Без определенного места жительства	2615
------------------------------------	------

Всего зарегистрировано:	273025
-------------------------	--------

(*) - есть прямое указание на участие регионов в конкретных международных проектах, включая объем финансирования.

Источники: - Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом,
- Internationally Funded HIV-Related Activities in the Russian Federation 2004.

5.4. Отечественное производство антиретровирусных препаратов, дженерики и оригинальные препараты

На территории Российской Федерации в течение более 10 лет существует собственное производство лекарственных препаратов для терапии ВИЧ-инфекции (Тимазид, Фосфазид). Однако принцип ВААРТ предусматривает комплексное медикаментозное лечение тремя и более лекарственными средствами. В этой связи Российскую Федерацию нельзя рассматривать как страну, производящую лекарственные препараты для проведения комплексного антиретровирусного лечения больных ВИЧ-инфекцией и СПИДом.

В августе 2003 г. Всемирная Торговая Организация (ВТО) объявила о новом соглашении в области патентования медикаментов, благодаря которому бедные страны, сталкивающиеся с серьезными проблемами в области здравоохранения, получали право импортировать более дешевые генерические препараты (дженерики).

Однако, судя по всему, достигнутое соглашение в ближайшее время не будет действовать. Поддавшись давлению со стороны фармацевтического лобби, США включили в это соглашение большое число дополнительных условий, сужающих круг стран, которые могли бы воспользоваться этим соглашением¹. Так, страны, желающие закупать дженерики, должны будут доказывать свою финансовую несостоятельность, равно как и неспособность приобрести настоящие патентованные лекарства или самостоятельно производить эти медикаменты.

¹ См. статью Наоми Кляйн от 13 октября 2003 г. в журнале "La Jornada" (Мексика) / сайт www.inosmi.ru.

Правительства некоторых стран, в частности, Канады, уже пытаются на практике реализовать соглашение, подписанное ВТО. В сентябре 2003 г. канадское Правительство объявило о своем намерении внести поправки в существующее патентное законодательство, чтобы местные фармацевтические фирмы получили возможность выпускать дженерики исключительно для отправки их в наиболее бедные страны. И хотя это решение приветствовали организации, занимающиеся проблемами борьбы со СПИДом в беднейших странах, оно вызвало естественное недовольство со стороны крупных фармацевтических компаний, выпускающих патентованные лекарства, и этот проект не был реализован.

Таким образом, правительство России стоит перед выбором в решении проблемы обеспечения максимального доступа нуждающимся в ВААРТ ВИЧ-инфицированных граждан Российской Федерации.

Вариант 1. Договариваться с крупными фармацевтическими компаниями о снижении стоимости патентованных препаратов. Правительство, судя по всему, идет именно по этому пути. По заявлению министра здравоохранения и социального развития М.Ю. Зурабова в Российской Федерации будут применяться «патентованные медикаменты с высокой эффективностью», при этом значительное снижение цены не означает, что будут «использоваться препараты по качеству хуже, чем в других развитых странах...».

Некоторые специалисты обращают внимание на необходимость выработки общероссийской политики в отношении ВААРТ, при которой препараты для терапии покупались бы в централизованном порядке, большими партиями, что позволило бы несколько снизить их цену. Если же регионы производят закупки самостоятельно, то и лоббировать снижение цен становится значительно труднее.

Вместе с тем, снижение стоимости можно добиться консолидированной политикой регионов в отношении закупок крупных партий препаратов и получения соответственно значительных оптовых скидок. Уровни консолидации могут быть различными: межтерриториальными, межрегиональными, на уровне Федеральных округов и т.д.

Вариант 2. Признание финансовой несостоятельности и неспособности самостоятельно производить требуемые медикаменты с тем, чтобы получить возможность закупать (получать в рамках гуманитарной помощи) дешевые генерические препараты. При этом следует принять во внимание, что золотовалютный запас России превышает

ет 80 млрд. долл., страна располагает собственной фармацевтической промышленностью и является членом “большой восьмерки”, позиционируя себя на международной арене как развитое государство.

При этом путь Индии и Бразилии, которые развернули производство дженериков на своих промышленных мощностях, также является стратегически невыгодным для Российской Федерации.

Вариант 3. Закупать иностранные патенты или налаживать совместный выпуск современных антиретровирусных препаратов для всех регионов Российской Федерации, что позволит существенно сократить бремя финансовых расходов на приобретение эффективных лекарств.

Однако, для осуществления данного варианта должен быть несколько иной тип экономики, так называемая “производительная экономика”, при которой внутренние сбережения преобладают в инвестициях, Правительство проводит активную промышленную и инновационную политику, дает льготы экспортерам. Это сделает привлекательной перспективу реализации произведенных лекарственных препаратов в страны СНГ.

Таким образом складывающаяся эпидемиологическая ситуация в России требует принятия важных финансовых решений. В ином случае придется смириться с неизбежностью увеличения канала прогрессирующего выбытия трудовых ресурсов в результате развития ВИЧ/СПИД-эпидемии (помимо уже действующих, например, связанных с превышением смертности над рождаемостью и др.) в долгосрочной перспективе. Заметим, что, например, в Бразилии, в стране, сравнимой с Россией по численности населения и уровню доходов на душу населения, на борьбу со СПИДом ежегодно расходуется около 600 млн. долл., включая 200 млн. - только на лечение.

6

МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ СПИДУ: СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД

6.1. Проблемы и противоречия

Прежде чем предложить систему мер противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа в России, нам кажется целесообразным обсудить ряд существенных вопросов, которые появились в ходе уже сложившейся практики или возникли на стадии внедрения различных антиВИЧ/СПИД-программ на территории России.

Анализируя 17-летний период развития эпидемии ВИЧ/СПИД в России, а также учитывая опыт стран, наиболее успешно противодействующих эпидемии, уже можно говорить о приоритетах, недостаточное внимание к которым делает все усилия по минимизации социально-экономических последствий распространения ВИЧ малоэффективными.

К числу таких приоритетных вопросов, ответы на которые уже в ближайшее время должны дать специалисты, государственные структуры и общественность, вовлеченные в борьбу с эпидемией, следует отнести в первую очередь: *проблему доступности антиретровирусных препаратов и проблему приверженности лечению, проблему реализации программ "снижения вреда" у потребителей наркотических веществ, проблему реализации программ «безопасного секса».*

Проблема доступа и приверженности лечению. Одной из главных целей инициатив по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД и одновременно гуманистическим принципом является достижение всеобщего доступа к антиретровирусной терапии тех, кто нуждается в лечении. Это признается неотъемлемым правом человека и, как говорится в документах ВОЗ, "соответствует контексту всеобъемлющих ответных мер против ВИЧ/СПИДа".¹

Между тем современные реалии таковы, что на практике данное требование не только на глобальном, но и на региональном уровнях трудно осуществимо по целому ряду причин. Среди них недостаток соответствующих препаратов является далеко не единственным, а в некоторых случаях и не главным препятствием для лечения. В среде российских специалистов дискутируется другой вопрос: "Должны ли врачи выбирать, кого лечить?"

Некоторые полагают, что денег на лечение всех больных ВИЧ-инфекцией в России никогда не будет, а отсюда возникает и тезис, что "врачи должны выбирать, кого лечить, а кого нет". Такой якобы прагматичный подход ведет к ряду конфликтных ситуаций, если не сказать, в западню.

Представляется, что общепризнанный и гуманистически безупречный принцип "лечить всех, кто в этом нуждается", когда дело доходит до его реализации, вызывает другой вопрос - как этого добиться.

Особенность эпидемии ВИЧ/СПИД в России состоит, как уже говорилось, в преобладании инъекционного пути заражения. Основными группами риска, таким образом, оказываются потребители инъекционных наркотиков, а также лица, вовлеченные в сферу оказания платных сексуальных услуг. Но хорошо известно, что именно представители этих групп прилагают максимум усилий, чтобы не попасть в поле зрения не только правоохранительных органов, но и медиков.

Между тем, принципы назначения ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом антиретровирусной терапии, схемы применения препаратов и критерии эффективности терапии четко определены. Важнейшим принципом такой терапии является не только наличие безусловных медицинских показаний, но и «приверженность» больного терапии, другими словами, реальная возможность и желание больного соблюдать режим антиретровирусной терапии, исключающей несвоевременный прием лекарств или самовольное прекращение приема препаратов.

Отсюда становится понятным, что именно в среде ВИЧ-инфицированных наркоманов применение ВААРТ становится особой проблемой, так как зачастую их образ жизни оказывается несовместимым с жесткими условиями применения ВААРТ.

Потребители наркотиков, даже при желании лечиться, отличаются слабым социальным самоконтролем, нарушают режим лечения и, таким образом, создают еще одну, не менее серьезную проблему. Появляется высокая степень вероятности формирования штаммов ВИЧ, резистентных

ко всем имеющимся антиретровирусным препаратам. А это уже можно расценивать как бактериологическую «бомбу замедленного действия», обезвреживание которой может превратиться в проблему иного класса по своей сложности.

Вышесказанное отнюдь не означает призыва к отказу в лечении ВИЧ-инфекции данной категории больных. Напротив, становится понятно, что принципиально важной задачей становится не только обеспечение доступа к ВААРТ всем нуждающимся, но и формирование приверженности лечению именно в тех группах, где риск заражения наиболее высок, а приверженность лечению наиболее низка.

Существуют особые группы ВИЧ-инфицированных, где проблема доступа к антиретровирусной терапии должна решаться вне связи с какими бы то ни было условиями и обстоятельствами.

Речь идет о ВИЧ-инфицированных детях и о беременных ВИЧ-инфицированных женщинах, принявших решение сохранить беременность и родить ребенка. В этом случае, следует иметь в виду, что программы профилактики перинатальной трансмиссии ВИЧ обладают беспрецедентной эффективностью, снижая риск заражения ребенка до 1-2 % (против 28-33 % в случае отсутствия такого лечения).

Доступность терапии для этих групп должна быть безусловной, обеспечиваться в полном объеме самыми современными препаратами и схемами лечения.

Проблема реализации программ "снижения вреда" у потребителей наркотических веществ.

Основная идея программ - обучение наркоманов «безопасному» употреблению наркотиков: правилам проведения внутривенных инъекций, быстрой дезинфекции использованных шприцев для повторного применения, а также обмен шприцев «на улице» среди потребителей наркотиков, раздача презервативов.

Программы «снижения вреда» в основном реализуются в странах, где государственная политика имеет тенденцию к легализации наркотиков, и в городах, где потребители наркотиков образуют специфическую субкультуру и имеют постоянные, значительные по численному составу, места времяпровождения (определенные кварталы, парки и т.п.).

В некоторых странах действует заместительная, так называемая метадоновая программа, предусматривающая применение таблетированной

формы метадона вместо инъекционного наркотика (героина). "Снижение вреда" видится и в том, что в результате замены инъекционного наркотика на пероральный исключается шприцевой путь заражения.

Однако реализация этой программы в России натолкнулась на ряд особенностей. Так, в отличие от западных стран, потребление наркотиков в России носит отчетливо подпольный и зачастую (а точнее сказать, чаще всего) криминальный характер. На территории Российской Федерации нет определенных и, так сказать, "официальных" мест скопления потребителей наркотиков. Общественное сознание отрицает потребителей наркотиков как полноправных членов общества.

Исходя из этого, программы «снижения вреда» нашли реализацию не только среди потребителей наркотиков, но и среди обычного населения и привлекли дополнительное внимание к наркотикам несовершеннолетних и социально незрелых личностей. Можно быть уверенными в том, что публичная, и, что самое главное, - бесплатная раздача предметов, которые используются для осуществления запретных (и даже наказуемых) манипуляций, может привести к прямо противоположным результатам. Общественно порицаемые, запрещенные и часто уголовно преследуемые действия становятся легальными и чуть ли не санкционированными обществом.

В то время как все в большем числе стран Западной Европы заместительная метадоновая терапия теряет свою актуальность, в России она находит все больше приверженцев.

Специалисты напоминают также, что значительная часть заражений наркоманов ВИЧ в России связана не только со шприцами и иглами, а и с попаданием ВИЧ в растворы наркотиков и в воду, которой шприцы промывают. В этих случаях обмен шприцев сам по себе не имеет эффекта.²

В оценке последствий программы "снижения вреда" российские специалисты занимают несколько различающиеся позиции. Одни придерживаются мягкого подхода, полагая, что если "программы снижения вреда" когда-нибудь и заработают в России в полную силу, то они лишь несколько замедлят распространение ВИЧ среди наркоманов, но не остановят его. К тому времени, когда они будут внедрены в достаточно больших масштабах, большая часть наркоманов уже будет заражена, и "снижение вреда" будет чисто паллиативным вмешательством.³

Другие же высказывают опасения относительно скорее негативных, нежели позитивных или

малоэффективных последствий внедрения этих программ.

Часть экспертов опасается высокой вероятности того, что в российских условиях широкое распространение программ "снижения вреда" может иметь другие, далекие от декларируемых последствия, а именно способствовать формированию в российском общественном сознании вместо чувства неприятия отношение терпимости к потреблению наркотиков.

У сторонников программы "снижения вреда" есть свои аргументы. Один из них - если бы не действовала эта программа, то темпы роста эпидемии в неблагополучных районах были бы еще выше. Другой состоит в том, что неэффективность акций часто обусловлена ограниченностью местных усилий. Так, приводится пример: иркутская программа предлагает раздачу 200 тыс. шприцев в год, тогда как в ходе аналогичной кампании в Цюрихе для гораздо менее многочисленной группы риска предлагалось 4,4 млн. чистых игл.⁴

Как бы то ни было, изучение российского опыта программ "снижения вреда" требует более пристального внимания и изучения.

Проблема реализации программ «безопасного секса».

Идеология программ "безопасного секса" основана на представлениях о том, что использование презерватива в качестве средства, защищающего от инфекций, передающихся половым путем, защищает также и от заражения СПИДом.

В странах Запада, где эпидемия началась значительно раньше, чем в России, борьба за «безопасный секс» имеет свою историю. Именно здесь были введены понятия «опасная сексуальная практика», «опасный секс», «рискованное поведение».

Главная цель этих программ заключалась в формировании в молодежной среде, а также в группах, опасной сексуальной практики установок на пользование презервативами, которые рассматривались в качестве эффективного защитника от ВИЧ.

В Докладе UNAIDS о глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа 2003 года говорится, что презервативы играют ключевую роль в профилактике ВИЧ/СПИДа. Здесь же приводятся выводы национальных институтов здравоохранения США, основанные на результатах различных исследований о том, что при правильном использовании презервативы являются эффективным средством профилактики ВИЧ-инфекции для женщин и мужчин.

Также обращается внимание на то, что отсутствие доступа к презервативам значительно снижает эффективность многих стратегий профилактики ВИЧ/СПИДа. Упоминается важная роль соблюдения морально-нравственных норм, сексуального воздержания, взаимной верности партнеров, более позднее начало половой жизни.

К сожалению, в России, при заимствовании программ «безопасного секса», морально-нравственные критерии отошли на задний план, а главной составляющей стала идея утилитарного использования презервативов едва ли не в качестве панацеи.

Между тем, идею о безопасном сексе в случае использования презервативов, многие специалисты считают мифом, небезосновательно полагая, что говорить в этой ситуации о полной защищенности - это значит вводить людей в заблуждение. А думать так - обманывать себя.

Следует отметить, что в самих США утилитаризация идей «безопасного секса» подверглась резкой критике. Так, в 2001 году в Конгрессе США был представлен сенсационный доклад, в котором утверждалось, что предохраняющая роль презерватива доказана только при ВИЧ-инфекции для мужчин и женщин и гонорее только для мужчин. В отношении других болезней, передаваемых половым путем, весомых доказательств найдено не было. Конгрессмены сделали далеко идущие выводы, указав, что "Федеральные власти десятилетиями тратили миллионы долларов на рекламу презервативов, убеждая, что, благодаря им, беспорядочные половые связи могут быть безопасными. Теперь мы видим, что это не соответствует действительности".

Таким образом, морально-нравственные критерии в оценке безопасного поведения, необходимость следования нормам здорового образа жизни вновь выходят в мире на передний план.

В этом контексте Россия, хотя и повторив чужие ошибки, получает возможность внедрить идеологию нравственного здорового образа жизни с позиций позитивной профилактики.

Мысль о том, что «безопасного секса не бывает» должна наполниться конкретным смыслом и способствовать формированию социально-безопасного поведения молодежи. Но эти навыки должны базироваться не на страхе перед заражением ВИЧ, а на осознанном нравственном поведении.

¹ Обеспечить лечение... С.

² Медицинская газета. - 2003. - 31 октября.

³ Там же.

⁴ www.NEWSru.com

6.2 Меры противодействия ВИЧ/СПИДу

Условно население России можно разделить на две категории. Одна (подавляющее большинство) свободна от ВИЧ, вторая - люди, живущие с ВИЧ. Каждая категория в свою очередь разделяется на группы. Для части людей, свободных от ВИЧ, угроза заражения кажется малоактуальной. Для другой группы в силу, например, поведенческих особенностей и других факторов существует повышенная угроза заражения. Третьи уже входят группу высокого риска заражения ВИЧ. И именно в этой группе находится большинство «рекрутов» эпидемии.

В категории людей, живущих с ВИЧ, есть группа

уже нуждающихся в лечении и группа тех, кому лечение понадобится позже.

Следует помнить, что все эти категории и группы составляют одно общество, в котором они взаимодействуют и влияют друг на друга. Поэтому, в современном глобализирующемся, мире возможность заражения ВИЧ не исключена почти ни для кого.

Эпидемия ВИЧ/СПИДа рассматривается сегодня как дорога с односторонним движением: можно остаться на всю жизнь свободным от ВИЧ, но, заразившись, пока что невозможно освободиться от вируса.

Таким образом, главная задача мер противодействия ВИЧ/СПИДу в настоящий момент - затормозить скорость движения по этой дороге в сторону заражения, то есть заметно снизить темпы распространения эпидемии, последовательно и неуклонно сокращая число новых случаев.

В России уже сложилась система профилактики и лечения ВИЧ-инфекции. Но так как сама эпидемия отличается высоким уровнем изменчивости и динамичности, система требует постоянной корректировки и адаптации, равно как и каждая из перечисленных групп требует своих специфических подходов в профилактике и/или лечении.

В настоящее время в системе мер противодействия ВИЧ/СПИДу следует считать актуальными повестками дня следующие:

Актуальная повестка дня в противодействии	Меры противодействия
Формирование приверженности лечению в группах высокого риска заражения ВИЧ	<p>Включение программ формирования приверженности лечению в стандарты организации наркологической помощи</p> <p>Организация тесного информационного взаимодействия между службой профилактики ВИЧ-инфекции и наркологической службой</p>
Реализация программ полной и безусловной доступности ВААРТ для беременных женщин и ВИЧ-инфицированных детей	<p>Принятие чрезвычайных мер по повсеместному внедрению новейших программ профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку во время беременности и родов</p> <p>Внесение этих программ в стандарты оказания медицинской помощи в службе родовспоможения</p> <p>Создание и реализация стандартов педиатрических программ доступности ВААРТ с использованием новейших лекарственных средств</p>
Профилактика заражения ВИЧ	<p>Разработка и активное применение целевых профилактических программ в конкретных уязвимых группах</p> <p>Повышение эффективности профилактических программ для молодежи</p> <p>Внедрение в молодежной среде программ «позитивной профилактики», нацеленных на пропаганду нравственных ценностей и здорового образа жизни</p> <p>Разработка и внедрение образовательных и информационных программ с целью преодоления в обществе синдрома дискриминации людей, живущих с ВИЧ</p>

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящий момент динамические характеристики эпидемиологической ситуации в России свидетельствуют о развитии эпидемии по сценарию, который с крайней осторожностью можно назвать оптимистическим. Это проявляется в том, что абсолютное число ВИЧ-инфицированных растет, но при этом наблюдается относительно устойчивое (в течение трех последних лет) замедление темпов распространения ВИЧ-инфекции. С 1999 года по 2004 год темп прироста абсолютного числа ВИЧ-инфицированных снизился в 10 раз.

В целом, эту позитивную динамику преждевременно трактовать как установление повсеместного контроля над ВИЧ-ситуацией и обуздание эпидемии. Анализ региональной ситуации по ВИЧ/СПИДу показывает, что эпидемия развивается разнонаправленно.

Учет регионального фактора является необходимым условием для адекватной оценки постоянно меняющейся ситуации, для ее прогнозирования, а также для создания регионально адаптированной системы мер противодействия.

Если не осознать, что в настоящее время перед обществом выдвигаются новые задачи по мерам противодействия, то нынешние позитивные тенденции станут только короткой отсрочкой перед новой волной распространения ВИЧ-инфекции.

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

В области законодательства в числе важных мер представляется принятие закона о профилактике употребления психоактивных веществ в организованных (трудовых) коллективах.

Финансовая стратегия должна соответствовать уровню угроз, исходящих от распространения ВИЧ/СПИДа, учитывать все возрастающие финансовые затраты на лечение больных ВИЧ-инфекцией.

Федеральному руководству придется более критично оценить реальные возможности регионов в финансировании антиВИЧ/СПИД программ. Это особенно актуально в связи с принятием нового законодательства о льготах.

В области промышленной политики насущной задачей продолжает оставаться задача создания отечественной промышленности для выпуска антиВИЧ/СПИД препаратов.

В разряд первоочередных общенациональных задач входит борьба с наркотизацией общества, которая представляет прямую угрозу национальной безопасности.

В конкретной политике на региональном и ведомственном уровнях необходимо создать в системе наркологической службы полный профилактическо-лечебно-реабилитационный цикл, как наиболее эффективный способ создания приверженности лечению ВИЧ-инфицированных потребителей наркотиков.

В России существует действенная система эпидемиологического надзора, в том числе и за распространением ВИЧ-инфекции. Однако отсутствует унифицированная и достоверная база статистических данных, позволяющая оперативно отслеживать динамические изменения эпидемии на различных территориях. Преодоление этих «ножниц» возможно только путем упорядочивания информации и обеспечения доступа к ней с целью анализа и принятия своевременных решений.

В настоящее время Россия обладает потенциалом для качественно нового уровня профилактики перинатального заражения ВИЧ. Полный и безусловный доступ ВИЧ-инфицированных беременных женщин к программам, снижающим риск заражения ребенка во время беременности и родов, должен стать строго соблюдаемым стандартом оказания медицинской помощи в службе родовспоможения.

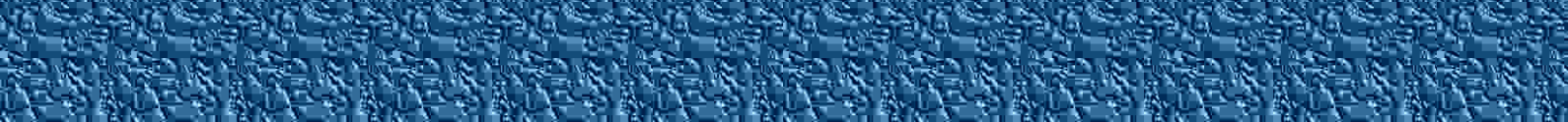
Проведенное исследование продемонстрировало, что Россия имеет свои субконтинентальные и даже цивилизационные особенности, отличающие российский вариант развития эпидемии ВИЧ-инфекции от того, что происходит, например, на Западе, в США и Латинской Америке.

Именно поэтому механический перенос программ и мер противодействия, выработанных применительно к другим народам и территориям, может привести в России к иным, иногда противоположным, результатам.

В последние годы в России активизировалась деятельность неправительственных международных организаций в профилактике ВИЧ/СПИДа. По финансовым вложениям эта помощь достигает внушительных размеров. Систематизация этих гуманитарных акций, активное участие и помощь со стороны ученых и специалистов, должны стать составляющими деятельности неправительственных организаций.

Приходится признать, что российское общество все еще не осознало подлинную меру опасности, исходящей от эпидемии ВИЧ/СПИДа.

Стратегическая задача состоит в том, чтобы предлагаемые меры противодействия не создавали в обществе страх и панику, а способствовали формированию социально безопасной модели поведения, основанной на ответственности перед будущим.



© *Департамент здравоохранения города Москвы*
© *Российский институт стратегических исследований*

Исследование подготовлено в рамках городской целевой
Программы «АнтиВИЧ/СПИД» при содействии компаний:
Ф. Хоффманн-Ля Рош Лтд.,
ГлаксоСмитКлайн Фармасьютикалс, представительство в России,
Бристоль-Майерс Сквибб,
Эбботт Лэбороториз С.А.,
Берингер Ингельхайм Фарма Гмбх, Вена