



«3 к 5»

ОТЧЕТ О ХОДЕ РЕАЛИЗАЦИИ СТРАТЕГИИ

Декабрь 2004 г.



Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу

ЮНЭЙДС

УВКБ-ЮНИСЕФ-МПП-ПРООН-ЮНФПА
ЮНОДК-МОТ-ЮНЕСКО-ВОЗ-ВСЕМИРНЫЙ БАНК



Всемирная
организация здравоохранения

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

World Health Organization.

“3 by 5” progress report. December 2004 / WHO and UNAIDS.

1.HIV infection 2. Acquired immunodeficiency syndrome 3.Antiretroviral therapy, Highly active
4.Strategic planning 5. Intersectoral cooperation. 6.World Health Organization 7.UNAIDS I.Title
II.UNAIDS

ISBN 92 4 459275 4

(NLM Classification: WC 503.2)

© Всемирная организация здравоохранения, 2005 г.

Все права зарезервированы. Публикации Всемирной организации здравоохранения могут быть получены в Отделе прессы ВОЗ, Всемирная организация здравоохранения, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 2476; факс: +41 22 791 4857; электронная почта: bookorders@who.int). Запросы для получения разрешения на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ - будь то для продажи или для некоммерческого распространения - следует направлять в Отдел прессы ВОЗ по указанному выше адресу (факс: +41 22 791 4806; электронная почта: permissions@who.int).

Обозначения, используемые в настоящем издании, и приводимые в нем материалы ни в коем случае не выражают мнения Всемирной организации здравоохранения о юридическом статусе какой-либо страны, территории, города или района, их правительствах или их границах. Пунктирными линиями на картах показаны приблизительные границы, в отношении которых пока еще не достигнуто полного согласия.

Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения отдает им предпочтение по сравнению с другими, которые являются аналогичными, но не упомянуты в тексте. Исключая ошибки и пропуски, наименования патентованной продукции выделяются начальными прописными буквами.

Все разумные меры предосторожности были приняты ВОЗ для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов.

Напечатано в

Содержание

Предисловие	4
Пояснительная записка	6
Введение	9
Прогресс в цифрах	11
Оценка количества пациентов, получающих АРТ	12
Лечение дает желаемый результат	13
Проблемы расширения доступа к АРТ	14
Прогресс, достигнутый странами в борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИДа	17
Ботсвана: политическое руководство указывает путь к цели	17
Камбоджа: координирование деятельности на национальном уровне	19
Камерун: расширение сети услуг по консультированию и тестированию на ВИЧ-инфекцию	20
Гаити: Глобальный фонд помогает повернуть эпидемию вспять.....	21
Мозамбик – первые шаги к выполнению поставленных задач	22
Таиланд: повсеместное расширение доступа к АРВ- терапии	23
Замбия: интенсивно развивающаяся программа	24
Вместе к намеченной цели	25
Основные результаты партнерских взаимоотношений	25
Составные элементы программы “3 к 5”	29
Консультирование и тестирование на ВИЧ-инфекцию.....	29
Туберкулез и ВИЧ/СПИД	30
Профилактика и лечение оппортунистических инфекций	32
Профилактика ВИЧ-инфекции у новорожденных.....	32
Профилактика и лечение – части единого комплекса	33
Подготовка к проведению антиретровирусной терапии	33
Лекарственные препараты, используемые в лечении СПИДа. Средства диагностики ВИЧ-инфекции	34
Цены на антиретровирусные препараты в развивающихся странах.....	36
Цены на антиретровирусные препараты в странах Европы и Центральной Азии	36
Управление системой снабжения лекарственными препаратами	36
Подготовка медицинских кадров.....	36
Контроль качества и аккредитация.....	38
Мониторинг результатов лечения	38

Лекарственная устойчивость	38
Прикладные научные исследования	39
Лечение и уход за пациентами с ВИЧ/СПИДом на дому	39
Лечение ВИЧ-инфекции в детском возрасте	40
ВИЧ/СПИД и система здравоохранения	42
Высокопрофессиональные кадры	42
Путь к цели: задачи 2005 года	45
Приложение 1.	49
Приложение 2.	52
Приложение 3.	58
Приложение 4.	64

Предисловие

В 2003 году во Всемирный день борьбы со СПИДом организациями ВОЗ и ЮНЭЙДС была поставлена весьма амбициозная цель – обеспечить к 2005 году доступ к антиретровирусной терапии 3 миллионам ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом, проживающих в развивающихся странах и в странах с переходной экономикой. Неудивительно, что эта инициатива, получившая название «3 к 5», была воспринята с некоторым скептицизмом.

Но это был необходимый риск.

Программа «3 к 5», в основу которой положено признание права человека на лечение и которая рассчитана на многолетнюю работу правительств, доноров и гражданского общества, призвана вселить надежду и придать силы местным сообществам, в большой степени морально истощенным под разрушительным натиском эпидемии. Кроме того, мы были убеждены, что вся система Организации объединенных наций в целом и особенно ВОЗ способны оказать странам гораздо более существенную помощь в предоставлении лечения беднейшим слоям населения, которые в наибольшей степени пострадали от ВИЧ/СПИДа.

Так как мы представляем уже второй отчет о ходе реализации данной программы, мы можем засвидетельствовать грандиозный синергический эффект, возникший в результате успешного стратегического сотрудничества с партнерами в самых разных областях. Совместные усилия, предпринимаемые в общемировом масштабе по достижению целей «3 к 5», становятся более интенсивными и переходят от выработки планов к их претворению в жизнь.

Во второй половине 2004 года был сделан огромный прогресс и достигнут намеченный на декабрь показатель – обеспечение антиретровирусной терапией 700 тысяч человек. В настоящее время инициатива «3 к 5» сплотила под своими знаменами мощное международное движение. Особенно важно, что многие страны выступили в роли лидеров, увеличивая свое политическое и финансовое участие, мобилизуя человеческие ресурсы и эффективно привлекая партнеров для расширения сети услуг по антиретровирусной терапии. Вполне очевидно, что успех проекта «3 к 5» будет в конечном счете зависеть от стабильной и сильной политической воли и пристального контроля за его исполнением со стороны правительства.

Сотрудничество с различными партнерами стало одним из основных механизмов расширения масштабов услуг по лечению ВИЧ/СПИДа. На национальном уровне были предприняты беспрецедентные меры по противодействию эпидемии как со стороны государственных, так и частных учреждений, обслуживающего персонала, активистов, религиозных организаций и средств массовой информации. На международном уровне решающую роль играли Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, объявленный Президентом США Чрезвычайный план по оказанию помощи в борьбе со СПИДом, Всемирный банк, Фонд Клинтона, Médecins sans Frontières и многие другие партнеры.

Мы также с удовлетворением отмечаем, что, судя по первоначальным данным, показатели по соблюдению режима и результативности лечения в развивающихся странах аналогичны, а подчас и превышают соответствующие показатели, которые зарегистрированы в благополучных индустриальных странах. По мере того, как состояние здоровья людей, страдающих ВИЧ/СПИДом, улучшается благодаря получаемому лечению, мы наблюдаем оздоравливающее воздействие на семью, общество и экономику. С расширением доступа к лечению появляется и больше возможностей для повышения эффективности профилактических мероприятий. Только при наличии эффективных профилактических услуг возможно устойчивое функционирование служб по лечению СПИДа.

Как отражено в настоящем отчете, нам предстоит решить еще немало реальных проблем, но при этом они не являются непреодолимыми. При наличии миллиардов долларов, растущей политической воле и резком подъеме общественных потребностей в антиретровирусной терапии цели инициативы «3 к 5» могут явиться важнейшим мобилизующим фактором в сосредоточении внимания и активизации деятельности по преодолению существующих препятствий. Проведение неуклонного курса, направленного на улучшение здоровья людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, имеет принципиальное значение, если мы намерены достичь и превзойти цель в 3 миллиона.



LEE Jong-Wook,
Генеральный директор
Всемирная организация здравоохранения



Peter Piot
Исполнительный директор
Совместная программа Организации
объединенных наций по борьбе с
ВИЧ/СПИДом (ЮНЭЙДС)



Пояснительная записка

Статистический обзор

Во второй половине 2004 года количество людей, получающих антиретровирусную терапию в развивающихся странах и странах с переходной экономикой, резко возросло с 440 тысяч до порядка 700 тысяч. Эта цифра составляет около 12% от 5,8 миллионов человек, нуждающихся в лечении в развивающихся странах и странах с переходной экономикой, и включает в себя пациентов, получающих АРТ при поддержке Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, Чрезвычайного плана Президента США по оказанию помощи в борьбе со СПИДом, Всемирного банка и других партнеров.

В африканских, странах, расположенных к югу от Сахары, только за последние шесть месяцев количество людей, принимающих лечение, удвоилось с 150 тысяч до 310 тысяч. В Ботсване, Кении, Уганде и Замбии численность пациентов, проходящих лечение, возросла в каждой из стран более чем на 10 тысяч человек. По оценкам специалистов, в настоящее время в Ботсване, Намибии и Уганде охват АРТ превышает одну четверть общего числа людей, которым необходимо такое лечение, а в 13 странах этого региона обеспеченность антиретровирусной терапией составляет более 10%. На сегодняшний день в указанном регионе действует 700 с лишним пунктов по оказанию услуг антиретровирусной терапии.

К концу 2004 года в Восточной, Южной и Юго-Восточной Азии получало лечение 100 тысяч человек, что в два раза больше, чем отмечалось в предыдущие шесть месяцев. Лидером в этом направлении является Таиланд, где доступ населения к медицинскому обслуживанию расширяется во всех районах и уже функционирует свыше 900 пунктов по оказанию услуг антиретровирусной терапии, а охват антиретровирусным лечением ежемесячно увеличивается на 3 тысячи человек.

По-прежнему наблюдаются положительные тенденции в расширении доступа к АРТ в Латинской Америке и в странах Карибского бассейна. По степени доступности АРТ для населения всей страны лидирующее положение занимает Бразилия, при этом более девяти стран этого региона также имеют уровень охвата, превышающий 50%. Прогресс в странах Восточной Европы, Центральной Азии, Северной Америки и Ближнего Востока в общем развивался значительно медленней.

Первоначальные данные свидетельствуют о том, что показатели результативности лечения в развивающихся странах ничуть не ниже тех, которые отмечаются в странах с высоким уровнем жизни. Степень соблюдения режима лечения составляет не менее 90%, и трудно переоценить пользу, которую индивидуумы получают от лечения, при этом уровень выживаемости достигает 90% после года лечения и 80% после двух лет получения антиретровирусной терапии.

Национальные достижения

В странах, подвергшихся эпидемии, решающее значение для скорейшего расширения сети услуг по АРТ имела твердая политическая воля со стороны национальных правительств, благодаря которой мероприятия по борьбе с ВИЧ/СПИДом стали одним из приоритетов при распределении бюджетных средств и неизменным направлением в социальной программе помощи неимущим и нуждающимся. Под руководством национальных советов по проблемам СПИДа, ведущих активную и целенаправленную деятельность, многие страны уже сейчас идут с опережением своих индивидуальных плановых показателей, демонстрируя тем самым, что глобальная цель «3 к 5» может быть достигнута, если государства проявляют инициативу, задействуют максимум своих внутренних ресурсов и эффективно привлекают к этой деятельности партнеров.

В ряде стран существенного расширения доступа к лечению удалось добиться путем увеличения количества пунктов по предоставлению АРТ. В целом, численность женщин, проходящих курс терапии, растет теми же темпами, что и численность мужчин, однако вопросам лечения детей по-прежнему не уделяется должного внимания.

Тесное сотрудничество

За последние 12 месяцев инициатива «3 к 5» способствовала созданию мощного международного движения. Одной из основных движущих сил в расширении масштабов лечения ВИЧ/СПИДа является сотрудничество с различными сторонами, как на национальном, так и на глобальном уровне. В рамках каждой отдельной страны были предприняты беспрецедентные меры по расширению борьбы с инфекцией как со стороны государственного, так и частного сектора. Проводя постоянную работу во многих странах, подвергшихся эпидемии, Глобальный фонд борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, Чрезвычайный план Президента США по оказанию помощи в борьбе со СПИДом, а также Всемирный Банк сыграли важнейшую роль в претворении в жизнь проекта по расширению масштабов АРТ. Их обязательства по выделению дополнительных существенных денежных средств в значительной мере способствовали активизации деятельности на национальном уровне, росту содействия со стороны других финансирующих организаций и в целом успешному продвижению санитарно-просветительской работы.

Составные элементы программы расширения масштабов АРТ

Во многих районах было внедрено несколько ключевых элементов программы по АРТ. Они включают в себя расширение доступа к услугам по консультированию по вопросам ВИЧ-инфекции и тестированию интегрирование программ по АРТ и туберкулезу, улучшение доступности и интегрирование услуг по уходу и поддержке; профилактику передачи инфекции от матери к ребенку; обеспечение лекарственными препаратами и средствами диагностики; обучение медицинских работников, представителей местного населения и людей, живущих с ВИЧ/СПИДом; разработку систем наблюдения и мониторинга пациентов, получающих лечение; и введение анализа деятельности в стандартную практику для воплощения опыта, приобретенного ценой напряженных усилий, в типовые программы, основанные на доказательных фактах, которые могут быть адаптированы применительно к местным условиям. Расширение масштабов АРТ, при грамотном и разумном управлении, может привести к укреплению, как программ профилактики ВИЧ-инфекции, так и системы здравоохранения в целом.

Во второй половине 2004 года в масштабах всего мира количество пациентов, принимающих курс лечения, ежемесячно увеличивалось на 40-50 тысяч человек. Тем не менее, на пути достижения плановых показателей в 2005 году до сих пор остаются труднопреодолимые барьеры. С географической точки зрения многие достижения распределены неравномерно: ключевые составные элементы до сих пор отсутствуют в очень многочисленных областях стран с крайне неблагоприятным эпидемиологическим положением.

Успех стратегии «3 к 5» будет, в конечном счете, определяться действиями, предпринимаемыми в рамках отдельных стран со стороны правительств, гражданских обществ, здравоохранительных учреждений и партнерских организаций. Политическая воля, проявленная на самом высоком уровне в любой отдельной стране, будет иметь решающее значение при определении возможности достижения их целей. Стимулирующим фактором для правительств также может быть гибкий и творческий подход, который уже был продемонстрирован основными донорами при направлении денежных средств туда, где они в наибольшей степени необходимы, но их усилия в настоящее время должны быть переведены на следующий уровень. При существующих затратах на функционирование системы здравоохранения для обеспечения доступа к антиретровирусной терапии 2,3 миллионам человек потребуется стабильное дополнительное финансирование со стороны правительств и внешних доноров в размере не менее 2 миллиардов долларов США.

Недостаток ресурсов является лишь одним из многочисленных трудных препятствий, которые стоят на нашем пути. Предметом особой озабоченности является стоимость АРВ-препаратов для стран и индивидуумов, равно как и географическое распределение связанных с ВИЧ/СПИДом услуг и человеческих ресурсов. До сих пор существует острая необходимость улучшения инфраструктуры по предоставлению ухода и лечения. Организации, работающие в области ВИЧ/СПИДа, должны обеспечить, чтобы их усилия были направлены на поиск реальных решений именно тех насущных проблем, которые будут стоять перед различными странами. Тем не менее, прогресс, достигнутый в 2004 году, заложил фундамент для беспрецедентного форсированного броска для реализации целей инициативы «3 к 5» к концу 2005 года.

Введение

Стремясь обеспечить своевременное информирование мирового сообщества о тех стремительных переменах, которые происходят на полях сражений с пандемией ВИЧ/СПИДа, ВОЗ и ЮНЭЙДС приняли решение о подготовке полугодовых отчетов о ходе реализации программы «3 к 5». Первый полугодовой отчет был представлен вниманию медицинской общественности на XV международной конференции по проблемам СПИДа, состоявшейся в июле 2004 г. в Бангкоке, Таиланд.

Настоящий отчет, который является вторым в данной серии публикаций, посвящен анализу результатов, достигнутых странами в процессе осуществления программы «3 к 5», и также рассказывает о деятельности международных партнеров, оказывающих помощь этим странам в выполнении поставленных задач. Помимо этого, в отчете приводится краткое описание того, как отдельные структурные элементы проектов по расширению доступа к АРТ сводятся в единое целое, и каким образом решаются вопросы, выходящие за рамки программ сугубо лечебного профиля.

В отчете на конкретных примерах описывается прогресс, достигнутый странами-участницами инициативы «3 к 5», указывается оценочное количество пациентов, получающих антиретровирусное лечение и проводится анализ эффективности АРТ. В документе определяется круг проблем, осложняющих работу по расширению доступа к антиретровирусной терапии в странах со слаборазвитой экономикой, и также рассказывается, как эти проблемы решаются на практике – путем укрепления и развития национальных систем здравоохранения, обеспечения комплексного характера мер по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа и создания равного доступа к качественным медицинским услугам.

Настоящий отчет основывается на оперативной информации и промежуточных отчетах, полученных от международных, национальных и местных организаций, участвующих в деятельности по развитию сети услуг по АРТ. Мы хотели бы поблагодарить всех тех, кто внес свой вклад в подготовку данного отчета о ходе реализации программы «3 к 5». Действуя совместно с правительствами стран и различными НПО, подразделения ВОЗ (как на уровне штаб-квартиры, так и на уровне региональных и национальных бюро) провели большую работу по сбору самой свежей информации о ходе реализации мер по расширению доступа к АРТ. Секретариат ЮНЭЙДС и партнеры ЮНЭЙДС по оказанию спонсорской помощи осуществляли наблюдение за процессом трансформации обязательств, принятых на себя различными агентствами ООН и международными НПО, в реальные действия.

Участники инициативы «3 к 5» регулярно обмениваются накопленным опытом. ВОЗ, ЮНЭЙДС, Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, Чрезвычайная программа Президента США по борьбе со СПИДом и Всемирный банк приняли участие в серии специальных совещаний, посвященных обмену информацией и отчетными данными, что обеспечило получение более точных оценок.

Для того, чтобы представить результаты огромного труда, потраченного на сбор и обработку информации, могут потребоваться сотни страниц печатного текста. Учитывая специфику полугодовых отчетов о ходе реализации программы «3 к 5», мы решили уделять основное внимание наиболее распространенным и важным темам, которые затрагиваются в получаемых нами информационных сводках, сопровождая общий материал конкретными примерами из деятельности стран и организаций-партнеров. Данные, приводимые в настоящем отчете, были либо получены нами в виде полного пакета информации от соответствующих министерств здравоохранения, либо были дополнены (в тех случаях, когда представленные той или иной страной информационные сводки не содержали данных по всем проектам) официально утвержденными цифрами, предоставленными руководством международных программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом.



Прогресс в цифрах

Последние шесть месяцев стали свидетелем крупных достижений в рамках реализации инициативы «3 к 5». В период с июня по декабрь 2004 г. охват нуждающихся услугами по АРТ в развивающихся странах и странах с переходной экономикой возрос до 700 тыс. человек (см. рис 1). Основной движущей силой этой положительной тенденции стали страны Африки расположенные к югу от Сахары, где за указанный период число пациентов, получающих АРТ, практически удвоилось.

Упомянутая выше цифра (700 тыс. чел.) составляет 12% от 5,8 млн. человек, которые в настоящее время нуждаются в антиретровирусной терапии, и включает лиц, получающих лечение при финансовой поддержке со стороны национальных программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом, неправительственных организаций, частного сектора, Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, Чрезвычайной программы Президента США по борьбе со СПИДом, Всемирного банка и др.

Рис. 1. Количество пациентов, получающих АРТ в развивающихся странах и странах с переходной экономикой (по регионам) – 2002–2004 гг.

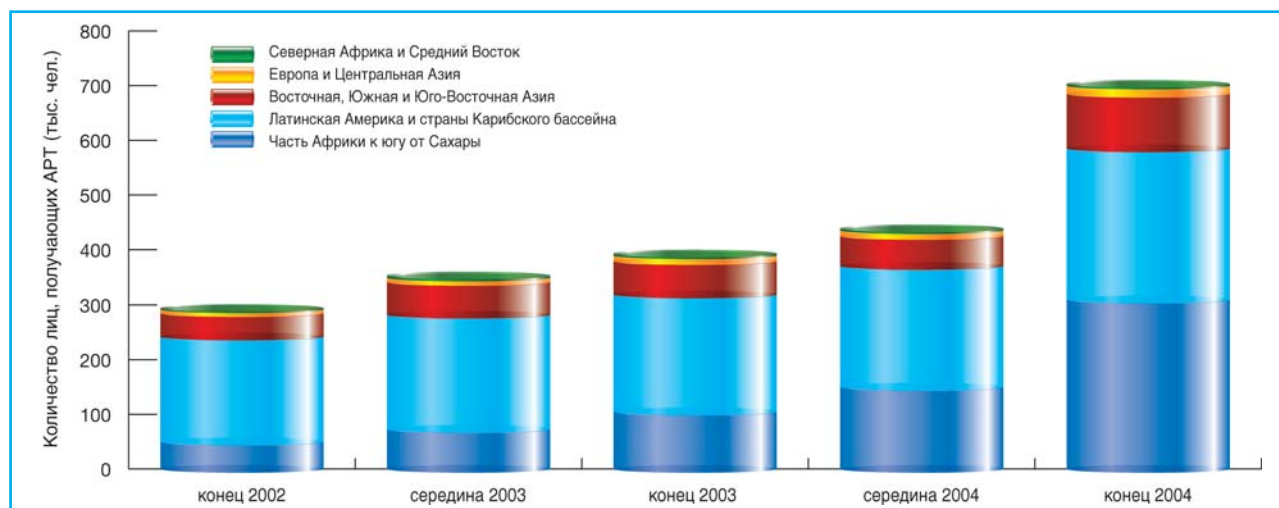


Таблица 1. Оценочное количество пациентов, получающих АРТ. Количество ВИЧ-инфицированных, нуждающихся в АРТ. Охват нуждающихся услугами по АРТ в развивающихся странах и странах с переходной экономикой (по регионам) – декабрь 2004 г.^{a, b}

Географический регион	Оценочное кол-во лиц, получающих АРТ, декабрь 2004 (нижний и верхний пороги оценочных значений). ^c	Оценочное количество лиц в возрасте от 15 до 49 лет, нуждающихся в АРТ, 2004 г. ^d	Охват нуждающихся услугами по АРТ в % (данные за декабрь 2004 г.) ^e	Оценочное количество лиц, получающих АРТ (данные за июнь 2004 г.)
Часть Африки к югу от Сахары	310 тыс. (270 тыс. – 350 тыс.)	4 млн.	8%	150 тыс.
Латинская Америка и страны Карибского бассейна	275 тыс. (260 тыс. – 290 тыс.)	425 тыс.	65%	220 тыс.
Восточная, Южная и Юго-Восточная Азия	100 тыс. (85 тыс. – 115 тыс.)	1,2 млн.	8%	55 тыс.
Европа и Центральная Азия	15 тыс. (13 тыс. – 17 тыс.)	150 тыс.	10%	11 тыс.
Северная Африка и Средний Восток ^f	4 тыс. (2 тыс. – 6 тыс.)	55 тыс.	7%	4 тыс.
Итого	700 тыс. (630 тыс. – 780 тыс.)	5,8 млн.	12%	440 тыс.

Примечание: итоговые цифры могут не соответствовать арифметической сумме отдельных слагаемых ввиду округления.

^a Приложение 1 содержит описание использованных методов, а также таблицу с теми же самыми данными, приведенными в разбивку по регионам деятельности ВОЗ. В приложении 2 содержится данные по отдельным странам.

^b Данные приводятся по всем странам, за исключением государств Западной Европы, Австралии, Багамских островов, Бахрейна, Брунея, Канады, Кипра, Гренады, Израиля, Японии, Кувейта, Новой Зеландии, Катара, Республики Корея, Сингапура, Объединенных Арабских Эмиратов и Соединенных Штатов Америки.

^c Некоторые страны представили информацию, в которую включены данные о количестве лиц в возрасте до 15 лет, получающих АРТ, и эти данные были отражены в данной таблице. По предварительным оценкам, пациенты в возрасте до 15 лет составляют менее 5% от общего количества лиц, получающих антиретровирусное лечение.

^d Данная цифра представляет собой среднее арифметическое между нижним и верхним оценочными значениями заболеваемости и смертности от СПИДа. Расчет количества ВИЧ-инфицированных, нуждающихся в антиретровирусной терапии, производился с использованием методик, описываемых в приложении 1. Оценочные показатели по отдельным странам могут различаться ввиду специфики местных методик расчета.

^e Приводимый в таблице показатель охвата нуждающихся услугами по АРТ рассчитан на основе среднеарифметических показателей количества пациентов, получающих антиретровирусное лечение, и оценочного количества ВИЧ-инфицированных, нуждающихся в таком лечении.

^f За исключением Турции, страны данного региона не предоставили обновленных данных за период с июня 2004 г.

Вторая половина 2004 г. ознаменовалась крупными успехами ряда африканских стран по осуществлению инициативы «3 к 5». Количество центров по АРТ превысило 700, что привело к резкому увеличению охвата нуждающихся услугами по антиретровирусной терапии. В Ботсване, Кении, ЮАР, Уганде и Замбии число пациентов, получающих антиретровирусное лечение, возросло на 10 тыс. человек. В настоящее время охват ВИЧ-инфицированных услугами по АРТ в Ботсване, Намибии и Уганде превышает 25% от общего числа лиц, нуждающихся в антиретровирусном лечении, а в 13 других странах Африки охват превышает 10% от общего числа нуждающихся. Тем не менее, общий показатель охвата услугами по антиретровирусной терапии в странах Африки расположенных к югу от Сахары остается низким – около 8% (см. таблицу 1; данные с разбивкой по регионам деятельности ВОЗ представлены в приложении 1).

В странах Восточной, Южной и Юго-Восточной Азии также был зарегистрирован стремительный рост показателя охвата ВИЧ-инфицированных услугами по АРТ (в основном, в Таиланде) – от 50 тыс. в июне 2004 г. до 100 тыс. в декабре 2004 г. (см. таблицу 1). Количество пациентов, получающих антиретровирусное лечение, в странах Латинской Америки и Карибского бассейна возросло до 275 тыс., что составляет около 2/3 от общего числа нуждающихся в лечении. Только в Бразилии число ВИЧ-инфицированных, получающих АРТ, составило 154 тыс. человек.

В странах Европы и Центральной Азии был зафиксирован умеренный рост показателя охвата пациентов услугами по антиретровирусной терапии (15 тыс. человек). Так как новой информации о положении дел в государствах Северной Африки и Среднего Востока не поступало (см. таблицу 1), то необходимые цифры были взяты из отчетов за июнь 2004 г., хотя определенная работа по расширению сети услуг по АРТ в этих странах проводится.

Оценка количества лиц получающих АРТ

Совокупные показатели по всем странам мира, участвующим в осуществлении инициативы «3 к 5», являются красноречивым и вселяющим оптимизм свидетельством крупных успехов, достигнутых в этом направлении. Мы уверены, что получаемая нами информация о результатах работы по расширению доступа к АРТ является гораздо более полной и точной по сравнению с данными за предыдущие периоды. Однако эта информация должна использоваться с учетом того обстоятельства, что во многих странах системы наблюдения за состоянием здоровья пациентов, получающих АРТ, все еще проходят период адаптивования с учетом местной специфики. Цифры, включенные в настоящий отчет, основаны на сводках, подготовленных соответствующими странами, либо были получены через личные коммуникационные каналы из основных информационных источников. Эти данные были подвергнуты дополнительной проверке с использованием альтернативных источников, включая отчеты организаций-доноров и НПО, и были предприняты все необходимые меры для того, чтобы избежать двойного учета.

В идеале, в отчетах стран-участниц инициативы «3 к 5» должны содержаться данные о количестве ВИЧ-инфицированных, которые только начинают получать АРТ, количестве лиц, которые не соблюдают назначенного режима лечения, а также показатели смертности от СПИДа. К примеру, хотя министерство здравоохранения Ботсваны сообщало о том, что 21 267 человек начали получать антиретровирусное лечение в государственных медицинских учреждениях страны в период с января 2002 г. по сентябрь 2004 г., в сводке, предоставленной министерством здравоохранения не упоминается, то обстоятельство, что в течение этого же периода 1761 больной умерло, что составило 8% от общего числа лиц, кто начал получать антиретровирусную терапию. Необходимо отметить, что такой уровень детализации данных, является пока недостижимым для стран, где процесс формирования национальных систем мониторинга еще не завершен.

Подсчет количества пациентов, получающих антиретровирусное лечение в частных клиниках, связан с определенными трудностями. Многие пациенты снабжаются АРВ-препаратами через местные аптеки и частные медицинские учреждения, которые зачастую не являются подотчетными перед местными органами здравоохранения. Во многих частных компаниях существует практика организации услуг по АРТ для сотрудников, страдающих ВИЧ-инфекцией в поздней стадии, и эти данные не были включены в оценочные показатели количества лиц, получающих АРТ. И здесь в качестве образца снова выступает Ботсвана, где, по официальным данным, лечение в частных клиниках получает около четверти от общего числа всех ВИЧ-инфицированных получающих АРТ. Однако, во многих случаях данные о количестве пациентов, получающих АРТ вне государственных медицинских учреждений, не отражаются в официальной статистике.

Помимо этого, нужно помнить, что временные тенденции по всем странам в целом отражают положение дел на конец 2004 г., тогда как национальные отчеты, на основе которых готовились эти сводки, датированы, как правило, более ранним числом. Учитывая стремительный рост показателей, необходимо проводить оценку и прогнозирование трендов в пределах стандартного временного промежутка. Таким образом, оценочные показатели на конец 2004 г. были определены путем простой линейной экстраполяции имеющихся фактических данных с использованием текущих временных тенденций в качестве индикатора роста, с учетом показателей смертности.

Соответственно, совокупные показатели количества лиц, получающих антиретровирусное лечение во всех странах мира в целом, могут быть ниже фактических цифр ввиду того, что все имеющиеся данные указывают на стремительное увеличение, как числа клиник предоставляющих АРТ, так и числа лиц, получающих антиретровирусное лечение. Учитывая, что общие оценочные данные по странам носят приближенный характер, в приложении 1 и 2 приводятся самые нижние и самые верхние пороговые оценочные значения. Предполагается, что количество ВИЧ-инфицированных, получающих антиретровирусное лечение находится в пределах диапазона от 630 тыс. до 780 тыс. чел. В приложениях также приводится подробное объяснение процедуры подсчета количества лиц, получающих АРТ, и количества ВИЧ-инфицированных, нуждающихся в такой терапии.

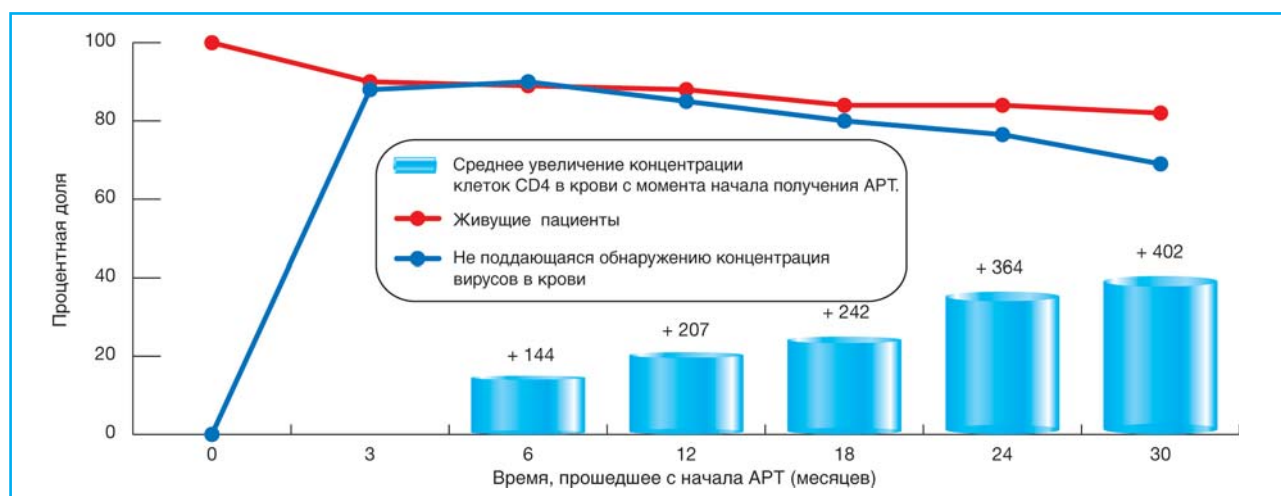
Лечение дает желаемый результат

Существует достаточное количество фактических, полученных в ходе реализации нескольких национальных программ и деятельности отдельных лечебных учреждений, которые указывают на возможность эффективного применения протоколов по АРТ, предусматривающих использование комбинаций из трех сильнодействующих антиретровирусных препаратов. На протяжении многих лет основным источником примеров успешного осуществления программ по антиретровирусной терапии служили индустриализированные страны. Несмотря на это, Бразилия доказала, что страна со средним уровнем экономического развития может также успешно организовать оказание услуг по антиретровирусной терапии на базе государственных медицинских учреждений и таким образом обеспечить свободный доступ к АРТ с получением отличных результатов.¹ Такие случаи служат наглядным доказательством того, что политическая воля может сделать вполне выполнимой задачу обеспечения адекватного доступа к услугам по антиретровирусной терапии для населения развивающихся стран и стран с переходной экономикой.

Многие задаются вопросом о возможности достижения такого же уровня эффективности при организации услуг по антиретровирусной терапии в странах с ограниченными ресурсами и с крайне неблагоприятной эпидемиологической обстановкой по ВИЧ/СПИДу, где требуется применение более стандартизированного подхода с акцентом на оказание таких услуг на базе государственных медицинских учреждений. Данные за последний период свидетельствуют о том, что такой подход может давать исключительно высокие результаты при его применении во многих развивающихся странах.

Как свидетельствует опыт реализации пилотных проектов и организации пунктов по предоставлению АРТ, показатель соблюдения пациентами установленного режима лечения неизменно оставался на высоком уровне в подавляющем большинстве случаев. К примеру, по сообщениям самих пациентов, получавших антиретровирусное лечение в рамках местной программы, открытой по инициативе Médecins Sans Frontières (MSF) в микрорайоне Khayelitsha города Кейптаун (ЮАР), более 90% пациентов систематически принимали более 95% назначенных препаратов.² (см. рис. 2). Процент соблюдения рекомендаций врача пациентами, получавшими АРТ в рамках инициативы, финансируемой правительством Сенегала, составил 80-90% (длительность курсов лечения составляла от 2 до 3 лет)³.

Рис. 2. Успехи в области расширения сети услуг по АРТ в Khayelitsha, Западный Мыс, Южная Африка, 2002–2004 гг.



Результаты наблюдений показывают, что АРТ обладала такой же эффективностью, которая наблюдалась в странах Европы и США, если лечение сразу начиналось с использования комбинации из трех антиретровирусных препаратов. В Entebbe, Уганда, более 90% пациентов, у которых содержание клеток CD4 в крови было ниже 200, продолжали жить по прошествии 15 месяцев с момента начала АРТ (см. информационный блок 1).⁴ Минздрав Ботсваны сообщает об аналогичном проценте выживаемости пациентов после 15-месячного курса антиретровирусной терапии (91%). Только половина пациентов совершеннолетнего возраста с аналогичным уровнем подавления иммунной системы, не имевших доступа к АРТ, выжила по прошествии 15 месяцев после начала наблюдения (см. информационный блок 1).

¹ Marins JRP et al. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. *AIDS*, 2003, 17:1675–1682.

² Coetzee D et al. Outcomes after two years of providing antiretroviral treatment in Khayelitsha, South Africa. *AIDS*, 2004, 18:887–895. Goemaere E et al. Evolving experience after three years of ART in Khayelitsha. *MedGenMed*, 2004, 6(3) [eJIAS, 2004, 11(1) ThPeB7249] (http://www.iasociety.org/ejias/show.asp?abstract_id=2169310, accessed 31 December 2004).

³ Laurent C et al. Long-term benefits of highly active antiretroviral therapy in Senegalese HIV-1 infected adults. *Journal of AIDS*, 2005, 38:14–17.

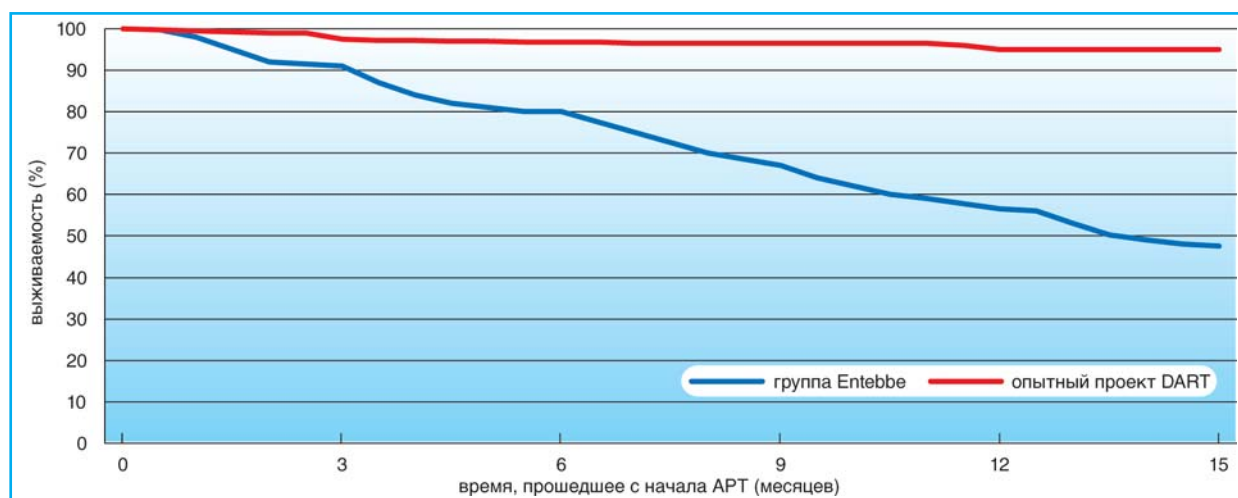
⁴ Данные предоставлены группой Development of Antiretroviral Therapy in Africa (DART), Уганда.

В Khayelitsha и Сенегале 80% пациентов сохраняли жизнеспособность по прошествии 30 месяцев после окончания курса АРТ.⁵ Средний показатель выживаемости среди 7 тыс. пациентов, получавших АРТ в клиниках при MSF в течение 24 месяцев, составлял 85%.⁶ Влияние АРТ на восстановление защитных способностей организма и вирусную нагрузку крови сравнимо с таковым, зафиксированным при реализации программ по АРТ в промышленно развитых странах. К примеру, при проведении программ по антиретровирусному лечению в Ботсване было установлено, что у 85% пациентов полное подавление вирусной нагрузки крови наступала в течение 6 месяцев. Через 15 месяцев после начала АРТ пациенты набрали в весе до 10 кг, а среднее содержание клеток CD4 в крови возросло до 220.⁷

Информационный блок 1. Удачный опыт организации услуг по АРТ в Entebbe, Уганда

В Entebbe (Уганда) многие взрослые пациенты дали согласие на участие в пилотных проектах по снижению заболеваемости и смертности. Некоторые меры, такие как профилактика изониазидом и ко-тримоксазолом продемонстрировали свою высокую эффективность, в то время как другие, как например, вакцинация против *Pneumococcus spp.*, который является наиболее распространенной причиной развития бактериальной пневмонии, оказались малоэффективными в борьбе с оппортунистическими инфекциями. Общая выживаемость пациентов из когорты сформированной в Entebbe, у которых содержание клеток CD4 в крови не превышало 200, была низкой и являлась, по сути, аналогичной показателям, имевшим место на ранней стадии развития эпидемии ВИЧ/СПИДа в Соединенных Штатах. Начиная с января 2003 г. услуги по АРТ стали оказываться в рамках пилотной программы DART (Development of Antiretroviral Therapy in Africa), когда более 1050 человек с содержанием клеток CD4 в крови менее 200 начали получать АРТ с использованием комбинации из трех антиретровирусных препаратов. В результате принятых мер процент выживаемости существенно возрос. Теперь по прошествии 15 месяцев выживало более 90% пациентов, получавших АРТ (большая часть из них в настоящее время вернулась к нормальной жизни), что резко отличается от предыдущей ситуации, когда смертность среди пациентов с ВИЧ/СПИДом по прошествии аналогичного срока составляла 50% (см. рис. 3).

Рис. 3. Выживаемость пациентов, получающих АРТ в рамках пилотного проекта DART, в сравнении с выживаемостью пациентов из контрольной группы Entebbe, получающих другие виды лечения (Entebbe, Уганда, 2004 г.).



^a DART – Развитие услуг по антиретровирусной терапии в странах Африки (Development of Antiretroviral Therapy in Africa).

Проблемы расширения доступа к АРТ

Формирование широкого доступа к услугам по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа является краеугольным камнем инициативы «3 к 5» и требует решения ряда сложнейших задач, включая разработку информационных систем для мониторинга процесса обеспечения гендерного равенства и оптимального распределения ресурсов при работе с бедными и социально изолированными слоями населения.

В «Отчете о деятельности по борьбе с эпидемией СПИДа» за 2004 г., подготовленном ЮНЭЙДС и ВОЗ⁸, подчеркивается необходимость решения проблем, касающихся профилактики и лечения ВИЧ-инфекции среди лиц женского пола. В развивающихся странах 17,2 млн. женщин являются носителями ВИЧ-инфекции, которые составляют 48% от общей массы

⁵ См. примечания 2 и 3.

⁶ Данные предоставлены офисом MSF в Женеве, Швейцария (сводка по результатам деятельности центров по АРТ, функционирующих в 27 странах).

⁷ De Korte D et al. *Introducing ARV therapy in the public sector in Botswana. Case study.* Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/botswana/en, accessed 31 December 2004).

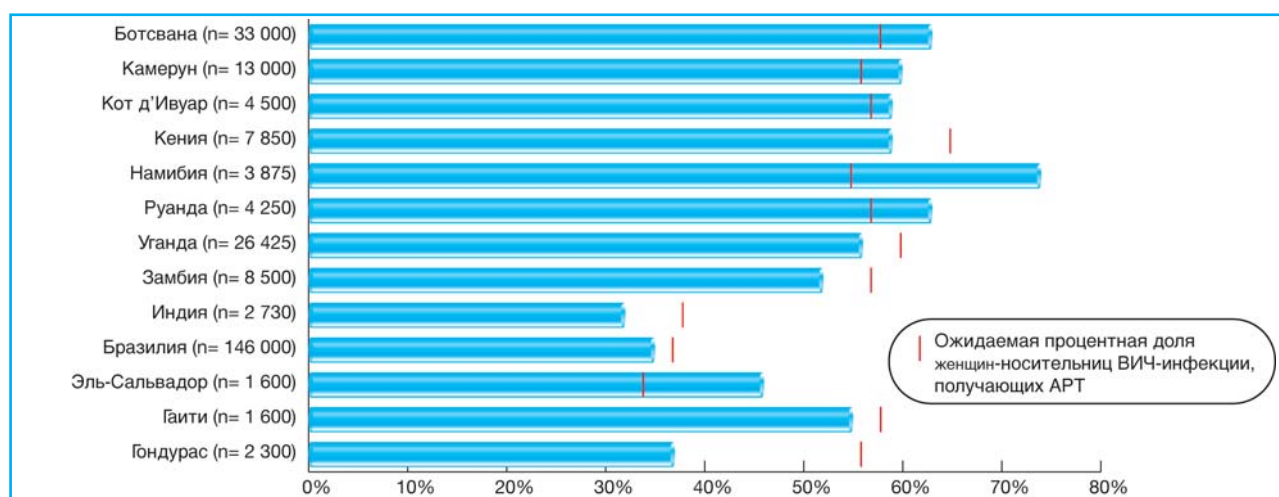
⁸ UNAIDS and World Health Organization. *AIDS epidemic update 2004.* Geneva, UNAIDS, 2004 (<http://www.unaids.org/wad2004/report.html>, accessed 31 December 2004).

ВИЧ-инфицированных совершеннолетнего возраста. В странах Африки к югу от Сахары, женщины составляют 57% от общего контингента пациентов с ВИЧ/СПИДом. Потребность в АРТ может носить различный характер в зависимости от стадии и течения эпидемии, однако количество пациентов, получающих антиретровирусное лечение, должно в конечном счете соответствовать существующим потребностям.

Хотя во многих отчетах, представляемых странами-участницами, данные о количестве пациентов, получающих АРТ, не имеют разделения по половому признаку, информация с детализацией такого рода имеется по ряду стран Латинской Америки, Карибского бассейна и по странам Африки к югу от Сахары. На рисунке 4 приводится анализ фактического количества женщин, получающих АРТ, в сравнении с ожидаемой долей пациенток АРТ-клиник, рассчитанной с учетом соответствующих показателей распространенности ВИЧ-инфекции.

По имеющимся данным, пациенты женского и мужского пола представлены примерно в равных соотношениях в общем количестве пациентов, получающих АРТ в большинстве стран-участниц инициативы «3 к 5». Исключение составляют Намибия, где доля женщин в общем количестве пациентов АРТ-клиник выше аналогичного показателя для мужчин, и Гондурас и (в несколько меньшей степени) Индия, где имеет место прямо противоположная ситуация. В связи с вышесказанным, возрастает значение правильной организации наблюдения за обеспечением гендерного равенства при осуществлении программ по АРТ.

Рис. 4. Доля совершеннолетних лиц женского пола, получающих АРТ (факт/план) – 2004 г.а



а Ожидаемая процентная доля женщин-носительниц ВИЧ-инфекции, которые будут получать АРТ, подсчитана с учетом доли лиц женского пола в общей массе ВИЧ-инфицированных

Необходимо также уделять внимание другим аспектам проблемы обеспечения равного доступа к услугам по антиретровирусной терапии, в особенности, для представителей бедных слоев населения. Первоначально, новые программы по АРТ будут открываться в городских районах, где имеются соответствующие медицинские кадры и необходимая инфраструктура. Очень важно обеспечить возможность обращения за медицинской помощью для городских жителей уже на начальных этапах развития сети услуг по АРТ. Осуществление программ по АРТ в сельских районах сопряжено с необходимостью решения проблем особого характера, однако на данный момент уже имеются примеры успешной реализации таких программ при активной поддержке местного населения (Гаити).

Услуги по АРТ должны быть доступными для всех нуждающихся. Показатель обращаемости к услугам по АРТ значительно возрос в Замбии после введения системы бесплатного лечения (особенно среди ВИЧ-инфицированных женщин), что является наглядным свидетельством того, какую роль в обеспечении успеха инициативы «3 к 5» будет играть устранение экономических барьеров.

Еще одной проблемой, требующей незамедлительного решения, является обеспечение широкого доступа к услугам по АРТ для представителей социально неблагополучных слоев населения, включая работников коммерческого секса, потребителей инъекционных наркотиков, мужчин имеющих сексуальные отношения с мужчинами, заключенных и, в некоторых случаях, лиц, ведущих мигрирующий образ жизни и этнических меньшинств. Бразилия и Исламская Республика Иран⁹ (Керманшах) показали наглядный пример того, каким образом можно обеспечивать специфические нужды такой социальной группы, как потребители инъекционных наркотиков. Тем не менее, еще многое предстоит сделать для полного охвата социально неблагополучных слоев населения услугами по АРТ.

⁹ Oppenheimer E, Hernandez Aceijas C, Stimson G. *Treatment and care for drug users living with HIV/AIDS*. London, Centre for Research on Drugs and Health Behaviour, Imperial College, 2003 (http://www.ahrn.net/img/document/Treatment_care_for_DUs.pdf, accessed 31 December 2004).



Декабрь 2004 г.

Прогресс, достигнутый странами в борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИДа

В странах с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой по ВИЧ/СПИДу, борьба с чрезвычайной ситуацией глобального масштаба стала точкой приложения общих усилий национальных правительств, гражданского общества и частного сектора. В ряде стран достигнуты значительные успехи в этой борьбе, которая зачастую велась в крайне сложных финансовых, политических и социальных условиях. Существенная доля финансирования обеспечивалась самими странами, несмотря на необходимость решения целого ряда других неотложных проблем. В течение последних месяцев происходило стремительное формирование и развитие (нередко с нулевого уровня) национальных советов по вопросам борьбы с ВИЧ/СПИДом и других координационных органов. Многие страны установили для себя конкретные контрольные показатели количества пациентов, которым планируется обеспечить доступ к антиретровирусной терапии к концу 2005 г.

Ботсвана: политическое руководство указывает путь к цели

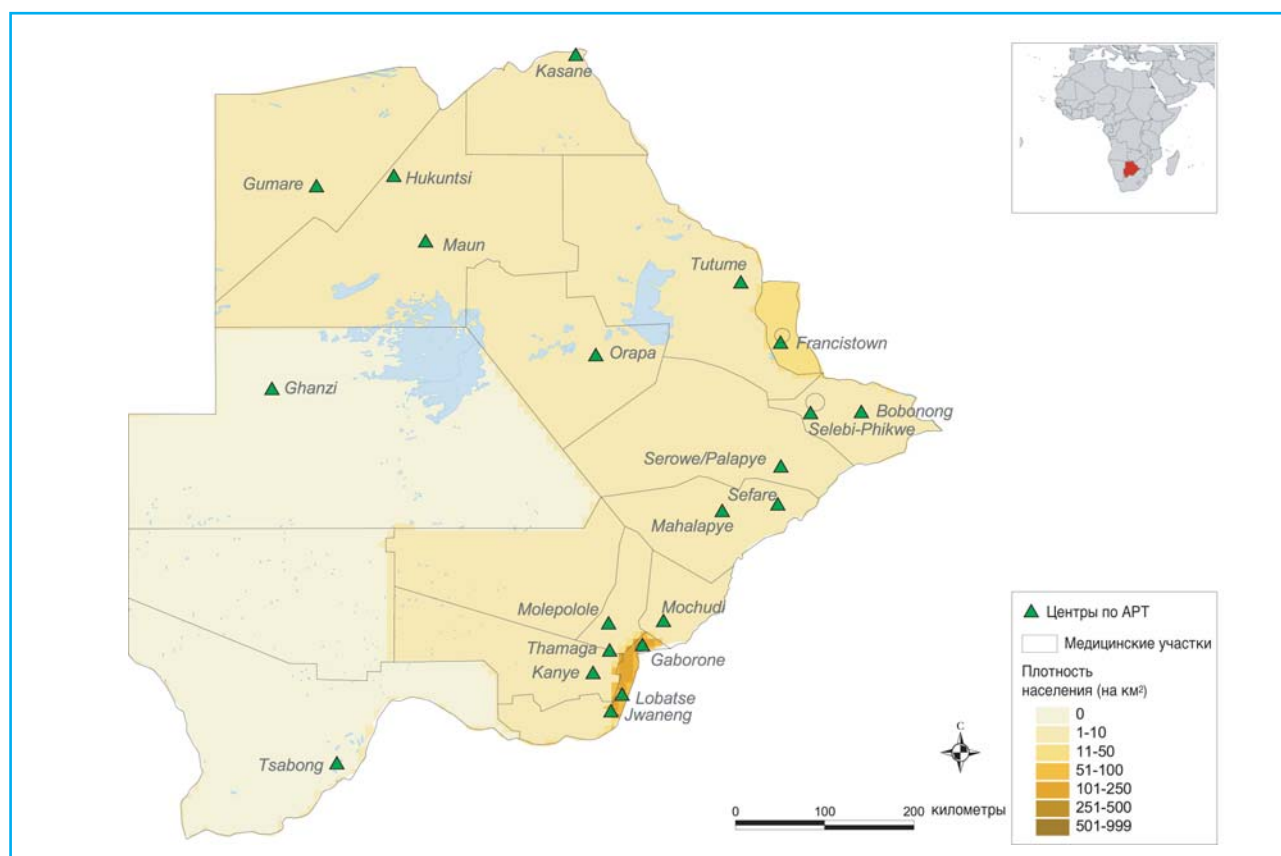
В Ботсване, где каждая третья беременная женщина является носителем ВИЧ-инфекции, политическое руководство страны и партнерские связи между частным и государственным сектором во многом определяют успех деятельности по борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИДа.

Учитывая то обстоятельство, что страна занимает второе место в мире по распространенности ВИЧ-инфекции среди населения, правительство Ботсваны поставило борьбу с ВИЧ/СПИДом в ряд первоочередных задач и приняло долгосрочную программу мер, призванную полностью остановить дальнейшее распространение эпидемии к 2016 году, когда страна будет праздновать 50-летие своей независимости.

Одним из первых шагов было создание партнерского сотрудничества между African Comprehensive HIV/AIDS Partnerships, фондом Билла и Мелинды Гейтс, Merck Company Foundation и фармацевтической компанией Merck & Co., Inc.

Реализация программы по расширению доступа к АРТ в Ботсване началась в январе 2002 г. на базе консультационно-диагностического центра Princess Marina Referral Hospital, расположенного в столице Ботсваны, Габороне. К началу 2003 г. услуги по АРТ оказывались уже в 12 центрах, а в течение 2004 г. число этих центров возросло до 23. Это позволило охватить услугами по антиретровирусной терапии почти всю территорию страны, за исключением двух районов (см. рис. 5). В настоящее время к работе по проведению АРТ подключаются также малые клиники.

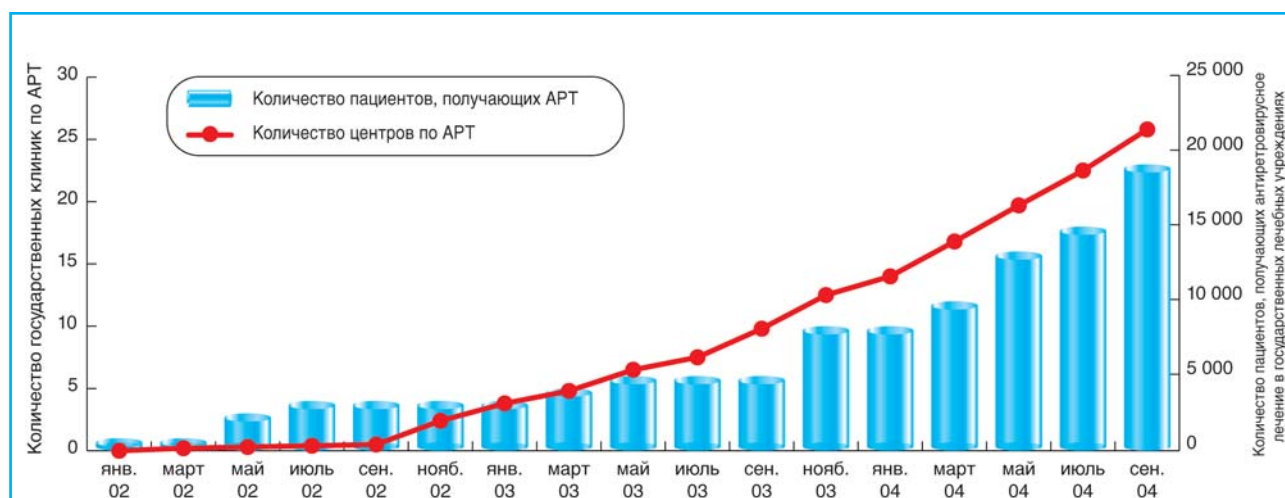
Рис. 5. Сеть центров по АРТ – Ботсвана, сентябрь 2004 г.



К марту 2004 г. методике проведения антиретровирусной терапии были обучены 2 212 медицинских работников, включая врачей терапевтического профиля, медсестринский персонал, фармацевтов, консультантов и других специалистов. При этом 536 человек прошли узкую специализацию в области АРТ и профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

Количество лиц совершеннолетнего возраста, получающих АРТ, имело тенденцию к увеличению в течение первого года действия партнерского сотрудничества между государственным и частным сектором с последующим ускорением темпов роста в 2004 г. Около 25% пациентов получают лечение в частных клиниках. В государственных медицинских учреждениях Ботсваны услуги по АРТ предоставляются на бесплатной основе (см. рис. 6). В целом, пациенты (85%) демонстрируют готовность соблюдать предписанный режим лечения, включая самостоятельный учет приема лекарственных препаратов и посещение врача в установленное время, что подтверждается стабильным снижением вирусной нагрузки крови в течение шести месяцев.

Рис. 6. Количество государственных клиник по АРТ и количество пациентов, получающих антиретровирусную терапию в государственных лечебных учреждениях – Ботсвана, 2002-2004 гг.



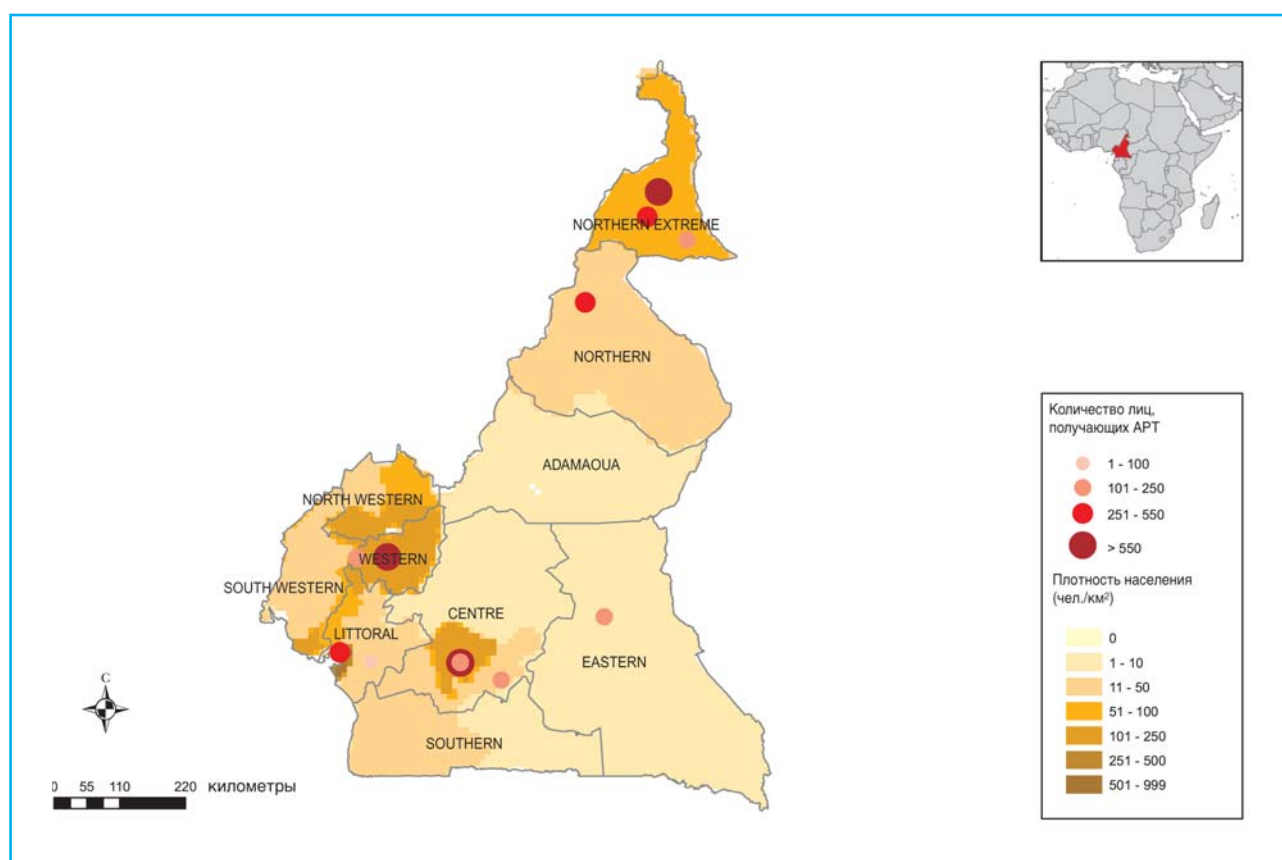
Кампания по социальной мобилизации, призванная информировать население о наличии услуг по АРТ и эффективности такой терапии в борьбе с ВИЧ-инфекцией, помогла, в частности, преодолеть имидж «общественных изгоев», который на протяжении долгого времени преследовал лиц с ВИЧ/СПИДом. Комплексный подход к профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа в семьях, где был обнаружен носитель ВИЧ-инфекции, позволяет существенно повысить уровень грамотности населения в вопросах борьбы с ВИЧ/СПИДом и обеспечивает поддержку программ по АРТ со стороны общественности. С января 2004 г. в стационарных лечебных учреждениях действует практика, когда всем пациентам при поступлении предлагается пройти тестирование на ВИЧ-инфекцию.¹⁰ При постановке беременных на учет врач женской консультации информирует пациентку о том, что ВИЧ-тест входит в стандартный перечень обследований и спрашивает ее согласия на проведение такого теста (данный метод часто используется при проведении других стандартных медицинских тестов). В течение первых четырех месяцев пройти тестирование на ВИЧ-инфекцию было предложено 6 384 пациентам, поступившим на лечение в 18 госпитальных учреждений страны. При этом от прохождения ВИЧ-теста отказался каждый седьмой пациент.

¹⁰ Seipone K et al. Introduction of routine HIV testing in prenatal care, Botswana 2004. *MMWR*, 2004, 53:1083–1086.

Камерун: расширение сети услуг по консультированию и тестирование на ВИЧ-инфекцию

По оценкам ЮНЭЙДС и ВОЗ, в 2003 году в Камеруне насчитывалось 560 тыс. ВИЧ-инфицированных жителей, а смертность от СПИДа составляет около 49 тыс. случаев в год. В соответствии с национальной программой, утвержденной правительством Камеруна, к концу 2005 г. услугами по АРТ планируется охватить 36 тыс. пациентов с ВИЧ/СПИДом. К началу ноября 2004 г. антиретровирусную терапию получало более 12 тыс. человек (см. рис. 8). Мощная поддержка со стороны государства в течение последних пяти лет и резкое снижение стоимости АРТ с 600 до 30 долларов в США на одного пациента, произошедшее всего за четыре года, сыграли неоценимую роль в успешном расширении сети услуг по антиретровирусной терапии. Стоимость консультационно-диагностических услуг также заметно снизилась, и все больше людей начинает обращаться в медицинские центры для прохождения ВИЧ-теста. В областных клиниках осуществляется предварительная диагностика и оценка необходимости проведения АРТ (сеть таких услуг организована на базе 14 центров по добровольному консультированию и тестированию на ВИЧ-инфекцию, 160 отделений по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, 21 аккредитованного центра по АРТ и 140 фтизиатрических центров).

Рис. 8. Охват нуждающихся услугами по АРТ – Камерун, октябрь 2004 г. (совокупные данные по 21 центру, где оказывались услуги по АРТ)



Гаити: Глобальный фонд помогает повернуть эпидемию вспять

Гаити является самой слаборазвитой страной среди государств Южной и Северной Америки, где совершенно закономерным образом имеет место крайне неблагоприятная эпидемиологическая обстановка по ВИЧ/СПИДу. Политические разногласия и серия стихийных бедствий также стали одной из основных причин того, что деятельность по борьбе с ВИЧ/СПИДом в Гаити в 2004 году столкнулась с очень серьезными препятствиями. Тем не менее, в этом направлении был достигнут существенный прогресс, во многом, благодаря тому обстоятельству, что Гаити стала одной из первых стран, получивших финансовую поддержку со стороны Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией. Гаити успешно освоила средства, выделенные в рамках первого раунда программы Фонда, в чем есть немалая заслуга национального координационного органа, возглавляемого бывшей первой леди страны Милдред Труалот Аристид (которая также являлась руководителем делегации Гаити на специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по проблемам борьбы с ВИЧ/СПИДом, состоявшейся в 2001 г.). Целый ряд международных организаций предложил свою помощь в решении методических вопросов совершенствования системы здравоохранения в Гаити. Группа неправительственных организаций, главным направлением деятельности которых является борьба с эпидемией СПИДа, разработали, совместно с Министерством здравоохранения и ассоциациями людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, комплексную модель оказания услуг по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, основанной на принципе привлечения к проводимой работе населения как городских, так и сельских зон.

Среди основных препятствий для успешной реализации проектов по борьбе с ВИЧ/СПИДом можно отметить низкий уровень грамотности населения Гаити, что особенно характерно для сельских регионов страны. Глобальный фонд отнесся с пониманием к просьбам о введении упрощенной системы отчетности, и представители Фонда оказывали необходимую методическую помощь в организации процедур учета и отчетности на местах. Именно Глобальный фонд явился источником крупных грантов для многих организаций. Адекватная техническая поддержка и упорный труд многочисленной армии сотрудников медицинских учреждений, занимающихся оказанием услуг по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа, позволили Гаити оказаться в ряду стран, которые смогли выполнить или даже перевыполнить планы, предусматривавшиеся первичной заявкой на финансирование.

Глобальный фонд также предоставил Гаити первый крупный грант на оказание медицинской помощи больным с запущенной формой ВИЧ-инфекции. Благодаря помощи Фонда десятки тысяч граждан страны смогли воспользоваться услугами по добровольному консультированию и тестированию на ВИЧ. Благодаря поддержке со стороны Чрезвычайной программы Президента США по борьбе со СПИДом и Глобального фонда, за период с февраля по сентябрь 2004 года курс АРТ прошло около 2,8 тыс. жителей городских и сельских зон Гаити. Высокое качество услуг по лечению СПИДа привело к тому, что население стало более охотно обращаться за помощью в центры по добровольному консультированию и тестированию на ВИЧ/СПИД. Это в свою очередь повысило эффективность мер по первичной и вторичной профилактике ВИЧ-инфекции. Также повысилась безопасность процедуры переливания крови (к моменту подготовки настоящего отчета в столице Гаити под эгидой местного Красного креста была открыта новая станция переливания крови).

Эти успехи являются в немалой степени заслугой Глобального фонда, который быстро и гибко реагировал на конкретные нужды стран с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой по ВИЧ/СПИДу, где зачастую отсутствуют элементарные условия для организации адекватной системы контроля и отчетности. Опыт деятельности Глобального фонда в Гаити позволяет заключить, что создание вышеупомянутых условий должно включаться в рабочие планы проектов по борьбе с ВИЧ/СПИДом, и отсутствие таковых не может служить оправданием для отказа от финансирования небольших и слабых с точки зрения административного контроля учреждений в отдаленных регионах, лишенных электричества и развитого транспортного и телефонного сообщения с другими районами страны.

Мозамбик – первые шаги к выполнению поставленных задач

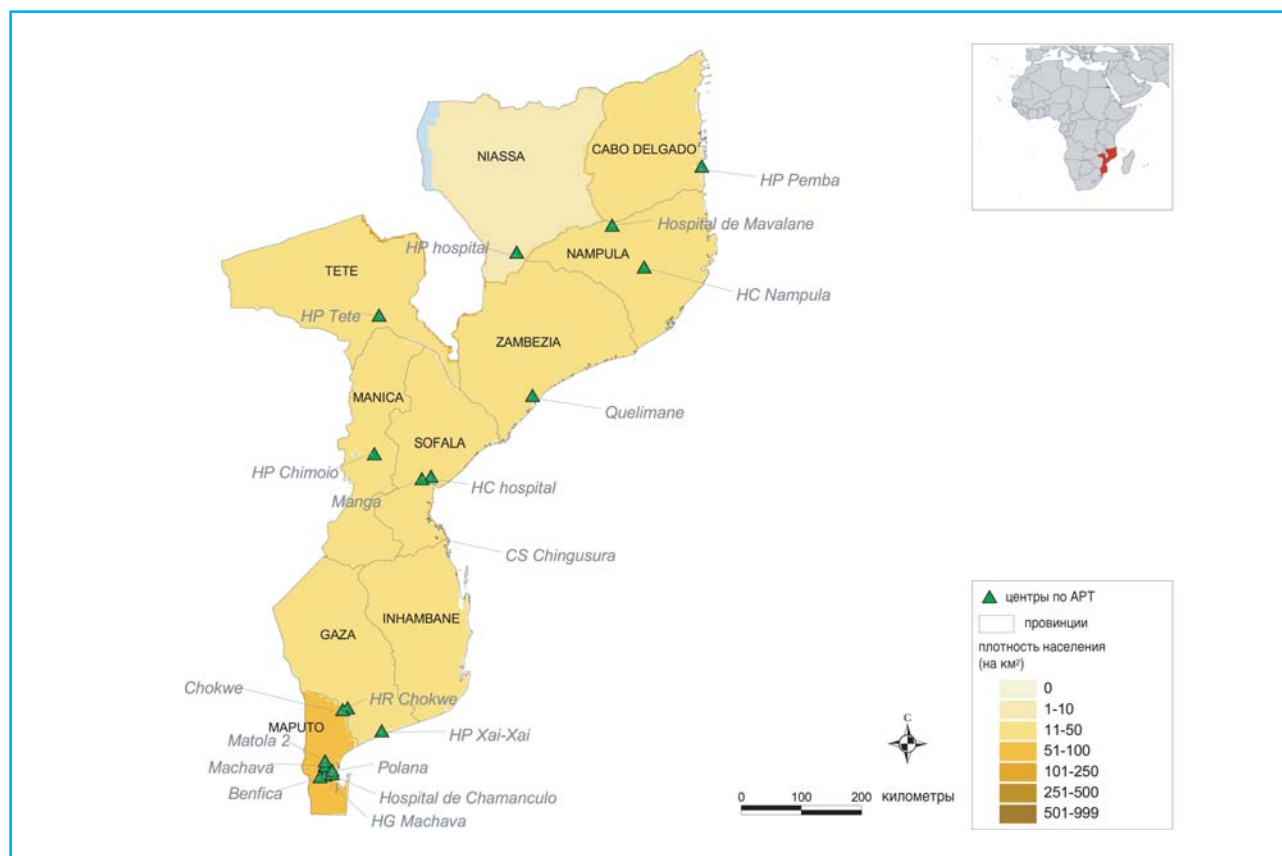
Изнуренный несколькими десятилетиями гражданского конфликта и очень медленно возвращающийся к нормальной жизни Мозамбик является собой еще один пример того, чего может достигнуть отдельно взятая страна, невзирая на крайне тяжелые обстоятельства.

Учитывая, что число граждан, нуждающихся в проведении АРТ, в настоящее время составляет около 200 тыс., одной из основных задач, стоящих перед страной, является преодоление дефицита материальных ресурсов, устранение недостатка высококвалифицированных медицинских кадров и обеспечение согласованности в действиях различных партнеров, работающих на территории Гаити. Необходимо отметить, что существенным противовесом вышеперечисленным препятствиям является наличие поддержки со стороны местных органов власти. Национальный стратегический план сектора здравоохранения по борьбе с ИППП и ВИЧ/СПИДом предусматривает ускоренное расширение сети услуг по антиретровирусной терапии с охватом 132 тыс. пациентов к концу 2008 г.

Мозамбик разработал специальный план по подготовке 2 тысяч специалистов сестринского дела, а также занимается разработкой новой системы управления деятельностью лечебных учреждений и материального снабжения в свете предстоящего интенсивного расширения сети услуг по АРТ.

Учитывая масштабность задач, ощутимое увеличение охвата нуждающихся услугами по АРТ, имевшее место в 2004 г., вселяет оптимизм (по данным Министерства здравоохранения, количество пациентов ВИЧ/СПИДом, получавших антиретровирусную терапию в ноябре 2004 г., существенно превысило аналогичный показатель за июнь 2004 г. (6,8 тыс. против 2,8 тыс.). В настоящее время услуги по АРТ предлагаются в 23 центрах, действующих при поддержке государственных и неправительственных организаций (включая Community of Sant'Egidio, MSF и Health Alliance International – см. рис. 9).

Рис. 9. Сеть центров по АРТ – Мозамбик, октябрь 2004 г.



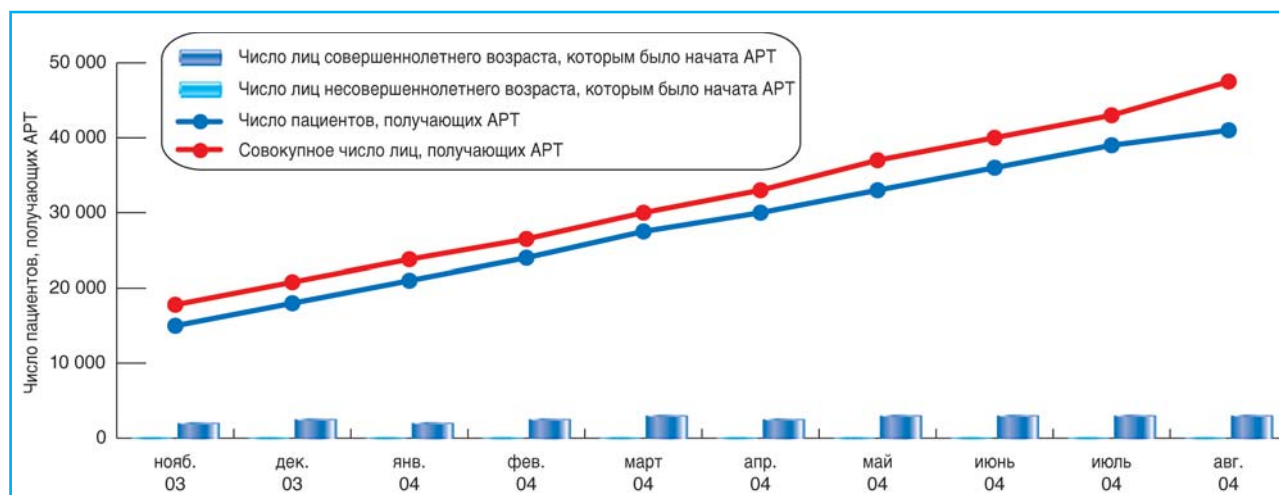
Таиланд: повсеместное расширение доступа к АРТ

По оценкам ЮНЭЙДС и ВОЗ, число ВИЧ-инфицированных жителей Таиланда в 2003 г. составляло 570 тыс. чел., за тот же период число умерших от СПИДа 58 тыс. человек. Национальная программа по АРТ предусматривает организацию углубленного обучения для сотрудников медицинских учреждений, введение стандартизированного протокола по АРТ создание компьютеризированной системы централизованного снабжения с региональными представительствами, формирование сети лабораторных учреждений и надежной системы мониторинга и оценки. В настоящее время вводится в действие электронная система передачи данных. Правительство Таиланда выделило на оказание услуг по АРТ в 2004 г. около 800 млн. бат (20,5 млн. долларов США) – для сравнения, в 2003 г. сумма выделенных средств составила 300 млн. бат (7,7 млн. долларов США).

Проект по расширению доступа к АРТ первоначально начал осуществляться на базе нескольких специализированных лечебных учреждений и в течение трех лет разросся до масштаба 914 центров по АРТ. Группы волонтеров и неправительственные организации активно проводят санитарно-просветительскую работу среди людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, с тем, чтобы обеспечить возможность принятия ими осознанного решения относительно обращения к услугам по антиретровирусной терапии, а также играют центральную роль в непосредственном оказании услуг нуждающимся¹¹. Количество пациентов, получающих антиретровирусную терапию, возросло в линейной прогрессии: за период с января по август 2004 г. более 3 тыс. взрослых и около 300 детей ежемесячно пополняли список пациентов клиник по АРТ (см. рис. 10). Учитывая, что в августе 2004 г. число пациентов, получавших антиретровирусное лечение, составляло 40 тыс. чел., то можно ожидать, что к концу 2004 г. услугами по АРТ будет охвачено более 50 тыс. жителей Таиланда.

В Таиланде также достигнут заметный прогресс в таких областях, как профилактика и лечение оппортунистических инфекций (включая профилактику ко-тримоксазолом), лечение туберкулеза и вторичная профилактика криптококкового менингита среди ВИЧ-инфицированных.

Рис. 10. Количество ВИЧ-инфицированных лиц в Таиланде, начавших получать АРТ в период с ноября 2003 г. по август 2004 г.



¹¹ Kumphitak A et al. *Involvement of people living with HIV/AIDS in treatment preparedness in Thailand*. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/thailand/en, accessed 31 December 2004).

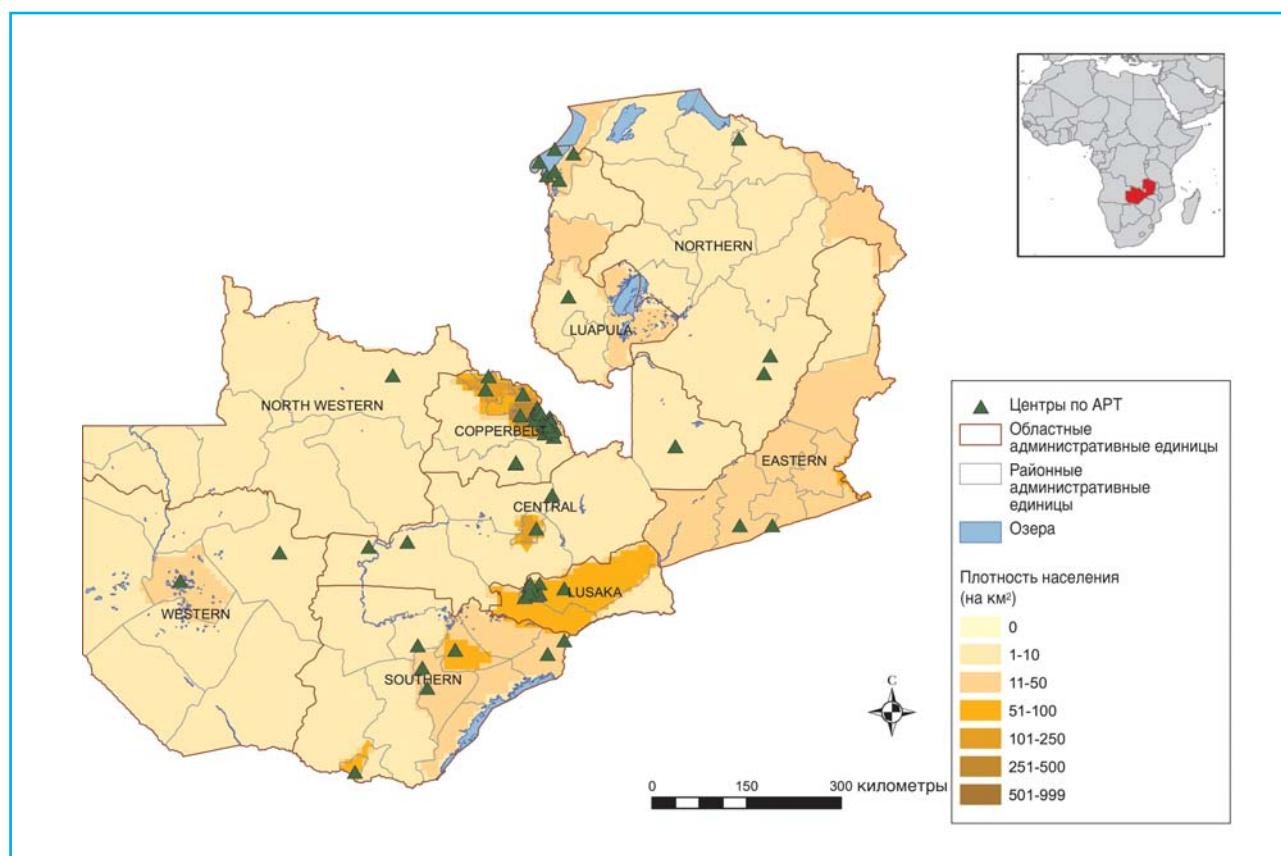
Замбия: интенсивно развивающаяся программа

В Замбии, где доля ВИЧ-инфицированных в общей массе населения составляет 15%, а число больных с запущенной формой ВИЧ-инфекции неуклонно растет, спрос на услуги по лечению и уходу за пациентами с ВИЧ/СПИДом существенно возрос в сравнении с началом 90-х годов прошлого века. До ноября 2002 г. единственным методом лечения ВИЧ-инфекции, который предлагался в частных клиниках, являлась АРТ с использованием единственного препарата. В январе 2003 года правительством Замбии было принято решение о закупке антиретровирусных препаратов в количестве, достаточном для проведения курса АРТ 10 тыс. человек, однако в течение года эта цифра была увеличена до 100 тыс. человек, что составляет более 50% от оценочного числа ВИЧ-инфицированных, нуждающихся в антиретровирусной терапии.

Бесплатные услуги по АРТ стали впервые оказываться в двух пилотных центрах, открытых на базе университетского госпиталя в Лусаке и центральной больницы в Ндола. В ходе второго этапа проекта центры по АРТ были организованы при остальных семи областных больницах, а также на базе центральной больницы в Китве. На завершающем этапе было осуществлено развертывание услуг по антиретровирусной терапии на районном уровне. К концу 2004 года услуги по АРТ оказывались уже в 53 клиниках (см. рис. 11). В 24 из 72 районов страны имеется минимум один центр по АРТ, а в 11 районах функционирует как минимум два таких центра. Распределение упомянутых центров по территории страны находится в тесной корреляции с плотностью населения в конкретном регионе; при этом, большая часть клиник сосредоточена в Лусаке и в пределах так называемого «Медного пояса».

К сентябрю 2004 г. уже более 11 тыс. человек получали антиретровирусную терапию в государственных медицинских учреждениях по сравнению с июлем того же года, когда охват пациентов с ВИЧ/СПИДом бесплатными услугами по АРТ составлял немногим более 7 тыс. человек. Это означает, что менее чем за три месяца произошел прирост, равный 57% – во многом, благодаря решению правительства Замбии ввести систему бесплатного оказания услуг по АРТ. Помимо этого, 2,4 тыс. человек проходят АРТ в частных медицинских учреждениях, большая часть которых является клиниками при предприятиях местной горной промышленности. Аналогичная тенденция наблюдается и в области оказания услуг по АРТ лицам несовершеннолетнего возраста, хотя дети составляют лишь 2,6% от общего числа пациентов, получающих лечение.

Рис. 11. Сеть центров по АРТ – Замбия, ноябрь 2004 г.



Вместе к намеченной цели

2004 год ознаменовался формированием зрелых партнерских отношений между участниками глобальной инициативы «3 к 5», ряды которых включают более 135 правозащитников, доноров, советников, провайдеров финансовых, технических и других услуг и т.д. (см. таблицу 2). Развитие существующих партнерских связей сопровождается формированием новых альянсов, и каждый новый участник движения вносит свой вклад в общую копилку знаний и навыков, которые существенно расширяют охват программы «3 к 5». Несмотря на то, что основной целью программы «3 к 5» является расширение сети услуг по АРТ, программой предусматривается также решение таких задач, как обеспечение равного доступа к медицинским услугам, профилактика ВИЧ/СПИДа и развитие национальных систем здравоохранения.

Таблица 2. Вид партнерских отношений и основные направления деятельности 136 участников инициативы «3 к 5»

Вид партнерских взаимоотношений		Основное направление деятельности ^а	
Техническое партнерство	86	Услуги по АРТ	69
Сотрудничество	54	Защита прав и интересов уязвимых групп	63
Сетевое партнерство	32	Профилактика	27
Финансовое партнерство	14	Донорская помощь	22
Политическое партнерство	8	Услуги по добровольному консультированию и тестированию на ВИЧ-инфекцию	21
		Профилактика передачи инфекции от матери к ребенку	17
		Снабжение	11

^а Каждый из партнеров имел возможность выбора в пользу нескольких партнеров

Основные результаты партнерских взаимоотношений

В центре внимания партнеров по реализации программы «3 к 5» находятся страны с наиболее неблагоприятной обстановкой по ВИЧ/СПИДу. Последние месяцы стали свидетелями беспрецедентных усилий со стороны национальных правительств, которые не жалели ни времени, ни финансовых ресурсов для борьбы с пандемией, что не замедлило проявиться не только укреплением и развитием инфраструктуры на местном и районном уровнях, но и более четкой координацией и планированием деятельности в рамках национальных программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом. Местные общественные ассоциации и НПО сыграли ведущую роль в организации и оказании услуг по профилактике, лечению и уходу за пациентами с ВИЧ/СПИДом (см. информационный блок 2). Многие пациенты с ВИЧ/СПИДом обязаны возможностью эффективно бороться со своим недугом именно неправительственным организациям. Так, на начало сентября 2004 г. около 23 тыс. пациентов, являющихся гражданами 27 стран, получали антиретровирусное лечение при финансовой поддержке такой неправительственной организации, как MSF.

По мнению руководителей большинства компаний, осуществляющих свою деятельность в странах с неблагоприятной обстановкой по ВИЧ/СПИДу, эпидемия СПИДа может серьезно повлиять на экономическое развитие этих стран в будущем. Некоторые горнодобывающие предприятия, включая компанию Anglo American (которая планирует в течение 2004 г. организовать оказание услуг по АРТ для 3 тысяч своих сотрудников) и ряд других транснациональных корпораций взяли на себя ответственность за организацию услуг по профилактике и лечению СПИДа для сотрудников своих филиалов в Азии и Африке. В большинстве случаев масштаб осуществляемых программ еще относительно мал, обращаемость населения к услугам по консультированию и тестированию на ВИЧ-инфекцию оставляет желать лучшего, а негативное общественное восприятие и дискриминация лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом, продолжают представлять собой камень преткновения на пути к успешному искоренению СПИДа. Ряды членов Глобальной коалиции деловых кругов, объединившихся в борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИДа, в настоящее время включают более 170 международных компаний.

Информационный блок 2. Местные организации указывают путь к цели

Анализ деятельности местных организаций, проведенный в начале 2004 г. экспертами SIDACTION, позволяет найти множество примеров той главной роли, которую эти организации играют в оказании услуг по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа в странах Африки¹². В Буркина-Фасо две ассоциации местных волонтеров начали первыми в стране заниматься импортом непатентованных антиретровирусных препаратов. Центр по АРТ «Оазис», открывшийся в Ouagadougou под эгидой ассоциации «African Solidarite» в 1998 г., имеет стабильный источник снабжения непатентованными АРВ-препаратами, функционирующий при финансовой поддержке неправительственных организаций из стран Европы. Центр также проводит другую работу по оказанию возможной поддержки семьям, которых затронула эпидемия ВИЧ/СПИДа.

В Бурунди большая часть пациентов получает антиретровирусную терапию через посредство местных волонтерских организаций, самой крупной из которых является Association Nationale de Soutien aux Seropositifs et Sideens (ANSS). В течение 2003 года, сотрудники ANSS вели диспансерное наблюдение за состоянием здоровья 1,7 тыс. пациентов с ВИЧ/СПИДом, включая 1 тыс. человек, которые на момент наблюдения проходили курс АРТ. ANSS оказывает комплексные услуги по лечению ВИЧ-инфекции. В Мали антиретровирусные препараты стали импортироваться задолго до того, как в стране стали осуществляться государственные программы по борьбе с ВИЧ/СПИДом, и ассоциации лиц с ВИЧ/СПИДом, действующие в сотрудничестве с местными медицинскими кругами, проводили активное лоббирование, направленное на расширение доступа к АРТ. Организация Espoir Vie-Togo, которая всего три года назад представляла собой «небольшую группу поддержки», в настоящее время обслуживает 100 пациентов, включая 70 человек, получающих антиретровирусную терапию.

Treatment Access Campaign из ЮАР известна как активный участник деятельности, направленной на лоббирование интересов пациентов с ВИЧ/СПИДом и осуществление перемен в сфере политики. Аналогичные организации имеются в таких странах как Буркина-Фасо, Кения и Нигерия. Решительная и бескомпромиссная борьба с эпидемией СПИДа теперь стала реальностью.

Реализация программы Partnership for Access to Antiretrovirals (PAARV) была начата в 2002 г. при непосредственном участии ряда местных организаций, действующих при финансовой поддержке SIDACTION. Программа направлена на расширение доступа к АРВ-препаратам для сотрудников вышеупомянутых организаций, включая волонтеров, официальных представителей и штатный персонал, т.е. тех людей, благодаря которым эти организации осуществляют свою повседневную деятельность. К сентябрю 2004 года PAARV осуществлялась на территории восьми африканских стран.

С момента опубликования стратегии «3 к 5» в декабре 2003 г. уровень решимости международного сообщества вести необходимую работу по расширению доступа к услугам по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДом заметно возрос (см. приложение 3). Секретариат ЮНЭЙДС и все 10 партнеров ЮНЭЙДС по оказанию финансовой помощи странам-участницам активно содействовали развитию этой позитивной тенденции. ВОЗ, в свою очередь, внесла значительные изменения в свою кадровую политику с учетом требований программы «3 к 5», осуществив передислокацию ряда экспертов-методистов из штаб-квартиры в Женеве в страны с особо неблагоприятной эпидемиологической обстановкой по ВИЧ/СПИДу. ВОЗ также руководит деятельностью по разработке нормативной базы, подготовке практических руководств и проведению прикладных научных исследований в области профилактики и лечения ВИЧ-инфекции. ВОЗ играет ведущую роль в разработке и адаптации учебных модулей, предназначенных для использования в подготовке кадров для работы в регионах с недостаточно развитой сетью услуг по антиретровирусной терапии.

Секретариат ЮНЭЙДС внес значительный вклад в осуществление общего руководства деятельностью международного сообщества по борьбе с ВИЧ/СПИДом, приведение к единому знаменателю стратегических курсов и практических рекомендаций по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа, а также оказание прямой помощи странам и региональным органам в наращивании своих функциональных возможностей. Девять других партнеров ЮНЭЙДС по оказанию спонсорской помощи странам-участницам уделяют все больше внимания вопросам достижения целей, поставленных в рамках инициативы «3 к 5».

Последние несколько месяцев стали свидетелями заметной активизации деятельности Всемирного банка по поддержке программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом (путем оказания финансового и методического содействия мерам по укреплению и развитию национальных систем здравоохранения) в 100 странах мира. Всемирный банк также оказывал непосредственную помощь странам Карибского бассейна, 13 африканским странам, трем азиатским странам и одному восточноевропейскому государству в реализации программ по антиретровирусной терапии. Помимо этого, Всемирный банк начал осуществление проекта по интенсификации лечебных мероприятий (Treatment Acceleration Project) в трех странах Африки.

К декабрю 2004 г. в активе Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией числились финансовые обязательства партнеров на общую сумму 5,9 млрд. долларов США (при этом сумма фактически выполненных обязательств на тот момент составляла 3,3 млрд. долларов США). В ходе четырех этапов программы Глобального фонда были утверждены заявки на финансирование на общую сумму 3,1 млрд. долларов США (выдаваемые гранты подлежали освоению в течение двухлетнего периода), а сумма фактически выплаченных средств составила 860 млн. долларов США. Ожидается, что по итогам вышеупомянутых четырех этапов программы Глобального фонда охват нуждающихся услугами по добровольному консультированию и тестированию на ВИЧ-инфекцию и услугами по АРТ составит 52 млн. человек и 1,6 млн. человек соответственно (при совокупной продолжительности программы, равной 5 годам).

¹² de Cenival M, Prunier-Duparge C. Accès commun. Paris, SIDACTION, 2004 (http://www.sidaction.org/accescommun/index_en.php, accessed 31 December 2004).

С момента своего основания в 2003 г. Чрезвычайная программа президента США по борьбе со СПИДом провела огромную работу по организации мер в области борьбы с ВИЧ/СПИДом. При этом, размер ассигнований на осуществление мер по борьбе с эпидемией СПИДа в течение последующих пяти лет составил 15 млрд. долларов США. Фонд ставит своей основной задачей обеспечить лечение 2 млн. пациентов с ВИЧ/СПИДом, предотвратить 7 млн. новых случаев ВИЧ-инфицирования и оказать необходимую помощь 10 млн. человек (включая ВИЧ-инфицированных и членов их семей, сирот и детей из особо уязвимых категорий населения). Начиная с 2004 г. Чрезвычайная программа президента США осуществила финансирование мер по борьбе с эпидемией СПИДа в странах-участницах инициативы «3 к 5» на общую сумму 2,4 млрд. долларов. В 2005 году планируется освоить 2,8 млрд. долларов, что более чем в три раза превышает объем расходов на деятельность по борьбе со СПИДом в 2001 г.

Существенный вклад в реализацию программы «3 к 5» был сделан также рядом других партнеров ВОЗ по двусторонним донорским проектам. К примеру, правительство Канады оказывало систематическую поддержку большинства мер по разворачиванию борьбы с ВИЧ/СПИДом на национальном уровне и сделало самый щедрый разовый взнос в фонд ВОЗ по финансированию программы «3 к 5». Правительство Великобритании, Швеции, Италии, Норвегии, Бельгии, Испании Люксембурга, ЮНЭЙДС, Всемирный банк и Фонд по международному развитию ОПЕК также являются активными участниками деятельности по оказанию финансовой и технической поддержки странам в борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИДа. Более двух третей всех наличных ресурсов будет передано в распоряжение национальных бюро ВОЗ, которые в настоящее время проходят процесс кадрового усиления в свете предстоящей работы по оказанию методической/технической помощи странам-участникам.

Краткий отчет о ходе реализации мер в рамках программы «3 к 5» приводится в приложении 4. Наряду с возросшим вниманием международной общественности к вопросам борьбы с эпидемией ВИЧ/СПИДа следует отметить возникновение ряда новых проблем, требующих незамедлительного решения, включая необходимость гармонизации национальных координирующих механизмов и инициатив, удовлетворения возросших потребностей в финансировании и согласования процедур мониторинга и отчетности на уровне отдельных стран и программ. Задача обеспечения высокой согласованности в действиях участников инициативы «3 к 5» приобретает все большую актуальность.

Отдавая себе отчет в том, что деятельность по борьбе с эпидемией СПИДа приобретает новые очертания, участники этой деятельности, включая волонтерские организации, поставщиков медицинских услуг, государственных чиновников, ассоциации людей, живущих с ВИЧ-инфекцией, доноров и другие заинтересованные стороны, разработали ряд принципов, получивших название «три единства». В число этих принципов входят: (1) наличие единой концептуальной основы деятельности по борьбе с ВИЧ/СПИДом, обеспечивающей высокую согласованность действий всех участников этого глобального движения, (2) наличие национальных координационных органов по борьбе с ВИЧ/СПИДом с широкими полномочиями в сфере своей деятельности, а также (3) наличие единой системы мониторинга и оценки эффективности мер по борьбе с эпидемией СПИДа на уровне отдельных стран. Принцип «трех единств» призван обеспечивать оптимальное использование имеющихся ресурсов с учетом достигнутых результатов. Процедуры мониторинга и оценки (ПМО) были упрощены по инициативе партнеров по реализации инициативы «3 к 5», решивших использовать стандартные формы отчетности, включая единый набор инструментов мониторинга и оценки, который сыграл важную роль в гармонизации и упрощении ПМО и своевременном информировании организаций-доноров о том, как осуществляется освоение выделенных средств, и в значительной степени облегчил подготовку отчетов о продвижении глобальной инициативы «3 к 5».



Составные элементы программы «3 к 5»

По мере того, как страны начинают проявлять все большую активность в борьбе с пандемией ВИЧ/СПИДа, все более заметной становится роль отдельных факторов, которые и определяют, в конечном итоге, успех инициативы «3 к 5». Главное место в перечне этих факторов занимает антиретровирусная (АРТ) терапия, которая должна рассматриваться как неотъемлемая часть комплекса медицинских услуг, оказываемых пациентам с ВИЧ/СПИДом. АРТ должна начинаться не ранее того момента, когда течение оппортунистической инфекции и связанного с ней недомогания (потребность в АРТ определяется с учетом содержания клеток CD4 в крови и/или клинической стадии ВИЧ/СПИДа) указывает на необходимость в применении антиретровирусных препаратов.

Основанием для направления на курс АРТ служит положительный ВИЧ-тест. Вне зависимости от результатов ВИЧ-тестирования, должны проводиться предтестовая и послетестовая консультация врача. Для многих желающих воспользоваться услугами по консультированию и тестированию на ВИЧ/СПИД центры по АРТ будут являться тем местом, где они будут принимать независимое и добровольное решение о прохождении ВИЧ-теста. Тем не менее, по рекомендации ВОЗ и ЮНЭЙДС, услуги по консультированию и тестированию на ВИЧ должны предлагаться без исключения пациентам всех медицинских учреждений, в особенности, беременным, становящимся на учет в женскую консультацию или больным, поступающим на лечение во фтизиатрическое отделение.

Тестирование и консультирование лежат в основе многих других важных процессов. Если состояние пациента является клинически удовлетворительным на момент обнаружения факта носительства ВИЧ, то начало АРТ можно перенести на более позднее время до излечения оппортунистических инфекций (включая туберкулез) либо окончания профилактического курса лечения таких инфекций (например, ко-тримоксазолом). В таких случаях медицинское вмешательство должно ограничиваться наблюдением за состоянием пациента и проведением простейших профилактических и/или лечебных процедур. Пациент должен стараться вести здоровый образ жизни и иметь возможность принимать осознанные решения на основе полной информации. Это, в свою очередь, требует проведения соответствующей санитарно-просветительской работы среди населения.

Помимо прочих преимуществ, ранняя диагностика имеет большое значение еще и в том смысле, что при отрицательном результате ВИЧ-теста многие пациенты центров по добровольному консультированию и тестированию на ВИЧ-инфекцию автоматически становятся объектами для проведения профилактических мероприятий. Многие центры по АРТ в настоящее время осуществляют диспансерное наблюдение за пациентами, направленными на лечение из других учреждений, включая клиники по лечению ИППП, женские консультации, занимающиеся оказанием услуг по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, и наркологические клиники.

В подавляющем большинстве случаев диагноз «ВИЧ-инфекция» ставится тогда, когда заболевание уже находится на достаточно поздней стадии. Во многих странах наиболее распространенной оппортунистической инфекцией является туберкулез. В связи с этим, фтизиатрические учреждения являются важным первичным звеном программ по антиретровирусной терапии. Большую роль в расширении сети услуг по АРТ будут играть также стационарные медицинские учреждения.

Успешное осуществление программ по антиретровирусной терапии требует организации надежного снабжения высококачественными лекарственными препаратами и средствами диагностики, необходимыми для выявления ВИЧ-инфекции и наблюдения за клиническим статусом пациента в ходе лечения. Помимо этого, развертывание сети услуг по АРТ требует проведения предварительной работы по подготовке высококвалифицированных специалистов в данной области медицины и развития инфраструктуры и функциональных возможностей сферы здравоохранения. С самого начала следует придерживаться комплексного подхода к АРТ, так как лечение антиретровирусными препаратами продолжается, как правило, в течение всей жизни пациента. Курсы по методике проведения антиретровирусной терапии должны предполагать обучение специалистов всех профилей, которые будут задействованы в оказании услуг по АРТ в центральных медицинских учреждениях, консультационно-диагностических центрах, областных/районных больницах и центрах здоровья. Учебные курсы должны организовываться также для местных волонтеров и активистов из числа местного населения, участвующих в осуществлении программ по АРТ.

Наличие стандартизированных систем наблюдения за динамикой состояния пациентов, получающих антиретровирусное лечение, во многом определяет успех мер по расширению доступа к АРТ и должно органичным образом сочетаться с другими базовыми элементами комплекса услуг по АРТ, включая закупку и распространение антиретровирусных препаратов и организацию процедур регистрации пациентов и учета результатов лабораторного тестирования. Информация, поступающая от региональных центров и национальных программ по АРТ, делает возможным проведение когортного анализа реестров лиц, получающих антиретровирусное лечение. Полученные таким образом данные могут затем использоваться странами для подготовки отчетов и ознакомления общественности, доноров и всех других заинтересованных сторон с положением дел в области программ по АРТ. Упомянутые данные также существенно облегчают подготовку отчетов о ходе реализации мер по борьбе с ВИЧ/СПИДом во всем мире (включая анализ влияния АРТ на снижение смертности от ВИЧ/СПИДа).

Консультирование и тестирование ВИЧ-инфекцию

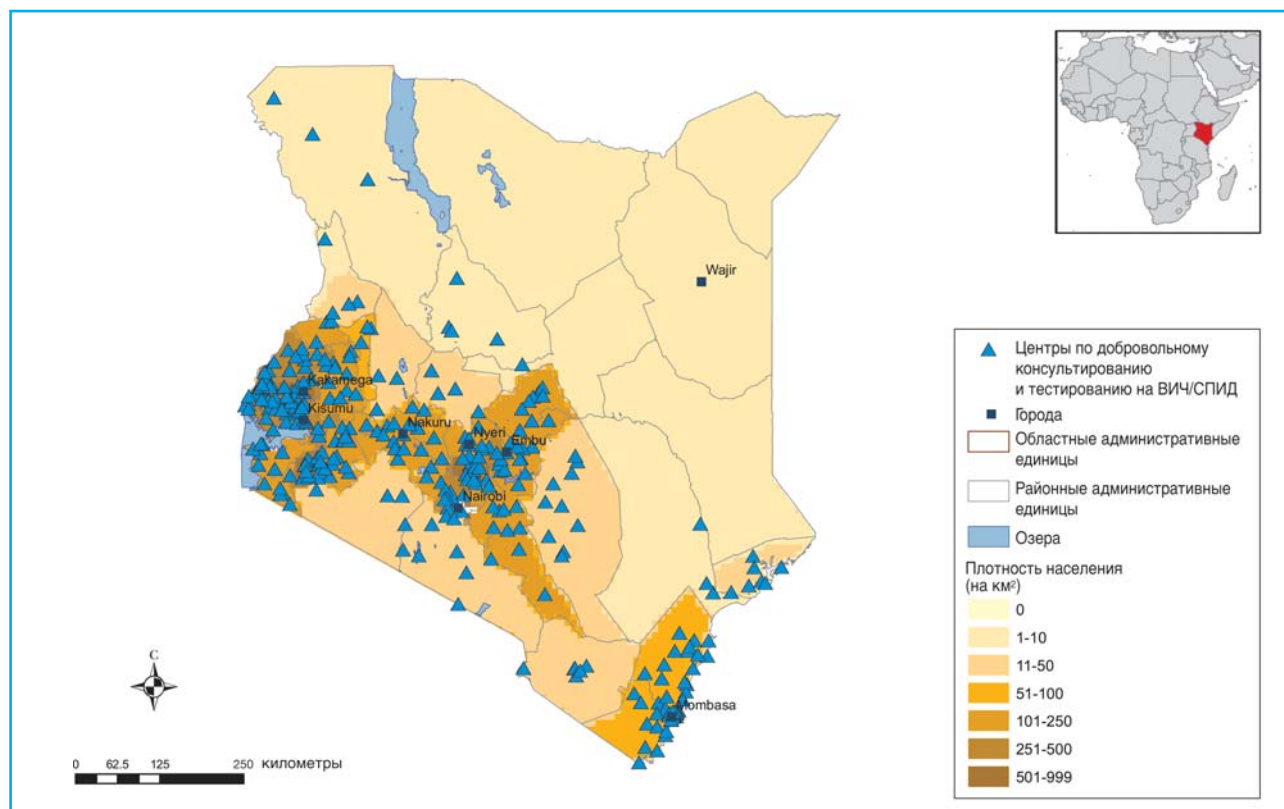
По мере того, как деятельность по расширению доступа к АРТ набирает темп, все больше специалистов начинает признавать услуги по консультированию и тестированию на ВИЧ-инфекцию в качестве «первой линии» комплекса мер

по профилактике, лечению и уходу за пациентами с ВИЧ/СПИДом. Основным информационным посылом для населения во многих странах является призыв – «Пройди ВИЧ-тест!» – который продвигается в широкие массы путем публикации соответствующей информации, осуществления программ по привлечению населения к работе по борьбе с ВИЧ/СПИДом и разработки методических пособий по консультированию и ВИЧ-тестированию.

В июле 2004 г. ЮНЭЙДС и ВОЗ сделали совместное заявление о политике в области ВИЧ-тестирования и опубликовали практические рекомендации по организации и проведению экспресс-тестирования на ВИЧ-инфекцию в условиях ограниченности ресурсов.¹³ Они также выступили, совместно с правительством США, организаторами консультативного совещания по вопросам расширения сети услуг по консультированию и ВИЧ-тестированию на территории 18 стран Африки, состоявшегося в ноябре 2004 г. в Йоханнесбурге, ЮАР. Действуя совместно с Международным альянсом по борьбе с ВИЧ/СПИДом, ВОЗ разработала комплекс практических рекомендаций по консультированию и тестированию и проводила активную пропаганду принципа «Пройди ВИЧ-тест!».

Отрадно отметить, что в расширении сети услуг по добровольному консультированию и тестированию на ВИЧ-инфекцию был достигнут существенный прогресс, а в таких странах как Ботсвана, Кения (см. рис. 12) и Лесото такие услуги предлагаются всем пациентам, обращающимся за медицинской помощью. В связи с этим, возникает потребность в определении количества лиц, прошедших ВИЧ-тест и получивших консультации специалиста. Такая информация на настоящий момент отсутствует, что еще раз указывает на необходимость создания стандартизированной системы отчетности.

Рис. 12. Сеть центров по добровольному консультированию и тестированию на ВИЧ/СПИД – Кения, декабрь 2004 г.



Туберкулез и ВИЧ/СПИД

Программы по борьбе с туберкулезом начинают играть все более важную роль в успешном осуществлении мер по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции в регионах, страдающих от недостатка ресурсов. Несмотря на то, что туберкулез является одним из наиболее распространенных факторов вызывающих заболеваемость и смертность среди лиц с ВИЧ/СПИДом, это заболевание не должно рассматриваться, как просто часть существующей проблемы, так как программы по борьбе с туберкулезом могут служить действенным вспомогательным средством в борьбе с эпидемией СПИДа.

Во многих странах функционируют высокоэффективные и хорошо зарекомендовавшие себя на практике программы фтизиатрического контроля, которые могут использоваться (при условии наличия дополнительных ресурсов) для формирования и развития сети услуг по антиретровирусной терапии (см. информационный блок №3). Успех реализации программ по борьбе с туберкулезом, равно как и программ по АРТ, требует поддержки со стороны государства, привлечения населения к работе по раннему выявлению случаев носительства ВИЧ-инфекции, определения стандартной симптоматики ВИЧ-инфекции, обеспечения доступа к качественным услугам по диагностике ВИЧ/СПИДа, разработки стандартных лечебных протоколов, соблюдения пациентами назначенного режима лечения, создания надежной системы снабжения лекарственными препаратами и наличия стандартизированных систем мониторинга.

¹³ WHO and UNAIDS, UNAIDS/WHO Policy Statement on HIV Testing (<http://www.who.int/hiv/pub/vct/en/hivtestingpolicy04.pdf>)

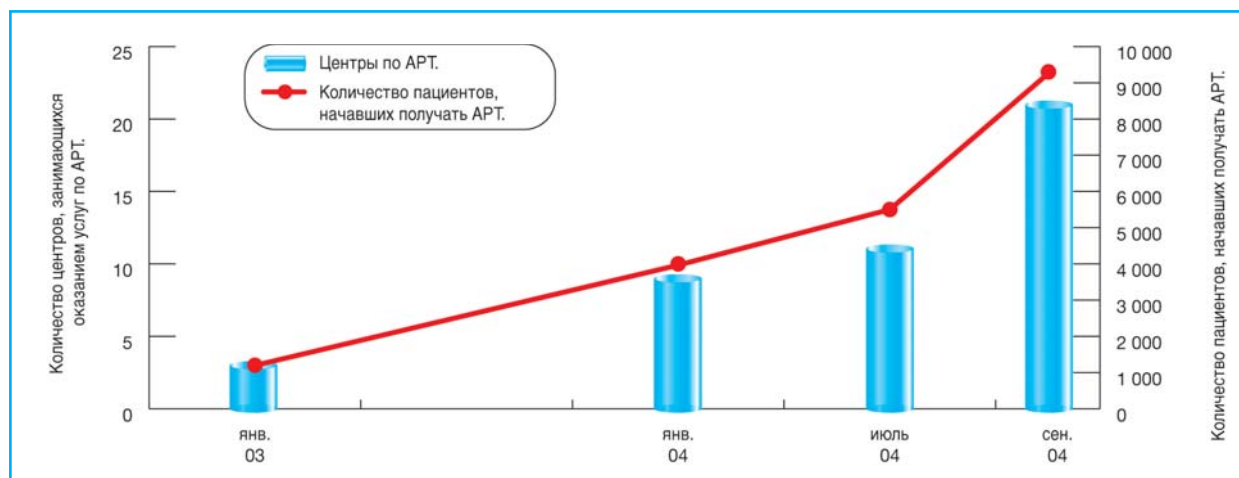
В странах с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой по ВИЧ/СПИДу, где доля пациентов фтизиатрических клиник, являющихся также носителями ВИЧ-инфекции, может достигать 80% от общего количества, программы по борьбе с туберкулезом начинают играть все большую роль в предупреждении дальнейшего распространения эпидемии СПИДа и становятся заметной движущей силой инициативы «3 к 5», действуя в эффективном тандеме с программами по борьбе с ВИЧ/СПИДом.

Информационный блок №3. Используя опыт борьбы с туберкулезом в Малави.

В Малави в настоящее время, согласно оценкам, около 900 тыс. носителей ВИЧ-инфекции и 170 тыс. пациентов, нуждающихся в антиретровирусной терапии. Национальный план по расширению сети услуг по АРТ в Малави предусматривает проведение бесплатного антиретровирусного лечения 80 тыс. пациентам к концу 2005 г. (это превышает контрольный показатель, установленный в рамках программы «3 к 5» – 68 тыс.), несмотря на то, что расходы на здравоохранение в расчете на душу населения в Малави не превышают 12 долл. США, а лечебные учреждения испытывают острый кадровый дефицит (см. рис. 13).

Каким образом Малави собирается осуществить столь смелые замыслы? В течение многих лет страна неукоснительно следовала стратегии DOTS по борьбе с туберкулезом и теперь может использовать полученный опыт в организации мер по расширению доступа к антиретровирусной терапии, включая определение перечня стандартных показаний к АРТ, разработку упрощенных лечебных протоколов, организацию надежной системы снабжения лекарственными препаратами, обеспечение соблюдения пациентами назначенного режима лечения, а также организацию регулярного мониторинга и оценки результативности проводимых мер с фиксированием полученных результатов в текущей и ежеквартальной отчетности стандартного формата. Таким образом, стратегические планы Малави предусматривают обеспечение максимального охвата лиц с ВИЧ/СПИДом антиретровирусной терапией и борьбу с развитием лекарственной устойчивости.

Рис. 13. Сеть центров по АРТ, и количество пациентов начавших получать антиретровирусное лечение в январе 2003 г. – сентябре 2004 г.

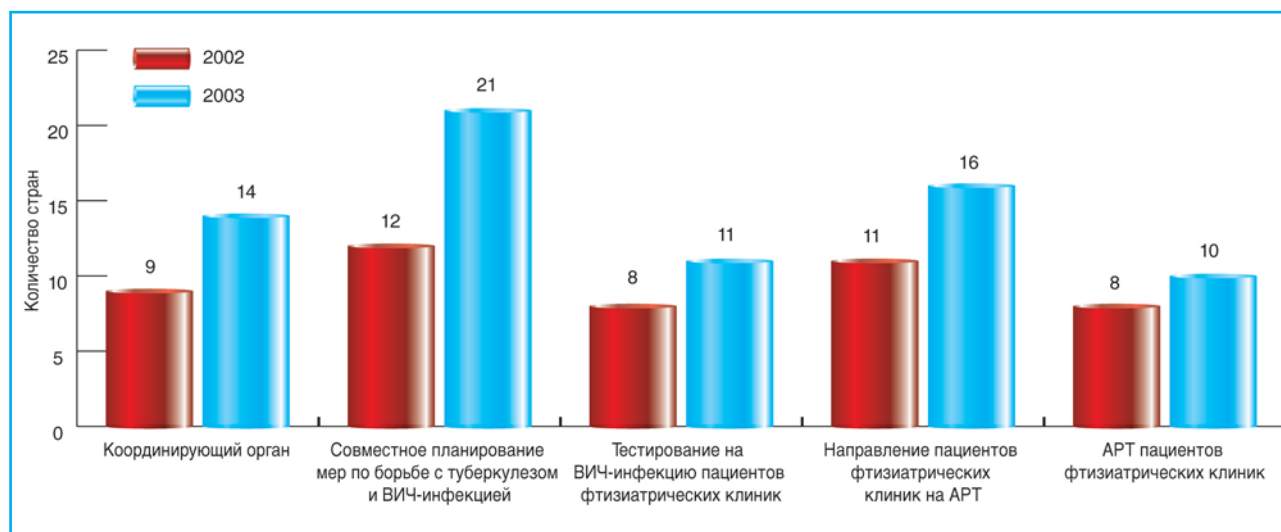


Обеспечение согласованной деятельности фтизиатрических больниц и центров по консультированию и диагностике на ВИЧ-инфекцию имело своим результатом то, что более 70% лиц, получающих лечение против туберкулеза, соглашались пройти ВИЧ-тест.

Имеющие базовую подготовку добровольцы из числа местного населения берут на себя значительную часть работы медсестринского персонала по консультированию желающих по вопросам ВИЧ/СПИДа и позволяют несколько компенсировать острую нехватку медсестринских кадров. К началу 2005 г. все 44 больничных учреждения Малави (28 областей) открыли комплекс услуг по консультированию и ВИЧ-тестированию пациентов, получающих лечение против туберкулеза. По состоянию на декабрь 2003 г., 23 из 59 государственных медицинских учреждений, определенных в качестве исходной базы для развертывания услуг по АРТ, успешно справились с поставленной задачей и обеспечивали лечение более 9 тыс. человек. Сотрудники районных фтизиатрических клиник прошли обучение методике проведения антиретровирусной терапии, а также процедурам регистрации, отчетности, мониторинга и оценки эффективности противотуберкулезного и антиретровирусного лечения. Новые инструменты мониторинга и оценки результатов АРТ основываются на методе группового (когортного) анализа, который также используется в организации мониторинга и оценки при проведении противотуберкулезной терапии. Головные офисы национальных программ по борьбе с туберкулезом и ВИЧ/СПИДом работают совместно над анализом данных, получаемых из районных клиник¹⁴

¹⁴ Harries A et al. Monitoring the responses to antiretroviral therapy in resource-poor settings: the Malawi model. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 2004, 98:695–701. Harries A et al. Expanding antiretroviral therapy in Malawi: drawing on the country's experience with tuberculosis. *British Medical Journal*, 2004, 329:1163–1166.

Рис 14. Результаты оценки эффективности комплексных мер по борьбе с туберкулезом и ВИЧ/СПИДом, принимаемых 32 странами-респондентами с неблагоприятной обстановкой по туберкулезу, ассоциированному с ВИЧ-инфекцией – 2002-2003 гг.



Профилактика и лечение оппортунистических инфекций

ВИЧ-инфекция ослабляет иммунитет человеческого организма и повышает его восприимчивость к инфекциям, которые обычно не развиваются при наличии здоровой иммунной системы (оппортунистические инфекции). Профилактика котримоксазолом, который является недорогим препаратом, имеющимся в широкой продаже, может помочь предотвратить многие инфекции такого рода и рекомендуется для использования при ведении пациентов с ВИЧ/СПИДом. Предупредить развитие активной формы туберкулеза можно посредством профилактики изониазидом, дешевым и безопасным противотуберкулезным препаратом. Первичная и возвратная криптококковая инфекция поддаются профилактическому лечению флуконазолом, противогрибковым препаратом, имеющимся в широкой продаже.

Некоторые страны, включая Таиланд, осуществили ряд эффективных мер по расширению охвата профилактического лечения котримоксазолом, лечения туберкулеза и вторичной профилактики криптококкового менингита среди ВИЧ-инфицированных.

В странах Африки метод профилактики котримоксазолом используется очень редко. По данным исследования, проводившегося в 2003 г., около 3% взрослых и 1% детей, живущих с ВИЧ-инфекцией, получали профилактическое лечение котримоксазолом¹⁵. Результаты недавних исследований, проводившихся в Уганде (среди лиц совершеннолетнего возраста¹⁶) и Замбии (среди лиц детского возраста¹⁷), послужили основанием для пересмотра существующих рекомендаций по профилактике котримоксазолом у детей (ВОЗ, ЮНЭЙДС и ЮНИСЕФ). В соответствии с новой редакцией практических рекомендаций, профилактика котримоксазолом должна проводиться всем новорожденным в возрасте 4-6 недель, подвергнувшимся риску заражения ВИЧ-инфекцией, а также всем детям с клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции или подозрением на ВИЧ/СПИД. Следующее отчетное совещание намечено на первую половину 2005 г.

Профилактика ВИЧ-инфекции у новорожденных

Одной из первоочередных целей программы «3 к 5» является обеспечение профилактики ВИЧ-инфекции у новорожденных, в частности, предупреждение передачи инфекции от матери ребенку. Только в течение 2003 г. около 5% беременным женщинам в странах Африки расположенных к югу от Сахары и 8% беременным женщинам по всему миру было предложено пройти профилактическое лечение, направленное на предупреждение передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

Так же как опыт борьбы с туберкулезом может служить образцом для организации работы по сдерживанию эпидемии ВИЧ/СПИДа, так и программы по дородовому патронажу являются ключом к ускоренному расширению доступа к услугам по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку. Одним из вариантов организации работы, уже хорошо зарекомендовавшим себя на практике, является внедрение практики, когда каждой беременной, становящейся на учет в женскую консультацию, предлагается пройти ВИЧ-тест и получить консультацию специалиста. При этом врач объясняет пациентке, что тестирование на ВИЧ-инфекцию входит в обычный комплекс медицинских услуг, и затем спрашивает согласия пациентки на проведение такого тестирования. Такой подход часто используется при проведении других стандартных медицинских тестов.

¹⁵ USAID, UNAIDS, WHO, UNICEF and the Policy Project. *Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention, care and support in low and middle income countries in 2003*. Washington, DC, Policy Project, 2004 (http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/coverage/en, accessed 31 December 2004).

¹⁶ Mermin J et al. Effect of co-trimoxazole prophylaxis on morbidity, mortality, CD4-cell count, and viral load in HIV infection in rural Uganda. *Lancet*, 2004, 364: 1428-1434.

¹⁷ Chintu C et al. Co-trimoxazole as prophylaxis against opportunistic infections as HIV-infected Zambian children (CHAP): a double-blind randomized placebo-controlled trial. *Lancet*, 2004;364:1865-1871.

Необходимо расширять сеть услуг по первичной профилактике, тестированию, консультированию, лечению и организации помощи ВИЧ-инфицированным женщинам и членам их семей.

Украина доказала возможность успешного развертывания сети услуг по профилактике передачи инфекции от матери ребенку. Инфраструктура сети услуг по охране здоровья матери и ребенка на Украине хорошо развита и обеспечивает необходимые условия для полного исключения новых случаев ВИЧ-инфицирования среди новорожденных к 2010 году. Придерживаясь методики, в соответствии с которой услуги по консультированию и тестированию на ВИЧ-инфекцию предлагались всем без исключения беременным, становящимся на учет в женскую консультацию (при этом, почти все пациентки соглашались пройти ВИЧ-тест), Украина смогла снизить число случаев передачи ВИЧ-инфекции от матери новорожденному с 28% в 2000 г. до 10% в 2002 г.

К июню 2004 г. Фонд Элизабет Глазер по борьбе со СПИДом среди детей обеспечивал поддержку программ по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку в 17 странах мира. Из 90 тыс. ВИЧ-инфицированных женщин, получавших помощь в рамках этих программ, более 2/3 беременным была проведена профилактика антиретровирусными препаратами. К декабрю 2004 г. сотрудники Фонда провели антиретровирусное лечение около 9,5 тыс. взрослых и 785 детей из четырех стран, где осуществлялись программы Фонда.

Колумбийский университет (г. Нью-Йорк) ведет работу по осуществлению программы МТСТ-Plus на базе 13 центров в 9 странах мира (8 центров расположены в государствах Южной Африки и один центр в Таиланде). Целью данной программы является профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку и лечение ВИЧ/СПИДа, включая оказание услуг по антиретровирусной терапии беременным женщинам, их супругам и детям. За период с января 2002 г. по август 2004 г. необходимую помощь в рамках этой программы получили 5 540 женщин и членов их семей, и 1 142 женщины прошли курс антиретровирусной терапии. Чрезвычайная программа Президента США по борьбе со СПИДом принимает активное участие в финансировании программ Фонда Элизабет Глазер и Колумбийского университета.

Профилактика и лечение – части единого комплекса

Профилактика и лечение заболеваний должны взаимодополнять друг друга, и достижение целей, поставленных программой «3 к 5», тесно связано с выполнением этого требования. Эффективное лечение ВИЧ-инфекции является одной из форм профилактики (хотя и не вполне совершенной формой), поскольку оно приводит к уменьшению вирусной нагрузки крови и снижает вероятность дальнейшей передачи инфекции (даже при незащищенном половом контакте). В свете предстоящей работы по расширению доступа по антиретровирусной терапии, параллельное развертывание сети услуг по консультированию и тестированию на ВИЧ-инфекцию является одним из основных условий успешного достижения поставленных целей. Чем больше человек узнает о том, что такое ВИЧ/СПИД, тем больше вероятность того, что он сможет защитить себя от заражения ВИЧ и предупредить развитие оппортунистических инфекций. Если ВИЧ-тест дает отрицательные результаты, то человек может предпринять обдуманные и целенаправленные меры по защите себя и членов своей семьи от ВИЧ-инфекции.

По мере того, как повышается уровень грамотности населения в вопросах ВИЧ/СПИДа, такие явления, как осуждение и дискриминация лиц с ВИЧ/СПИДом, начинают встречаться все реже, что существенно расширяет круг желающих пройти тестирование на ВИЧ-инфекцию и позволяет более эффективно бороться с распространением эпидемии.

На настоящий момент имеется относительно мало информации о влиянии лечебных мероприятий на положение дел в области профилактики ВИЧ/СПИДа в странах третьего мира. Проведенный, недавно, мета-анализ данных о ситуации в развитых индустриализированных странах показал, что носители ВИЧ-инфекции, получавшие антиретровирусную терапию, не демонстрировали склонности к сексуальному поведению, связанному с повышенным риском заражения ВИЧ-инфекцией, даже в тех случаях, когда лечение приводило к снижению содержания вируса в крови до предельно малых значений. Однако неверные представления людей относительно способности АРТ снижать вирусную нагрузку крови до нулевого уровня могут приводить к пренебрежению средствами защиты при вступлении в сексуальный контакт с незнакомым партнером. Меры по профилактике распространения ВИЧ/СПИДа должны предусматривать проведение санитарно-просветительской работы, направленной на борьбу с такими заблуждениями¹⁸.

Подготовка к проведению антиретровирусной терапии

Люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, и население регионов с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой по ВИЧ-инфекции играют ключевую роль в подготовке пациентов к проведению антиретровирусной терапии и обеспечении соблюдения ими назначенного режима лечения в течение продолжительного времени. Лица, получающие медицинскую помощь в рамках программ по профилактике, лечению и уходу за пациентами с ВИЧ/СПИДом, нуждаются в искреннем соучастии, имеют право на осознанное принятие решений, касающихся их собственного здоровья, и должны принимать активное участие в разработке и реализации долгосрочных планов и пропаганде мер по борьбе с ВИЧ/СПИДом. Обеспечение готовности пациентов к лечению – включая проведение соответствующей санитарно-просветительской работы и привлечение к оказанию помощи пациентам с ВИЧ/СПИДом волонтеров из числа местного населения – имеет решающее значение для успешной реализации программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом, включая оптимальное использование имеющихся ресурсов и эффективное оказание услуг по лечению ВИЧ-инфекции. В связи с этим, Программа ВОЗ по подготовке пациентов с ВИЧ-инфекцией к лечению перечислила крупную денежную сумму на счет Совместного фонда по обеспечению готовности пациентов к лечению. Совместный фонд является международной организацией, созданной по инициативе Tides Foundation,

¹⁸ Crepaz N, Hart TA, Marks G. Highly active antiretroviral therapy and sexual risk behavior: a meta-analytic review. *JAMA*, 2004, 292:224–236.

the International Treatment Preparedness Coalition, ВОЗ, более 15 других доноров и целого ряда организаций, занимающихся оказанием технической помощи. Основным направлением деятельности Совместного фонда является предоставление грантов, утверждаемых учредителями Фонда и предназначенных для поддержки деятельности по повышению информированности населения в вопросах ВИЧ/СПИДа, санитарно-просветительской работы и осуществлению проектов по борьбе с ВИЧ/СПИДом с привлечением местного населения в развивающихся странах. Комиссии на местах, в состав которых входят люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, и волонтеры из числа местного населения, участвующие в проведении санитарно-просветительской работы, устанавливают приоритетность финансируемых проектов, рассматривают заявки на оказание финансовой помощи и принимают решение о выделении средств на осуществление тех или иных мер.

Помимо этого, Совместный фонд обеспечивает поддержку мер по расширению доступа к антиретровирусной терапии и обеспечению готовности пациентов к лечению с привлечением местных ассоциаций лиц с ВИЧ/СПИДом и волонтеров, занимающихся санитарно-просветительской работой среди местного населения. Деятельность Фонда строится с учетом особенностей каждого региона, включая характер существующих потребностей, функциональные возможности местной системы здравоохранения и развитость ее инфраструктуры. Помимо обеспечения финансовой поддержки, ВОЗ также участвует в оценке эффективности деятельности Совместного фонда, что существенно облегчит проектирование и практическую реализацию местных инициатив в будущем.

Совместный фонд являет собой прекрасный пример успешной реализации принципов Greater Involvement of People Living with HIV/AIDS («Обеспечение более активного участия людей, живущих с ВИЧ/СПИДом») при осуществлении глобальной инициативы по борьбе с ВИЧ/СПИДом.

Лекарственные препараты, используемые в лечении СПИДа. Средства диагностики ВИЧ-инфекции

Наличие надежной системы снабжения лекарственными препаратами и средствами диагностики ВИЧ/СПИДа имеет решающее значение для успешного осуществления программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом в развивающихся странах. Высокая стоимость лекарств и комплектов для экспресс-тестирования ВИЧ-инфекции все еще является существенным препятствием для эффективного развертывания услуг по антиретровирусной терапии, и этот вопрос потребует кардинального решения уже в ближайшем будущем. Необходимо обеспечивать неизменно высокое качество АРВ-препаратов и средств для тестирования. Более того, важно обеспечить наличие достаточно широкого диапазона режимов АРТ, удобных для пациента и приемлемых по своей стоимости, что, безусловно, будет способствовать более четкому соблюдению больными назначений врача.

Важным элементом деятельности по решению вышеописанных задач является программа ВОЗ по предварительной проверке лекарственных препаратов на соответствие техническим условиям. Предварительная проверка не призвана обеспечивать правовое регулирование производства, распространения и использования лекарственных средств. ВОЗ не занимается выдачей разрешений на применение тех или иных лекарственных препаратов в конкретной стране. Эта функция входит в сферу ответственности национальных распорядительных органов, действующих в соответствии с установленными внутригосударственными требованиями, тогда как ВОЗ ограничивается составлением перечней лекарственных средств, которые положительно зарекомендовали себя как соответствующие международным стандартам качества, безопасности и эффективности – что делает их привлекательными, в первую очередь, для закупок организациями при ООН (см. информацию на сайте <http://mednet3.who.int/prequal> и http://www.who.int/medicines/organization/qsm/expert_committee/expertcomm.shtml). Предварительная проверка на соответствие техническим условиям проводится ВОЗ на основе принципов прозрачности (вся необходимая информация предоставляется для ознакомления всем желающим) с привлечением высококвалифицированных экспертов, представляющих авторитетные контролирующие органы стран Европейского Союза, Канады и Швейцарии (см. Информационный блок №4). В рамках программы также организуется обучение сотрудников распорядительных органов развивающихся стран.

Служба снабжения лекарственными препаратами и средствами диагностики (АМДС) расширила свой членский состав (16) и была реорганизована в сеть организаций, занимающихся оказанием помощи в закупках и распространении АРВ-препаратов и средств диагностики ВИЧ-инфекции. ВОЗ функционирует в качестве секретариата, тогда как другие партнеры занимаются практическим оказанием методической помощи и снабжением антиретровирусными средствами.

АМДС провела серию переговоров с научно-производственными фармацевтическими предприятиями с целью обеспечения стабильных поставок высококачественных антиретровирусных средств по приемлемой цене. Одним из основных направлений деятельности АМДС является создание ярусной системы ценообразования и расширение перечня стран, имеющих право на получение лекарственных препаратов по льготной цене. АМДС также занимается отслеживанием объемов продаж в целях определения количества людей, получающих антиретровирусную терапию в конкретной стране, а также оценки будущей потребности в АРВ-препаратах в свете предстоящей работы по ускоренному расширению доступа к антиретровирусной терапии.

Являясь своего рода центром по анализу и синтезу информации об АРВ-препаратах и средствах диагностики ВИЧ-инфекции, АМДС обеспечивает партнеров самыми последними сведениями о патентах, регистрационном статусе и ценах на упомянутые препараты и средства диагностики, а также информирует о появлении на рынке новых препаратов, их производителях, наличии в продаже и ценах.

Занятые в сфере снабжения организации-члены АМДС смогли значительно увеличить объем продаж антиретровирусных препаратов и средств диагностики. Общая стоимость АРВ-препаратов, поставленных в 2004 г. Международной ассоциацией по бесплатному снабжению неимущих лекарственными препаратами в 21 страну мира, составила 105 млн. долларов США, что представляет собой значительный прогресс по сравнению с 2003 г., когда поставки производились

только в три государства. В течение последних 1,5 лет ЮНИСЕФ снабжала антиретровирусными средствами 37 стран. Объемы поставок растут ускоренными темпами и увеличились с немногим менее 2 млн. долларов США в 2003 г. до 7,5 млн. долларов США в течение I-III кв. 2004 г. ЮНИСЕФ занимается созданием резервного фонда антиретровирусных средств с октября 2004 г. в соответствии с соглашениями, заключенными с правительствами 22 стран мира. На настоящий момент стоимость запасов, находящихся в резервном фонде, составляет 500 тыс. долларов. Фонд Билла и Мелинды Гейтс дополнительно выделил 250 тыс. долларов США на пополнение упомянутого резервного фонда. Президентский фонд Уильяма Дж. Клинтона добился заключения договоров о поставках ряда непатентованных АРВ-препаратов и средств диагностики ВИЧ-инфекции по льготным ценам, а также подписал соглашения с Всемирным банком, Глобальным фондом по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, ЮНИСЕФ, Международной ассоциацией по бесплатному снабжению неимущих лекарственными препаратами и ВОЗ о предоставлении скидок на лекарственные препараты, поставляемые странам и организациям, являющимся партнерами Фонда У. Клинтона.

Члены АМДС, включая ВОЗ и ЮНИСЕФ, также участвуют в разработке практических рекомендаций по рассмотрению заявок на выдачу разрешений на применение АРВ-препаратов в стандартных дозировках для национальных органов, контролирующей сферу производства, закупок, распространения и использования лекарственных препаратов. ВОЗ провел предварительную проверку непатентованных антиретровирусных препаратов (в стандартных дозировках), предназначенных для лечения пациентов ВИЧ/СПИДом в экономически слабых странах, на соответствие техническим условиям. Небольшое исследование, проведенное на базе нескольких клиник в Камеруне, продемонстрировало высокую эффективность и безопасность такой комбинации непатентованных препаратов (используемых в стандартных дозировках), как неврирапин + ставудин + ламивудин¹⁹. Такие исследования играют важную роль в регулярной оценке лечебной эффективности препаратов, рекомендуемых для использования ВОЗ и закупаемых снабженческими организациями.

Информационный блок 4. Обеспечение высоких стандартов качества

В конце мая 2004 г. ВОЗ исключило два препарата, выпускаемых фармацевтической компанией Cipla Ltd., из перечня антиретровирусных средств, прошедших предварительную проверку на соответствие техническим условиям (предварительная квалификация). 9 ноября 2004 г. Ranbaxy Laboratories Ltd. (Индия) добровольно отозвала семь названий (а также все свои заявки на другие АРВ-препараты, находящиеся на стадии экспертизы) из вышеупомянутого перечня ВОЗ. Через неделю после этого, еще один индийский производитель непатентованных антиретровирусных средств – Hetero Drugs Limited – снял 6 своих препаратов их списка ВОЗ.

Такое сокращение предварительного квалификационного перечня АРВ-препаратов явилось результатом организованной Всемирной организацией здравоохранения проверки деятельности подрядных научно-исследовательских организаций, которые занимались изучением равноценности биологического эффекта различных антиретровирусных препаратов. В ходе последующих расследований компании-заказчики выявили существенные расхождения в документации компаний, содержащей доказательство биологической равноценности новых препаратов и патентованных антиретровирусных средств. Заказчиками было также обнаружено, что исследования проводились с нарушением международных стандартов клинической и лабораторной практики.

ВОЗ информировала государства-члены о том, что выявленные нарушения со стороны подрядных научно-исследовательских организаций в принципе не влияют на доказанное высокое качество лекарственных препаратов, включая их чистоту и стабильность, однако пользователям следует, по возможности, временно воздержаться от применения препаратов, отозванных из предварительного квалификационного перечня ВОЗ, и переключиться на использование других антиретровирусных средств из этого же перечня. Тем не менее, ВОЗ рекомендовала продолжать использование отозванных лекарственных средств в случае возникновения трудностей с закупкой альтернативных препаратов из предварительного квалификационного списка. Опасность, связанная с прекращением антиретровирусной терапии, существенно превышает риск, который может повлечь за собой прием лекарственных препаратов, имеющих неподтвержденную биологическую равноценность, но обладающих высоким качеством и продемонстрировавших свою безопасность для потребителя. Переключение на прием препаратов, не прошедших предварительную проверку на соответствие техническим условиям, не рекомендуется, так как ВОЗ еще не располагает документальными доказательствами их высокого качества.

30 ноября 2004 г. ВОЗ вновь включила в предварительный квалификационный перечень два отозванных ранее препарата фирмы Cipla Ltd, которая успешно провела новые исследования, подтвердившие биологическую равноценность этих препаратов, которые имеют такой же терапевтический эффект, как и их патентованные аналоги.

Регулярные проверки подрядных научно-исследовательских организаций, осуществляющих экспертизу АРВ-препаратов, проводятся ВОЗ в рамках программы постоянного мониторинга и представляют собой неотъемлемый компонент проекта по предварительной квалификации антиретровирусных препаратов. Эта работа является наглядным свидетельством добровольного обязательства ВОЗ оказывать странам необходимую помощь в продвижении на рынок безопасных и высокоэффективных лекарственных средств и совершенствовании механизмов контроля их качества. Текущий предквалификационный перечень антиретровирусных средств ВОЗ содержит 50 наименований, включая три комбинации из двух препаратов и две комбинации из трех препаратов в стандартных дозировках (т.е. в одной таблетке содержится два или три препарата), производимых такими фармацевтическими компаниями, как Abbott Laboratories, GlaxoSmithKline and Cipla. В настоящее время в очереди на прохождение процедуры предварительной оценки на соответствие техническим условиям стоит несколько новых АРВ-препаратов, включая лекарственные средства, подлежащие употреблению в стандартных дозировках.

¹⁹ Laurent C et al. Effectiveness and safety of a generic fixed-dose combination of nevirapine, stavudine, and lamivudine in HIV-1 infected adults in Cameroon: open-label multicentre trial. *Lancet*, 2004, 364:29–34.

АМДС занимается оказанием методической поддержки, помогая странам в их работе по формированию систем снабжения лекарственными препаратами, обеспечивающих оптимальную организацию доставки фармацевтической продукции от закупочных центров к лечебным учреждениям. Одним из направлений деятельности АМДС является проведение региональных семинаров по управлению работой системы закупок и распространения лекарственных средств. Так, в декабре 2004 г. в Кении и Камбодже состоялись учебные семинары, в которых приняли участие десятки представителей снабженческих организаций из 20 стран мира. Помимо этого, АМДС оказывает помощь в разработке национальных программ по закупкам и распространению лекарственных средств. Многие страны уже завершили подготовку таких программ и подали заявки на обучение 120 специалистов в области снабжения.

Цены на антиретровирусные препараты в развивающихся странах

Высокая стоимость АРВ-препаратов все еще представляет собой существенное препятствие для расширения сети услуг по лечению и уходу за пациентами ВИЧ/СПИДом. Минимальная стоимость лечения АРВ-препаратами первого ряда составляет около 140 долларов США в год для одного пациента, однако средняя цена годового комплекта антиретровирусных средств продолжает превышать 300 долл. США. Достижение поставленной цели, в соответствии с которой стоимость антиретровирусной терапии должна будет составлять 50-200 долл. США в год на одного пациента к декабрю 2005 г., потребует значительных совместных усилий со стороны участников программы «3 к 5». Между тем, стоимость антиретровирусного лечения второго уровня продолжает оставаться слишком высокой, что препятствует обеспечению широкого доступа к данному виду лечения. В случае дальнейшего распространения эпидемии ВИЧ/СПИДа дороговизна АРВ-препаратов второго уровня может привести к возникновению критической ситуации в сфере общественного здравоохранения. В связи с этим, международному сообществу крайне важно предпринять заблаговременные меры по обеспечению того, чтобы стоимость антиретровирусных препаратов не являлась препятствием для расширения сети услуг по лечению ВИЧ/СПИДа.

Цены на антиретровирусные препараты в странах Европы и Центральной Азии

Высокая стоимость АРВ-препаратов первого и второго ряда продолжает оставаться предметом большой озабоченности в странах Восточной Европы и Центральной Азии. Страны СНГ смогли добиться снижения цен накупаемые антиретровирусные препараты. К примеру, Министерства здравоохранения Республики Молдова и Украины осуществляют закупки антиретровирусных средств через Международное агентство по снабжению лекарственными препаратами на средства гранта, предоставленного Глобальным фондом по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией. Министерство здравоохранения Российской Федерации ведет прямые переговоры о снижении цен на АРВ-препараты с научно-производственными фармацевтическими предприятиями. Одновременно осуществляется регистрация и выдача разрешений на распространение непатентованных антиретровирусных средств.

В других странах цены на АРВ-препараты сохраняются на высоком уровне, что существенно сужает круг лиц, получающих доступ к лечению. Поскольку количество больных СПИДом является относительно невысоким (за исключением Румынии), большая их часть проходит АРТ в государственных медицинских учреждениях. По мере увеличения числа нуждающихся в антиретровирусной терапии дефицит средств, необходимых для закупки АРВ-препаратов будет ощущаться все более остро.

В ходе работы совещания организаций-активистов, состоявшегося в Варшаве, была создана рабочая группа, в задачу которой будет входить обеспечение ускоренного принятия соответствующих мер Главным директором по вопросам здравоохранения и защиты интересов потребителей при Европейской комиссии. Снижение цен на АРВ-препараты, поставляемые в 10 стран мира, которые присоединились к Европейскому союзу в мае 2004 г., является достаточно сложной задачей ввиду того, что вступление в силу положений, регулирующих деятельность единого рынка Европейского союза, привело к росту цен и достижению ими уровня, который преобладал в 15 странах-членах Евросоюза в период, предшествовавший маю 2004 г. Этот вопрос стал главной темой обсуждения на нескольких совещаниях, состоявшихся недавно, и в будущем планируется проведение дополнительной серии встреч.

Управление системой снабжения лекарственными препаратами

На уровне страны программы происходят интенсивное накопление практического опыта в области закупок антиретровирусных препаратов, что приводит к изменению формулировки предстоящих задач, а также определению сути потенциальных препятствий на пути к поставленной цели. В 2005 г. снабженцы будут тратить меньше времени на выбор товара, поиск поставщиков и размещение заказов и уделять больше внимания вопросам финансирования регулярных поставок, обеспечения производственной и правовой гибкости процесса закупок, прогнозирования спроса с учетом расширения сети услуг по антиретровирусной терапии и внедрения надежной системы снабжения, позволяющей своевременно удовлетворять потребности медицинских учреждений в АРВ-препаратах. В то время как помощь, оказываемая странам в разработке эффективной системы закупок и распространения лекарственных препаратов нельзя назвать краеугольным камнем деятельности по расширению доступа к антиретровирусной терапии, тем не менее, таковая вносит свой вклад в борьбу с другими хроническими заболеваниями, включая диабет и артериальную гипертензию.

Подготовка медицинских кадров

По мере дальнейшего расширения сети услуг по антиретровирусной терапии все более остро начинает ощущаться дефицит высококвалифицированных специалистов, начиная с вспомогательного медицинского персонала и заканчивая врачами. Потребность в кадрах может составить до 100 тыс. медицинских работников, прошедших специальную подготовку. Учебные модули системы ВОЗ «Интегрированное ведение болезней взрослых и подростков» (ИМА) основаны на методически

Декабрь 2004 г.

грамотном подходе к перегруппировке имеющихся кадровых ресурсов, передаче знаний и усилению штата медицинских учреждений соответствующими сотрудниками, включая волонтеров из числа местных жителей и лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом.

Тематика модулей IMAI, содержащих простые и ясные практические рекомендации, учебный материал и наглядные пособия, связана с вопросами клинического ведения, мониторинга и отслеживания состояния здоровья пациентов ВИЧ/СПИДом, получающих антиретровирусную терапию, а также координирования деятельности по оказанию услуг по АРТ на районном уровне.

Система IMAI, впервые опробованная в Уганде, позволяет формировать и укреплять новые партнерские связи как на национальном, так и на международном уровне. Проведение учебных семинаров и создание ресурсных центров обеспечивает повышение уровня грамотности населения в вопросах ВИЧ/СПИДа и ведет к заметному росту числа профессиональных медицинских работников и волонтеров, участвующих в работе по борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИДа (см. информационный блок №5). Оптимальное использование кадровых ресурсов и обеспечение комплексного характера медицинской помощи также ведет к укреплению и развитию системы здравоохранения в целом.

Так как люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, со временем становятся, как правило, своего рода экспертами в области борьбы со своей болезнью, то они часто привлекаются к работе в качестве инструкторов при организации учебных курсов для врачей-клиницистов и вспомогательного медицинского персонала. Лица, проявившие соответствующие способности, могут назначаться на административные должности, что позволяет высвободить постоянный персонал медицинских учреждений для исполнения основных обязанностей.

К примеру, в Свазиленде работает 8 экспертов-инструкторов и 12 других специалистов IMAI. К августу 2004 г. специализацию прошли 32 медицинских работника из четырех областей Свазиленда. Также ведется активная работа по подготовке специалистов по программе IMAI в Эритрее, в провинции Восточный мыс (Южная Африка) и в Судане. Было обеспечено ускоренное адаптивное практическое руководство в Бурунди и Сенегале, где также осуществляются учебные программы. В настоящее время ведется работа по адаптивному упомянутых руководств с учетом специфики Буркина-Фасо и других франкоговорящих стран Африки.

Информационный блок 5. Региональный ресурсный центр на Украине

До 2003 г. обучение методам проведения АРТ в странах Центральной и Восточной Европы практически не проводилось. В 2003 г. ВОЗ и Американская международная ассоциация здравоохранения, действуя при поддержке Министерства здравоохранения Украины, Национального центра по борьбе со СПИДом, Киевской медицинской академии повышения квалификации, MSF и Фонд по борьбе со СПИДом «Восток-Запад», начали работу по организации регионального ресурсного центра при финансовой поддержке GTZ. В январе 2004 г. в Киеве открылся Ресурсный центр по борьбе с ВИЧ/СПИДом в Евразии. Основными направлениями деятельности этого центра являются:

- оказание помощи в разработке национальных планов по борьбе с ВИЧ/СПИДом, включая подготовку кадров;
- разработка и осуществление учебных программ, предусматривающих как преподавание теоретического материала, так и развитие практических навыков;
- обеспечение возможности получения свежей информации в режиме реального времени; а также
- перевод и адаптивное практическое руководство, пособий и протоколов.

Ресурсный центр сыграл большую роль в обеспечении консенсуса в отношении национального плана по расширению доступа к антиретровирусной терапии на Украине, который, в частности, предусматривает проведение АРТ 2 000 взрослых и 100 детей на базе медицинских учреждений, расположенных на территории шести областей страны, в течение 2005 г.

Работа в этом направлении начнется с формирования специальных групп, состоящих из врача, медсестры и социального работника или консультанта. Завершение теоретического блока будет сопровождаться курсом по развитию практических навыков. Начиная с июля 2004 г. Ресурсный центр подготовил 66 специалистов в области антиретровирусной терапии при финансовой поддержке Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией и методической помощи со стороны Международной ассоциации по борьбе с ВИЧ/СПИДом.

В Ресурсном центре была разработана система мониторинга и оценки результатов обучения, которая предусматривает, в частности, регулярные проверки деятельности на местах. Сотрудники центра также участвуют в непосредственном оказании услуг по АРТ.

В настоящее время Ресурсный центр в Киеве занимается организацией системы выдачи сертификатов местного и международного образца врачам, медицинским сестрам и социальным работникам, прошедшим обучение в центре. В 2006 г. планируется начать прием заявок на обучение сотрудников медицинских учреждений Российской Федерации. Также ведутся переговоры с другими странами.

Контроль качества и аккредитация

Дефицит инфраструктуры здравоохранения и качественных медицинских услуг продолжает оставаться серьезной проблемой во многих странах. Совместная международная комиссия устанавливает стандарты, которые будут служить мерилем качества деятельности 15 тысяч медицинских учреждений по всему миру. Процедура аккредитации предусматривает проведение проверок на местах рабочими группами Совместной комиссии не реже одного раза в три года.

Хотя в некоторых странах уже имеются действующие системы аккредитации, тем не менее, нет каких-либо отдельных процедур, которые бы определяли порядок контроля качества и аккредитации деятельности медицинских учреждений, занимающихся оказанием услуг по лечению ВИЧ/СПИДа. Предполагается, что удобные для пользования и легко адаптируемые руководства по проектированию систем аккредитации будут опубликованы к августу 2005 г.

Установление стандартов никоим образом не направлено на осуществление правовых санкций против отдельных стран или медицинских учреждений. Скорее, цель заключается в формировании концептуальной основы деятельности по непрерывному совершенствованию качества медицинского обслуживания. Это, в свою очередь, может способствовать четкой организации работы по расширению доступа к антиретровирусной терапии. ВОЗ и Совместная международная комиссия (СМК) в настоящее время занимаются разработкой удобных для пользования и легко адаптируемых практических руководств, призванных служить в качестве инструментов при внедрении систем аккредитации качества услуг по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа. Помимо этого, ВОЗ и СМК будут оказывать методическую помощь странам или отдельным медицинским учреждениям, работающим над организацией систем аккредитации, содействовать укреплению и развитию партнерских связей на национальном, региональном и международном уровнях в целях обеспечения принятия и соблюдения стандартов аккредитации, а также осуществлять мониторинг и оценку эффективности деятельности по применению и совершенствованию указанных стандартов.

Мониторинг результатов лечения

Возможность проведения эффективной АРТ позволит рассматривать ВИЧ/СПИД не как «смертный приговор», а как обычное хроническое состояние. Ведение больных с хронической патологией с обеспечением их хорошего самочувствия и высокой трудоспособности требует постоянного клинического наблюдения и оценки состояния здоровья пациента, а также неукоснительного соблюдения пациентами назначенного режима лечения.

Желательно, чтобы история болезни лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом, велась регулярно и могла быть доступна для ознакомления при посещении клиники пациентом. При этом регистр пациентов является важным элементом системы учета и мониторинга. Ведение истории болезни осуществляется, в первую очередь, в интересах самого пациента. Помимо этого, определенная часть информации, содержащейся в истории болезни, используется сотрудниками программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом для оптимальной организации рабочего процесса и подготовки данных, необходимых для оценки эффективности и совершенствования мер по борьбе с эпидемией на уровне отдельных лечебных учреждений, а также на национальном и международном уровне. Сводные таблицы таких данных помогают, к примеру, организовывать своевременную закупку и распространение лекарственных препаратов и расходных материалов, а также отслеживать ход реализации внутригосударственных и международных программ. Чем проще система мониторинга, тем выше ее функциональная надежность, которая должна обеспечивать сбор минимального объема данных, необходимых для организации качественного медицинского обслуживания лиц с ВИЧ/СПИДом, оптимизации управления деятельностью системы здравоохранения и обеспечения обмена информацией на международном уровне.

В марте 2004 г. ВОЗ организовала проведение совещания с участием представителей правительства США, других финансовых партнеров по двусторонним проектам, а также ряда неправительственных организаций, на котором был согласован минимальный стандартный набор данных, подлежащих сбору в процессе мониторинга.

В ряде стран, включая Малави (см. информационный блок 3) организация систем мониторинга осуществляется по аналогии с системами фтизиатрического мониторинга с определенными модификациями, учитывающими проведение АРТ в течение всей жизни пациента.

Существуют также примеры создания систем мониторинга на основе электронных технологий. Так, в Бразилии, где функционирует более 900 центров по АРТ, используются системы управления деятельностью по закупке и распространению лекарственных препаратов и расходных материалов, основанные на Интернет-технологиях. Другие медицинские учреждения и организации разработали специальные компьютерные системы регистрации данных (так в госпитале Mosoriot в Кении используется пакет программного обеспечения MSF-FUCHIA; в клиниках США, занимающихся лечением ВИЧ-инфицированных, используется система CareWare, которая теперь применяется и в ряде центров по АРТ в Уганде). Организация Partners In Health (Гаити) разработала электронную систему регистрации данных, которая позволяет получать информацию из отдаленных мест благодаря наличию канала спутниковой связи, отслеживать движение запасов лекарственных средств и расходных материалов и прогнозировать будущие потребности. Этот пример еще раз доказывает, что важная проблема может быть решена в обход препятствий, создаваемых слабой инфраструктурой.

Лекарственная устойчивость

Вирус иммунодефицита человека подвергается частым мутациям в процессе репликации в человеческой клетке, и некоторые мутации приводят к развитию устойчивости к антиретровирусным препаратам. Если пациент не придерживается назначенного режима лечения, то это создает условия для появления устойчивых штаммов вируса и в итоге резко снижает эффективность проводимой терапии. Однако, если схема АРТ составлена грамотно, и лечение проводится надлежащим

образом с неукоснительным соблюдением пациентом рекомендаций врача, то вероятность развития лекарственной устойчивости можно свести к минимуму.

На данный момент не существует никаких доказательств, что меры по расширению доступа к АРТ в развивающихся странах затрудняют борьбу со штаммами ВИЧ, устойчивыми к воздействию АРВ-препаратов. Распространенность лекарственной резистентности в странах третьего мира не превышает аналогичного показателя, характерного для высокоразвитых индустриальных государств. Частота случаев развития первичной устойчивости ВИЧ-1 оставалась низкой в Бразилии, где с 1995-1996 г. стала широко применяться практика лечения ВИЧ/СПИДа с использованием комбинации из трех антивирусных препаратов. То же самое можно сказать и о Кот д'Ивуаре, где антиретровирусное лечение стало проводиться всем нуждающимся с 1998 г. в рамках Инициативы по интенсивному расширению сети услуг по АРТ.

ВОЗ в настоящее время интенсивно сотрудничает с многими странами в области внедрения национальных систем надзора и мониторинга лекарственной устойчивости к АРВ-препаратам. Планируется проведение «пороговых» исследований, направленных на определение уровня распространенности феномена лекарственной устойчивости, в основном, с использованием образцов, оставшихся после предыдущих серий эпидемиологического обследования населения на ВИЧ-инфекцию или специальных обследований, проводившихся в рамках дозорного эпиднадзора в районах, где услуги по АРТ оказывались в частном порядке в течение ряда лет. Первое «пороговое» исследование было проведено в Мексике. Мониторинг лекарственной устойчивости к АРВ-препаратам будет проводиться на территории двух административных регионов двух стран, где в течение нескольких последующих месяцев планируется ввести практику лечения ВИЧ-инфекции с использованием стандартизированных режимов терапии. Помимо этого, большое внимание уделяется созданию и развитию сети лабораторных услуг по обследованию на лекарственную устойчивость. Лабораторные учреждения в Ботсване, Кот д'Ивуаре, Сенегале и Южной Африке активно участвуют в программе ВОЗ по обеспечению высокого качества услуг, оказываемых лабораториями, занимающимися мониторингом лекарственной устойчивости к АРВ-препаратам в странах Африки.

Прикладные научные исследования

Не существует каких-либо универсальных моделей деятельности по расширению сети услуг по антиретровирусной терапии и обеспечения оптимальной результативности программ по профилактике ВИЧ-инфекции в требуемом масштабе. В то время как подход, основанный на использовании доказательных фактов, продолжает сохранять свою актуальность, тем не менее, неотложность решения стоящих вопросов требует поиска новых оригинальных подходов. Подход «учиться на практике», ключевым элементом которого является проведение прикладных научных исследований, представляет собой неотъемлемое условие успешного расширения доступа к антиретровирусной терапии. Дефицит доказательных фактов не должен являться ограничивающим фактором, и извлечение уроков из опыта реализации различных инициатив требует регулярной оценки накапливаемой информации «в режиме реального времени» с последующим использованием полученных выводов в процессе запуска и расширения сферы охвата программ по АРТ.

Приоритет должен отдаваться научным исследованиям, которые имеют непосредственное отношение к процессу достижения намеченных целей и результаты которых могут применяться на практике широким кругом пользователей. В связи с этим, можно отметить два основных принципа организации исследований. Во-первых, исследование должно носить многопрофильный характер, охватывая клинические, экономические, медицинские и социально-поведенческие аспекты. Во-вторых, непосредственным проведением исследований должны заниматься сами страны в рамках программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом, будь это проекты, осуществляемые по инициативе местных или внешних партнеров. ВОЗ, ЮНИСЕФ, Всемирный банк, ПРООН и ряд других организаций начали проводить работу по установлению приоритетов научных исследований на национальном уровне и подготовке предложений по тематике таких исследований.

Лечение и уход за пациентами с ВИЧ/СПИДом

Во многих странах с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой по ВИЧ-инфекции бремя лечения пациентов с ВИЧ/СПИДом легло главным образом на плечи крупных медицинских учреждений. Согласно результатам исследования, проведенного в Замбии, до 50% совокупного количества коек в одном из центральных госпиталей страны было занято пациентами, получающими лечение по поводу ВИЧ-инфекции. Соответственно, введение практики оказания услуг по лечению и уходу за пациентами с ВИЧ/СПИДом на дому является одним из важнейших условий успешного расширения доступа к антиретровирусной терапии.

При наличии благоприятных условий, организация лечения и ухода на дому может существенно снизить нагрузку на медицинские учреждения. Помимо этого, такая система обладает очевидными преимуществами для пациента. При АРТ потребность в длительной госпитализации возникает достаточно редко. Большая часть состояний, вызываемых ВИЧ-инфекцией (например, лихорадка или диарея), может лечиться в домашних условиях под наблюдением врача. Во многих случаях лечение на дому является единственно возможным вариантом ввиду отдаленности стационарного медицинского учреждения, соответствующей дороговизны транспортных услуг и высокой стоимости проживания вдали от дома.

Еще одним преимуществом организации лечения пациентов с ВИЧ/СПИДом на дому является то, что она способствует профилактике дальнейшего распространения эпидемии. Как показывает опыт реализации программы TASO в Уганде и других странах, санитарно-просветительская работа среди пациентов с ВИЧ-инфекцией и членов их семей дает лучшие результаты, если она проводится на дому. Более того, грамотно спроектированные программы по лечению и уходу за пациентами на дому

позволяют эффективно бороться с такими явлениями, как социальная изоляция и негативное общественное восприятие пациентов с ВИЧ/СПИДом, опираясь на социальную и психологическую поддержку местного населения.

Лечение ВИЧ-инфекции в детском возрасте

К сожалению, дети-носители ВИЧ-инфекции на протяжении долгого времени оставались вне поля зрения разработчиков программ по расширению доступа к АРТ. Защита интересов больных детей оставляла желать лучшего, мониторинг проводился в недостаточном объеме и, несмотря на наличие доказательств об обратном, лица, определяющие политику в области здравоохранения, и поставщики медицинских услуг часто выражали сомнение в эффективности антиретровирусной терапии детской ВИЧ-инфекции.

По данным мировой статистики, смертность среди детей от ВИЧ-инфекции (дети в возрасте до 15 лет) составляет 1/6 от общего количества летальных исходов заболевания ВИЧ/СПИДом. В то же время, количество детей, получающих АРТ, составляет непропорционально низкую долю от совокупного количества пациентов с ВИЧ/СПИДом, которым проводится АРТ. Лишь несколько программ направлено на оказание услуг по лечению детей с ВИЧ-инфекцией. Исключение в данном смысле составляет Таиланд, где в рамках национальной программы по борьбе с ВИЧ/СПИДом ежемесячно получают антиретровирусное лечение от 200 до 300 детей, которые составляют 8% от общего количества пациентов, которым проводится АРТ. В Бразилии, где доля женщин и детей в общей массе ВИЧ-инфицированных относительно мала, около 5% пациентов, получающих антиретровирусное лечение, составляют лица несовершеннолетнего возраста. По информации сотрудников программы MSF, из общего числа пациентов с ВИЧ/СПИДом, которым оказываются услуги по АРТ в рамках данной глобальной программы, 6% составляют дети.

На настоящий момент представляется невозможным дать точную оценку количества детей, болеющих СПИДом. Приблизительные подсчеты основываются на подсчете количества беременных женщин, являющихся носительницами ВИЧ-инфекции, с учетом частоты передачи инфекции от матери к ребенку в среднесрочном периоде (допуская при этом, что грудное вскармливание является обычным методом кормления ребенка). Так, по оценкам специалистов, в 2004 году смертность от детской ВИЧ-инфекции во всем мире составила более 500 тыс. случаев.

Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией в детском возрасте проводится в очень ограниченном объеме; организация такого эпиднадзора до настоящего момента не рассматривалась в качестве приоритетной задачи и не включалась в программы по эпидемиологическому надзору за ВИЧ второго поколения. Практическое осуществление эпиднадзора затрудняется еще и тем обстоятельством, что диагностика ВИЧ-инфекции у новорожденных является достаточно сложной задачей. У детей в возрасте до 1,5 лет точная постановка диагноза возможна только при проведении специальных тестов. В большинстве случаев провести тестирование у детей, рожденных от ВИЧ-инфицированной матери, представляется невозможным ввиду дороговизны и сложности соответствующих ВИЧ-тестов. Стандартный ВИЧ-тест основывается на принципе выявления антител к вирусу, которые передаются от матери к ребенку: положительный ВИЧ-тест может представлять собой следствие пассивного перехода антител из крови матери в кровь ребенка, а не результат активной выработки антител в организме новорожденного при развитии ВИЧ-инфекции. Более половины летальных исходов ВИЧ-инфекции у детей имеет место именно в возрасте до 18 месяцев; правильный диагноз ставится очень редко и учет таких случаев не ведется – что и приводит к мнимому благополучию эпидемиологической обстановки по детской ВИЧ-инфекции.

ВОЗ внесла предложение о разработке критериев предварительной диагностики ВИЧ/СПИДа, которые будут служить достаточным основанием для начала антиретровирусной терапии даже при отсутствии твердых доказательств наличия ВИЧ-инфекции. ВОЗ, ЮНИСЕФ и другие партнеры предлагают пересмотреть определение детской ВИЧ-инфекции и ввести в действие усовершенствованную классификацию клинических стадий заболевания, учитывающую интенсивное расширение сети услуг по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку. ВОЗ также ведет работу по поиску источников финансирования прикладных научных исследований, направленных на разработку более точных методов диагностики ВИЧ/СПИДа.

Классификация клинических стадий ВИЧ-инфекции и СПИДа у детей была разработана ВОЗ несколько лет назад и с тех пор ни разу не подвергалась пересмотру. Многие признаки II и III стадии, описываемые в данной классификации, не являются характерными только для ВИЧ-инфекции и могут встречаться у неинфицированных детей. Определение концентрации клеток CD4 в крови проводится лишь в нескольких лабораториях, большая часть из которых располагает устаревшим оборудованием, которое позволяет подсчитывать только общее количество клеток без их процентных соотношений (для этого требуется более сложная и дорогостоящая аппаратура). Вышеупомянутая классификация является слишком громоздкой для широкого использования в лечебных учреждениях. ВОЗ планирует пересмотреть и создать упрощенную версию практических рекомендаций по лечению ВИЧ/СПИДа в соответствии с новыми данными о безопасности и эффективности различных комбинаций лечебных препаратов и лекарственной устойчивости к таким препаратам.

Помимо необходимости в широком использовании современных методов клинического ведения и диагностики ВИЧ/СПИДа существует также острая потребность в недорогих и высокоэффективных лекарственных препаратах для лечения ВИЧ-инфекции у детей. На настоящий момент имеется очень ограниченный список детских лекарственных препаратов, которые к тому же стоят намного больше аналогов, применяемых в лечении ВИЧ/СПИДа у взрослых. Многие поставщики используют метод деления таблетки для взрослых на две или даже четыре части с последующим их использованием в качестве педиатрического препарата, признавая при этом, что содержание активного вещества в частях раздробленной таблетки может заметно варьировать. Диаграммы, применяемые для расчета дозировок с учетом веса тела пациента, являются достаточно сложными и могут быть полезными только при условии наличия большого практического опыта у лечащего врача-педиатра.

Лечение пациента с использованием сложных комбинаций антиретровирусных препаратов представляет большую трудность для поставщиков медицинских услуг по АРТ, и набор препаратов, необходимых для проведения месячных курсов лечения, может быть довольно значительным по объему. В связи с этим, возникает необходимость в разработке

более практичных способов расчета дозировок (см. информационный блок №6). ЮНИСЕФ и ВОЗ организовали проведение первого консультативного совещания, в повестке дня которого стоял вопрос разработки новых препаратов для лечения ВИЧ-инфекции у детей в соответствии с пересмотренными практическими рекомендациями по АРТ. Более углубленное изучение природы ВИЧ-инфекции у детей обеспечит возможность более точного прогнозирования потребности в различных лекарственных препаратах и позволит фармацевтической промышленности определять ассортимент своей продукции с учетом текущего спроса.

Информационный блок №6. Семейный подход к лечению пациентов с ВИЧ-инфекцией: опыт АКОНДА (ACONDA) – Абиджан, Кот д’Ивуар²⁰

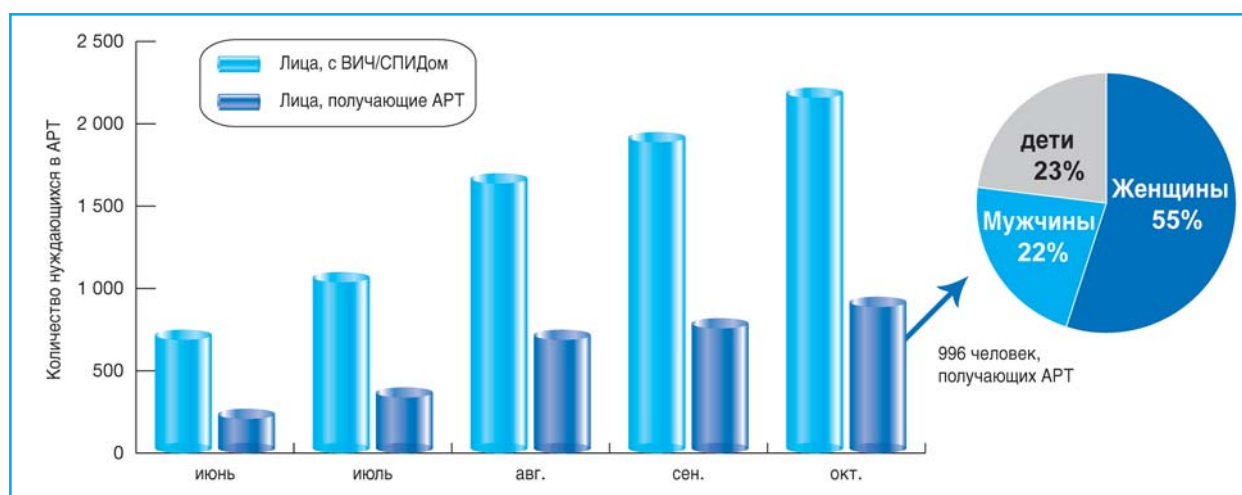
Кот д’Ивуар имеет за плечами десятилетний опыт клинических исследований и практической деятельности по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа и занимает одно из ведущих мест среди стран, занимающихся разработкой и осуществлением пилотных программ, направленных на расширение доступа к лечению для пациентов с ВИЧ/СПИДом, включая оказание услуг по высокоактивной АРТ.

АКОНДА (ACONDA) является неправительственной организацией, созданной по совместной инициативе группы медицинских работников-энтузиастов деятельности по борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИДа, Министерства здравоохранения Кот д’Ивуара и Agence Nationale de Recherches sur le Sida. Действуя при поддержке своих партнеров, АКОНДА оказывает комплексные услуги по лечению и уходу на дому за пациентами с ВИЧ/СПИДом, проживающим на территории двух самых густонаселенных районов Абиджана.

Начиная с августа 2003 г. в двух местных центрах по охране здоровья матери и ребенка курс АРТ прошло 446 беременных и рожениц, являющихся носителями ВИЧ-инфекции. Женщины детородного возраста являются своего рода отправным пунктом для развертывания программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом на основе семейного подхода. Беременные женщины, чье состояние требует проведения АРТ согласно критериям ВОЗ, начинают лечение еще в дородовом периоде (см. практические рекомендации ВОЗ по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку²¹). 192 женщины и 27 детей уже начали получать антиретровирусное лечение в вышеупомянутых центрах. 116 мужчин, являющихся супругами женщин-носительниц ВИЧ-инфекции, согласились пройти тестирование на ВИЧ – в 64 случаях ВИЧ-тест оказался положительным и 33 человека начали получать АРТ.

В начале 2004 г. сотрудники ACONDA начали применять такой же комплексный подход при осуществлении программы, развернутой на базе крупного государственного лечебного учреждения. В процессе этой работы была открыта специализированная клиника, занимающаяся оказанием услуг по добровольному консультированию и тестированию на ВИЧ-инфекцию, а также комплексной профилактикой и лечением ВИЧ/СПИДа у взрослых и детей. Пациенты взрослого и детского возраста, обращающиеся за медицинской помощью, являются исходной точкой для осуществления программ по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции. В течение полугода лечение в рамках этой программы получило 2 217 человек, включая 1 177 женщин и 338 детей. Из них 966 пациентов в настоящее время продолжают проходить АРТ (в основном, женщины и дети – см. рис. 15). Сфера охвата данной программы существенно расширилась, и теперь услуги по первичной медицинской помощи и лечению ВИЧ/СПИДа на основе семейного подхода оказываются еще в 10 клиниках в Greater Abidjan. При этом ожидается, что к началу 2008 г. необходимое лечение получит более 10 тыс. человек, живущих с ВИЧ-инфекцией. Первые результаты лечебных мероприятий являются достаточно обнадеживающими.

Рис. 15. Общее количество лиц с ВИЧ/СПИДом, получивших антиретровирусное лечение в рамках программы ACONDA в июне-октябре 2004 г. (Абиджан, Кот д’Ивуар)



²⁰ Reported by (alphabetical order): Xavier Anglaret, François Dabis, Bertin Kouadio, Valérie Leroy, Dominique Marchand, Thérèse Ndiri-Yoman, Freddy Perez, Roger Salamon, Catherine Seyler, Besigin Tonwe-Gold and Siaka Touré for the ACONDA-ISPED Team. Fassinou P et al. Highly active antiretroviral therapies among HIV-1- infected children in Abidjan, Côte d’Ivoire. *AIDS*, 2004, 18:1905–1913.

²¹ *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/hiv/pub/mtct/guidelines/en>, accessed 31 December 2004).

ВИЧ/СПИД и система здравоохранения

Ввиду того, что ВИЧ/СПИД является первым в истории хроническим заболеванием, которое побудило многие развивающиеся страны приступить к осуществлению крупномасштабных программ по борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИДа, то такое развитие событий может послужить делу укрепления и совершенствования национальных систем здравоохранения. Это связано с тем, что успешное проведение последовательных мер по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа требует наличия достаточно широкой сети государственных и частных медицинских учреждений. Цели, стоящие перед национальными системами здравоохранения в связи с необходимостью сдерживания пандемии ВИЧ/СПИДа, делят список приоритетов с такими не менее важными задачами, как борьба с туберкулезом, малярией и охрана здоровья матери и ребенка.

Достижение целей, поставленных в рамках программы «3 к 5», требует принятия целого ряда мер, которые должны осуществляться последовательно и в максимально сжатые сроки на базе государственных и частных клиник. При этом часто возникают три вопроса, которые можно сформулировать следующим образом:

- Каким образом можно преодолеть в короткий срок существующие недостатки национальных систем здравоохранения?
- Каким образом можно обеспечить сохранение достигнутых результатов в среднесрочном периоде?
- Каким образом можно обеспечить расширение сети услуг по антиретровирусной терапии не посредством отвлечения дефицитных ресурсов из других областей здравоохранения, а путем совершенствования всего комплекса медицинских услуг?

Особое внимание уделяется четырем ключевым элементам, которые составляют так называемую платформу деятельности системы здравоохранения в области борьбы с ВИЧ/СПИДом:

- высокопрофессиональные кадры;
- информационные системы;
- четко управляемая и надежная система снабжения лекарственными препаратами и расходными материалами; и
- справедливая и стабильная система финансирования.

Высокопрофессиональные кадры

Отчет о результатах реализации Совместной образовательной инициативы по развитию кадрового потенциала системы здравоохранения²² (данная инициатива осуществляется под эгидой ассоциации, в состав которой входит более 100 ведущих специалистов в области медицины) свидетельствует о том, что вопрос подготовки кадров в развивающихся странах на протяжении длительного времени оставался вне поля зрения национальных и международных медицинских кругов. Почти во всех странах третьего мира ситуация в области здравоохранения оставляет желать лучшего вследствие дефицита квалифицированных кадров, избытка специалистов одного профиля при недостатке врачей других специальностей, нерационального распределения имеющихся кадровых ресурсов, неблагоприятной рабочей атмосфере в медицинских учреждениях, а также слабой теоретической и практической подготовки специалистов. В особенно нелегком положении находятся беднейшие страны, где наступление эпидемии ВИЧ/СПИДа, отток квалифицированных кадров за границу и недостаток инвестиций ложатся тяжким бременем на плечи национальных систем здравоохранения. Мобилизация и совершенствование профессионального уровня медицинских кадров является одним из важнейших условий успешного преодоления кризиса системы здравоохранения.

Информационные системы

Одним из промежуточных способов компенсации недостатка эпидемиологических данных по странам с наиболее неблагоприятной обстановкой по ВИЧ/СПИДу может служить использование системы управления географической информацией для картирования основных медицинских услуг по конкретным регионам (Service Availability Mapping – SAM). Это позволяет получать оценочные данные о районных сетях услуг по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа и других базовых медицинских услугах, а также о состоянии инфраструктуры, лабораторных учреждений и кадровых ресурсах (см. рис. 16). Указанные системы позволяют вести наблюдение за ходом реализации программ по расширению доступа к АРТ с одновременным отслеживанием динамики ключевых показателей, включая географическую равномерность распределения сети медицинских услуг.

Такие временные пути решения стоящих проблем должны замещаться комплексными долгосрочными мерами по совершенствованию информационных систем, используемых в сфере здравоохранения стран третьего мира. Над этой задачей в настоящее время работает Health Metrics Network, являющаяся, новой международной организацией, созданной при поддержке Фонда Билла и Мелинды Гейтс. Health Metrics Network призвана служить в качестве своеобразного катализатора процесса развития национальных информационных систем в здравоохранении, что должно в итоге расширить доступ к нужной информации и обеспечить возможность ее своевременного получения при принятии соответствующих решений как на национальном, так и на глобальном уровне.

Снабжение

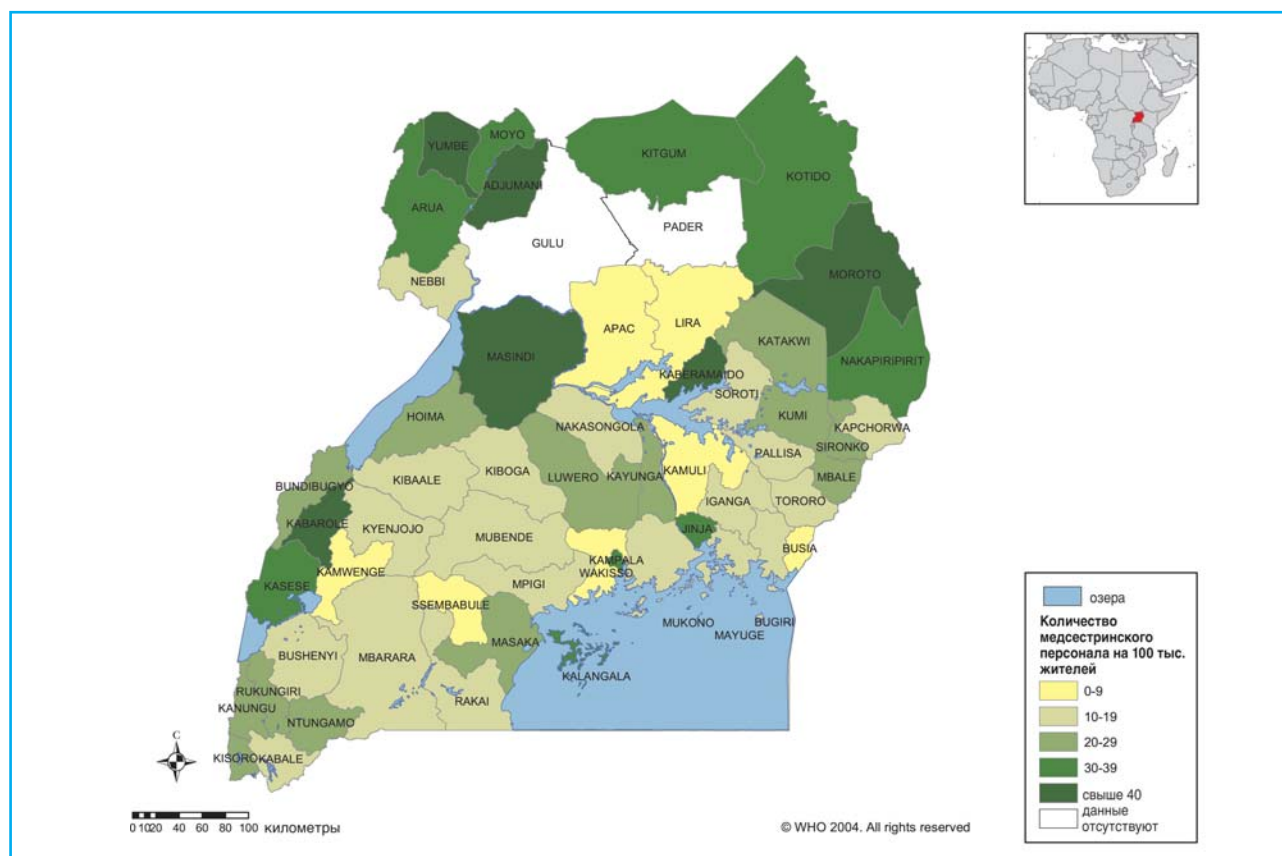
Несмотря на существенное снижение цен на лекарственные препараты, стоимость АРТ все еще держится на очень высоком уровне. В 18 африканских странах совокупные расходы на антиретровирусное лечение составляют менее

²² Joint Learning Initiative on Human Resources for Health and Development. *Human resources for health: overcoming the crisis*. Cambridge, Global Equity Initiative, Harvard University, 2004 (<http://www.globalhealthtrust.org/Report.html>, accessed 31 December 2004).

Декабрь 2004 г.

10 долл. США в год на одного пациента (с учетом внешней финансовой помощи). Странам необходима поддержка в создании эффективных, справедливых и надежных механизмов распределения материальных ресурсов, а также поиске дополнительных источников финансирования сферы здравоохранения. На национальном и региональном уровне эта поддержка должна приобретать форму материальной и методической помощи, тогда как на международном уровне должны преобладать такие направления, как пропаганда и реализация стратегических курсов, способствующих развитию конкуренции на рынках фармацевтической продукции и т.д.

Рис. 16. Количество медсестринского персонала на 100 тыс. жителей (с разбивкой по районам) – Уганда, март 2004 г.



Системы справедливого и непрерывного финансирования

Страны должны располагать возможностями для точной оценки потребности в финансовых ресурсах и обеспечения целевого расходования средств. Необходимо разработать программу мер по стабильному восполнению финансовых ресурсов для того, чтобы национальные системы здравоохранения могли успешно решать задачу широкомасштабного расширения сети услуг по антиретровирусной терапии с финансированием как затрат по поддержанию деятельности системы здравоохранения в целом, так и затрат по антиретровирусной терапии в частности. В связи с этим возникает вопрос о целесообразности привлечения пациентов к оплате стоимости АРВ-препаратов. Донорам необходимо четко осознавать то обстоятельство, что их помощь будет оставаться основным источником финансирования для беднейших стран еще на протяжении долгого времени.

Тем временем, деятельность по расширению доступа к антиретровирусной терапии осуществляется в контексте мер, включающих реформу и развитие сферы здравоохранения, формирование концептуальных основ среднесрочного финансирования и реализацию стратегий по борьбе с бедностью. Национальные правительства пришли к консенсусу по всем пунктам программы достижения Целей по развитию в новом тысячелетии, касающимся развития сферы здравоохранения, в настоящее время организуют свою деятельность сразу в нескольких направлениях. Эффективный контроль и конструктивный диалог являются необходимыми условиями удовлетворения конкурирующих потребностей в ресурсах, позволяющего сохранить в поле зрения все уязвимые по ВИЧ/СПИДу группы населения и исключить дублирование и бессмысленную трату драгоценных ресурсов. Этот принцип уже был успешно реализован в форме концепции ЮНЭЙДС, получившей название «Три единства» (см. выше). Необходимо уделять пристальное внимание вопросам обеспечения конгруэнтности стратегий борьбы с ВИЧ/СПИДом и стратегий развития сектора здравоохранения в целом, а также анализу возможного и фактического влияния мер по расширению доступа к антиретровирусной терапии на состояние дел в других областях здравоохранения.

Учитывая значительный объем финансовых средств, переданных в распоряжение стран, ведущих борьбу с ВИЧ/СПИДом, ожидается, что эти страны-реципиенты смогут обеспечить высокие стандарты учета и отчетности по осваиваемым средствам. С другой стороны, хотя многие страны-реципиенты намерены вести более агрессивную политику в области борьбы с эпидемией ВИЧ/СПИДа, существует озабоченность в отношении того, каким образом увеличение объемов финансирования может повлиять на реализацию тщательно сформулированных и утвержденных политик в области здравоохранения, концептуальных основ освоения имеющихся финансовых ресурсов и фискальную стабильность. Требование строгого учета и отчетности и озабоченность относительно надлежащей реализации макроэкономической политики являются двумя сторонами одной и той же медали и зависят от степени обоюдности, доверия и взаимоуважения между странами и донорами. Краеугольным камнем этих взаимоотношений должно являться обязательство всех участвующих сторон обеспечивать абсолютный приоритет мер по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа.

Путь к цели: задачи 2005 года

Достигнутые в 2004 году успехи создали необходимые условия для начала работы по достижению исключительно смелых целей, поставленных в рамках программы «3 к 5». Многим странам необходимо ускорить темпы деятельности по расширению сети услуг по антиретровирусной терапии, которая требует изыскания дополнительных ресурсов. Международным организациям следует интенсифицировать свою работу по оказанию помощи нуждающимся странам. Вторая половина 2004 года ознаменовалась впечатляющими результатами благодаря мощной поддержке со стороны органов государственной власти. Введение необходимых новшеств, включая практику, когда услуги по консультированию и тестирование на ВИЧ предлагаются всем пациентам, поступающим на лечение в крупные клиники, а также снижение размера или полная отмена оплаты за медицинские услуги, требуют значительных усилий со стороны поставщиков медицинских услуг, лиц, определяющих политику в сфере здравоохранения, и местного населения; между тем, пересмотр существующих стратегических курсов национальными правительствами, донорами, участвующими в двусторонних и многосторонних проектах, и другими партнерами будет и в дальнейшем оставаться одним из важнейших условий привлечения максимально возможного количества средств, необходимых для успешного развертывания сети услуг по антиретровирусной терапии.

Растущий спрос на услуги по антиретровирусной терапии

Достижение контрольного показателя (3 млн. человек к концу 2005 г.) потребует оказания услуг по антиретровирусной терапии еще, по меньшей мере, 2,3 млн. пациентам. По оценкам специалистов, неудовлетворенная потребность в антиретровирусном лечении в 2005 году составит 1,5 млн. лиц с ВИЧ/СПИДом, из которых 72% будут являться жителями стран Африки расположенных к югу от Сахары и 22% – гражданами азиатских государств. В этих регионах проживает 90% пациентов, нуждающихся в лечении и не получающих его (см. рис. 17).

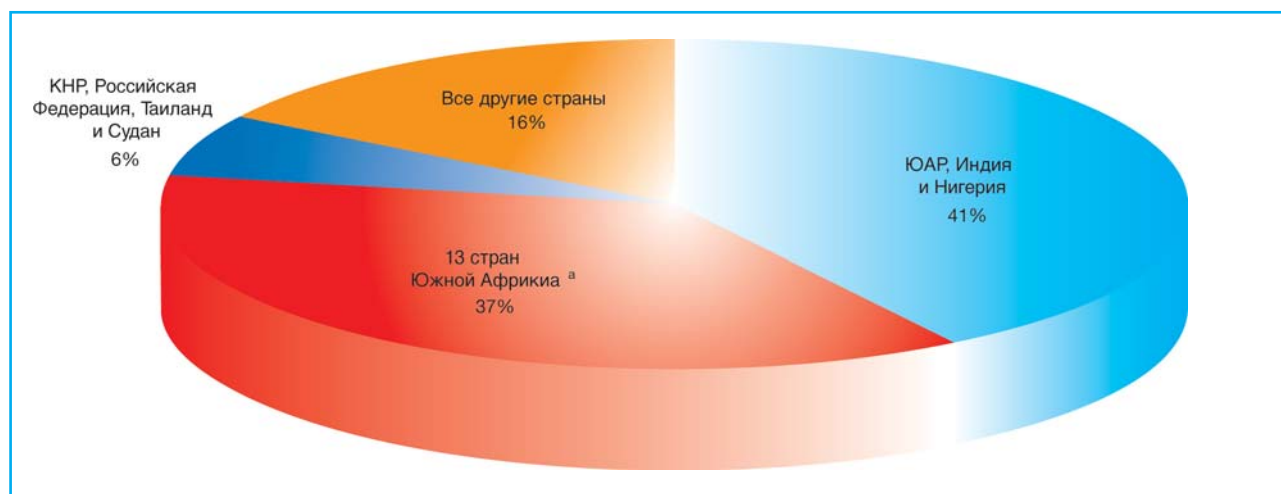
Рис. 17. Неудовлетворенная потребность в АРТ среди взрослого населения развивающихся стран и стран с переходной экономикой – 2005 г.



В 20 странах мира неудовлетворенная потребность в антиретровирусной терапии составляет минимум 50 тыс. человек (в каждой стране). Совокупное число жителей этих стран, нуждающихся в АРТ, составляет 84% от неудовлетворенной потребности в лечении, которая будет ощущаться в странах третьего мира и странах с переходной экономикой в 2005 г. (см. рис. 18). При этом 3 страны – ЮАР, Индии и Нигерии – несут на себе наибольшее «бремя» нуждающихся в АРТ: 41% от общей потребности. В 13 странах Южной Африки – включая Зимбабве, Объединенную Республику Танзания, Эфиопию, Мозамбик, Кению, Демократическую Республику Конго, Малави, Замбию, Камерун, Кот д'Ивуар, Уганду, Лесото и Гану – проживает 37% из 5,1 млн. человек, нуждающихся в антиретровирусной терапии. Еще 6% от неудовлетворенной потребности в АРТ относится на счет Китая, Российской Федерации, Таиланда и Судана.

Итак, цифры говорят сами за себя. Достижение глобального прогресса в осуществлении задач, поставленных в рамках программы «3 к 5», потребует принятия соответствующих мер самими странами, где потребность в антиретровирусном лечении ощущается наиболее остро.

Рис. 18. Где проживают 5.1 млн. человек, которые будут нуждаться в АРВ-лечении в 2005 году?



^a за исключением ЮАР и Нигерии.

Дефицит ресурсов

Согласно оценкам, произведенным в середине 2004 г., совокупная потребность в финансировании программы «3 к 5», составит от 3,1 до 3,8 млрд. долларов США в зависимости от стоимости лекарственных средств и темпов осуществления намеченных мер в 2004 г.²³ В одном из вариантов расчета, допускающем повышение цен на лекарства, стоимость АРВ-препаратов составляет 43% от общей суммы финансирования.

Согласно последним сметам, где при анализе потребности в финансовых ресурсах применительно к реализации программы «3 к 5» в 49 странах с наиболее неблагоприятной обстановкой по ВИЧ/СПИДу использовалась модель оказания услуг по АРТ апробированная в Замбии (средняя стоимость лечения – 304 долл. США в год на одного пациента), стоимость реализации программы в 2005 г. составит 3,55-3,80 млрд. долл. США²⁴.

В 2005 г. на осуществление мер в рамках программы «3 к 5» со стороны финансовых организаций стран третьего мира и стран с переходной экономикой, Чрезвычайной программы Президента США по борьбе со СПИДом, Всемирного банка и других доноров поступит около 1,55 млрд. долларов США. С учетом этих средств, дефицит финансирования составит в общей сложности более 2 млрд. долларов США. Этот недостаток может быть в определенной степени восполнен принятием мер по снижению стоимости антиретровирусных препаратов и услуг по антиретровирусной терапии.

Очевидно, что вышеупомянутые меры не позволят ликвидировать нехватку финансовых ресурсов. Намерение международного сообщества осуществить задачи, поставленные в рамках программы «3 к 5», должно дополняться реальными действиями на местах. Это потребует принятия в течение последующих 12 месяцев согласованных усилий по ускоренной выплате средств с обеспечением их максимально быстрого освоения и одновременного проведения работы по надзору и неотложному расширению сети услуг по антиретровирусной терапии. При этом предполагается, что страны могут изыскивать дополнительные финансовые средства и обеспечивать более рациональное использование потенциала существующих и дополнительных кадровых ресурсов.

Обеспечение равного доступа к АРТ

Существует необходимость в широкомасштабном расширении сети услуг по антиретровирусной терапии путем увеличения количества центров по АРТ, в особенности, в сельской местности. Все больше людей должно осознавать необходимость своевременного обращения к услугам по консультированию и тестирование на ВИЧ-инфекцию. Следует вести активную борьбу с такими явлениями, как негативное общественное восприятие и дискриминация лиц с ВИЧ/СПИДом.

Значительные успехи в реализации программ по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку свидетельствуют о том, что все большее количество женщин обращается к услугам по антиретровирусной терапии, оказываемых в государственных лечебных учреждениях, по сравнению с мужчинами. Тем не менее, устойчивость данной тенденции нуждается в подтверждении путем регулярного наблюдения. Большое значение имеет расширение доступа к услугам по тестированию, профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа для детей, в том числе и путем обеспечения наличия в свободной продаже педиатрических АРВ-препаратов по приемлемой цене. Необходимо принимать меры по обеспечению равного доступа к упомянутым услугам для таких социально изолированных категорий населения, как лица, отбывающие наказание в исправительных учреждениях, работницы коммерческого секса, потребители инъекционных наркотиков и мужчины имеющие сексуальные отношения с мужчинами. Все нуждающиеся должны иметь свободный доступ к необходимым лекарственным препаратам и средствам диагностики.

²³ Gutierrez JP et al. Achieving the WHO/UNAIDS antiretroviral treatment 3 by 5 goal: what will it cost? *Lancet*, 2004, 364: 63–64. *Estimating funding gap to reach the target of 3 million with access to antiretroviral drugs by 2005 (“3 by 5”).* Geneva, World Health Organization, Department of HIV/AIDS, unpublished document

²⁴ *Estimating funding gap to reach the target of 3 million with access to antiretroviral drugs by 2005 (“3 by 5”).* Geneva, World Health Organization, Department of HIV/AIDS, unpublished document

Эффективные и действенные программы по лечению ВИЧ/СПИДа

По мере того, как ВИЧ/СПИД начинает превращаться из смертного приговора в обычное хроническое заболевание, многое еще предстоит сделать для обеспечения эффективной реализации программ по оказанию качественных услуг по АРТ, включая формирование управленческих/координационных групп, обеспечение готовности пациентов к получению АРТ, привлечение к проводимой работе местного населения, создание надежной и эффективной системы закупок и распределения лекарственных средств, подготовку и совершенствование профессионального уровня медицинских кадров, внедрение стандартизированных систем отслеживания текущих и отдаленных результатов АРТ и систем мониторинга лекарственной устойчивости, обеспечение соблюдения пациентами назначенного режима лечения, а также организацию и проведение научных исследований. Обеспечение более высокой согласованности в реализации программ по борьбе с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом позволит в значительной степени расширить охват услуг по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа и туберкулеза.

Профилактика – полный вперед!

Хотя проведение лечебных мероприятий дает возможность значительно улучшить положение дел в сфере профилактики ВИЧ-инфекции, вложение средств в превентивную деятельность имеет как никогда большое значение для успешной борьбы с эпидемией ВИЧ/СПИДа. Группа ученых²⁵ провела моделирование процесса распространения эпидемии ВИЧ/СПИДа для приблизительного подсчета уровней заболеваемости и смертности в странах Южной Африки на период до 2020 года в трех вариантах: (i) с акцентом на проведение профилактических мероприятий, (ii) с приоритетным проведением лечебных мероприятий и, наконец, (iii) в комбинированном варианте. На настоящий момент, наиболее действенным средством борьбы с заболеваемостью и смертностью от ВИЧ/СПИДа является сочетанное осуществление лечебных и профилактических мероприятий. Согласно результатам моделирования, принятие комбинированного подхода позволит предупредить 29 млн. случаев ВИЧ-инфицирования и 10 млн. летальных случаев, связанных с ВИЧ/СПИДом.

Координирование

2004 год ознаменовался значительным повышением степени согласованности и сотрудничества в действиях различных партнеров по реализации программы «3 к 5» и других организаций, как на местном, так и на национальном уровне. Концепция «трех единств» становится все более популярной среди стран-участниц, доноров и агентств по оказанию технической помощи. Гармонизация усилий по борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИДа, включая осуществление мер в рамках программы «3 к 5», является необходимым условием успешного достижения намеченных целей и должна всячески обеспечиваться и в дальнейшем.

Укрепление систем здравоохранения

2005 год станет важным этапом на пути к обеспечению равномерного и стабильного развития сети медицинских услуг в странах третьего мира. Слабость национальных систем здравоохранения является основным препятствием для достижения Целей Тысячелетия по развитию в области охраны общественного здоровья во многих развивающихся странах. Программа «3 к 5» предоставляет прекрасную возможность для решения таких ключевых вопросов, как устранение дефицита высококвалифицированных медицинских кадров, создание эффективных информационных систем, внедрение надежной системы поставок лекарственных препаратов и других расходных материалов, а также обеспечение постоянного финансирования проводимых мероприятий с соблюдением принципа справедливости.

Не останавливаясь на достигнутом (выходя за рамки программы «3 к 5»)

Следующие 12 месяцев станут периодом принятия беспрецедентных мер по борьбе с ВИЧ/СПИДом во многих странах мира, которые должны будут строить свои планы, выходя далеко за рамки 2005 года. Предстоит осуществить разработку среднесрочных и долгосрочных стратегий, определить новые задачи и оценить потребность в ресурсах. Самое главное, мы должны научиться определять эффективность собственных усилий и, при необходимости, корректировать свои действия, образно выражаясь, «на ходу».

Умение определять результативность мер по расширению доступа к антиретровирусной терапии и извлекать уроки из прошлого опыта представляет собой один из опорных элементов деятельности по реализации программы «3 к 5». История еще не знала программы такого масштаба и сложности, которую бы предстояло осуществить в столь короткие сроки. Четко организованные научные исследования, умелая работа с информацией и подготовка кадров имеют решающее значение для успешного достижения намеченных целей при осуществлении программы «3 к 5» как в развивающихся странах, так и в государствах с переходной экономикой.

Увеличение списка пациентов с ВИЧ/СПИДом, которым планируется провести АРТ в будущем году, еще на 2,3 млн. человек является, вне всякого сомнения, наиболее сложной задачей, когда-либо стоявшей перед международным медицинским сообществом. Однако впечатляющие результаты, достигнутые в течение предыдущих 6 месяцев, вселяют уверенность в достижимости намеченных целей. Очевидно, что наибольший успех в осуществлении программы «3 к 5» ожидает те страны, где высок уровень поддержки со стороны органов государственной власти и финансовых организаций и где существуют надежные и эффективные партнерские связи.

²⁵ Salomon JA et al. Integrating HIV prevention and treatment: from slogans to impact. *PLoS Medicine*, 2005, 2(1): e16.

Программа «3 к 5» началась с объявления чрезвычайного положения в связи с угрожающей эпидемиологической обстановкой по ВИЧ/СПИДу, и в настоящее время она приобрела масштабы глобальной инициативы по расширению доступа к услугам по лечению ВИЧ/СПИДом, которая претворяется в жизнь благодаря усилиям национальных правительств, людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, членов местных сообществ, работников здравоохранения, НПО, деловых предприятий, доноров и международных неправительственных организаций. Совместные усилия привели к впечатляющим результатам. Укрепление и развитие таких партнерских связей может позволить нам, наконец, оказать достойное сопротивление самой грозной эпидемии в новейшей истории человечества.

Приложение 1.

Данные о количестве пациентов с разбивкой по регионам ВОЗ и использовавшиеся методы для оценки, числа лиц фактически получающих АРТ, и неудовлетворенной потребности в АРТ

Оценочное количество пациентов получающих АРТ, количество ВИЧ-инфицированных, нуждающихся в АРТ и охват нуждающихся услугами по АРТ в развивающихся странах и странах с переходной экономикой (по регионам) – декабрь 2004 г.^{a, b}

Регион деятельности ВОЗ	Оценочное кол-во лиц, получающих АРТ (нижний и верхний пороги оценочных значений за декабрь 2004 г.) ^c	Оценочное количество лиц в возрасте от 15 до 49 лет, нуждающихся в АРТ, 2004 г. ^d	Охват нуждающихся услугами по АРТ (данные за декабрь, 2004 г.) ^e	Оценочное количество лиц, получающих АРТ (данные за июнь 2004 г.) ^f
Страны Африки	310 тыс. (270 тыс. – 350 тыс.)	4 млн.	8%	150 тыс.
Страны Америки	275 тыс. (260 тыс. – 290 тыс.)	425 тыс.	65%	220 тыс.
Европейский регион	15 тыс. (13 тыс. – 17 тыс.)	150 тыс.	10%	11 тыс.
Страны Восточного Средиземноморья	4 тыс. (2 тыс. – 6 тыс.)	77,5 тыс.	5%	4 тыс.
Страны Юго-Восточной Азия	85 тыс. (70 тыс. – 100 тыс.)	950 тыс.	9%	40 тыс.
Страны западной части Тихого океана	17 тыс. (15 тыс. – 19 тыс.)	200 тыс.	9%	15 тыс.
Итого	700 тыс. (630 тыс. – 780 тыс.)	5,8 млн.	12%	440 тыс.

Примечание: итоговые суммы могут не совпадать ввиду округления.

^a Описание методов, использовавшихся при подсчете, приводится ниже.

^b Все страны, за исключением стран Западной Европы, Австралии, Багамских островов, Бахрейна, Брунея, Канады, Кипра, Гренады, Израиля, Японии, Кувейта, Новой Зеландии, Катара, Республики Корея, Сингапура, Объединенных Арабских Эмиратов и Соединенных Штатов Америки.

^c В статистических данных по некоторым странам приводится количество детей в возрасте до 15 лет, получавших АРТ на момент составления отчетов, и эти данные были включены в таблицу. По предварительным оценкам, подростки составляют менее 5% от общего количества лиц, получающих антиретровирусную терапию.

^d Указанная цифра представляет собой среднеарифметическое между нижним и верхним порогами оценочных значений числа умерших от СПИДа и количества больных СПИДом.

^e Данная цифра представляет собой максимально приближенную оценку показателя охвата пациентов с ВИЧ/СПИДом услугами по АРТ и неудовлетворенной потребности в АРТ.

^f Данные для стран Восточного Средиземноморья не обновлялись с июня 2004 г.

Примечания (также применимо к Таблице 1 отчета)

Количество лиц в возрасте от 15 до 49 лет, получающих АРТ (усредненные данные за декабрь 2004 г.)

Оценка числа лиц, получающих АРТ, основывается на самых последних отчетных данных, предоставленных Министерством здравоохранения, офисами ВОЗ, ЮНЭЙДС в странах или другими надежными источниками на местах (подробная информация приводится в Приложении 2). Оценочные значения будут несколько приближенными, в случае со странами, где отсутствуют системы слежения за состоянием здоровья пациентов, получающих АРТ, с обязательной регистрацией числа лиц, которым АРТ была назначена впервые, доли пациентов, придерживающихся предписанного режима лечения, процента лиц, нарушивших рекомендации врача, доли пациентов, диспансерное наблюдение за которыми представляется

невозможным, а также количества летальных исходов. Одна из причин неопределенности заключается в том, что статистические данные, предоставляемые отдельными странами, зачастую не делают различия между общим количеством лиц, которым была назначена АРТ и которые впервые начали получать лечение, и количеством пациентов, которые уже продолжают получать лечение (т.е. приобретать и принимать антиретровирусные препараты). Разница между этими двумя показателями отражает потери в количестве пациентов, связанные с преждевременным прекращением курса лечения или летальными исходами.

Другой причиной, по которой оценочные значения могут снижаться связана со сложностями в определении количества пациентов, получающих АРТ в частных медицинских учреждениях. Большое количество пациентов запасается антиретровирусными препаратами в местных аптеках или частных клиниках, которые, как правило, не предоставляют информацию такого рода в официальные статистические органы (что также является справедливым по отношению к препаратам, используемым в лечении других заболеваний). Частные компании могут организовывать программы по оказанию услуг по АРТ своим сотрудникам с прогрессирующей формой ВИЧ-инфекции, однако во многих случаях доступ к результатам проведения таких программ может быть затруднен.

Третья причина возможной недостоверности оценок заключается во временном несоответствии выхода в свет сводных данных по всем странам мира, которые датированы концом 2004 года, и национальных статистических отчетов, которые, как правило, составлялись несколько раньше указанного периода. Резкое увеличение количества лиц, получающих АРТ, привело к необходимости оценки ежемесячного прироста с последующей экстраполяцией полученных результатов на декабрь 2004 г. Таким образом, показатели, приводимые по состоянию на конец 2004 г., основываются на линейной экстраполяции отчетных данных с использованием текущих трендов в качестве индикатора роста.

Ввиду относительной неточности общих прогнозов, в прилагаемых таблицах указываются границы недостоверности для оценочного количества лиц, получавших АРТ в декабре 2004 г. В случае с национальными статистическими данными (как по государственному сектору здравоохранения, так и по государственному и частному сектору в целом) нами использовался диапазон недостоверности 1-10% (в зависимости от степени развития национальной системы мониторинга). К информации по частному сектору здравоохранения (которая была предоставлена в чистом виде лишь некоторыми странами) применялись границы недостоверности от 10 до 30 %. При обработке данных о количестве лиц, получающих АРТ, нами использовался показатель ежемесячной убыли, равный 0,8% (убыль по причине преждевременного прекращения назначенного курса лечения или летальных исходов); при этом, годовой показатель убыли составляет 10%.

Оценочное количество лиц в возрасте от 15 до 49 лет, нуждающихся в АРТ (2004 г.)

ЮНЭЙДС и ВОЗ разработали стандартный метод оценки масштаба и тенденций в развитии эпидемии СПИДа²⁶, который также позволяет осуществить приблизительную оценку количества новых случаев ВИЧ-инфицирования, количества больных СПИДом, а также числа умерших по этой причине. Полученные значения используются для оценки количества лиц, нуждающихся в лечении, с учетом размаха эпидемии в конкретной стране. В случае с недавно начавшейся и распространяющейся эпидемией ВИЧ/СПИДа, число ВИЧ-инфицированных, нуждающихся в лечении, будет гораздо меньше по сравнению с аналогичным показателем, который будет фиксироваться при запущенной или затухающей эпидемии.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ, в условиях ограниченности ресурсов проведение АРТ у лиц совершеннолетнего и подросткового возраста должно начинаться после подтверждения диагноза «ВИЧ-инфекция» и наличии клинических признаков того, что болезнь находится на одной из поздних стадий (IV стадия ВИЧ-инфекции вне зависимости от количества клеток CD4 в крови или III стадия ВИЧ-инфекции при насыщенности крови клетками CD4, равной 350 клеток на мм³), или наличии лабораторных признаков тяжелого поражения иммунитета (менее 200 клеток CD4 на мм³ либо, при невозможности подсчета клеток CD4 – менее 1 200 лимфоцитов на мм³ в сочетании с характерными симптомами заболевания)²⁷.

Согласно результатам исследований, медиана выживаемости больных СПИДом, не получающих антиретровирусного лечения по причине стесненности в финансовых средствах, не превышает одного года после начала болезни²⁸. В идеале, АРТ должна начинаться еще до развития СПИДа, т.е. на поздних стадиях ВИЧ-инфекции. Расчет количества лиц совершеннолетнего возраста с запущенной формой ВИЧ-инфекции, нуждающихся в АРТ, производится путем удвоения количества случаев заболевания СПИДом, имевших место в течение данного года.

Совокупное количество лиц совершеннолетнего возраста, нуждающихся в АРТ, определяется путем арифметического сложения количества лиц, которым необходимо начать АРТ, и количества лиц, которые получали лечение и избежали смертельного исхода в предыдущем году. Поскольку определенная доля носителей ВИЧ-инфекции, у которых ожидается развитие СПИДа в течение этих двух лет, уже могли начать АРТ в прошлом году, то корректировка количества лиц, которым необходимо начать проведение антиретровирусного лечения, производится путем арифметического вычитания количества пациентов, начавших АРТ в прошлом году. По оценкам специалистов, от 80% до 90% больных СПИДом, получающих антиретровирусное лечение, смогут избежать летального исхода в последующем году в зависимости от

²⁶ Ward H, Walker N, Ghys PD, eds. Methods and tools for HIV/AIDS estimates and projections. *Sexually Transmitted Infections*, 2004, 80(Suppl. 1):i1–i38.

²⁷ *Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings: treatment guidelines for a public health approach*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/3by5/publications/documents/arv_guidelines/en).

²⁸ Schneider M, Zwahlen M, Egger M. *Natural history and mortality in HIV-positive individuals living in resource-poor settings: a literature review*. London, UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections, 2004. http://www.epidem.org/Publications/unaid%20HQ_03_463871%20final.pdf.

времени начала терапии, соблюдения пациентом назначенного режима лечения, отсутствия или наличия лекарственной устойчивости, профессионализма врачебного персонала и ряда других факторов.

Опять таки, вышеуказанные оценки не могут считаться в достаточной степени достоверными ввиду некоторых обстоятельств, включая неточность оценок показателей распространенности ВИЧ-инфекции, количества больных СПИДом, количества летальных исходов по причине СПИДа и неудовлетворенной потребности в антиретровирусной терапии. Чем более совершенна система эпиднадзора, тем меньше пределы достоверности расчетов. Наибольшую сложность представляет подсчет неудовлетворенной потребности в АРТ, что в немалой степени связано с низкой достоверностью рассчитанных показателей смертности от СПИДа. Если организация лечебных мероприятий проводится достаточно интенсивно, и все большее число пациентов начинает получать лечение, степень охвата нуждающихся антиретровирусной терапией будет повышаться, но в замедленном темпе ввиду одновременного увеличения потребности в АРТ. Если расширение доступа к АРТ происходит медленно, то многие больные будут умирать, так и не получив необходимой медицинской помощи. Однако охват пациентов антиретровирусной терапией будет также снижаться медленно ввиду уменьшающейся потребности в лечении. Процент выживаемости может также возрастать одновременно с расширением масштабов программ по антиретровирусной терапии и увеличением количества пациентов, начинающих лечение на ранних стадиях заболевания.

Охват пациентов АРТ (декабрь 2004 г.)

Под охватом пациентов АРТ в контексте настоящего документа понимается результат деления количества лиц, получавших АРТ по состоянию на декабрь 2004 г., на количество лиц, нуждающихся в АРТ. В последнюю категорию входят только лица в возрасте от 15 до 49 лет, так как на настоящий момент не существует достаточно достоверного метода оценки потребности в антиретровирусной терапии среди лиц детского возраста. Также, лица в возрасте 50 лет и старше не фигурируют в расчете ввиду отсутствия данных о распространенности ВИЧ-инфекции в пределах данной категории населения. Так как в числителе содержатся данные о количестве лиц детского возраста и всех ВИЧ-инфицированных совершеннолетнего возраста, то расчетный процент охвата пациентов антиретровирусной терапией является несколько завышенным. Однако следует принимать во внимание то обстоятельство, что лица несовершеннолетнего возраста составляют лишь небольшой процент от общего количества пациентов, получающих АРТ (возможно, менее 5% – см. также основной текст).

Оценочное количество лиц в возрасте от 15 до 49 лет, получающих АРТ (июнь 2004 г.).

Оценочные показатели, включенные в первый отчет о ходе реализации программы «3 к 5», были обнародованы на XV международной конференции по вопросам борьбы со СПИДом, состоявшейся в Бангкоке (Таиланд).

Приложение 2. Оценочное количество (i) лиц, получающих АРТ, (ii) лиц, нуждающихся в АРТ, и (iii) охват (в процентах) нуждающихся услугами по АРТ в развивающихся странах и странах с переходной экономикой – декабрь 2004 г.^a

Инициатива «3 к 5»	Основные источники внешней помощи для стран				Страна	Регион деятельности ВОЗ ^d	Оценочные показатели (i) охвата нуждающихся услугами по АРТ и (ii) потребности в АРТ							Охват нуждающихся услугами по АРТ, декабрь 2004 г. ⁱ
	Чрезвычайная программа президента США по борьбе со СПИДом ^b	Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (утвержденные заявки, по этапам)	Всемирный банк ^c	Оценочное количество лиц в возрасте от 15 до 49 лет, нуждающихся в АРТ, в 2004 г. ^e			Зарегистрированное количество лиц, получающих АРТ, июнь-декабрь 2004 г. ^f	Отчетный месяц, 2004 г. ^g	Среднемесячный прирост количества лиц, получающих АРТ, январь-декабрь 2004 г. ^h	Оценочное количество лиц, получающих АРТ, декабрь 2004 г. ⁱ				
										Наим. оценка	Наиб. оценка			
		2,4		...	Афганистан	СВС	...	...	...	...	...	...	...	...
	ОВ				Албания	ЕВР	...	50	декабрь	8	...	<200	...	...
		3			Алжир	АФР	...	...	...	...	...	...	...	...
НЭОС	ОВ	4			Ангола	АФР	...	3 000	август	101	3 000	3 500	10%	...
	ОВ	3,4			Антигуа и Барбуда	ЮСА	...	...	...	...	...	...	...	...
	ОВ	1			Аргентина	ЮСА	...	35 500	октябрь	1 461	30 000	33 000	90%	...
	ОВ	2			Армения	ЕВР	...	<500	октябрь	0	...	<200	...	...
	ОВ	4			Азербайджан	ЕВР	...	...	октябрь	0	...	<200	...	...
	ОВ	2,3			Бангладеш	ЮВА	...	<1 000	декабрь	0	...	<200	1%	...
	ОВ	3			Барбадос	ЮСА	...	<1 000	июль	9	...	<500	64%	...
	ОВ	3			Беларусь	ЕВР	...	4 000	октябрь	2	...	<200	1%	...
	ОВ	3,4			Белиз	ЮСА	...	<1 000	июль	5	...	<200	39%	...
	ОВ	1-3		МАР	Бенин	АФР	...	11 000	октябрь	102	1 500	2 000	17%	...
СВР		4			Бутан	ЮВА	...	...	декабрь	0	...	<200	...	...
		3			Боливия	ЮСА	...	130	июль	4	...	<200	19%	...

Декабрь 2004 г.

	ОВ				ЕВР	...	13	октябрь	1	<200	...	
НЭОС	ОВ	2		Босния и Герцеговина	ЕВР	...	...	октябрь	1	<200	...	
	ОВ		2	Ботсвана	АФР	75 000	32 839	сентябрь	1 839	36 000	39 000	50%
	ОВ			Бразилия	ЮСА	179 000	154 000	декабрь	2 400	151 000	157 000	86%
	ОВ	2		Болгария	ЕВР	...	90	октябрь	0	<200	<200	...
НЭОС	ОВ	2,4		Буркина-Фасо	АФР	45 500	2 734	сентябрь	137	3 000	3 500	7%
НЭОС	ОВ	1,2,4		Бурунди	АФР	40 000	3 210	сентябрь	101	3 000	4 000	9%
НЭОС	ОВ	1,2,4		Камбоджа	ЗПТО	22 000	4 527	октябрь	285	4 500	6 000	23%
НЭОС	ОВ	3,4		Камерун	АФР	95 000	12 896	октябрь	424	12 000	15 000	14%
	ОВ			Кабо-Верде	АФР	...	...		...	...	...	...
НЭОС	ОВ	2,4		ЮАР	АФР	40 500	525	декабрь	0	<1 000	<1 000	1%
	ОВ	2,3		Чад	АФР	30 000	300	<июнь	...	<500	<500	...
	ОВ	1		Чили	ЮСА	5 750	7 413	июль	376	8 000	10 000	100%
НЭОС	ОВ	1,3,4		Китай	ЗПТО	122 000	8 219	июнь	136	7 500	9 500	7%
	ОВ	2,3		Колумбия	ЮСА	25 000	12 000	ноябрь	0	11 000	13 000	47%
	ОВ	2,3		Коморские Острова	АФР	...	200	<июнь	...	<500	<500	...
	ОВ			Конго	АФР	14 500	464	<июнь	...	<500	<500	...
	ОВ	2		Острова Кука	ЗПТО	...	...		...	...	...	...
СВР	ОВ	2,4		Коста-Рика	ЮСА	3 150	1 850	июль	77	2 000	2 500	68%
НЭОС	ПВ	2,3		Кот д'Ивуар	АФР	84 000	4 536	сентябрь	36	4 000	5 000	5%
	ОВ	2		Хорватия	ЕВР	...	204	октябрь	2	<500	<500	...
	ОВ	2		Куба	АМР	1 350	1 585	июль	42	1 500	2 000	100%
	ОВ			Чешская Республика	ЕВР	<200	270	октябрь	0	<500	<500	100%
	ОВ	1,3		КНДР	ЮВА	...	...	декабрь	...	...	...	...
НЭОС	ОВ	2,3		Демократическая Республика Конго	АФР	167 000	3 836	ноябрь	203	3 500	4 500	2%
СВР	ОВ	4		Джибути	СВС	1 350	200	декабрь	0	<500	<500	15%
	ОВ	3		Доминика	ЮСА	...	5	июль	0	<200	<200	...
	ОВ	2-4		Доминиканская Республика	ЮСА	15 500	1 011	декабрь	0	900	1 100	7%
	ОВ	2-4		Эквадор	ЮСА	3 550	1 000	июль	50	1 000	1 500	34%
	ОВ	2		Египет	СВС	2 050	58	<июнь	...	<200	<200	...
СВР	ОВ	2,4		Эль-Сальвадор	ЮСА	5 100	1 515	июль	43	1 500	2 000	32%
	ОВ	4		Экваториальная Гвинея	АФР	2 700	5	<июнь	...	<200	<200	...
	ОВ	2,3		Эритрея	АФР	10 500	50	<июнь	...	<200	<200	...
	ОВ	2		Эстония	ЕВР	<500	76	октябрь	3	<200	<200	20%
НЭОС	ПВ	1,2,4		Эфиопия	АФР	211 000	9 500	сентябрь	743	10 000	13 000	5%
	ОВ	2		Фиджи	ЗПТО	<200	...		...	...	...	...
	ОВ	3,4		Габон	АФР	6 950	2 000	<июнь	50	2 000	2 500	29%
	ОВ	3		Республика Гамбия	АФР	1 100	150	декабрь	0	<200	<200	14%

Основные источники внешней помощи для стран				Страна	Регион деятельности ВОЗ ^d	Оценочные показатели (i) охвата нуждающихся услугами по АРТ и (ii) потребности в АРТ						
Инициатива «3 к 5»	Чрезвычайная программа президента США по борьбе со СПИДом ^b	Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (утвержденные заявки, по этапам)	Всемирный банк ^c			Оценочное количество лиц в возрасте от 15 до 49 лет, нуждающихся в АРТ, в 2004 г. ^e	Зарегистрированное количество получающих АРТ, июнь-декабрь 2004 г. ⁱ	Отчетный месяц, 2004 г. ^g	Среднемес-ячный прирост количества лиц, получающих АРТ, январь-декабрь 2004 г. ^h	Оценочное количество лиц, получающих АРТ, декабрь 2004 г. ⁱ	Наим. оценка	Наиб. оценка	Охват нуждающихся услугами по АРТ, декабрь 2004 г.^{i}
	ОВ	2-4		Грузия	<500	83	декабрь	13	<200	...	...	20%
НЭОС	ОВ	1,2,4	МАР, ТАР	Гана	55 000	1 393	август	153	1 500	2 000	...	4%
НЭОС	ОВ	3,4		Гватемала	13 500	3 617	июль	110	3 500	4 500	...	30%
НЭОС	ОВ	2	МАР	Гвинея	18 000	652	август	19	<1 000	...	...	4%
	ОВ	3,4		Гвинея-Бисау	3 650	...	...	...	...	...	...	...
СВР	ПВ	3,4		Гайана	1 900	469	сентябрь	22	<1 000	...	...	28%
НЭОС	ПВ	1,3,4		Гаити	42 500	2 829	сентябрь	162	3 000	4 000	...	8%
СВР	ОВ	1		Гондурас	9 450	2 312	июль	127	2 500	3 000	...	30%
	ОВ			Венгрия	...	300	октябрь	0	<500	...	...	...
НЭОС	ОВ	1-4		Индия	770 000	2 841 ^j	ноябрь	500	20 000 ⁱ	36 000 ⁱ	...	4%
СВР	ОВ	1,4		Индонезия	11 500	2 500	октябрь	138	2 500	3 000	...	24%
	ОВ	2,3		Исламская Республика Иран	3 650	600	<июнь	...	<1 000	...	...	...
				Ирак	...	...	...	...	...	...	...	...
	ОВ	3,4		Ямайка	2 600	500	июль	0	<1 000	...	...	18%
	ОВ	2		Иордан	...	40	<июнь	...	<200	...	...	...
СВР	ОВ	2		Казахстан	1 050	7	октябрь	0	<200	...	...	1%
НЭОС	ПВ	1,2,4	МАР	Кения	220 000	16 952 ^k	сентябрь	1 601	24 000 ^k	33 000 ^k	...	13%
		2		Кирибати	...	...	...	...	...	...	...	...
СВР	ОВ	2		Кыргызстан	<200	0	октябрь	0	<200	...	...	...
	ОВ	1,2,4		Лаос	<200	104	август	15	<200	...	...	64%
	ОВ			Латвия	<1 000	202	октябрь	7	<500	...	...	22%
	ОВ			Ливан	<500	353	<июнь	0	<500	...	...	...
НЭОС	ОВ	2		Лесото	56 000	2 500	август	50	2 500	3 000	...	5%
	ОВ	2,3		Либерия	13 500	...	...	...	...	...	...	...
				Ливия	...	100	<июнь	...	<200	...	...	...
	ОВ			Литва	<200	37	октябрь	3	<200	...	...	30%
	ОВ	1-4	МАР	Мадагаскар	16 000	...	...	0	...	...	...	0%
НЭОС	ПВ	1,2	МАР	Малави	140 000	9 240	сентябрь	655	10 000	12 000	...	8%
				Малайзия	7 500	2 700	<июнь	0	2 500	3 000	...	...

Инициатива «3 к 5»	Основные источники внешней помощи для стран				Страна	Регион деятельности ВОЗ ^d	Оценочные показатели (i) охвата нуждающихся услугами по АРТ и (ii) потребности в АРТ						Охват нуждающихся услугами по АРТ, декабрь 2004 г. ⁱ
	Чрезвычайная программа президента США по борьбе со СПИДом ^b	Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (утвержденные заявки, по этапам)	Всемирный банк ^c	ОБ			Оценочное количество лиц в возрасте от 15 до 49 лет, нуждающихся в АРТ, декабрь 2004 г. ^e	Зарегистрированное количество лиц, получающих АРТ, июнь-декабрь 2004 г. ^f	Отчетный месяц, 2004 г. ^g	Среднемес-ячный прирост количества лиц, получающих АРТ, январь-декабрь 2004 г. ^h	Оценочное количество лиц, получающих АРТ, декабрь 2004 г. ⁱ	Наим. оценка	
	ОБ	1,3	Сербия и Черногория	ЕВР	...	317	октябрь	0	<500	...	...	...
	ОБ	2,4	Сейшельские острова	АФР	...	43	октябрь	0	<200	...	...	...
	ОБ	2,4	Сьерра-Леоне	АФР	МАР	1 000	<июнь	0	1 500	...	...	...
	ОБ	2	Словакия	ЕВР	...	65	октябрь	0	<200	...	...	...
	ОБ	2,4	Соломоновы острова	ЗПТО	...	...	...	0	...	...	...	...
СВР	ОБ	2-4	Сомали	СВС	7 000	...	...	0	...	...	0%	...
НЭОС	ПВ	1-3	ЮАР	АФР	837 000	14 922	сентябрь	2 697	37 000 ⁿ	62 000 ⁿ	7%	...	
НЭОС	ОБ	1,4	Шри-Ланка	ЮВА	<500	25	декабрь	0	<200	<200	7%	...	
НЭОС	ОБ	2-4	Судан	СВС	53 000	400	<июнь	0	<500	<500	...	...
НЭОС	ОБ	3,4	Суринам	ЮСА	<1 000	220	июль	0	<200	<200	25%	...	
НЭОС	ОБ	2-4	Свазиленд	АФР	36 500	5 453	октябрь	210	5 000	6 500	16%	...	
СВР	ОБ	1,3,4	Сирия	ЕВР	<500	458	<июнь	0	<500	<500	...	...
СВР	ОБ	1-3	Таджикистан	ЕВР	...	0	октябрь	0	0	0	...	...
	ОБ	3	Таиланд	ЮВА	114 000	41 000	август	2 863	45 000	55 000	44%	...	
	ОБ	2-4	Того	ЕВР	...	2	октябрь	0	<200	<200	...	...
	ОБ	2	Тонга	ЗПТО	17 500	1 500	август	178	2 000	2 500	12%	...	
	ОБ	3,4	Тринидад и Тобаго	ЮСА	...	...	июль	0	...	...	...	...
	ОБ	4	Тунис	СВС	4 700	784	<июнь	0	<1 000	<1 000	16%	...	
	ОБ	2	Турция	ЕВР	<500	437	октябрь	0	<500	<500	...	...
	ОБ	2	Туркестан	ЕВР	...	0	октябрь	0	0	0	...	...
	ПВ	1-4	Тувалу	ЗПТО	...	...	сентябрь	3 366	40 000	50 000	40%	...
НЭОС	ОБ	1	Уганда	АФР	114 000	35 000	декабрь	131	<1 000	<1 000	2%	...	
НЭОС	ПВ	1-4	Украина	АФР	45 000 ^e	956	декабрь	103	2 000	3 500	1%	...	
СВР	ОБ	2,3	Уругвай	ЮСА	263 000	2 880 ^p	июль	70	1 500	2 000	100%	...	
	ОБ	2,3	Узбекистан	ЕВР	1 450	1 400	октябрь	0	0	0	0%	...	

Декабрь 2004 г.

	2	Республика Вануату	ЗПТО	...	...	0	...	...	...
НЭОС	3	Венесуэла	ЮСА	18 000	9 525	июль	10 000	8 500	10 000	51%
СВР	1,3	Вьетнам	ЗПТО	27 500	300	декабрь	<500	0	<500	1%
	2-4	Йемен	СВС	...	...		...	0	...	...
НЭОС	1,4	Замбия	АФР	149 000	13 636 ^а	сентябрь	22 000	18 000	22 000	13%
НЭОС	1	Зимбабве	АФР	295 000	8 000	ноябрь	9 000	7 500	9 000	3%

НЭОС – неблагоприятная эпидемиологическая обстановка по СПИДу, СВР – стратегически важный регион, ОВ – основное внимание, ПВ – приоритетное внимание

...Данные отсутствуют или не применимы.

^а Все страны, за исключением государств Западной Европы, Австралии, Багамских островов, Бахрейна, Брунея, Канады, Кипра, Гренады, Израиля, Японии, Кувейта, Новой Зеландии, Катара, Республики Корея, Сингапура, Тимора-Лесте, Объединенных Арабских Эмиратов и Соединенных Штатов Америки.

^б В данный перечень включены двусторонние и региональные программы, осуществленные ЮСАИД и Департаментом по охране и оказанию гуманитарной помощи (ННБ).

^в МАР – Международная программа по борьбе с ВИЧ/СПИДом в странах Африки; ТАР – Проект по интенсивному расширению сети услуг по лечению ВИЧ/СПИДа.

^д СВС – страны Восточного Средиземноморья; ЕВР – страны Европейского региона; АФР – страны Африки ЮСА – страны Юго-Восточной Азии; ЗПТО – Западное побережье Тихого океана.

^е Данный показатель представляет собой среднее арифметическое число нижнего и верхнего порогов оценочных значений количества случаев СПИДа числа случаев смерти по причине СПИДа. Оценка неудовлетворенной потребности в АРТ производится с использованием методик, описанных в приложении №1. Оценочные показатели по отдельным странам могут различаться в связи со специфичкой используемым методик расчета.

^ф Статистика по некоторым странам учитывает количество лиц в возрасте до 15 лет, получающих АРТ, и эти цифры были включены в настоящую таблицу. По предварительным оценкам, пациенты из этой возрастной группы составляют менее 5% от общего количества лиц с ВИЧ/СПИДом, получающих АРТ.

^г Ежемесячный прирост количества лиц, получающих АРТ, в течение 2004 г. либо, в некоторых случаях, в течение второго полугодия 2004 г., зависит от достоверности имеющихся данных. Прирост рассчитывается с учетом двух последних наиболее отстоящих базисных точек по 2004 г. и с использованием метода линейной экстраполяции для каждого месяца (включая декабрь 2004 г.).

^б «июня» означает, что данные имеются, но они не обновлялись с июня 2004 г. Интерпретация этих данных должна осуществляться с известной долей осторожности, так как они могут отражать ситуацию на начало 2004 г. или даже на 2003 г. и данная цифра представляет собой наиболее приближенный показатель, рассчитанный с учетом среднееарифметических данных о количестве лиц, получающих АРТ, и оценочной потребности в АРТ.

^д По сведениям из официальных источников, в конце ноября 2004 г. антиретровирусную терапию в государственных медицинских учреждениях получал 2 841 человек. Количество пациентов, проходивших АРТ в частных клиниках в конце 2004 г., составило около 28 тыс. человек.

^к Оценочное количество пациентов, получающих АРТ в государственных медицинских учреждениях по состоянию на конец сентября 2004 г. (17 тыс. человек), основывается на данных, предоставленных министерством здравоохранения, неправительственными организациями и миссионерскими клиниками, функционирующими при прямой или косвенной поддержке правительства США. Оценочное количество лиц, проходивших АРТ в частных клиниках (8 тыс. человек) основывается на результатах исследований, проводившихся консультантами, а также на отчетах, предоставленных Деловым советом Кении. Эта цифра была рассчитана в конце 2003 г. и с тех пор не подвергалась обновлению на основании того предположения, что число лиц, начинающих получать АРТ в частных клиниках, соответствует количеству пациентов, ранее проходивших АРТ в частных больницах и затем поменявших свои предпочтения в пользу государственных клиник.

^л По оценкам Министерства здравоохранения и социальной защиты Зимбии, около 3 тыс. человек получили АРТ в частных клиниках страны к концу августа 2004 г. По состоянию на сентябрь 2004 г., в государственных медицинских учреждениях проходило АРТ около 4 тыс. пациентов.

^м По информации Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, в рамках программ по АРТ, проводимых основным получателем грантов Фонда, лечение получало 5 165 человек.

^н Включая оценочное количество лиц, получающих АРТ в частных клиниках (более 35 тыс.). По данным Министерства здравоохранения, количество пациентов, получавших АРТ в государственных медицинских учреждениях в сентябре 2004 г., составило почти 15 тыс. человек.

^о Оценочное количество лиц, нуждающихся в АРТ, в настоящее время подвергается анализу и будет при необходимости пересмотрено с учетом самых последних доказательных фактов.

^п Почти 880 человек проходили АРТ в государственных медицинских учреждениях в конце 2004 г. Около 2 тыс. пациентов получили антиретровирусное лечение в различных частных клиниках, а также при финансовой поддержке со стороны ряда доноров и в рамках научно-исследовательских проектов.

^q По данным Центрального совета по вопросам здравоохранения Зимбии, 13 555 человек проходили АРТ в государственных медицинских учреждениях в сентябре 2004 г. К концу 2004 г. еще около 80 человек получили АРТ в специализированном центре по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку (программа PMTCT-Plus).

Приложение 3.

Успехи в реализации программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом, достигнутые агентствами ООН, Глобальным фондом по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией и Чрезвычайной программой Президента США по борьбе со СПИДом

ВОЗ

Одна из основных задач ВОЗ заключается в трансформации знаний, накопленных международным медицинским сообществом, в практическую деятельность по охране здоровья населения на глобальном, региональном и национальном уровнях. Участие ВОЗ в борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИДа осуществляется по таким направлениям, как защита прав и интересов лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией, содействие деятельности различных партнеров, участвующих в глобальном движении против ВИЧ/СПИДа, а также обеспечение методической поддержки мер, проводимых на национальном уровне.

ВОЗ, являясь одним из ключевых участников движения по борьбе с ВИЧ/СПИДом, вынуждена действовать в условиях стремительно меняющейся окружающей обстановки, которые и послужили причиной того, что программа «3 к 5» превратилась из обычного набора контрольных показателей в стабильно развивающееся движение глобального масштаба.

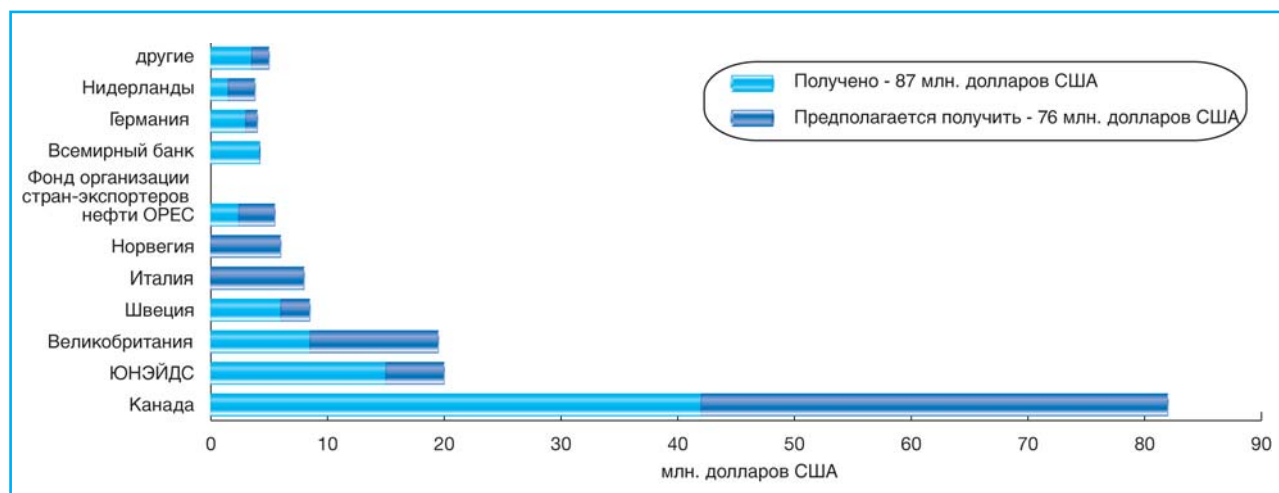
Наглядным свидетельством того, что деятельность ВОЗ по достижению целей, поставленных в рамках инициативы «3 к 5», пользуется широкой поддержкой со стороны мирового сообщества, является то обстоятельство, что к декабрю 2004 г. на специальный счет ВОЗ было перечислено 87 млн. долларов США. Помимо этого, ожидается поступление дополнительной суммы в размере 76 млн. долларов США (см. рис. А1).

В мае 2004 г. правительство Канады объявило о намерении выделить 100 млн. канадских долларов в качестве финансовой поддержки деятельности ВОЗ по осуществлению программы «3 к 5». Этот шаг послужил еще одним подтверждением официальной позиции Канады, суть которой заключается в оказании всемерного содействия усилиям международной общественности по борьбе с пандемией ВИЧ/СПИДа и признанию того обстоятельства, что ВОЗ играет неоценимую роль в разработке и внедрении норм и стандартов, являющихся необходимым условием ускоренной реализации мер по расширению доступа к услугам по профилактике, лечению и уходу за пациентами с ВИЧ/СПИДом в странах со слаборазвитой экономикой.

Более 2/3 наличных ресурсов поступит в распоряжение национальных бюро ВОЗ, в задачу которых будет входить интенсификация деятельности по оказанию методической помощи и поддержке мер, предпринимаемых соответствующими министерствами здравоохранения. За период с июля по декабрь 2004 г. ВОЗ передислоцировала 75 своих сотрудников в национальные бюро ВОЗ 34 стран (6 географических регионов) с заданием оказывать необходимую помощь в рамках реализации программы «3 к 5». Из них 32 человека были оформлены в качестве постоянных сотрудников национальных бюро ВОЗ, и 43 человека были задействованы на других направлениях деятельности ВОЗ.

Декабрь 2004 г.

Рис. А1. Средства, фактически полученные ВОЗ, а также будущие финансовые обязательства, принятые на себя партнерами ВОЗ в рамках программы «3 к 5» (с разбивкой по донорам – декабрь 2004 г.)



Оказание необходимой помощи странам является ключевым элементом, на котором строится вся деятельность ВОЗ. Начиная с сентября 2003 г., ВОЗ и ее партнеры по реализации программы «3 к 5» оказали необходимую помощь более чем 75 странам в их деятельности по расширению сети услуг по профилактике, лечению и уходу за пациентами с ВИЧ/СПИДом, включая проведение санитарно-просветительской работы, оценку существующих потребностей, содействие в планировании, а также предоставление методической поддержки в организации мер по расширению доступа к АРТ в таких специфических областях, как мониторинг и оценка результативности проводимых мер, наращивание функциональных возможностей медицинских учреждений и управление работой системы снабжения.

Действуя при технической поддержке ВОЗ, ЮНЭЙДС и других партнеров, 40 стран успешно разработали или в настоящий момент завершают разработку национальных планов по профилактике ВИЧ/СПИДа и расширению сети услуг по АРТ.

ВОЗ играет все большую роль в обеспечении нормативной поддержки и оказании методической помощи странам и партнерам. Последние публикации содержат практические рекомендации по вопросам этического характера, обеспечения равного доступа к услугам по лечению и уходу за пациентами с ВИЧ/СПИДом, оказания медицинской помощи женщинам, живущим с ВИЧ/СПИДом, и их психологической адаптации, оказания услуг по АРТ беременным женщинам и профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку.

В течение 2004 г. 150 стран получили около 5 тысяч необходимых документов. Еще 50 тысяч документов, изданных на ряде языков международного общения, было передано потенциальным пользователям на различных специальных мероприятиях, включая XV международную конференцию по вопросам борьбы со СПИДом (Бангкок).

В целом, можно отметить, что ВОЗ прикладывает все возможные усилия для обеспечения своевременного удовлетворения заявок об оказании технической помощи, поступающих от отдельных стран. Так, в Женеве функционирует справочный стол программы «3 к 5», который ежемесячно получает от 80 до 100 запросов на предоставление информации или заявок на оказание технической поддержки от региональных или национальных бюро ВОЗ и до 60 просьб о предоставлении той или иной информации от общественных организаций. Справочный стол программы «3 к 5» обрабатывает поступающие отчеты о ситуации в странах-участницах и ходе реализации программы и использует эту информацию для обновления баз данных и архивов (до 450 электронных сообщений в месяц).

ЮНЭЙДС

ЮНЭЙДС играет ведущую роль в организации глобальной программы мер по борьбе с ВИЧ/СПИДом, координируя деятельность 10 доноров, являющихся филиалами системы ООН. Учитывая важность обеспечения доступа к услугам по АРТ уже на начальных этапах эпидемии, каждый из доноров обязался оказывать всемерную поддержку мер по расширению сети услуг по профилактике, лечению и уходу за пациентами с ВИЧ/СПИДом путем оптимального использования своих сильных сторон и обеспечения согласованности своей деятельности с другими партнерами в целях максимизации желаемого эффекта.

Секретариат ЮНЭЙДС находится в Женеве и имеет свои представительства более чем в 60 странах. Работа Секретариата в области расширения доступа к АРТ проводится по трем основным направлениям: руководство деятельностью по борьбе с ВИЧ/СПИДом и пропагандистская работа, приведение политик и практических руководств в соответствие с существующими требованиями, а также оказание прямого содействия странам и региональным структурам в наращивании своих возможностей по борьбе с ВИЧ/СПИДом.

Глобальная коалиция по вопросам охраны здоровья женщин и борьбы со СПИДом, созданная по инициативе ЮНЭЙДС в 2004 г., ставит своей целью обеспечение гендерного равенства и расширение доступа к услугам по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа для женщин. ЮНЭЙДС также организует работу на местах, направленную на ликвидацию препятствий для ВИЧ-тестирования, включая борьбу с риском стать объектом насилия и дискриминации, которому подвергаются женщины, у которых обнаруживается ВИЧ-инфекция.

ЮНЭЙДС содействует установлению и развитию связей между производителями непатентованных АРВ-препаратов и общественными организациями, включая ассоциации людей, живущих с ВИЧ/СПИДом. Так, ЮНЭЙДС сыграла заметную роль в организации и проведении совещания Консультативного совета стран второго мира в Мумбае (Индия) в начале 2005 г., в котором приняли участие сотрудники лечебных учреждений и индийские производители непатентованных АРВ-препаратов.

Эта деятельность проводится в соответствии с концепцией ЮНЭЙДС, предусматривающей развитие самостоятельности и возможностей ассоциаций людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, в таких областях, как проведение санитарно-просветительской работы и обучение волонтеров на местах методике лечения и ухода за пациентами с ВИЧ/СПИДом (этот процесс получил название «обеспечение готовности к лечению»).

Результаты исследований подтвердили, что местные организации играют важную роль в осуществлении мер по расширению сети услуг по антиретровирусной терапии, и ЮНЭЙДС приняла активное участие в первой попытке провести картирование результатов работы, проводимой такими организациями (включая ассоциации людей, живущих с ВИЧ/СПИДом). Многие организации местных волонтеров в странах Африки уже играют заметную роль в деятельности по расширению доступа к АРТ и приобретают все большее уважение в обществе.

Действуя в сотрудничестве с ВОЗ и Всемирным банком, ЮНЭЙДС провела предварительное изучение вопроса о том, целесообразно ли вводить систему совместной оплаты пациентами стоимости антиретровирусных препаратов или же услуги по антиретровирусной терапии должны оказываться нуждающимся бесплатно с учетом поставленной цели, которая предусматривает радикальное расширение сети услуг по АРТ в развивающихся странах и странах с переходной экономикой.

ЮНЭЙДС координирует работу партнеров из системы ООН, проводимую на национальном уровне в рамках программы «3 к 5», через посредство тематических групп ООН и своих национальных координаторов. К концу 2004 г. тематические группы разработали планы совместной деятельности филиалов ООН по расширению сети услуг по АРТ в 33 странах с неблагоприятной обстановкой по ВИЧ/СПИДу. В связи с этим, начиная с августа 2004 г., ЮНЭЙДС укомплектовала 10 новых позиций национальных координаторов ООН и около 30 должностей специалистов в области мониторинга и оценки. В задачу усиленных таким образом команд экспертов будет входить оказание необходимого содействия странам в создании и развитии национальных систем отслеживания хода реализации и эффективности мер по организации услуг по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции.

Деятельность ЮНЭЙДС на региональном уровне заключается в организации санитарно-просветительской работы и привлечении неправительственных организаций к участию в реализации инициативы «3 к 5». ЮНЭЙДС всячески поощряет стремление отдельных организаций строить свои планы в соответствии с задачами и целями программы «3 к 5» и призывает придерживаться единого подхода к решению такого вопроса, как проведение закупок АРВ-препаратов и расходных материалов оптовыми партиями и по оптимальной цене.

Всемирный банк

Совокупная сумма средств, выделенных Всемирным банком за период с 1995 г. и по настоящее время на осуществление программ по борьбе со СПИДом (в виде грантов и займов), превысила 1,7 млрд. долларов США. Более 1 млрд. долларов США было освоено в рамках международной программы по борьбе с ВИЧ/СПИДом в странах Африки (всего было охвачено 28 стран), тогда как финансовая поддержка мер по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа в странах Карибского бассейна составила 155 млн. долларов США. Конечная цель международных программ Всемирного банка по борьбе с ВИЧ/СПИДом заключается в интенсификации деятельности по борьбе со СПИДом в как можно большем количестве стран с обеспечением комплексности проводимых мероприятий, включая профилактику, диагностику, консультирование, лечение и уход за пациентами с ВИЧ/СПИДом.

В течение последних 6 месяцев Всемирный банк обеспечивал активную поддержку мер по расширению доступа к АРТ путем оказания финансовой и методической помощи в укреплении и развитии национальных систем здравоохранения в 100 странах мира. Банк также оказывал прямое содействие в реализации программ по АРТ в странах Карибского бассейна, 13 странах Африки, трех азиатских государствах и одной восточно-европейской стране.

В середине 2004 г. Всемирный банк объявил о своих намерениях приступить к осуществлению Проекта по интенсификации лечебных мероприятий, в рамках которого Ассоциация международного развития уже получила 60 млн. долларов США в виде гранта на расширение сети услуг по антиретровирусной терапии в трех африканских странах, включая Буркина-Фасо, Гану и Мозамбик. Еще 15 млн. долларов США было выделено на проведение аналогичной работы в Мали. Целый ряд общественных организаций, частных компаний (включая Private Enterprise Foundation/Pharma Access International, Гана) и ассоциаций людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, работают в Буркина-Фасо над осуществлением национального компонента Проекта по интенсификации лечебных мероприятий, основываясь на результатах, которые были достигнуты ранее в рамках малых проектов при содействии национальных систем здравоохранения.

Другие партнеры ЮНЭЙДС

Основные стратегические принципы и инициативы ПРООН в области борьбы с ВИЧ/СПИДом – наращивание собственных возможностей местных сообществ и развитие лидерского потенциала – теперь включают и компоненты, направленные на достижение целей программы «3 к 5». Основное внимание уделяется странам Южной Африки, где проведение соответствующей подготовительной работы позволило определить список народных депутатов, специалистов в области планирования и осуществления медицинских программ, членов профсоюзов, волонтеров и инструкторов, которые будут участвовать в деятельности по развитию лидерского потенциала. ПРООН также принял активное участие в организации и проведении рабочего семинара в Гане, где представители ряда министерств здравоохранения и министерств труда изучили возможные пути формирования юридических основ деятельности по обеспечению максимального охвата лиц с ВИЧ/СПИДом услугами по антиретровирусной терапии.

ЮНИСЕФ намерена уделять больше внимания детскому вопросу при реализации инициативы «3 к 5», как в плане профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, так и в плане создания сети услуг по лечению детей, живущих с ВИЧ/СПИДом. Наряду с лечением взрослых, местным государственным учреждениям и НПО также необходимо в срочном порядке разработать комплекс мер по оказанию «упреждающей» помощи детям, чьи родители находятся в терминальной стадии СПИДа. В ноябре 2004 г. ЮНИСЕФ и ВОЗ организовали проведение первого консультативного совещания, посвященного обсуждению стратегий включения мер по охране детства в содержание программ по оказанию медицинских услуг на дому.

С момента приобретения статуса партнера ЮНЭЙДС в 2001 г., Международная организация труда (МОТ) начала активно продвигать концепцию, в соответствии с которой услуги по профилактике, консультированию, диагностике, лечению и уходу за пациентами с ВИЧ/СПИДом, занятыми в производстве, должны организовываться непосредственно по месту работы данного пациента.

Тесное сотрудничество МОТ и ВОЗ позволило осуществить картирование реальных возможностей компаний, организаций и учреждений в Гане, Уганде, Замбии и Зимбабве в области организации услуг по антиретровирусной терапии для своих сотрудников.

Всемирная продовольственная программа (ВПП) проводит значительный объем работы в большинстве стран, где имеет место неблагоприятная эпидемиологическая обстановка по СПИДу, и намерена и дальше вести деятельность по обеспечению сбалансированного питания людей, живущих с ВИЧ/СПИДом. ВПП работает совместно с ВОЗ и Секретариатом ЮНЭЙДС над проектированием механизмов обмена информацией, касающейся охраны здоровья и обеспечения безопасности пищевых продуктов для потребителя, в целях последующего использования этих механизмов в ходе реализации программы «3 к 5». Одно из основных преимуществ ВПП заключается в способности оказывать целевую помощь особо уязвимым группам населения путем использования результатов анализа уязвимости и картирования, а также данных, полученных с помощью ВОЗ.

Бюро ООН по борьбе с наркоманией и преступностью (UNODC) ставит своей основной целью выявление и удовлетворение потребностей людей, невольно ставших звеньями цепи незаконных поставок, а также лиц, находящихся в ситуации принудительного труда, в особенности, работников коммерческого секса и потребителей инъекционных наркотиков (как в местах лишения свободы, так и за их пределами). Потребители инъекционных наркотиков редко имеют доступ к услугам по АРТ, и UNODC ведет работу по обеспечению широкого доступа к таким услугам. Все текущие проекты по борьбе с наркоманией, осуществляемые при поддержке UNODC, в обязательном порядке включают компонент, направленный на расширение доступа к услугам по лечению наркотической зависимости.

Организация по вопросам образования, науки и культуры при ООН (ЮНЕСКО) работает в тесном сотрудничестве с ЮНЭЙДС, ее финансовыми партнерами и общественными организациями в области проектирования образовательных и информационных стратегий деятельности по всем направлениям, имеющим отношение к вопросам борьбы с ВИЧ/СПИДом, включая осуществление программы «3 к 5». ЮНЕСКО регулярно проводит семинары, посвященные научному анализу эпидемии ВИЧ/СПИДа, для представителей средств массовой информации, а также занимается развитием глобальной сети молодых продюсеров телевизионных программ, посвященных тематике ВИЧ/СПИДа, и разработкой пакетов учебных программ с использованием возможностей мультимедиа.

Фонд народонаселения ООН (UNFPA) провел большой объем работы по поддержке программы «3 к 5», став основным организатором акции «Призыв к деятельности: борьба с ВИЧ/СПИДом и охрана сексуального и репродуктивного здоровья» (Нью-Йорк, 2004 г.), а также акции «Призыв к деятельности: планирование семьи и борьба с ВИЧ/СПИДом у женщин и детей» (Глион). При проведении этих акций особо отмечались пути использования потенциала учреждений по охране сексуального и репродуктивного здоровья для организации услуг по АРТ и совершенствования работы по профилактике передачи ВИЧ-инфекции. Действуя в сотрудничестве с неправительственными организациями, включая ассоциации людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, UNFPA начала разработку концептуальных основ деятельности, направленной на удовлетворение особых потребностей женщин-носительниц ВИЧ-инфекции в области охраны их сексуального и репродуктивного здоровья. Помимо этого, в отчете UNFPA «Женщины и СПИД: борьба с кризисом» (2004 г.)²⁹ указывается необходимость обеспечения равного доступа к услугам по АРТ, что в особенности актуально в отношении молодежи, женщин и беременных, живущих с ВИЧ/СПИДом.

²⁹ *Women and AIDS: confronting the crisis*. New York, United Nations Population Fund, 2004 (<http://www.unfpa.org/hiv/women>, accessed 31 December 2004).

Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией

Достижение цели, поставленной в рамках инициативы по достижению Целей развития тысячелетия – повернуть вспять эпидемию ВИЧ/СПИДа к 2015 году – потребует дополнительных расходов на проведение соответствующих мер в развивающихся странах и странах с переходной экономикой в сумме 12 млрд. долларов США ежегодно³⁰. Учитывая объем текущих финансовых обязательств и существующие тенденции, можно предположить, что фактический объем расходов в 2005 г. составит лишь 6 млрд. долларов США³¹. Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией представляет собой один из механизмов, которые позволят ликвидировать расхождение между текущими потребностями и имеющимися ресурсами. Основанный в январе 2002 г., Глобальный фонд в настоящее время сотрудничает с 750 партнерами (включая страны-доноры, благотворительные организации и промышленные предприятия) и планирует существенно активизировать работу по изысканию и оптимальному использованию ресурсов, необходимых для успешной борьбы с тремя наиболее опасными эпидемиями в мире.

К декабрю 2004 г. на счет Фонда было перечислено 3,3 млрд. долларов от общей суммы финансовых обязательств, взятых на себя участниками инициативы «3 к 5» (5,5 млрд. долларов). В ходе четырех этапов программы Фонда были утверждены заявки на финансирование на сумму 3,1 млрд. долларов (ожидается, что выделенные средства будут освоены в течение двух лет, и фактические выплаты на настоящий момент уже составили 860 млн. долларов США). Из упомянутой выше суммы (3,1 млрд. долларов США) 1,7 млрд. долларов (55%) планируется выделить на проведение мер по борьбе со СПИДом. При этом 70% выделенных средств будет направлено на оказание помощи слаборазвитым странам, 30% – развивающимся странам. 58% средств будет израсходовано на осуществление мер в рамках инициативы «3 к 5» в странах южной части Африки. В целом, получателями помощи Фонда является 127 стран.

На настоящий момент получателями более 50% грантов, предоставляемых Глобальным фондом по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, являются национальные правительства, 25% выделено неправительственным и общественным организациям на местах, 4% получили ассоциации людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, и 5% предоставлено в распоряжение образовательных учреждений, предприятий частного сектора, религиозных организаций и т.д.

49% совокупного количества выделенных средств планируется направить на закупку лекарственных препаратов и расходных материалов, 20% на подготовку кадров, 13% на развитие инфраструктуры, 6% на проведение мониторинга и оценки, 7% на покрытие административных расходов и 5% на другие цели.

С учетом имеющихся финансовых ресурсов, предполагается, что в течение последующих пяти лет (стандартный срок освоения средств гранта) деятельность Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией позволит обеспечить доступ к услугам по добровольному консультированию и тестированию на ВИЧ для 52 млн. человек и провести АРТ 1,6 млн. человек в течение предстоящего пятилетнего периода (см. таблицу А1).

Таблица А1. Финансирование мер в рамках программы «3 к 5» со стороны Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (млн. долларов США; показатели приводятся по отдельным этапам финансирования)

Этап	1	2	3	4	Итого ^a
Утвержденная сумма грантов, выделенных на проведение мер по борьбе с ВИЧ/СПИДом ^b	358	491	382	468	1 699
Сумма грантов, включающих компонент по АРТ	309	429	361	443	1 542
Количество стран, впервые получивших гранты, включающие компонент по АРТ ^c	21	32	25	9	87
Количество грантов, включающих компонент по АРТ	21	34	30	23	108
Количество лиц, которым планируется провести АРТ в течение последующих двух лет	86 400	100 800	82 700	485 400	755 300
Максимальное количество лиц, которым планируется провести АРТ ^d	231 100	284 800	184 400	932 200	1 632 500

^a Совокупные показатели приводятся с учетом сумм, выделенных в течение четырех этапов финансирования утвержденных заявок, и/или размера целевых грантов.

^b Утвержденная общая сумма грантов, выделенных на осуществление мер по борьбе с ВИЧ/СПИДом, рассчитывается как общий объем средств, подлежащих освоению в течение двухлетнего периода в рамках программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом, плюс 50% от суммы средств, подлежащих освоению в течение двухлетнего периода в рамках программ по борьбе с туберкулезом/ВИЧ-инфекцией.

^c За исключением стран, являющихся получателями средств в рамках трех мультистрановых грантов, выделенных государствам Северной и Южной Америк (MESO, CRN+ и OECS).

^d Максимальное число людей, которым планируется провести АРТ в течение срока действия грантов (т.е. до 5 лет). Возможность продления срока финансирования или выдачи новых грантов в расчет не принималась.

³⁰ 2004 report on the global AIDS epidemic. Geneva, UNAIDS, 2004 http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_html/GAR2004_00_en.htm, accessed 31 December 2004).

³¹ Report on the state of HIV/AIDS financing. Geneva, UNAIDS, 2003 (<http://www.data.org/pdf/attachment9.pdf>, accessed 31 December 2004).

Чрезвычайная программа президента США по борьбе со СПИДом

Действуя в рамках Чрезвычайной программы президента Дж. Буша по борьбе со СПИДом (бюджет программы составляет 15 млрд. долларов США), правительство США проводит большой объем работы по сдерживанию эпидемии ВИЧ/СПИДа, лечению больных СПИДом, оказанию услуг по лечению и уходу за ВИЧ-инфицированными и поддержке лиц, которых тем или иным образом затронула эпидемия ВИЧ/СПИДа, включая детей, чьи родители стали жертвами СПИДа, и детей, подвергающихся высокому риску ВИЧ-инфицирования. При этом меры, предпринимаемые правительством США, отличаются незамедлительным характером, а сумма средств, которые планируется освоить в течение последующих 5 лет, составляет 15 млрд. долларов! В 2004 г. на осуществление мер по борьбе с ВИЧ/СПИДом правительством США было выделено 2,4 млрд. долларов, и ожидается, что в 2005 г. сумма финансирования составит 2,8 млрд. долларов.

Более 100 стран пользуются прямой поддержкой со стороны Чрезвычайной программы президента США при организации и осуществлении национальных программ по профилактике, лечению и уходу за пациентами с ВИЧ/СПИДом. Особое внимание при этом уделяется 15 странам с наиболее неблагоприятной обстановкой по ВИЧ/СПИДу, где проживает около половины ВИЧ-инфицированных жителей планеты, включая Ботсвану, Кот д'Ивуар, Эфиопию, Гвинею, Гаити, Кению, Мозамбик, Намибию, Нигерию, Руанду, ЮАР, Танзанию, Вьетнам и Замбию.

В каждой из вышеперечисленных стран осуществляются национальные стратегические курсы по борьбе с ВИЧ/СПИДом при активной поддержке со стороны Чрезвычайного фонда президента Дж. Буша. Правительство США оказывает содействие правительствам других стран, местным общественным и религиозным организациям, ассоциациям лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом, другим донорам и заинтересованным сторонам в разработке национальных рабочих планов с учетом местной специфики, а также в расчете годовых и пятилетних целевых показателей охвата нуждающихся услугами по профилактике, лечению и уходу за пациентами с ВИЧ/СПИДом при финансовой поддержке правительства США.

Ожидается, что в течение последующих пяти лет в рамках Чрезвычайной программы Дж. Буша по борьбе со СПИДом будет проведено АРТ около 2 млн. пациентам, обеспечена профилактика 7 млн. новых случаев ВИЧ-инфицирования, а также оказаны услуги по лечению, уходу и поддержке 10 млн. лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией или тем или иным образом затронутых наступлением эпидемии ВИЧ/СПИДа.


Единственным существенным препятствием к успешному достижению намеченных целей является острый дефицит необходимой инфраструктуры и квалифицированных медицинских кадров в странах с наиболее неблагоприятной эпидемиологической обстановкой по ВИЧ/СПИДу. В связи с этим, значительная доля средств, выделяемых правительством США, вкладывается в подготовку специалистов и совершенствование инфраструктуры здравоохранения в рамках соответствующих национальных стратегий.

Выполнение поставленных задач в сотрудничестве с другими международными донорами является одним из основных принципов реализации Чрезвычайной программы президента США по борьбе со СПИДом. Правительство США стало одним из спонсоров комплекса мер, предусматриваемых соглашением «Три единства», которое было заключено по инициативе ЮНЭЙДС между рядом доноров и предусматривает осуществление мер по борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИДа в рамках единой национальной стратегии, с использованием единого национального координирующего механизма и с применением единой системы мониторинга и оценки в каждой отдельно взятой стране. Данное соглашение направлено на обеспечение согласованной деятельности донорских организаций при четком понимании того обстоятельства, что население каждой страны должно нести главную ответственность и играть в ведущую роль в борьбе со СПИДом в своей стране. Еще одним ключевым элементом Чрезвычайной программы является поддержка усилий международного сообщества по борьбе со СПИДом, оказываемая правительством США через посредство таких организаций, как ЮНЭЙДС, ВОЗ и Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Приложение 4. Сравнительный анализ достигнутых результатов и плановых показателей, намеченных в рамках программы «3 к 5»

Ход реализации национальных программ по расширению доступа к антиретровирусной терапии (декабрь 2004 г.)		
	План	Факт
Исходные позиции		
Дополнительные средства, выделенные из общего бюджета ВОЗ на осуществление мер в рамках программы «3 к 5» (млн. долларов США).	174	163
Количество дополнительных сотрудников ВОЗ, переданных национальным бюро ВОЗ на период осуществления программы «3 к 5»	400	112 ^a
Число организаций-партнеров, чьи задачи в рамках программы «3 к 5» официально согласованы и обнародованы	150	136
Реализация		
Количество стран, обратившихся к ВОЗ за помощью в осуществлении мер, намеченных в рамках программы «3 к 5»	50	78
Количество стран, устанавливающих цели по расширению доступа к АРТ в соответствии с требованиями программы «3 к 5»	50	30
Количество стран, разработавших национальный план по расширению доступа к АРТ в соответствии с требованиями программы «3 к 5»	35	40
Количество центров, занимающихся оказанием услуг по антиретровирусной терапии в соответствии с национальными стандартами	1 000	>3 000
Результат		
Количество детей и совершеннолетних лиц мужского и женского пола с ВИЧ-инфекции в поздней стадии, получающих антиретровирусную терапию	700 000	700 000

 в соответствии с графиком

 имеет место отставание от графика, однако отмечается существенный прогресс в достижении намеченных целей

a Совокупное число сотрудников офисов ВОЗ в странах, участвующих в осуществлении программы «3 к 5» (включая 34 вновь набранных сотрудников, 41 сотрудника, переданного группам по реализации программы «3 к 5» из других отделов национальных бюро ВОЗ, а также 37 сотрудников штаб-квартиры и региональных бюро ВОЗ, временно приданных национальным бюро ВОЗ на период реализации программы «3 к 5»).