



ЛЕЧЕНИЕ В СВЯЗИ С ВИЧ

КЛЮЧЕВЫЕ ФАКТЫ

- В 2009 году число людей, получающих антиретровирусную терапию, увеличилось на 1,2 миллиона человек; таким образом, общее число людей, получающих лечение в странах с низким и средним уровнем доходов, составило 5,2 миллиона, что на 30% больше, чем в 2008 году.
 - В конце 2009 год 36% (около 5,2 миллиона) из 15 миллионов человек, нуждающихся в лечении в странах с низким и средним уровнем доходов, получали антиретровирусную терапию.
 - Меньше людей умирают от болезней, обусловленных СПИДом. С 1996 года благодаря предоставлению антиретровирусной терапии удалось спасти около 14,4 миллиона лет жизни.
 - Была проведена оценка состояния около 50% беременных женщин, получивших позитивные результаты тестирования на ВИЧ, с целью определения их соответствия требованиям для получения антиретровирусной терапии для поддержания их здоровья.
 - Дети и представители маргинализованных групп (например, потребители инъекционных наркотиков) имеют меньше возможности получить антиретровирусную терапию, чем представители населения в целом.
 - Хотя в работе по расширению доступа к услугам в связи с ВИЧ для больных туберкулезом (ТБ) отмечается устойчивый прогресс, процент больных ТБ, прошедших тестирование на ВИЧ в 2009 году, оставался низким и составил 26%. Прогресс в расширении услуг в связи с ТБ для людей, живущих с ВИЧ, также очень медленный.
 - Дети, осиротевшие из-за СПИДа, имели почти такую же возможность посещать школу, как и все остальные дети.
 - Наличие услуг для оказания паллиативной помощи и ухода на дому для людей, живущих с ВИЧ, остается неравномерным.
-

» В 2009 году больше людей во всех регионах получали антиретровирусную терапию

Меры по обеспечению всеобщего доступа к услугам по лечению, уходу и поддержке в 2009 году увенчались значительным успехом, особенно учитывая серьезные проблемы в связи с отсутствием роста глобального финансирования для программ по ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов. Сегодня во всех регионах мира антиретровирусную терапию получают больше людей, чем в любой предшествующий период развития эпидемии. Однако прогресс в достижении целей всеобщего доступа пока остается неоднородным – в некоторых странах и по некоторым аспектам лечения, ухода и поддержки отмечается значительно более серьезный успех по сравнению с другими странами.

По оценкам, в декабре 2009 года в странах с низким и средним уровнем доходов антиретровирусную терапию получали 5,2 миллиона человек (1). Это на 1,2 миллиона человек, или на 30% больше, чем число людей, получавших такое лечение 12 месяцами ранее.

В 2009 году в Африке к югу от Сахары почти 37% [34%–40%] людей, которым по показаниям было необходимо лечение, имели доступ к лекарствам, спасающим жизнь. Аналогичным образом, 42% [35%–47%] людей в Центральной и Южной Америке, 51% [40%–60%] в Океании, 48% [42%–55%] в Карибском бассейне и 19% [15%–21%] в Восточной Европе и Центральной Азии получали такое лечение. Рост числа людей, получавших антиретровирусную терапию в 2009 году, был практически одинаковым в странах Восточной Европы (34%), Африки к югу от Сахары (33%), Азии (29%) и Карибского бассейна (30%). Только в Центральной и Южной Америке, где охват антиретровирусной терапией был уже высоким, темпы роста (6%) доступа к такому лечению в 2009 году были значительно ниже.

Охват детей антиретровирусной терапией значительно ниже, чем взрослых; невысокий процент беременных женщин прошли соответствующее обследование и получали антиретровирусную терапию для поддержания их здоровья; имеющиеся немногочисленные данные указывают на низкий охват ключевых групп высокого риска. Охват должен быть более справедливым.

Согласно данным, поступившим из 99 стран, в 2009 году число медицинских учреждений, проводящих антиретровирусную терапию, возросло на 36%, а среднее число людей, получавших антиретровирусную терапию, из расчета на одно медицинское учреждение увеличилось с 260 в 2008 году до 274 в 2009 году.

В 2010 году ВОЗ выпустила обновленный протокол по лечению (2), в котором рекомендовалось начинать антиретровирусную терапию раньше, при уровне числа CD4 < 350 клеток/мм³. В соответствии с этими новыми критериями общее число людей, имеющих медицинские показания для начала антиретровирусной терапии, возросло примерно на 50% – с 10 миллионов до 15 миллионов человек в 2009 году.

В 29 из 109 стран с низким и средним уровнем доходов, по которым к декабрю 2009 года были представлены данные, антиретровирусную терапию получали

половина или более взрослых, имевших показания для начала лечения (CD4 <350 клеток/мм³)

В 19 из 25 стран с низким и средним уровнем доходов с самым большим количеством людей, живущих с ВИЧ, в Руанде удалось добиться охвата взрослого населения на уровне 88%, в Ботсване – 83% и в Намибии – 76%. В одиннадцати странах (Вьетнаме, Зимбабве, Гане, Индии, Индонезии, Камеруне, Кот-д’Ивуаре, Мозамбике, Объединенной Республике Танзания, Украине и Южной Африке) охват составил менее 40%. По сообщениям из Индонезии и Украины, антиретровирусное лечение получали менее 20% людей, имеющих на него право (таблица 4.1).

Охват детей антиретровирусной терапией ниже, чем взрослых

В 2009 году число детей младше 15 лет, получающих антиретровирусную терапию, возросло примерно на 80 000 (или 29%) – с 275 000 до 354 000 человек. Однако доступ детей к антиретровирусной терапии был меньше, чем среди взрослых (охват детей составил 28% по сравнению с 37% среди взрослых).

По оценкам, 90% детей, живущих с ВИЧ, во всем мире проживают в Африке к югу от Сахары. Охват детей антиретровирусной терапией в этом регионе несколько меньше среднемировых показателей и составляет всего 26%. Из 25 стран с самым большим числом людей, живущих с ВИЧ, только Ботсвана указала на то, что охват детей антиретровирусной терапией превышает 80% (таблица 4.1).

37%

людей в Африке к югу от Сахары, нуждавшихся в лечении по медицинским показаниям, имели доступ к лекарствам, спасающим жизнь, в 2009 г.

ОСНОВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ ОБНОВЛЕННОГО ПРОТОКОЛА ВОЗ ПО АНТИРЕТРОВИРУСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ 2010 ГОДА

Начинать антиретровирусную терапию раньше: начинать антиретровирусную терапию, когда пороговое значение числа CD4 составляет менее 350 клеток/мм³.

Использовать менее токсичные и более благоприятные для пациентов средства лечения: уменьшить риск развития побочных реакций и повысить приверженность к лечению за счет использования менее токсичных лекарств и комбинированных антиретровирусных препаратов в фиксированных дозах.

Усовершенствовать ведение больных с коинфекцией ВИЧ и туберкулез или гепатит В: начинать антиретровирусную терапию для всех людей, живущих с ВИЧ, с активной формой туберкулеза или хроническим активным гепатитом В, независимо от показателей числа клеток CD4.

Содействовать стратегическому использованию лабораторного мониторинга: использовать данные лабораторного мониторинга, такие как показатели числа CD4 и вирусной нагрузки, для повышения эффективности и качества лечения и ухода в связи с ВИЧ.

Таблица 4.1

**Охват взрослых и детей лечением в 2009 году
(в соответствии с клиническими протоколами ВОЗ
2006 и 2010 года)**

Охват взрослых и детей антиретровирусной терапией в 25 странах с наибольшим количеством людей, живущих с ВИЧ, в 2009 году в соответствии с клиническими протоколами ВОЗ 2006 и 2010 года.

Источник: Страновые отчеты о прогрессе за 2010 г. и оценки ЮНЭЙДС.

	Дети ^d			Охват взрослых, протокол 2010 г. (CD4 350) ^c			Охват взрослых, протокол 2006 г. (CD4 200) ^c		
	Точечная оценка ^a	Низкий	Высокий	Точечная оценка	Низкий	Высокий	Точечная оценка	Низкий	Высокий
Ботсвана	90%	76%	>95%	83%	77%	>95%	>95%	>95%	>95%
Бразилия ^e		65%	>95%		50%	89%		65%	>95%
Камерун ^e	11%	8%	20%	30%	27%	34%	46%	40%	54%
Китай ^e		21%	74%		19%	38%		31%	67%
Кот-д'Ивуар ^e	15%	10%	30%	29%	26%	32%	44%	38%	49%
Демократическая Республика Конго		9%	23%		15%	20%		22%	32%
Эфиопия ^e		14%	38%		52%	65%		72%	94%
Гана	12%	8%	24%	25%	23%	29%	40%	34%	46%
Индия ^e		24%	59%		23%	27%		37%	45%
Индонезия		14%	48%	21%	14%	30%	34%	24%	58%
Кения	32%	22%	59%	50%	46%	55%	72%	64%	81%
Лесото	23%	17%	39%	50%	45%	54%	75%	65%	86%
Малави	29%	21%	51%	48%	44%	54%	72%	62%	81%
Мозамбик	14%	10%	26%	32%	29%	35%	51%	43%	59%
Нигерия	10%	7%	19%	23%	21%	25%	35%	30%	41%
Российская Федерация ^e		17%	60%		16%	23%		27%	42%
Южная Африка	54%	41%	94%	36%	35%	37%	56%	49%	63%
Судан ^{b,e}	2%	1%	4%						
Таиланд		73%	>95%	61%	49%	77%	75%	61%	95%
Уганда	18%	12%	33%	43%	38%	48%	62%	54%	72%
Украина		69%	>95%	9%	8%	10%	15%	13%	17%
Объединенная Республика Танзания	17%	11%	34%	32%	29%	35%	49%	43%	55%
Вьетнам		54%	>95%	33%	25%	44%	44%	35%	55%
Замбия	36%	26%	65%	68%	62%	76%	>95%	84%	>95%
Зимбабве	30%	23%	50%	34%	32%	37%	52%	47%	57%

^aТочечные оценки опубликованы только для стран с генерализованными эпидемиями.

^bОценки числа людей, нуждающихся в антиретровирусной терапии, в настоящее время пересматриваются и при необходимости будут откорректированы на основе результатов текущего сбора и анализа данных.

^cОценки охвата основаны на расчетных неокругленных значениях числа взрослых, получающих антиретровирусную терапию и на расчетных неокругленных значениях потребности в антиретровирусной терапии (с применением методов ЮНЭЙДС/ВОЗ). Диапазоны оценок охвата находятся в рамках границ достоверности знаменателя, то есть, низких и высоких оценках потребности. Оценки стандартизованы для сравнения в соответствии с методикой ЮНЭЙДС/ВОЗ.

^dОценки охвата основаны на расчетных неокругленных значениях числа детей, получающих антиретровирусную терапию и на расчетных неокругленных значениях потребности в антиретровирусной терапии (с применением методов ЮНЭЙДС/ВОЗ). Диапазоны оценок охвата находятся в рамках границ достоверности знаменателя, то есть, низких и высоких оценках потребности.

^eДанные об охвате взрослых антиретровирусной терапией в Судане за 2009 год не поступали.

Ряд стран сообщили о значительно более низком охвате детей антиретровирусной терапией по сравнению с взрослыми. Охват взрослого населения выше в 12 из 14 стран с высоким бременем заболеваемости, по которым имеются оценки охвата взрослых и детей. В шести странах охват детей антиретровирусной терапией более чем вдвое меньше, чем охват взрослых, но особенно значительные различия отмечаются в таких странах, как Камерун (охвачено 30% взрослых и 11% детей), Мозамбик (32% и 12%) и Уганда (43% и 18%). Для сравнения, две из 12 стран (Южная Африка и Ботсвана) сообщают о более широком охвате детей антиретровирусной терапией по сравнению с взрослыми.

Очень немногие беременные женщины, живущие с ВИЧ, получают антиретровирусную терапию для поддержания собственного здоровья

В период с 2008 по 2009 год доступ к услугам по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку возрос, однако до сих пор очень немногие женщины, живущие с ВИЧ, проходят обследование для поддержания собственного здоровья. Доля беременных женщин, получивших позитивные результаты тестирования на ВИЧ и прошедших обследование с целью определения их соответствия требованиям для начала антиретровирусной терапии, возросла с 34% до 51%. Всего 15% беременных женщин, живущих с ВИЧ, чей ВИЧ-статус был определен во время посещения ими служб по охране здоровья матери и ребенка, одновременно получали антиретровирусную терапию для поддержания своего здоровья.

В 12 странах с высокой распространенностью, сообщивших о наличии доступа к антиретровирусной терапии для беременных женщин в 2007 и 2009 годах, общее число женщин, охваченных лечением, возросло примерно в два раза – с более 18 000 до 37 000 человек. В Свазиленде, благодаря масштабной работе по проведению антиретровирусной терапии в учреждениях по охране здоровья матери и ребенка, число женщин на терапии возросло с 259 в 2007 году до 1844 в 2009 году.

Доступ к антиретровирусной терапии для маргинализированных групп не обеспечивается

Данные о доступе к антиретровирусной терапии работников секс-бизнеса, мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, и потребителей инъекционных наркотиков ограничены. Большинство стран не собирают таких данных. Например, всего четыре из 12 стран Восточной Европы и Центральной Азии собирают эти данные. В отчетах из многих стран Азии, Центральной и Южной Америки, и других регионов отмечается, что негативное отношение со стороны медицинских работников зачастую удерживает людей, подвергающихся высокому риску ВИЧ-инфекции, от обращения в медицинские учреждения за лечением (4). Другие препятствия, ограничивающие доступ к антиретровирусному лечению, включают законы, действующие в ряде стран, где проживают многочисленные группы лиц, родившихся за пределами национальных границ, которые предусматривают доступ к антиретровирусной терапии только для граждан этих стран (5). Во многих системах исполнения наказаний также ограничен доступ к антиретровирусной терапии, о чем свидетельствуют страновые отчеты, присланные в ЮНЭЙДС (6).

В 14 из 21 страны, по которым имеются данные об охвате антиретровирусной терапией потребителей инъекционных наркотиков, живущих с ВИЧ, лечение предоставляется 5% (или даже меньшему числу) таких лиц (7). Только в девяти странах услугами по лечению охвачены более 10% лиц, живущих с ВИЧ и потребляющих инъекционные наркотики.

15%

Только 15% беременных женщин, живущих с ВИЧ, чей ВИЧ-статус был определен во время посещения ими служб по охране здоровья матери и ребенка, одновременно получали антиретровирусную терапию для поддержания своего здоровья.

Удержание больных в программах лечения возможно и может быть обеспечено

Новые данные четко доказывают, что высокие уровни удержания больных в программах лечения вполне достижимы. Из всех стран, по которым имеются такие данные, 26 сообщают, что как минимум 95% всех пациентов продолжают получать антиретровирусную терапию через год после ее начала. Из 25 стран с наибольшим числом людей, живущих с ВИЧ, из Ботсваны, Бразилии и Камеруна поступили сообщения о том, что 90 или более процентов пациентов оставались на лечении через 12 месяцев после его начала. Гана, Вьетнам, Индия, Кения, Лесото, Таиланд, Уганда и Украина сообщают об удержании в программах лечения до 80% пациентов как минимум в течение одного года. По данным отчетов, в Судане уровень удержания больных в программах лечения в течение 12 месяцев составил 56%, а в Чаде – всего 47%.

«НОВЫЕ ДАННЫЕ ЧЕТКО ДОКАЗЫВАЮТ, ЧТО ВЫСОКИЕ УРОВНИ УДЕРЖАНИЯ БОЛЬНЫХ В ПРОГРАММАХ ЛЕЧЕНИЯ ВПОЛНЕ ДОСТИЖИМЫ. ИЗ ВСЕХ СТРАН, ПО КОТОРЫМ ИМЕЮТСЯ ТАКИЕ ДАННЫЕ, 26 СООБЩАЮТ, ЧТО КАК МИНИМУМ 95% ВСЕХ ПАЦИЕНТОВ ПРОДОЛЖАЮТ ПОЛУЧАТЬ АНТИРЕТРОВИРУСНУЮ ТЕРАПИЮ ЧЕРЕЗ ГОД ПОСЛЕ ЕЕ НАЧАЛА».

Одной из возможных причин низкого уровня удержания больных в программах лечения является начало лечения на поздних стадиях развития ВИЧ-инфекции и преждевременная смерть пациентов. Факты указывают на то, что уровень удержания в программах лечения необходимо повысить, хотя бы частично, путем проведения постоянной работы с целью начала лечения ВИЧ на ранних стадиях. Долговременное удержание в программах лечения очень важно для сохранения здоровья, однако многих больных теряют для последующего наблюдения в течение первого года. Количество таких потерянных для наблюдения пациентов в программах антиретровирусной терапии имеет тенденцию к дальнейшему росту.

Согласно данным из Малави, где в последние годы масштабы антиретровирусной терапии были быстро расширены, 70% людей, начавших лечение, до сих пор находятся на учете, как «получающие лечение» через 24 месяца, а через 48 месяцев этот показатель снижается до примерно 55% (рис. 4.1). В Бурунди и Центральноафриканской Республике показатели уровня удержания в программах лечения через 48 месяцев колебались от 60% до 70%, а в Ботсване превышали 80%. Однако не всегда есть возможность сравнивать уровни удержания в программах лечения, поскольку некоторые страны сообщают данные только из специализированных больниц, или данные о выживаемости, а не об удержании в программах лечения, или ошибочно учитывают перевод пациентов в другие медицинские учреждения как потерю для наблюдения.

Необходимо обеспечить лучшее понимание факторов, мешающих более длительному удержанию в программах лечения, необходимы новые стратегии для повышения уровня удержания в программах антиретровирусной терапии. Возможными факторами, ограничивающими сроки удержания в программах лечения, могут быть ограничения в медицинской системе и обществе, например, чрезмерно централизованные программы лечения, ограничивающие доступ к ним по географическим причинам; нехватка медицинских работников; дефицит лекарств; слабая грамотность в общинах по вопросам лечения.

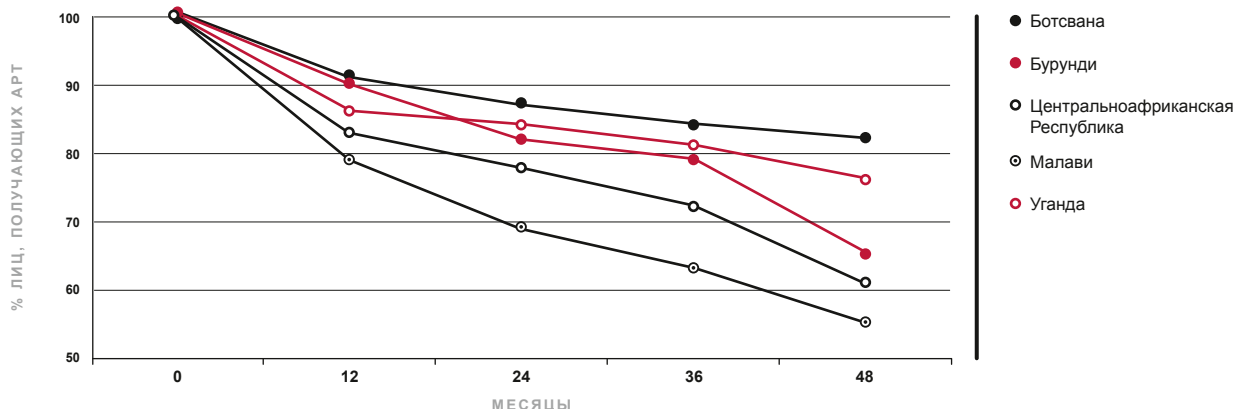
Проблемы и выгоды систем здравоохранения в связи с лечением, уходом и поддержкой при ВИЧ

Во многих странах перегруженные системы здравоохранения ведут отчаянную борьбу, чтобы справиться с проблемами, вызванными ВИЧ, включая нехватку медицинских работников, централизованный характер программ, фрагментарное (а не интегрированное и целостное) предоставление услуг, слабые системы закупок и поставок. Особенно это касается систем здравоохранения в Африке к югу от Сахары, которым приходится оказывать услуги двум третьим всех людей, живущих с ВИЧ в мире, при наличии всего 3% от общей

Рисунок 4.1

Удержание взрослых пациентов в программе антиретровирусной терапии в некоторых странах от 0 до 48 месяцев

Источник: На пути к всеобщему доступу. ВОЗ, 2010.



численности медицинских работников в мире (8). Однако проблемы с возможностями системы здравоохранения наблюдаются не только в Африке к югу от Сахары. Страны Азии, Ближнего Востока и Северной Африки также сообщают, что недостаточное число медицинских работников, подготовленных для проведения антиретровирусной терапии, затрудняет расширение масштабов лечения.

В ответ на это многие страны осуществили новаторские стратегии для повышения потенциала систем здравоохранения, чтобы справиться с ВИЧ и другими проблемами. Это включает более широкое привлечение партнеров из гражданского общества к управлению медицинскими учреждениями, другие формы разделения функций в клинических учреждениях и установление официальных двусторонних связей между местными клиниками и учреждениями в странах с высоким уровнем доходов. Дефицит кадровых ресурсов в здравоохранении существенно замедлил развертывание антиретровирусной терапии в Африке к югу от Сахары. Действующим модели развертывания предусматривают интенсивное использование больниц и врачей. Результаты недавно проведенного обзора (9) показали, что разделение функций или делегирование полномочий от врачей другим медицинским работникам с квалификацией более низкого уровня, включая непрофессиональных и общинных работников, является эффективной стратегией преодоления дефицита кадровых ресурсов в медицине для оказания услуг по лечению и уходу в связи с ВИЧ.

Южная Африка рассматривает модель, главную роль в которой будут играть медсестры, с целью децентрализации проведения антиретровирусной терапии и обеспечения расширения масштабов лечения. Результаты рандомизированного контролируемого исследования, в ходе которого оценивалась эффективность делегирования функций при проведении антиретровирусной терапии в городских клиниках Йоханнесбурга и Кейптауна, показали, что антиретровирусная терапия под управлением медсестер не уступает терапии, проводимой врачами: оба лечебных направления показали похожие результаты в отношении вирусной нагрузки, приверженности, токсичности и смертности (10). Аналогичным образом в Руанде медсестры правильно определяли показания к началу антиретровирусной терапии у более чем 99% обследованных пациентов (11). В

ИННОВАЦИИ И ГИБКИЕ РЕШЕНИЯ ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ ДОСТУПА К АНТИРЕТРОВИРУСНЫМ ПРЕПАРАТАМ

ПАТЕНТНЫЙ ПУЛ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Патентный пул лекарственных препаратов был создан глобальным механизмом финансирования здравоохранения ЮНИТЭЙД в июле 2008 года для расширения доступа к новым антиретровирусным препаратам путем создания объединенного фонда патентов и информации о производстве антиретровирусных препаратов, предоставленной производителями лекарств.

Патентный пул лекарственных препаратов предназначен для расширения доступа к лечению, содействуя снижению цен на существующие антиретровирусные препараты, стимулируя производство новых видов препаратов первого и второго ряда и увеличивая число производителей препаратов-генериков.

Национальные институты здравоохранения США недавно объявили о том, что будут направлять патенты в Патентный пул лекарственных препаратов. Впервые в истории владелец патента делится правами интеллектуальной собственности на антиретровирусные препараты с недавно созданным Патентным пулом лекарственных препаратов.

МАКСИМАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОГЛАШЕНИЯ ТАПИС

В декларации Всемирной торговой организации о соглашении ТАПИС и общественном здравоохранении (Дохийская декларация) подчеркивается, что соглашение ТАПИС не может и не должно препятствовать странам-членам в принятии мер по защите общественного здоровья и подтверждается их право на использование в полной мере положений соглашения ТАПИС, предусматривающих гибкие подходы в целях общественного здоровья и в частности для расширения доступа к лекарствам для всех. В Дохийской декларации также разъясняются некоторые гибкие положения, содержащиеся в соглашении ТАПИС, включая право национальных органов власти на определение критериев для выпуска обязательных лицензий с целью приобретения и использования защищенной продукции, устраняя неверные представления о том, что для выпуска обязательных лицензий необходимо наличие какой-либо чрезвычайной ситуации.

Хотя ряд стран с низким и средним уровнем доходов, такие как Бразилия, Таиланд и, с недавнего времени, Эквадор, использовали гибкие положения, содержащиеся в соглашении ТАПИС и Дохийской декларации, чтобы сделать препараты против ВИЧ более доступными, в последние годы такими возможностями воспользовалось меньшее число стран.

Однако некоторые страны с низким и средним уровнем доходов заключают двусторонние и региональные соглашения со странами с высоким уровнем доходов, которые предусматривают более жесткую защиту прав интеллектуальной собственности, чем предусмотрено в рамках соглашения ТАПИС, и могут ограничить их право на содействие доступу к недорогим препаратам против ВИЧ и другим фармацевтическим продуктам в этих странах.

Мозамбике среди пациентов, которыми занимались медработники среднего звена (прошедшие обучение в течение 2,5 лет), вероятность проведения обследования для определения числа CD4 через шесть месяцев после начала антиретровирусной терапии была почти на 30% выше, чем среди пациентов, за которыми наблюдали врачи; а потери пациентов для дальнейшего наблюдения были на 44% меньше. Существенной разницы в уровнях смертности, проведении обследования на CD4 через 12 месяцев или в уровне приверженности не наблюдалось (12). В ходе исследования, проведенного в Малави, было обнаружено, что обучение непрофессиональных работников в качестве помощников провизора позволило снизить ошибки медицинских назначений на 25%, благодаря снижению нагрузки на систему (13). В Демократической Республике Конго проводилось исследование (14) для изучения

соответствия между решениями врачей и медсестер о начале антиретровирусной терапии; было обнаружено 95% соответствия в решениях о начале терапии.

Делегирование функций позволяет предоставлять высококачественный и экономически целесообразный уход большему числу людей, чем при использовании модели, в центре которой находится врач. Основной трудностью в реализации такого подхода является проведение адекватного и постоянного обучения, обеспечение поддержки и оплаты для сотрудников, выполняющих новые функции, интегрирование новых сотрудников в группы медицинского ухода и выполнение требований нормативных документов. Делегирование функций следует применять осторожно, в ситуациях, когда дефицит кадровых ресурсов угрожает развертыванию программ.

Системные недостатки в управлении закупкой и поставкой подрывают работу по обеспечению лечения во многих странах. 38% из 94 стран, участвовавших в опросе, сообщали как минимум об одном дефиците лекарств в 2009 году (1). Исламская Республика Иран, Тунис, Йемен и несколько стран Центральной и Южной Америки называют перерывы с поставкой лекарств серьезным препятствием к доступу к антиретровирусной терапии (6). Пытаясь избежать дефицита, Руанда создала Координированную систему закупок и распределения, которая объединяет усилия национального правительства, доноров, международных организаций и других партнеров на уровне страны по обеспечению беспереывной поставки препаратов против ВИЧ и других сопутствующих товаров (1).

В разных системах здравоохранения расширение масштабов антиретровирусной терапии создает не только проблемы, но и возможности и выгоды, которые простираются далеко за рамки ВИЧ. В гиперэндемичных условиях, в которых люди, живущие с ВИЧ, составляли основную массу больничных пациентов в последние годы, расширение масштабов терапии высвобождает возможности системы здравоохранения для решения других приоритетных медицинских вопросов и уменьшает коэффициент невыхода на работу и число смертей среди медицинских работников, живущих с ВИЧ. Кроме того, улучшения инфраструктуры, осуществляемые за счет финансирования в связи с ВИЧ, – включая ремонт клиник, расширение возможностей лабораторий и усиление систем управления закупками и поставками – расширяют доступность и улучшают качество услуг по уходу для всех, независимо от ВИЧ-статуса.

Снижение бремени ВИЧ среди больных туберкулезом

Туберкулез (ТБ) является основной причиной смертности среди людей, живущих с ВИЧ. В 2009 году, по оценкам, число смертей от ТБ среди людей, живущих с ВИЧ, составило 380 000. В Африке к югу от Сахары, где проживает 78% людей с сочетанной инфекцией ВИЧ и ТБ (1), распространенность ВИЧ среди больных ТБ в некоторых странах достигает 80%. Однако всего лишь 79 000 (0,2%) людей, живущих с ВИЧ, получали профилактическую терапию изониазидом, которая может существенно снизить риск развития туберкулеза у пациентов.

Согласно недавно выпущенным клиническим протоколам ВОЗ, все больные туберкулезом, живущие с ВИЧ, должны получать антиретровирусную терапию независимо от уровня CD4. В 2009 году 1,6 миллиона больных ТБ (26% от общего числа) прошли тестирование на ВИЧ по сравнению с 22% в 2008 и 4% в 2003 году. 450 000 из общего числа прошедших тестирование оказались ВИЧ-позитивными; 75% из них получали котримоксазол и 37% – антиретровирусную терапию. В двух из 21 страны с наиболее высоким бременем сочетанной инфекции ВИЧ и ТБ лечение предоставляется более чем половине людей, которые в нем нуждаются (рис. 4.3 и рис. 4.4).

«ТУБЕРКУЛЕЗ (ТБ) ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТНОСТИ СРЕДИ ЛЮДЕЙ, ИВУЩИХ С ВИЧ. В 2009 ГОДУ, ПО ОЦЕНКАМ, ЧИСЛО СМЕРТЕЙ ОТ ТБ СРЕДИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, СОСТАВИЛО 380 000».

Рисунок 4.2

Охват противотуберкулезными услугами людей, живущих с ВИЧ, 2009 г.

Охват услугами, направленными на снижение бремени ТБ среди 1000 человек, живущих с ВИЧ, в мире, 2009 г.

Источник: Оценки ЮНЭЙДС, WHO Towards Universal Access 2010 and WHO Global TB Control Report 2010.

- Имеющие право на АРТ (441)
 - Знают ВИЧ-статус (333)
 - На АРТ (158)
 - Впервые выявленные случаи ТБ среди людей, живущих с ВИЧ (33)
 - Прошли скрининг на ТБ (50)
 - ТБ АРТ (5)
 - ПЛИ (2)
- Внешний квадрат равен 1000 случаям ВИЧ

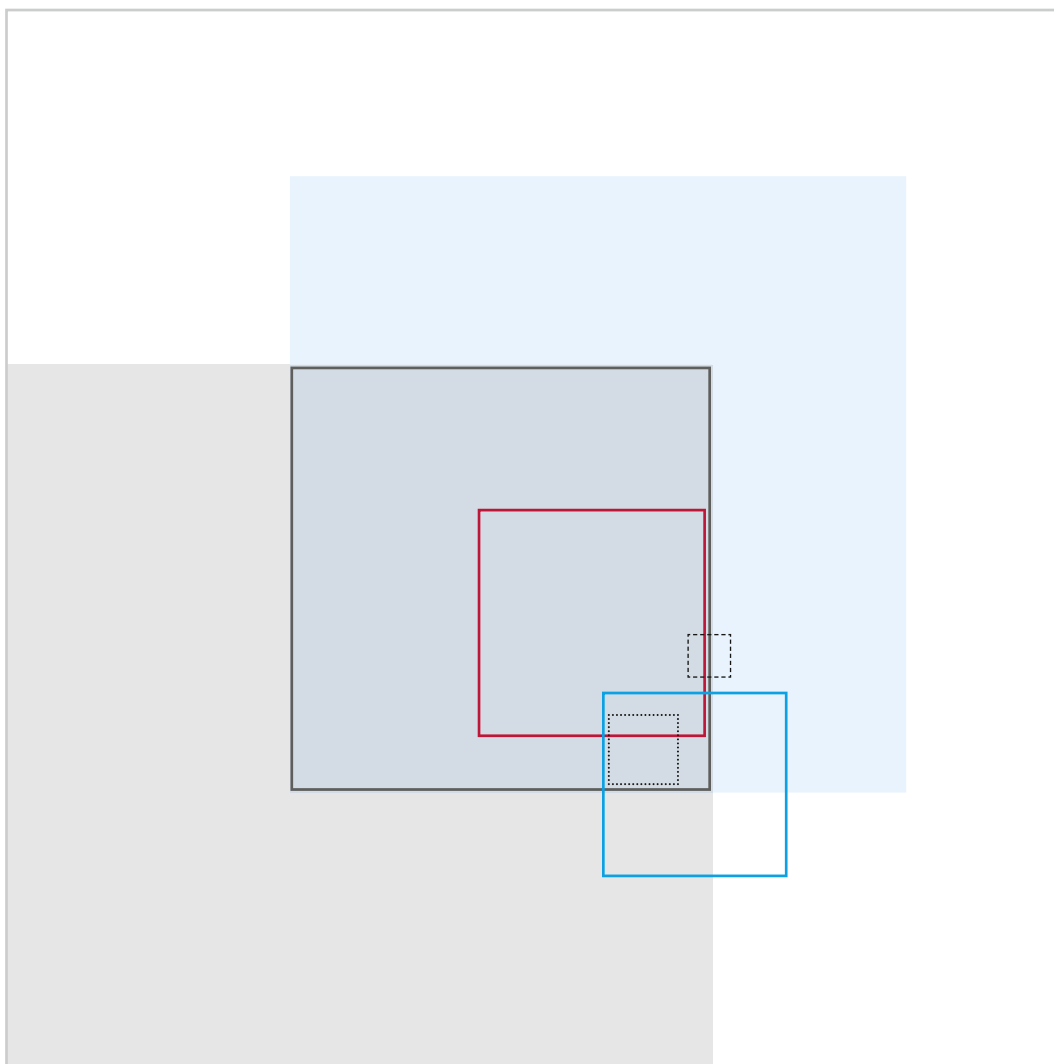


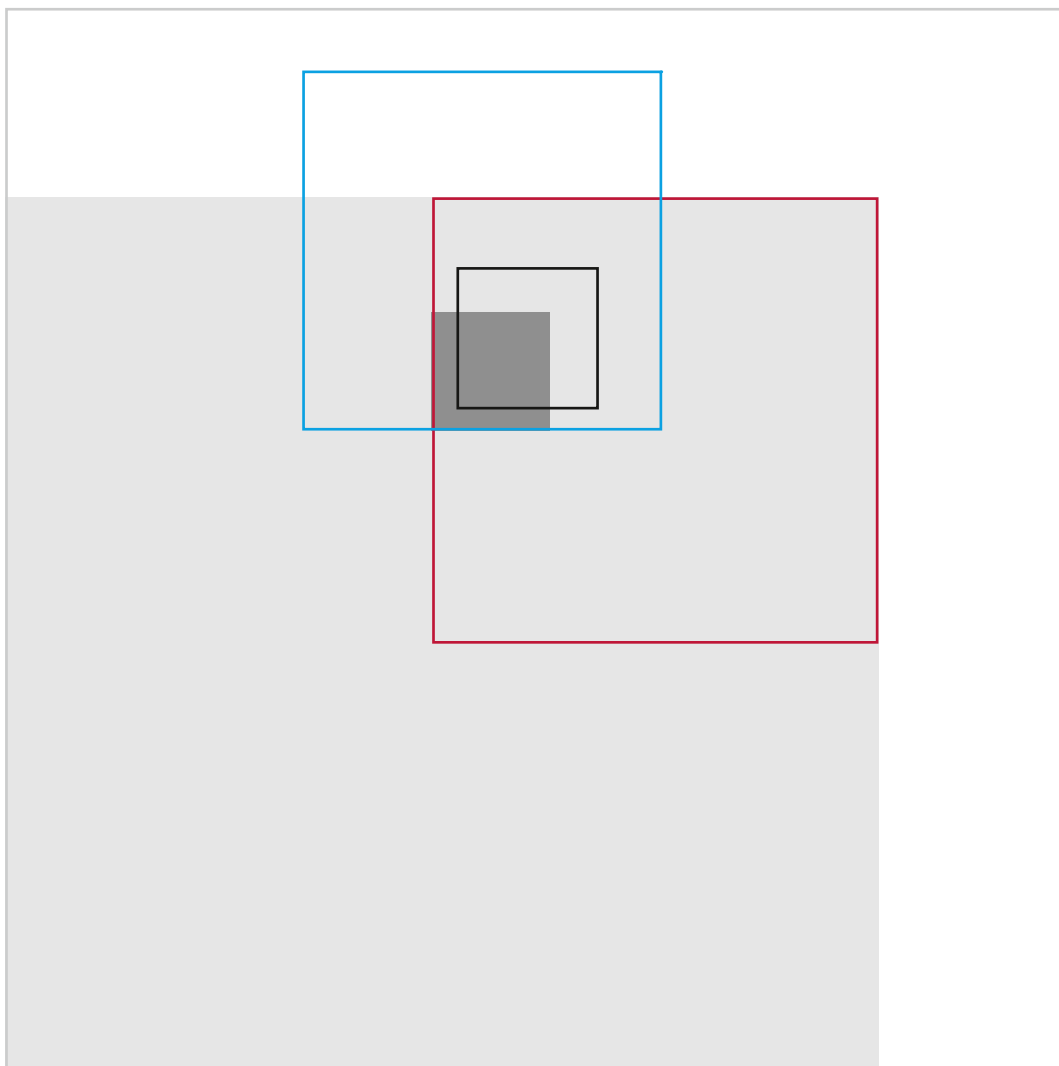
Рисунок 4.3

Охват больных ТБ услугами в связи с ВИЧ, 2009 г.

Охват услугами, направленными на снижение бремени ВИЧ среди 1000 человек, живущих с ТБ, в мире, 2009 г.

Источник: WHO Global TB Control Report 2010.

- Диагностированы и зарегистрированы в программе по ТБ (656)
 - Предложено пройти тестирование на ВИЧ (174)
 - Впервые выявленные случаи ТБ среди ВИЧ-позитивных (117)
 - ВИЧ-позитивных больных ТБ на АРТ (15)
 - ВИЧ-позитивных больных ТБ, получающих котримоксазол (20)
- Внешний квадрат равен 1000 случаям ВИЧ



ЛЕЧЕНИЕ 2.0

Лечение 2.0 – новый подход, направленный на упрощение современных методов лечения ВИЧ и на расширение доступа к лекарствам, спасающим жизнь. Используя сочетание разных мер, этот новый подход поможет снизить затраты на лечение, упростить и облегчить схемы лечения, снизить нагрузку на системы здравоохранения и повысить качество жизни людей, живущих с ВИЧ, и их семей. Результаты моделирования указывают на то, что по сравнению с действующими подходами к лечению платформа Лечение 2.0 позволит предотвратить дополнительно 10 миллионов смертей к 2025 году (рис. 4.2).

Кроме того, этот новый подход может способствовать сокращению новых случаев ВИЧ-инфекции примерно на 1 миллион случаев в год, если страны будут предоставлять антиретровирусную терапию всем нуждающимся в соответствии с пересмотренными протоколами ВОЗ по лечению. Сегодня 5 из 15 миллионов человек, нуждающихся в этих лекарствах, спасающих жизнь, имеют к ним доступ.

Для использования всех преимуществ платформы Лечение 2.0 необходимо обеспечить прогресс по следующим пяти направлениям.

- 1. Оптимизировать схемы лечения:** ЮНЭЙДС призывает разработать новые лекарственные соединения, на основе которых будет создана «более удобная и эффективная таблетка», которая будет менее токсичной, более длительного действия и легкой в применении. В сочетании с оптимизацией дозировки и своевременным переходом от схем лечения первого ряда к схемам второго ряда это упростит протоколы по лечению и повысит его результативность. Оптимизация лечения ВИЧ также принесет и другие выгоды для здоровья, включая значительно более низкую заболеваемость ТБ и малярией среди людей, живущих с ВИЧ.
- 2. Обеспечить доступ к диагностике в учреждениях, оказывающих медицинскую помощь:** Для мониторинга хода лечения требуется сложное оборудование и наличие специально подготовленных лаборантов. Упрощение средств диагностики для определения вирусной нагрузки и числа клеток CD4 в учреждениях, оказывающих медицинскую помощь, поможет снизить нагрузку на системы здравоохранения. Такая упрощенная платформа лечения позволит сократить расходы и расширить доступ пациентов к лечению.
- 3. Сократить затраты:** Несмотря на резкое сокращение цен на лекарства за последнее десятилетие, стоимость программ антиретровирусной терапии продолжает расти. Хотя работу по обеспечению большей доступности лекарств следует продолжать – включая препараты первого и второго ряда, – максимальной экономии можно достичь путем снижения расходов на лечение, не связанных с закупкой лекарств, таких как затраты на госпитализацию, мониторинг лечения и личные расходы больных. Эти затраты сегодня вдвое превышают стоимость самих препаратов.
- 4. Адаптировать системы оказания услуг:** Упрощение режимов диагностики и лечения также позволит провести дальнейшую децентрализацию и интеграцию систем предоставления услуг, таким образом, снижая их избыточность и сложность, и обеспечивая более эффективный непрерывный уход. Делегирование функций и усиление систем закупок и поставок станут важными компонентами таких изменений.
- 5. Мобилизовать общины:** Доступ и приверженность к лечению будут улучшены путем вовлечения общин в управление программами лечения. Увеличение спроса и обращаемости за тестированием и лечением позволит не только расширить охват лечением, но и снизить расходы на обеспечение такого охвата. Более широкое вовлечение местных общественных организаций в обеспечение лечения, формирование приверженности и проведение мониторинга снизит нагрузку на системы здравоохранения.

Рисунок 4.4

Пять принципов платформы Лечение 2.0



4

Более широкое предоставление антиретровирусной терапии снижает заболеваемость ТБ и смертность от СПИДа. Результаты многочисленных исследований показывают, что антиретровирусная терапия может снизить заболеваемость ТБ среди людей, живущих с ВИЧ. Данные из Ботсваны указывают (рис. 4.5) указывают на снижение числа случаев ТБ, зарегистрированных в стране, которое совпало с быстрым развертыванием антиретровирусной терапии, начиная с 2002-2003 гг. Улучшения в национальной противотуберкулезной программе Ботсваны за тот же период, включая выявление и регистрацию случаев заболевания, означает, что это снижение, вероятно, отражает действительное уменьшение числа случаев заражения туберкулезом благодаря антиретровирусной терапии.

Влияние антиретровирусной терапии на показатели смертности

Расширение антиретровирусной терапии принесло заметные медицинские дивиденды в тех странах, где всего десять лет назад диагноз ВИЧ означал смертный приговор. Поступает все больше данных, указывающих на взаимосвязь между развертыванием лечения и снижением смертности среди населения в странах с высокой распространенностью. В Северо-Западной провинции Южной Африки развертывание антиретровирусной терапии, одного из самых ранних и наиболее решительных мероприятий по расширению доступа, совпало со снижением смертности среди наиболее сильно затронутых возрастных групп и, по-видимому, содействовало этому (рис. 4.6). Данные также указывают на начало снижения смертности в 2007 году в Западной Капской провинции и в КваЗулу-Натал. Предварительные результаты исследования регистрации случаев смерти, проведенные Советом медицинских исследований Южной Африки, содержат убедительные доказательства того, что смертность продолжает снижаться.

По оценкам, во всем мире удалось сохранить 14,4 миллиона лет жизни благодаря проведению антиретровирусной терапии (таблица 4.2). По оценкам в Бразилии, где уже давно

Рисунок 4.5

Антиретровирусная терапия и заболеваемость ТБ в Ботсване

Зарегистрированная заболеваемость ТБ и число людей, получающих антиретровирусную терапию в Ботсване, 1990–2007 гг.

Источник: Министерство здравоохранения Ботсваны.

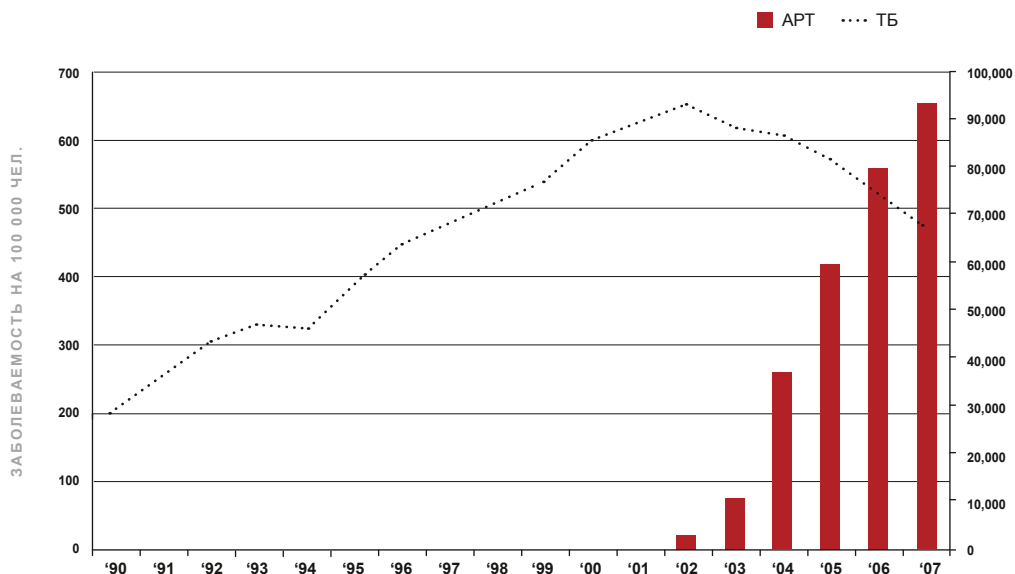
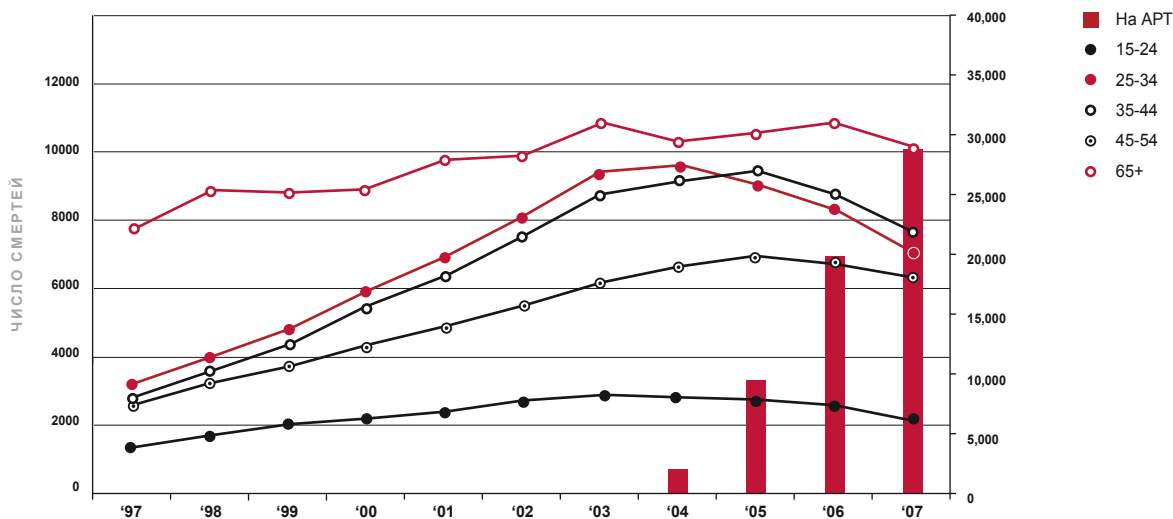


Рисунок 4.6

Антиретровирусная терапия и показатели смертности, Северо-Западная провинция, Южная Африка

Число людей, когда-либо получавших антиретровирусную терапию и ежегодное число смертей по возрастным группам, Северо-Западная провинция, Южная Африка, 1997–2007 гг.

Источник: Министерство здравоохранения Южной Африки.



действует политика всеобщего охвата лечением, в период с 1996 по 2009 год удалось сохранить более 1,2 миллиона лет жизни. В Южной Африке антиретровирусную терапию сегодня получают более 970 000 человек, и это уже позволило сохранить более 700 000 лет жизни. В Кении и Нигерии лечение получают более 300 000 человек, что привело к сохранению до 320 000 лет жизни в каждой стране. Более позднее начало предоставления антиретровирусной терапии и/или низкий охват означают, что в некоторых странах с концентрированными эпидемиями, таких как Индонезия, Украина и Вьетнам, значительные успехи в сохранении лет жизни еще только предстоит подтвердить документально.

Услуги для оказания паллиативной помощи и ухода на дому остаются неравномерными

Люди, живущие с ВИЧ, включая тех, кто уже получает лечение или только ожидает его получения, имеют целый ряд потребностей в услугах по уходу и поддержке помимо антиретровирусной терапии. К ним относятся потребности в психосоциальной, материальной, социально-экономической и юридической помощи и поддержке. Уход на дому, включая уход за людьми, не имеющими возможности выходить из дома или прикованными к постели, распределение базовых продуктов, паллиативную помощь и оказание ухода и поддержки детям, осиротевшим вследствие СПИДа, является важным компонентом программ по уходу и поддержке.

Большинство стран (162 из 171) сообщают, что у них имеется «политика или стратегия содействия всесторонним услугам по лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ». Однако доступ к этим всесторонним услугам далеко не совершенен. Из-за отсутствия четкого определения того, что представляет собой комплексный уход и поддержка, действующие национальные стратегии или политика по ВИЧ могут упускать из виду многие основные аспекты ухода и поддержки.

Только в 44% отчетов правительств (и в 35% отчетов о мерах гражданского общества) указано, что большинству нуждающихся людей имеют доступ к услугам по уходу на дому (рис. 4.7). Например, в страновом отчете Уганды за 2010 год (6) отмечено, что недостаток политической воли и нехватка ресурсов являются серьезными проблемами, мешающими расширению доступа к высококачественным услугам по уходу и поддержке.

В то время как 73% правительств, приславших отчеты, согласны с заявлением о том, что большинство нуждающихся людей имеют доступ к паллиативной помощи и лечению распространенных заболеваний, обусловленных ВИЧ, всего лишь 57% респондентов из гражданского общества подтверждают, что это заявление соответствует действительности (рис. 4.8).

Общины возглавляют расширение лечения в связи с ВИЧ

Лидерство общин помогает осуществлять расширение антиретровирусной терапии во всем мире. Например, в Лаосской Народно-Демократической Республике проведена согласованная работа по мобилизации людей, живущих с ВИЧ, для поддержки инициатив антиретровирусной терапии, благодаря чему была обеспечена ранняя диагностика ВИЧ-инфекции и повысились показатели выживаемости (4). Благодаря поддержке со стороны Фонда для сотрудничества при лечении в связи с ВИЧ, около 30 общинных организаций, возглавляемых людьми, живущими с ВИЧ, предоставляют услуги для повышения грамотности по вопросам лечения и формирования приверженности к лечению, по уходу на дому, а также проводят просветительскую работу по профилактике ВИЧ. В Китае результаты текущего мониторинга более чем 14 000 людей, проводимого Китайской организацией по уходу в связи со СПИДом, указывают на то, что люди, получающие такие услуги в общинах, более привержены схемам лечения и лучше подготовлены для того, чтобы справиться с побочными действиями лекарственных препаратов.

В 2008 году в Кении проект «Законодательство о СПИДе» и Восточноафриканское движение за обеспечение доступа к лечению подали судебный иск с требованием приостановить действие национального закона, запрещающего импорт или производство доступных антиретровирусных препаратов-генериков. В апреле 2010 года суд, рассматривающий это дело, отменил этот закон, определив, что люди, живущие с ВИЧ, могут понести непоправимый ущерб в результате его действия.

Также в Кении, в районе Лурамби на западе страны, была проведена массовая кампания по мобилизации населения для проведения тестирования на ВИЧ и получения медицинских направлений, благодаря которой за семь дней тестирование прошли более 47 000 жителей этого района, включая 87% представителей целевой возрастной группы 15-49 лет. Четырем процентам лиц, получивших позитивные результаты тестирования, были выданы трехмесячные запасы котримоксазола и направления на лечение (18).

Общинные группы чаще всего проводят такую работу, не имея серьезной финансовой или технической поддержки. В настоящее время существует относительно мало каналов финансирования для усиления потенциала общинных групп на местах, и многие программы антиретровирусной терапии до сих пор не интегрировали общинных работников в свои мероприятия. В мае 2010 года Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией выпустил первое руководство по усилению общинных систем в контексте программ Глобального фонда. Это руководство предназначено для привлечения новых каналов финансирования с целью повышения потенциала общин для участия в разработке, осуществлении, мониторинге и оценке различных программ, направленных на улучшение результатов здравоохранительных мер.

Таблица 4.2

Число взрослых лет жизни, сохраненных благодаря антиретровирусной терапии

Число взрослых лет жизни, сохраненных благодаря антиретровирусной терапии в 25 странах с самым высоким числом людей, живущих с ВИЧ.

Источники: оценки ЮНЭЙДС, WHO Towards Universal Access Report 2010 и WHO Global TB Control Report 2010.

	Число людей, живущих с ВИЧ, 2009 г.	Число людей, получавших антиретровирусную терапию в декабре 2009 г.	Охват антиретровирусной терапией (Клинический протокол ВОЗ 2010 г.)			Число взрослых лет жизни, сохраненных благодаря АРТ, в период с 1996 по 2009 г.
			Точечная оценка	Низкий	Высокий	
Ботсвана	320 000 [300 000 - 350 000]	145 190	83%	>95%	77%	271 000
Бразилия	[460 000 - 810 000]			50%	89%	1 215 000
Камерун	610 000 [540 000 - 670 000]	76 228	30%	34%	27%	97 000
Китай	740 000 [540 000 - 1 000 000]	12 762		38%	19%	84 000
Кот-д'Ивуар	450 000 [390 000 - 510 000]	72 011	29%	32%	26%	80 000
ДР Конго	[430 000 - 560 000]	34 967		20%	15%	42 000
Эфиопия		176 632		65%	52%	160 000
Гана	260 000 [230 000 - 300 000]	30 265	25%	29%	23%	26 000
Индия	2 400 000 [2 100 000 - 2 800 000]	320 074		27%	23%	233 000
Индонезия	310 000 [200 000 - 460 000]	15 442	21%	30%	14%	13 000
Кения	1 500 000 [1 300 000 - 1 600 000]	336 980	50%	55%	46%	326 000
Лесото	290 000 [260 000 - 310 000]	61 736	50%	54%	45%	48 000
Малави	920 000 [830 000 - 1 000 000]	198 846	48%	54%	44%	161 000
Мозамбик	1 400 000 [1 200 000 - 1 500 000]	170 198	32%	35%	29%	139 000
Нигерия	3 300 000 [2 900 000 - 3 600 000]	302 973	23%	25%	21%	316 000

	Число людей, живущих с ВИЧ, 2009	Число людей, получавших антиретровирусную терапию в декабре 2009 г.	Охват антиретровирусной терапией (Клинический протокол ВОЗ 2010 г.)			Число взрослых лет жизни, сохраненных благодаря АРТ, в период с 1996 по 2009 гг.
			Точечная оценка	Низкий	Высокий	
Российская Федерация	980 000 [840 000 - 1 200 000]	75 900		23%	16%	65 000
Южная Африка	5 600 000 [5 400 000 - 5 900 000]	971 556	36%	37%	35%	707 000
Судан	260 000 [210 000 - 330 000]	3 825		0%	0%	3 000
Таиланд	530 000 [420 000 - 660 000]	216 118	61%	77%	49%	389 000
Уганда	1 200 000 [1 100 000 - 1 300 000]	200 413	43%	48%	38%	293 000
Украина	350 000 [300 000 - 410 000]	15 871	9%	10%	8%	16 000
Объединенная Республика Танзания	1 400 000 [1 300 000 - 1 500 000]	199 413	32%	35%	29%	150 000
Вьетнам	280 000 [220 000 - 350 000]	37 995	33%	44%	25%	27 000
Замбия	980 000 [890 000 - 1 100 000]	283 863	68%	76%	62%	270 000
Зимбабве	1 200 000 [1 100 000 - 1 300 000]	218 589	34%	37%	32%	172 000

Чаще всего основную часть необходимых услуг по психосоциальной, материальной, социально-экономической и юридической помощи и поддержке оказывают волонтерские организации, а не правительства. Семьи и общины – особенно женщины, чей вклад в противодействие ВИЧ зачастую остается непризнанным и не получает поддержки, – берут на себя большую часть ответственности за оказание ухода и поддержки. В то же время, этим семьям и общинам зачастую приходится бороться за получение доступа к адекватным ресурсам, обучению и поддержке для осуществления этих важнейших ответных мер (рис. 4.9).

Число детей, осиротевших вследствие СПИДа, не уменьшается

Несмотря на умеренное снижение распространенности ВИЧ среди взрослого населения во всем мире и растущий доступ к лечению, общее число детей в возрасте 10-17 лет, потерявших родителей вследствие ВИЧ, до сих пор не снижается. Более того, оно возросло с 14,6 [12,4–17,1] миллиона в 2005 году до 16,6 [14,4–18,8] миллиона человек в 2009 году. Почти 90% из них живут в Африке к югу от Сахары. В шести странах – Кении, Нигерии, Южной Африке, Уганде, Объединенной Республике Танзания и Зимбабве – число детей, осиротевших вследствие СПИДа, превышает 9 миллионов человек, а в одной только Нигерии проживает 2,5 миллиона таких детей. Более 10% всех детей в возрасте 0-17 лет потеряли одного или обоих родителей вследствие ВИЧ в Зимбабве (16%), Лесото (13%), Ботсване и Свазиленде (12%).

Среди наиболее заметных вкладов в глобальное противодействие ВИЧ можно отметить работу систем и сетей, как официальных, так и неофициальных, которые были созданы для поддержки детей, осиротевших вследствие эпидемии (рис. 4.10). Основным достижением этих мер является сокращение разницы в числе сирот и других детей, посещающих школы. Однако большинство домохозяйств, воспитывающих детей, затронутых ВИЧ, до сих пор не получают никакой внешней помощи и поддержки. ■

Рисунок 4.7

Доступ к услугам по уходу на дому

Оценки правительств: имеют ли большинство нуждающихся доступ к услугам по уходу на дому.

Источник: Страновые отчеты о прогрессе за 2010 г.

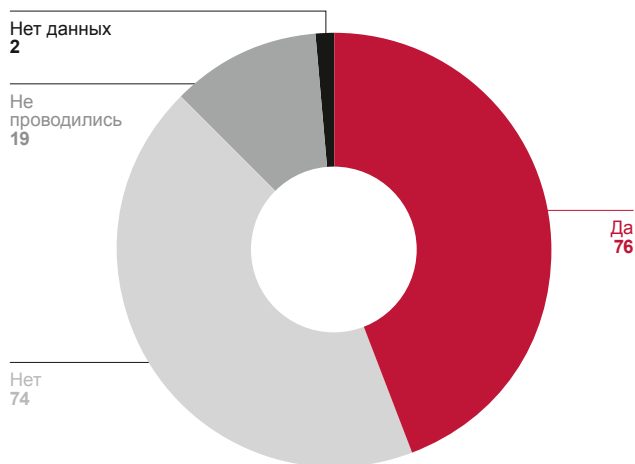


Рисунок 4.8

Предоставление паллиативной помощи

Оценки правительств: имеют ли большинство нуждающихся доступ к услугам паллиативной помощи.

Источник: Страновые отчеты о прогрессе за 2010 г.

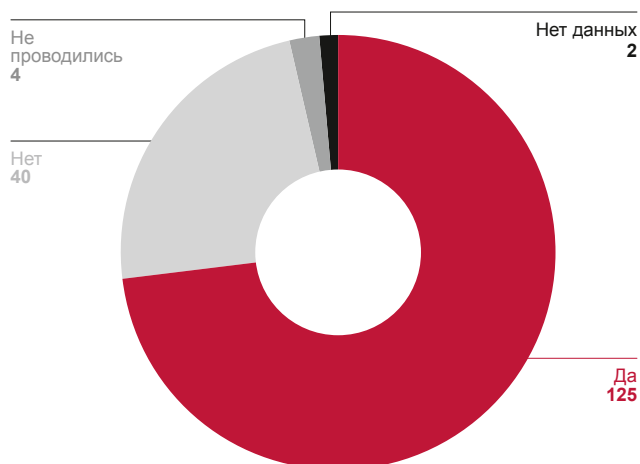


Рисунок 4.9

Виды услуг по уходу и поддержке, предоставляемых волонтерами

Виды услуг по уходу и поддержке людей, живущих с ВИЧ, предоставляемых 1366 волонтерами, опрошенными в Камеруне, Кении, Малави, Нигерии, Южной Африке и Уганде.

Источник: Compensation for Contributions: report on interviews with volunteer caregivers in six countries. Huairu Commission and Community Agency for Social Enquiry, Sept 2009.

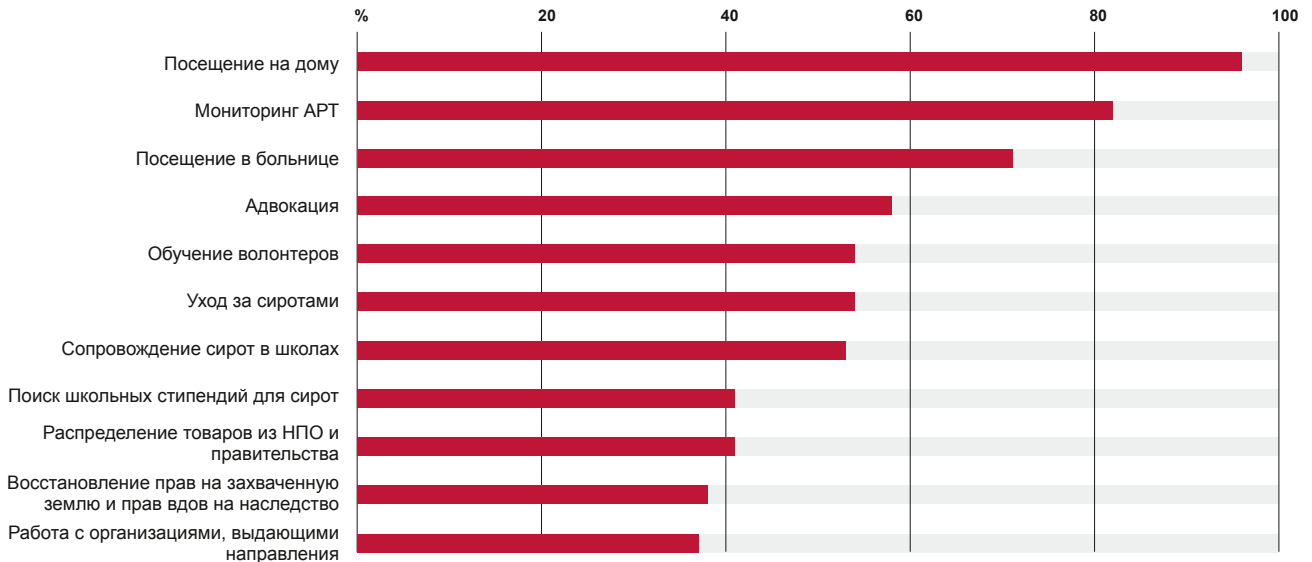


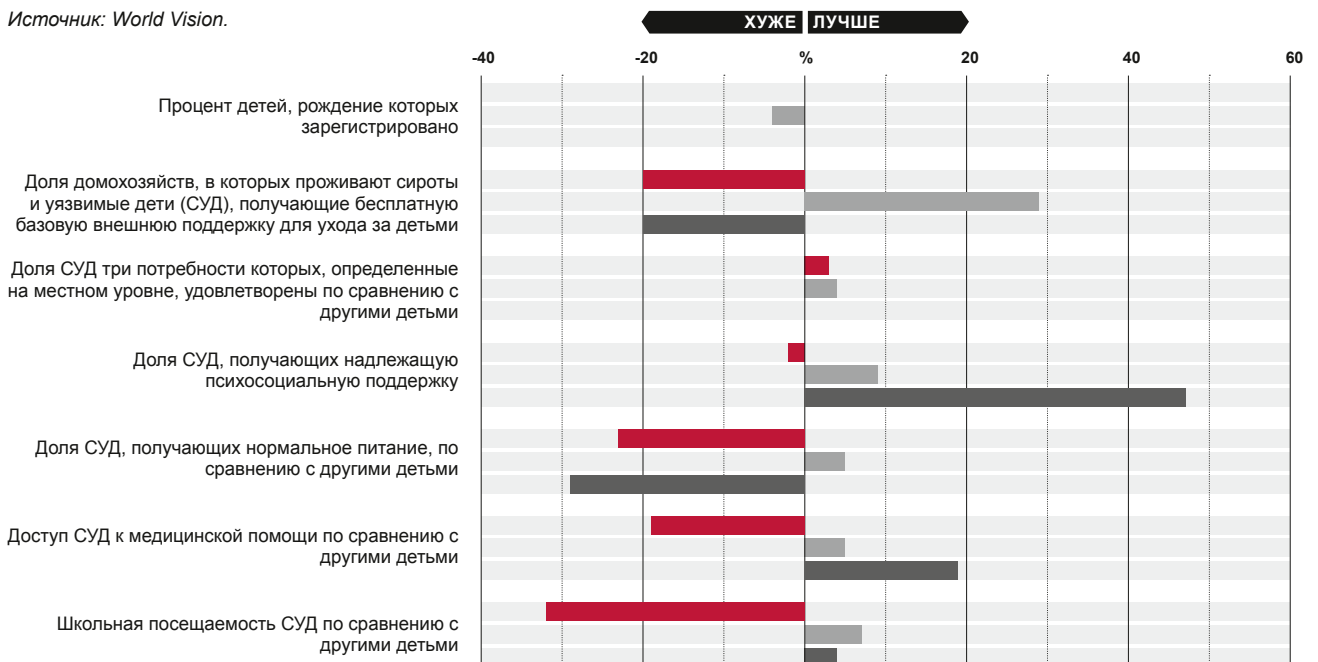
Рисунок 4.10

Тенденции в сфере поддержки сирот и уязвимых детей с 2005 по 2010 гг.

Изменения в охвате услугами по поддержке сирот и уязвимых детей в трех странах с высокой распространенностью ВИЧ с 2005 по 2010 гг.

■ Замбия
■ Уганда
■ Эфиопия

Источник: World Vision.



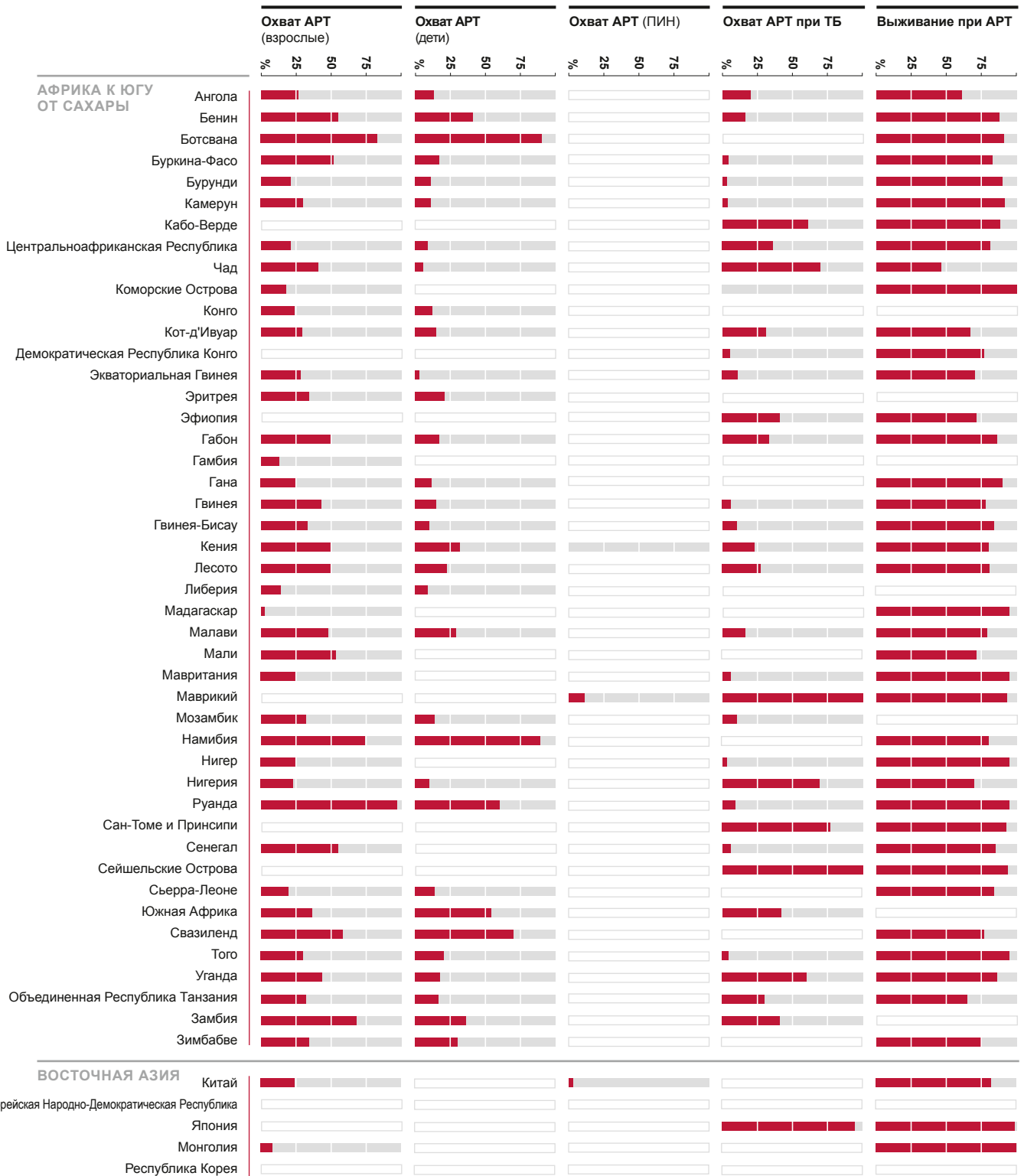


НЕОБХОДИМЫЕ ДЕЙСТВИЯ

- Лечение в связи с ВИЧ должно быть расширено, чтобы не отставать от растущего спроса.
 - Тестирование и консультирование на ВИЧ должно проводиться более широко, поскольку большинство людей узнают о своем статусе слишком поздно и позже начинают лечение, что снижает эффективность программ лечения.
 - Требуются интегрированные программы по ВИЧ и ТБ для решения проблем, создаваемых этой двойной эпидемией.
 - Услуги по охране здоровья матери и ребенка должны быть усилены, чтобы все беременные женщины, живущие с ВИЧ, могли иметь доступ к всесторонним услугам для предупреждения материнской и детской смертности и профилактики инфицирования младенцев, а также для предоставления антиретровирусной терапии матерям.
 - Необходимо улучшить доступ детей к антиретровирусной терапии. Для этого необходимо обеспечить тесное сотрудничество центров по охране здоровья матери и ребенка и центров по антиретровирусной терапии. Кроме того, по-прежнему требуются более совершенные средства диагностики и антиретровирусные препараты для детей.
 - Действующие подходы к лечению оказались не оптимальными для 15 миллионов нуждающихся. Лечение 2.0 – радикально упрощенная платформа – позволит упростить само лечение и обеспечить всех нуждающихся более качественными препаратами с меньшей вероятностью развития устойчивости, более простыми средствами диагностики и мониторинга, более простыми методами тестирования на ВИЧ, а также расширить возможности сообществ. Все заинтересованные стороны должны объединиться, чтобы претворить это в жизнь.
 - Необходимо продолжить оказание социальной поддержки сиротам, а недавние успехи в расширении программ поддержки, таких как осуществление денежных переводов, оказание продовольственной поддержки и поиск стипендий для обучения, следует расширять, обеспечивая их устойчивость.
 - Инвестиции в лечение принесли результаты в виде снижения смертности, обусловленной СПИДом, и уменьшения числа новых случаев ВИЧ-инфекции. Эти инвестиции необходимо продолжать и поддерживать в течение длительного срока.
-

ОЦЕНОЧНАЯ ТАБЛИЦА: ЛЕЧЕНИЕ В СВЯЗИ С ВИЧ

□ Данные отсутствуют

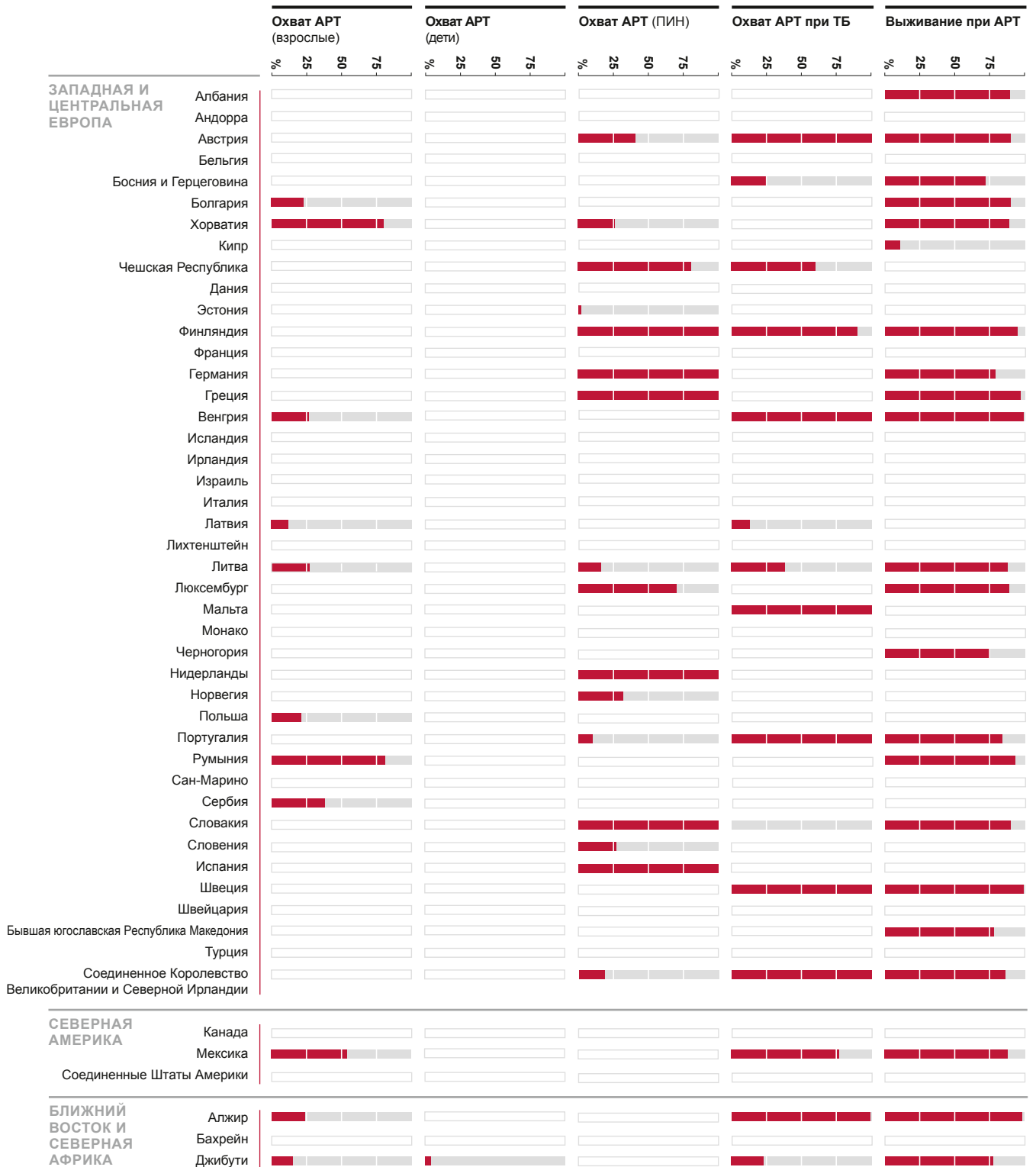


С целью обеспечения сопоставимости данных оценки по охвату антиретровирусным лечением основаны на стандартной эпидемиологической модели «Спектр» для определения числа людей, нуждающихся в лечении. Оценки на основе модели «Спектр» имеются только для стран с низким и средним уровнем доходов. Полные данные, полученные из стран, можно найти на сайте AIDSInfo (www.AIDSInfoOnline.org).



ОЦЕНОЧНАЯ ТАБЛИЦА: ЛЕЧЕНИЕ В СВЯЗИ С ВИЧ

□ Данные отсутствуют



С целью обеспечения сопоставимости данных оценки по охвату антиретровирусным лечением основаны на стандартной эпидемиологической модели «Спектр» для определения числа людей, нуждающихся в лечении. Оценки на основе модели «Спектр» имеются только для стран с низким и средним уровнем доходов. Полные данные, полученные из стран, можно найти на сайте AIDSInfo (www.AIDSInfoOnline.org).

