

Как прийти к цели «ноль»:

**Быстрее.
Разумнее.
Лучше.**

0

**НОЛЬ НОВЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЙ.
НОЛЬ ДИСКРИМИНАЦИИ.
НОЛЬ СМЕРТЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ СПИДА.**

ДОКЛАД **ЮНЭЙДС** К ВСЕМИРНОМУ ДНЮ БОРЬБЫ СО СПИДОМ | 2011

**ЮНЭЙДС НАМЕТИЛА НОВЫЕ РАМКИ ДЛЯ
ИНВЕСТИРОВАНИЯ СРЕДСТВ В СВЯЗИ СО
СПИДОМ, НАЦЕЛЕННЫЕ НА СТРАТЕГИИ,
ОКАЗЫВАЮЩИЕ СИЛЬНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ
И ИМЕЮЩИЕ БОЛЬШУЮ ЦЕННОСТЬ.**

⁰⁵ **Предисловие**

⁰⁶ **Мы
находимся
здесь.**

Как прийти к цели «ноль»:

¹² **Быстрее.**

²⁴ **Разумнее.**

³⁶ **Лучше.**

ПРЕОБРАЗОВАНИЕ ОТВЕТНЫХ МЕР

Мы находимся на пороге значительного прорыва в осуществлении мер в ответ на СПИД. Видение мира, в котором будет ноль новых ВИЧ-инфекций, ноль дискриминации и ноль смертей вследствие СПИДа, захватило воображение различных партнеров, заинтересованных участников и людей, живущих с ВИЧ и затронутых ВИЧ. Число новых ВИЧ-инфекций продолжает снижаться, и как никогда большое число людей начинает лечение. Учитывая, что проводимые исследования дают убедительные данные о том, что антиретровирусная терапия позволяет предупредить новые ВИЧ-инфекции, нас вдохновляет тот факт, что в странах с низким и средним уровнем доходов лечение получают 6,6 миллиона человек – почти половина всех нуждающихся.

Всего лишь несколько лет назад сам разговор о том, что со СПИДом можно покончить в ближайшем будущем, казался выдумкой, однако наука, политическая поддержка и ответные меры с участием населения начинают давать четкие и осязаемые результаты.

Тем не менее чтобы меры в ответ на СПИД были эффективными, их необходимо преобразовать. Мы должны перейти от краткосрочных разрозненных действий к долгосрочным стратегическим ответным мерам с использованием необходимых инвестиций. Дорожная карта для такого видения очевидна. В своей исторической *Политической декларации по ВИЧ/СПИДу: активизация наших усилий по искоренению ВИЧ и СПИДа*, принятой в 2011 году, Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций определила смелые новые целевые показатели, сформулировав четкие цели с указанием сроков их достижения, с тем чтобы покончить с ВИЧ и обеспечить улучшение здоровья людей в различных сообществах.

Для того чтобы обеспечить достижение этих целей и приблизить время, когда мы сможем покончить со СПИДом, нам необходимо нажать на акселератор. Объединив свои действия с партнерами, ЮНЭЙДС наметила новые рамки для инвестирования средств в связи со СПИДом, нацеленные на стратегии, оказывающие сильное воздействие и имеющие высокую ценность.

Мир не сможет добиться этих целевых показателей и следовать духу Политической декларации, если страны и доноры не обязуются использовать имеющиеся инструменты, нацелив их на реализацию наиболее эффективных программ и вложив соответствующие средства.



Мишель Сидибэ
Исполнительный директор ЮНЭЙДС
Заместитель Генерального секретаря Организации Объединенных Наций

➤ Сейчас мы находимся здесь.

21%

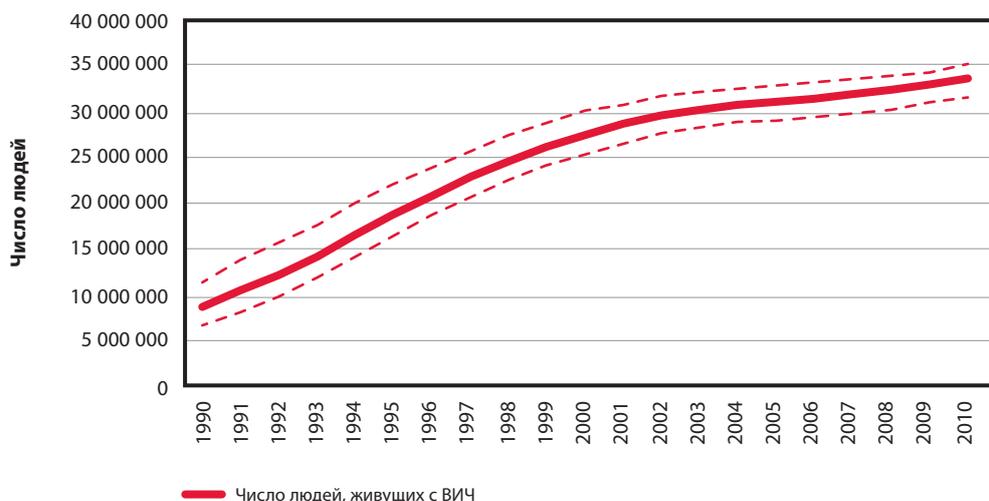
С 1997 по 2010 годы
ежегодное число новых
ВИЧ-инфекций
уменьшилось на 21%.

СОСТОЯНИЕ РАЗВИТИЯ ЭПИДЕМИИ СПИДА

Число людей, живущих с ВИЧ, сильно выросло – в основном благодаря расширению доступа к лечению.

В конце 2010 года во всем мире оценочное число людей, живущих с ВИЧ, составляло 34 [31,6–35,2] миллиона человек, или на 17% больше чем в 2001 году. Это отражает по-прежнему высокое число новых ВИЧ-инфекций и значительное расширение доступа к антиретровирусной терапии, которая позволила уменьшить число смертей вследствие СПИДа, особенно в последние годы.

ЧИСЛО ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ



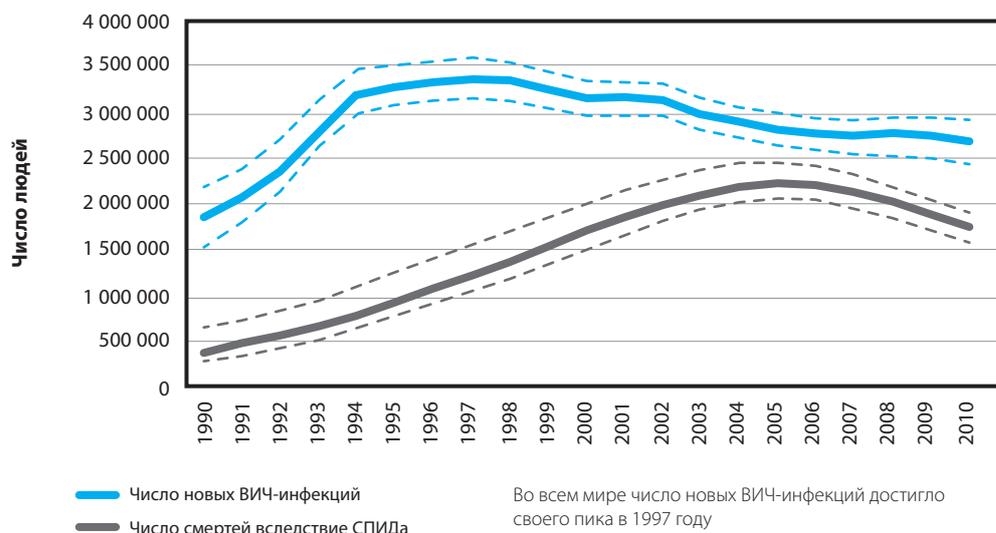
В 2010 году число людей, умерших по причинам, обусловленным СПИДом, уменьшилось до 1,8 [1,6–1,9] миллиона, в то время как в середине 2000-х годов – во время пика – это число составляло 2,2 [2,1–2,5] миллиона. Согласно новым расчетным данным ЮНЭЙДС, с 1995 года общее число смертей, предотвращенных в странах с низким и средним уровнем доходов благодаря внедрению антиретровирусной терапии, составило 2,5 миллиона. Такие успехи в основном были достигнуты в последние два года, когда имело место быстрое расширение доступа к лечению; только в 2010 году было предотвращено 700 000 таких смертей.

Пропорция женщин, живущих с ВИЧ, оставалась стабильной, составляя 50% на глобальном уровне, хотя ВИЧ затрагивает женщин в большей мере в Африке к югу от Сахары (59% всех людей, живущих с ВИЧ) и в Карибском бассейне (53%).

В 2010 году число новых ВИЧ-инфекций составило 2,7 [2,4–2,9] миллиона, включая 390 000 [340 000–450 000] новых ВИЧ-инфекций среди детей. Это на 15% меньше чем в 2001 году и на 21% меньше числа новых ВИЧ-инфекций в 1997 году, когда эпидемия достигла своего пика.

Число людей, заражающихся ВИЧ, продолжает снижаться, причем в некоторых странах этот процесс идет быстрее. Показатель заражения ВИЧ снизился в 33 странах, 22 из которых находится в Африке к югу от Сахары, регионе, более всего затронутом эпидемией СПИДа.

ЧИСЛО НОВЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЙ И СМЕРТЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ СПИДА



Африка к югу от Сахары

Африка к югу от Сахары остается регионом, более всего затронутым эпидемией ВИЧ. В 2010 году около 68% всех людей, живущих с ВИЧ, приходилось на Африку к югу от Сахары, в то время как здесь проживает лишь 12% мирового населения. В том же 2010 году на Африку к югу от Сахары приходилось 70% всех новых ВИЧ-инфекций, хотя региональный процент новых ВИЧ-инфекций заметно уменьшился. Эпидемия по-прежнему сильнее всего развивается на юге этого континента, а число людей, живущих с ВИЧ в Южной Африке (по оценкам, составляющее 5,6 миллиона человек), выше, чем в любой другой стране мира.

Начиная с 1998 года в Африке к югу от Сахары СПИД уносил как минимум миллион жизней в год. Однако с тех пор число смертей вследствие СПИДа постоянно уменьшалось благодаря расширению доступа к бесплатной антиретровирусной терапии в регионе. В 2010 году почти половина смертей вследствие СПИДа была зарегистрирована на юге Африки.

Общее число новых ВИЧ-инфекций в Африке к югу от Сахары уменьшилось более чем на 26%, до 1,9 [1,7–2,1] миллиона с 2,6 [2,4–2,8] миллиона, зарегистрированных в разгар эпидемии в 1997 году. По данным исследований, с 2001 по 2009 годы показатель заражения ВИЧ снизился более чем на 25% в 22 странах Африки к югу от Сахары. Сюда входят некоторые страны с самыми крупными эпидемиями в мире: Замбия, Зимбабве, Нигерия, Эфиопия и Южная Африка. Ежегодный показатель заражения ВИЧ в Южной Африке, хотя и остается высоким, с 2001 по 2009 годы снизился на одну треть, с 2,4% [2,1%–2,6%] до 1,5% [1,3%–1,8%]. Аналогичным образом наблюдается ослабление эпидемий в Ботсване, Замбии и Намибии. Эпидемии в Лесото, Мозамбике и Свазиленде, вероятно, выравниваются, хотя остаются на высоком уровне.

250%

В 2010 году по сравнению с 2001 годом число людей, живущих с ВИЧ в Восточной Европе и Центральной Азии, увеличилось на 250%.

Карибский бассейн

В Карибском бассейне зарегистрирован второй по величине региональный показатель распространенности ВИЧ после Африки к югу от Сахары, хотя с середины 1990-х годов эта эпидемия значительно замедлила свои темпы.

По сравнению с 2001 годом число новых ВИЧ-инфекций в Карибском бассейне уменьшилось на одну треть. По оценкам, с 2001 года показатель заражения ВИЧ уменьшился на 25% в Доминиканской Республике и на Ямайке и примерно на 12% в Гаити. Замедление темпов распространения ВИЧ и расширение доступа к услугам по профилактике ВИЧ для беременных женщин привело к резкому уменьшению числа детей, заражающихся ВИЧ, и числа смертей вследствие СПИДа среди детей.

Основным путем передачи ВИЧ в Карибском бассейне являются незащищенные половые контакты. С начала 2000-х годов также несколько уменьшилось число людей, живущих с ВИЧ. Расширение доступа к антиретровирусной терапии привело к значительному снижению смертности, связанной со СПИДом.

Азия

Несмотря на то что показатель распространенности ВИЧ в Азии существенно ниже, чем в ряде других регионов, высокая абсолютная численность населения в Азии означает, что здесь проживает вторая по численности группа людей, живущих с ВИЧ.

В Южной и Юго-Восточной Азии оценочное число новых ВИЧ-инфекций, составлявшее в 2010 году 270 000 [230 000–340 000], было на 40% ниже, чем во время пика эпидемии в 1996 году. В Индии, стране с самым большим в регионе числом людей, живущих с ВИЧ, число новых ВИЧ-инфекций уменьшилось на 56%.

Показатель распространенности ВИЧ среди ключевых групп населения, которым грозит повышенный риск заражения, – особенно среди работников секс-бизнеса, лиц, употребляющих инъекционные наркотики, и мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, – в ряде стран Азии является высоким, хотя со временем этот вирус начинает распространяться на другие группы населения. За общими тенденциями в регионе скрываются важные различия в развитии эпидемий – как между странами, так и внутри стран. Во многих азиатских странах национальные эпидемии концентрируются в отдельных провинциях. Например, в Китае на пять провинций приходится 53% всех людей, живущих с ВИЧ¹, в то время как в Индонезии диспропорционально высокое бремя эпидемии приходится на провинции Папуа и Западное Папуа.²

Восточная Европа и Центральная Азия

С 2001 года в Восточной Европе и Центральной Азии наблюдался резкий рост числа людей, живущих с ВИЧ; в 2010 году это число увеличилось на 250%. Почти 90% бремени региональной эпидемии в Восточной Европе и Центральной Азии приходится на Российскую Федерацию и Украину. Употребление инъекционных наркотиков остается основной причиной заражения ВИЧ в регионе, хотя значительная доля случаев ВИЧ регистрируется среди половых партнеров лиц, употребляющих инъекционные наркотики.

Почти нет данных, указывающих на стабилизацию эпидемии в регионе; число новых ВИЧ-инфекций и число смертей вследствие СПИДа по-прежнему растет. После замедления роста показателя заражения ВИЧ в Восточной Европе и Центральной Азии в начале 2000-х годов с 2008 года этот показатель опять начал расти быстрыми темпами.

В отличие от большинства других регионов, число смертей вследствие СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии по-прежнему увеличивается.

Ближний Восток и Северная Африка

Тенденции в изменении эпидемии ВИЧ на Ближнем Востоке и в Северной Африке отличаются: в некоторых странах показатели заражения, показатели распространенности и число смертей вследствие СПИДа растут, в то время как в других эпидемия является стабильной. В целом, региональный показатель распространенности ВИЧ является низким, за исключением Джибути и Южного Судана, где эпидемия носит генерализованный характер.

Латинская Америка

Эпидемии ВИЧ в Латинской Америке в целом стабильны. Тенденция к устойчивому снижению ежегодного числа новых ВИЧ-инфекций, наблюдавшаяся с 1996 года, в начале 2000-х годов выровнялась, и с тех пор это число остается на уровне 100 000 [73 000–135 000] в год.

Общее число людей, живущих с ВИЧ в регионе, продолжает расти. Это отчасти обусловлено ростом числа людей, живущих с ВИЧ, которые получают антиретровирусную терапию, что привело к уменьшению ежегодного числа смертей вследствие СПИДа. В 2010 году более трети (36%) взрослых, живущих с ВИЧ в этом регионе, составляли женщины.

Число детей моложе 15 лет, живущих с ВИЧ в этом регионе, уменьшилось. В период с 2001 по 2010 годы здесь наблюдалось значительное уменьшение числа новых ВИЧ-инфекций и числа смертей вследствие СПИДа среди детей.

Океания

Ежегодное число новых ВИЧ-инфекций в Океании медленно увеличивалось до начала 2000-х годов, после чего это число снизилось. По оценкам, в конце 2010 года число людей, живущих с ВИЧ в регионе, достигло 54 000 [48 000–62 000], что примерно на 34% больше оценочного числа за 2001 год. Также значительно снизилась смертность в связи со СПИДом.

Северная Америка, Западная и Центральная Европа

Эпидемия ВИЧ в Северной Америке, Западной и Центральной Европе остается на стабильном уровне, несмотря на обеспечение всеобщего доступа к лечению, уходу и поддержке и широкое распространение информации об эпидемии и причинах заражения ВИЧ. По сравнению с 2004 годом показатель заражения ВИЧ изменился незначительно.

По оценкам, в 2010 году общее число людей, живущих с ВИЧ в Северной Америке, Западной и Центральной Европе, достигло 2,2 [1,9–2,7] миллиона, или примерно на треть (34%) больше чем в 2001 году. Более половины (примерно 1,2 миллиона) людей, живущих с ВИЧ в регионе, проживают в Соединенных Штатах Америки.

Растущее число людей, живущих с ВИЧ, отражает широкую доступность антиретровирусной терапии, особенно в странах с крупными эпидемиями, что привело к значительному снижению смертности в связи со СПИДом. С 2000 года число смертей вследствие СПИДа изменилось незначительно, несмотря на то что число людей, живущих с ВИЧ, увеличилось на 34%.

Последние тенденции в странах региона отличаются. Число диагностированных случаев ВИЧ увеличилось в два раза за период с 2000 по 2009 годы в Болгарии, Венгрии, Литве, Словакии, Словении и Чешской Республике и более чем на 50% в Соединенном Королевстве. С другой стороны, число новых диагнозов ВИЧ уменьшилось более чем на 20% в Латвии, Португалии и Румынии.³

Региональная статистика по ВИЧ и СПИДу: 2010 и 2001 гг.

Региональные оценки: число взрослых и детей, вновь заразившихся ВИЧ, число людей, живущих с ВИЧ, и число смертей вследствие СПИДа

		Число взрослых и детей, живущих с ВИЧ	Число взрослых и детей, вновь заразившихся ВИЧ	Показатель распространенности среди взрослых (%)	Число смертей вследствие СПИДа среди взрослых и детей	Показатель распространенности среди молодых людей (15–24 лет) (%)	
						Мужчины	Женщины
АФРИКА К ЮГУ ОТ САХАРЫ	2010	22,9 млн. [21,6–24,1 млн.]	1,9 млн. [1,7–2,1 млн.]	5,0 [4,7–5,2]	1,2 млн. [1,1–1,4 млн.]	1,4 [1,1–1,8]	3,3 [2,7–4,2]
	2001	20,5 млн. [19,1–22,2 млн.]	2,2 млн. [2,1–2,4 млн.]	5,9 [5,6–6,4]	1,4 млн. [1,3–1,6 млн.]	2,0 [1,6–2,7]	5,2 [4,3–6,8]
БЛИЖНИЙ ВОСТОК И СЕВЕРНАЯ АФРИКА	2010	470 000 [350 000–570 000]	59 000 [40 000–73 000]	0,2 [0,2–0,3]	35 000 [25 000–42 000]	0,1 [0,1–0,2]	0,2 [0,1–0,2]
	2001	320 000 [190 000–450 000]	43 000 [31 000–57 000]	0,2 [0,1–0,3]	22 000 [9700–38 000]	0,1 [0,1–0,2]	0,1 [0,1–0,2]
ЮЖНАЯ И ЮГО-ВОСТОЧНАЯ АЗИЯ	2010	4,0 млн. [3,6–4,5 млн.]	270 000 [230 000–340 000]	0,3 [0,3–0,3]	250 000 [210 000–280 000]	0,1 [0,1–0,2]	0,1 [0,1–0,1]
	2001	3,8 млн. [3,4–4,2 млн.]	380 000 [340 000–420 000]	0,3 [0,3–0,4]	230 000 [200 000–280 000]	0,2 [0,2–0,2]	0,2 [0,2–0,2]
ВОСТОЧНАЯ АЗИЯ	2010	790 000 [580 000–1,1 млн.]	88 000 [48 000–160 000]	0,1 [0,1–0,1]	56 000 [40 000–76 000]	<0,1 [<0,1–<0,1]	<0,1 [<0,1–<0,1]
	2001	380 000 [280 000–530 000]	74 000 [54 000–100 000]	<0,1 [<0,1–<0,1]	24 000 [16 000–45 000]	<0,1 [<0,1–<0,1]	<0,1 [<0,1–<0,1]
ОКЕАНИЯ	2010	54 000 [48 000–62 000]	3300 [2400–4200]	0,3 [0,2–0,3]	1600 [1200–2000]	0,1 [0,1–0,2]	0,2 [0,1–0,2]
	2001	41 000 [34 000–50 000]	4000 [3300–4600]	0,2 [0,2–0,3]	1800 [1300–2900]	0,1 [0,1–0,2]	0,2 [0,2–0,3]
ЛАТИНСКАЯ АМЕРИКА	2010	1,5 млн. [1,2–1,7 млн.]	100 000 [73 000–140 000]	0,4 [0,3–0,5]	67 000 [45 000–92 000]	0,2 [0,1–0,4]	0,2 [0,1–0,2]
	2001	1,3 млн. [1,0–1,7 млн.]	99 000 [75 000–130 000]	0,4 [0,3–0,5]	83 000 [50 000–130 000]	0,2 [0,1–0,6]	0,1 [0,1–0,2]

		Число взрослых и детей, живущих с ВИЧ	Число взрослых и детей, вновь заразившихся ВИЧ	Показатель распространенности среди взрослых (%)	Число смертей вследствие СПИДа среди взрослых и детей	Показатель распространенности среди молодых людей (15–24 лет) (%)	
						Мужчины	Женщины
КАРИБСКИЙ БАССЕЙН	2010	200 000 [170 000–220 000]	12 000 [9400–17 000]	0,9 [0,8–1,0]	9000 [6900–12 000]	0,2 [0,2–0,5]	0,5 [0,3–0,7]
	2001	210 000 [170 000–240 000]	19 000 [16 000–22 000]	1,0 [0,9–1,2]	18 000 [14 000–22 000]	0,4 [0,2–0,8]	0,8 [0,6–1,1]
ВОСТОЧНАЯ ЕВРОПА И ЦЕНТРАЛЬНАЯ АЗИЯ	2010	1,5 млн. [1,3–1,7 млн.]	160 000 [110 000–200 000]	0,9 [0,8–1,1]	90 000 [74 000–110 000]	0,6 [0,5–0,8]	0,5 [0,4–0,7]
	2001	410 000 [340 000–490 000]	210 000 [170 000–240 000]	0,3 [0,2–0,3]	7800 [6000–11 000]	0,3 [0,2–0,3]	0,2 [0,1–0,2]
ЗАПАДНАЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ ЕВРОПА	2010	840 000 [770 000–930 000]	30 000 [22 000–39 000]	0,2 [0,2–0,2]	9900 [8900–11 000]	0,1 [0,1–0,1]	0,1 [0,1–0,1]
	2001	630 000 [580 000–690 000]	30 000 [26 000–34 000]	0,2 [0,2–0,2]	10 000 [9500–11 000]	0,1 [0,1–0,1]	0,1 [0,1–0,1]
СЕВЕРНАЯ АМЕРИКА	2010	1,3 млн. [1,0–1,9 млн.]	58 000 [24 000–130 000]	0,6 [0,5–0,9]	20 000 [16 000–27 000]	0,3 [0,2–0,6]	0,2 [0,1–0,4]
	2001	980 000 [780 000–1,2 млн.]	49 000 [34 000–70 000]	0,5 [0,4–0,7]	19 000 [15 000–24 000]	0,3 [0,2–0,4]	0,2 [0,1–0,3]
ВСЕГО	2010	34,0 млн. [31,6–35,2 млн.]	2,7 млн. [2,4–2,9 млн.]	0,8 [0,8–0,8]	1,8 млн. [1,6–1,9 млн.]	0,3 [0,3–0,3]	0,6 [0,5–0,6]
	2001	28,6 млн. [26,7–30,9 млн.]	3,1 млн. [3,0–3,3 млн.]	0,8 [0,7–0,8]	1,9 млн. [1,7–2,2 млн.]	0,4 [0,4–0,4]	0,8 [0,7–0,8]

Методология

В сотрудничестве со страновыми партнерами ЮНЭЙДС использовала программный пакет *Spectrum* для получения эпидемиологических оценок для стран и регионов, приведенных в настоящем докладе. Пакет *Spectrum* включает все pertinentные имеющиеся данные, в том числе: обследования беременных женщин, посещающих дородовые клиники; обследования среди населения (на уровне домохозяйств); дозорный эпиднадзор среди групп населения с повышенным риском заражения; истории болезни; демографические данные; информацию о программах антиретровирусной терапии и программах профилактики передачи от матери ребенку. Учитывая эти разнообразные источники данных, пакет *Spectrum* позволяет установить число новых ВИЧ-инфекций, число людей, живущих с ВИЧ (взрослых и детей), число людей, нуждающихся в антиретровирусной терапии и в услугах по профилактике передачи от матери ребенку.

Ранее опубликованные оценочные данные для Латинской Америки не учитывали Мексику, которая сейчас включена в страны этого региона. По этой причине эти новые оценочные данные по ВИЧ (включая оценки за предыдущие годы) вводятся взамен ранее публиковавшихся данных для Латинской Америки.





**> Быстрее.
Разумнее.
Лучше.**

>Быстрее.

20%

С 2009 по 2010 годы охват антиретровирусным лечением в Африке к югу от Сахары увеличился на 20%.

Ускорение процесса ослабления эпидемии

Перед всем миром стоит очевидный выбор: сохранить усилия на нынешнем уровне и обеспечить постепенный прогресс или разумно вложить средства и обеспечить быстрый успех в осуществлении мер в ответ на СПИД.

Невиданные ранее глобальные ответные меры, принятые в последнее десятилетие, заставили эпидемию отступить. Снизились уровни новых ВИЧ-инфекций, уменьшилось число смертей вследствие СПИДа, были мобилизованы беспрецедентные финансовые средства для программ по ВИЧ. Исторические политические соглашения очевидным образом повлияли на эпидемию СПИДа, в том числе Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом 2001 года и Политическая декларация по ВИЧ/СПИДу 2006 года, которые предусматривали обеспечение всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ.

Десять лет назад, когда мировые лидеры собрались в Нью-Йорке на специальную сессию Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, – причем это было сделано впервые для обсуждения вопроса здравоохранения – только три страны, Сенегал, Таиланд и Уганда, имели опыт успешного осуществления мер в ответ на ВИЧ. Сегодня почти каждая страна в Африке к югу от Сахары, Азии и Латинской Америке может рассказать о своих успехах, о спасении жизней благодаря предупреждению новых ВИЧ-инфекций и смертей вследствие СПИДа. За одно десятилетие приверженность политических лидеров, социальные перемены, инновации и быстрое вливание новых ресурсов позволили преобразовать меры в ответ на СПИД, которые стали в авангарде успешных действий по защите здоровья во всем мире. Меры в ответ на СПИД усилили интерес к глобальному здоровью, и сейчас у них появилось новое лицо, для которого характерны надежда, жизнеспособность, смелость и ответственность.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОВЕДЕНИЯ ПОМОГАЕТ ПРЕДОТВРАТИТЬ НОВЫЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ОСОБЕННО СРЕДИ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

Уменьшению числа новых ВИЧ-инфекций во всем мире способствовали изменения в поведении среди молодых людей, работников секс-бизнеса и их клиентов, лиц, употребляющих инъекционные наркотики, мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, и трансгендерных лиц. Доступ к профилактике ВИЧ предоставил отдельным людям и сообществам возможности для принятия серьезных мер против этого заболевания.

В ряде стран с генерализованными эпидемиями различные изменения в поведении, в том числе уменьшение числа половых партнеров, более частое пользование презервативами и более позднее начало половой жизни, привели к уменьшению числа новых инфекций (показателя заражения). Показатель заражения ВИЧ в городских районах Зимбабве снизился с очень высокого пикового уровня почти в 6% в 1991 году до менее 1% в 2010 году.⁴

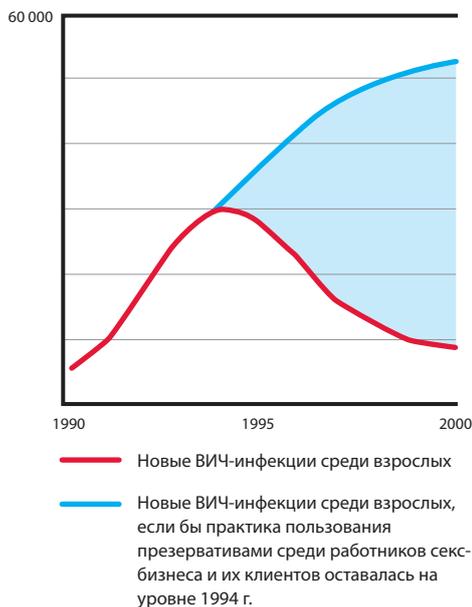


**ПЕРЕД ВСЕМ МИРОМ СТОИТ ОЧЕВИДНЫЙ ВЫБОР:
СОХРАНИТЬ УСИЛИЯ НА НЫНЕШНЕМ УРОВНЕ
И ОБЕСПЕЧИТЬ ПОСТЕПЕННЫЙ ПРОГРЕСС ИЛИ
РАЗУМНО ВЛОЖИТЬ СРЕДСТВА И ОБЕСПЕЧИТЬ
БЫСТРЫЙ УСПЕХ В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕР В
ОТВЕТ НА СПИД.**

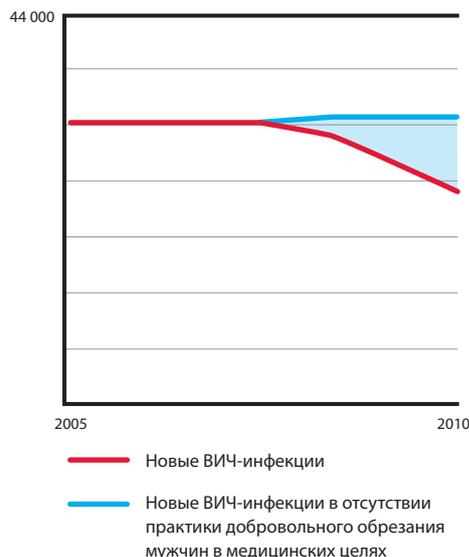
Тенденции в изменении числа новых ВИЧ-инфекций

Число новых ВИЧ-инфекций по сравнению с оценочными данными в отсутствие ключевых изменений

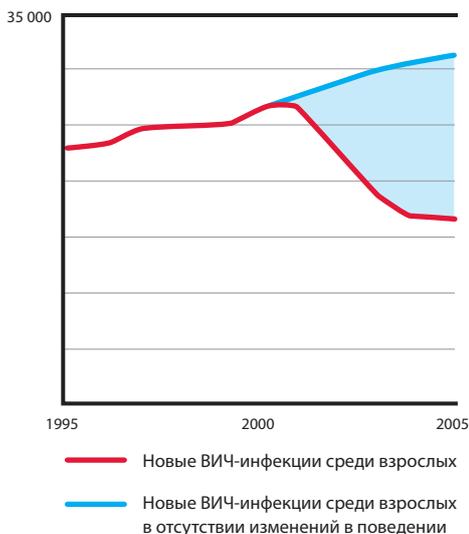
КАМБОДЖА



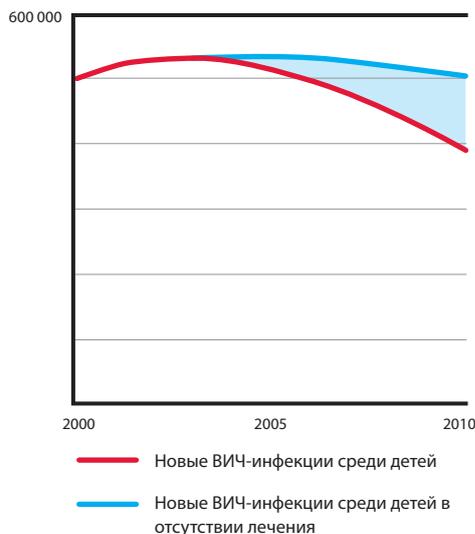
ПРОВИНЦИЯ НЬЯНЗА, КЕНИЯ



ГОРОДСКИЕ РАЙОНЫ МАЛАВИ



ГЛОБАЛЬНОЕ ЧИСЛО НОВЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЙ СРЕДИ ДЕТЕЙ



Проведенное моделирование указывает на то, что без изменений в поведении показатель заражения ВИЧ был бы в два раза выше нынешнего, что дало бы дополнительно 35 000 новых инфекций в год. Такое же положение можно наблюдать в городских районах Малави, где в отсутствие изменений в сексуальном поведении показатель заражения ВИЧ стабилизировался бы на уровне около 4% в год; фактически же в 2010 году этот показатель стал менее 1%, что позволило избежать примерно 15 000 новых инфекций в год.⁵

Новое поколение молодежи берет на себя ответственность за свою судьбу и защищается от ВИЧ. Обнадёживающие тенденции наблюдаются среди молодых людей в ряде стран с высоким бременем ВИЧ.

Показатель распространённости ВИЧ снизился среди молодых людей (в возрасте 15-24 лет) по крайней мере в 21 из 24 стран, где национальный показатель распространённости ВИЧ составляет 1% или выше. Снижение показателя распространённости ВИЧ оказалось статистически значимым среди беременных женщин, посещающих дородовые клиники в 12 из этих стран: Буркина-Фасо, Ботсване, Гане, Зимбабве, Кении, Конго, Малави, Нигерии, Намибии, Объединенной Республике Танзания, Того и Эфиопии. В четырех из этих стран (Ботсване, Зимбабве, Малави и Танзании) также отмечено статистически значимое снижение этого показателя среди населения в целом, о чем свидетельствуют результаты обследований среди населения (среди женщин в Ботсване, Зимбабве и Малави и среди мужчин в Танзании). Еще в трех странах отмечено статистически значимое снижение показателя среди населения в целом, однако без значительного снижения среди тех, кто посещает дородовые клиники (среди женщин в Замбии и среди мужчин в Лесото и Южной Африке).

Такое снижение имело место на фоне вдохновляющих изменений в сексуальном поведении среди молодых людей. Процент молодых мужчин, у которых было несколько половых партнеров за последние 12 месяцев, значительно уменьшился в 11 из 19 стран, где получены достаточные данные; среди женщин он снизился в шести странах. Пропорция молодых людей, указавших на то, что они пользовались презервативами во время последнего контакта с высоким уровнем риска, значительно увеличилась в семи (для мужчин) и в пяти (для женщин) из 17 стран, где были получены достаточные данные. Процент молодых мужчин и женщин, у которых были половые контакты в возрасте до 15 лет, значительно снизился в восьми из 18 стран, где имеются достаточные данные.

Важные показатели социальных перемен также подтверждают измеренные показатели, отражающие изменения в поведении и в распространении ВИЧ. Например, интерактивные подходы для обучения местного населения могут быть эффективными для изменения социальных гендерных норм, включая гендерное насилие, когда программы, направленные против ВИЧ и насилия, дополняются мерами по социальной мобилизации с вовлечением мужчин для устранения опасных гендерных норм. Важное исследование, проведенное недавно в Южной Африке, показало, что почти каждый седьмой случай заражения ВИЧ среди молодых женщин можно было бы предупредить, если бы женщины не подвергались насилию со стороны интимных партнеров.⁶

Изменения в поведении были особенно заметны в странах с высоким показателем распространённости ВИЧ, хотя между этими странами имеются определенные различия, поскольку модели поведения продолжают изменяться, иногда в худшую сторону. Например, в Зимбабве и Руанде увеличилась пропорция молодых женщин, имеющих несколько партнеров; такая же тенденция отмечена среди молодых мужчин в Гайане и Лесото. Практика пользования презервативами среди молодых мужчин в Зимбабве и Уганде, кажется, снизилась, а пропорция молодых людей, имевших половые контакты в возрасте до 15 лет, увеличилась в Гайане, Лесото и Гаити, а также среди молодых мужчин в Руанде.

Кроме того, во многих странах с высоким показателем распространённости ВИЧ молодые мужчины начинают обращаться за услугами по обрезанию. Клинические испытания в Кении, Уганде и Южной Африке указывают на то, что добровольное обрезание мужчин в медицинских целях снижает риск передачи ВИЧ половым путем от женщины мужчине примерно на 60%⁷⁻⁹; предварительные результаты одномоментных поперечных углубленных исследований в общине Орандж-Фарм в Южной Африке, где были внедрены программы добровольного обрезания мужчин в

медицинских целях, указывают на эффективность такого подхода.¹⁰

По данным исследований, в кенийской провинции Ньянза расширение программ добровольного обрезания мужчин в медицинских целях позволило предотвратить примерно 2000 новых ВИЧ-инфекций.

ДОБРОВОЛЬНОЕ ОБРЕЗАНИЕ МУЖЧИН В МЕДИЦИНСКИХ ЦЕЛЯХ В КЕНИИ

Кении удалось бы предотвратить 73 000 новых ВИЧ-инфекций в период с 2011 по 2015 годы, если бы к 2015 году здесь были обрезаны 80% мужчин, которые не были обрезаны ранее, и такой уровень охвата удалось бы сохранить. Для этого потребуются выполнить 860 000 обрезаний. К концу 2010 года здесь было выполнено 232 287 обрезаний, или 27% от национального целевого показателя; в провинции Ньянза целевой показатель на 2015 год был выполнен на 62%.¹¹

Дальнейшее вложение средств в программы, направленные на изменение поведения, позволит ускорить процесс уменьшения числа новых ВИЧ-инфекций.

В то время как наиболее готовыми к обрезанию в медицинских целях оказались молодые мужчины, для обеспечения максимального эффекта необходимо охватить мужчин более пожилого возраста. Для того чтобы обеспечить пользу от добровольного обрезания мужчин в медицинских целях для всего населения в восточном и южном регионах Африки, необходимо дополнительно обрезать 21 миллион мужчин. Если такая цель будет достигнута, это позволит предотвратить примерно 3,4 миллиона новых ВИЧ-инфекций к 2015 году.

УСКОРЕНИЕ ЧЕРЕЗ УДЕЛЕНИЕ ОСОБОГО ВНИМАНИЯ ЛЮДЯМ, КОТОРЫМ ГРОЗИТ ПОВЫШЕННЫЙ РИСК ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ

Уделение особого внимания людям, которым грозит повышенный риск заражения ВИЧ, в странах с концентрированными эпидемиями принесло свои плоды, хотя во многих случаях эти достижения носят ограниченный характер и еще многое можно сделать. В Камбодже частота пользования презервативами среди работников секс-бизнеса и их клиентов увеличилась примерно с 40% в 1997 году до более 90% в настоящее время, а число новых ВИЧ-инфекций уменьшилось до менее 2000 в год. Если бы практика пользования презервативами оставалась на уровне 1994 года, когда этот уровень стал расти, то ежегодное число новых ВИЧ-инфекций могло бы превысить 50 000.¹² Такие же успехи были отмечены в Котону, Бенин, где благодаря интенсивной программе по изменению поведения среди работников секс-бизнеса ежегодное число новых ВИЧ-инфекций уменьшилось примерно на 3000-4000.¹³

ИНВЕСТИРОВАНИЕ СРЕДСТВ В РАЗВИТИЕ ЛИДЕРСТВА СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

С целью замедления темпов распространения ВИЧ Политическая декларация 2011 года рекомендует всем странам содействовать активному вовлечению молодых людей и развитию лидерства среди молодежи при осуществлении ответных мер на глобальном, региональном и национальном уровне. Требуются особые меры для обеспечения устойчивого участия молодых людей в страновых координационных механизмах и национальных координационных органах по СПИДу. Кроме того, в этой Политической декларации предусмотрены конкретные шаги по вовлечению молодых людей, живущих с ВИЧ, в мероприятия в ответ на ВИЧ, в том числе через сообщества, семьи, школы, центры отдыха и на рабочем месте. Фонд молодых лидеров в сфере ВИЧ позволяет обеспечить новое лидерство среди молодых людей, более всего затронутых проблемой ВИЧ. С 2010 года этот Фонд выделил 23 гранта для местных проектов в 19 странах, способствуя реализации инициатив в области адвокации, услуг, оказываемых через лиц одного круга, и социальной мобилизации под руководством молодежи. Молодые люди определяют, куда следует направить гранты, а также оказывают техническую поддержку.

В Дакке, Бангладеш, реализация программ снижения вреда позволила замедлить распространение ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков. Показатель распространенности ВИЧ в этой группе населения вырос с 1,4% в 2000 году до 7% в 2007 году, но затем упал до 5,3% в 2011 году, что намного ниже уровней, отмечаемых в районах, где программы профилактики отсутствуют. Там, где страны не реализуют программы снижения вреда или не расширяют программы профилактики ВИЧ, последствия оказались очень серьезными. В Санкт-Петербурге, Россия, показатель распространенности ВИЧ в последние пять лет увеличился в два раза и, по оценкам, среди потребителей инъекционных наркотиков составляет почти 60%.¹⁴ Потребителям инъекционных наркотиков также требуется равноправный доступ к медицинским и социальным услугам

без какой-либо дискриминации.

Исследования, проведенные в Восточной Европе и Центральной Азии, показывают, что многие потребители инъекционных наркотиков не хотят обращаться за получением медицинских услуг, поскольку они опасаются остракизма или того, что медработники будут сообщать о них в правоприменительные органы.¹⁵

Такие барьеры ограничивают доступ к базовым медицинским услугам, таким как консультирование по вопросам уменьшения риска передачи половым путем и лечение при инфекциях, передающихся половым путем, а также доступ к антиретровирусной терапии для ВИЧ-позитивных.

СНИЖЕНИЕ ВРЕДА В ИРАНЕ

По оценкам, 15% (5%–25%) потребителей инъекционных наркотиков в Иране живут с ВИЧ.¹⁸ Учитывая этот факт, в стране создана сеть, включающая более 600 клиник, которые занимаются вопросами употребления инъекционных наркотиков, ВИЧ и инфекциями, передающимися половым путем.¹⁹ Примерно половина всех потребителей инъекционных наркотиков в Иране получает опиоидное заместительное лечение, а на одного потребителя инъекционных наркотиков в год выделяется 40 стерильных игл и шприцев.²⁰ Благодаря наличию такой национальной сети показатель распространенности ВИЧ неуклонно снижался с пикового уровня, отмеченного в 2005 году.²¹

АНТИРЕТРОВИРУСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИМЕЕТ РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ УСКОРЕНИЯ ПРОГРЕССА

В то время как снижение числа новых ВИЧ-инфекций благодаря изменениям в поведении очевидным образом указывает на то, что вложение средств в меры по профилактике ВИЧ приносит плоды, после первоначального снижения следует стабилизация числа новых ВИЧ-инфекций. Возникает картина, которая показывает, что вначале идет рост числа новых ВИЧ-инфекций до пикового уровня, затем следует уменьшение этого числа благодаря расширению мер профилактики и изменениям в поведении, после чего темпы появления новых инфекций выравниваются, зачастую на относительно высоких уровнях. Последние данные указывают на то, что такой эффект выравнивания можно изменить в лучшую сторону, если обеспечить высокие уровни охвата лечением.¹⁶

Наиболее заметное расширение охвата антиретровирусной терапией отмечено в Африке к югу от Сахары, где только за период с 2009 по 2010 годы этот показатель увеличился на 20%. По оценкам, как минимум 6,6 миллиона человек в странах с низким и средним уровнем доходов получают такое лечение. Это означает, что по сравнению с предыдущим годом это число увеличилось более чем на 1,35 миллиона человек. В настоящее время в странах с низким и средним уровнем доходов антиретровирусную терапию получают 47% из 14,2 млн. людей, живущих с ВИЧ, которым такая терапия показана, – для сравнения на конец 2009 года этот показатель составлял 39%.

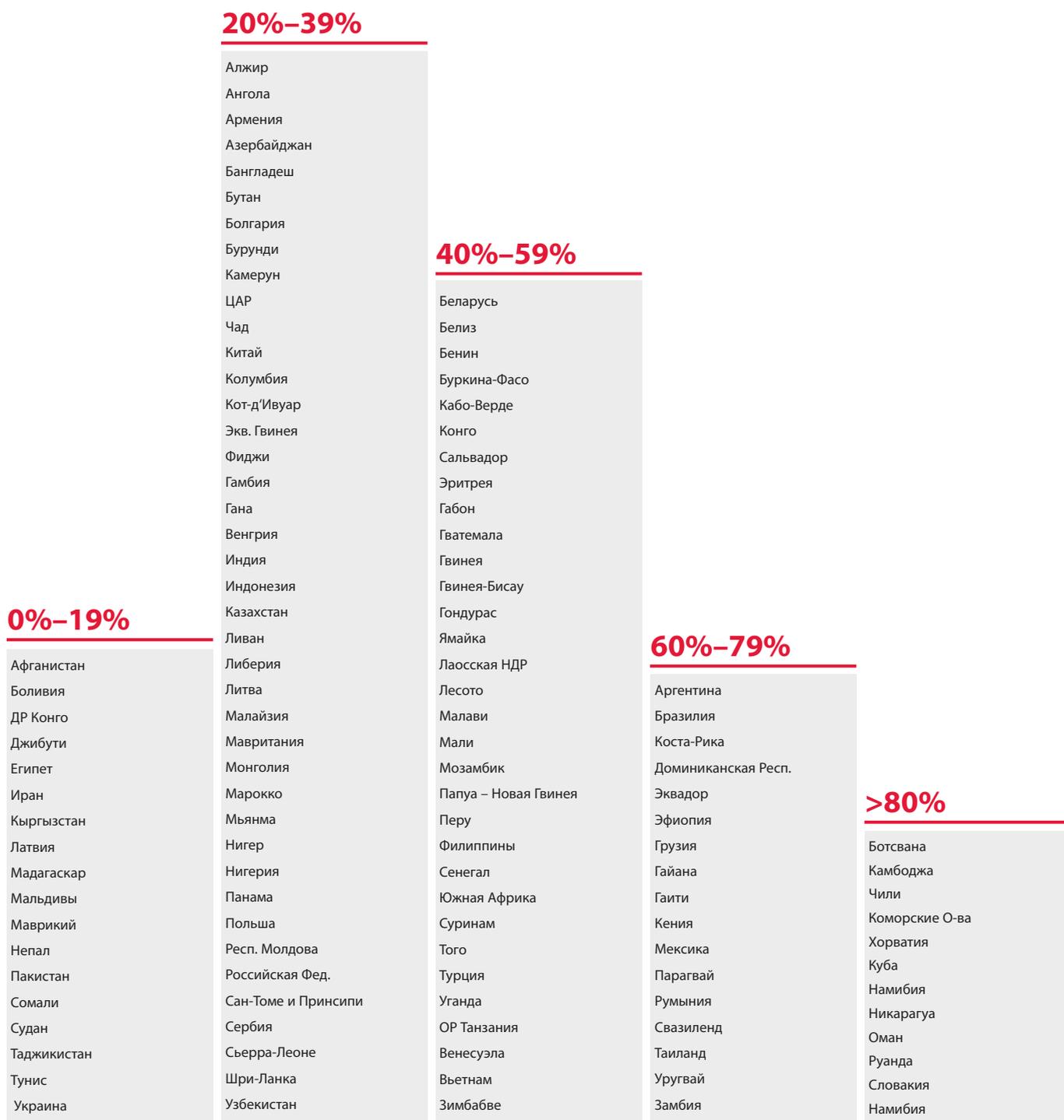
Всеобщий доступ к лечению (определяемый как охват на уровне 80% или более) был достигнут в Ботсване, Намибии и Руанде, в то время как в Замбии и Свазиленде уровни охвата составляют от 70% до 80%. В различных городах и деревнях в Африке к югу от Сахары, от Хараре до Аддис-Абебы и от сельских районов Малави до провинции КваЗулу-Натал в Южной Африке, внедрение лечения в связи с ВИЧ привело к резкому снижению смертности от СПИДа.¹⁷ В целом, начиная с 1995 года предоставление лечения в странах с низким и средним уровнем доходов позволило предотвратить 2,5 миллиона смертей вследствие СПИДа, преимущественно в последние несколько лет.

ДОСТУП К ЛЕЧЕНИЮ УСИЛИВАЕТ УСПЕХИ ПРОГРАММ КОМБИНИРОВАННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ

В настоящее время считается, что, помимо улучшения качества жизни и уменьшения числа смертей вследствие СПИДа, антиретровирусное лечение предупреждает передачу ВИЧ за счет снижения вирусной нагрузки, тем самым уменьшая вероятность передачи инфекции.

Пропорция населения, нуждающегося в антиретровирусной терапии, которые получают его в странах с низким и средним уровнем доходов по состоянию на конец 2010 года

Быстрое расширение охвата АРТ позволяет все большему числу стран обеспечить всеобщий доступ к лечению, уходу и поддержке.



Источник: ЮНЭЙДС и ВОЗ, 2011 г.

АРГУМЕНТЫ В ПОЛЬЗУ ТЕСТИРОВАНИЯ НА ДОМУ

То, что менее половины людей, живущих с ВИЧ, знают о наличии у них этой инфекции, является огромным препятствием на пути расширения масштабов лечения и понимания профилактической пользы такого лечения. Ситуация является еще более тяжелой во многих районах, сильно затронутых эпидемией: по данным национального исследования, проведенного недавно в Кении, лишь 16% ВИЧ-инфицированных взрослых знали о том, что они инфицированы.²³

Сейчас имеется целый ряд тестов, от прокола пальца до взятия мазка из полости рта, которые позволяют получить результат за 1–20 минут. Стоимость таких тестов составляет несколько центов.

Незвизрая на развитие технологий, люди по-прежнему относятся к тестированию со страхом, посещение клиник доставляет неудобства, а опыт тестирования на ВИЧ часто носит стигматизирующий характер.²⁴ Было обнаружено, что стигма или предполагаемая стигма представляют собой серьезное препятствие на пути обращаемости за тестированием, что в свою очередь отрицательно сказывается на программах, таких как программы, направленные на искоренение новых ВИЧ-инфекций среди детей.²⁵

Одним из вариантов для радикального изменения доступа к тестированию является проведение теста самостоятельно на дому. Информацию и поддержку можно предоставить без посещения медучреждения. Главное заключается в том, чтобы обеспечить надежный доступ к медицинской помощи для тех, чей результат окажется положительным, начиная с теста, проводимого для подтверждения результата.

В сентябре 2011 года комитет по СПИДу Палаты лордов Соединенного Королевства рекомендовал отменить законы, запрещающие проведение тестирования на ВИЧ на дому.²⁶ Трастовый фонд Терренса Хиггинса установил «неопровержимые факты» в поддержку легализации систем для тестирования на дому, в частности для мужчин-геев.²⁷ iTeach, программа аутич при больнице Эдендейл в провинции Квазулу-Натал в Южной Африке, занималась моделями тестирования на дому для этого одного из наиболее затронутых эпидемией районов мира.²⁸ В итоге было отмечено, что по иронии тест-системы держат под замком, поскольку, в противном случае, работники здравоохранения будут иметь к ним неформальный доступ – этот вопрос был рассмотрен ранее в этом году Всемирной организацией здравоохранения.²⁹

Эдвин Камерон, судья Конституционного суда Южной Африки, активно выступает за тестирование на дому, отметив, что знание своего ВИЧ-статуса «просто должно быть частью жизни». Он также отметил, что люди имеют право на получение доступа к точным тестам и на то, чтобы использовать их в частной домашней обстановке; что это не решить всех проблем, касающихся доступа к лечению и уходу или договаривания о безопасном сексе, но что это является «простой и доступной возможностью сделать первый шаг».

Расширение доступа к лечению и применение схем комбинированной профилактики позволило уменьшить число новых ВИЧ-инфекций до рекордно низких уровней. В странах с гиперэндемией (где показатель распространенности ВИЧ среди взрослых превышает 15%) применение лечения в сочетании с программами для изменения поведения и программами обрезания мужчин в медицинских целях может оказаться решающим фактором для обеспечения быстрого уменьшения числа новых ВИЧ-инфекций.

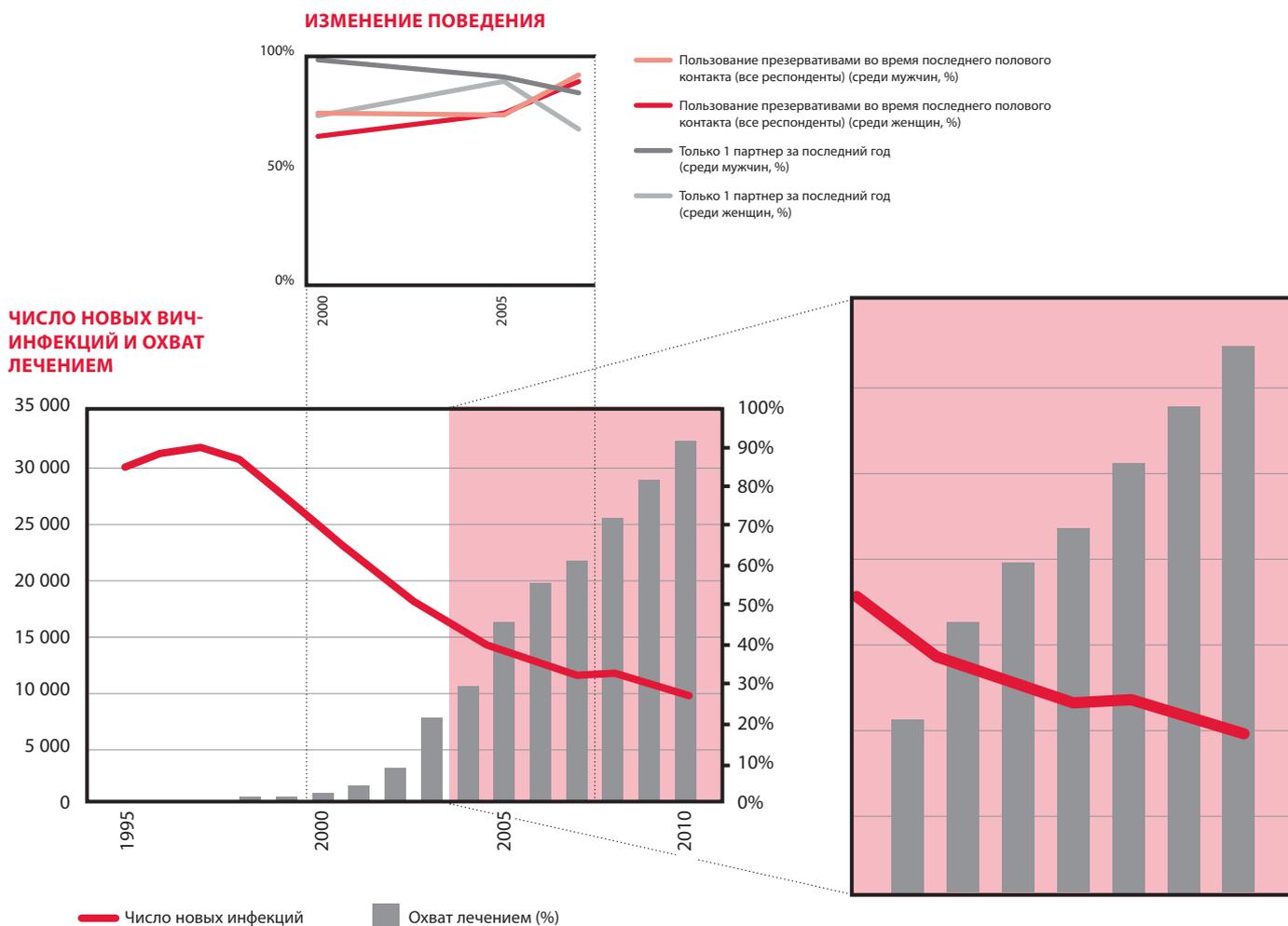
Намибия является одной из ведущих стран, которые пожинают плоды успешного применения такого подхода. В последнее десятилетие имело место параллельное расширение программ профилактики и лечения в связи с ВИЧ. Показатель пользования презервативами увеличился почти до 75% среди мужчин; менее 11% мужчин и 2% женщин имели несколько партнеров; молодые люди, в частности мальчики, начинали половую жизнь в более позднем возрасте. Доступ к лечению достиг как никогда высокого уровня – 90%. Все это способствовало уменьшению числа новых ВИЧ-инфекций к 2010 году на 60%, с 21 000 в 1999 году.

Данные, полученные в странах с гиперэндемией, указывают на то, что программы изменения поведения имеют решающее значение для сокращения числа новых ВИЧ-инфекций. Однако после первоначального снижения число новых ВИЧ-инфекций, как правило, стабилизуется, иногда на относительно высоких уровнях. Устранению такого безвыходного положения помогает внедрение новых инструментов профилактики ВИЧ, таких как обрезание мужчин и лечение в связи с ВИЧ.

В странах, достигших высокого уровня охвата лечением, число новых ВИЧ-инфекций может уменьшаться даже в отсутствие значительных изменений в моделях сексуального поведения. Например в Зимбабве, в период с 1995 по 2000 годы отмечено уменьшение числа новых ВИЧ-инфекций. После этого наступил период относительной стабилизации этого числа на уровне 1%, что означало более 50 000 новых ВИЧ-инфекций в год. Однако в последние годы число новых ВИЧ-инфекций начало уменьшаться, что совпало с расширением масштабов лечения в связи с ВИЧ при отсутствии значительных изменений в сексуальном поведении на национальном уровне. Аналогичным образом обращает на себя внимание уменьшение числа новых ВИЧ-инфекций, отмеченное в последнее время в Лесото, учитывая, что это произошло в условиях роста рискованного поведения среди некоторых групп населения. Уменьшение числа новых ВИЧ-инфекций можно объяснить, по крайней мере частично, увеличением числа людей, имеющих доступ к лечению, а также профилактическим эффектом нынешних программ профилактики ВИЧ.²²

Эти результаты еще более заметны в странах, где был обеспечен всеобщий доступ к лечению. В Ботсване уменьшение числа новых ВИЧ-инфекций в прошлом можно объяснить естественным ходом развития эпидемии, а также резким ростом практики пользования презервативами в период с 1988 по 2000 годы (по данным обследования в области демографии и здравоохранения, лишь 10% взрослых женщин в Ботсване указали на то, что они ранее пользовались презервативом).

Число новых ВИЧ-инфекций, изменение поведения и охват лечением в Ботсване



Источник: Индикаторные исследования СПИДа в Ботсване; ЮНЭЙДС; ВОЗ.

С 2000 года модели сексуального поведения оставались относительно стабильными, что привело к замедлению темпов уменьшения числа новых ВИЧ-инфекций. Однако в этот же период в Ботсване имело место быстрое расширение антиретровирусного лечения. Ботсвана была первой африканской страной, которая внедрила бесплатную национальную программу антиретровирусной терапии. В настоящее время лечение в связи с ВИЧ проводится в 30 больницах и 130 медицинских пунктах по всей стране. С 2009 года Ботсвана предоставляет лечение более 90% всех нуждающихся.³⁰

Имеются первые признаки того, что такое расширение доступа к лечению способствует ускорению темпов уменьшения числа новых ВИЧ-инфекций. Данные моделирования указывают на то, что в настоящее время число новых ВИЧ-инфекций на 30%–50% меньше, чем это имело бы место в отсутствие всеобщего доступа к лечению для людей, живущих с ВИЧ и нуждающихся в таком лечении.

В полной мере профилактический эффект лечения в связи с ВИЧ станет заметным в последующие 1–5 лет, по мере того все больше стран с гиперэндемией будет обеспечивать высокие уровни охвата. Например, значительное увеличение числа людей, получающих лечение, в Южной Африке в 2009 и 2010 годах, скорее всего, приведет к значительному уменьшению числа новых инфекций в ближайшем будущем.

В то же время существенным фактором, ограничивающим профилактическую пользу лечения в связи с ВИЧ, является то, что более 60% людей, живущих с ВИЧ, не знают своего ВИЧ-статуса. Это ограничивает доступ к услугам по лечению и уходу и сдерживает усилия по профилактике. Необходимо исследовать новые подходы к тестированию на ВИЧ для того, чтобы увеличить число людей, знающих свой ВИЧ-статус. Хотя включение тестирования на ВИЧ в обычные медицинские услуги позволило расширить тестирование, этого недостаточно. Применение подходов к тестированию через местное население поможет расширить доступ и увеличить обращаемость за такими услугами и, следовательно, увеличить уровень знания своего ВИЧ-статуса среди населения.

УСКОРЕНИЕ ПРОЦЕССА УМЕНЬШЕНИЯ СЛУЧАЕВ СМЕРТИ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА

Без лечения и профилактики вероятность развития активной формы туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ, в 20-30 раз выше, чем среди людей, живущих без ВИЧ.³¹ В 2010 году на людей, живущих с ВИЧ, пришлось примерно 13% всех новых случаев туберкулеза во всем мире и примерно 360 000 человек умерли от ВИЧ-ассоциированного туберкулеза.³²

Число смертей от туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ, снижается с 2004 года. Тесное сотрудничество между программами по ВИЧ и по туберкулезу позволит ускорить этот процесс для реализации глобальной цели, предусматривающей уменьшение в два раза числа смертей от ВИЧ-ассоциированного туберкулеза к 2015 году.

Необходимо расширить уход, повысить уровень излечения и профилактики среди людей, живущих с ВИЧ. В 2010 году менее трети людей, живущих с ВИЧ, обратились в клинику по поводу лечения при туберкулезе. Для уменьшения в два раза числа смертей вследствие туберкулеза этот процент необходимо увеличить в два раза, повысить уровень излечения от туберкулеза с 70% до 85%, обеспечить установление как минимум 80% случаев заболевания туберкулезом среди людей, живущих с ВИЧ, и обеспечить как минимум 30% охват профилактическим лечением изониазидом среди людей, живущих с ВИЧ, у которых нет активной формы туберкулеза.

В странах с высокой распространенностью ВИЧ и туберкулеза необходимо проводить регулярный скрининг и тестирование, а также использовать более чувствительные и специфичные инструменты и алгоритмы диагностики. Назначение недорогой суточной дозы значительно снижает риск перехода латентного туберкулеза в активную форму заболевания.³¹ Как минимум 30% людей, живущих с ВИЧ, не имеющих активной формы туберкулеза, должны получать профилактическое лечение изониазидом.

Необходимо своевременно начинать антиретровирусную терапию, поскольку раннее лечение значительно снижает вероятность заболевания и смерти от ВИЧ-ассоциированного туберкулеза. Для достижения глобальной цели, предусматривающей уменьшение в два раза числа смертей от ВИЧ-ассоциированного туберкулеза к 2015 году, необходимо обеспечить предоставление всеобщего доступа к лечению в связи с ВИЧ.³³

ЮЖНАЯ АФРИКА РАСШИРЯЕТ СОТРУДНИЧЕСТВО ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ ТБ/ВИЧ

В Южной Африке отмечено самое высокое в мире бремя ВИЧ и туберкулеза, и в то же время эта страна делает огромные шаги по борьбе с этими заболеваниями. В 2010 году примерно 210 000 человек, больных туберкулезом, прошли тест на ВИЧ, из них 60% оказались ВИЧ-позитивными. Более половины начали курс антиретровирусной терапии, и три четверти получили профилактическое лечение котримоксазолом. В том же году почти 60% из 3,9 миллиона людей, живущих с ВИЧ, прошли скрининг на туберкулез, и 12% было назначено профилактическое лечение изониазидом. Проведение кампании по консультированию и тестированию на ВИЧ, включавшей скрининг на туберкулез, также позволило проверить на туберкулез 760 000 людей, живущих с ВИЧ, из них 120 000 человек получили профилактическое лечение изониазидом.³⁴





**Быстрее.
> Разумнее.
Лучше.**

РАЗУМНОЕ ИНВЕСТИРОВАНИЕ СРЕДСТВ ДЛЯ УСИЛЕНИЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРОГРАММ

Эпидемия СПИДа еще не завершилась, но признаки ее окончания можно увидеть, если страны будут умно вкладывать инвестиции. В последующие пять лет умное вложение средств может ускорить осуществление мер в ответ на СПИД для достижения цели, предусматривающей ноль новых ВИЧ-инфекций, ноль дискриминации и ноль смертей вследствие СПИДа. Для рационального вложения денег необходимо эффективно использовать уроки последних трех десятилетий.

Разумное инвестирование средств – инвестирование для результатов

Нынешний экономический кризис и истощение международных ресурсов привело к сокращению финансовых ресурсов, выделяемых для осуществления мер в ответ на СПИД. В конце 2010 года такие ресурсы составляли около 15 млрд. долларов США. Объем международной помощи уменьшился с 8,7 млрд. долларов США в 2009 году до 7,6 млрд. долларов США в 2010 году. Устойчивость мер в ответ на СПИД в определенной мере позволила смягчить отрицательные последствия такого сокращения ресурсов, однако общий дефицит финансовых средств является одним из факторов, который не позволил достичь всех глобальных показателей, намеченных в 2001 году на 2010 год. Будущее финансирование в связи со СПИДом зависит от разумного инвестирования: необходимо тратить ресурсы сейчас так, чтобы сократить потребность в том, чтобы «тратить больше – всегда».

В июне 2011 года государства-члены ООН согласовали новый пакет глобальных целевых показателей, включая выделение как минимум 22-24 млрд. долларов США на глобальные меры в ответ на СПИД к 2015 году. Такой уровень выделения ресурсов имеет критическое значение, если мы хотим достичь новых глобальных целей. Еще более важным является разумное вложение средств с тем, чтобы обеспечить максимальную отдачу и эффективное использование денег. Новая Концепция инвестиций ЮНЭЙДС представляет собой дорожную карту для такого подхода, увязывая инвестиции с конкретными результатами.

Концепция инвестиций для осуществления глобальных мер в ответ на ВИЧ начинается с послышки о том, что, невзирая на огромные достижения в осуществлении глобальных мер в ответ на ВИЧ, системные действия, направленные на согласование инвестиций с потребностями, до сих пор по существу отсутствовали. Это привело к тому, что и без того недостаточные ресурсы выделялись понемногу на самые различные цели.

Эта концепция представляет собой радикальный отход от нынешних подходов и включают четыре четко установленные цели:

- обеспечение максимальной пользы от осуществления мер в ответ на ВИЧ;
- использование эпидемиологии в стране для рационального выделения ресурсов;
- стимулирование стран к тому, чтобы они применяли наиболее эффективные программы с учетом местного контекста;
- усиление эффективности профилактики, лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ.

**ЭТА КОНЦЕПЦИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
РАДИКАЛЬНЫЙ ОТХОД ОТ НЫНЕШНИХ
ПОДХОДОВ И ВКЛЮЧАЮТ ЧЕТЫРЕ ЧЕТКО
УСТАНОВЛЕННЫЕ ЦЕЛИ:**

1.

**ОБЕСПЕЧЕНИЕ МАКСИМАЛЬНОЙ ПОЛЬЗЫ ОТ
ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ МЕР В ОТВЕТ НА ВИЧ**

2.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИИ В СТРАНЕ
ДЛЯ РАЦИОНАЛЬНОГО ВЫДЕЛЕНИЯ РЕСУРСОВ**

3.

**СТИМУЛИРОВАНИЕ СТРАН К ТОМУ, ЧТОБЫ
ОНИ ПРИМЕНЯЛИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ
ПРОГРАММЫ С УЧЕТОМ МЕСТНОГО КОНТЕКСТА**

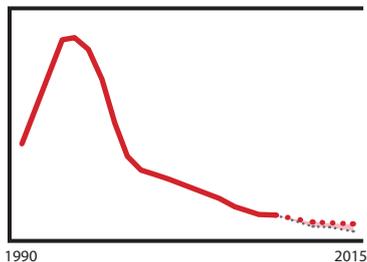
4.

**УСИЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ,
ЛЕЧЕНИЯ, УХОДА И ПОДДЕРЖКИ В СВЯЗИ С ВИЧ.**

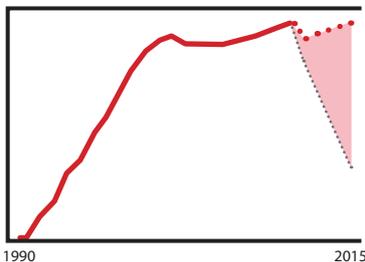
Прогнозы в отношении числа новых ВИЧ-инфекций при реализации Концепции инвестиций

Оптимальное инвестирование средств приведет к быстрому уменьшению числа новых ВИЧ-инфекций во многих странах.

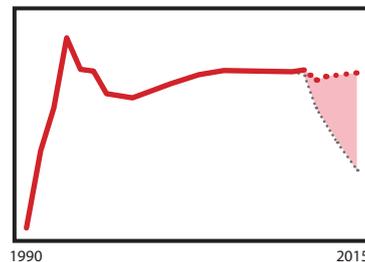
КАМБОДЖА



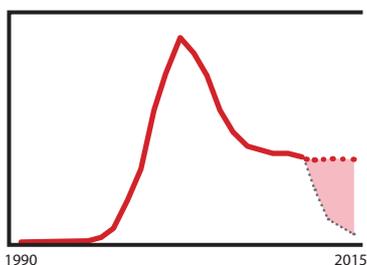
ВЬЕТНАМ



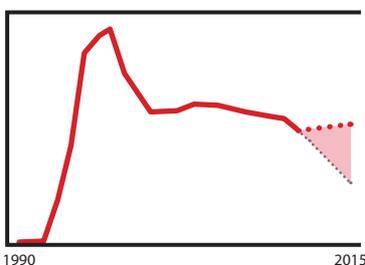
НИГЕРИЯ



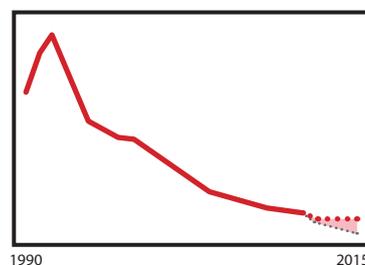
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ



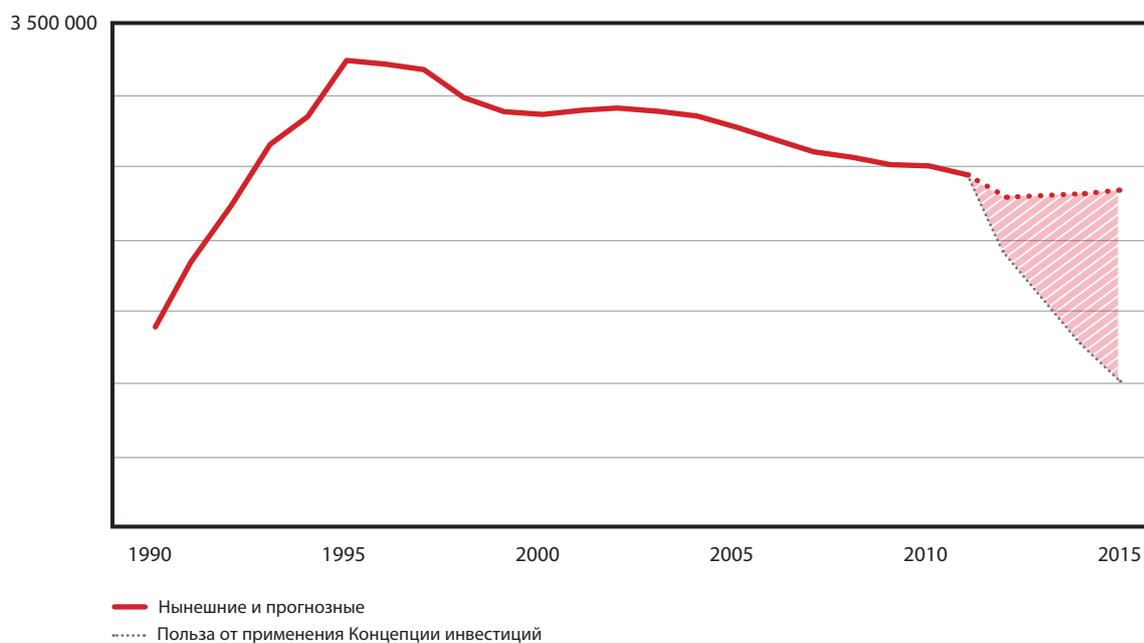
ЮЖНАЯ АФРИКА



ЗИМБАБВЕ



ВО ВСЕМ МИРЕ



Отдача от инвестиций

Применение нового стратегического подхода к расходованию средств позволит получить исключительные результаты: предупредить как минимум 12,2 миллиона новых ВИЧ-инфекций, в том числе 1,9 миллиона среди детей, и 7,4 миллиона смертей вследствие СПИДа за период с 2011 по 2020 годы – по сравнению с ситуацией, если бы по-прежнему применялись нынешние подходы.³⁵ В соответствии с Концепцией инвестиций, дополнительное вложение 1060 долларов США на каждый выигранный год жизни в основном будет компенсировано за счет экономии затрат только на лечение. Для обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ к 2015 году, и для сохранения такого доступа, объем финансирования программы по ВИЧ необходимо увеличить с 16,6 млрд. долларов США в 2011 году до 24 млрд. долларов США в 2015 году – после чего этот объем должен уменьшиться до 19,8 млрд. долларов США в 2020 году.

Наиболее рациональное использование денег можно обеспечить за счет своевременного вложения средств там, где они действительно нужны; правильного выбора стратегий; повышения эффективности, сокращения затрат и развития инноваций. Все эти тактики имеют решающее значение, однако при правильном их сочетании они позволят заложить фундамент для устойчивых мер в ответ на СПИД.

Основные структуры, оказывающие помощь в борьбе со СПИДом в рамках международной помощи в целях развития, предоставляют поддержку странам для реализации текущей задачи по оптимизации их ресурсов через целевое использование инвестиций. Подход к использованию инвестиций является одним из ключевых моментов новой стратегии, разрабатываемой Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, а также стратегии по профилактике ВИЧ, недавно представленной Чрезвычайным планом Президента США для оказания помощи в связи со СПИДом. Появляется повестка дня, которая четко согласовывает заинтересованность доноров в рациональном использовании денег с заинтересованностью стран в получении оптимальных результатов.

Инвестировать адекватно и там, где нужно, используя правильно выбранные стратегии

Полномасштабное инвестирование средств в осуществление мер в ответ на СПИД на ранней стадии позволяет получить устойчивые дивиденды. Бразилия адекватно вкладывала средства в течение ряда лет и была одним из лидеров в обеспечении доступа к услугам по профилактике и лечению в связи с ВИЧ для наиболее уязвимых и маргинализуемых групп населения. В 2008 году страна вложила более 600 млн. долларов США, что близко отвечало ее потребностям для осуществления полномасштабных ответных мер. В будущем эти затраты могут уменьшиться, поскольку Бразилия применяет все более эффективную тактику инвестирования. Российская Федерация выделяет такие же по объему ресурсы, однако эффективность использования денег здесь не столь высока, как в Бразилии, поскольку стратегия инвестирования средств не является оптимальной.

В Российской Федерации объем инвестиций в связи со СПИДом в 2008 году приближался к 800 млн. долларов США, что примерно составляет половину от общего объема средств, который потребуется в 2015 году. Тем не менее число новых ВИЧ-инфекций растет, поскольку небольшая часть всех инвестиций выделяется на программы снижения вреда для потребителей инъекционных наркотиков, мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, и работников секс-бизнеса. Из 181 млн. долларов США, потраченных на программы профилактики ВИЧ в 2008 году, лишь 8 млн. долларов США были выделены для этих групп населения. Изменение акцентов в стратегии в сторону снижения вреда и изменение приоритетов в выделении имеющихся ресурсов может привести к существенному сокращению числа новых ВИЧ-инфекций.

Украина начинает применять эффективные программные подходы, однако масштабы инвестиций остаются неадекватными и несоизмеримыми с масштабами эпидемии. В 2008 году Украина вложила почти треть своего бюджета на профилактику в ключевые затронутые группы населения, тем не менее потребности в два раза превышают средства, выделяемые на потребителей инъекционных наркотиков, мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, и работников секс-бизнеса. Моделирование, выполненное ЮНЭЙДС, указывает на то, что увеличение в два раза ежегодного объема средств, вкладываемых в Украину в связи со СПИДом, и расширение охвата программами по профилактике и лечению в связи с ВИЧ потребителей инъекционных наркотиков, работников секс-бизнеса и мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, позволит сократить ежегодное число новых ВИЧ-инфекций к 2015 году на 65%.

Такое же сравнение можно сделать между Камбоджой и Вьетнамом. Камбоджа является еще одной страной, где инвестиции в связи с ВИЧ соответствовали масштабам эпидемии и эпидемиологическим тенденциям, что позволило резко уменьшить показатель заражения ВИЧ. Если такая тенденция сохранится, Камбоджа сможет постепенно уменьшить объем таких инвестиций без ущерба для тех завоеваний, которые были достигнуты в последнее десятилетие. Для сравнения во Вьетнаме инвестиции не были согласованы таким же образом. Эпидемия в стране в основном развивается вследствие употребления инъекционных наркотиков и половых контактов между мужчинами, однако охват и инвестиции в эффективные программы снижения вреда для этих групп населения остаются недостаточными. Согласование инвестиций на основе принципов, изложенных в Концепции инвестиций, позволит уменьшить число новых ВИЧ-инфекций в стране к 2015 году в два раза.

Что касается Южной Африки, страны с самым большим числом новых ВИЧ-инфекций, объем инвестиций в связи с ВИЧ в последние два года значительно увеличился, и результаты этого начинают ощущаться. С 2001 по 2009 годы показатель заражения ВИЧ уменьшился на 22%; с 2001 по 2010 годы показатель смертности вследствие СПИДа уменьшился на 21%. Отсутствие роста инвестиций может привести к стабилизации числа новых ВИЧ-инфекций на уровне около 500 000 в год. Однако если Южная Африка продолжит увеличивать свои инвестиции в связи со СПИДом за счет внутренних средств и международной помощи, годовое число новых ВИЧ-инфекций может снизиться до уровня ниже 250 000.

Нигерия имеет второе по величине число новых ВИЧ-инфекций в мире и вкладывает недостаточно инвестиций для борьбы с ВИЧ, что серьезным образом подрывает ее возможности для уменьшения масштабов эпидемии. В 2008 году общий объем инвестиций в связи с ВИЧ составил около 400 млн. долларов США, в то время как прогнозируемые годовые потребности в три раза выше, чем цифры, запланированные на 2015 год. В стране существует большой потенциал для уменьшения числа новых ВИЧ-инфекций, если бы такие инвестиции выделялись в соответствии с эпидемиологическими тенденциями и правильно выбранными программными подходами.

В последние несколько лет многие страны начали предпринимать шаги для анализа эпидемиологической динамики и направления ресурсов для наиболее нуждающихся групп населения. По данным анализа, недавно выполненного в Марокко, лишь 27% ресурсов, выделяемых на профилактику, были вложены в услуги для групп населения, на которые приходится более двух третей новых ВИЧ-инфекций. Национальный стратегический план Марокко на 2012–2016 годы предусматривает выделение 63% ресурсов в связи со СПИДом на профилактику среди ключевых затронутых групп населения, в том числе 13% на потребителей инъекционных наркотиков, 13% на мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, и 23% на работников секс-бизнеса и их клиентов. Такой подход отвечает Концепции инвестиций, и, как показывает опыт все новых стран, вложение адекватных инвестиций, пока уровни эпидемии остаются низкими, позволяет сэкономить средства, которые потребуются на несколько десятилетий в будущем.

Инвестирование для сокращения затрат

Значительные достижения могут быть обеспечены за счет снижения тарифов и других торговых барьеров, которые увеличивают удельные затраты на услуги по лечению и профилактике в связи с ВИЧ. Для этого необходимо устранить такие факторы, как отсутствие гибкости и неэффективность. По призыву ЮНЭЙДС Южная Африка недавно сделала открытыми свои процессы закупок жизненно важных антиретровирусных препаратов, а благодаря ориентированию своих цен на самые низкие мировые цены стране удалось снизить расходы на препараты, используемые в связи со СПИДом, в среднем на 50%. Это позволило стране направить сэкономленные ресурсы на то, чтобы сделать лечение при ВИЧ доступным для большего числа жителей. Многие страны интегрировали программы, направленные на то, чтобы исключить новые ВИЧ-инфекции среди детей, в существующие услуги по оказанию медицинской помощи матерям, новорожденным и детям, что позволило уменьшить затраты и обеспечить максимальную эффективность.

Инвестирование в инновации

Нынешние программные подходы достигли своих пределов, и программы мер в ответ на СПИД трещат по швам. Для повышения эффективности и снижения затрат требуются инновации в применении методов реализации программ и вложении средств в новые инструменты профилактики и лечения в связи с ВИЧ.

Для включения новых механизмов в программы профилактики и лечения в связи с ВИЧ необходимо продолжить поиск эффективных вакцин, удобных для применения препаратов с меньшими побочными действиями и меньшими шансами развития резистентности, микробицидов, средств профилактики до контакта и более точных средств диагностики. В то же время необходимо пересмотреть модели реализации программ, которые более не являются эффективными. Почти 60% всех людей, живущих с ВИЧ, не знают своего ВИЧ-статуса, что снижает их возможности для ухода за своим здоровьем и здоровьем своих родных и близких. Для изменения этого положения тестирование на ВИЧ должно стать простым и таким же доступным, как тесты на беременность, выполняемые на дому. Это позволит снизить высокие затраты на содержание специализированных центров для тестирования на ВИЧ и консультирования, а также расширит возможности для получения доступа к услугам по лечению и уходу в связи с ВИЧ своевременно и в условиях конфиденциальности.

Повышению эффективности инвестиций также могут способствовать инновационные модели услуг, обеспечивающие достижение нескольких целей. Например, меры в ответ на гендерное насилие должны включать компоненты ВИЧ.

Концепция инвестиций для ВИЧ

Для того чтобы такие инвестиции обеспечивали максимальные результаты, меры в ответ на ВИЧ должны быть нацелены на наиболее эффективные стратегии, основные факторы, определяющие результативность программ по ВИЧ, и синергетические действия совместно с другими секторами развития.

Существует шесть базовых программных мероприятий, которые имеют решающее значение для реализации адекватных мер в ответ на ВИЧ, причем масштабы таких мер должны соответствовать численности конкретной группы населения.

МОДЕЛЬ ПО УХОДУ ЗА ЖЕРТВАМИ ИЗНАСИЛОВАНИЯ В ЮЖНОЙ АФРИКЕ

Модель по уходу за жертвами изнасилования (Refentse Model for Post-Rape Care) в Южной Африке представляет собой межсекторальный подход для оказания такой помощи. Внесение относительно недорогих изменений позволило значительно улучшить качество услуг и результаты лечения благодаря тестированию в одной лаборатории, а также качество круглосуточных услуг по ДКТ и профилактике после контакта, проводимой медсестрами. Интегрирование услуг позволило уменьшить время на получение доступа к ППК и сбор медико-юридической информации и улучшить качество медицинской помощи, медицинской документации и медосмотров, проведения тестов на беременность и противозачаточной помощи в экстренной ситуации; лечения при ИППП; консультирования и тестирования на ВИЧ; ППК; консультирования травматолога и выдачи направлений. Эта мера оказалась относительно недорогой: если исключить затраты на разработку одноразовых средств, приростные издержки на один случай оказания помощи составили 58 долларов США.³⁶

Распределение инвестиций в 2015 году



Модель необходимых расходов на базовые программные мероприятия зависит от численности группы населения, нуждающегося в проведении конкретного мероприятия в каждой стране. По этой причине модель расходов на базовые программные мероприятия сильно варьируется между регионами.

В совокупности эти мероприятия обеспечивают максимальный эффект, по этой причине их следует осуществлять в виде единого пакета, где каждый элемент усиливает другие элементы. Успехи таких базовых мероприятий зависят от факторов, определяющих доступность программы, повышающих ее результативность и учитывающих местный контекст. Вместе с основными, осуществляемыми непосредственно мероприятиями и определяющими факторами усилия, направленные на осуществление мер в ответ на СПИД в широких социальных секторах и секторах развития, могут стратегически включаться в такие широкие усилия с целью обеспечения их максимального воздействия на результаты мер в ответ на СПИД.

Основные программные мероприятия

Концепция инвестиций предусматривает рациональное выделение ресурсов для шести базовых программных мероприятий, необходимых для обеспечения существенного и устойчивого прогресса в осуществлении мер в ответ на СПИД:

1. Целевые меры для ключевых групп населения, которым грозит повышенный риск (в частности для работников секс-бизнеса и их клиентов, мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, и потребителей инъекционных наркотиков).
2. Устранение новых ВИЧ-инфекций среди детей.
3. Программы для изменения поведения.
4. Пропаганда и распространение презервативов.
5. Лечение, уход и поддержка для людей, живущих с ВИЧ.
6. Добровольное обрезание мужчин в медицинских целях в странах с высокой распространенностью ВИЧ и низкими уровнями обрезания.

По определению ключевые группы населения занимают доминирующее положение в концентрированных эпидемиях, но они также способствуют развитию генерализованных эпидемий и на них приходится существенная доля эпидемии в ряде стран. Меры, направленные на изменение поведения, носят более сложный характер и зависят от контекста, т.е. они не так четко определены по сравнению с другими базовыми программными мероприятиями, однако оказывают существенное влияние на траекторию развития концентрированных эпидемий и эпидемий низкого уровня. Доступ к антиретровирусной терапии представляет собой одно из ключевых мероприятий, поскольку это позволяет людям, живущим с ВИЧ, иметь более здоровую и продолжительную жизнь, снижает заболеваемость туберкулезом, обусловленным СПИДом, и имеет более широкие благоприятные последствия благодаря ослаблению дальнейшей передачи ВИЧ.

Определяющие факторы и синергетическое взаимодействие с секторами развития

Определяющие факторы способствуют успеху базовых мероприятий и отвечают местным факторам риска. Они расширяют возможности местного населения, ослабляют социальную стигму, повышают уровень медицинской грамотности населения и позволяют устранить отрицательное влияние карательных законов и политики на возможности людей пользоваться услугами в связи с ВИЧ. Защита прав людей, затронутых ВИЧ или уязвимых к ВИЧ, является ключевой стратегией, которая позволяет обеспечить доступ к услугам и программам по СПИДу и их воздействие. Концепция инвестиций предусматривает изначальное вложение существенных инвестиций в усиление определяющих факторов; в 2011 году основные ресурсы составили 5,9 млрд. долларов США, а на 2015 год прогнозируется 3,4 млрд. долларов США.³⁵

Определяющие факторы можно разделить на две категории: социальные факторы, которые создают условия, способствующие рациональному осуществлению мер в ответ на ВИЧ; и программные факторы, которые создают спрос на программы и улучшают их результаты.

ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ФАКТОРЫ

Социальные определяющие факторы

- Политическая приверженность и адвокация
- Законы, политика и практика в области права
- Социальная мобилизация
- Ослабление стигмы
- Средства массовой информации
- Местные меры для изменения условий, способствующих риску

Программные определяющие факторы

- Разработка и поставка через местные организации
- Программная коммуникация
- Управление и стимулирование
- Закупки и распределение
- Исследования и инновации

БАЗОВЫЕ ПРОГРАММНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Ключевые группы населения, которым грозит повышенный риск
(в частности, работники секс-бизнеса и их клиенты, мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, и потребители инъекционных наркотиков)

Устранение новых случаев ВИЧ среди детей

Программы изменения поведения

Пропаганда и распространение презервативов

Лечение, уход и поддержка для людей, живущих с ВИЧ

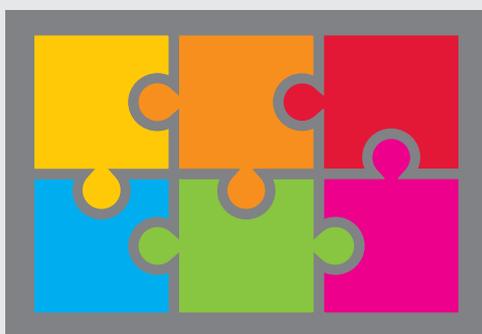
Добровольное обрезание мужчин в медицинских целях
(в странах с высокой распространенностью ВИЧ и низкими уровнями обрезания)

СИНЕРГЕТИЧЕСКИЕ ДЕЙСТВИЯ С СЕКТОРАМИ РАЗВИТИЯ

Социальная защита, просвещение, правовая реформа, гендерное равенство, сокращение масштабов бедности, гендерное насилие, системы здравоохранения (включая лечение при ИППП, безопасность крови), общественные системы и практика работодателей.

ЦЕЛИ

**Остановить новые
ВИЧ-инфекции**



**Помочь людям
выжить**

Определяющие факторы сильно варьируются в зависимости от контекста, а доказательная база, подтверждающая такие факторы, не столь убедительна – результаты очень часто зависят от местных условий; в то же время они имеют решающее значение для преодоления барьеров на пути реализации эффективных программ.

Примерами определяющих факторов являются программы «аутрич» для тестирования на ВИЧ, ослабления стигмы, защиты прав человека, устранения страха перед насилием и гендерного неравенства при получении доступа к информации и услугам, а также программы адвокации и социальной мобилизации. Программные определяющие факторы включают стратегическое планирование, управление программами и усиление потенциала общественных организаций. Такие организации могут способствовать инновациям, а применение подходов через местные общины в конечном итоге помогает уменьшить расходы и обеспечить устойчивость.

Национальные программы по СПИДу должны согласовываться с целями развития страны и тем самым способствовать укреплению социальных и правовых систем и систем здравоохранения с тем, чтобы обеспечить возможности для осуществления обоснованных и эффективных ответных мер. Программы по СПИДу реализуются не изолированно, и их нельзя планировать изолированно. Все чаще уход за хроническими больными, живущими с ВИЧ, связан с такими же проблемами, как и лечение при других заболеваниях. Ключевые области развития, где существует синергетическое взаимодействие с мероприятиями, направленными против СПИДа, включают действия, направленные против ВИЧ как одной из многочисленных медицинских проблем, действия за гендерное равенство, а также участие сектора образования, юстиции, социальной защиты и благополучия и общественных систем.

Финансирование в связи со СПИДом в этих областях можно использовать как катализатор для обеспечения синергетического взаимодействия с широкими программами в области здравоохранения и развития, а также для обеспечения умного инвестирования средств в различных секторах.





**Быстрее.
Разумнее.
>Лучше.**

НАРАЩИВАНИЕ УСИЛИЙ ПОЗВОЛИТ ПОКОНЧИТЬ СО СПИДОМ УЖЕ В ОБОЗРИМОМ БУДУЩЕМ

Объединение на основе коллективной ответственности для достижения общих целей

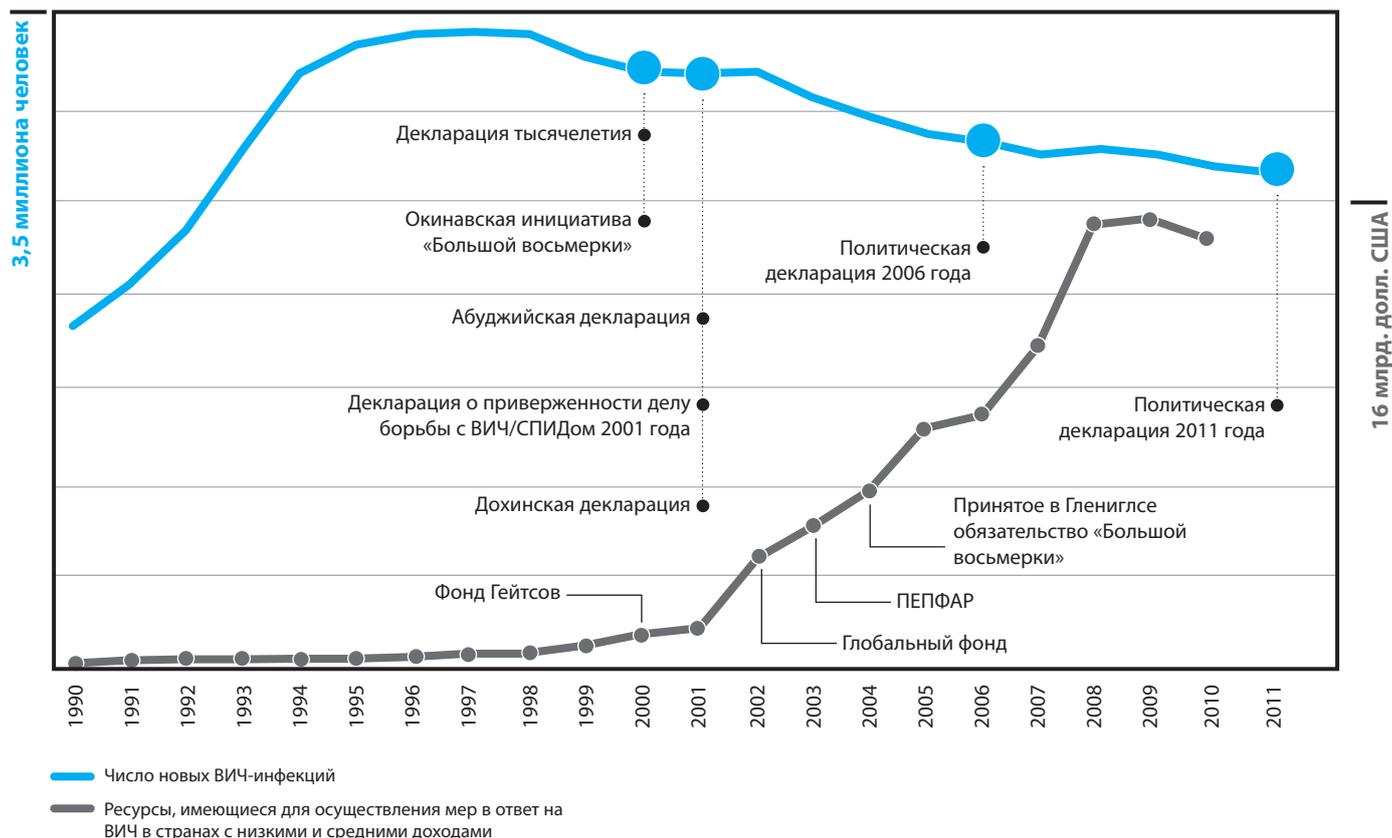
Государства-члены Организации Объединенных Наций продемонстрировали солидарность и подтвердили свои обязательства в июне 2011 года, когда они согласовали текст *Политической декларации по ВИЧ/СПИДу: активизация наших усилий по искоренению ВИЧ/СПИДа*.

Политическая декларация, принятая в 2011 году, призывает укреплять усилия с тем, чтобы покончить с эпидемией, и подтверждает обязательства государств-членов ООН по обеспечению всеобщего доступа к ВИЧ-профилактике, лечению, уходу и помощи. Декларация устанавливает масштабные цели на 2015 год и отражает общую поддержку видения мира, в котором будут ноль новых ВИЧ-инфекций, ноль дискриминации и ноль смертей вследствие СПИДа.

В Политической декларации 2011 года было признано, что мобилизация ресурсов является общей обязанностью. Международное сообщество вкладывает значительные средства в ответные меры в связи со СПИДом, при этом на долю двусторонних доноров (государств-членов ООН, которые предоставляют помощь в целях развития непосредственно странам-получателям) приходится 31 % инвестиций, на многосторонние учреждения – 12 %, а на благотворительные организации – 5 %. Несмотря на это, большая часть расходов на ответные действия в связи со СПИДом в странах с низким и средним уровнем доходов (52 %) была покрыта за счет средств из внутренних источников. Ожидается, что в большинстве стран с низким и средним уровнем доходов в ближайшем будущем будет наблюдаться мощный экономический рост, означающий увеличение возможностей для выделения дополнительных ресурсов на здравоохранение, в том числе на программы борьбы с ВИЧ.

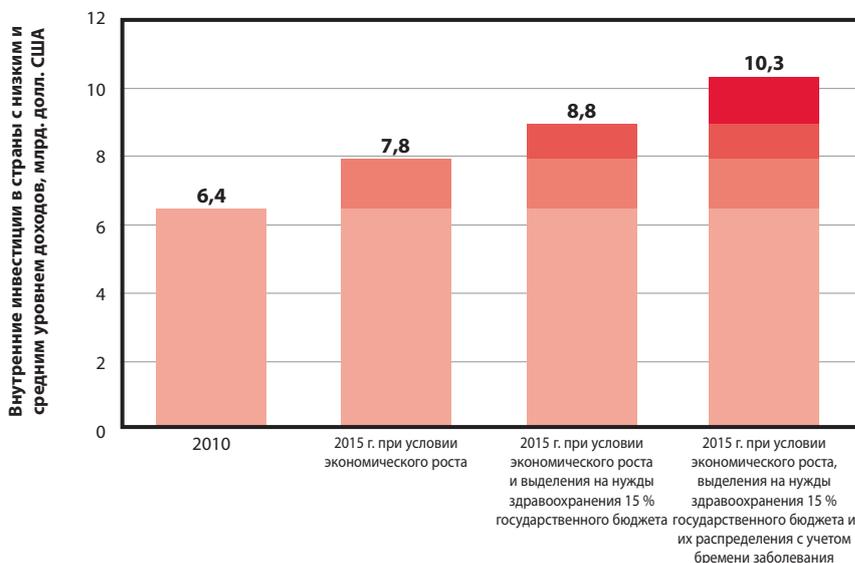
Число новых ВИЧ-инфекций, глобальные ответные действия и инвестиции

Политическая воля способствовала увеличению инвестиций в осуществление мер в ответ на ВИЧ и постепенному сокращению числа новых ВИЧ-инфекций. Если бы все страны с низким и средним уровнем доходов должны были выделять ресурсы пропорционально своему бремени ВИЧ, объем средств, выделяемых из государственных бюджетов, удвоился бы к 2017 году и продолжил бы свой рост и в дальнейшем. Один только экономический рост должен обеспечить увеличение на 22 % инвестиций в осуществление мер в ответ на СПИД к 2015 году, в то время как приближение к уровню затрат на здравоохранение в размере 15 % государственного бюджета (в соответствии с Абуджийской декларацией для Африки) могло бы обеспечить увеличение этих инвестиций еще на 15 %. Наконец, направление указанных бюджетов здравоохранения на принятие мер в ответ на ВИЧ с учетом бремени ВИЧ могло бы обеспечить прирост еще на 24 %. Все эти меры в совокупности могли бы обеспечить увеличение инвестиций на 62 % к 2015 году и их дальнейший рост в последующие годы.



Внутренние ресурсы для борьбы с эпидемией ВИЧ, доступные по различным сценариям

Несмотря на то что страны во всех регионах могут увеличивать объем средств, выделяемых на осуществление мер в ответ на ВИЧ, наиболее пострадавшие страны зачастую также являются странами с наименьшими ресурсами. В связи с этим необходимо, чтобы международные доноры продолжали финансировать программы, особенно в наиболее бедных и наиболее пострадавших странах. Ожидается, что после увеличенного первоначального объема инвестиций на уровне 2,6 млрд долл. США в год объем необходимого финансирования со стороны доноров начнет снижаться после 2015 года.



Лучшее будущее: глобальный план по искоренению новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей

Мир вступил на путь, ведущий к практическому искоренению новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей.

Проведенное в Африке исследование под названием «Кешо бора» («лучшее будущее» на языке суахили) показало, что назначение матерям схемы лечения с использованием комбинации из трех антиретровирусных лекарственных препаратов во время беременности и грудного вскармливания почти вдвое снижает риск передачи ВИЧ по сравнению с назначением только двух лекарственных препаратов.³⁷ Такой подход уже реализуется в странах, отражая быстрое применение результатов научных исследований на практике.

Эти и связанные с ними полученные данные свидетельствуют о возможности искоренения к 2015 году новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей и сохранения жизни их матерям. Новые случаи ВИЧ-инфекции среди детей уже почти не наблюдаются в странах с высоким уровнем доходов, при этом в Соединенных Штатах Америки число новых случаев инфицирования среди детей сократилось в период с 1992 года по 2005 год на 93%.³⁸ Сравнимых результатов можно достичь в странах с низким и средним уровнем доходов.

На сегодняшний день уже достигнут значительный прогресс. С 1995 года удалось предотвратить более 400 000 новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей путем профилактического назначения антиретровирусных препаратов беременным женщинам, живущим с ВИЧ. Число новых случаев инфицирования детей росло до 2002 - 2003 годов, когда оно достигло максимального значения в 560 000 [500 000 - 630 000]. По оценкам специалистов, к 2010 году этот показатель сократился до 390 000 [340 000 - 450 000]. Больше всего (86%) случаев инфицирования детей было предотвращено в странах Африки к югу от Сахары. Темпы прогресса в этой области нарастают. Только за два последних года быстрый рост охвата беременных женщин услугами по лечению и профилактике ВИЧ обеспечил увеличение в два раза общего числа предотвращенных случаев инфицирования ВИЧ. В 2010 году 48% беременным женщинам, живущим с ВИЧ, назначались эффективные схемы лечения с целью предотвращения новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей.

Оценочный процент беременных женщин, живущих с ВИЧ и получающих антиретровирусные препараты в 22 приоритетных странах

Слишком большое число стран, входящих в 22 страны, включенные в *Глобальный план*, все еще имеет значительные пробелы в охвате беременных женщин основными программами, обеспечивающими доступ к антиретровирусным препаратам, с целью профилактики ВИЧ среди детей.

0%–39%

Ангола
Бенин
Бурунди
Центральноафриканская Республика
Чад
Конго
Дем. Респ. Конго
Джибути
Экваториальная Гвинея
Эфиопия
Гвинея
Либерия
Нигерия
Папуа-Новая Гвинея
Судан

40%–79%

Камерун
Кот-д'Ивуар
Эритрея
Габон
Гана
Гвинея-Бисау
Гаити
Кения
Малави
Мозамбик
Руанда
Сьерра-Леоне
Того
Уганда

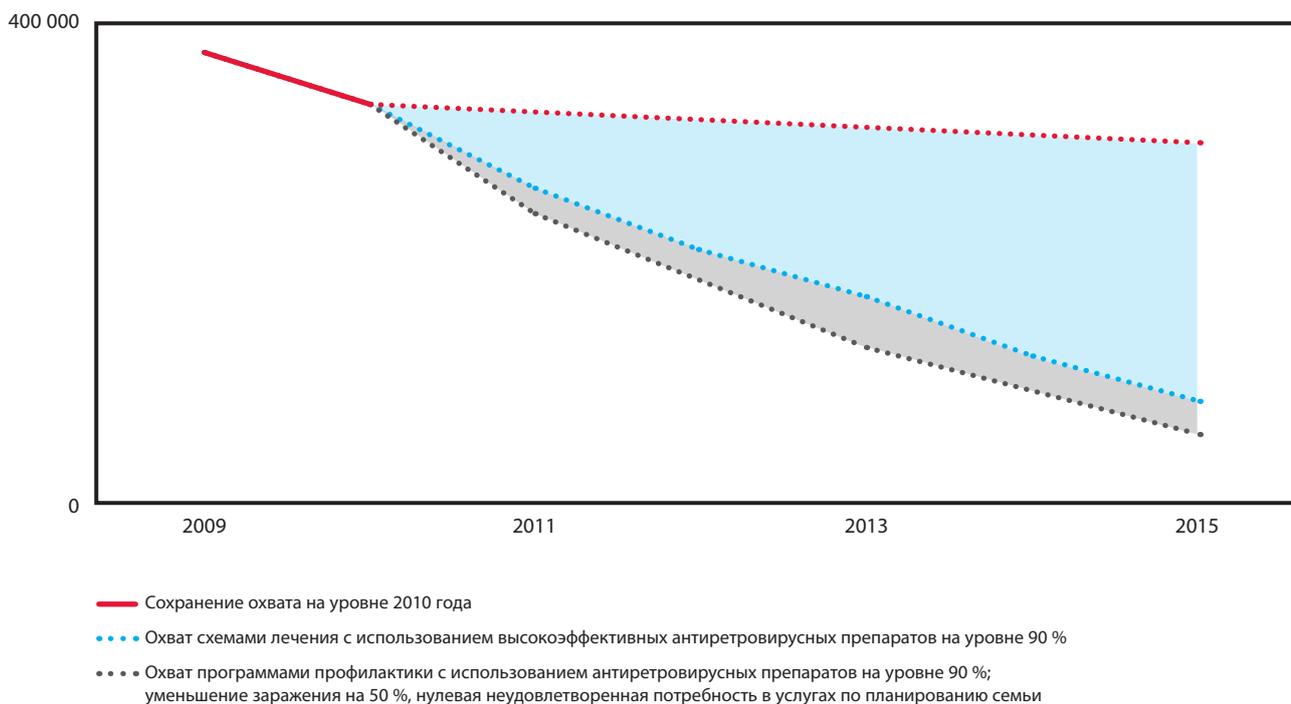
>80%

Ботсвана
Лесото
Намибия
ЮАР
Свазиленд
Объединенная Республика Танзания
Замбия
Зимбабве

Источник: ЮНЭЙДС, ЮНИСЕФ и ВОЗ, 2011 г. Примечание: Для Эфиопии оценки отсутствуют.

Новые случаи ВИЧ-инфекции среди детей: сценарии для 21 приоритетной страны

Расширение охвата антиретровирусным лечением, уменьшение уровня заражения среди взрослых и обеспечение потребностей в планировании семьи позволит резко уменьшить число новых инфекций среди детей.



21 страна входит в число 22 первоочередных стран, включенных в *Глобальный план устранения новых случаев заражения ВИЧ среди детей до 2015 года и оказания помощи матерям, чтобы они могли оставаться в живых*. Индия в рамках настоящего анализа не рассматривалась.

Согласно полученным данным, в Ботсване доля младенцев, родившихся ВИЧ-положительными у матерей, живущих с ВИЧ, сократилась с 21 % в 2003 году до 4 % в 2010 году.³⁹ Намибия, ЮАР и Свазиленд (страны с высоким бременем новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей) также обеспечили всеобщий доступ к услугам по предотвращению новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей.

Также сократилось число случаев смерти вследствие СПИДа среди детей в возрасте до 15 лет. В 2010 году число случаев смерти вследствие СПИДа среди детей сократилось на 20 % по сравнению с 2005 годом. Это также обусловлено сокращением числа новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей и расширением охвата детей услугами по лечению ВИЧ (хотя и более низкими темпами по сравнению с ростом охвата этим лечением взрослых).

Как указано в *Глобальном плане устранения новых случаев заражения ВИЧ среди детей до 2015 года и оказания помощи матерям, чтобы они могли оставаться в живых*, необходимо действовать в четырех направлениях. Во-первых, необходимо наращивать усилия по предотвращению ВИЧ-инфекции среди женщин репродуктивного возраста за счет профилактики передачи половым путем и при потреблении инъекционных наркотиков. Основные меры по профилактике ВИЧ также следует интегрировать в систему оказания услуг дородового наблюдения, послеродового ухода и других услуг по охране здоровья и в связи с ВИЧ.

Во-вторых, необходимо ликвидировать пробел в области обеспечения доступа женщин к услугам по планированию семьи. Эти услуги позволяют женщинам избегать нежелательных беременностей и добиваться других оптимальных конечных результатов в плане охраны своего здоровья.

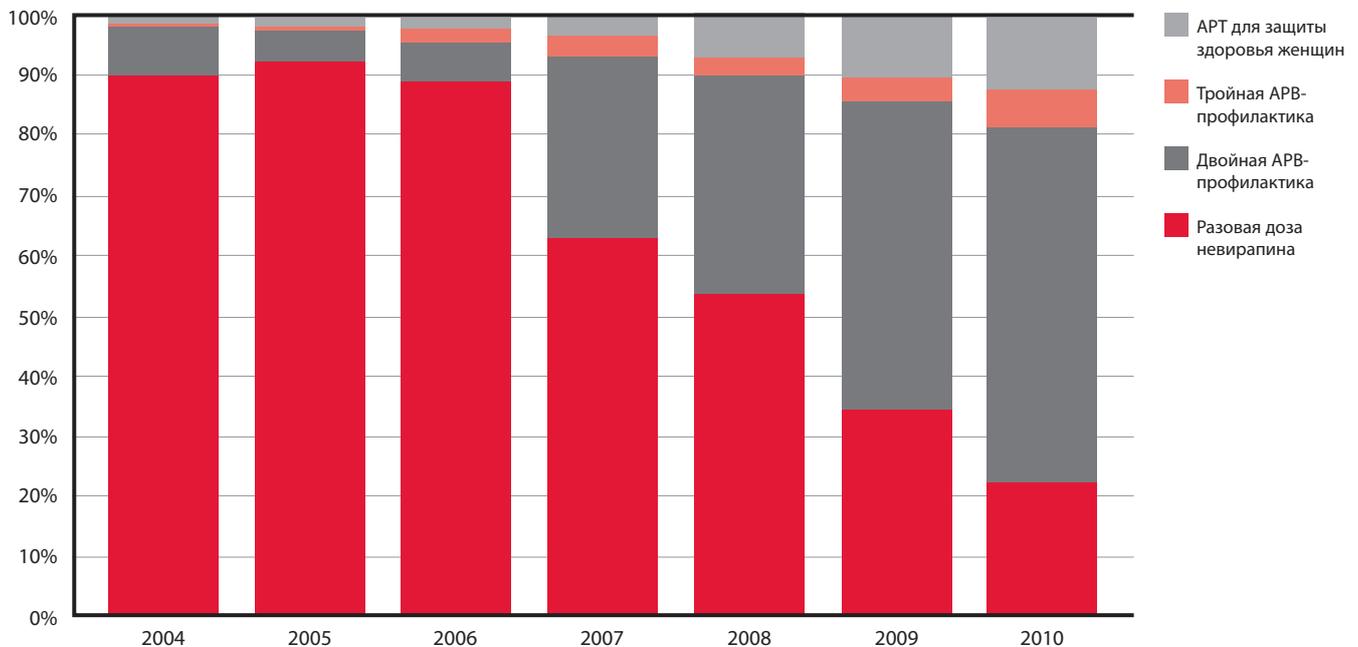
В-третьих, всем беременным женщинам следует предлагать пройти тестирование на ВИЧ и консультирование по вопросам ВИЧ, а беременные женщины, живущие с ВИЧ, и их новорожденные младенцы должны иметь гарантированный доступ к антиретровирусным препаратам с целью сокращения риска передачи ВИЧ во время беременности, родоразрешения или грудного вскармливания. Следует обеспечить консультирование по вопросам вскармливания грудного ребенка и оказывать необходимую поддержку.

В-четвертых, следует обеспечить всеобщий доступ к услугам по уходу, лечению и поддержке в связи с ВИЧ для женщин, детей, живущих с ВИЧ, и членов их семей. Для достижения успеха в этой области потребуются усилия по устранению пробелов в обеспечении доступа для детей к услугам по ранней диагностике новорожденных младенцев и педиатрическому лечению и уходу, а также назначению пожизненной антиретровирусной терапии ВИЧ-положительным беременным женщинам.

В настоящее время распределение схем лечения в 22 первоочередных странах из *Глобального плана* таково: 13% – одна доза невирапина, 32% – двойная профилактика и остальные 7% – высокоэффективные антиретровирусные препараты или антиретровирусная терапия. В результате показатель передачи от матери к ребенку составил приблизительно 27%. Если бы 21 страна с высоким бременем перевела всех женщин, участвующих в программах профилактики передачи от матери к ребенку с их нынешних схем лечения на рекомендуемые схемы лечения, это сразу же привело бы к уменьшению на 20% числа новых инфекций среди детей. Иными словами, количество новых инфекций среди детей в 2010 году снизилось бы с 350 000 до 280 000.

Распределение схем лечения для предотвращения новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей: 22 приоритетных страны, 2004–2010 гг.

С момента первоначальной рекомендации, данной в 2006 году и предусматривавшей расширение программ (по мере возможности) за рамки принятия одной дозы невирапина, быстрыми темпами увеличивалась доля женщин, проходящих оптимизированный курс антиретровирусной терапии.



Источник: Агрегированные данные по национальным оценкам в связи с ВИЧ, ЮНЭЙДС 2011 г.

В программах взаимодействие с беременными женщинами должно рассматриваться как возможность для непосредственной работы с семьями, включая предложение услуг по консультированию пар и тестированию, а также поддержку обоюдного раскрытия информации. Около половины всех людей, живущих с ВИЧ и находящихся в долгосрочных стабильных отношениях, имеют партнера с серонегативным статусом, при этом на долю таких пар приходится значительная часть новых случаев инфицирования в Руанде, Уганде, Замбии и других странах со зрелой эпидемией.⁴⁰⁻⁴²

В мировом масштабе объем средств, необходимых для искоренения новых случаев инфицирования среди детей, оценивается в размере 1,5 млрд долл. США дополнительно ежегодно до 2015 года.

Инновации в области антиретровирусной терапии в целях достижения лучших результатов охраны здоровья населения

Биомедицинские инновации (в частности, посредством ускоренного использования антиретровирусных препаратов) способны резко ускорить прогресс в осуществлении мер в ответ на СПИД.

ПОДДЕРЖКА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В ЮАР

Согласно оценкам, ЮАР в настоящее время обеспечивает антиретровирусными препаратами 95% женщин, имеющих право на их получение, с целью предотвращения новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей, что на 57% выше уровня охвата в 2007 году. Это достижение отражает политическую волю, активное участие гражданского общества, децентрализованное оказание услуг и наделение медсестер полномочиями по проведению профилактических мероприятий с использованием антиретровирусных препаратов.

В 2011 году было проведено клиническое исследование среди пар, где один из партнеров имел ВИЧ-положительный статус, которое подтвердило значительный вклад антиретровирусной терапии в предотвращение ВИЧ. В рамках клинических исследований в девяти странах отобранные методом случайной выборки пары были разделены на две группы: в одной группе партнер, живущий с ВИЧ, проходил курс антиретровирусной терапии на ранней стадии (когда число CD4-клеток составляло от 350 до 550 клеток на кубический миллиметр), а во второй группе лечение начиналось в момент, принятый в то время в качестве стандартного (когда число CD4-клеток снижалось до 250 клеток на кубический миллиметр). В ходе клинического исследования было установлено, что лечение сокращает относительный риск передачи ВИЧ на 96%.¹⁶

Таким образом, антиретровирусная терапия приносит двойную пользу, сокращая риск заболеваний, связанных с ВИЧ, и смерти людей, живущих с ВИЧ, и значительно уменьшая вероятность дальнейшей передачи ВИЧ. Для улучшения профилактики ВИЧ требуется принятие срочных мер по расширению масштабов программ антиретровирусной терапии, чтобы охватить 7,6 миллиона человек, имеющих право на получение лечения (в настоящее время к ним относятся люди, у которых число CD4-клеток составляет менее 350 клеток на кубический миллиметр), но не получающих его.

Назначение антиретровирусных препаратов в целях предупреждения инфицирования

Недавно проведенное исследование свидетельствует о действенности доконтактного применения антиретровирусных препаратов в плане предотвращения инфицирования ВИЧ. Проведенное в 2010 году многострановое исследование среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, показало, что ежедневный прием антиретровирусных таблеток сокращает риск инфицирования ВИЧ на 44%, при этом лицам, неукоснительно придерживающимся схемы ежедневного профилактического приема препаратов, защита от инфицирования обеспечивается в гораздо большей степени.⁴³ В ходе двух дополнительных клинических исследований, проведенных в 2011 году, было установлено, что

такой ежедневный доконтактный профилактический пероральный прием препаратов (который называют «доконтактной профилактикой» или ДКП) сокращает вероятность передачи ВИЧ среди гетеросексуальных взрослых лиц более чем на 60%.⁴⁴⁻⁴⁵

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ В ЦЕЛЯХ УЛУЧШЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ НА УРОВНЕ ОБЩИН

Результаты клинического исследования HPTN 052 показали, что лечение ВИЧ-инфицированного лица с использованием антиретровирусных препаратов сокращает риск передачи ВИЧ половым путем неинфицированному партнеру, а математическое моделирование указывает на возможность получения важных преимуществ в плане профилактики в случае расширения масштабов применения антиретровирусной терапии в общинах. Вместе с тем эпидемиологические доказательства такого влияния на уровне всей страны могут быть не настолько очевидными, если судить по данным национального эпидемиологического надзора, поскольку могут возникнуть трудности с разграничением непосредственного влияния на уровень заболеваемости антиретровирусной терапии и влияния на него других профилактических мероприятий.

Необходимы дальнейшие исследования для однозначного установления и количественной оценки влияния антиретровирусной терапии на уровень заболеваемости ВИЧ в общинах и странах. В настоящее время осуществляется подготовка к проведению нескольких подобных исследований, в том числе исследование, начало которого запланировано на 2012 год. В рамках этого исследования предусмотрена оценка воздействия комбинированной стратегии профилактики, сочетающей сплошное добровольное тестирование на ВИЧ в масштабах общины, предложение обрезания по медицинским показаниям мужчинам с ВИЧ-отрицательным статусом по результатам тестирования и предложение немедленно начать курс антиретровирусной терапии (АРТ) для всех лиц с ВИЧ-положительным статусом по результатам тестирования, проживающих в общинах в Замбии и ЮАР.

Новое исследование указывает на эффективность доконтактной профилактики при местном применении в форме вагинального микробицидного препарата. В 2010 году южноафриканские исследователи опубликовали доклад, согласно которому тенофовир в виде 1-процентного геля сокращает риск передачи половым путем от мужчины женщине на 39%, при этом для женщин, использующих вагинальный гель в 80% половых актов, риск снижается на 54%.⁴⁶

Проводимые в настоящее время клинические исследования призваны подтвердить результаты клинических исследований применения микробицидных препаратов в ЮАР в надежде на обеспечение широкой доступности эффективных микробицидов уже в 2014 году. В настоящее время также проводятся клинические исследования с целью изучения действенности схем нерегулярного доконтактного

профилактического перорального приема, которые допускают прием таблеток реже одного раз в день. Проводятся дополнительные исследования по оценке долгосрочной безопасности антиретровирусной профилактики, возможности повышения уровня резистентности к антиретровирусным препаратам в результате такого применения, а также полезного эффекта от осуществления программ ДКП на уровне населения в целом.

Несмотря на то что результаты исследований в области доконтактной профилактики не были такими же однозначными, как результаты применения антиретровирусной терапии для предотвращения передачи ВИЧ, моделирование позволяет предположить, что расширение масштабов применения указанных новых методов позволило бы предотвратить значительную часть случайного инфицирования, тем самым ускорив темпы общего сокращения уровня заражения ВИЧ.⁴⁷⁻⁴⁹

Исследования в области применения вакцин

В связи с усилиями по внедрению новых средств профилактики ВИЧ крайне важно и впредь вкладывать средства в исследования и разработки в области создания профилактической вакцины. В 2009 году на основе результатов крупномасштабного клинического исследования на уровне общин в Таиланде было установлено, что вероятность инфицирования лиц, прошедших курс комбинированной вакцинации, в течение последующих 42 месяцев была на 31,2% ниже по сравнению с участниками клинического исследования, которые не прошли вакцинацию.⁵⁰ Несмотря на то что подобная степень действенности не является основанием для немедленной выдачи лицензии на производство и продажу вакцины, это клиническое исследование впервые показало возможность создания вакцины против ВИЧ. В настоящее время проводится исследование по оценке воздействия дополнительных доз вакцины на повышение иммунитета и по установлению одинаковой эффективности данной схемы вакцинации против субтипов ВИЧ, распространенных в странах Африки к югу от Сахары.

Предоставление улучшенного комплекса услуг

Максимальное усиление воздействия мероприятий, проводимых в рамках программ борьбы со СПИДом, и практическое применение инновационных разработок в целях дальнейшего сокращения числа новых случаев инфицирования и спасения жизней требует обеспечения слаженности усилий по осуществлению программ. Новые прорывы в области профилактики ВИЧ обеспечивают частичную защиту, а их внедрение зависит от поведения. Например, способность неукоснительно придерживаться схемы лечения является важнейшим фактором, определяющим успешность применения антиретровирусных препаратов для предотвращения передачи или инфицирования ВИЧ. Равным образом усилия по пропаганде обрезания крайней плоти у мужчин были бы в значительной мере сведены на нет, если бы в результате люди перестали пользоваться презервативами. К счастью, на сегодняшний день подобные случаи не были отмечены в ходе осуществления программ по внедрению обрезания. Точно так же на усилиях по профилактике ВИЧ может пагубно сказаться стигматизация. Это подчеркивает необходимость постоянного сочетания нескольких подходов, включая биомедицинские, поведенческие и структурные элементы, каждый из которых должен быть нацелен на достижение целей снижения риска заражения ВИЧ и сокращения заболеваемости и смертности.

ОСТРАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ В ОЦЕНКЕ ПОКАЗАТЕЛЯ ЗАРАЖЕНИЯ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕР, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫХ В ОТВЕТ НА ВИЧ

Показатели распространенности мало что дают в плане понимания современной динамики передачи ВИЧ или конечных результатов профилактических программ. На самом деле, показатели распространенности отражают количество жертв эпидемии нарастающим итогом, включая лиц, которые были инфицированы в течение прошлых лет, и эффект от применения антиретровирусной терапии, продлевающей жизнь людям, живущим с ВИЧ. Между тем показатель заражения отражает изменения в передаче ВИЧ и эффект от профилактических программ, включая эффект от осуществления программ антиретровирусной терапии. В настоящее время большую часть данных о показателях заражения населения в целом получают с использованием математических моделей.

Как было заявлено на заседании Комиссии высокого уровня ЮНЭЙДС по профилактике ВИЧ в 2010 году, «страны, доноры, исследователи и многосторонние учреждения должны перейти от использования данных о распространенности к оценке уровня заражения при выработке решений в области политики и оценке эффективности программ». Действительно, средства, вкладываемые в сокращение числа новых случаев инфицирования, лучше было бы направить на осуществление наиболее эффективных программ, если бы имелся быстрый, простой, достоверный и точный метод оценки уровня заражения различных групп населения.

Вместе с тем, несмотря на более чем десятилетнюю разработку тестов для оценки уровня заражения, на сегодняшний день по-прежнему отсутствуют подтвержденные данные об уровне заражения, которые можно было бы использовать для оценки заражения на уровне населения в целом. В мире, в котором нам необходимо своевременно оценивать влияние на окружающий мир различных профилактических программ, разработка и подтверждение результатов достоверных исследований уровня распространенности приобретают большое значение. На проведение исследований в этом направлении следует направлять финансирование в необходимом объеме.

ПОБЕДА В ГОНКЕ ПРОТИВ СПИДА

Долгосрочные цели, принятые Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций в Политической декларации по ВИЧ/СПИДу от 2011 года, ознаменовали момент истины в глобальном осуществлении мер в ответ на СПИД. Объединив усилия ради достижения целей, заявленных на 2015 год, мировое сообщество может двигаться вперед в направлении к миру, где будут ноль новых ВИЧ-инфекций, ноль дискриминации и ноль смертей вследствие СПИДа.

Принятие более целенаправленного и стратегического подхода к проблеме СПИДа имеет решающее значение для достижения успеха. Мир добьется успеха в достижении целей, намеченных на 2015 год, при условии осуществления в достаточном объеме стратегических инвестиций в эффективные и обоснованные программы.

Настало время для решительных действий, время для перехода от устных обязательств к убедительным и устойчивым результатам в интересах всех людей. Мобилизация политической воли, проявление международной солидарности и заинтересованности, совершенствование стратегического использования ресурсов и эффективное применение имеющихся средств и механизмов позволит нам всем в 2015 году жить в мире, который, несомненно, будет более здоровым, более справедливым и более чутким к интересам всех людей, чем мир, в котором мы живем сегодня.

Теперь у нас уже есть знания и инструменты, необходимые для искоренения СПИДа. От того, какие решения мы примем сегодня, зависит станет ли нынешний период началом конца эпидемии СПИДа.

1. Wang L et al. The 2007 estimates for people at risk for and living with HIV in China: progress and challenges. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2009, 50(4):414–18.
2. *Country report on the follow-up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS*. Jakarta, National AIDS Commission Indonesia, 2008.
3. *HIV/AIDS surveillance in Europe 2009*. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, and WHO Regional Office for Europe, 2010.
4. Updated analyses based on Hallett TB et al. Assessing evidence for behaviour change affecting the course of HIV epidemics: a new mathematical modelling approach and application to data from Zimbabwe. *Epidemics*, June 2009, 1(2):108-17.
5. Bello G et al. Evidence for changes in behaviour leading to reductions in HIV prevalence in urban Malawi. *Sexually Transmitted Infections* 2011, 87:296–300.
6. Jewkes RK et al. Intimate partner violence, power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *The Lancet*, 2010, 376:41–48.
7. Bailey RC et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomized controlled trial. *The Lancet*, 2007, 369:643–656.
8. Gray RH et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomized trial. *The Lancet*, 2007, 369:657–666.
9. Auvert B et al. Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 trial. *Public Library of Science Medicine*, 2005, 2:e298.
10. Auvert B et al. *Effect of the Orange Farm (South Africa) male circumcision roll-out (ANRS-12126) on the spread of HIV*. 6th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment, and Prevention, Rome, 17–20 July, 2011. Abstract No. WELBC02.
11. *Progress in scale-up of male circumcision for HIV prevention in eastern and southern Africa: focus on service delivery*. Geneva, World Health Organization, 2011.
12. Based on: Report of a Consensus Workshop: HIV Estimates and Projections for Cambodia, 2006 – 2012. National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STD, Ministry of Health, Royal Government of Cambodia. Phnom Penh, 2007.
13. Williams JR et al. Assessing the impact of a FSW targeted HIV intervention programme on incidence and prevalence in Cotonou, Benin. *Sexually Transmitted Infections*, July 2011, 87(Suppl 1)A46–A47 (In addition, we acknowledge Michel Alary and Catherine Lowndes, Université Laval, Québec; Enias Baganizi, Honoré Meda, Marguerite Ndour and Isaac Minani, of Projets Sida-1-2-3 (funded by CIDA from 1993–2006); and all staff of the National AIDS Control Program of Benin for the implementation of the intervention and the conduct of the field surveys).
14. Shaboltas A et al. HIV incidence, gender and risk behaviors differences in injection drug users cohorts, St. Petersburg, Russia. *XVIII International AIDS Conference, Vienna, Austria, 18–23 July 2010* (Abstract TUPE0331; <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageid=11&abstractid=200740055>, accessed 15 October 2011).
15. Curtis M. *Delivering HIV care and treatment for people who use drugs: lessons from research and practice*. New York, Open Society Institute, 2006.
16. Cohen MS et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New England Journal of Medicine*, 2011, 365:493–505.
17. Dlodlo RA et al. Adult mortality in the cities of Bulawayo and Harare, Zimbabwe: 1979–2008. *Journal of the International AIDS Society*, 2011, 14(suppl 1):S2–S9.
- Jahn A et al. Population-level effect of HIV on adult mortality and early evidence of reversal after introduction of antiretroviral therapy in Malawi. *Lancet*, 2008, 371:1603–1611.
- Reniers G et al. Steep declines in population-level AIDS mortality following the introduction of antiretroviral therapy in Addis Ababa. *AIDS*, 2009, 23:511–518.
- HERBST, Abraham J et al. Adult mortality and antiretroviral treatment roll-out in rural KwaZulu-Natal, South Africa. *Bull World Health Organ* [online]. 2009, vol.87, n.10, pp. 754-762.
18. Mathers BM et al. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *The Lancet*, 2008, 372(9651):1733–45.
19. *Country report on monitoring of the United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDS*. Tehran, Government of the Islamic Republic of Iran, 2010 (http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/iran_2010_country_progress_report_en.pdf).
20. Reference Group to the United Nations on HIV and Injecting Drug Use, 2010 (http://www.idurefgroup.org/results/Iran,+Islamic+Republic_compiled.pdf).

21. Shahbazi M et al. The trend of HIV/AIDS prevalence among IDUs in Iranian prisoners (1997–2007). *Retrovirology*, 2010, 7(Suppl 1):P101.
22. UNAIDS analysis of Spectrum output and Demographic Health Surveys, country reported programme data and behavioural data.
23. *Kenya AIDS Indicator Survey 2007*. Nairobi, Government of Kenya, 2009 (http://nascop.or.ke/library/3d/Official_KAIS_Report_20091.pdf).
24. Painter TM et al. Women's reasons for not participating in follow up visits before starting short course antiretroviral prophylaxis for prevention of mother to child transmission of HIV: qualitative interview study. *British Medical Journal*, 2004, 329(7465):543.
25. Turan J et al. HIV/AIDS Stigma and Refusal of HIV Testing Among Pregnant Women in Rural Kenya: Results from the MAMAS Study, *AIDS Behav* (2011) 15:1111–1120.
26. *No vaccine, no cure: HIV and AIDS in the United Kingdom*. London, House of Lords Select Committee on HIV and AIDS, September 2011 (<http://www.publications.parliament.uk/pa/ld201012/ldselect/lddaids/188/188.pdf>).
27. Geen J. Home HIV tests 'should be legalised'. *Pink News*, 11 October 2011 (<http://www.pinknews.co.uk/2011/10/11/home-hiv-tests-should-be-legalised/>).
28. iTEACH-SA Facebook page (<http://www.facebook.com/pages/iTEACH-SA/98675643113?sk=info>).
29. Mavedzenge SN et al. *HIV self-testing among health workers*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://libdoc.who.int/publications/2011/9789241501033_eng.pdf).
30. *Progress report of the national response to the 2001 Declaration of Commitment on HIV and AIDS*. Gaborone, Government of Botswana, 2010 (http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/botswana_2010_country_progress_report_en.pdf).
31. Швартлендер Б. и др. К улучшенной инвестиционной концепции для эффективного противодействия ВИЧ. *The Lancet*, 2011, 377:2031–2041.
32. *Global Tuberculosis Control*. World Health Organization, Geneva, 2011.
33. *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: recommendations for a public health approach (2010 revision)*. Geneva, World Health Organization, 2010.
34. *TB Day Newsletter*. South African National AIDS Commission. March 2011. (www.sanac.org.za/files/uploaded/6996_Newsletter_TB%20Day_Mar28_ALL.pdf)
35. Schwartlander B et al. Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS. *The Lancet*, 2011, 377:2031–2041.
36. Kim J et al. *Developing an integrated model for post-rapare care and HIV post-exposure prophylaxis in rural South Africa*. New York, Population Council, November 2007.
37. Kesho Bora Study Group. *Triple-antiretroviral prophylaxis during pregnancy and breastfeeding compared to short-ARV prophylaxis to prevent mother-to-child transmission of HIV-1: the Kesho Bora randomized controlled trial in five sites in Burkina Faso, Kenya and South Africa*. 5th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, Cape Town, 19–22 July 2010.
38. *Pregnancy and childbirth*. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 2007 (<http://www.cdc.gov/hiv/topics/perinatal/index.htm>).
39. *Progress report of the national response to the 2001 Declaration of Commitment on HIV and AIDS*. Gaborone, Botswana National AIDS Coordinating Agency, 2010 (http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/botswana_2010_country_progress_report_en.pdf).
40. Gray R et al. The contribution of HIV-discordant relationships to new HIV infections in Rakai, Uganda (research letter). *AIDS*, 2011, 25:863–865.
41. Eyawo O et al. HIV status in discordant couples in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, 2010, 10:770–777.
42. Dunkle KL et al. New heterosexually transmitted HIV infections in married or cohabiting couples in urban Zambia and Rwanda: an analysis of survey and clinical data. *The Lancet*, 2008, 371:1183–2191.
43. Grant RM et al. Pre-exposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *New England Journal of Medicine*, 2010, 363:2587–2599.
44. *Pivotal study finds that HIV medications are highly effective as prophylaxis against HIV infection in men and women in Africa* [press release]. Seattle, University of Washington International Clinical Research Center, 2011 (http://depts.washington.edu/uwicrc/research/studies/files/PrEP_PressRelease-UW_13Jul2011.pdf).
45. *CDC trial and another major study find PrEP can reduce risk of HIV infection among heterosexuals* [press release]. Atlanta, Centers for Disease Control and Protection, 2011 (<http://www.cdc.gov/nchstp/newsroom/PrEPHeterosexuals.html>).
46. Karim QA et al. Effectiveness and safety of tenofovir gel, an antiretroviral microbicide, for the prevention of HIV infection in women. *Science*, 2010, 329:1168–1174.
47. Smith RJ et al. Evaluating the potential impact of vaginal microbicides to reduce the risk of acquiring HIV in female sex workers. *AIDS*, 2005, 19:413–421.
48. Pretorius C et al. Evaluating the cost effectiveness of pre-exposure prophylaxis (PrEP) and its impact on HIV-1 transmission in South Africa. *Public Library of Science ONE*, 2010, 5:e13646.
49. Foss A et al. *Modeling the potential impact on HIV transmission of rectal microbicide use by men who have sex with men, and the effects of condom substitution*. XVIII International AIDS Conference, Vienna, 18–23 July 2010.
50. Rerks-Ngarm S et al. Vaccination with ALVAC and AIDSVAX to prevent HIV-1 infection in Thailand. *New England Journal of Medicine*, 2009, 361:2209–2220.



20 Avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Switzerland

+41 22 791 36 66

unaids.org