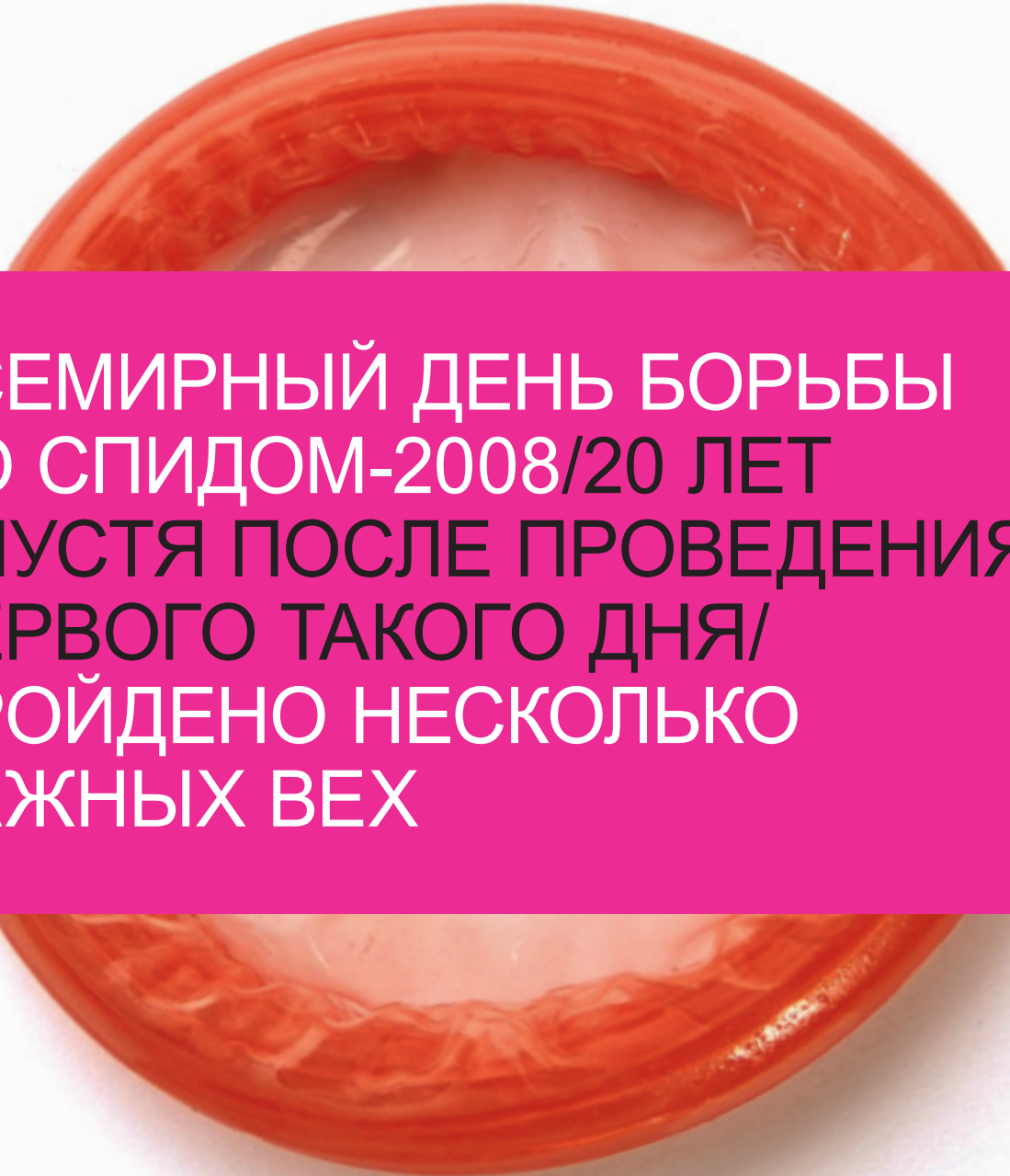


# СПИД: ПЕРСПЕКТИВЫ/09



**ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ БОРЬБЫ  
СО СПИДОМ-2008/20 ЛЕТ  
СПУСТЯ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ  
ПЕРВОГО ТАКОГО ДНЯ/  
ПРОЙДЕНО НЕСКОЛЬКО  
ВАЖНЫХ ВЕХ**

UNAIDS/08.36R / JC1648R (перевод на русский язык, декабрь 2008)

Оригинал: на английском языке, UNAIDS/08.36E / JC1648E, ноябрь 2008:

*AIDS outlook/09: World AIDS Day 2008*

Перевод – ЮНЭЙДС

© Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС) 2008. Все права охраняются. Публикации ЮНЭЙДС можно получить, обратившись в Группу управления информационным содержанием (ГУИС) ЮНЭЙДС. За разрешением воспроизводить либо переводить публикации ЮНЭЙДС – с целью продажи или некоммерческого распространения – следует также обращаться в ГУИС по указанному ниже адресу, либо по факсу +41 22 791 48 35, либо по электронной почте: [publicationpermissions@unaids.org](mailto:publicationpermissions@unaids.org).

Употребляемые обозначения и изложение материала в настоящей публикации не означают выражения со стороны ЮНЭЙДС какого бы то ни было мнения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города, района, или их властей, или относительно делимитации их границ.

Упоминание конкретных компаний либо товаров определенных производителей не подразумевает, что ЮНЭЙДС поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или товарами подобного рода, которые здесь не упоминаются. За исключением возможных ошибок и пропусков, названия патентованных товаров пишутся с заглавной буквы.

ЮНЭЙДС не гарантирует полноту и достоверность информации, содержащейся в настоящей публикации, и не несет ответственности за ущерб, причиненный в результате ее использования.

Библиотека ВОЗ: каталогизация публикаций

AIDS outlook: World AIDS Day 2008.

«UNAIDS/08.36R / JC1648R»

1.HIV infections – epidemiology 2.HIV infections – prevention and control.  
3.Acquired immune deficiency – prevention and control. 4.World health.  
5.International cooperation. I.UNAIDS.

ISBN 978 92 9173 741 3

(NLM classification: WC 503.4)

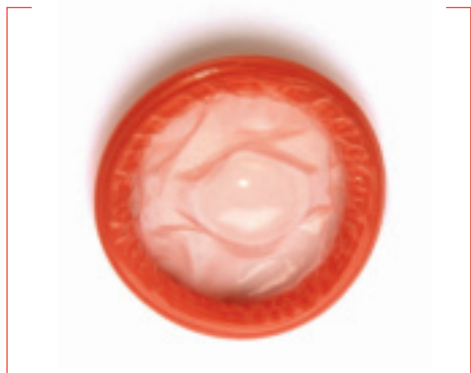
**«СПИД: ПЕРСПЕКТИВЫ, 2009»** – это новый доклад ЮНЭЙДС, в котором рассматриваются наиболее актуальные вопросы, с которыми будут сталкиваться лица, вырабатывающие политику, и руководители при осуществлении мер в ответ на СПИД в 2009 году.

Во многих отношениях следующий год окажется переходным годом, а также годом для ускорения действий. Многие страны пересматривают свои национальные стратегии по СПИДу. Даже невзирая на то, что политическая приверженность делу борьбы со СПИДом как никогда высока, последние события в мире финансов будут испытанием на выносливость для многих.

Настоящий доклад дает пищу для размышлений. Размышлений о том, чего удалось достичь благодаря лидерству, а также возможность еще раз обратить особое внимание на некоторые ключевые проблемы, сдерживающие прогресс. Этот доклад не является «практическим руководством» или «заявлением по вопросам политики»; однако он обеспечивает хорошее понимание проблем на основе подтвержденных данных о том, какие новые пути можно использовать, чтобы улучшить меры в ответ на СПИД.

В начале доклада освещаются некоторые последние достижения и вызовы в связи с решением вопросов ВИЧ. В нем содержатся примеры того, как страны применяют методы моделирования для лучшего понимания причин инфицирования ВИЧ с целью активизации мер профилактики ВИЧ. В заключении доклада «СПИД: перспективный анализ» приводится введение в комбинированную профилактику ВИЧ и ее применение.

Доклад **«СПИД: перспективы»** основан на оценочных данных о распространенности ВИЧ и его воздействии, собранных во всем мире, с учетом точек зрения тех, кто принимает участие в осуществлении мер в ответ на СПИД в странах и сообществах. Эти данные и обоснованные мнения помогут определить, что следует обсудить и какие следует принять решения в странах в процессе планирования стратегий на будущее.



Презервативы играют важную роль в комбинированной профилактике, которая среди прочих компонентов предусматривает доступ к информации о ВИЧ, доступ к лечению, мерам по снижению вреда, более позднее начало половой жизни, сохранение верности, сокращение числа половых партнеров и одновременных интимных связей, обеспечение прав человека и снижение стигмы.

УМЕНЬШЕНИЕ ЧИСЛА НОВЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЙ:

3 МИЛЛИОНА → 2,7 МИЛЛИОНА  
2001 Г. 2007 Г.

УМЕНЬШЕНИЕ ЧИСЛА СМЕРТЕЙ СРЕДИ ИНФИЦИРОВАННЫХ:

2,2 МИЛЛИОНА → 2 МИЛЛИОНА  
2005 Г. 2007 Г.

УВЕЛИЧЕНИЕ ЧИСЛА ЛЮДЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ:

+ 1 МИЛЛИОН ЗА ГОД  
2007 Г.

ИСТОЧНИК: ЮНЭЙДС, 2008 Г.



**ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ БОРЬБЫ СО СПИДОМ-2008 – 20 ЛЕТ СПУСТЯ ПОСЛЕ  
ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВОГО ТАКОГО ДНЯ – В ПОСЛЕДНЕЕ ВРЕМЯ ПРОЙДЕНО  
НЕСКОЛЬКО ВЕХ. САМЫЕ ЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ СРЕДИ НИХ:**

УМЕНЬШЕНИЕ ЧИСЛА НОВЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЙ: ОЦЕНОЧНОЕ ЧИСЛО ТАКИХ ИНФЕКЦИЙ УМЕНЬШИЛОСЬ С 3 МИЛЛИОНОВ В 2001 ГОДУ ДО 2,7 МИЛЛИОНА В 2007 ГОДУ. КРОМЕ ТОГО, НАБЛЮДАЕТСЯ СТАБИЛИЗАЦИЯ ПРОЦЕНТНОГО ЧИСЛА ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, ВО ВСЕМ МИРЕ.

ЧИСЛО ДЕТЕЙ, ВПЕРВЫЕ ЗАРАЗИВШИХСЯ ВИЧ, УМЕНЬШИЛОСЬ С 450 000 В 2000 ГОДУ ДО 360 000 В 2007 ГОДУ БЛАГОДАРЯ РАСШИРЕНИЮ ОХВАТА ПРОГРАММАМИ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ И СТАБИЛИЗАЦИИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВИЧ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН.

УМЕНЬШАЕТСЯ ЧИСЛО ЛЮДЕЙ, УМИРАЮЩИХ ОТ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ВИЧ: ПО ОЦЕНКАМ, ЭТО ЧИСЛО УМЕНЬШИЛОСЬ С 2,2 МИЛЛИОНА В 2005 ГОДУ ДО 2 МИЛЛИОНОВ В 2007 ГОДУ.

ТОЛЬКО ЗА ПРОШЛЫЙ ГОД ЧИСЛО ЛЮДЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ В СВЯЗИ С ВИЧ В БОЛЬНИЦАХ И КЛИНИКАХ В РАЗВИВАЮЩИХСЯ СТРАНАХ, УВЕЛИЧИЛОСЬ НА ОДИН МИЛЛИОН; В РЕЗУЛЬТАТЕ, ПО СОСТОЯНИЮ НА КОНЕЦ 2007 ГОДА, ОБЩЕЕ ЧИСЛО ТАКИХ ЛЮДЕЙ УВЕЛИЧИЛОСЬ ДО 3 МИЛЛИОНОВ – ЗА ПЯТЬ ЛЕТ ЭТОТ ПОКАЗАТЕЛЬ ВЫРОС БОЛЕЕ ЧЕМ В ДЕСЯТЬ РАЗ.\*

ОБЩЕЕ ЧИСЛО ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ НЕПРЕРЫВАЮЩИХСЯ НОВЫХ СЛУЧАЕВ ИНФИЦИРОВАНИЯ, ПРОДЛЕНИЯ ЖИЗНИ ЛЮДЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ, И РОСТА НАСЕЛЕНИЯ.

ДИАПАЗОНЫ УКАЗАННЫХ ОЦЕНОЧНЫХ ЗНАЧЕНИЙ ПРЕДСТАВЛЕНЫ НА СТРАНИЦЕ 20.  
ИСТОЧНИК: ЮНЭЙДС, 2008 г. \*ВОЗ, 2008 г.

**В ЭТОТ ДЕНЬ МЫ ТАКЖЕ ПРИБЛИЖАЕМСЯ К РЕАЛИЗАЦИИ ДРУГИХ ЦЕЛЕЙ.** Самое важное заключается в том, что во многих странах разрабатываются новые виды анализа, позволяющие определить группы населения, среди которых происходят новые случаи ВИЧ-инфекции. Эта информация позволит улучшить процесс управления программами по профилактике ВИЧ и, как надеются многие, начать процесс уменьшения числа новых инфекций. Страны смогут сами определить, как использовать эту новую информацию.

Программы лечения продолжали расширяться, обеспечивая решение новых появляющихся задач. Многие клиники отмечают, что их пациентам хорошо помогает антиретровирусное лечение. Тем не менее, в 2007 году по информации, полученной из 55 стран, такое лечение получали менее 25% нуждающихся в нем взрослых и детей. Кроме того, 88 из 113 развивающихся стран указали на то, что менее половины матерей получали услуги для профилактики передачи ВИЧ ребенку во время родов (ЮНЭЙДС, 2008).

Всего лишь за 27 лет, прошедших с того момента, когда в Соединенных Штатах были зарегистрированы первые случаи СПИДа у пяти мужчин-геев (ЦКЗ, 1981), во всем мире эта эпидемия унесла жизни более 25 миллионов людей.

**ОДНАКО ИМЕЕТСЯ МНОГО ДРУГИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, КОТОРЫЕ ПО-ПРЕЖНЕМУ УКАЗЫВАЮТ НА ГЛУБИНУ ЭТОГО КРИЗИСА.** Более всего беспокоит то, что на каждые два человека, получающих лечение, приходится пять новых инфицированных. Учитывая по-прежнему высокое число новых инфекций, а также большое число инфицированных, выживших благодаря антиретровирусным препаратам, число людей, живущих с ВИЧ, увеличилось и в 2007 году достигло 33 миллионов человек (ЮНЭЙДС, 2008).

**В 2007 ГОДУ БОЛЕЕ 7400 НОВЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЙ ПРОИСХОДИЛО ЕЖЕДНЕВНО**

БОЛЕЕ **96%** В СТРАНАХ С НИЗКИМ И СРЕДНИМ УРОВНЕМ ДОХОДОВ

ОКОЛО **1000** СРЕДИ ДЕТЕЙ МОЛОЖЕ 15 ЛЕТ

ОКОЛО **6300** СРЕДИ ВЗРОСЛЫХ ОТ 15 ЛЕТ И СТАРШЕ, ИЗ НИХ:

ПОЧТИ **50%** СРЕДИ ЖЕНЩИН

ОКОЛО **45%** СРЕДИ МОЛОДЕЖИ (В ВОЗРАСТЕ 15-24 ЛЕТ)

**НА КАЖДЫЕ ДВА ЧЕЛОВЕКА, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ, ПРИХОДИТСЯ ПЯТЬ НОВЫХ ИНФИЦИРОВАННЫХ**

Важно еще раз отметить, что эпицентр эпидемии остается в Африке к югу от Сахары. Две трети всех людей, живущих с ВИЧ, составляют жители Африки. В 2007 году три четверти всех смертей были зарегистрированы в Африке. Если выборочно протестировать на ВИЧ 100 взрослых, живущих в Африке к югу от Сахары, то в среднем пять человек окажутся ВИЧ-позитивными (ЮНЭЙДС, 2008).

К этому следует прибавить новый вызов – глобальный финансовый кризис, который ведет к сокращению финансирования, что окажет пагубное воздействие на весь развивающийся мир в целом и на осуществление мер в ответ на СПИД в частности. Учитывая столь высокое число людей, живущих с ВИЧ, серьезную озабоченность сегодня вызывает вопрос о том, смогут

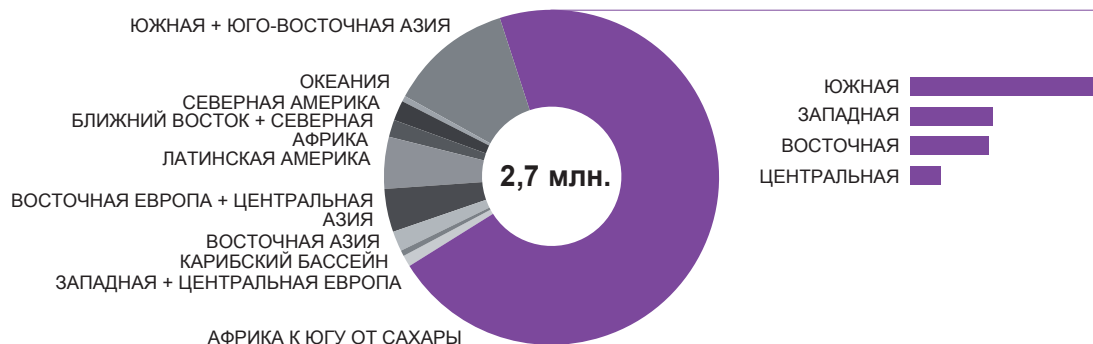
ли доноры и страны продолжать оказывать поддержку широкому кругу инициатив, направленных против СПИДа, которые обеспечат устойчивость достигнутых успехов и их практическое использование. Если возможность финансирования вызывает сомнения, то каким образом программы лечения смогут обеспечить растущий спрос на антиретровирусную терапию? Если финансирование сократится, то откуда будет поступать помощь для огромного числа набирающих силу инициатив по профилактике? От ответа на эти вопросы будут зависеть жизни миллионов людей.

04

**РИСУНОК 1. ГЛОБАЛЬНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ НОВЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЙ, 2007 г.**

ГЛОБАЛЬНОЕ ЧИСЛО  
**2,7 МИЛЛИОНА**

АФРИКА К ЮГУ ОТ САХАРЫ  
**1,9 МИЛЛИОНА**



Источник: Доклад о глобальной эпидемии СПИДа 2008, ЮНЭЙДС.





- 66% ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, ПРОЖИВАЮТ В АФРИКЕ К ЮГУ ОТ САХАРЫ.
- 75% СМЕРТЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ СПИДА ОТМЕЧЕНО В АФРИКЕ К ЮГУ ОТ САХАРЫ.

ТАБЛИЦА 1. РЕГИОНАЛЬНАЯ СТАТИСТИКА И ХАРАКТЕРИСТИКИ ВИЧ И СПИДА, 2007 Г.

	Взрослые + дети, живущие с ВИЧ	Взрослые + дети, вновь заразившиеся ВИЧ	Распространенность среди взрослых (15–49) [%]	Число смертей, обусловленных СПИДом, среди взрослых + детей
АФРИКА К ЮГУ ОТ САХАРЫ	22 миллиона [20,5 – 23,6 миллиона]	1,9 миллиона [1,6 – 2,0 миллиона]	5,0% [4,6 – 5,4%]	1,5 миллиона [1,3 – 1,7 миллиона]
БЛИЖНИЙ ВОСТОК + СЕВЕРНАЯ АФРИКА	380 000 [280,000 – 510,000]	40 000 [20,000 – 66,000]	0,3% [0,2 – 0,4%]	27 000 [20 000 – 35 000]
ЮЖНАЯ + ЮГО-ВОСТОЧНАЯ АЗИЯ	4,2 миллиона [3,5 – 5,3 миллиона]	330 000 [150 000 – 590 000]	0,3% [0,2 – 0,4%]	340 000 [230 000 – 450 000]
ВОСТОЧНАЯ АЗИЯ	740 000 [480 000 – 1,1 миллиона]	52 000 [29 000 – 84 000]	0,1% [<0,1 – 0,2%]	40 000 [24 000 – 63 000]
ЛАТИНСКАЯ АМЕРИКА	1,7 миллиона [1,5 – 2,1 миллиона]	140 000 [88 000 – 190 000]	0,5% [0,4 – 0,6%]	63 000 [49 000 – 98 000]
КАРИБСКИЙ БАССЕЙН	230 000 [210 000 – 270 000]	20 000 [16 000 – 25 000]	1,1% [1,0 – 1,2%]	14 000 [1 000 – 16 000]
ВОСТОЧНАЯ ЕВРОПА + ЦЕНТРАЛЬНАЯ АЗИЯ	1,5 миллиона [1,1 – 1,9 миллиона]	110 000 [67 000 – 180 000]	0,8% [0,6 – 1,1%]	58 000 [41 000 – 88 000]
ЗАПАДНАЯ + ЦЕНТРАЛЬНАЯ ЕВРОПА	730 000 [580 000 – 1,0 миллиона]	27 000 [14 000 – 49 000]	0,3% [0,2 – 0,4%]	8 000 [4 800 – 17 000]
СЕВЕРНАЯ АМЕРИКА	1,2 миллиона [760,000 – 2,0 миллиона]	54 000 [9 600 – 130 000]	0,6% [0,4 – 1,0%]	23 000 [9 100 – 55 000]
ОКЕАНИЯ	74 000 [66 000 – 93 000]	13 000 [12 000 – 15 000]	0,4% [0,3 – 0,5%]	1 000 [1 000 – 1 400]
ВСЕГО	33 миллиона [30 – 36 миллиона]	2,7 миллиона [2,2 – 3,2 миллиона]	0,8% [0,7 – 0,9%]	2 миллиона [1,8 – 2,3 миллиона]

Диапазоны оценочных значений в данной таблице указывают границы фактических значений, полученные на основе наилучших имеющихся данных. Источник: Доклад о глобальной эпидемии СПИДа 2008, ЮНЭЙДС.





.....

**ЗНАЯ СВОЮ ЭПИДЕМИЮ, ВЫ ЗНАЕТЕ, КУДА НАПРАВЛЯТЬ ОТВЕТНЫЕ МЕРЫ.** В течение многих лет ЮНЭЙДС и ее коспонсоры давали одни и те же рекомендации странам по вопросам стратегий профилактики: знать свою эпидемию и знать свои ответные меры. Большинство следовали этим рекомендациям, однако им необходимо было знать не только цифры или районы, где имели место инфекции. Им нужны были данные, которые позволили бы им понять динамику развития своей эпидемии или различных подэпидемий. Теперь, выполняя анализ путей передачи, многие страны получают оценочные данные для различных групп населения, в которых чаще всего происходят новые инфекции, следовательно, они могут лучше понимать свою эпидемию и предпринимать соответствующие действия.

В 11 странах Африки к югу от Сахары – пять из них на востоке и юге (Кения, Лесото, Мозамбик, Свазиленд и Уганда) и шесть на западе (Бенин, Буркина-Фасо, Гана, Кот-д’Ивуар, Нигерия и Сенегал) – национальные эксперты по ВИЧ только что получили, или получат в ближайшие месяцы, новую информацию, которая даст им оценочные данные о людях, заразившихся в прошлом году. Другие страны Африки – Ботсвана, Замбия, Малави, Танзания и Эфиопия – также недавно завершили или завершают аналогичные оценки распространения инфекции. Помимо Африки аналогичный анализ выполнили некоторые страны Азии (в том числе Вьетнам, Камбоджа и Таиланд). Такой же анализ планируют провести страны и в других регионах, включая Латинскую Америку.

В некоторых странах, где уже были получены первые результаты исследований путей передачи инфекции, лица, вырабатывающие политику, теперь имеют правильное представление о ситуации. Оценки распространения инфекции, в частности, указывают на три широкие тенденции.

---

**Тенденция 1.** Во многих странах Африки к югу от Сахары с высоким показателем распространенности ВИЧ новые инфекции в основном отмечают среди лиц, имеющих несколько половых партнеров, и среди дискордантных пар, когда один партнер имеет положительный, а другой отрицательный ВИЧ-статус.

---

**Тенденция 2.** Во многих странах, даже в странах с высоким показателем распространенности ВИЧ среди населения в целом, значительное число новых инфекций также может отмечаться в группах с более высоким риском заражения ВИЧ, включая работников секс-бизнеса и их клиентов, потребителей инъекционных наркотиков и мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, т.е. в группах, которым зачастую уделяют мало внимания в рамках инициатив по профилактике.

---

**Тенденция 3.** Модели развития эпидемий могут и, вероятно, будут изменяться во времени, следовательно, такой анализ необходимо проводить часто.

---

#### **Тенденция 1. Пример**

Анализ «путей передачи инфекции» в Уганде показал, что, по оценкам, примерно 43% новых ВИЧ-инфекций имели место среди пар с «низким уровнем риска», когда один партнер был ВИЧ-позитивным, а другой негативным. По оценкам, в 44% случаев источником инфекций были лица, имеющие несколько половых партнеров, включая постоянных партнеров, и около 11% случаев были связаны с секс-бизнесом. Эти данные подчеркнули потребность в осуществлении целевых мер по профилактике среди лиц, состоящих в браке или имеющих длительные отношения. Такие стратегии профилактики должны включать поощрение супружеских пар к прохождению консультирования и тестирования, когда оба партнера раскрывают свой ВИЧ-статус; работу, направленную на уменьшение числа половых партнеров; и акцент на важности постоянного пользования презервативами среди дискордантных пар – в которых один партнер ВИЧ-позитивный, другой ВИЧ-негативный, – а также обеспечение доступа к лечению для позитивного партнера (Правительство Уганды, 2008).

## РИСУНОК 2. ОЦЕНОЧНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ НОВЫХ ИНФЕКЦИЙ СРЕДИ ВЗРОСЛЫХ, Уганда



Источник: Правительство Уганды, ЮНЭЙДС, Комиссия по СПИДУ Уганды, 2008 г.

«Проводя исследование в Уганде, мы установили, что нам необходимо проводить серьезный мониторинг новых инфекций и нацелить наши ответные меры на лиц, которые состоят в длительных моногамных отношениях, – сказал профессор Фред Вабвире-Манген, руководитель группы, проводившей анализ путей передачи ВИЧ в Уганде, доцент кафедры эпидемиологии инфекционных заболеваний в Школе общественного здоровья университета Макерере в Кампале. – Среди таких пар, состоящих в длительных отношениях, отмечаются различные аспекты поведения. Во-первых, они не пользуются презервативами. Во-вторых, они не проходят регулярное тестирование. Нам необходимо поощрять их к тому, чтобы они проходили тестирование – и не только проходили тестирование, но и раскрывали свой статус партнеру».

Сейчас, по словам Вабвире-Мангена, лица, вырабатывающие политику в Уганде, смогут использовать эти результаты и проанализировать, соответствуют ли нынешние программы уровню распространения эпидемии, с тем чтобы проверить, правильно ли они используют деньги там, где меры вмешательства крайне необходимы.

«Задайте себе вопросы: Используем ли мы ресурсы там, где это требуется? Используем ли мы ресурсы там, где имеют место инфекции? Эти исследования покажут вам, на правильном ли вы пути, – сказал он. – Задача, стоящая перед нашими странами, заключается в том, чтобы предупредить новые инфекции, а также предоставить лечение, уход и поддержку и реинтегрировать ВИЧ-позитивных людей в экономическую и социальную деятельность».

### Тенденция 2. Пример

Анализ распределения новых инфекций, выполненный в 2006 году в Кении, показал, что большинство новых инфекций имели место среди широких слоев населения и были обусловлены случайными половыми контактами или контактами среди дискордантных пар; в то же время, были установлены другие источники инфекций, о которых в стране почти ничего не было известно (Gouws et al., 2006).

«В первую очередь поразило то, что в Кении значительное число новых инфекций произошло среди потребителей инъекционных наркотиков и мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, в то же время, этим группам ранее уделяли мало внимания, – сказал профессор Аллоиз Ораго, Директор Национального совета Кении по борьбе со СПИДом. – На каждую из этих групп приходилось пять-шесть процентов всех новых инфекций. Этот показатель кажется невысоким, однако оценочные уровни заражения ВИЧ в этих группах фактически очень высоки».

Через два года после этого обзорного анализа в Кении были проведены новые исследования путей передачи инфекции и были обнаружены другие пробелы в стратегии профилактики. Картина, характеризующая новые инфекции, стала более сложной и включает большое количество региональных различий.

«В Кении мы выявили высокие уровни распространенности ВИЧ среди рыбацких общин и транспортных работников в городских районах, – сказал профессор Ораго. – В некоторых районах мы также обнаружили, что совокупное влияние потребителей инъекционных наркотиков, работников секс-бизнеса и мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, оказалось более значительным, чем считалось ранее. Несмотря на такие различия в развитии эпидемии, в Кении в течение длительного времени применялся обобщенный подход к профилактике. Это новое исследование, вероятно, приведет к новым стратегиям профилактики передачи ВИЧ от мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, или потребителей инъекционных наркотиков как среди рыбацких общин, так и среди мигрантов».

Во многих других странах Африки к югу от Сахары, где основную роль в развитии эпидемии ВИЧ играют гетеросексуальные контакты, большое число инфекций имело место в группах, которым грозит риск. В **Уганде**, **Занзибар**, показатель распространенности ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, составил 12,3% (Holman, 2008). В **Малави**, показатель распространенности ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, составлял 21%, в то время как общенациональный показатель распространенности составлял 14,1% (Uma, 2008). В двух городах **на юго-западе Нигерии** картина оказалась аналогичной положению в Малави: показатель распространенности ВИЧ составлял 13,4%, или в 3,5 раза выше, чем общенациональный показатель распространенности ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами (Adebajo, 2008). В Кении оценочный показатель распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков был 42,9%, а в Южной Африке – 12,4% (Mathers et al 2008).

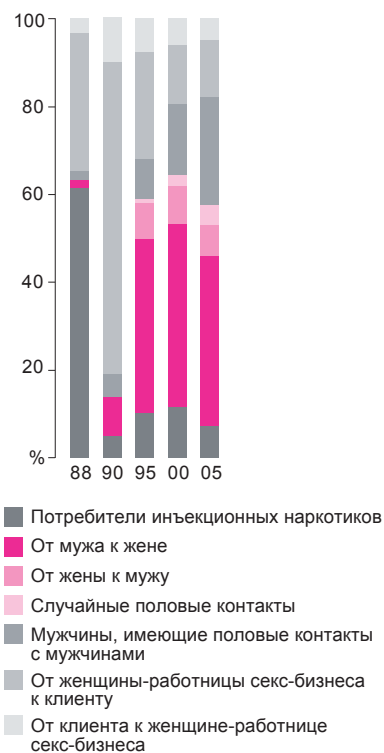
### Тенденция 3. Пример

Исследование, проведенное в Таиланде, показало тенденции в развитии эпидемии во времени. В начале 1990-х годов правительство правильно выбрало действия, направленные на пропаганду постоянного пользования презервативами во время контактов между работниками секс-бизнеса и их клиентами; были приняты некоторые меры по обеспечению безопасной инъекционной практики среди потребителей инъекционных наркотиков. Исследования, проведенные недавно ЮНЭЙДС (Gouws et al., 2006) и Таиландской рабочей группой по прогнозированию ВИЧ/СПИДа с участием Проекта по анализу и адвокации в Таиланде, показали, что большинство новых инфекций происходят среди широких слоев населения, а также среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами.

Согласно отчету Комиссии по СПИДу в Азии, социально-культурные факторы, ограничивающие независимость женщин при выборе половых партнеров, являются одной из причин того, что случайные половые контакты остаются второстепенным фактором в развитии эпидемий ВИЧ в Азии. Однако, даже если рост незащищенных случайных половых контактов и способствует увеличению доли всех инфекций, они вряд ли будут составлять основную долю инфекций в эпидемиях ВИЧ в обозримом будущем. В ряде стран Азии значительные средства направляются на то, чтобы снизить уровень небезопасных случайных контактов среди молодежи, но, в то же время, другим путям передачи ВИЧ уделялось относительно малое внимание (Комиссия по СПИДу в Азии, 2008).

То, что большую долю лиц, которым грозит высокий риск заражения ВИЧ, составляют молодые люди, не означает, что показатель распространенности ВИЧ и уровни заболеваемости одинаково высоки среди всей молодежи. Однако тем молодым людям, которые продают или покупают сексуальные услуги или употребляют инъекционные наркотики, или молодым мужчинам, имеющим половые контакты с мужчинами, грозит намного более высокий риск заражения по сравнению с другими молодыми людьми; это очевидным образом говорит о том, что меры в ответ на ВИЧ, направленные на молодежь, должны быть конкретно нацелены на таких молодых людей.

**РИСУНОК 3. ИЗМЕНЕНИЯ В ХАРАКТЕРЕ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВЫХ ИНФЕКЦИЙ, Таиланд**



Источник: Таиландская рабочая группа по прогнозированию ВИЧ/СПИДа и Проект по анализу и адвокации (A<sup>2</sup>) в Таиланде, 2008.



В конце 2008 года Исполнительный директор-основатель ЮНЭЙДС д-р Питер Пиот покинет свой пост, проработав в качестве руководителя этой организации с момента назначения в 1994 году. В интервью с Джоном Доннелли он размышляет о прошлых ключевых достижениях и будущих задачах:



## **ЗАГЛЯДЫВАЯ В БУДУЩЕЕ – «ДАВАЙ, ВСТАВАЙ, БОРИСЬ И НЕ СДАВАЙСЯ»**

### **Что вы чувствуете накануне Вашего ухода?**

Питер Пиот: Я думал, что последние пару месяцев будут довольно спокойными. [Смеется] Я несколько недооценил ситуацию. Однако моей главной целью было обеспечить наше финансирование на следующий год. Это всегда серьезная проблема.

### **Если вспомнить о Вашей работе в ЮНЭЙДС, какие три достижения Вы считаете самыми важными?**

ПП: Первый прорыв был сделан в 1996 году, когда было разработано и стало доступным лечение; столь же важным оказалось серьезное снижение цен на антиретровирусные препараты в дальнейшем. Это очень важные вехи.

Второе достижение – это проведение специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу в 2001 году. Это стало поворотным моментом. После этого был создан Глобальный фонд [для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией]; во многих странах ответственность на себя взяли президенты и премьер-министры; СПИД оказался одним из основных вопросов повестки дня во всем мире. Он перестал быть вопросом только для министров здравоохранения. Его обсуждали там, где обычно обсуждают действительно серьезные вопросы.

И третьим достижением, по моему мнению, является то, что в прошлом году объем средств, затраченных на деятельность в связи со СПИДом, достиг 10 миллиардов долларов США. Это огромная мобилизация средств. Подлинно важной частью всего этого является широкое участие людей, живущих с ВИЧ. Деньги – это результат такой активности и политической работы, что нашло свое отражение в проведении сессии Генеральной Ассамблеи.

### **Можете ли Вы описать момент, когда были получены эпидемиологические данные, которые Вас испугали?**

ПП: Их было много. Самый последний опыт такого рода был, когда я увидел данные о росте распространения ВИЧ среди геев в Азии. Такую же ситуацию мы наблюдали в странах Запада в начале 1980-х годов. То же самое я увидел среди потребителей инъекционных наркотиков в Восточной Европе примерно 10 лет назад. Когда в середине 1980-х годов я работал в Центральной Африке, в стране, которая тогда называлась Заир, показатель распространенности ВИЧ в Южной Африке составлял менее 2%. Затем, уже через несколько лет, этот показатель стремительно вырос и все воскликнули «Это невероятно!». Таких моментов было много. По моему мнению, мы всегда должны помнить об этом, когда мы размышляем о будущем этой эпидемии. Этот вирус будет продолжать удивлять нас. Поэтому я очень скептически воспринимаю то, что говорят об Азии: «Все ограничится концентрированными группами населения». Может быть – да, а может быть – нет. Мы не знаем.

### **Усилила или ослабила борьба со СПИДом системы здравоохранения?**

ПП: Я не видел никаких данных о том, что эта борьба подрывает услуги здравоохранения. Во всяком случае, это определенно усилило некоторые службы, например лаборатории. Настроенные решительно правительства будут делать все для того, чтобы средства, выделяемые на борьбу с этим заболеванием, использовались для усиления местного потенциала. Эпидемия СПИДа сама по себе оказала чрезмерную нагрузку на системы здравоохранения.



В то же время, она впервые позволила привлечь деньги для усиления кадров в системе здравоохранения, например в Малави, где даже удалось построить поликлиники за счет средств, выделяемых в связи со СПИДом. Еще одним примером является Эфиопия. Здесь сильное правительство и сильный министр здравоохранения. Он использовал средства, выделяемые в связи со СПИДом, для строительства поликлиник в сельских районах. Однако давайте также не забывать о том, что если бы мы ждали, пока не появятся медицинские службы, прежде чем внедрять антиретровирусное лечение – как это предлагали многие, – мы бы ничего не сделали в плане АРТ и миллионы людей могли бы умереть.

### **Что в деятельности в ответ на эпидемию Вас беспокоит сегодня больше всего?**

ПП: Что меня действительно беспокоит, так это то, что, хотя мы и добились измеримого прогресса в обеспечении доступа к лечению, мы не достигли таких же успехов в профилактике ВИЧ. Чем это объясняется – нам нужно больше времени, или же мы идем по неверному пути? Я лично все больше склоняюсь к тому, что нам надо работать с профессионалами, которые занимаются маркетингом новой продукции, которые знают, как влиять на поведение людей. Профилактика ВИЧ потребует новых стимулов.

### **По Вашему мнению, для борьбы со СПИДом необходимо дополнительно 10 миллиардов долларов США в год. Каковы Ваши наиболее сильные аргументы в пользу увеличения финансирования?**

ПП: Аргумент номер один заключается в том, что финансирование мер в ответ на СПИД работает, позволяет спасать жизни и дает большую отдачу от вложения средств. Потребности налицо. Возьмем лечение – сейчас антиретровирусные препараты получают почти 4 миллиона человек, но еще 8 миллионов человек нуждаются в таком лечении. Кроме того, сейчас мы намного лучше подготовлены, чтобы тратить деньги. Первоначально необходимо было разработать системы, создать лаборатории и обучить людей. Сейчас мы можем дешевле обеспечивать услуги, поскольку мы сделали исходные капиталовложения.

### **Как может повлиять на программы мировой финансовый кризис?**

ПП: Если финансирование уменьшится, отдача от капиталовложений окажется намного ниже. Если действия будут откладываться, то это приведет к увеличению затрат в будущем. Меня беспокоит то, что правительства вначале начнут урезать затраты на социальный сектор. Это часто имеет место в условиях экономического спада. В Японии, после финансового кризиса в 1990 году, они сократили помощь в целях развития на 60%. А без помощи стран в целях развития, без Глобального фонда беднейшие страны, более всего затронутые СПИДом, не смогут осуществлять свои программы по СПИДу.

В развивающихся странах правительства могут иметь меньше доходов. Они могут меньше получать денег из-за рубежа, меньше прямых частных инвестиций. Это означает увеличение числа уязвимых людей и может привести к активизации секс-бизнеса. Мы не знаем, насколько это вероятно. Но это вызывает у меня сильное беспокойство.

### **Вы часто называете себя активистом. Какую «оценку» Вы поставите активистам за последние несколько лет? Где они преуспели? Где потерпели неудачу?**

ПП: По моему мнению, активисты оказались очень успешными в сфере лечения, адвокации и мобилизации средств, в частности для Глобального фонда. Это высшая степень успеха. Что же касается активистов, работающих в целях профилактики, можно отметить Кампанию по обеспечению доступа к лечению в Южной Африке, но это исключение.

### **Как отделить политику от дебатов по вопросам профилактики?**

ПП: Это невозможно – и в этом нет ничего плохого. Речь идет об основном выборе в обществе и в жизни. Считать, что у нас может быть общество, которое будет полностью рациональным в отношении этих вопросов, – это иллюзия и может оказаться не совсем правильным... Нужен набор ценностей и принципов, направляющих политику, и затем вы автоматически включаете СПИД в сферу политики. Главное – чтобы эта политика была хорошей политикой, и, по мере возможности, если она подтверждена научными данными, такие данные должны использоваться для спасения жизней. Все еще есть страны, где программы снижения вреда для потребителей наркотиков противозаконны. Это плохая политика.

### **Что будет особенно трудным в работе в сфере профилактики в будущем?**

ПП: В Азии и Восточной Европе нам надо перестать ограничиваться работниками секс-бизнеса и потребителями наркотиков и посмотреть, какое влияние это может оказать на население в целом. И во-вторых, растет число стран на востоке и юге Африки, где до половины всех инфекций регистрируется среди устойчивых пар. Что мы должны делать? Это требует пересмотра наших подходов. Кроме того, нам нужна помощь со стороны делового сектора, с тем чтобы вопросами профилактики ВИЧ занимались профессионалы.

**«ЧТО МЕНЯ ДЕЙСТВИТЕЛЬНО БЕСПОКОИТ, ТАК ЭТО ТО, ЧТО, ХОТЯ МЫ И ДОБИЛИСЬ ИЗМЕРИМОГО ПРОГРЕССА В ОБЕСПЕЧЕНИИ ДОСТУПА К ЛЕЧЕНИЮ, МЫ НЕ ИМЕЕМ ТАКОЙ ЖЕ КАРТИНЫ В ОТНОШЕНИИ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ».**

### **Какой будет роль исследований для анализа путей передачи ВИЧ, которые показывают, где скорее всего могут произойти новые инфекции?**

ПП: Они, наверное, будут очень полезными, поскольку мы не всегда знаем, что происходит. Мы можем вести нашу работу по профилактике на основе информации о том, где эпидемия была пять лет назад. Положение могло измениться, но могло и не изменяться. Меня заботит не только то, что мы должны проводить хорошие исследования, но чтобы результаты этих исследований использовались. Проведение таких исследований в Лесото привело к переменам. В Таиланде делаются попытки изменить подход к профилактике, используя новую информацию. В Китае в исследованиях внимание уделяется гомосексуальным мужчинам. Труднее всего будет проводить исследования в странах с генерализованными эпидемиями – как интерпретировать такую информацию? Если ВИЧ распространен среди супружеских или устойчивых пар, то это очень большое число людей, и что с этим делать?

### **В своем выступлении на Международной конференции по СПИДу в Мехико Вы процитировали слова из песни Боба Марли «Давай, вставай, борись и не сдавайся». Затем Вы сказали: «Я буду это делать. А что будете делать вы?»**

ПП: Я пока что не знаю. Я буду занимать академический пост в Имперском колледже в Лондоне, Великобритания, и буду вести определенную работу в связи со СПИДом, но уже как гражданин и член общества. Сейчас мне потребуется некоторое время, чтобы определиться в жизни. Но я определенно хочу работать в нескольких смежных дисциплинах. Как сказал Боб Марли: «У нас есть свои мысли на этот счет».

Международная конференция по СПИДу, проведенная в августе в Мехико, позволила значительно повысить уровень понимания проблем СПИДа, касающихся молодых людей, имеющих особые потребности. Выступление 12-летней Керен Данауэй во время церемонии открытия вызывало резонанс во всем регионе, а также по всему миру.

Керен, заразившаяся при рождении от матери, вышла на сцену вместе с Президентом Мексики Фелипе Кальдероном и Генеральным секретарем ООН Пан Ги Мун, но именно она захватила внимание аудитории. Участники часто прерывали ее выступление громкими приветствиями, а в конце все встали и долго аплодировали, после того как она покинула сцену.

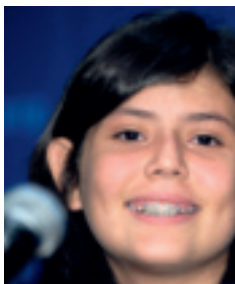


Фото: МОС

«Мальчики и девочки, живущие с ВИЧ, присутствуют здесь, и у нас много целей, пока мы взрослеем, – заявила она собравшимся».

«Мы хотим быть художниками, учителями, врачами – даже иметь семью и детей... Но мы сможем достичь этих целей, только если нам будут уделять внимание, в котором мы нуждаемся, когда нам предоставят нужные нам лекарства, когда нас будут принимать в школы».

**Оценки частоты заболеваемости сами по себе не могут изменить стратегии профилактики.** В то же время, исследования позволяют получить информацию для анализа мер в ответ на ВИЧ и указать, куда следует направить усилия по профилактике. Выбор стратегий должен определяться специалистами по профилактике ВИЧ и самими сообществами.

В пяти странах на востоке и юге Африки, которые завершили или завершают анализ путей передачи ВИЧ, были созданы руководящие комитеты, в состав которых входят представители правительства, многосторонних групп и неправительственных организаций. Каждый руководящий комитет проанализировал данные по мере их поступления. Эти пять стран разделяют чувство энтузиазма по поводу использования результатов такого анализа для определения своих национальных приоритетов по профилактике ВИЧ в будущем.

«Эта информация позволила нам уточнить нашу стратегию в области коммуникации и изменения поведения и будущие программы мер профилактики», – сказал Кекетсо Сефеане, председатель Национальной комиссии по СПИДу Лесото. «На уровне общин эти результаты помогут нам изменить акценты при выборе мероприятий для профилактики ВИЧ в ходе реализации пакета важнейших мер вмешательства. Результаты исследования путей передачи ВИЧ, а также результаты анализа половых отношений с наличием множества или нескольких партнеров одновременно позволили нам подтвердить полученные данные, а также усилить наше понимание основных факторов развития эпидемии в Лесото. Эти результаты также будут включены в текущий среднесрочный обзорный анализ нашего Национального стратегического плана по ВИЧ и СПИДу на 2006–2011 годы, который будет завершён к марту 2009 года», – добавил он.

В Таиланде такой анализ был использован для разработки программ профилактики ВИЧ в течение нескольких лет. «Данные, полученные системой эпиднадзора за ВИЧ в Таиланде среди групп населения, которым грозит самый высокий риск, с 1989 года и среди населения в целом с 1990 года, показали характер развития эпидемии в стране, которая представляет собой комбинацию генерализованной и концентрированной эпидемий, отмечаемых в определенных группах населения», – сказал д-р Петчсри Сиририун, Старший эксперт Департамента по контролю над заболеваниями при Министерстве общественного здравоохранения Таиланда.

В Таиланде национальные органы управления, организации гражданского общества и частный сектор объединили свои усилия и использовали полученную информацию для разработки текущего национального стратегического плана. Впервые в нем были четко указаны группы населения, которым грозит самый высокий риск, такие как работники секс-бизнеса, мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, и потребители инъекционных наркотиков, и были разработаны конкретные программы для этих групп.

«Данные, полученные при проведении других конкретных исследований, и данные эпиднадзора за поведением, а также различные стратегии, нацеленные на конкретные группы населения в рамках программ профилактики ВИЧ, были включены в наш Национальный стратегический план по СПИДу на 2007-2011 годы», – сказал д-р Петчери Сиринирун.

Мозамбик также готовится использовать такой анализ для разработки своего нового национального стратегического плана. «Мы считаем, что доклад, составленный Национальной референс-группой по профилактике для интенсификации и ускорения профилактики, а также исследование путей передачи ВИЧ выявили важные факты, которые нельзя будет не учитывать в новом национальном стратегическом плане в стремлении найти инновационные и эффективные ответные меры для Мозамбика и региона», – сказала Джоана Мангуэйра, Председатель Национального координационного органа по СПИДу.

«Нам нужны любые знания и опыт, которые позволят нам лучше понять эпидемию, с тем чтобы мы могли действовать более эффективно», – добавила она.

**АКТИВИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ ПОСРЕДСТВОМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ ПОДХОДОВ.** В настоящее время странам и общинам необходимо усилить стратегическое согласование своих схем финансирования с программами по профилактике ВИЧ, уделив особое внимание источникам новых инфекций.

Серия статей, опубликованных в августе 2008 года в медицинском журнале «Ланцет», была направлена на то, чтобы побудить научные круги, тех, кто занимается адвокацией, и политиков принять более интенсивный и эффективный подход к профилактике ВИЧ. В этих статьях содержался призыв к действиям и утверждается, что странам и общинам следует использовать все инструменты профилактики, с тем чтобы добиться значительных успехов в снижении распространения новых ВИЧ-инфекций (Piot, 2008).

«Каждый раз, когда предлагалось чудодейственное средство для борьбы со СПИДом, выяснялось, что оно не оправдывает ожиданий ... С точки зрения тех, кто осуществляет программы и разрабатывает политику, ни разу не было предложено универсальное решение проблемы СПИДа. «Комбинированная профилактика» столь же необходима, как и «комбинированное лечение», когда речь идет о том, что необходимо остановить эту эпидемию», – утверждают авторы в статье, напечатанной в журнале «Ланцет».

**Но что такое комбинированная профилактика?** Вы должны правильно выбрать поведенческие, биомедицинские и структурные действия и тактики для профилактики ВИЧ с учетом фактической эпидемии и потребностей тех, кому грозит самый высокий риск, точно так же как вы выбираете нужную комбинацию и дозировку препаратов для антиретровирусного лечения.

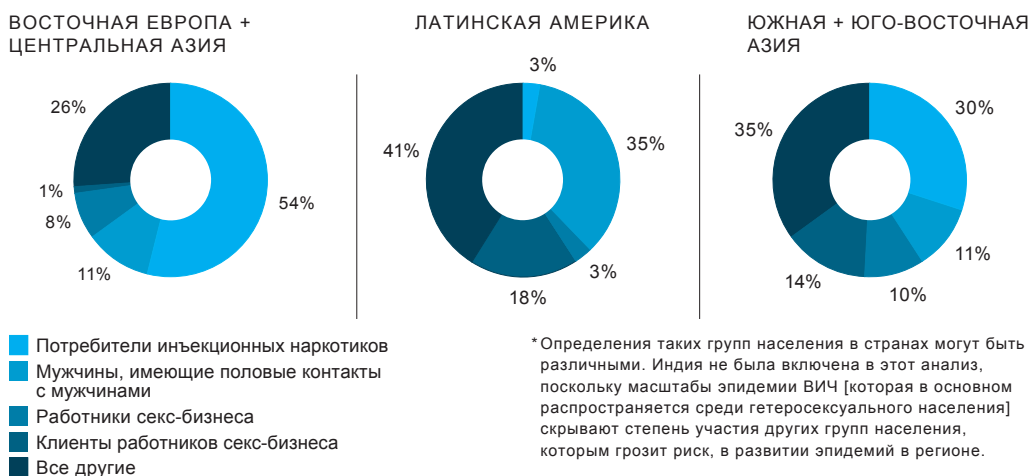
Комбинированная стратегия профилактики подчеркивает взаимодополняемость действий, которые становятся возможными, когда такие программы координируются и усиливают друг друга. Нет отдельно взятого «чудодейственного средства» для профилактики ВИЧ, но, в то же время, сделав правильный выбор, каждая страна может обеспечить эффективность, актуальность и масштабы действий по профилактике ВИЧ, которые необходимы для того, чтобы остановить процесс появления новых ВИЧ-инфекций.

История развития эпидемии показывает, что как страны, так и сообщества добивались успехов в предупреждении новых инфекций благодаря использованию комбинированных

стратегий профилактики, которые срабатывали сразу на нескольких уровнях. Какая-либо одна служба, один подход или одна группа населения не позволят добиться изменений в сексуальном поведении и практике употребления инъекционных наркотиков. Для этого требуется мобилизация населения, политическое и государственное участие и ресурсы. Комбинированные стратегии профилактики предполагают, что эффективные меры в ответ на ВИЧ должны осуществляться с учетом как непосредственных факторов риска, так и сопутствующей социальной динамики, которая делает людей уязвимыми к ВИЧ. Образование, свободный доступ к услугам и товарам и стратегии, направленные на обеспечение социальных перемен, – все это необходимые элементы эффективных программ профилактики ВИЧ. Очень трудно задать формулу заранее, однако когда мы ее себе представляем, мы можем увидеть взаимодополняемость различных элементов – создание такой политической среды, когда СПИД вносится в повестку дня как отдельная проблема; осуществление всеобъемлющих ответных мер на основе сострадания, которые приведут к искоренению стигмы; повышение уровня знаний, а не потакание привычному невежеству; а также готовность изменить соотношение сил между женщинами и мужчинами или молодыми и старыми.

При осуществлении мер по профилактике ВИЧ большинство стран признает необходимость в том, чтобы учитывать потребности различных групп населения и различных представителей в каждой такой группе. На рисунке 4 представлены самые последние данные, характеризующие распространение инфекций среди различных групп населения в Восточной Европе и Центральной Азии, Латинской Америке и Южной и Юго-Восточной Азии. На схеме показаны совокупные данные о распространенности инфекции по всем странам. Когда эти группы населения участвуют в программах по профилактике ВИЧ, главное заключается в том, чтобы найти пути для снижения риска заражения ВИЧ и уязвимости к ВИЧ в контексте сексуальной практики и практики употребления наркотиков, которые сильно отличаются в зависимости от социальных и экономических условий.

**РИСУНОК 4. ОЦЕНОЧНЫЕ ПРОПОРЦИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИЙ В РАЗЛИЧНЫХ ГРУППАХ НАСЕЛЕНИЯ\* ПО РЕГИОНАМ, 2007 г.**



В то же время эксперты сходятся в том, что многие страны просто не уделяют достаточного внимания работникам секс-бизнеса, потребителям инъекционных наркотиков и мужчинам, имеющим половые контакты с мужчинами. Зачастую нежелание политиков заниматься этими маргинальными группами означает, что их охват недостаточен или что программы профилактики не соответствуют условиям их жизни.

Точно так же программы профилактики ВИЧ для женщин должны определять, где и каким образом женщины сталкиваются с рисками заражения ВИЧ и как они становятся уязвимыми по причине таких рисков, и включать соответствующие меры для них. Такой анализ должен проводиться по регионам, по странам и – в оптимальном случае – по районам.



РИСУНОК 5. ГЛОБАЛЬНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, ПО ПОЛУ

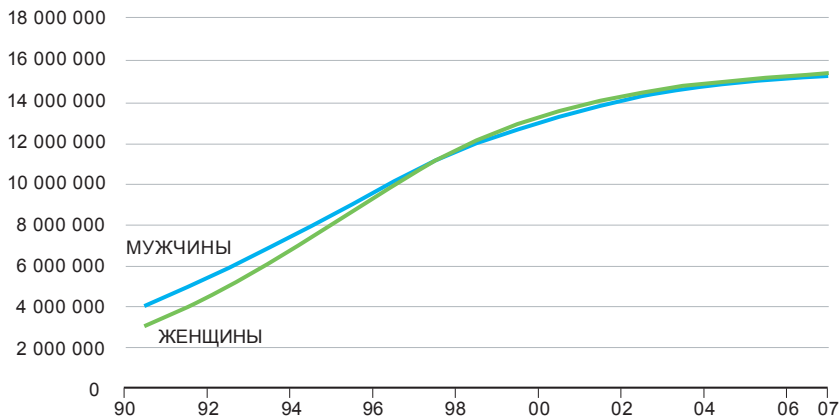


РИСУНОК 6. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, ПО ПОЛУ В АФРИКЕ К ЮГУ ОТ САХАРЫ

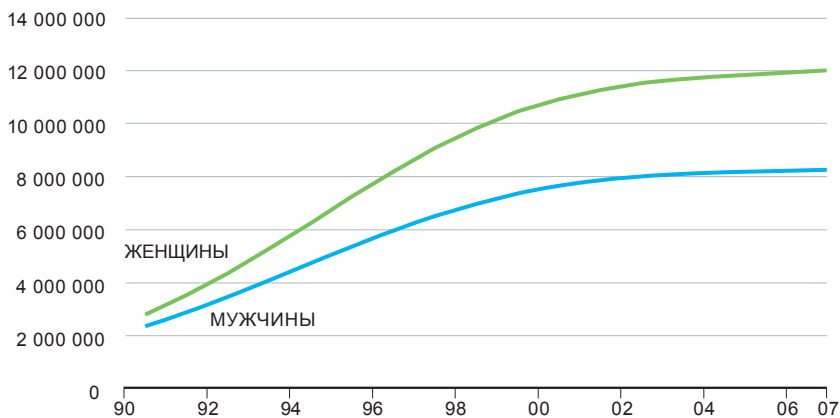
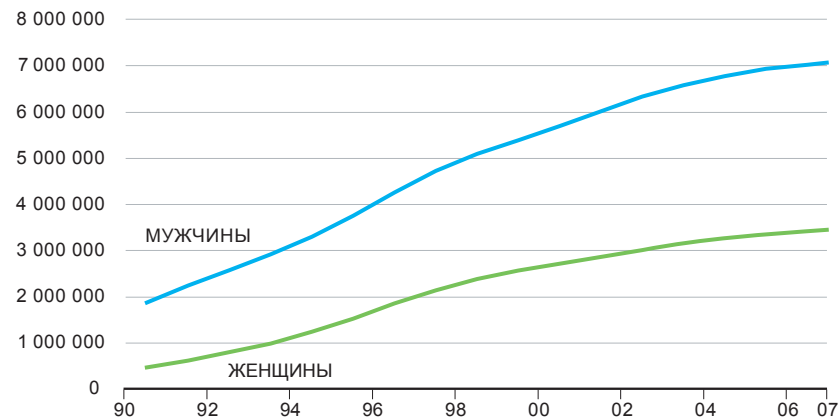


РИСУНОК 7. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, ПО ПОЛУ ВНЕ АФРИКИ К ЮГУ ОТ САХАРЫ



Источник: ЮНЭЙДС, 2008 г.

В течение ряда лет выражалась озабоченность по поводу «феминизации» СПИДа, особенно в Африке к югу от Сахары, где эта эпидемия росла более быстрыми темпами и оказалась более устойчивой среди женщин, в результате чего сегодня примерно шесть из десяти инфицированных составляют женщины. В то же время, вне этого региона на мужчин приходится примерно три четверти всех инфекций. В глобальном масштабе из оценочного числа людей, живущих с ВИЧ, которое на конец 2007 года составляло 33 миллиона человек, половина инфекций приходилась на женщин и половина на мужчин. Эта пропорция (50:50) оставалась примерно такой же в течение последнего десятилетия (ЮНЭЙДС, 2008). Эти цифры говорят о том, что для лучшего понимания местных факторов, способствующих развитию эпидемии, необходимо более внимательно проанализировать ситуацию на самом нижнем уровне.

В условиях зрелых и в то же время концентрированных эпидемий в Азии программы должны обеспечивать принятие эффективных мер в ответ на рост числа ВИЧ-инфекций среди замужних женщин. В южном регионе Африки программы должны более внимательно учитывать такие вопросы, как возраст начала половой жизни среди молодых женщин и их биологическая уязвимость, наличие нескольких половых партнеров, в том числе параллельных связей, роль насилия по гендерному признаку и половые контакты между людьми разных поколений.

В восьми странах юга Африки проводится широкое исследование, направленное на изучение факторов, обуславливающих наличие нескольких половых партнеров среди мужчин и женщин младшего и среднего возраста. Результаты таких исследований позволят странам проводить кампании, включая диалоги и обсуждение проблемы наличия нескольких половых партнеров. В частности, необходимо проанализировать факторы, обуславливающие наличие нескольких половых партнеров, в том числе параллельных связей, особенно в условиях, когда социальные нормы допускают наличие нескольких интимных партнеров как у мужчин, так и у женщин (Morris and Kretzschmar, 1997).

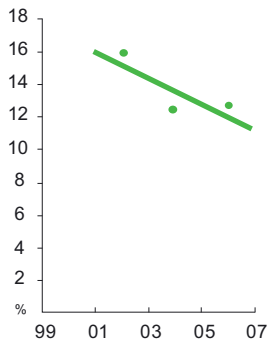
По мнению многих, риск заражения ВИЧ связан с наличием случайных половых контактов или покупкой сексуальных услуг, а интимность длительных партнерских отношений приводит к возникновению чувства безопасности, что совершенно не соответствует реальной ситуации, когда переключение сети половых партнеров способствует распространению ВИЧ.

В Уганде в 1980-х и 1990-х годах был организован широкий общенациональный диалог по вопросам поведения; по мнению многих, этот откровенный диалог сыграл важную роль в снижении числа новых инфекций. В ряде других стран, сильно затронутых ВИЧ, таких как Зимбабве и Руанда, изменения в сексуальном поведении привели к уменьшению числа новых ВИЧ-инфекций. Эти изменения также привели к более позднему началу половой жизни, уменьшению числа половых партнеров и расширению пользования презервативами среди лиц, имеющих несколько партнеров.

В Намибии комбинированный подход к профилактике ВИЧ, похоже, дал свои результаты: среди молодежи уровень знаний о ВИЧ увеличился, практика пользования презервативами расширилась, а частота половых контактов в возрасте до 15 лет при наличии более одного партнера в последние 12 месяцев уменьшилась. Были проведены кампании, направленные на то, чтобы мужчины и женщины воздерживались от рискованного секса. Проводилась широкая пропаганда презервативов; более 25 миллионов презервативов было распространено бесплатно. Поощрялась практика тестирования на ВИЧ. Больницы проводили лечение пациентов с заболеваниями, передающимися половым путем. Специальная работа проводилась среди работников секс-бизнеса и сотрудников силовых структур. Показатель распространенности ВИЧ среди взрослых, кажется, стабилизировался, а такой же показатель среди молодых женщин, посещающих родовые клиники, которые постоянно отслеживались в рамках эпиднадзора, снизился с медианного значения 15,8% в 2002 году до 12,5% в 2006 году (Министерство здравоохранения, Намибия, 2006).

Новые границы расширенного применения комбинированной профилактики ВИЧ начинают разрушать принцип «разделения» мер в ответ на ВИЧ на лечение и профилактику, включая роль самого лечения в обеспечении целей профилактики. Проводятся испытания методов профилактики до контакта – назначение антиретровирусных препаратов до небезопасных половых контактов может привести к предупреждению ВИЧ-инфекции. Кроме того, среди тех, кто уже живет с ВИЧ, проводятся исследования, чтобы понять может ли эффективное антиретровирусное лечение, снижающее вирусную нагрузку до неопределяемого уровня, устранить риск передачи ВИЧ.

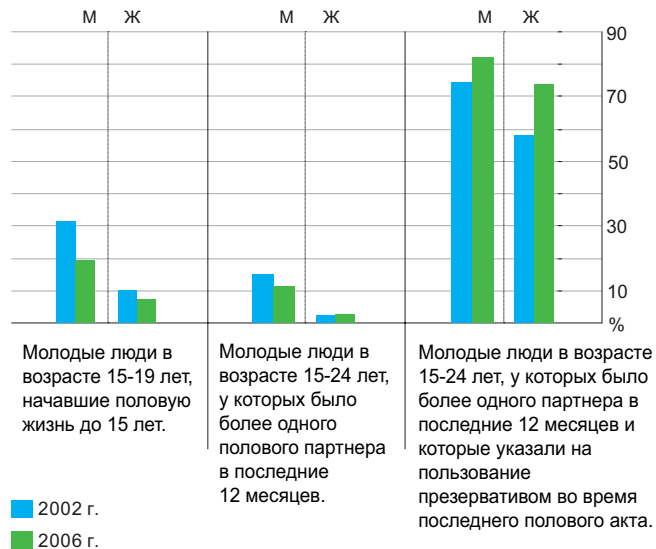
**РИСУНОК 8. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИЧ СРЕДИ МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН (15-24 ЛЕТ)\***



\*Посещающие дородовые женские клиники в Намибии.

Источник: Gouws et al. AIDS 2008 (готовится к печати)

**РИСУНОК 9. ИЗМЕНЕНИЯ ВО ВРЕМЕНИ ТРЕХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ\***



\* Измерены среди молодых женщин и мужчин в рамках обследований в области демографии и здравоохранения в Намибии в 2000 и 2006 годах.

Источник: Gouws et al. AIDS 2008 (готовится к печати).

Тем не менее, остается много нерешенных вопросов относительно того, каким образом антиретровирусное лечение может оптимизировать профилактику ВИЧ. Независимо от того, насколько оптимально используется такое лечение в различных ситуациях, не вызывает сомнений тот факт, что эффективные меры в ответ на СПИД по-прежнему требуют активного участия людей, живущих с ВИЧ.

## 2009—ЗАГЛЯДЫВАЯ В БУДУЩИЙ ГОД

В 2009 ГОДУ ПОЯВЯТСЯ НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ ИЗМЕНИТЬ ТЕМПЫ РАЗВИТИЯ ЭПИДЕМИИ СПИДА. В ТО ВРЕМЯ КАК ОДНА ИЗ ГЛОБАЛЬНЫХ ЦЕЛЕЙ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ УВЕЛИЧЕНИЕ ЧИСЛА ЛЮДЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ, МЫ ТАКЖЕ МОЖЕМ СТАВИТЬ ПЕРЕД СОБОЙ ЦЕЛЬ УМЕНЬШЕНИЯ ЧИСЛА ИНФИЦИРОВАННЫХ – ИСПОЛЬЗУЯ ДЛЯ ЭТОГО ПРИНЦИП «ЗНАТЬ СВОЮ ЭПИДЕМИЮ».

ПОНИМАНИЕ ПУТЕЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ПОСЛЕДНЕЕ ВРЕМЯ, А ТАКЖЕ ПРИЧИН ТАКОЙ ПЕРЕДАЧИ ПОЗВОЛЯЕТ СТРАНАМ ВЫБИРАТЬ ЭФФЕКТИВНЫЙ КОМБИНИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ.

ЭТОТ ПОДХОД НЕ ТОЛЬКО ПОЗВОЛИТ ПРЕДУПРЕДИТЬ СЛЕДУЮЩУЮ 1000 НОВЫХ ИНФЕКЦИЙ, НО ТАКЖЕ ЗАСТАВИТ БОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО РАБОТАТЬ ДЕНЬГИ, ВЫДЕЛЯЕМЫЕ В СВЯЗИ СО СПИДОМ, И ПОМОЖЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ ДОЛГОСРОЧНЫЕ И УСТОЙЧИВЫЕ МЕРЫ В ОТВЕТ НА СПИД.

### Диапазоны оценочных данных

Число новых ВИЧ-инфекций: 2007 г. – 2,7 [2,2–3,2] миллиона, 2001 г. – 3 [2,6–3,5] миллиона

Число детей, заразившихся ВИЧ: 2007 г. – 370 000 [330 000–410 000], 2000 г. – 450 000 [420 000–510 000]

Число людей, умерших от болезней, обусловленных ВИЧ: 2007 г. – 2 [1,8–2,3] миллиона, 2005 г. – 2,2 [1,8–2,3] миллиона

Источник: (ЮНЭЙДС, 2008).

### Библиография

A.Adebajo, et al. HIV and sexually transmitted infections among men who have sex with men (MSM) in Nigeria.: AIDS 2008- XVII International AIDS Conference: Abstract no. MOPE0411

A.Holman, et al. HIV risk factors and injections drug use among men who have sex with men in Zanzibar (Unguja), Tanzania. Oral Abstract session: AIDS 2008 – XVII International AIDS Conference: Abstract no. THAC0206

CDC. Pneumocystis pneumonia — Los Angeles;30:250–2 MMWR 30.

Commission on AIDS in Asia (2008). Redefining AIDS in Asia- crafting an effective response Oxford University Press, New Delhi

E.Umar, et al. A cross-sectional evaluation of the HIV prevalence and HIV-related risk factors of men who have sex with men (MSM) in Malawi.: AIDS 2008- XVII International AIDS Conference: Abstract no. MOPE0412

Gouws E et al. (2006). Short term estimates of adult HIV incidence by mode of transmission: Kenya and Thailand as examples. **Sexually Transmitted Infections**, 82( suppl.3):iii51-iii5.

Gouws E, Stanecki K, Lyerla R, Ghys P. The epidemiology of HIV infection among young people aged 15 – 24 years in southern Africa. AIDS 2008, paper in press.

Government of Namibia, 2007. United Nations General Assembly Special Session Country Report, Reporting period April 2006- March 2007

Government of Uganda., UNAIDS., Uganda AIDS Commission. Estimation of sources of incident HIV infections. A review of the sources of incident HIV infections in Uganda. Kampala, Uganda: Government of Uganda, UNAIDS, Uganda AIDS Commission, 2008.

Mathers et al (2008). Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. **Lancet** 2008, 372:1733-45

Ministry of Health Namibia 2006. Ministry of Health and Social Services. Report of the 2006 National HIV Sentinel Survey. Windhoek, Republic of Namibia: Ministry of Health and Social Services, 2007.

Morris M, Kretzschmar M (1997). Concurrent partnerships and the spread of HIV. AIDS, 11(5):641\_648.

Thai Working Group on HIV/AIDS Projection and the Analysis and Advocacy (A<sup>2</sup>) Project in Thailand. The Asian Epidemic Model (AEM) Projections for HIV/AIDS in Thailand: 2005-2025, 2008.

Piot et al, (2008) Coming to terms with complexity: a call to action for HIV prevention, **Lancet**, 2008; 372:845-859

UNAIDS (2008). Report on the Global AIDS epidemic, Geneva

WHO (2008). Towards universal access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector, Geneva.





UNAIDS  
20, AVENUE APPIA  
1211 GENEVA 27  
SWITZERLAND

Tel +41 22 791 3666  
Fax +41 22 791 4187  
Email [unaids@unaids.org](mailto:unaids@unaids.org)

[www.unaids.org](http://www.unaids.org)



**ЮНЭЙДС**  
ОБЪЕДИНЕННАЯ ПРОГРАММА ООН ПО ВИЧ/СПИДУ

УВКЕ ООН  
ЮНИСЕФ  
ВПП  
ПРООН  
ЮНЭЙТ  
ЮНОДК  
МОТ  
ЮНЕСКО  
ВОЗ  
ВСЕМИРНЫЙ БАНК