



**РОССИЙСКИЙ КОМИТЕТ
ЗАЩИТЫ МИРА**

**ВИЧ/СПИД
В СОЕДИНЕННЫХ
ШТАТАХ АМЕРИКИ:
НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ
ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ
ЭПИДЕМИИ**

аналитический материал

**МОСКВА
2006**

Уважаемые читатели,

Российский комитет защиты мира представляет аналитический материал «ВИЧ/СПИД в Соединенных Штатах Америки: нерешенные вопросы противодействия эпидемии», подготовленный российскими специалистами в области права, социологии, политологии и медицины.

Мировое сообщество расценивает эпидемию ВИЧ/СПИДа как самую серьезную проблему в области здравоохранения, стоящую перед человечеством. Трагически воспринимается гибель более 25 млн. человек в мире от ВИЧ-инфекции. Еще более тревожен факт дальнейшего распространения заболевания во многих странах мира. До настоящего времени не удается найти лекарства для полного излечения от ВИЧ-инфекции. Продолжает существовать дискриминация больных ВИЧ-инфекцией, что препятствует эффективным мероприятиям по противодействию эпидемии.

Пандемия ВИЧ/СПИДа оказывает серьезное влияние на социально-экономическое развитие большинства стран мирового сообщества. Для ряда стран, прежде всего африканского континента, последствия эпидемии настолько серьезны, что для их минимизации требуются усилия всего мирового сообщества.

Соединенные Штаты Америки являются безусловным лидером всех глобальных программ противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции, как в области разработки вакцин и новых лекарственных препаратов против СПИДа, так и организации медико-социальной помощи больным и просветительской работы среди населения, международного научно-технического сотрудничества и помощи развивающимся странам.

Для Российской Федерации изучение развития эпидемии в США имеет важное значение не только по причине имеющегося у этой страны опыта в противодействии распространению ВИЧ/СПИДа, но и потому, что в России активно действует ряд неправительственных организаций, финансируемых Агентством США по международному развитию (USAID) и другими американскими структурами. Эти организации пытаются оказывать содействие российскому депутатскому корпусу, бизнес- и медиа-сообществам в проведении Анти-ВИЧ/СПИД мероприятий, они участвуют в формировании общественного восприятия проблем, связанных с распространением ВИЧ/СПИДа. Вместе с тем сам американский опыт борьбы со СПИДом требует критического осмысления.

Убежден, что представляемый Вашему вниманию анализ опыта противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа в США станет полезным вкладом Российского комитета защиты мира в борьбу с ВИЧ/СПИДом, которую ведет Организация Объединенных наций и государства-члены этой организации на мировом и национальном уровне, в соответствии с Декларацией приверженности делу борьбы со СПИДом, принятой в 2001 году 189 странами на специальной сессии ООН, посвященной этому вопросу, и дополненной в июне 2006 года.

А.А. Клишин

Председатель Российского комитета защиты мира
Член Совета Федерации
Доктор юридических наук, профессор

СОДЕРЖАНИЕ

3	Введение
5	1 Ситуация в мире: цифры и факты
9	2 Особенности глобальной статистики по ВИЧ/СПИДу
14	3 Проблема всеобщего доступа к антиретровирусным препаратам и резистентность ВИЧ
17	4 Эпидемия ВИЧ/СПИДа в США
25	5 Доступ к лечению в США
29	6 Стигма, дискриминация и проблема прав человека в США, связанные с ВИЧ/СПИДом
33	7 Подходы правительства США к финансированию борьбы со СПИДом на глобальном уровне и внутри страны
36	Заключение
38	Источники

ВВЕДЕНИЕ

Уже четверть века человечество живет в условиях эпидемии ВИЧ-инфекции. Учитывая, что наука добилась значительных результатов, как в области изучения молекулярной структуры ВИЧ, путей его распространения, патогенеза СПИДа, так и создания большого количества противовирусных лекарственных препаратов, можно было ожидать, что за этот достаточно большой период произойдет кардинальный прорыв в противодействии эпидемии. Однако число новых случаев заражения продолжает интенсивно увеличиваться. Более того, смерть от СПИДа уже более 25 млн. человек во всем мире вынуждает признать эпидемию самой разрушительной в истории человечества¹. Если пандемия ВИЧ/СПИДа в ближайшее время не будет остановлена, она может стать фактором разрушения международной стабильности и безопасности на глобальном уровне¹.

В специальных докладах ООН об эпидемии СПИДа, многих национальных и

региональных документах по этой проблеме приводятся глобальные характеристики распространения ВИЧ-инфекции, анализируются последствия этого распространения, предлагаются меры и программы предотвращения неконтролируемого влияния заболевания, вызываемого ВИЧ, на человечество в целом, а также население отдельных стран и регионов.

Сложность проблемы усугубляется тем, что многие страны до сих пор не имеют достаточных статистических данных, результатов компьютерного моделирования или эпидемиологического анализа по проблеме СПИДа, необходимых для разработки мер эффективной профилактики и лечения этого заболевания². По мнению некоторых американских экспертов до 90% ВИЧ-инфицированных в развивающихся странах не знают о своем ВИЧ-статусе³.

Несмотря на чрезвычайно серьезное положение, в последние пять лет наметился определенный прогресс в противодействии эпидемии ВИЧ/СПИДа. Увеличивается финансирование глобальных и региональных анти-ВИЧ/СПИД программ, укрепляется приверженность глав государства и правительств, а также гражданского общества делу борьбы с ВИЧ/СПИДом.

Вопрос ВИЧ/СПИДа стал отдельной темой обсуждения глав стран Группы восьми на саммите в июле 2006 года в Санкт-Петербурге.

Повсеместно расширяется доступ к лечению больных ВИЧ/СПИДом. Продолжаются интенсивные исследования в области создания вакцины, в которых достигнуты определенные успехи. Появляются все более эффективные, безопасные и удобные

для применения лекарственных препараты, значительно продлевающие жизнь больных, повышающие ее качество, фактически предупреждающие развитие СПИДа у большинства ВИЧ-инфицированных, своевременно начавших лечение.

В глобальном и национальном масштабе на первый план выдвигается задача — достичь опережающего темпа мероприятий по противодействию эпидемии по сравнению с темпами ее распространения.

Анализ колоссального опыта США в борьбе с ВИЧ/СПИДом, с учетом беспрецедентного научно-технического потенциала, практически неограниченного финансового ресурса позволяет оценить реальные возможности мирового сообщества и отдельных стран в противодействии этому биосоциальному явлению.

Данный аналитический материал подготовлен коллективом авторов:

Кожокин Евгений Михайлович, директор Российского института стратегических исследований;

Мазус Алексей Израилевич, руководитель Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом Департамента здравоохранения города Москвы;

Глуценко Юрий Николаевич, ведущий научный сотрудник Российского института стратегических исследований;

Ольшанский Александр Яковлевич, заведующий отделом лабораторной диагностики Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом Департамента здравоохранения города Москвы.

1

СИТУАЦИЯ В МИРЕ: ЦИФРЫ И ФАКТЫ

По оценкам Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (UNAIDS), ситуация в мире представляется следующим образом. Общее число людей, живущих с ВИЧ, в 2005 г. составляло 38,6 млн. (33,4 – 46,0) человек⁴.

Более 60% от общего числа ВИЧ-инфицированных в мире проживает на африканском континенте к югу от Сахары⁵.

В глобальном масштабе второй по величине показатель количества инфицированных ВИЧ отмечен в Карибском регионе, где СПИД вышел на первое место среди причин смертности среди населения возрастной группы от 15 до 44 лет⁵.

Самые высокие темпы распространения инфекции наблюдаются в Восточной и Центральной Азии, а также Восточной Европе, где масштабы эпидемии увеличились почти в девять раз менее чем за 10 лет⁵.

Численность населения во многих странах Азии настолько велика, что даже незначительный прирост национального показателя распространенности ВИЧ реально означает миллионы людей, живущих с вирусом. (табл. 1).

Вместе с тем, проблема СПИДа остается актуальной и для высокоразвитых стран (табл.2).

В Соединенных Штатах Америки в последние 10 лет ежегодный прирост новых случаев ВИЧ-инфекции составлял около 40 тыс. человек, при этом за весь период регистрации ВИЧ-инфекции общее количество случаев заболевания составило около 1,5 млн. человек⁶.

В Канаде, где к 2005 г. было зарегистрировано порядка 58 тыс. случаев ВИЧ-инфекции, ход эпидемии также претерпевает изменения. За последние пять лет количество новых случаев ВИЧ-инфекции, выявляемых ежегодно, выросло на 20% (с 2 111 в 2000 г. до 2 529 в 2004 г.)⁵.

Так же как и в США, в Канаде отчетливо выражены процессы феминизации эпидемии. Если в 1995 году на долю женщин приходилось менее 10% новых случаев заболевания, то в 2004 г. этот показатель превысил 25%. Наиболее подвержены инфицированию ВИЧ молодые женщины в возрасте 15–29 лет, на долю которых в 2004 г. приходилось 42% новых случаев заражения ВИЧ (по сравнению с 13% в 1985–1994 гг.)⁵.

В Западной Европе в настоящее время проживает более полумиллиона людей, инфицированных ВИЧ, и это число продолжает расти.

Установлено, что изменения в характере эпидемии ВИЧ-инфекции в Западной Европе связаны с ростом инфицирования при гетеросексуальных контактах, причем, из 20 тыс. новых случаев ВИЧ-инфекции, зарегистрированных в 2004 г. в этом регионе (за исключением Италии, Норвегии и Испании, данные по которым отсутствуют), более одной трети приходилось на женщин⁵.

Таблица 1. Региональная статистика и характеристика ВИЧ и СПИДа, 2003 и 2005 годы⁵

	Взрослые и дети, живущие с ВИЧ	Число новых ВИЧ-инфекций среди взрослых и детей	Распространённость среди взрослых (%)	Смертность от СПИДа среди взрослых и детей
Африка к югу от Сахары				
2005	25,8 млн. (23,8–28,9 млн.)	3,2 млн. (2,8–3,9 млн.)	7,2 (6,6–8,0)	2,4 млн. (2,1–2,7 млн.)
2003	24,9 млн. (23,0–27,9 млн.)	3,0 млн. (2,7–3,7 млн.)	7,3 (6,7–8,1)	2,1 млн. (1,9–2,4 млн.)
Северная Африка и Ближний Восток				
2005	510 тыс. (230 тыс.–1,4 млн.)	67 тыс. (35 тыс.–200 тыс.)	0,2 (0,1–0,7)	58 тыс. (25 тыс.–145 тыс.)
2003	500 тыс. (200 тыс.–1,4 млн.)	62 тыс. (31 тыс.–200 тыс.)	0,2 (0,1–0,7)	55 тыс. (22 тыс.–140 тыс.)
Южная и Юго-Восточная Азия				
2005	7,4 млн. (4,5–11,0 млн.)	990 тыс. (480 тыс.–2,4 млн.)	0,7 (0,4–1,0)	480 тыс. (290 тыс.–740 тыс.)
2003	6,5 млн. (4,0–9,7 млн.)	840 тыс. (410 тыс.–2,0 млн.)	0,6 (0,4–0,9)	390 тыс. (240 тыс.–590 тыс.)
Восточная Азия				
2005	870 тыс. (440 тыс.–1,4 млн.)	140 тыс. (42 тыс.–390 тыс.)	0,1 (0,05–0,2)	41 тыс. (20 тыс.–68 тыс.)
2003	690 тыс. (350 тыс.–1,1 млн.)	100 тыс. (33 тыс.–300 тыс.)	0,1 (0,04–0,1)	22 тыс. (11 тыс.–37 тыс.)
Океания				
2005	74 тыс. (45 тыс.–120 тыс.)	8 200 (2 400–25 тыс.)	0,5 (0,2–0,7)	3 600 (1 700–8 200)
2003	63 тыс. (38 тыс.–99 тыс.)	8 900 (26 тыс.–27 тыс.)	0,4 (0,2–0,6)	2 тыс. (910–4 900)
Латинская Америка				
2005	1,8 млн. (1,4–2,4 млн.)	200 тыс. (130 тыс.–360 тыс.)	0,6 (0,5–0,8)	66 тыс. (52 тыс.–86 тыс.)
2003	1,6 млн. (1,2–2,1 млн.)	170 тыс. (120 тыс.–310 тыс.)	0,6 (0,4–0,8)	59 тыс. (46 тыс.–77 тыс.)
Карибский бассейн				
2005	300 тыс. (200 тыс.–510 тыс.)	30 тыс. (17 тыс.–71 тыс.)	1,6 (1,1–2,7)	24 тыс. (16 тыс.–40 тыс.)
2003	300 тыс. (200 тыс.–510 тыс.)	29 тыс. (17 тыс.–68 тыс.)	1,6 (1,1–2,7)	24 тыс. (16 тыс.–40 тыс.)
Восточная Европа и Центральная Азия				
2005	1,6 млн. (990 тыс.–2,3 млн.)	270 тыс. (140 тыс.–610 тыс.)	0,9 (0,6–1,3)	62 тыс. (39 тыс.–91 тыс.)
2003	1,2 млн. (740 тыс.–1,8 млн.)	270 тыс. (120 тыс.–680 тыс.)	0,7 (0,4–1,0)	36 тыс. (24 тыс.–52 тыс.)
Западная и Центральная Европа				
2005	720 тыс. (570 тыс.–890 тыс.)	22 тыс. (15 тыс.–39 тыс.)	0,3 (0,2–0,4)	12 тыс. <15 тыс..)
2003	700 тыс. (550 тыс.–870 тыс.)	20 тыс. (13 тыс.–37 тыс.)	0,3 (0,2–0,4)	12 тыс. <15 тыс.
Северная Америка				
2005	1,2 млн. (650 тыс.–1,8 млн.)	43 тыс. (15 тыс.–120 тыс.)	0,7 (0,4–1,1)	18 тыс. (9 тыс.–30 тыс.)
2003	1,1 млн. (570 тыс.–1,8 млн.)	43 тыс. (15 тыс.–120 тыс.)	0,7 (0,3–1,1)	18 тыс. (9 тыс.–30 тыс.)
ИТОГО				
2005	40,3 млн. (36,7–45,3 млн.)	4,9 млн. (4,3–6,6 млн.)	1,1 (1,0–1,3)	3,1 млн. (2,8–3,6 млн.)
2003	37,5 млн. (34,0–41,9 млн.)	4,6 млн. (4,0–6,0 млн.)	1,1 (1,0–1,2)	2,8 млн. (2,5–3,1 млн.)

Таблица 2. Статистика и характеристика ВИЧ и СПИДа в 2003 и 2005 гг. в Северной Америке, Западной и Центральной Европе⁵

	Взрослые и дети, живущие с ВИЧ	Женщины, живущие с ВИЧ	Число новых ВИЧ-инфекций среди взрослых и детей	Распространённость среди взрослых (%)	Смертность от СПИДа среди взрослых и детей
2005	1,9 млн. (1,3–2,6 млн.)	490 тыс. (340 тыс.–670 тыс.)	65 тыс. (35 тыс.–140 тыс.)	0,5 (0,3–0,7)	30 тыс. (19 тыс.–42 тыс.)
2003	1,8 млн. (1,3–2,5 млн.)	450 тыс. (320 тыс.–620 тыс.)	63 тыс. (34 тыс.–140 тыс.)	0,4 (0,3–0,6)	30 тыс. (19 тыс.–42 тыс.)

Так называемый «миграционный ВИЧ-компонент» становится в последние годы все более актуальным для стран Западной Европы. Установлено, что значительная часть новых зарегистрированных случаев инфицирования связана с проживающими в Европе мигрантами, среди которых преобладают выходцы из тех стран африканского континента, где отмечены наиболее высокие показатели распространенности ВИЧ/СПИДа.

Кроме «миграционного ВИЧ-компонента» на увеличение числа новых случаев ВИЧ-инфекции может оказывать влияние и ряд других факторов. Так, в Великобритании одним из подобных факторов стало увеличение количества лабораторных исследований на ВИЧ-инфекцию. С 2000 года в Великобритании введена клиническая отчетность по диагнозам ВИЧ/СПИД, что неизбежно привело к увеличению числа официально регистрируемых случаев заболевания (с 3 499 в 2000 году до 7 258 в 2004 году).⁵

Рост новых случаев инфицирования обусловлен резким увеличением роли полового пути распространения ВИЧ. В странах с высоким уровнем заболеваемости ВИЧ-инфекцией почти 80% впервые выявленных случаев заражения ВИЧ связаны с гетеросексуальными контактами. При этом в Западной Европе, США, Канаде имеются весомые данные о том, что основным фак-

тором риска для многих женщин, заразившихся ВИЧ, является рискованное поведение их партнеров-мужчин, которое зачастую остается скрытым.

В то же время в Германии в период с 2001 по 2004 гг. число новых случаев ВИЧ-инфекции среди мужчин, занимающихся сексом с мужчинами (МСМ), практически удвоилось (с 530 до 982), и этот путь передачи стал основной причиной устойчивого общего роста новых случаев инфицирования, число которых составило 2 058 в 2004 г.⁵ Не вызывает сомнений, что эти тенденции отражают реальный рост числа новых случаев, поскольку уровень тестирования населения с 1990-х годов до настоящего времени практически не изменился.

Гомосексуальный путь инфицирования остается серьезным фактором развития эпидемии в Дании, Франции и Нидерландах. Во Франции в 2003 и 2004 гг. около 20% всех новых случаев ВИЧ-инфекции были зарегистрированы у МСМ, причем 58% из них были инфицированы недавно. В Нидерландах на гомосексуальный путь передачи ВИЧ приходилось более 40% впервые диагностированных в 2003 и 2004 годах случаев инфицирования.⁵

Количество ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) снизилось в 1990-х гг. в Испании и Португалии, а в 2004 г. они составляли всего треть всех новых случаев ВИЧ-инфек-

1

ции, хотя еще в 2002 г. на ПИН приходилась почти половина новых случаев заражения ВИЧ⁵.

На Польшу и Турцию⁷ приходится более половины новых ежегодных случаев ВИЧ-инфекции в Центральной Европе. Если ранее доминирующим фактором в эпидемии в Польше было потребление инъекционных наркотиков, то теперь на него приходится менее трети новых случаев инфицирования, а основным путем передачи ВИЧ-инфекции стал половой, как гетеросексуальный, так и гомосексуальный между мужчинами.

На современном этапе развития пандемии ВИЧ/СПИДа характерно дальнейшее нарастание эпидемического процесса не только в развивающихся странах, но и промышленно развитых государствах, включая страны Группы восьми.

2

ОСОБЕННОСТИ ИНТЕРПРЕТАЦИИ ДАННЫХ ГЛОБАЛЬНОЙ СТАТИСТИКИ ПО ВИЧ/СПИДУ

Все приведенные выше статистические данные получены на основании обследования определенных групп населения (дозорный эпидемиологический надзор) с последующей экстраполяцией полученных данных на все население страны или региона. До настоящего времени в мире отсутствует единая система надзора за ВИЧ-инфекцией, которая была бы основана на регистрации каждого выявленного случая заражения ВИЧ, таким образом, практически все данные, представленные в глобальных докладах UNAIDS и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) носят оценочный характер.

Мировая статистика по ВИЧ-инфекции, приводимая в ежегодных докладах UNAIDS в течение последних пяти лет, представлена в сводной таблице 3.

Сопоставляя по таблице количество людей, впервые инфицированных ВИЧ, с числом смертей от СПИДа в период с 2001 по 2005 год, нетрудно подсчитать, что если бы данные UNAIDS соответствовали действительности, то к концу 2005 года количество живущих с ВИЧ/СПИДом в мире составило бы 50 млн. человек. Поскольку число людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, к концу 2005 года составляет меньшую величину, то можно сделать вывод, что либо с 2001 года количество больных не увеличивалось, либо приведенные в таблице 3 данные носят весьма условный характер.

В опубликованном UNAIDS в мае 2006 года докладе «Обзор глобальной эпидемии СПИДа» наблюдается еще одно противоречие. График, представленный в работе, демонстрирует угрожающую тенденцию роста числа ВИЧ-инфицированных в период с 1990 по 2005 годы (график 1). При этом констатируется, что мировой «показатель заболеваемости ВИЧ достиг своего пика в конце 1990-х годов и впоследствии стабилизировался».

В последние годы специалисты ряда мировых центров по контролю за инфекционной заболеваемостью, включая специалистов России и США, подвергают обоснованному сомнению оценочные показатели UNAIDS не только для стран Восточной Европы, но и для африканского континента.

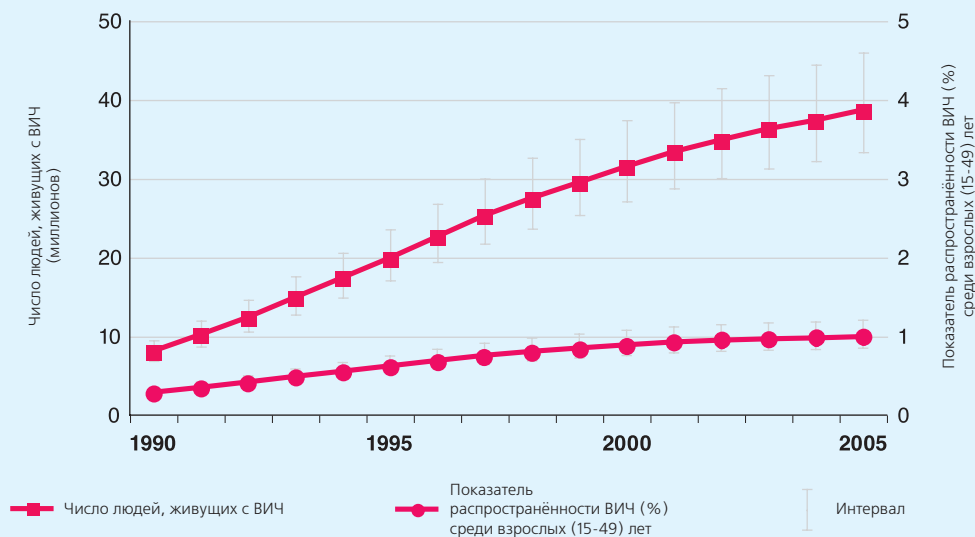
Очевидное несоответствие оценочных показателей реальному состоянию проблемы вынудило UNAIDS применить рамочные показатели, причем границы этих рамок с каждым годом то сужаются, то расширяются. В докладе «Обзор глобальной эпидемии СПИДа» 2006 года разница между нижней и высшей границей, обозначающей число ВИЧ-инфицированных в мире,

Таблица 3. Сводные статистические данные, характеризующие эпидемию ВИЧ/СПИДа в мире

	Люди, живущие с ВИЧ	Люди, впервые инфицированные ВИЧ в данном году	Число случаев смерти от СПИДа в данном году
2000 ^a	36,1 млн.	5,3 млн.	3 млн.
2001 ^a	40 млн.	5 млн.	3 млн.
2002 ^b	42 млн.	5 млн.	3,1 млн.
2003 ^b	40 млн. (34–46 млн.)	5 млн. (4,2–5,8 млн.)	3 млн. (2,5–3,5 млн.)
2003 ^c	38 млн. (35–42 млн.)	4,8 млн. (4,2–6,3 млн.)	2,9 млн. (2,6–3,3 млн.)
2004 ^b	39,4 млн. (35,9–44,3 млн.)	4,9 млн. (4,3–6,4 млн.)	3,1 млн. (2,8–3,5 млн.)
2005 ^b	40,3 млн. (36,7–45,3 млн.)	4,9 млн. (4,3–6,3 млн.)	3,1 млн. (2,8–3,6 млн.)
2005 ^a	38,6 млн. (33,4–46,0 млн.)	4,1 млн. (3,4–6,2 млн.)	2,8 млн. (2,4–3,3 млн.)

2

График 1. Глобальная эпидемия ВИЧ, 1900-2005 гг.



достигла рекордной величины и составила 12,6 млн. человек (33,4 – 46,0), при усредненном оценочном показателе 38,6 млн. человек⁴ (в декабре 2005 года – 8,6 млн. человек при усредненном оценочном показателе 40,3 млн. человек)⁵.

Чтобы обосновать это несоответствие, авторы вынуждены были внести в доклад определенные пояснения и уточнения. Так, уменьшение оценочных данных за 6 месяцев (время, прошедшее с декабря 2005 года) на почти 2 млн. человек трактуется как «подлинное снижение показателей распространённости ВИЧ в ряде стран», а также «изменения в связи с новыми данными, полученными за последние два года»⁴.

Одним из примеров «свободной» интерпретации эпидемиологических данных может служить описание UNAIDS ситуации

в Российской Федерации. Несмотря на официально зарегистрированное в стране количество случаев ВИЧ-инфекции – 350 тыс. человек, приведенные в докладе оценочные данные о числе людей, живущих с ВИЧ в России, составляют от 560 тыс. до 1,6 млн. человек. На основании этих цифр рассчитан национальный показатель распространённости ВИЧ – более 1% населения (0,7% – 1,8%)⁴.

Можно согласиться, с тем что, несмотря на высокий уровень скрининга населения в России, выявить всех ВИЧ-инфицированных в стране не представляется возможным. Очевидно, что количество выявленных случаев ВИЧ-инфекции всегда меньше истинного количества инфицированных, однако, чем выше уровень скрининговых исследований, тем ближе пока-

2

затель заболеваемости к истинному количеству инфицированных лиц. В России объем исследований — один из самых больших в мире — 16% населения, или более 22 млн. исследований на ВИЧ-инфекцию ежегодно.

Показатель пораженности населения ВИЧ-инфекцией на конкретной территории можно определить методом дозорного эпидемиологического надзора, т.е. проведением выборочных исследований, как в уязвимых группах, так и среди совокупного населения.

Проведение такого исследования среди контингента больных, госпитализированных в течение одного года в травматологические отделения крупных московских больниц (случайная выборка «обычного» населения) показало, что уровень распространенности ВИЧ-инфекции в Москве не превышает 0,2%¹⁴, что даже несколько ниже показателя, рассчитанного на основании количества официально зарегистрированных ВИЧ-инфицированных в городе.

Таким образом, показатель пораженности территории, рассчитанный на основании данных ежегодного скрининга (уязвимых групп, доноров, беременных женщин и других, подлежащих тестированию лиц), который охватывает более 20% проживающего населения региона, является достоверным для оценки истинной картины распространенности заболевания.

Учитывая, что показатели заболеваемости в Москве соответствуют среднероссийским, с высокой степенью достоверности можно говорить об аналогичной ситуации в целом по стране.

Проведенный в 2005 году специальный

опрос российских врачей¹⁵ по проблемам ВИЧ/СПИДа показал, что данные официальной российской статистики по ВИЧ/СПИДу и сведения о лицах, умерших от СПИДа в различных регионах страны так же отражают реальную картину заболеваемости в Российской Федерации.

UNAIDS не приводит никаких объяснений относительно того, каким образом для страны, являющейся на сегодня в мире эталоном эпидемиологического мониторинга ВИЧ-инфекции, показатель распространенности эпидемии произвольно увеличивается более чем в 5 раз, по сравнению с реальным показателем.

Вместе с тем для Соединенных Штатов Америки, несмотря на официальные данные Центра по контролю за распространением и профилактике заболеваний США (CDC) о превышении числа в 1 млн. больных ВИЧ/СПИДом в стране¹⁶, UNAIDS предлагает нижнюю границу оценочного показателя 720 тыс. человек⁴, т.е. почти на 30% меньше официально зарегистрированного количества больных в США.

Для оценки (классификации) уровня эпидемического процесса в различных регионах мира ВОЗ и UNAIDS используют следующие характеристики: эпидемия низкого уровня или умеренная (показатель распространенности ВИЧ ниже 1% с равномерным распространением среди всех групп населения, причем в уязвимых группах распространенность ниже 5%), концентрированная эпидемия (показатель распространенности ВИЧ в любой группе риска больше 5%) и генерализованная эпидемия (показатель распространенности ВИЧ среди всего населения больше 1%)¹⁷.

2

Если применить эту классификацию для оценки эпидемической ситуации в конкретных странах, можно получить следующие результаты:

В России на пике заболеваемости ВИЧ-инфекцией в 2001 году распространенность ВИЧ в группе потребителей наркотиков впервые превысила 5% и составила 6,1%, т.е. эпидемия стала концентрированной. Однако уже в следующем, 2002 году, этот показатель снизился до 3,1%¹⁸.

Эпидемия ВИЧ/СПИДа в Российской Федерации сегодня характеризуется как эпидемия низкого уровня, поскольку распространенность ВИЧ-инфекции в наиболее уязвимой группе — наркоманы — не превышает 5% (в 2005 году — 2,1%), а показатель распространенности ВИЧ/СПИДа среди совокупного населения ниже 1% (в 2005 году — 0,24%)¹⁸.

По классификации UNAIDS, в группу стран с низким уровнем распространенности ВИЧ попадают, как страны, практически не затронутые эпидемией (Финляндия, Япония, где этот показатель не более 0,1%), так и Панама или Индия, с распространенностью 0,9%; а критериям генерализованной эпидемии ВИЧ/СПИДа соответствуют страны с распространенностью 1,1% (Эстония) и государства, где более 37% взрослого населения инфицировано ВИЧ (Лесото, Ботсвана)¹⁹.

Очевидно, что применение такой классификации не имеет эпидемиологического смысла и требует существенного пересмотра.

Несмотря на то, что объективные динамические характеристики эпидемиологической ситуации в России свидетельствуют о развитии эпидемии по сценарию, который,

пусть и с крайней осторожностью, можно назвать оптимистическим, UNAIDS продолжает утверждать, что российская эпидемия нарастает катастрофическими темпами⁴.

Эпидемиологическую ситуацию в стране можно представить различными моделями. Например, в Москве динамические характеристики эпидемии ВИЧ/СПИДа можно описать следующим образом:

первая модель: за последние 18 лет количество ВИЧ-инфицированных москвичей возросло более чем в 23 тысячи раз;

вторая модель: последние 7 лет Москва демонстрирует самые высокие темпы распространения ВИЧ-инфекции среди всех мировых столиц;

третья модель: последние 6 лет Москва демонстрирует самые высокие темпы снижения заболеваемости ВИЧ-инфекции среди всех мировых столиц.

Любопытно, что каждая из этих моделей верна на определенном этапе эпидемии.

Действительно, с 1987 года, когда в Москве был зарегистрирован единственный на весь Советский Союз ВИЧ-инфицированный, и до 2006 года число людей, живущих с ВИЧ, в городе увеличилось в 23 тыс. раз.

Действительно, в 1999 году Москва продемонстрировала самые высокие темпы распространения ВИЧ-инфекции среди всех мировых столиц. За один год число ВИЧ-инфицированных в городе увеличилось на 5 300 человек (в 12 раз больше чем за 1998 год). Причиной тому было «взрывное» распространение ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков. В тоже время эффективная система

2

эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в России, основанная на большом объеме обследований (скрининга) населения на ВИЧ, позволила немедленно зафиксировать изменение эпидемиологической ситуации в столице и своевременно принять адекватные меры. При этом после 2000 года темпы развития эпидемии в Москве снижаются, и за период 2000–2005 гг. это снижение составило 48,3%.

Однако ряд экспертов, сотрудничающих с UNAIDS, до настоящего времени не признают преимущества российской системы надзора за ВИЧ-инфекцией, основанной на скрининге населения²⁰, даже несмотря на то, что на современном этапе развития эпидемии её преимущества очевидны не только в оценке эпидемиологической ситуации и как следствие эффективного планирования противоэпидемических мероприятий, но и возможности раннего выявления больных СПИДом.

В тоже время с 2006 года CDC предложили американцам регулярно сдавать тест на ВИЧ-инфекцию при врачебном осмотре. «Регулярные обследования на ВИЧ — важная часть в стратегии национального здравоохранения, которая позволит остановить ВИЧ», — считает один из членов правления Американской медицинской ассоциации Н. Нильсен²¹.

Один из инициаторов создания опубликованных осенью 2006 года рекомендаций CDC по расширению обследования жителей Соединенных Штатов на ВИЧ-инфекцию С. Боззет отмечает: «Проведенные нами расчеты показывают, что обследование населения США на предмет ВИЧ-инфекции обойдется национальному бюджету значи-

тельно дешевле, чем лечение тяжелых форм СПИДа. Кроме того, создание системы регулярных обследований позволит сократить число смертей от СПИДа и улучшить качество жизни людей. По нашим данным, если бы мы имели возможность каждый год обследовать каждого американца, заболеваемость ВИЧ-инфекцией сократилась бы как минимум на 21 процент, а число смертей от СПИДа — более чем на 40 процентов»²².

Запоздалым признанием ключевого принципа эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в России стала поддержка ВОЗ, которая призвала мировое сообщество к введению рутинного добровольного тестирования на ВИЧ. Директор отдела по СПИДу ВОЗ К. де Кок в августе 2006 года заявил: «Только 10% людей, живущих с ВИЧ в мире, знают о своем ВИЧ-статусе. Мы можем повысить это знание традиционным способом, другими словами, добровольными консультированием и тестированием. Необходимо обучать врачей тестированию на ВИЧ, так чтобы тест стал повсеместным инструментом для борьбы с заболеванием»²³.

Таким образом, сегодня назрела необходимость обсуждения вопроса стандартов учета и регистрации ВИЧ-инфекции в системе единого эпидемиологического надзора: расширения скринингового тестирования на ВИЧ-инфекцию и учета всех случаев инфицирования по модели, показавшей свою эффективность на территории Российской Федерации.

3

ПРОБЛЕМА ВСЕОБЩЕГО ДОСТУПА К АНТИРЕТРОВИРУСНЫМ ПРЕПАРАТАМ И РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ВИЧ

Обеспечение доступа больных ВИЧ-инфекцией к антиретровирусной терапии является одной из главных задач в борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИДа и одновременно гуманистическим принципом. Доступ к лечению признается неотъемлемым правом человека и, как указывается в документах ВОЗ, «соответствует контексту всеобъемлющих ответных мер против ВИЧ/СПИДа»²⁴.

Если для большинства стран Западной Европы, США, Канады и Японии медицинское обеспечение больных ВИЧ/СПИДом является серьезной финансовой нагрузкой, то для экономически менее развитых стран — практически невыполнимой экономической задачей.

Вместе с тем само по себе наличие в том или ином регионе мира медикаментов в количестве, достаточном для обеспечения всех нуждающихся в лечении, не решает проблему эффективного оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным.

Так, в Африке после проведенных неправительственными организациями гуманитарных акций по снабжению медикаментами ряда стран, проведенных неправительственными организациями, стали появляться резистентные штаммы вируса. Ведущие специалисты США в области ВИЧ-инфекции потребовали ограничить подобные гуманитарные миссии только теми регионами мира, которые способны не просто «раздавать лекарственные препараты», но и контролировать соблюдение тех-

нологии лечения, не допускающей появления резистентных форм вируса.

Иногда суммы, направляемые мировым сообществом в развивающиеся страны, более чем в два раза превосходят бюджеты здравоохранения самих стран. Страны Африки, расположенные к югу от Сахары, наиболее поражены эпидемией ВИЧ-инфекции: в них проживает более 25 млн. (62%)⁴ из общего числа зараженных ВИЧ в мире. Основываясь на данной статистике, четыре основных финансовых донора в рамках помощи борьбы с ВИЧ/СПИДом обрушили на регион беспрецедентный объем средств.

Так, финансовых средств, выделенных вместе Глобальным фондом, Всемирным банком, UNAIDS для Кении должно было хватить на лечение 200 тысяч больных из числа 1,4 миллиона ВИЧ-инфицированных жителей страны. Однако известно, что на конец 2004 года только 24 тысячи жителей Кении действительно получали лечение антиретровирусными препаратами²⁵. Несмотря на это фонд, возглавляемый бывшим президентом США Б. Клинтонем, и в 2006 году предоставит для больницы Найроби значительный объем медикаментов и тестов для диагностики по сниженным ценам²⁶.

Похожая ситуация наблюдается в настоящее время в Азии, куда в последние годы поставляются дешевые запатентованные препараты, а также доступны генерические аналоги, производимые в этом регионе (в 8 странах Азии работают 27 компаний по производству антиретровирусных препаратов или их компонентов).

В Азии при свободном доступе больных к антиретровирусным препаратам и недо-

З

статке квалифицированных врачей острой проблемой стали случаи самолечения, что вызывает обеспокоенность экспертов. Есть примеры несоблюдения больными режима терапии в отсутствие квалифицированной консультации врача, использования неправильных схем лечения, разделения доз между родственниками. Последствия массового самолечения в плане возникновения резистентных штаммов ВИЧ, по мнению экспертов, могут оказаться катастрофическими²⁷.

Отсутствие квалифицированных специалистов и нехватка лекарств — не единственная проблема в лечении ВИЧ/СПИДа.

Еще одной серьезнейшей задачей мирового сообщества является преодоление коррупции в сфере здравоохранения в целом и на рынке фармацевтических препаратов в частности, где она проявляется в подделке лекарств.

Как указывает Всемирная организация по борьбе с коррупцией Transparency International в своем обзоре ситуации с коррупцией в мире, одним из основных критериев оценки эффективности выделенного гранта является быстрота, с которой он реализуется²⁵.

Небрежность со стороны «доноров», не устанавливающих реальный контроль за использованием предоставляемых средств, приводит к нарушениям и коррупции со стороны ответственных структур и лиц стран-реципиентов.

Часто финансовая помощь направляется в страны с высокой коррупцией. Из 25 стран, которые Transparency International оценила как наиболее коррумпированные, средства из Гло-

бального фонда в 2004 году не получили только 2 страны.

По словам главы Национального агентства по контролю над распределением продовольствия и медикаментов Нигерии Доры Акуньили, «подделка лекарств, за которой, в том числе, стоит и коррупция — это оружие массового поражения, жертвой которого может стать любой»²⁸. Ведомство, которое она возглавляет, раскрыло случаи, когда вместо инсулина пациентам вводилась простая вода, а уменьшение доли активных ингредиентов в фармацевтических препаратах приводило к развитию устойчивых к действию лекарственных препаратов штаммов малярии, туберкулеза и ВИЧ.

Схожие последствия в отношении формирования резистентности может иметь еще одна проблема, на первый взгляд, далекая от проблемы поддельных лекарств. Значительное число ВИЧ-инфицированных в мире, особенно в странах Восточной Европы, заразились в результате употребления инъекционных наркотиков. Потребители наркотиков даже при желании лечиться отличаются слабым социальным самоконтролем, нарушают режим лечения и, таким образом, появляется высокая степень вероятности формирования в этой группе больных штаммов ВИЧ, резистентных ко всем имеющимся антиретровирусным препаратам²⁹.

Нетрудно представить последствия сочетания двух перечисленных выше проблем. Такую ситуацию можно расценивать как бактериологическую «бомбу замедленного действия», обезвреживание которой превратится для мирового сообщества в проблему иного класса сложности¹⁴.

3

Таким образом, обоснованность планируемого UNAIDS в 2008 г. объема финансирования (\$22 млрд.) для остановки распространения СПИДа в развивающихся странах трудно оценить, равно как и распределение этих средств между регионами: около 55% (\$12.1 млрд.) – для стран Африки к югу от Сахары, 20% (\$4.4 млрд.) – для стран Азии и Тихоокеанского региона, 17% (\$3.74 млрд.) – для стран Латинской Америки и Карибского региона. 7% (\$1.54 млрд.) – стран Восточной Европы и 1% (\$0.22 млрд.) – для стран Северной Африки и Ближнего Востока¹.

Гиперболизация размеров эпидемии не в меньшей степени опасна, чем ее недооценка, т.к. это может привести к неправильной расстановке приоритетов, предъявлению необоснованных требований к объемам финансирования, количеству лекарственных препаратов и т.д.

При разработке системы глобального мониторинга за ВИЧ/СПИДом в мире необходимо предусмотреть возможность мониторинга эффективности антиретровирусного лечения и ответственности правительств стран – получателей международной помощи за эффективное использование медикаментов.

4

ЭПИДЕМИЯ ВИЧ/СПИДА в США

По данным Центра по контролю за распространением и профилактике заболеваний США (Centers for Disease Control and Prevention – CDC), который является подразделением Министерства здравоохранения и социальных служб США, впервые с момента начала эпидемии ВИЧ/СПИДа число жителей Соединенных Штатов Америки, живущих с вирусом, к концу 2003 года превысило 1 млн. человек³⁰, при этом пораженность населения США ВИЧ/СПИДом составляла 0,6% населения¹⁹.

Вместе с тем, специальное исследование, основанное на массовом тестировании на ВИЧ-инфекцию жителей города в возрасте от 14 до 84 лет, проведенное в 2006 году в Вашингтоне, показало, что уровень пораженности населения ВИЧ/СПИДом в столице США составляет 3%³¹. Специалисты, проводившие данное исследование, полагают, что уровень пораженности населения во всей стране в 2006 году в два раза ниже, чем в Вашингтоне, то есть составляет 1,5%. По классификации ВОЗ и UNAIDS, эпидемия в стране с таким уровнем пораженности населения характеризуется как генерализованная³².

С момента официальной регистрации СПИДа в США по 2004 год включительно, в стране умерло от этого заболевания более 529 тыс. человек, при этом три четверти из них не дожили до 45 лет.

Новые эпидемиологические данные, опубликованные в середине 2005 года, свидетельствуют о том, что новые антиретровирусные препараты, безусловно, продлевают жизнь ВИЧ-инфицированным³³, с другой стороны, американские эксперты полагают, что органам здравоохранения США так и не удалось сохранить тенденцию на заметное уменьшение новых случаев ВИЧ-инфекции, которая наблюдалась после пика 1993 г. и до 1998 г. включительно²⁸.

В 2001 г. перед здравоохранением США была поставлена задача снизить число новых заболеваний ВИЧ/СПИДом с 40 тыс. до 20 тыс. к концу 2005 г.³⁴. В апреле 2003 г. была одобрена новая стратегия профилактики СПИДа в стране³⁵. Однако несмотря на принятые меры решить поставленную задачу не удалось.

В отчетах CDC о развитии эпидемии в США, публикуемых ежегодно, используются три основных показателя: общее число положительных диагнозов на ВИЧ/СПИД в отчетном году, количество людей, скончавшихся от СПИДа, общее количество людей живущих с ВИЧ/СПИД³⁶. Указанные главные оценочные показатели подразделяются по таким критериям, как пол, возраст, раса (этническая принадлежность), пути заражения, регион распространения.

С 1981 года, который считается началом эпидемии ВИЧ/СПИДа в США, в стране ведется надзор за случаями СПИДа (т.е. учет

4

Таблица 4²⁸ Динамика развития эпидемии ВИЧ/СПИД в США (1981-2004 гг.) (* - оценочные данные)

Год	Численность новых диагнозов на ВИЧ/СПИД, установленных в течение года	Смертность от СПИДа
До 1981	100	30
1981	339	130
1982	1201	466
1983	3 153	1 511
1984	6 368	3 526
1985	12 044	6 996
1986	19 404	12 183
1987	29 105	16 488
1988	36 126	21 244
1989	43 499	28 054
1990	49 546	31 836
1991	60 573	37 106
1992	79 657	41 849
1993	79 879	45 733
1994	73 086	50 657
1995	69 984	51 414
1996	61 124	38 074
1997	49 379	21 846
1998*	43 225	19 005
1999*	41 356	18 491
2000*	39 513	17 139
2001*	39 206	17 611
2002*	40 267	17 544
2003*	41 831	17 849
2004*	42 514	15 798
ВСЕГО	944 306	529 113

таких случаев с прилагаемой характеристикой; данные передаются в органы здравоохранения США для эпидемиологического анализа). Таким образом, уже к июню 1999 года, в США было официально зарегистрировано 711 344 случаев СПИДа²⁸.

Пока отсутствовало эффективное лечение больных ВИЧ/СПИДом, данных эпиде-

миологического надзора за случаями СПИДа было достаточно, чтобы проследить тенденции развития эпидемии и оценить результаты профилактических программ по снижению числа новых случаев заражения и связанных заболеваний среди определенных групп населения. На основе этих данных разрабатывались многие программы по предоставлению средств федерального бюджета на лечение ВИЧ-инфекции и медицинское обслуживание. Они также служили эпидемиологической основой для разработки профилактических программ регионального и национального масштаба.

С появлением антиретровирусной терапии, которая изменила течение заболевания, существенно увеличив продолжительность жизни ВИЧ-инфицированных, данные эпидемиологического надзора по СПИДу перестали адекватно отражать тенденции распространения эпидемии и служить надежным источником информации для определения необходимого объема профилактических мер и медицинской помощи ВИЧ-инфицированным. Кроме того, впервые в 1996 году снизилось число новых случаев СПИДа³⁷. В 1997 году CDC рекомендовал всем штатам США ввести систему регистрации случаев ВИЧ-инфекции³⁸.

Во многих штатах такая система входила в комплексные программы по надзору за ВИЧ/СПИДом еще в 1985 году, но только к концу 1999 года 34 из 50 штатов и Виргинские острова ввели общую конфиденциальную систему учета ВИЧ-инфекции и СПИДа, основанную на внесении в реестр имени пациента (confidential namebased reporting)³⁶.

К концу 2005 г.³⁹ эта система существо-

4

вала в 38 штатах, в 7 штатах — система кодирования, при которой пациенту присваивается индивидуальный идентификационный код (состоит из 12 чисел, включающих: 4 последние цифры номера социального страхования, 6-значное число, обозначающее дату рождения (месяц/день/год), 1-значное число, обозначающее расовую/этническую принадлежность, 1-значное число, обозначающее пол⁴⁰), в 5 штатах — буквенно-цифровой код, включающий буквы из фамилии пациента, обозначение пола, даты рождения и 4 последние цифры номера социального страхования³⁷.

Отсутствие общенациональной системы отчетности и учета рассматривается в медицинских кругах США как серьезная проблема, которая мешает эффективному распределению ресурсов, выделяемых на борьбу с ВИЧ/СПИД из федерального центра. Фактически считается, что в США на федеральном уровне контролируется лишь 43% случаев ВИЧ/СПИД.

Это связано со следующими факторами:

- в федеральной отчетности о случаях ВИЧ/СПИДа, как отмечалось выше, участвуют не все регионы США;
- анонимные тесты, включая все тесты, сделанные в домашних условиях исключаются из отчетности;
- по оценкам, один из четырех жителей США с ВИЧ не подозревает о наличии инфекции и может никогда не узнать о своем диагнозе, не говоря о том, чтобы сведения по данному случаю попали в отчетность.

Особенно трагична ситуация с поздним выявлением ВИЧ-инфекции для беременных женщин. Своевременно начатые меро-

приятия по профилактике передачи ВИЧ-инфекции во время беременности позволяют снизить риск инфицирования новорожденного с 25% до менее 2%⁴¹. Однако, по оценочным данным CDC, примерно 40% матерей, по оценкам, родивших в 2000 году 280-370 ВИЧ-инфицированных детей, не знали до родов, что они инфицированы ВИЧ⁴². Очевидно, что это — только видимая часть айсберга.

Только с сентября 2006 года после принятия специальных рекомендаций CDC о тестировании на ВИЧ-инфекцию взрослых, подростков и беременных женщин в учреждениях здравоохранения⁴³, которые фактически повторяют принципы тестирования населения, действующие на территории Российской Федерации с 1988 года, эта ситуация должна нормализоваться.

Начиная с 1989 года в США ежегодно регистрировалось в среднем около 40 тыс. новых случаев (см. табл. 4). После пика смертности от СПИДа в 1995 году (51 414 человек) и последующего заметного снижения смертности от СПИДа, в период с 1998 по 2004 годы количество американцев, умерших от СПИДа, составляет 17 500 — 18 500 человек в год.

В то же время общее число жителей США, живущих с ВИЧ/СПИД, только в 2003 году оценивалось теми же медицинскими структурами, как отмечалось выше, в пределах 1 039 000 — 1 185 000 человек. Из них около 42% — больные СПИДом, 34% — ВИЧ-инфицированные, у кого болезнь не перешла в стадию СПИДа. Оставшиеся 24% составляют недиагностированные случаи ВИЧ-инфекции⁴⁴.

Если анализировать распространение

4

Таблица 5¹¹ Оценочное число случаев СПИДа с учетом года постановки диагноза с распределением по отдельным критериям, 200-2004: США

	Год постановки диагноза					Всего*
	2000	2001	2002	2003	2004	
Возраст при постановке диагноза (лет)						
<13	124	115	109	69	48	9 443
13-14	60	79	71	58	60	959
15-19	291	274	312	301	326	4 936
20-24	1 329	1 343	1 467	1 664	1 788	34 164
25-29	3 432	3 239	3 279	3 276	3 576	114 642
30-34	6 497	6 258	6 010	6 003	5 786	195 404
35-39	8 930	6 849	8 716	8 763	8 031	208 199
40-44	7 530	7 502	7 825	8 291	8 747	161 964
45-49	5 200	5 401	5 656	6 102	6 245	99 644
50-54	3 007	3 199	3 436	3 672	3 932	54 869
55-59	1 528	1 567	1 718	1 854	2 079	29 553
60-64	833	820	930	929	996	16 119
> 65	752	759	738	848	901	14 410
Расовая/этническая принадлежность						
Белые	11 378	11 052	11 604	11 657	12 013	375 155
Черные	19 510	19 473	19 934	20 685	20 965	379 278
Латиноамериканцы	7 957	7 974	7 907	8 632	8 672	177 164
Выходцы из стран АТР	350	381	440	478	488	7 317
Индейцы и коренные жители Аляски	175	169	186	189	193	3 084

4

Распределение по путям заражения						
Мужчины (взрослые или подростки)						
гомосексуальный контакт	15 374	15 510	16 442	17 139	17 691	441 380
потребление инъекционных наркотиков	7 036	6 447	6 247	6 213	5 968	176 162
гомосексуальный контакт и потребление инъекционных наркотиков	2 102	2 056	1 982	1 996	1 920	64 833
гетеросексуальный контакт	4 162	4 440	4 771	4 967	5 149	59 939
другое**	300	290	288	263	298	14 085
общее число в группе	28 974	28 743	29 730	30 578	31 024	756 399
Женщины (взрослые или подростки)						
потребление инъекционных наркотиков	3 393	3 175	3 008	3 068	3 184	72 651
гетеросексуальный контакт	6 785	6 930	7 181	7 859	7 979	99 175
другое**	237	243	240	257	279	6 636
общее число в группе	10 415	10 348	10 429	11 184	11 442	178 463
Дети до 13 лет						
перинатальное заражение	122	113	105	68	47	8 779
другое***	2	3	4	1	0	664
общее число в группе	124	115	109	69	48	9 443
Регион проживания						
Северо-Восток	12 105	11 212	10 395	11 149	11 158	289 792
Средний Запад	3 968	3 949	4 303	4 495	4 498	93 701
Юг	15 841	16 598	17 751	18 612	19 792	343 449
Запад	6 443	6 258	6 745	6 474	6 083	187 730
Зависимые территории США	1 156	1 190	1 073	1 100	982	29 634
Общее число****	39 513	39 206	40 267	41 831	42 514	944 306

Приведенная информация не отражает полные данные по числу зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции. Это оценочные показатели, рассчитанные на основе имеющихся зарегистрированных случаев. Оценочные цифры рассчитывались с учетом более поздней регистрации некоторых случаев и перераспределения по путям заражения больных с изначально неустановленными причинами заражения. При расчетах не учитывали возможность неполной регистрации.

* — количество больных СПИДом с начала эпидемии на конец 2004 г.

** — гемофилия, переливание крови, перинатальная трансмиссия, незарегистрированный или не выявленный путь заражения.

*** — гемофилия, переливание крови, незарегистрированный или не выявленный путь заражения.

**** — в данную группу вошли люди, расовая принадлежность которых не установлена, люди смешанной расовой принадлежности, и люди, пол которых не установлен.

4

ВИЧ/СПИД в США с учетом территориального фактора, то следует отметить, что в 2004 году наибольшее количество новых случаев на 100 тыс. населения было зафиксировано в следующих городах: Майами (шт. Флорида) – 53,8; Нью-Йорк – 41,9; Сан-Франциско – 33,5; Балтимор (шт. Мэриленд) – 32,8; Батон-Руж (шт. Луизиана) – 35,0; Форт-Лаудердейл (шт. Флорида) – 58,4; Вашингтон (округ Колумбия) – 35,0²⁸.

В числе городов, где было зафиксировано наибольшее число случаев за период с 1981 по 2004 годы можно выделить:

- Нью-Йорк (шт. Нью-Йорк) – 187 400;
- Лос-Анджелес (Калифорния) – 55 100;
- Майами (Флорида) – 52 500;
- Сан-Франциско (Калифорния) – 38 800;
- Вашингтон (округ Колумбия) – 28 800;
- Чикаго (Иллинойс) – 27 900;
- Филадельфия (Пенсильвания) – 26 000;
- Хьюстон (Техас) – 24 000;
- Атланта (Джорджия) – 19 600;
- Балтимор (Мэриленд) – 18 600;
- Даллас (Техас) – 18 700²⁸.

В 2004 году на афроамериканцев приходилось 49,4% всех новых случаев ВИЧ. В реальности этот процент, возможно, является еще более высоким из-за ограничения их доступа к качественному медицинскому обслуживанию. Несмотря на то, что афроамериканцы составляют лишь 13% населения страны, в последние годы среди них стабильно регистрировалось около половины новых случаев ВИЧ. Согласно имеющимся данным, в 2000 году их доля составляла все те же 49,4%, на женщин-афроамериканок приходится до 70% новых случаев инфицирования ВИЧ среди всего

женского населения США. Уже к началу нового столетия СПИД входил в список трех ведущих причин смертности среди мужчин-афроамериканцев в возрасте 25–54 лет и женщин-афроамериканок в возрасте 35–44 лет.

Расовая и этническая принадлежность сама по себе не является фактором риска заражения ВИЧ. Однако, по мнению американских экспертов, бедность и другие формы социально-экономического неравенства повышают уязвимость к ВИЧ-инфекции⁴⁵.

По оценкам, каждый четвертый афроамериканец живет в бедности; причем некоторые исследования, проведенные в США, показали четкую зависимость между более высокой заболеваемостью СПИДом и низкими доходами. Считается, что высокий процент афроамериканцев, находящихся в местах заключения, является дополнительным фактором, усиливающим рост эпидемии в результате употребления инъекционных наркотиков, гомосексуальных отношений и незащищенного секса в пенитенциарных учреждениях.

Например, исследование, проведенное в районе г. Нью-Йорка, где живут малообеспеченные жители, продемонстрировало, что вероятность инфицирования женщин мужьями или постоянными партнерами более чем в два раза превышает вероятность инфицирования случайными сексуальными партнерами.

Исследование, проведенное в семи городах среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, показало, что 9% из них имели также половые контакты с женщинами; другое, более позднее по времени исследование, проведенное сре-

4

ди молодых афроамериканцев, имеющих половые контакты с мужчинами, показало, что 20% респондентов указывают на наличие у них контактов с партнерами-женщинами.

Как отмечалось выше, после внедрения в 1995–1996 годах антиретровирусной терапии показатель смертности от СПИДа в Соединенных Штатах Америки интенсивно снижался до конца 90-х годов, после чего процесс снижения замедлился. В то же время показатель смертности от СПИДа в период с 1998 по 2004 год среди афроамериканцев оставался более чем в два раза выше, чем этот же показатель среди белых. В настоящее время показатель выживаемости среди афроамериканцев является самым низким среди лиц с диагнозом СПИД — это отражает как позднее установление диагноза (часто уже после того, как заболевание вызвало тяжелый иммунодефицит), так и проблему доступа к качественным услугам службы здравоохранения⁴⁶.

Неудивительно, что проблему стигматизации ВИЧ-инфицированных в США афроамериканцы воспринимают особенно остро. Наим Акбар, профессор психологии из Университета Флориды, считает, что подобные взгляды афроамериканцев имеют под собой вполне реальные основания. Дело в том, на протяжении многих лет до 1972 года включительно в Алабаме федеральное правительство ставило эксперименты на афроамериканцах. Им говорили, что их лечат от сифилиса якобы с помощью нового метода, но на самом деле реальной помощи больные не получили и многие из них скончались. По мнению профессора Акбара, подобного рода уверенность бази-

руется на 300-летней истории рабства и 100-летней эксплуатации, за ним последовавшей⁴⁴.

Все это порождает определенные стереотипы мышления среди афроамериканцев США по отношению к проблеме СПИДа. Почти половина афроамериканцев считают, что ВИЧ был создан людьми, более четверти уверены, что вирус «сбежал» из правительственной лаборатории, а каждый восьмой готов голову отдать на отсечение, что ВИЧ распространяет ЦРУ.

Такие необычные результаты дало исследование, которое провели в 2004 году известный аналитический центр Rand Corporation и Университет Орегона. Специалисты утверждают, что подобные взгляды значительно затрудняют попытки предотвратить распространение ВИЧ среди афроамериканцев.

Кроме того, исследование показало, что большинство афроамериканцев считают, что от бедных слоев населения скрывают лекарства от ВИЧ. Около 44% опрошенных думают, что люди, которые участвуют в испытаниях новых препаратов для лечения ВИЧ, используются в качестве морских свинок, а 15% уверены, что вирус иммунодефицита — это форма геноцида афроамериканского населения. Ответы варьировались в зависимости от возраста, дохода, пола и уровня образования⁴⁷.

Если в целом, предположительно, четвертая часть людей, живущих с ВИЧ в США, не знают о том, что они инфицированы, то к афроамериканцам это относится в первую очередь.

Незнание своего ВИЧ-статуса особенно характерно для мужчин-афроамериканцев,

4

которые имеют половые контакты с мужчинами. Исследование в пяти городах показало, что почти две трети ВИЧ-инфицированных афроамериканцев, имеющих половые контакты с мужчинами, не знали о своей ВИЧ инфицированности.

Употребление инъекционных наркотиков в США остается одним из основных способов передачи ВИЧ, не только среди мужчин, но и среди женщин. Около 20% мужчин-американцев, живущих с ВИЧ, были инфицированы таким образом в 2003 году (19,2% – в 2004 году), так же как и около 25% женщин, которым в 2003 году был впервые поставлен диагноз ВИЧ (27,8% – в 2004 году). Среди женщин из числа американских индейцев и коренных жителей Аляски этот показатель в 2003 году был еще выше и составлял 33%⁴⁴.

Как и в других странах, эпидемия в США часто развивается там, где существуют социальные проблемы. Так, недавнее исследование в Северной Каролине установило, что ВИЧ-инфицированные женщины в большинстве случаев были безработными, нуждались в социальной помощи и занимались сексом в обмен на деньги и подарки.

5

ДОСТУП К ЛЕЧЕНИЮ В США

Стоимость антиретровирусной терапии в США составляет \$10 тыс. – \$12 тыс. на пациента в год в зависимости от схемы лечения (это только стоимость препаратов, входящих в схему лечения) и того, из каких источников оно оплачивается⁴⁸. С учетом дополнительных расходов на консультацию врача, лабораторные анализы, лечение оппортунистических заболеваний, средняя стоимость лечения одного пациента в год увеличивается до \$18 тыс. – \$20 тыс. Стоимость может быть еще выше на более поздней стадии заболевания в зависимости от характера оппортунистического заболевания, присоединившегося к ВИЧ-инфекции на фоне иммунодефицита, вида страховки и ряда других факторов⁵⁰.

В США действует сложная система по обеспечению доступа к медицинской помощи и лечению ВИЧ-инфицированных.

Она включает:

- самые крупные программы Medicaid и Medicare, финансируемые из федерального и региональных бюджетов и предоставляющие медицинскую страховку малообеспеченным жителям США⁴⁹ (малообеспеченные родители, дети, люди старшего возраста, инвалиды);

- Акт Райана Уайта (Ryan White CARE Act)⁵⁰ (чрезвычайный закон о медицинской помощи больным ВИЧ/СПИДом), принятый в 1990 году с целью предоставить доступ к медицинской помощи⁵¹ тем ВИЧ-инфицированным, кого не охватывают другие источники финансирования, или чья стра-

ховка не позволяет оплатить эту помощь⁵². В каждом штате существует ряд программ, финансируемых на основании этого акта⁵³;

- ряд других программ; при этом программы и условия получения доступа к лечению различны в разных штатах⁴⁶;
- частная страховка⁴⁶;
- программы неправительственных организаций.

Несмотря на многообразие программ, призванных обеспечивать лечение, их работа часто несоординирована, что затрудняет ВИЧ-инфицированным доступ к лечению⁴⁶.

Обилие федеральных и региональных программ, а также программ неправительственных общественных и частных гуманитарных организаций, берущих на себя функцию профилактики и даже обеспечения ВИЧ-инфицированным доступа к лечению, свидетельствует, что даже на таком важном направлении службы государственного здравоохранения не справляются с задачей предоставления полного объема медицинской помощи населению. С учетом проблем координации этой помощи на федеральном и региональном уровнях, можно утверждать, что правительство США фактически переложило заметную часть обязательств государства в социальной сфере на многочисленные неправительственные организации, которые отвечают исключительно за небольшой участок работы в том или ином штате, при этом не могут обеспечить эффективность этой работы на национальном уровне. Во многом из-за этого в современных условиях не все больные ВИЧ/СПИДом граждане США получают доступ в эту сложную систему обеспече-

5

ния медицинской помощью, и для определенного ряда людей существуют финансовые, бюрократические и другие барьеры в получении необходимого лечения⁴⁶.

По оценкам, в 2002 году 42% – 59% из числа почти миллиона людей живущих с ВИЧ/СПИДом, в США не получали регулярной медицинской помощи⁵⁴. В странах Западной Европы, например, в Великобритании этот показатель менее 30%⁵⁵. При этом в исследовательские центры США одними из первых разработали медицинские рекомендации раннего доступа к лечению⁵⁶.

Основная часть средств на помощь больным СПИДом – гражданам США из федерального бюджета выделяется через систему медицинского страхования Medicaid, рассчитанную на лиц с низкими доходами, и систему Medicare, которая распространяется на лиц старше 65 лет, некоторых других лиц с серьезными заболеваниями и инвалидов независимо от возраста⁵⁷.

Среди ВИЧ-инфицированных такую страховку получают инвалиды с низким уровнем дохода⁵⁸. При этом наличие ВИЧ-инфекции не относит человека автоматически в категорию инвалидов, т.е. условия получения ВИЧ-инфицированным страховки Medicaid – такие же, как для всего населения в целом. Бесплатное лечение эти люди могут получить только, если попадают в категорию инвалидов, включенную в программу дополнительного страхования (Supplemental Security Insurance, SSI). К этой категории относятся только те, у кого болезнь перешла в стадию СПИДа⁵⁹.

Люди, получающие медицинскую помощь и лечение, находятся в неравных условиях. Так, исследование HCSUS

показало, что ВИЧ-инфицированные, имеющие страховку Medicaid, незастрахованные женщины и представители различных этнических групп имели худший доступ к лечению, чем больные с частной страховкой, мужчины и представители белой расы^{46,60}. Причины такой неоднородности до конца не выяснены. По мнению американских исследователей, причиной этому, вероятнее всего, являются исторически сложившиеся барьеры в доступе к лечению, стадия заболевания во время постановки диагноза и предоставления медицинской помощи, а также стигма^{46,61}.

По оценкам, в штате Орегон из 4 500 людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, в 2005 году 40% не получали лечение⁵⁷.

В результате такой государственной политики сложилась парадоксальная ситуация, когда то, насколько рано или поздно будет поставлен диагноз ВИЧ-инфекция, зависит от вида страховки. В результате от 34% до 52% случаев ВИЧ инфицирования выявлялись на более поздней стадии. Так у больных с частной страховкой ВИЧ-инфекция выявляется на более поздней стадии заболевания, чем у пациентов, имеющих страховку Medicaid или другую социальную страховку^{46,62}.

Целевая программа лекарственной помощи больным СПИДом (AIDS Drug Assistance Programme – ADAP) в рамках Ryan White CARE Act рассчитана на лиц, которые не имеют частных медицинских страховок и не могут квалифицироваться для участия в программах Medicaid и Medicare. Реальное управление всеми госпрограммами помощи больным СПИДом осуществляется на уровне штатов, которые к средст-

5

вам, распределяемым из федерального бюджета, направляют дополнительные ассигнования из региональных бюджетов.

Согласно данным исследования Фонда семьи Кайзера (Kaiser Family Survey), в 2004 году помощь по линии ADAP получили 135 тыс. американских граждан, что составило примерно 30% от общего числа лиц, оплачивающих лечение ВИЧ/СПИДа за счет государственных систем медицинского страхования⁶³. Время ожидания для больных СПИДом на получение бесплатных лекарств в отдельных штатах составляло от нескольких месяцев до года. По данным того же исследования, если в июле 2002 года в листе ожидания находилось 1108 лиц в семи штатах, то в ноябре 2004 года — 813 лиц в девяти штатах США. Между этими двумя датами был пик, когда помощь ждали 1629 человек в 18 штатах. Исследование 2006 года показало, что годовой бюджет, выделяемый по линии ADAP, вырос на 10% в 2005 году, по сравнению с 2004 годом, и составил \$1,3 млрд. Однако «потребность в лекарственных препаратах продолжает превышать доступ к ним»⁶⁴. В докладе также отмечается, что если в финансировании программы ADAP не произойдет изменений, система встанет перед сложным выбором, оказывать ли больше медицинских услуг меньшему числу людей, либо меньше услуг большему числу.

Доктор Ф. Хан (Faisal Khan), директор программы борьбы со СПИДом в шт. Виргиния, участвовавший в исследовании Фонда семьи Кайзера, отмечал: «Люди начинают умирать, пока они находятся на листе ожидания. Это кризис, который продолжается»⁶¹. По мнению американских

экспертов, такое отношение к малоимущим слоям, прежде всего в Конгрессе США, который неохотно идет на увеличение медицинской помощи данной категории населения связано с тем, что их не рассматривают как политически активный и влиятельный электорат⁶⁵.

При этом следует подчеркнуть, что на лечение, которое могут получать малоимущие слои населения на основании закона 1990 года (Ryan White CARE Act) в 2006 году предусматривается 2,1 млрд. дол. (12,4%) от общей суммы, что по оценкам большинства американских медицинских экспертов, явно недостаточно.

В открытом письме президенту США от 1 августа 2005 года исполнительный директор Национальной ассоциации лиц с ВИЧ/СПИДом (National Association of People With AIDS-NAPWA) Т. Андерсон (Terje Anderson) выразил несогласие с точкой зрения администрации, что на лечение больных СПИДом выделяется достаточно средств и главная проблема заключается лишь в лучшем их региональном распределении и более эффективном использовании. В частности, в этом письме было подчеркнуто, за время пребывания Дж. Буша у власти число больных СПИДом в США увеличилось на 150 тысяч человек, тем не менее республиканская администрация считает, что средств на борьбу со СПИДом выделяется достаточно. По мнению автора письма «эта та самая администрация, которая предоставляет налоговые льготы на миллиарды долларов для американских богачей, та самая администрация, у которой нет проблем в финансировании много миллиардных за-

5

трат на плохо спланированную войну в Ираке, та самая администрация, которая выделила миллиарды долларов компании «Халибертон» по иракским контрактам на бесконкурсной основе»⁶⁶.

Только в ноябре 2005 года в ходе дебатов по бюджету на 2006 г. сенат США одобрил бюджетную поправку (S. 1932), предусматривающую выделение 450 млн. дол. на пилотный проект, предусматривающий дополнительную помощь малоимущим ВИЧ-инфицированным в рамках программы Medicaid, с тем чтобы данная категория лиц могла получить доступ к лечению до того, как их болезнь перейдет в стадию СПИДа.

6

СТИГМА, ДИСКРИМИНАЦИЯ И ПРОБЛЕМА ПРАВ ЧЕЛОВЕКА В США, СВЯЗАННЫЕ С ВИЧ/СПИДОМ

В последние годы значительное внимание Всемирной кампании против СПИДа сосредоточено на стигме, дискриминации и правах человека. Основная цель кампании — предотвратить, сократить и, в конце концов, повсеместно искоренить все формы и проявления стигмы и дискриминации, связанные с ВИЧ/СПИДОМ⁶⁷.

Стигма и дискриминация, связанные с ВИЧ/СПИДОМ, как отмечается в докладе UNAIDS, опубликованном в сентябре 2002 года, «являются главными препятствиями на пути предотвращения новых случаев инфицирования, предоставления надлежащего ухода, поддержки и лечения, ослабления последствий эпидемии. Стигма и дискриминация, связанные с ВИЧ/СПИДОМ, — глобальное явление, они встречаются во всех странах и регионах мира. Причины их возникновения многообразны и включают недостаточное понимание болезни, мифы о путях передачи ВИЧ, предрассудки, отсутствие лечения, безответственные сообщения об эпидемии в СМИ, тот факт, что СПИД неизлечим, распространенные в обществе страхи, связанные с сексуальностью, болезнью и смертью, страхи, связанные с запрещенными наркотиками и употреблением наркотиков инъекционным путем»⁶⁵.

США не являются исключением. С самого начала эпидемии ВИЧ/СПИДа в США, как и в других странах, это заболевание сопровождалось стигмой и дискриминацией, что проявлялось в отношении со стороны общества, жестокости, насилии и различ-

ных формах ущемления прав человека. Определенная часть американского общества негативно настроена по отношению к людям, живущим с ВИЧ/СПИДОМ (ЛЖВС), и высказывается в пользу мер по ущемлению их прав. К таким мерам относятся поставка на диспансерный учет, всеобщее принудительное тестирование и даже идея ставить ВИЧ-инфицированным татуировки, что служило бы своеобразной меткой^{68,69,70}. Отношение американского общества к ЛЖВС более негативное, чем к страдающим другими заболеваниями.

Как и в других странах, в США имеют место случаи отказа ВИЧ-инфицированным в трудоустройстве или увольнения со службы, выселения из домов, отказа в предоставлении различного вида услуг, случаи сегрегации в школах и больницах, зачастую в жестокой и унижительной форме. Обращение, унижающее человеческое достоинство, часто отмечается в тюрьмах США, где заключенные принудительно содержатся в изоляции, при этом самые элементарные потребности, в том числе в медицинском обслуживании, зачастую не удовлетворяются^{65,68}.

Только в 2005 году в США была сформирована Национальная комиссия по искоренению тюремных изнасилований. Комиссия была создана при Конгрессе США, и ее первые слушания состоялись в Вашингтоне. Во время заседания комиссии были заслушаны показания пострадавших от сексуального насилия в тюрьмах США. Фактически длительное время тюремные изнасилования в США процветали с попустительства тюремных властей и не признавались как серьезные преступления. Пере-

6

дача ВИЧ в тюрьмах — лишь одно из многих последствий подобных преступлений.

На слушаниях в Сан-Франциско выступил Кенделл Спрюз, 42 лет, который рассказал, как страдал от сексуального насилия более десяти лет в тюрьме Арканзаса. Он был изнасилован 27 заключенными, в результате чего стал ВИЧ-положительным. В 2002 году из-за СПИДа он потерял работоспособность. «Все должны знать о том, что происходит. Я не хочу, чтобы это произошло с кем-нибудь еще», — заявил Спрюз⁷¹.

Особенно сильно дискриминация проявляется в сферах занятости, здравоохранения, страхования и образования⁶⁵.

Так, до 2005 года у ВИЧ-инфицированных периодически возникали дополнительные сложности в связи с пересадкой органов. Точнее, им отказывали в пересадке, т.к. страховые фирмы не желали покрывать стоимость таких операций, предпочитая экономить ресурсы для «пациентов, чьи перспективы выживания не омрачены наличием ВИЧ»⁷². Только к концу 2005 года правозащитные организации США добились определенного прогресса в вопросе обеспечения доступности пересадки органов ВИЧ-положительным.

Примером дискриминации на рабочем месте может служить случай, когда менеджер компании «Макдоналдс» по требованию руководства был вынужден уйти с работы после того, как стал известен его положительный статус. Несмотря на то, что судебное разбирательство разрешилось в пользу пострадавшего служащего, компания не удовлетворена его результатами и собирается подавать апелляцию, считая,

что обвинения в ее адрес лишены оснований⁷³.

В США до настоящего времени не существует закона о ВИЧ/СПИДе, в отличие от России, где такой закон был принят в 1995 году, и наряду с профилактической и противозидемической базой в отношении ВИЧ/СПИДа обеспечивает правовую основу решения проблем, связанных с этим заболеванием⁷⁴. Права ВИЧ-инфицированных в США отстаиваются на основании ряда законов, направленных на защиту определенных категорий, в которые ВИЧ-инфицированные попадают в определенный момент на общих основаниях. Такие как закон об инвалидах⁷⁵, о неприкосновенности частной жизни⁷⁶, законопроект, запрещающий дискриминацию граждан по генетическому признаку, одобренный Сенатом США в 2005 году и др. Однако сами американские эксперты считают, что современное американское законодательство и судебные прецеденты, которые призваны защищать права ВИЧ-инфицированных, не гарантируют их от дискриминации в сфере занятости, здравоохранения, страхования и образования⁶⁵. Более того, как ни парадоксально это выглядит, законы, призванные защитить ВИЧ-инфицированных от стигмы и обеспечить соблюдение их прав, лишь усугубляют стигматизацию. Так, закон о неприкосновенности частной жизни способствует преодолению стигмы в отношении ЛЖВС, но также способствует формированию идеи о том, что ВИЧ — это то, что нужно скрывать. Сходным образом закон об инвалидах, защищающий ЛЖВС от дискриминации, несет подоплеку, что даже бессимптомная стадия ВИЧ-инфекции ставит

6

человека в положение инвалида⁶⁵.

В США периодически раскрываются случаи мошенничества в сфере лечения больных СПИДом. В городе Ньюпорт-Бич в июле 2005 года известному специалисту по лечению ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов и его бывшему ассистенту предъявлены обвинения в мошенничестве и заговоре, выразившихся в предполагаемом разбавлении лекарств для ВИЧ-положительных.

В обвинении отмечалось, что доктор С. Кушиан распорядился наполовину или на четверть разбавлять растворы для инъекций, а некоторые люди с ВИЧ или гепатитами вообще платили большие деньги за физраствор или обычную дистиллированную воду. За годы медицинской практики с 1980 года этот врач заработал состояние в несколько миллионов долларов и пользовался репутацией видного специалиста по СПИДу знаменитой Лагуна-Бич в Калифорнии⁷⁷.

Организация Administration for Children's Services (ACS) в апреле 2005 года потребовала детального расследования деятельности одного из нью-йоркских агентств, которое проводило испытания новых лекарственных препаратов против ВИЧ на ВИЧ-положительных детях. По данным ACS, в 1998–2001 годах к участию в такого рода исследованиях были привлечены 465 ВИЧ-положительных ребенка (основные испытания проводились до 1996 года). ACS при этом не выдвигала каких-либо обвинений в возможной смерти детей. По словам специального уполномоченного ACS Джона Мэттинглая, прежде всего следует разобраться: санкционировали ли родители или опекуны детей эти медицинские исследова-

ния. Кроме того, эксперты должны дать свою оценку этической стороне проводившихся испытаний. Известно, что клинические испытания были одобрены Национальным институтом здоровья США и проводились в самых известных больницах Нью-Йорка. Но, тем не менее, некоторые общественные организации, в частности, Alliance for Human Research Protection (AHRP) — считают, что исследователи эксплуатировали детей и причинили вред их здоровью. Президент AHRP Вера Хасснер Шара призвала к проведению федерального расследования по факту возможного использования детей⁷⁸.

В США, как отмечалось выше, примерно пятая часть случаев СПИДа фиксируется среди потребителей инъекционных наркотиков. Многие ВИЧ-положительные потребители наркотиков не получают оптимального лечения, так как не следуют схеме терапии, либо из-за несовместимости лекарств с нелегальными наркотиками. Отношение врачей к потребителям наркотиков и их опыт в работе с этой группой пациентов также непосредственно влияют на качество лечения.

По оценкам, примерно 17% американских врачей негативно относятся к ВИЧ-положительным пациентам, которые принимают инъекционные наркотики. Об этом говорится в результатах исследования, опубликованных в марте 2005 года в журнале «Archives of Internal Medicine». Наиболее часто отрицательное отношение к таким пациентам связано с недостатком подготовки по лечению ВИЧ-инфекции и большой рабочей нагрузкой врачей. Тем не менее, в целом это не влияло на назначение пациентам, употребляющим

6

наркотики ВААРТ⁷⁹.

В США периодически проводятся исследования отношения общества к ВИЧ-инфекции и отношения самих ВИЧ-инфицированных к настроениям в обществе.

Примерно четверть ВИЧ-положительных американцев считают, что медицинские работники дискриминируют их из-за ВИЧ-статуса. Об этом говорится в результатах исследования, опубликованных в октябрьском номере журнала «Journal of General Internal Medicine» в 2005 году. Исследователи также обнаружили, что пациенты, которые чувствуют себя жертвами дискриминации, считают, что у них хуже доступ к медицинской помощи и они не получают необходимого лечения. Хотя для врачей, больниц и клиник в США дискриминация ВИЧ-положительных карается законом, исследователи отмечают, что 26% участников исследования указала, что медицинские работники дискриминировали их хотя бы раз после диагностирования ВИЧ. Каждый пятый участник отметил, что медицинские работники, очевидно, чувствуют себя некомфортно в их присутствии. Среди людей с ВИЧ 17% сообщили, что к ним относятся пренебрежительнее, чем к другим пациентам, а 8% — что им отказывали в медицинских услугах из-за ВИЧ. Исследователи отмечали: «Наиболее беспокоят сообщения об отказах в медицинской помощи, и это при том, что закон ясно и однозначно гарантирует равный доступ к медицинским услугам». При этом люди разных этнических групп сообщали о дискриминации одинаково часто. Кроме того, образованные пациенты чаще считали, что их дискриминируют. Так, о предрассудках

медработников сообщили 27% выпускников вузов, в отличие от 19% среди тех, кто не получил высшего образования⁸⁰.

Ученые предполагают, что среди латиноамериканцев и афроамериканцев дискриминация может быть распространена больше, но люди, которые всю жизнь сталкивались с расизмом, настолько привыкли к дискриминации, что замечают ее реже. Кроме того, МСМ могли сталкиваться с дискриминацией не только из-за ВИЧ-статуса, но и из-за сексуальной ориентации.

Более 54% случаев дискриминации зафиксировано со стороны врачей, 39% — медсестер и другого младшего медицинского персонала, 31% — сотрудников больниц и 8% — социальных работников. Исследователи также отмечают, что иногда воспринимаемая дискриминация может быть просто недопониманием между пациентом и медицинским персоналом. Например, пациент, которого перенаправили к инфекционисту, может решить, что его отказываются лечить.

«Страх дискриминации удерживает пациентов с ВИЧ от того, чтобы рассказать врачам о своей инфекции, что может препятствовать постановке правильного диагноза». Переживание дискриминации также, по словам исследователей, «оказывает разрушительное воздействие на психологическое здоровье».

7

ПОДХОДЫ ПРАВИТЕЛЬСТВА США К ФИНАНСИРОВАНИЮ БОРЬБЫ СО СПИДОМ НА ГЛОБАЛЬНОМ УРОВНЕ И ВНУТРИ СТРАНЫ

В современных условиях федеральное правительство США является крупнейшим мировым донором финансовых средств, направляемых на борьбу со СПИДОМ, в том числе по линии оказания гуманитарной помощи беднейшим странам. Президент США Дж. Буш сделал борьбу со СПИДОМ одним из приоритетных направлений внешней политики Вашингтона.

В январе 2003 года в очередном Послании о положении в стране президент США выступил с инициативой о выделении 15 млрд. дол. на борьбу с ВИЧ/СПИД в мире и, в первую очередь, в 13 беднейших странах Африки и Гаити.

В мае 2003 года Конгресс США поддержал соответствующую инициативу президента на законодательном уровне. В итоге был принят специальный «Закон о лидерстве США в борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией»⁸¹.

На основании данного закона была учреждена должность Глобального координатора по борьбе со СПИДОМ и соответствующий отдел при Госдепартаменте США, который взял на себя функции по координации расходования средств, предназначенных на реализацию международных программ. Как отмечалось выше, США вы-

ступают главным финансовым спонсором Всемирной кампании по борьбе со СПИДОМ⁸².

Но при этом получатели финансовой помощи обязаны «играть по правилам» администрации США.

Например, в мае 2005 года более 200 авторитетных организаций и специалистов в области здравоохранения и защиты прав человека, выразили озабоченность требованием администрации Дж. Буша к национальным и международным организациям, получающим финансирование от США, выступить против секс-индустрии.

В заявлении таких организаций, как Human Rights Watch, Центр здоровья и гендерного равенства и др., говорится, что данное условие подрывает усилия по предотвращению распространения ВИЧ, препятствуя их усилиям по помощи наиболее уязвимым группам людей, в том числе работникам секс-индустрии и жертвам торговли людьми. По мнению этих организаций, такая политика приведет к тому, что группы, наиболее подверженные риску инфицирования ВИЧ, реже будут обращаться за медицинской помощью и станут еще более изолированными⁸³.

Одновременно с этим, администрация президента США полагает возможным увязать проблему распространения в мире инфекционного заболевания с политикой Вашингтона в области борьбы с международным терроризмом.

Глобальный координатор США по борьбе со СПИДОМ посол Р. Тобиас (Randall L. Tobias) 1 декабря 2004 года на встрече с президентом США по случаю «Всемирного дня борьбы со СПИДОМ» заявил: «Наша

7

долгосрочная стратегия по защите нации от угрозы международного терроризма должна опираться на продвижение свободы и возрождения надежд по всему миру... Президент США дал ясно понять, что во многих регионах мира возрождение надежды должно включать агрессивное противостояние ВИЧ/СПИДу. Поэтому мы должны противостоять СПИДу на глобальном уровне, потому, что это шаг в правильном направлении и потому что это важное дело»⁸⁴.

Реальными получателями финансов в рамках президентского плана являются Управление США по международному развитию Госдепартамента США, Министерство здравоохранения и социальных служб, Министерство обороны, Министерство труда, Корпус мира.

В рамках этой программы, рассчитанной на пять лет (2004-2008 ф.гг), получившей название Президентский чрезвычайный план по борьбе со СПИДом (The President's Emergency Plan for AIDS Relief — PEPFAR), ассигнования из федерального бюджета составили: 2004 ф.год — 2,4 млрд.долл.; 2005 ф.год — 2,8 и 2006 год — 3,2 млрд.долл., 2007 ф.год — 4,1 млрд. долл.⁸⁵.

Указанные средства распределяются по четырем направлениям в следующем соотношении: лечение (55%), профилактика (20%), помощь новорожденным и детям (10%) и немедицинские средства поддержки больных СПИДом (15%)⁸⁶.

Согласно президентскому плану, указанные средства должны обеспечить в течение пяти лет лечение 2 млн. больных СПИДом, профилактику 7 млн. человек и социальную помощь 10 млн. инфицированных.

Три четверти средств, выделяемых на лечение направляются на закупку и распределение лекарственных препаратов. Третья часть расходов по статье профилактика используются на пропаганду добрачного сексуального воздержания. По оценкам, к концу сентября 2005 года на лечение больных СПИДом реально было израсходовано порядка 800 млн. долл., что обеспечило медицинскую помощь 400,9 тыс. больных СПИДом по всему миру, в том числе 67,5 — в Уганде, 93,0 — в Южной Африке, 44,7 — в Кении, 36,0 — в Замбии, 28,2 — в Нигерии, 16,2 — в Эфиопии⁸⁴.

В 2004 году с точки зрения программных элементов, 2,4 млрд. долл. распределены следующим образом:

- двусторонние программы сотрудничества — 1258 млн.долл.;
- Управление глобального координатора США по борьбе со СПИДом — 488 млн.долл.;
- инициатива по защите материнства и детства (Mother to Child Prevention Initiative) — 149 млн.долл.;
- Глобальный фонд борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией — 547 млн.долл.⁸⁷.

Следует отметить, что и до принятия Президентского плана американский конгресс выделял значительные средства на двухсторонние программы сотрудничества, в Глобальный фонд борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, а инициатива по защите материнства и детства начала действовать еще в 2002 году

В итоге реально дополнительных на средств по сравнению с предыдущим годом после консолидации всех программ в рамках нового закона оказалось в 2004

7

году всего 850 млн.долл., а в целом за период до 2008 году включительно дополнительных средств на реализацию Президентского плана потребуется около 10 млрд.долл.⁸⁴.

В 2006 ф.году ассигнования по линии федерального бюджета на борьбу со СПИДом внутри США составили 17,5 млрд. дол. В эту сумму входят расходы на научные исследования, финансовые и жилищные субсидии для инфицирования, профилактики и лечение больных СПИДом⁸⁸. При этом на лечение и уход за больными СПИДом в 2006 году совокупные ассигнования составили 12,6 млрд. дол. (60% общего бюджета и на 7% больше чем в 2005 году). Реальные затраты в 2005 году на программы по линии Ryan White Care Act, Medicaid, Medicare составили 11,7 млрд. долл.

Следует также подчеркнуть, что подавляющая часть бюджетных средств, идущих на помощь беднейшим странам, попадают туда не напрямую, а через многочисленных американских посредников из числа коммерческих консалтинговых организаций, университетских медицинских исследовательских центров, благотворительных фондов, религиозных и других неправительственных организаций (НПО).

Соответственно и закупки лекарственных препаратов и предметов гигиены и ухода за больными осуществляются в основном у американских производителей.

В этой связи нельзя не отметить, что глобальный координатор США по борьбе со СПИДом Р. Тобиас до занятия новой должности в администрации Дж. Буша был председателем правления крупнейшего фармацевтического концерна США — Eli

Lilly. В мае 2005 года он одновременно стал председателем Комитета по политике и стратегии в Глобальном фонде по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией. Этот комитет призван контролировать расходование средств фонда и определять его политику в области закупок. В августе 2006 года на пост глобального координатора был назначен Марк Дибал (Mark R.Dybul).

Признавая важность гуманитарной миссии США на глобальном уровне, многие американские эксперты полагают, что нельзя забывать и о своих гражданах, которые умирают от СПИДа из-за того, что не имеют возможность получить своевременную медицинскую помощь. СПИД ежегодно убивает значительно больше граждан США, чем террористы людей по всему миру, а общие потери от СПИДа в США к 2004 году в десять раз превысили потери вооруженных сил этой страны от войны во Вьетнаме. По оценкам CDC, средняя стоимость пожизненного лечения одного инфицированного СПИДом обходится американскому обществу в 210 тыс. долл., соответственно каждые 40 тыс. новых больных ежегодно приведут в будущем к дополнительным затратам в США на уровне 8,4 млрд.долл.⁸⁹.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- Продолжающаяся глобализация эпидемии ВИЧ-инфекции с очевидностью показывает, что мировое сообщество крайне нуждается в создании единой системы глобального мониторинга заболевания, без которой невозможно эффективно планировать мероприятия по противодействию эпидемии не только в развивающихся, но и ведущих индустриальных державах.
 - Глобальный мониторинг приобретает особое значение для определения необходимого объема и структуры гуманитарной помощи странам, наиболее пораженным пандемией и для формирования консолидированного бюджета мирового сообщества, который предназначен для преодоления социально-экономических последствий эпидемии ВИЧ/СПИДа в мировом масштабе и на региональных уровнях.
 - Даже в такой высокоразвитой стране как США, приверженной защите демократических ценностей и прав человека в различных регионах мира, правовая система не может преодолеть повсеместное нарушение прав и свобод ВИЧ-инфицированных граждан и стигмацию. По-прежнему сохраняются признаки социального нера-
- венства различных слоев населения США в плане получения эффективной медицинской помощи и избирательности при обеспечении социальных гарантий государства.
- Значительная часть вышеперечисленных проблем в США обусловлена тем, что государство фактически переложило многие обязанности по медико-социальной защите ВИЧ-инфицированных граждан на неправительственные общественные и коммерческие организации, а также из-за проблем координации борьбы с ВИЧ/СПИД между федеральным центром и властями штатов. Тем не менее, следует признать, что общественные организации США играют важную роль в профилактике ВИЧ/СПИДа, информировании населения и борьбе с дискриминацией в данной сфере, привлечения внимания общественности и правительственных ведомств к данной проблеме.
 - Правительство США является на сегодняшний день крупнейшим мировым донором финансовых средств, направляемых на борьбу со СПИДом. При этом помощь развивающимся странам обеспечивается как из федерального бюджета США, так и через созданные при активной поддержке администрации и контролируемые ею международные фонды. Принятие решений о предоставлении и объеме финансовой помощи на борьбу с эпидемией ВИЧ/СПИДа тем или иным странам находятся в очевидной зависимости от политических интересов США в данном регионе, а сами средства распределяются через различные научно-исследовательские, общественные, коммерческие и другие посреднические организации США.

- Опыт США показывает, что для успешного противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа в национальном, региональном и мировом масштабе само по себе наличие значительных финансовых средств является недостаточным для решения проблемы. Многие страны неизбежно сталкиваются с вопросами распределения и эффективного использования ассигнований на борьбу со СПИДом, которые на современном этапе могут быть решены только консолидацией интеллектуального, информационного, научно-технического потенциала всего мирового сообщества.

- Все более актуальным становится создание в рамках Группы восьми специальной комиссии по СПИДу, которая могла бы взять на себя координацию работы по противодействию эпидемии. Данная комиссия должна рассматривать приоритетные направления борьбы с эпидемией ВИЧ/СПИДа и оценивать эффективность оказания финансовой помощи развивающимся странам, имеющим наиболее высокие показатели пораженности населения СПИДом.

ИСТОЧНИКИ

¹ Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДУ (UNAIDS) // Информационный бюллетень. Глобальные данные, 2005

² Резолюция № 1308 Совета безопасности ООН 2000

³ Garrett L. The Lessons of HIV/AIDS//Foreign Affairs. - 2005 - July/August

⁴ Доклад о глобальной эпидемии СПИДа - 2006, специальное издание, посвященное 10-й годовщине ЮНЭЙДС, ЮНЭЙДС/ВОЗ, 2006 - www.unaids.org

⁵ Развитие эпидемии СПИДа: декабрь 2005 г., ЮНЭЙДС/ВОЗ, 2005

⁶ См. раздел 4. Эпидемия ВИЧ/СПИДа в США

⁷ UNAIDS включает показатели Турции по СПИДУ в статистику региона Центральной Европы.

⁸ Развитие эпидемии СПИДа: состояние на декабрь 2000 г., ЮНЭЙДС, 2000

⁹ Доклад о глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа - 2002, ЮНЭЙДС, 2002

¹⁰ Развитие эпидемии ВИЧ/СПИДа: состояние на декабрь 2002 г., ЮНЭЙДС

¹¹ Развитие эпидемии СПИДа: декабрь 2003, ЮНЭЙДС

¹² Доклад о глобальной эпидемии СПИДа - 2004, ЮНЭЙДС, 2004

¹³ Развитие эпидемии СПИДа: декабрь 2004, ЮНЭЙДС, 2004

¹⁴ Анализ данных: ВИЧ/СПИД в Москве в контексте мировой пандемии. Москва. (Департамент здравоохранения, МГЦ СПИД, РИСИ). Москва, 2005

¹⁵ A Survey of Russian Doctors on HIV/AIDS, CSIS, University of Wisconsin-Madison, January 2006

¹⁶ См. раздел 4. Эпидемия ВИЧ/СПИДа в США

¹⁷ «Initiating second generation HIV surveillance systems: practical guidelines», UNAIDS/WHO, Working Group on Global HIV/AIDS/STI Surveillance, 2002

¹⁸ Анализ годовых форм государственного статистического наблюдения, опубликованных в информационном бюллетене № 27. Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. Роспотребнадзор. Москва. 2005

¹⁹ ЦРУ, «Мировой справочник», данные 17 мая 2005 года

²⁰ Трансатлантические партнеры против СПИДа «Дети, рожденные ВИЧ-инфицированными женщинами и социальное сиротство: анализ ситуации в России», М, 2004 г.

²¹ http://www.rian.ru/society/health_servic-es/20060921/54144545.html

²² <http://www.km.ru/news/view.asp?id=D9EC9DF148734D5E9A1CFC5915318064;>
<http://www.aids.ru/news/2006/05/11c.htm>

²³ Канада. ВОЗ призывает к повальному тестированию, активисты не согласны, Aids.ru , 18 августа 2006 г.

²⁴ www.who.org; The 3 by 5 Initiative - Treat Three Million people Living with HIV/AIDS by 2005 - WHO/UNAIDS;
<http://www.who.int/3by5/publications/en/>

²⁵ Transparency International, Corruption and HIV/AIDS - «Corruption in Health: Global Report 2006», February 2006,
<http://www.transparency.org>

²⁶ <http://www.health-ua.com/news/1147/>

²⁷ «Treat Asia Special Report: Expanded Availability of HIV/AIDS Drugs in Asia Creates Urgent Need for Trained Doctors» American Foundation for AIDS Research, July, 2004

²⁸ <http://www.thisdayonline.com/archive/2004/04/04/20040404news22.html;>

<http://www.ghana.co.uk/news/content.asp?articleID=12148;>

²⁹ ВИЧ/СПИД в России: тенденции, проблемы, меры противодействия. Информационно-аналитический материал. (Департамент здравоохранения Москвы, МГЦ СПИД, РИСИ) Москва, 2004

³⁰ HIV/AIDS Surveillance Report. Cases of HIV infection and AIDS in the United States, 2004 - Vol.16 - CDC

³¹ High HIV/AIDS Prevalence Reported in Washington DC, Scrip PJB Publications Ltd, 25 September, 2006

³² См. главу 2. Особенности глобальной статистики по ВИЧ/СПИДУ

³³ Improved Access to Early Intervention Services: Expanding Access to Care//www.hab.hrsa.gov/publications.htm. - August 2005.

³⁴ HIV Prevention Strategic Plan through 2005 - CDC - January 2001

³⁵ Advancing HIV Prevention: New Strategies for a changing Epidemic, United States, 2003 - CDC - MMWR, Weekly April 18,

2003/52 (15); 329-332 www.cdc.gov

³⁶ HIV/AIDS Surveillance Reports - CDC, 2001-2004

³⁷ CDC - Guidelines for National Human Immunodeficiency Virus Case Surveillance, Including Monitoring for Human Immunodeficiency Virus Infection and Acquired Immunodeficiency Syndrome, Figure 1

³⁸ Debate over HIV Reporting Continues in California - The HIV Update, Volume3, Number 35, July 16, 2002

³⁹ 50 State Comparisons: HIV Name/Code-Based Reporting - Kaiser statehealthfacts.org

⁴⁰ Evaluation of HIV Case Surveillance Through the Use of Non-Name Unique Identifiers -- Maryland and Texas, 1994-1996

⁴¹ Recommendation for Use Antiretroviral Drug in Pregnant HIV-1-Infected Women for Material Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV-1 Transmission in United States. (Public Health Service Task Force) November, 17, 2005

⁴² CDC. Rapid HIV Antibody Testing during Labour and Delivery for Women of Unknown HIV Status, A Practical Guide and Model Protocol, January 2004

⁴³ Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents and Pregnant Women in Health-Care Settings, September 22, 2006, MIMWR, CDC

⁴⁴ Kaiser Family Foundation, The HIV/AIDS Epidemic in the United States, HIV/AIDS Policy Fact Sheet, November 2005

⁴⁵ www.aids.ru.news/2005/11/08-4737.htm

⁴⁶ HIV/AIDS among African Americans. CDC. - February 2006.

⁴⁷ www.aids.ru/news/2005/01/27/ - 3747.htm

⁴⁸ Kaiser Family Foundation, "Financing HIV/AIDS Care: A Quilt with Many Holes" HIV/AIDS Policy Issue Brief, May 2004

⁴⁹ Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS, Medicaid and Medicare Programs: General information, <http://www.cms.hhs.gov/MedicaidGenInfo/>

⁵⁰ Ryan White Comprehensive AIDS Resources Emergency (CARE) Act, 2006

⁵¹ U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, HIV/AIDS Bureau. Ryan White C.A.R.E. Act Title I Manual. 2002

⁵² U. S. Department of Health and Human Services, Review of Title II of the Ryan White Comprehensive Emergency Act at the California

Department of Health Services, October 2004

⁵³ AIDS Treatment Data Network, Access project, AIDS Drug Assistance Programs, www.atdn.org

⁵⁴ Fleming, P. et al., HIV Prevalence in the United States, 2000, 9th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Abstract #11, Oral Abstract Session 5, February 2002

⁵⁵ HIV and other Sexually Transmitted Infections in the UK: 2005

⁵⁶ Department of Health and Human Services/Kaiser Family Foundation, Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-infected Adults and Adolescents, March 2004, <http://www.aidsinfo.nih.gov>

⁵⁷ Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS, Fact Sheet: Medicaid and HIV/AIDS: www.cms.hhs.gov/hiv/hivfs.asp

⁵⁸ Kaiser Family Foundation, HIV/AIDS Policy Fact Sheet: Medicaid and HIV/AIDS, September 2005

⁵⁹ Senate Passes Smith HIV Treatment Amendment, Bill Provides Medical Coverage for Low-Income Sufferers, Bend.com news sources, November 2005

⁶⁰ Shapiro, et al. «Variations in the care of HIV-infected Adults in the United States», Journal of the American Medical Association, Vol. 281, No. 24, June 1999

⁶¹ Cunningham, W., et al., «Delayed Medical Care After Diagnosis in a US National Probability Sample of Persons Infected with Human Immunodeficiency Virus», Archives of Internal Medicine, Vol. 160, September 2000

⁶² Kates, J., Levi, J. Neal, J., Gallagher, K., «Learning More about the HIV-Infected Populations not in Care in the United States: Using Public Health Surveillance Data to Inform Current Policy Challenges in Enhancing Access», Poster TuPeG 5690, XIV International AIDS Conference, Barcelona, Spain, July 2002. Данные на людей в возрасте 13 лет и старше

⁶³ National ADAP Monitoring Project, Annual Report, Kaiser Family Foundation, April 2005

⁶⁴ National ADAP Monitoring Project, Annual Report, Kaiser Family Foundation, March 2006

⁶⁵ S. Berry. HIV and AIDS in America. September 29. - 2005 // www.avert.org. 08.11.2005.

⁶⁶ Open letter to the Global AIDS Coordinator. June 6, 2005. / www.hrw.org.08.11.2005

⁶⁷ ЮНЭЙДС «Всемирная кампания против СПИДа, 2002-2003. Концептуальная основа и основополагающие принципы деятельности: стигма и дискриминация в связи с ВИЧ/СПИДом», Сентябрь, 2002

⁶⁸ Gregory M. Herek, University of California, Davis, Leonard Mitnick, National Institute of Mental Health, «AIDS and Stigma: A Conceptual Framework and Research Agenda». Final Research from a Research Workshop, 1998

⁶⁹ Stigma and the General Population, Stigma & HIV/AIDS, a review of the literature

⁷⁰ HIV/AIDS-related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and an Agenda for Action. Richard Parker and Peter Aggleton with Kathy Attawell, Julie Pulerwitz, and Lisanne Brown, May 2002

⁷¹ США. Массовые изнасилования мужчин начинают считать преступлением // www.aids.ru/news - 2005. - 22 августа.

⁷² www.aids.ru/news/2005/11/06-4728.htm.

⁷³ www.aids.ru/news/2005/07/09/-4311.htm.

⁷⁴ Федеральный закон от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»

⁷⁵ Americans with Disabilities Act, принят в 1990 г.

⁷⁶ Privacy Act of 1974

⁷⁷ www.aids.ru/news/2005/07/23-4359.htm.

⁷⁸ www.aids.ru/news/2005/04/24-4051.htm.

⁷⁹ www.aids.ru/news/2005/04/04/-3977.htm.

⁸⁰ www.aids.ru/news/2005/10/30/-4704.htm.

⁸¹ United States Leadership Against HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria Act of 2003

⁸² US Five Year Global HIV/AIDS Strategy, www.state.gov, 22 December 2004.

⁸³ www.aids.ru/news/2005/05/19/-4133.htm.

⁸⁴ www.state.gov/s/has/rl/rm/2004/12/01/-htm.

⁸⁵ The US President's Emergency Plan for AIDS Relief, 2006

⁸⁶ The US President's Emergency Plan for AIDS Relief // www.ste.gov/s/qas. - 2005

⁸⁷ Примечание: Частная бесприбыльная организация со штаб-квартирой в Швейцарии, функционирует с 2001 г. В период с

2001 по 2003 г. ассигнования США на деятельность фонда составили порядка 500 млн дол.

⁸⁸ The Budget for Fiscal Year 2006. Supporting a Compassionate Society. P. 142, 148, 227.

⁸⁹ Comprehensive HIV Prevention 2006. - US Dept. of Health and Human Services

