ВИЧ/СПИД в странах Восточной Европы
и Содружества Независимых Государств

Как обратить эпидемию вспять

Состояние проблемы и возможные решения

Программа развития ООН
Братислава, 2004

ВИЧ/СПИД в странах Восточной Европы и Содружества Независимых Государств

Как обратить эпидемию вспять

Состояние проблемы и возможные решения

Программа развития ООН
Братислава, 2004

Все права защищены. Этот документ однако может воспроизводиться полностью или частично без предварительного согласия ПРООН. При воспроизведении ссылка на источник обязательна.

Взгляды, изложенные в данной публикации, выражают мнения авторов и могут не совпадать с позицией стран-членов Исполнительного Совета ПРООН, или организаций и учреждений системы ООН.

Дизайн обложки: KOLOVRATOK, Словакия

Печать: RENESANS, Словакия

ПРООН, Братислава 2004

Предисловие

Красной нитью через этот отчет проходит простая мысль: без немедленного, ускоренного и значительного расширения масштаба ответа государственных органов и других заинтересованных сторон риски ВИЧ/СПИД подрывают и даже оборачивают вспять достижения человеческого развития в странах Восточной Европы и Содружества Независимых Государств. Реализовать такой ответ трудно, но не невозможно. Опора на опыт и знания из других частей мира, использование новых механизмов финансирования, таких как Глобальный Фонд по борьбе со СПИД, туберкулезом и малярией, дают все шансы обуздать распространение эпидемии и органичить ее влияние в регионе. Но это может иметь место только если страны региона первыми, по собственной инициативе, предпримут незамедлительные действия, более четко и выраженно сфокусировав свои социальные и экономические стратегии и ресурсы на этой растущей проблеме.

В практическом плане это находит выражение в нескольких моментах. Разработчики политики должны полагаться на информированную общественность, а это значит, что следует инвестировать в осмысление проблемы общественностью через ее просвещение, особенно это касается уязвимых групп. Это также означает, что органам государственного управления необходимо подходить к проблеме так, чтобы позволить всем заинтересованным сторонам, — включая людей, живущих с ВИЧ/СПИД, — участвовать в процессе выработки решений. И сверх того, это означает реальное лидерство в реагировании на проблему. Лидерство на всех уровнях и во всех структурах общества, — не только на уровне центральных органов, но и лидерство местных властей, организаций в бизнесе, в гражданском обществе, в школах, религиозных организациях и даже в семьях.

Сильной стороной этого отчета является то, что он не просто анализирует проблемы, а и предлагает конкретные решения. Исходя из успешной практики и проверенного опыта стран и сообществ, где профилактика ВИЧ/СПИД и уход дали результаты, отчет предлагает ряд рекомендаций для разработчиков политики, для государственных учреждений, для бизнеса и гражданского общества, каким образом можно достичь успешных результатов. Будучи продуктом объединенных усилий группы исследователей, привлеченных из организаций системы ООН, гражданского общества, других партнеров, отчет являет собой могучий призыв к действию.

Марк Маллок Браун

Администратор, ПРООН

Благодарность

Данный отчет является продуктом расширенного сотрудничества многих лиц и учреждений, которые активно вовлечены в профилактику и предоставление ухода по ВИЧ в странах Восточной Европы и СНГ. Эта публикация была бы невозможной без совместной работы представителей многих организаций и программ системы ООН, которые поделились своим опытом, временем и сотрудниками, работавшими в группе авторов и редакторов отчета. Особая благодарность выражается Европейскому Бюро ВОЗ в Копенгагене, Всемирному Банку, а также Секретариату ЮНЕЙДС в Женеве.

В исследованиях и в редактировании отчета принимали участие Тони Барнет, Дэвид Барр, Андрей Иванов и Бен Слэй. Вступление было написано Дэвидом Барром и Беном Слэем. Главы I и II, — вклад ВОЗ, — разработаны Мартином Донахью, Срдан Матич и Джорджем Шмидом. Глава III является результатом совместных усилий Всемирного Банка и ПРООН: ее готовили Олусои Адейи, Тони Барнетт, Сарбани Черкаборти, Шомби Шарп и Бен Слэй. Главу IV была написана Джефом Гувером и Анной Александровой, к ней также сделали ценные дополнения Марция Кран и Стефан Прайзнер. Глава VI была подготовлена Дэвидом Барром и Анной Александровой, а авторы Главы V — Дэвид Барр и Бен Слэй. Рекомендации для разрабюотчиков политики были подготовлены в результате процесса консультаций между ПРООН, Секретариатом ЮНЕЙДС и заинтересованными сторонами в странах. Следует отметить особый вклад Вадима Покровского, Мамасабыра Бурханова, Каси Малиновской-Семпрух и Владимира Фролова.

Отчет обогатился обширными комментариями и вкладом многих национальных экспертов, учреждений и неправительственных организаций в регионе. Особую благодарность высказываем AIDS Info Share в Москве и организациям людей, живущих с ВИЧ. Мы очень благодарны украинским экспертам и НПО, прокомментировавшим второй предварительный вариант отчета.

Редакторы отчета и Региональное Бюро ПРООН по Европе и СНГ выражает свою благодарность всем коллегам и экспертам, поделившимся знаниями, временем и давшим совет, чтобы сделать этот отчет сильным инструментом информирования и продвижения идеи. Особая благодарность — Эндрю Боллу, Хакан Бьйоркман, Саре Берд-Шарпс, Десмонду Коэну, Ивану Крастеву, Стиву Краусу, Хеннигу Микельсену, Монике Шарма и Наде Рашид, сотрудникам ПРООН и ЮНЕЙДС, работающим в Представительствах ООН в регионе, — Наталье Гордиенко, Александру Кашкареву, Елене Малановой, Елене Марьянович, Эдварду Петреску, Хелен Петрозолле, Татьяне Шумилиной, а также всем ответственным лицам по вопросам ВИЧ/СПИД и членам тематической группы ЮНЕЙДС.

Выпуск данного отчета стал возможным благодаря усилиями Регионального Центра ПРООН в Братиславе. Важная поддержка в редактировании, выпуске и представлении этой публикации оказана Андреем Ивановым и Сандрой Пралонг.

Лидеры этой инициативы, Кальман Мижей, Сохнан Хан Юнг, Брюс Харланд и Джоанна Казана, искренне благодарны всем за помощь и сотрудничество в подготовке этой публикации.

Содержание

Краткое содержание отчета	**1**
Введение. ВИЧ/СПИД и человеческое развитие в Центральной и Восточной Европе и в Содружестве Независимых Государств	**5**
Глава I: Эпидемиологические тенденции ВИЧ/СПИД в Центральной и Восточной Европе и в СНГ	**13**
Эпиднадзор в сфере ВИЧ/СПИД	**15**
Обзор эпидемиологических тенденций в регионе	**18**
Западная часть СНГ: Беларусь, Украина, Молдова и Российская Федерация	18
Страны Балтии	23
Кавказ и Центральная Азия	25
Центральная и Юго-Восточная Европа	28
Выводы и рекомендации	**30**
Глава II: Движущие силы эпидемии: основные факторы риска, формы рискового поведения и группы риска	**31**
Формы поведения с высоким уровнем риска	**31**
Потребление наркотических веществ и ВИЧ/СПИД	33
Секс мужчин с мужчинами	34
Инфекции, передающиеся половым путем	35
Передача ВИЧ от матери к ребенку	36
Риски, связанные с системой здравоохранения	36
Основные группы риска	**37**
Потребители инъекционных наркотических веществ	37
Работники коммерческого секса	39
Заключенные в тюрьмах	40
Мигранты и перемещенные лица	43
Выводы и рекомендации	**44**
Глава III: Влияние эпидемии	**47**
Уязвимость, восприимчивость и влияние	**47**
Бедность	47
Демографические последствия	48
Социально-экономические последствия	**51**
Влияние ВИЧ/СПИД на рост и развитие на уровне макроэкономики	52
Влияние на уровне сектора	53
Домохозяйства	55
Последствия для человеческого развития	**55**
Неравенство	56
Ожидаемая продолжительность жизни	56
Эпидемия ВИЧ/СПИД и Цели развития тысячелетия	58
Выводы и рекомендации	**59**

Глава IV: Права человека и ВИЧ/СПИД в Центральной и Восточной Европе и СНГ 61
ВИЧ/СПИД в контексте прав человека 61
Юридическая защита прав человека на национальном, региональном и международном уровне 65
Юридические гарантии: теория и практика 68
Потребители инъекционных наркотиков 69
Работники коммерческого секса 70
Мужчины, отдающие предпочтение сексу с мужчинами 72
Цыгане и этнические меньшинства 72
Гражданское общество 73
Быводы и рекомендации 75

ГЛАВА V: Разработка эффективного ответа на ВИЧ/СПИД 77
Государственное управление как основа ответа 77
Приверженность на высшем уровне политики 77
Разработка национальных межсекторальных программ и ответных мер 78
Вовлечение групп риска 79
Финансирование ответа 80
Внешнее финансирование 81
Снижение вреда 82
Снижение вреда и потребление наркотиков 83
Заместительная терапия 84
Международные агентства 86
Привлечение частного сектора 86
Просвещение и снижение риска для молодежи 87
Добровольное консультирование и тестирование 88
Лечение СПИД 88
Антиретровирусная терапия 89
Лечение с целью профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку 90
Доступ к антиретровирусной терапии 91
Доступ к качественным препаратам-генерикам для лечения ВИЧ в странах СНГ 92
Диагностическое тестирование, лечение и профилактика оппортунистических инфекций 93
Лидерство и создание возможностей 94
Выводы и рекомендаци 94

Глава VI: Выводы 97
Что работает? Истории успеха 97
Опыт развитых стран 98
Опыт развивающихся стран 100
Заключительные выводы 101
Информация 101
Вовлечение и участие 102
Лидерство 103

Приложения **105**

Приложение 1: Моделирование последствий генерализованной эпидемии СПИД для макроэкономики Российской Федерации **105**

Приложение 2: Последствия эпидемии ВИЧ/СПИД для национальной безопасности России **111**

Приложение 3: Программа ПРООН "Лидерство для достижения результата". Роль ПРООН в реагировании системы ООН на ВИЧ/СПИД **117**

Приложение 4: Глоссарий **129**

Приложение 5: Библиографический список **133**

Список таблиц

Таблица 1: Выборочные исследования распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в отдельных городах Российской Федерации в 2000-2002 годах 20

Таблица 2: Результаты дозорного эпиднадзора по ВИЧ в Украине в 2002 году 22

Таблица 3: Приблизительная оценка основных групп населения, подверженных высокому риску ВИЧ инфицирования в отдельных странах 32

Таблица 4: Заключенные и диагностический скрининг на ВИЧ в пенитенциарной системе Российской Федерации в 1995-2002 годах 40

Таблица 5: Различные аспекты воздействия эпидемии в социально-экономической области 50

Таблица 6: Модели макроэкономического воздействия эпидемии: результаты различных исследований 52

Таблица 7: влияние снижения ожидаемой продолжительности жизни на уровень индекса человеческого развития (HDI) в отдельных странах 56

Таблица 8: Индекс человеческого развития и продолжительность жизни в странах СНГ 57

Таблица 9: ВИЧ/СПИД и показатели Целей развития тысячелетия (до 2015 года) 58

Таблица 10: Права человека уязвимых групп населения 68

Таблица 11: Ассигнования Глобального Фонда странам Восточной Европы и СНГ 81

Список вставок

Вставка 1: В связи с чем в России в последнее время снизилось количество новых случаев ВИЧ? 21

Вставка 2: Тюрьмы как инкубаторы ВИЧ 41

Вставка 3: Моделирование макроэкономических последствий ВИЧ/СПИД 54

Вставка 4: Россия: последствия ВИЧ/СПИД для безопасности

Вставка 5: Ограничительная политика: благие намерения, но негативные результаты 64

Вставка 6: Непредусмотренные последствия: Политика относительно наркотиков подпитывает эпидемию ВИЧ в России и Украине 70

Вставка 7: Финансирование лечения СПИД в России 80
Вставка 8: Международная Программа развития снижения вреда Института открытого Общества (ИОО) 82
Вставка 9: Заместительная терапия метадоном в Кыргызской Республике 86
Вставка 10: Сравнение добровольного и обязательного тестирования на примере США 88
Вставка 11: Диалог с производителями улучшает доступ к антиретровирусной терапии 92
Вставка 12. Улучшение доступа к антиретровирусным препаратам-генерикам: случай Украины 93

Список диаграм

Диаграмма 1: Оценки уровней распространенности ВИЧ и количества людей, живущих с ВИЧ/СПИД на конец 2001 года 14
Диаграмма 2: Новые зарегистрированные случаи инфицирования ВИЧ разными путями передачи инфекции во всем регионе, исключая Турцию 16
Диаграмма 3: Новые зарегистрированные случаи ВИЧ инфекции в Беларуси, Молдове, Украине и Российской Федерации в 1995–2002 гг. 19
Диаграмма 4: Новые зарегистрированные случаи ВИЧ инфекции в странах Балтии 24
Диаграмма 5: Новые зарегистрированные случаи ВИЧ инфекции в Кавказском регионе, показатель на миллион жителей 25
Диаграмма 6: Новые зарегистрированные случаи ВИЧ инфекции в четырех республиках Центральной Азии 26
Диаграмма 7: Новые зарегистрированные случаи ВИЧ, СПИД и смерти от СПИД в странах Центральной и Юго-Восточной Европы 28
Диаграмма 8: Зарегистрированные случаи ВИЧ по группам передачи инфекции в странах Центральной и Юго-Восточной Европы 29
Диаграмма 9: Зарегистрированные случаи сифилиса на 100,000 населения в 2000-2001 гг. 34
Диаграмма 10: Зарегистрированные случаи сифилиса на 100,000 населения в странах СНГ 35
Диаграмма 11: Новые зарегистрированные случаи ВИЧ инфекции, переданной от матери ребенку, в странах Западной, Центральной и Восточной Европы в 1997-2002 гг. 37
Диаграмма 12: Коэффициент иждивенчества по возрастной структуре в Российской Федерации. 48
Диаграмма 13: Влияние СПИД на динамику населения в Российской Федерации, (сценарий умеренного распространения ВИЧ/СПИД) 49
Диаграмма 14: Влияние эпидемии на ожидаемую продолжительность жизни в Российской Федерации 57
Диаграмма 15: Снижение цены Флуконазола (50 мг таблеты) под давлением импорта непатентованных лекарств на Украине 92
Диаграмма 16: Суммарное воздействие ВИЧ/СПИД на уровень ВВП в Российской Федерации 108

Краткое содержание отчета

Каждый сотый человек, идущий по улицам городов Восточной Европы или Содружества Независимых Государств (СНГ), является носителем вируса ВИЧ, вызывающего заболевание СПИД. Большинство этих людей было инфицировано ВИЧ через инъекционное потребление наркотиков. Но и места тюремного заключения в регионе все больше выполняют функцию инкубатора ВИЧ, а количество случаев инфицирования, связанных с коммерческим сексом и передачей инфекции от матери к ребенку растут.

По официальным оценкам в этом регионе по состоянию на конец 2003 года число людей, живущих с ВИЧ/СПИД, достигло 1,8 миллиона человек. В прошлом году количество новых случаев инфекции резко возросло в Украине, Эстонии, Беларуси и Молдове. Заболеваемость также растет, хотя и с очень низкого уровня, в некоторых самых бедных странах региона — в Центральной Азии и на Кавказе. При решении этой проблемы обедневшие и перегруженные системы здравоохранения этих стран столкнутся с большими трудностями.

В данном отчете детально представлены имеющиеся в наличии данные о ВИЧ/СПИД в Центральной и Восточной Европе и в СНГ, проанализированы причины эпидемии в регионе и предложены варианты подходов для сдерживания ее распространения. И хотя в бывших коммунистических странах наблюдается наиболее быстрый рост уровня инфицирования в мире, именно этот регион обладает наибольшим потенциалом для того, чтобы достаточно легко повернуть негативную тенденцию вспять. В отчете также обсуждается, почему и какие варианты стратегического ответа необходимы, чтобы предотвратить еще больший разрушительный эффект эпидемии и рост сопряженных с ней затрат.

СПИД угрожает самой материи общества и подталкивает государственную власть и системы медицинского обслуживания к невиданной предельной нагрузке. Решение вопросов, связанных с поведенческими и социально-экономическими факторами, определяющими уязвимость, требует скоординированных действий многих лиц и организаций, направленных на достижение общей цели. СПИД нельзя победить "командным" методом, который традиционно формировал государственную политику в в этом регионе. Необходимым условием для того, чтобы повернуть эпидемию вспять, является создание открытой, демократичной, объединяющей среды, в которой комплексная межсекторальная стратегитя и инновационные подходы к партнерству создадут доверие и уменьшат стигму, с которой сейчас сталкиваются инфицированные вирусом.

Этот отчет может быть полезным для всех, кто вовлечен в разработку и реализацию политики и конкретных подходов в борьбе с эпидемией: официальным лицам в правительстве, ученым, лидерам гражданского общества, государственным служащим, лидерам в бизнесе и вообще всем, кто интересуется этой проблемой и тем, что в этом отношении можно предпринять. Этот отчет не предназначен исключительно для профессионалов-медиков или сотрудников системы здравоохранения. Его задачей является повышение общего уровня осознания проблемы среди лиц, принимающих решения и общественности в целом, расширение понимания растущей угрозы человеческому развитию в данном регионе.

Программа развития ООН (ПРООН) рассматривает ВИЧ/СПИД как вопрос человеческого развития, а не просто как прежде всего проблему здравоохранения. Концепция человеческого развития, которая используется ПРООН, делает акцент на развитии экономики как основы расширения возможности выбора, что, в конечном счете, служит более широким целям благосостояния человека. Реальной возможность выбора становится лишь тогда, когда человек имеет приемлемые уровни образования, здоровья и дохода, — что является основными тремя компонентами человеческого развития. Исследуя влияние эпидемии СПИД на человеческое развитие в бывших странах коммунистического строя, отчет делает свой вклад в обсуждение вопросов улучшения благосостояния человека в странах Восточной Европы и СНГ.

Хотя в странах региона наблюдается наиболее быстрый рост уровня инфицирования в мире, все еще возможно повернуть негативную тенденцию вспять

СПИД угрожает самой материи общества и подталкивает государственную власть и системы медицинского обслуживания к невиданной предельной нагрузке

Хорошо продуманная общественная политика играет важную роль в сдерживании распространения ВИЧ и смягчении последствий СПИД

Предпринята попытка обосновать положение о том, что из-за СПИД страдают не только те, кто инфицирован, но и все сообщество подвергается воздействию, когда даже всего один из его членов инфицирован.

Хорошо продуманная общественная политика играет важную роль в сдерживании распространения ВИЧ и смягчении последствий СПИД. Данный отчет очерчивает пути решения этих проблем и организации комплексного ответа на эпидемию в регионе. И, хотя, различия в социально-экономических и демографических условиях в этих странах требуют индивидуального подхода, общее историческое наследие и политическая среда, особенно в странах СНГ, дают основания для проведения анализа и представления рекомендаций на уровне региона. По всему региону у сообществ нет другого выбора, кроме как противостоять этим вызовам.

Непонимание и нехватка аргументированной информации порождают неэффективные, даже вредные варианты ответа на ВИЧ/СПИД

Отчет определяет три конкретные категории проблем в сфере **информации, лидерства и вовлечения** всех сторон, решение которых необходимо для того, чтобы сдержать и в конце концов положить начало тенеденции свертывания эпидемии.

Проблемы, связанные с информацией

ВИЧ/СПИД является относительно новым явлением в регионе, особенно в странах СНГ. Как все новые инфекционные заболевания, оно было встречено подозрением и невежеством. Невежество — это анафема разумной политике. Непонимание и нехватка аргументированной информации порождают неэффективные, даже вредные варианты ответа на ВИЧ/СПИД. Это особенно касается механизма сбора данных об эпидемиологических тенденциях и факторах риска.

Данный отчет предлагает следующие возможные варианты действий в рамках проблемы, связанной с информацией:

• Адекватно определить приоритеты широкомасштабных информационных кампаний в средствах массовой информации,а также просветительских программ, разработанных конкретно для уязвимых групп, особенно потребителей инъекционных наркотиков и их сексуальных партнеров.

• Обеспечить необходимые условия для предоставления всеобщего, доступного, в том числе и по цене, добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ.

• Совершенствовать программы сексуального образования, информирования о СПИД и профилактики потребления наркотиков в школьных учебных планах.

• Инвестировать необходимые средства в системы мониторинга второго поколения для лучшего определения движущих сил эпидемии. Изучать модели поведения конкретных групп риска и уточнять стратегии в сфере профилактики и ухода на основе знаний, полученных в результате этих исследований.

Лидерство

СПИД угрожает человеческому развитию по многим позициям. Для ответа на вызовы эпидемии необходимо привлечение влиятельных личностей, лидеров в своей области из всех слоев общества, включая людей, живущих с ВИЧ и СПИД. Эффективный ответ требует способности и желания разнообразных социальных групп работать сообща над общей проблемой.

Неправительственные организации (НПО) и другие институции гражданского общества играют ключевую роль в предоставлении услуг по снижению вреда, в создании возможностей для каждого изменить свое поведение, а также помогая людям, подверженным риску, установить контакт с учреждениями здравоохранения. Однако, институциональное устройство старого коммунистического строя не предполагало существования таких, столь необходимых теперь, структур гражданского общества. Их отсутствие, особенно в странах СНГ, и составляет основной институциональный пробел в борьбе с эпидемией.

Варианты ответа, которые данный отчет предлагает в этой сфере:

• Строить реальные партнерские отношения и сотрудничество с частным сектором, (особенно со средствами массовой информации, фармацев-

тическими компаниями, организациями работодателей), НПО, а также с людьми, живущими с ВИЧ/ СПИД. Использовать их опыт и совет в разработке и реализации политики в сфере профилактики и ухода.

• Инвестировать в инфраструктуру и разработку политики, которые необходимы для всеобщего доступа к лечению, особенно к антиретровирусной терапии. Развивать сотрудничество между местными и международными фармацевтическими компаниями с целью расширения производства и доступности антиретровирусных препаратов-генериков.

• Избавиться от юридических и других барьеров, которые мешают быстрому развитию НПО, желающих работать в сфере борьбы с ВИЧ/ СПИД. Поддерживать НПО в их становлении в качестве лучших партнеров государственных ведомств, занимающихся проблемами эпидемии, особенно НПО, которые представляют людей, живущих с ВИЧ/СПИД.

• Определить те виды деятельности, которые доказали свою успешность в формировании лидерства в НПО и помогать в установлении контактов между лидерами НПО и лидерами других секторов.

Вовлечение участия

Вовлечение всех заинтересованных сторон, особенно людей, живущих с ВИЧ/ СПИД, в разработку и реализацию ответных мер является решающим для улучшения результатов. И хотя информация здесь играет существенную роль, она еще более эффективна в сочетании с комплексом профилактических мероприятий. Маргинализация людей, живущих с ВИЧ/СПИД, и членов сообществ, подверженных риску, не только несправедлива, но и нарушает международные соглашения о правах человека, подписанные всеми правительствами региона. Маргинализация — это не просто неэффективный, но даже вредный подход публичной политики к эпидемии.

Следовать принципу вовлечения всех заинтересованных сторон в разработку и реализацию ответных мер, означает изменить соотношение криминализации и карательных подходов в пользу прагматичных подходов снижения вреда, основанных на их доказанной действенности. Это предполагает:

• Фактическую декриминализацию потребления инъекционных наркотиков и услуг коммерческого секса в пользу мероприятий, дающих возможность предоставлять медицинские услуги и решать проблемы социальной нетерпимости.

• Интеграцию в деятельность исправительных систем программ снижения вреда, добровольного тестирования и обучения персонала.

• Значительное расширение масштаба программ обмена шприцев, заместительной терапии метадоном, распространения презервативов, а также информационных программ для потребителей инъекционных наркотиков. Следует уделять особое внимание проектам, целью которых является профилактика передачи ВИЧ половым путем от потребителей наркотиков их сексуальным партнерам.

Для ответа на вызовы эпидемии необходимо привлечение влиятельных личностей, лидеров в своей области из всех слоев общества, включая людей, живущих с ВИЧ и СПИД

Для того, чтобы достичь ощутимых результатов, ответ на вызовы ВИЧ/СПИД должен быть комплексным, так как последствия эпидемии ощутимы в самых разнообразных сферах. Проблема ВИЧ/ СПИД не является проблемой исключительно сектора здравоохранения. Ограничивая способность человека жить свободно и с сохранением собственного достоинства, эпидемия угрожает будущим возможностям устойчивого человеческого развития целых сообществ. Таким образом, проблема ВИЧ/СПИД - это:

социальная проблема: *ВИЧ/СПИД подпитывается социальной маргинализацией, бедностью, стигмой и нетерпимостью, и их же усугубляет;*

экономическая проблема: *ВИЧ/ СПИД потребляет и без того ограниченные ресурсы и эродирует человеческий капитал: людей в работоспособном возрасте, которые без эпидемии составляли бы львиную долю рабочей силы страны, снижая таким образом, возможности домохозяйств, предприятий и макроэкономический потенциал страны;*

проблема общественного здоровья: *как фактор, вызывающий другие*

Маргинализация — это не просто неэффективный, но даже вредный подход к эпидемии

заболевания, ВИЧ/СПИД с фатальными последствиями в отсутствии лечения, атакует иммунную систему организма, снижает продолжительность и качество жизни и возлагает дополнительную нагрузку на системы общественного здравоохранения.

проблема прав человека: *для решения проблем, по сути являющихся вопросами общественного здоровья, власти иногда предпочитают предпринимать действия в рамках криминальной юстиции. Кроме того, что часто попирают принятые на международном уровне принципы прав человека, подобный ответ может нанести вред тем, кто подвергается наибольшему воздействию эпидемии и и снизить результативность борьбы с ней.*

проблема координации: *несмотря на то, что системы здравоохранения должны быть ядром ответа на ВИЧ/СПИД, эффективные подходы требуют скоординированного вовлечения многих центральных и местных органов власти.*

проблема безопасности: ВИЧ/СПИД порождает ощущение незащищенности на всех уровнях — от физических лиц и домохозяйств, до государства в целом. ВИЧ/СПИД также снижает потенциал структур, отвечающих за безопасность, таких как армия и милиция.

проблема политической перспективы: *ввиду того, что последствия этого заболевания отдалены самой природой "медленного старта", СПИД размывает различия между «сегодня»и «завтра». Для эффективного ответа на эпидемию все, кто участвует в разработке и реализации политических решений и подходов, должны перестать думать в рамках краткосрочной временной перспективы.*

Таким образом, для того, чтобы создать условия для кардинальных перемен, необходимы информация, лидерство, участие и вовлечение всех заинтересованны сторон. Это требует незамедлительных действий всех секторов: органов государственного управления, гражданского общества, деловых кругов и религиозных организаций. Программа развития ООН считает, что этот отчет может служить ценным инструментом для более адекватного понимания разнообразных аспектов проблемы и формулировки ответа на столь сложный вызов развитию, для развенчания мифов, которыми обросла эта щепетильная тема путем предоставления беспристрастного анализа и вариантов ответных мер на эпидемию.

Введение. ВИЧ/СПИД и человеческое развитие[1] в Центральной и Восточной Европе и в Содружестве Независимых Государств

Еще несколько лет тому назад жила надежда, что Центральная и Восточная Европа (ЦВЕ), а также Содружество независимых государств (СНГ)[2] могли избежать разрушительного воздействия СПИД. По крайней мере, касательно некоторых стран в этом регионе, эти надежды тщетны.

Согласно оценкам ЮНЕЙДС (UNAIDS), в 2003 году в регионе было инфицировано ВИЧ около 280 тысяч человек, что приблизило общее количество людей, живущих с ВИЧ к 18 миллиона. Если эта цифра верна, то она составляет 0,9 процента всего взрослого населения региона[3], что значит в процентном соотношении количество инфицированных людей в данном регионе превышает схожий показатель, зарегистрированный в Северной Африке, на Ближнем Востоке, в Азии и Тихоокеанском регионе, а также в Латинской Америке, уже не говоря о Западной Европе и Северной Америке. По данным ЮНЕЙДС только в Африке, в районе южнее Сахары и в Карибском регионе зарегистрированы более высокие показатели инфицирования среди взрослого населения; Российская Федерация, Украина и страны Балтии переживают сейчас одну из наиболее быстро развивающихся эпидемий ВИЧ в мире[4]. По оценкам ЮНЕЙДС на конец 2003 года около 1 миллиона людей в России жило с ВИЧ[5]. ВИЧ продолжает распространяться в Беларуси, Молдове и Казахстане, а с недавних пор и в Кыргызской Республике и в Узбекистане наблюдаются признаки эпидемии[6]. В Центральной и Южной Европе, где еще нет быстрого роста эпидемии, уровни инфицирования невелики. Но во многих странах существуют условия, которые могут способствовать быстрому распространению ВИЧ[7].

Эпидемия инъекционного потребления наркотиков подпитывает распространение ВИЧ в регионе

Эпидемия инъекционного потребления наркотических веществ (в основном среди молодых мужчин) подпитывает распространение ВИЧ в регионе: в 2002-2003 годах 70 процентов вновь зарегистрированных случаев ВИЧ инфекции в СНГ были связаны с этим путем передачи инфекции[8]. Количество потребителей опиатов[9] (в основном, героина) в этом регионе может достигать 3 миллионов человек. Если это цифра правильная, тогда она представляет одну пятую общего количества потребителей опиатов

---

[1] Этот отчет подразумевает под термином «человеческое развитие», тот процесс развития, который ставит во главу угла благосостояние человека.

[2] К Центральной и Восточной Европе и СНГ относятся следующие страны: Албания, Армения, Азербайджан, Беларусь, Босния и Герцеговина, Болгария, Хорватия, Чешская республика, Эстония, Грузия, Венгрия, Казахстан, Кыргызская Республика, Латвия, Литва, бывшая югославская республика Македония, Молдова, Польша, Румыния, Российская Федерация, Сербия и Черногория, Словакия, Словения, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Украина и Узбекистан.

[3] Данные UNAIDS приблизительны и представлены в интервалах. Количество людей живущих с ВИЧ/СПИД в этом регионе в конце 2003 года приблизительно составляло 12-18 миллионов человек; количество новых зараженных в 2003 приблизительно составляло 180,000-280,000. UNAIDS, AIDS Epidemic Update, December 2003, Geneva, p. 5 (доступна по следующему интернет адресу: http://www.unaids.org/en/Resources/Publications/Corporate+publications/AIDS+epidemic+update+-+December+2003.asp.

[4] там же.

[5] там же, стр. 14. ЮНЕЙДС также упоминает о других приблизительных оценках количества людей живущих с ВИЧ/СПИД которые варьируют от 600,000 до 1,5 миллиона человек.

[6] *там же, стр. 14.*

[7] там же.

[8] European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, *End Year Report 2002*, 2003.

[9] Термин "опиаты" в данной публикации употребляется в отношении как синтетических, так и природных опиоидов.

в мире, и около 1 процента населения региона в возрасте после пятнадцати лет [10]. Согласно отчетам ЮНЕЙДС, 80 процентов людей, живущих с ВИЧ в регионе младше 30 лет. В то же время 70 процентов тех, кто живет с ВИЧ в Соединенных Штатах, имеют возраст 30 лет и более. 70 процентов тех, кто в 2002-2003 диагностирован как живущие с ВИЧ в регионе являются мужчинами, хотя кажется, что пропорция женщин в этой несчастливой группе растет[11].

Существует уникальная возможность повернуть вспять распространение ВИЧ и упредить его влияние

Имеются разнообразные эпидемиологические данные по ВИЧ/СПИД, а также прогнозы касательно распространенности инфекции в этом регионе. Прогнозы эпидемиологических тенденций зависят от тенденций в спросе и предложении опиатов, от моделей сети контактов и сексуального поведения и от желания лидеров поднимать считающиеся неудобными вопросы секса, наркомании, общественного здоровья и возможностей личности влиять на ситуацию. Но, хотя на сегодняшний день недостаточно информации для надежных прогнозов и нужны более точные данные, не вызывает сомнения факт, что скорость распространения[12] эпидемии увеличивается во многих частях региона. Весьма реальной является возможность значительного роста инфицирования, если не полномасштабной эпидемии. А тем временем тысячи людей, живущих с ВИЧ, попадают в провалы систем здравоохранения в регионе и не получают лечения или ухода в связи со своим заболеванием.

Лучше всего обратиться к мерам профилактики такой эпидемии уже сейчас. По многим параметрам у региона есть уникальная возможность повернуть вспять распространение ВИЧ и упредить его влияние. Сейчас зарождается политическая приверженность, необходимая для противодействия эпидемии: шестьдесят процентов государственных органов региона разработали комплексные, межсекторальные стратегии борьбы с ВИЧ/СПИД. И хотя этому региону было выделено меньше 10 процентов средств Глобального Фонда[13], в процентном отношении количество успешных заявок, которые получили гранты, был самым высоким в мире именно в этом регионе. Был реализован ряд успешных пилотных программ, основанных на лучшей мировой практике, что создало солидную базу расширения масштаба ответа. Системы здравоохранения, хотя и подвергшиеся жестокому влиянию негативных тенденций в экономике в 90-х годах, функционируют и могут стать осью предоставления ухода и лечения. Развитие гражданского общества, частного сектора, зарождающееся партнерство между государством и частным сектором предоставляют возможность участия партнерам из деловых кругов (особенно СМИ, ассоциациям работодателей и фармацевтическим компаниям) в широкомасштабных образовательных и информационных кампаниях, нацеленных на стигму и дискриминацию вокруг наркотиков и СПИД. Удивительные достижения медицины за прошедшие годы, включая разработку антиретровирусных препаратов, изменили характер лечения и создали более широкие возможности получить его по доступным ценам. Достаточно хорошо образованные общества в Восточной Европе и в странах СНГ восприимчивы к политике здравого смысла и к информационным кампаниям в сфере общественного здоровья. А большое количество групп гражданского общества и негосударственных организаций выходит на людей, более всего подверженных риску. В регионе СНГ общее наследие системы Советского Союза, - владение русским языком и схожесть эпидемиологических тенденций, - делает возможным обмен опытом между странами и совместное пользование ресурсами. И последнее - финансирование, предоставленное Глобальным Фондом и Всемирным Банком, снимает финансовые барьеры на пути эффективного немедленного ответа на эпидемию.

[10] Приблизительная оценка на 2000-2001 UNODC, *Global Illicit Drug Use Trends 2003*, Vienna, 2003.
[11] UNAIDS, AIDS Epidemic Update, Geneva, December 2003, p.15.
[12] В эпидемиологической терминологии "частота" - это количество новых случаев заболевания в данный период времени (обычно это год), тогда как количество новых зарегистрированных случаев заболевания в данный период времени определяется термином “частота раскрываемости”. "Распространенность" имеет отношение к общему числу случаев.
[13] The Global Fund Against AIDS, Malaria and Tuberculosis.

И все-таки, победа над ВИЧ/СПИД в этом регионе потребует многого: значительно больше ресурсов (выделение средств в национальных бюджетах, институционный потенциал, более квалифицированные людские ресурсы и расширенный спектр услуг); принятия разумной политики, основывающейся на фактах; а также сотрудничества между многими секторами. Кроме того, реагирование на возрастающую угрозу требует смелого лидерства на самых высоких уровнях власти и общества, желания открыто обращаться к социальным детерминантам уязвимости в отношении ВИЧ/СПИД, а также мужества инициировать необходимые, но вызывающие противоречивые реакции меры. В каждом разделе данного отчета содержатся конкретные рекомендации касательно действий, необходимых для реализации таких возможностей.

Победа над ВИЧ/СПИД потребует не просто ресурсов, но и принятия разумной, аргументированной фактами политики, а также сотрудничества между многими секторами

ВИЧ/СПИД угрожает человеческому развитию: он подрывает экономику, национальную безопасность, стабильность семьи и сообщества, развитие промышленного и интеллектуального потенциала, здоровье нации. Потенциальная угроза особенно велика для более бедных частей региона — особенно в Центральной Азии и на Кавказе, где относительно высокий уровень бедности и слабые возможности государства ограничивают возможности эффективного реагирования разработчиков политики. Ввиду того, что такие позитивные и негативные социальные факторы, как бедность, возросшая мобильность населения, уровень образования, социально-экономические возможности, коррупция, ориентация на социальную справедливость и демократию влияют на распространение ВИЧ в этих странах, перспективы повернуть вспять развитие полномасштабной эпидемии зависят от тенденций человеческого развития в регионе.

Большинство стран Центральной и Восточной Европы и СНГ находятся в стадии политической, экономической и социальной трансформации, начавшейся в конце 80-х, начале 90-х годов. Крах коммунистической системы имел глубокие последствия для здоровья населения. В странах Центральной Европы переходный период оказал широко-охватное благоприятное влияние: показатели человеческого развития сейчас значительно выше, чем в 1990 году, а подготовка ко вступлению в Европейский Союз усилила и сделала более подвижными, чем ранее, до падения Берлинской стены, по крайней мере некоторые государственные структуры. Демократизация политики позволила средствам массовой информации откровенно информировать о ВИЧ/СПИД, а также открыла возможности для граждан и неправительственных организаций (НПО) предпринимать действия, необходимые для предотвращения эпидемии.

Остальной части региона, особенно странам СНГ, не так повезло. Неблагоприятные демографические тенденции, укоренившиеся в советские времена, нашли свое продолжение во многих странах СНГ, а в некоторых случаях, резко усилились в 90-е годы. Демографический кризис в Российской Федерации и у ее западных соседей характеризуется резко возросшей смертностью, снижением продолжительности жизни, ростом как алкоголизма, так и наркомании, а также имеют место очень тревожные эпидемиологические тенденции касательно туберкулеза, инфекций, передающихся половым путем и ВИЧ/СПИД[14]. Социальные и политические условия, по крайней мере в некоторых из этих стран, стимулируют высоко-рисковое поведение значительных сегментов населения и помещают их в среду с высоким уровнем риска. В этих странах группы, подверженные риску, не имеют ни сильных стимулов практиковать более безопасные формы поведения, ни доступа к эффективной защите от ВИЧ/СПИД.

Социальные и политические условия в некоторых странах региона стимулируют высоко-рисковое поведение значительных сегментов населения

Эти региональные особенности важны для понимания перспектив предотвращения полномасштабной эпидемии, формирования модели будущего развития болезни, а также для разработки и реализации эффективной политики в сфере профилактики и контроля. Кроме прочего, описанные особенности определяют тот факт, что деятельность, направленная на охрану общественного здоровья, — даже самые лучшие мероприятия, из

[14] McKee, M., 'Substance use and social and economic transition: the need for evidence', *International Journal of Drug Policy13,2002, 453-459.*

Если к людям, живущим с ВИЧ/СПИД, относиться как к париям или преступникам, то конечно же они будут скрывать от властей свое поведение и свои несчастья

имеющихся сегодня, — могут быть только частью решения проблем, связанных с угрозой ВИЧ/СПИД в регионе. Усилия по реформированию и развитию потенциала учреждений здравоохранения сами собой не упредят полномасштабную эпидемию, если им не будут сопутствовать более широкие инициативы, включающие правительства, частный сектор и сообщества.

Если к людям, живущим с ВИЧ/СПИД, и к тем, кто страдает химическими зависимостями, относиться как к париям или преступникам, — а это и есть стандартная позиция правоохранительных органов в отдельных частях региона, — то, люди, являющиеся наиболее вероятными передатчиками заболевания, конечно же будут скрывать от властей свое поведение и свои несчастья. Такое поведение не просто искажает данные статистики здравоохранения, необходимые для достоверного мониторинга эпидемиологических тенденций, но и удерживает тех, кто более всего подвержен риску, от поиска помощи, в которой они нуждаются, и исключает применение профилактических мер, которые в других условиях были бы успешными. Соотношение между преследованием по закону занятых в нелегальной торговле тяжелыми наркотиками и реагированием на угрозу здоровью общества следует сделать более сбалансированным. Гражданское общество, сообщества граждан и отдельные лица нуждаются в предоставлении возможностей для того, чтобы стимулировать перемены в поведении, необходимые для подавления угрозы ВИЧ/СПИД. Необходимость вовлечения в действие граждан и сообществ далеко выходит за рамки проблемы ВИЧ/СПИД: это также является предпосылкой успешного завершения программы демократизации в регионе. Этот фактор, а также бедность, способствующая рисковому поведению, составляют основу базовых связей между ВИЧ/СПИД, переходным периодом и человеческим развитием в странах Восточной Европы и СНГ.

Доверие, особенно доверие к государству, является главной предпосылкой успешной политики, направленной на сокращение распространения ВИЧ

Государственная политика *может* влиять на выбор поведения, которое распространяет ВИЧ. Эффективные типы вмешательства *существуют* и у государственных органов есть много способов влиять на поведение частных лиц. Все сводится к тому, что мы имеем дело с двумя взаимодополняемыми подходами. Первый нацелен на оказание влияния на выбор индивидуума в существующем экономическом и социальном контексте путем варьирования затрат и преимуществ, связанных с различными типами поведения, с целью сделать более безопасное поведение более привлекательным. Но индивидуальное поведение формируется социально-экономическим контекстом; и в реальности выбор некоторых граждан действительно очень ограничен. Второй, дополняющий подход, состоит в изменении социально-экономических условий, которые усложняют или делают невозможной для некоторых людей защиту самого себя от ВИЧ. Преимущества использования таких двух взаимодополняющих подходов обычно выходят далеко за рамки профилактики ВИЧ[15].

С точки зрения отдельного человека, доверие, — особенно доверие к государству, — является главной предпосылкой успешной государственной политики, имеющей своей целью резко сократить распространение ВИЧ. Для большей части региона, особенно для СНГ и стран Юго-Восточной Европы, отсутствие такого доверия является одним из самых разрушительных последствий коммунистического режима. Многие ВИЧ позитивные люди, или те, кто практикует высоко-рисковые формы поведения, считают, что откровенное общение с государственными органами и другими участниками процесса, имеющего отношение к их вопросам, повлечет наказание и социальную изоляцию. У многих живы сомнения, насколько они представляют ценность для правительств и обществ, хотят ли им помочь. Эти люди не всегда верят официальной информации, которую они получают относительно своего выбора. И они не верят, что правительства и общества действительно понимают и имеют желание открыто посмотреть на первопричины небезопасного поведения, — уязвимость, бедность, изоляцию, или

[15] World Bank, *Confronting AIDS:Public Priorities in a Global Epidemic, 1997.*

на тип сексуальности, связанный с распространением ВИЧ. И им даже в голову не приходит, что им полагаются те услуги, которые предоставляются государством.

В Конституциях большинства восточноевропейских стран и стран СНГ сохранены формальные гарантии доступа к медицинскому обслуживанию (так же, как и к образованию и занятости), унаследованные от социалистического периода. Во многих странах переходный период не нарушил привязанность к этим коллективным правам. Наличие такой связи могло бы облегчить усилия фактического признания гражданских прав и прав человека, столь необходимого для предоставления возможностей гражданам и сообществам, которым особо угрожает ВИЧ/СПИД. Недостаток уважения этих базовых прав в результате ограничивает доступ к профилактике и уходу на равноправной, эффективной и приемлемой основе. Права человека особенно важны в решении вопросов, имеющих отношение к потреблению наркотиков и наркотической зависимости, к работе в секс бизнесе, к сексуальной ориентации и практике, к нелегальной торговле людьми, а также к правам меньшинств. Политика морализаторства в вопросах человеческой сексуальности или использования наркотических средств может легко давать эффект саморазрушения: через повышение индивидуальной и групповой уязвимости к ВИЧ такая политика может значительно усложнять изменения в поведении и подпитывать рискованный характер поведения. В странах, практикующих репрессивную политику, те граждане, которые подвержены самому большому риску, вряд ли будут стремиться к лечению ВИЧ или использовать профилактические меры.

В этом регионе тенденции ВИЧ/СПИД невозможно отделить от более широких тенденций географического характера. Взаимосвязь между ВИЧ и потреблением наркотиков, (что является основным двигателем эпидемии на сегодня), отражает связи с соседними регионами. Возрастающее количество новых диагностированных случаев ВИЧ инфекции в Западной Европе связано с работниками секс бизнеса и другими гражданами из стран, расположенных далее на восток. Потребление наркотиков в регионе тесно связано с производством опиатов и нелегальной транспортировкой из и через Афганистан, Пакистан и Иран. Эти опиаты предназначены для рынков Западной Европы. Таким образом, меры по борьбе с угрозой ВИЧ/СПИД в Европе и СНГ должны учитывать этот более широкий географический контекст.

За цифрами статистики по ВИЧ/СПИД в регионе находятся миллионы людей, многие из них младше 30 лет. Успех политических и социальных трансформаций в регионе зависит от этих молодых поколений. Для них лучшие перспективы человеческого развития означают надежды на будущее, в котором будет больше возможностей и больший выбор альтернатив. Но пока не решены проблемы угрозы ВИЧ, наркомании, бедности и уязвимости, эти ожидания не могут быть удовлетворены. А если задействовать молодых, то они могут стать могучей силой позитивных перемен.

Политика морализаторства по вопросам сексуальности или использования наркотических средств может подпитывать рискованный характер поведения

Программа развития ООН (ПРООН) считает, что это издание также может стать позитивной силой, способствующей переменам. В нем собраны данные из национальных и международных источников в сочетании с анализом и аргументацией, которые были разработаны несколькими лучшими специалистами в области проблем человеческого развития, созданных угрозой ВИЧ/СПИД в регионе. Оно предоставляет разработчикам политики четкую, сфокусированную картину сути угрозы, а также предложения касательно политики, по этим вопросам.

Глава I сконцентрирована на эпидемиологических тенденциях ВИЧ/СПИД в странах Восточной Европы и СНГ. В ней описаны для обычного читателя методики, используемые в системах здравоохранения региона, для выявления и измерения динамики эпидемии и степени ее распространения, а также привлечено внимание к таким моментам, в отношении которых эпидемиологические данные оставляют желать лучшего. Будучи предупреждением в целом, Глава I иллюстрирует разнообразные эпидемиологические тенденции, проявляющиеся в разных субрегионах, включая пугающую кривую роста в западной части СНГ и странах

Во многих странах лица, принадлежащие к группам высокого риска, сомневаются относительно того, будет ли пост коммунистическое государство соблюдать их права человека и гражданина, если они воспользуются услугами тестирования и лечения

Северной Балтии, резко контрастирующую со стабильным прогрессом, достигнутым в Центральной Европе.

Глава II подает информацию об эпидемиологических тенденциях в основных группах риска, включая потребителей инъекционных наркотических веществ, работников коммерческого секса, заключенных и мужчин, предпочитающих секс с мужчинами. В заключительной части этой главы отмечается, что некоторые страны приблизились к уровню распространенности ВИЧ среди взрослого населения в 1%, (если не превысили его). Это предполагает, что даже если возможно избежать генерализованной эпидемии, затраты на лечение тех людей, которые уже инфицированы ВИЧ, значительно возрастут в ближайшие годы. Эта глава также демонстрирует, что разработчики политики – особенно в западной части СНГ и странах Северной Балтии - более не могут позволять себе абстрактной моралистики касательно проблемы, которая может стать наиболее разрушительной в сфере общественного здоровья. Более сбалансированный компромисс следует найти между политикой изоляции и криминализации, с одной стороны, и толерантностью, включением и лечением – с другой.

Глава III раскрывает влияние ВИЧ/СПИД в регионе на динамику экономики, на уровень бедности и на человеческое развитие. Это достигается анализом того, как современные социально-экономические тенденции влияют на "среду риска" и повышают уязвимость и восприимчивость к ВИЧ/СПИД. Также рассмотрен потенциал влияния в будущем возможно генерализованной эпидемии ВИЧ/СПИД на продолжительность жизни, экономику, общество и домохозяйства. В этой главе дан короткий обзор появляющейся литературы экономического содержания касательно возможного использования моделей развития для прогнозирования результатов эпидемии в долгосрочной перспективе. В главе приведены сведения о том, каким образом эпидемия может представлять собой угрозу национальной безопасности для страны с наибольшей военной силой в регионе – Российской Федерации. В этой главе также продемонстрировано, что страны западной части СНГ и Северной Балтии, эпидемиологический ситуация в которых вызывает наибольшую обеспокоенность, также демонстрируют наиболее неблагоприятные демографические тенденции в плане уменьшения общего населения и рабочей силы, тенденций увеличения смертности и заболеваемости и снижающиеся уровни замещения. Все это ставит крупнейшие, возможно беспрецедентные, вызовы проводимой политике социальных реформ.

В Главе IV анализируется правозащитный аспект ВИЧ/СПИД в регионе. Обращено внимание на то, что многие проблемы, с которыми сталкиваются разработчики политики, — начиная от низкого качества эпидемиологических данных и заканчивая неспособностью властей в полной мере выйти на именно маргинализованные группы, наиболее подверженные риску, — коренятся в отсутствии доверия и возможностей действовать, унаследованных от коммунистического режима. НПО и другие организации гражданского общества, играющие ключевую роль в сдерживании или предотвращении распространения ВИЧ/СПИД, во многих странах по большей части являются новичками в регионе, находящемся в состоянии эксперимента, нацеленного на глубокую демократизацию. Во многих странах потребители инъекционных наркотических средств, работники коммерческого секса, мужчины, отдающие предпочтение сексу с мужчинами, и другие лица, принадлежащие к группам высокого риска, сомневаются относительно того, будет ли пост коммунистическое государство соблюдать их права человека и гражданина, если они воспользуются услугами тестирования и лечения. Преодоление этого наследия требует, чтобы государства в данном регионе однозначно еще раз взяли на себя обязательства воплотить в жизнь меры демократизации, чтобы защитить права человека и развить верховенство права. В главе также отмечается, что теперь, когда сформировано национальное законодательство и разработаны международные соглашения для поддержки борьбы с эпидемией, эти законодательные рамки далеки от того, чтобы найти исчерпывающий ответ на вызовы, связанные с ВИЧ/СПИД в регионе. Ряду стран все еще следует приводить национальное законодатель-

ство в соответствие со своими международными обязательствами, особенно в отношении определенных анти дискриминационных положений.

В Главе V рассмотрены компромиссы, варианты выбора и связи между мерами профилактики и лечением ВИЧ/СПИД, которые следует учитывать при разработке эффективного ответа на эпидемию. В главе приводятся аргументы о том, что сама постановка вопроса о дилемме "профилактика или лечение" неверна: для эффективного ответа на эпидемию страны Восточной Европы и СНГ должны заниматься как профилактикой, так и лечением. Разумеется, в принципе, предпочтительней вариант профилактики, который через изменения в поведении снижает вероятность рискованной сексуальной практики и практики потребления наркотических средств. Однако, в реальной жизни, миллионы людей в регионе уже живут с ВИЧ/СПИД, и увеличение их количества потребует лечения СПИД. К счастью, ряд эффективных и все более приемлемых по цене методик лечения ВИЧ/СПИД, — особенно антиретровирусная терапия, — становятся более доступными. Лечение не только облегчает человеческое страдание. Оно также минимизирует социально-экономические издержки эпидемии, делая возможной для людей, живущих со СПИД, продуктивную жизнь работников, родителей и членов общества. Жаль, что только немногие из стран региона положительно отреагировали на проблемы лечения, тогда как современные тенденции ВИЧ предполагают значительное увеличение в будущем количества людей, живущих со СПИД. В главе описаны ответные меры, необходимые для противодействия эпидеимии ВИЧ, которые могут предпринять лидеры, а также сделан анализ того, как органы государственного управления в регионе отвечают на брошенный им вызов. Затем сделан обзор масштаба ответа гражданского общества, и в заключение представлен анализ международной финансовой помощи на цели профилактики ВИЧ/СПИД и ухода за больными в этом регионе, а также описана программа ПРООН «Лидерство для достижения результатов».

Глава VI кратко описывает некоторые «успешные примеры» ответа на эпидемию, которые были отмечены в регионе как в развитых, так и в развивающихся странах. В ней также вкратце изложены основные выводы отчета, которые подчеркивают важность информации, принципы участия и вовлечения и лидерства.

Лечение ВИЧ/СПИД не только облегчает человеческое страдание, но и минимизирует социально-экономические издержки эпидемии

Глава I: Эпидемиологические тенденции ВИЧ/СПИД в Центральной и Восточной Европе и в СНГ

Как ни странно, вспышки ВИЧ, туберкулеза и даже лихорадки Эбола происходят структурировано, по подобному шаблону. Их структурированный характер — как и социальные реакции, которые они порождают — говорят о том, что при моделировании их возникновения необходимо использовать динамичные, системные и достаточно критичные модели. Необходимо например относиться критически к поверхностным утверждениям о причинности подобных эпидемий, особенно к утверждениям, которые недооценивают патогенную роль проявлений социального неравенства. Критичный взгляд на возникающие инфекции должен провоцировать вопрос, насколько крупномасштабные социальные силы оказывают влияние на лица в неравном положении в ситуации, когда степень взаимодействия между индивидами и социальными группами неимоверно возрастает. Подобные модели должны стремиться охватить динамику изменений во всей ее сложности, они должны быть глобального масштаба, и при этом живо реагировать на местные особенности[16].

В этой главе обсуждаются данные эпиднадзора ВИЧ/СПИД, дающие представление о размахе и характере эпидемии ВИЧ/СПИД в регионе, а также о степени и значимости сопутствующих эпидемии поведенческих рисков и тенденций. С использованием данных из множественных источников в этой главе описаны географическое и социальное распределение рисков, уязвимости к ВИЧ/СПИД и их последствий.

В большой степени распространение ВИЧ/СПИД, охватившее Западную Европу в 80х годах, обошло стороной страны Центральной и Восточной Европы и Содружества независимых государств (СНГ). До 1994 года в странах этого региона было мало зарегистрированных случаев инфицирования ВИЧ, большинство из которых имело отношение к мужчинам, предпочитающим секс с мужчинами. В Румынии имела место масштабная вспышка ВИЧ среди детей, связанная с небезопасной практикой вакцинации, а Польша пережила значительную, но ограниченную вспышку среди потребителей инъекционных наркотиков, но в большей степени это были исключения из правил.

В 2001 году в регионе был зарегистрирован один из самых высоких в мире показателей ежегодного прироста новых случаев ВИЧ

Ситуация начала меняться в 1995 году, когда первые масштабные вспышки ВИЧ были зарегистрированы в Украине среди потребителей инъекционных наркотиков. В этом же году последовала вспышка среди потребителей инъекционных наркотиков в Беларуси, а в следующем году в Калининграде и других населенных пунктах Российской Федерации наблюдались вспышки, имеющие отношение к потреблению наркотиков. К 2001 году в регионе был зарегистрирован один из самых высоких показателей в мире ежегодного прироста новых случаев ВИЧ. Согласно самой последней оценке ЮНЕЙДС на конец 2003 года, в регионе от 1,2 до 1,8 миллиона человек живет с ВИЧ/СПИД[17]. Даже если мы возьмем нижнюю границу диапазона, резкий скачок по отношению к 1 миллиону случаев, зарегистрированных по состоянию на конец 2001 года, очевиден[18]. По оценке, за прошедший год эпидемия унесла 30000 жизней.

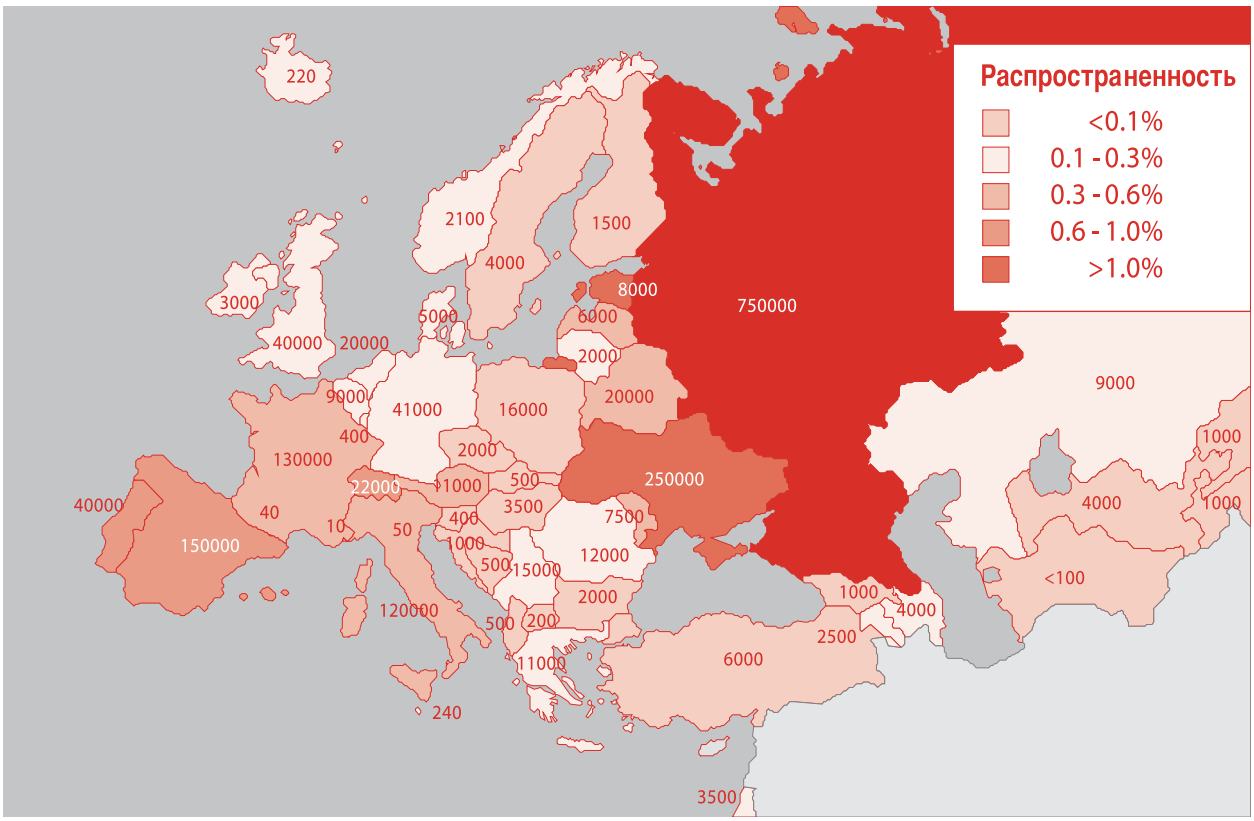
На сегодня в большинстве стран Центральной и Юго-Восточной Европы

[16] Paul Farmer, *Infections and Inequalities*, University of California Press, Berkeley, 1999.
[17] UNAIDS, *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic—Update*, 2003.
[18] UNAIDS, 'Table of Country-specific HIV/AIDS Estimates and Data, End-2001', *http://www.unaids.org/html/pub/global-reports/barcelona/tableestimatesend2001_en_xls.htm/*, 1 July 2002.

наблюдается эпидемия низкого уровня[19]. Польша, Румыния, Сербия и Черногория представляют исключения так как в этих странах имеют место концентрированные эпидемии. Во многих странах СНГ зарегистрированы концентрированные эпидемии, за исключением Грузии, Кыргызской Республики и Таджикистана. Данные о распространенности инфекции по Азербайджану и Туркменистану отсутствуют. По оценкам ЮНЕЙДС в Эстонии, России и на Украине, уровень распространенности ВИЧ по состоянию на конец 2001 года приблизился к 1 проценту взрослого населения[20]. На тот момент это еще нельзя было назвать генерализованной эпидемией, так как, судя распространенности ВИЧ среди беременных женщин, распространение от высокорисковых групп к группам населения, подверженным риску, было еще ограниченным. Однако быстрый рост распространенности ВИЧ в регионе, зафиксированный в в 2002 – 2003 годах дает основание считать, что этот рубикон уже пройден, особенно в западной части СНГ и странах Балтии.

Эпидемиологическая ситуация в регионе является неоднородной, как при сравнении стран, так в внутри отдельной страны. Но, независимо от размера страны или текущих эпидемиологических тенденций, можно выделить явные четкие модели местных суб-эпидемий. На сегод-

Диаграмма 1:
Оценки уровней распространенности ВИЧ и количества людей, живущих с ВИЧ/СПИД на конец 2001 года. Источник: UNAIDS/WHO, 2002.



[19] Эпидемия низкого уровня — распространенность менее 1 процента среди беременных женщин и менее 5 процентов в высокорисковых группах; концентрированная эпидемия — распространенность менее 1 процента среди беременных женщин и менее 5 процентов как минимум в одной высокорискованной группе. Термин "генерализованная эпидемия" официально определяется в публикациях ООН как "распространенность инфекции среди взрослого населения стабильно выше 1 процента как в городских, так и в сельских районах" (UN General Assembly, *Report of the Secretary General: Progress towards implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS*, 58th session, New York, 25 July 2003, p.7.)UNAIDS, 'Table of Country-specific
[20] HIV/AIDS Estimates and Data, End-2001', *http://www.unaids.org/html/pub/global-reports/barcelona/tableestimatesend2001_en_xls.htm/*, 1 July 2002.

няшний день, это преимущественно эпидемия среди молодых мужчин, жителей городов, потребляющих наркотики инъекционным путем, и их сексуальных партнеров[21], а также группы с иными путями передачи инфекции, которые приобретают все большую значимость. В этом отношении страны Центральной и Восточной Европы и СНГ, кажется, отличаются от других регионов, где эпидемия охватила женщин и мужчин в равной мере.

Будущее угрозы ВИЧ/СПИД в регионе неясно. Данные эпиднадзора не отличаются полнотой и последовательностью, а значит — недостаточны для заключительных прогнозов. Однако, об одном можно говорить с уверенностью: эпидемия находится все еще на ранних стадиях, но существующие условия, — особенно те, что имеют отношение к инъекционному потреблению наркотиков и работе в коммерческом сексе, а также высокий уровень инфекций, передающихся половым путем, — способствуют ее распространению.

В регионе с населением свыше 400 миллионов людей, проживающих в 25 странах, наблюдается огромная политическая и культурная неоднородность. Очень различаются размеры популяций, подверженных большому риску. И даже в тех странах, где высокорисковые группы достигли значительного размера и существенно велико количество новых случаев инфицирования, скоординированная политическая воля и действия органов здравоохранения могут оказать значительное влияние на будущее развитие болезни.

Эпиднадзор в сфере ВИЧ/СПИД

Роль эпиднадзора в предоставлении данных, необходимых для тех, кто принимает решения в сфере здравоохранения, исключительно важна. Он должен представлять надежную и своевременную информацию, необходимую для понимания размаха и характера эпидемии, географического охвата и тенденций во времени. Качественный эпиднадзор предоставляет на постоянной, сопоставимой основе данные о рисковом поведении и среде риска, об охвате услугами профилактики, ухода и лечения и их качестве, а также о влиянии таких мер. В рамках эпиднадзора должны сводиться воедино данные из разнообразных соответствующих источников, таких как отчеты о регистрации случаев ВИЧ и СПИД, данные регистрации смертей, данные эпиднадзора касательно инфекций, передающихся половым путем, данные о нелегальном обороте наркотиков, о спросе на лечение и его удовлетворении, регистрация госпитализации, результаты лечения ВИЧ/СПИД и ухода, экономические выкладки и другие подобные данные. Эпиднадзор нуждается в стандартизации, репрезентативности, а также должен обладать достаточной чувствительностью для улавливания краткосрочных изменений в эпидемиологических тенденциях. Эпиднадзор также должен соответствовать этическим нормам и защищать права граждан, охваченных им.

Эпидемия все еще находится на ранних стадиях развития, но существующие условия способствуют ее распространению

Высококачественный эпиднадзор является основной предпосылкой эффективного ответа на ВИЧ/СПИД и должен служить общественным интересам. К сожалению, уровень и масштаб эпиднадзора в отношении ВИЧ/СПИД в регионе очень отличается от страны к стране, а вообще для него характерны отсутствие полноты и достаточности. Неадекватное представление о базовой эпидемиологической ситуации ВИЧ/СПИД в регионе можно рассматривать как единственное самое большое препятствие в борьбе с этой инфекцией.

В большинстве случаев используются два формальных метода эпиднадзора: отчеты о регистрации случаев заболевания в стране и дозорный эпиднадзор. В регионе набирает популярность концепция "эпиднадзора второго поколения". Эта концепция дополняет традиционные отчеты о регистрации выявленных случаев и данные дозорного эпиднадзора сведениями о сексуальном поведении и поведении, связанном с потреблением наркотических веществ, об инфекциях, передающихся половым путем, гепатите С, а также экспресс оценками рисков и популяций, мониторингом и оценкой предоставления услуг, прогнозами размеров

Эпиднадзор должен соответствовать этическим нормам и защищать права граждан, охваченных им

[21]UN General Assembly, *Report of the Secretary General: Progress towards implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS*, 58th session, New York, 25 July 2003, p.6.

популяций, подверженных высокому риску, и другой подобной информацией. К сожалению, расширенный эпиднадзор вводится очень медленно и непоследовательно, и не всегда на устойчивой основе.

Высококачественный эпиднадзор является основной предпосылкой эффективного ответа на ВИЧ/СПИД

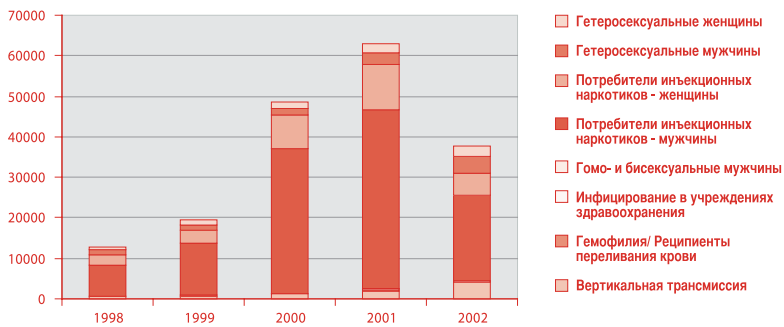
Отчетность о регистрации выявленных случаев. Общенациональная отчетность о новых диагностированных случаях ВИЧ и СПИД, а также о смертях, связанных со СПИД, была введена в регионе как только стало доступным диагностическое тестирование. Такая отчетность основывается на широкомасштабном и, в некоторых случаях, обязательном тестировании на ВИЧ. Несмотря на изменения в политике тестирования на ВИЧ и совершенствование национального эпиднадзора, в ряде стран, отчетность о регистрации выявленных случаев все еще используется как главный источник информации об эпидемиологических тенденциях и уровнях[22].

По всему региону ежегодно более 24 миллионов лиц проходят тестирование на ВИЧ-инфекцию (без учета тестирования донорской крови и анонимного тестирования). В регионе предпринимаются усилия перейти на стандартизованную регистрацию выявленных случаев, но все еще существует разнобой в сборе данных, их полноте и качестве, а также в том, как их интерпретируют, подают и используют. Некоторые страны включают только результаты тестирования исключительно своих граждан и исключают из национальной статистики данные тестирования иностранцев. Ввиду того, что миграция играет роль важного механизма передачи ВИЧ, недооценка этого фактора может стать серьезным упущением. Регистрация выявленных случаев не всегда анонимна. В национальную отчетность включают только ограниченный набор данных, и они не всегда сопоставимы по времени и по региону. Связь между отчетностью по ВИЧ и СПИД не всегда установлена; случаи СПИД не включаются в регистр выявленных случаев ВИЧ, и не всегда удается избежать дублирования.

Европейский центр эпидемиологического мониторинга СПИД (ЕвроВИЧ) рекомендует, чтобы данные о выявленных случаях основывались на популяциях, так как этот подход обычно не подвержен предубежденности выборки, а значит полезен для мониторинга общих тенденций. Тем не менее, выявляемость случаев, особенно случаев ВИЧ в отсутствии СПИД, в большой степени зависит от моделей тестирования на ВИЧ, так как более активные программы тестирования будут выявлять большее число инфицированных граждан при отсутствии у них симптомов болезни или при минимальном их наличии. В процессе перехода от обязательного к добровольному тестированию на ВИЧ, на отчетность о выявленных случаях сильное воздействие оказывает наличие услуг по добровольному тестированию и консультированию, — (в регионе их недостаточно), — а также то, насколько лица, подверженные большому риску, нацелены на защиту своего здоровья.

Две отличительные черты отчетности о регистрации случаев инфицирования ВИЧ в 2002 году — резкое снижение числа зарегистрированных новых случаев ВИЧ инфекции в результате потребления инъекционных наркотиков в России, а также постоянно незначительное число случаев инфицирования ВИЧ среди мужчин, имеющих секс с мужчинами, — можно легко объяснить недостатками отчетнос-

Диаграмма 2:
Новые зарегистрированные случаи инфицирования ВИЧ разными путями передачи инфекции во всем регионе, исключая Турцию. Источник: ЕвроВИЧ, 2003.



[22] European Centre for Epidemiological Monitoring of AIDS (EuroHIV), *HIV/AIDS Surveillance in Europe End-year Report 2002*, Saint Maurice: Institut de Veille Sanitaire. No. 68, 2003.

ти (Диаграмма 2). Таким образом, будучи полезными, эти данные нуждаются в осторожной интерпретации[23].

Дозорный эпиднадзор. Слабые стороны отчетности о регистрации случаев заболевания подталкивают к постепенному переходу на дозорный эпиднадзор в большей части региона. Дозорный эпиднадзор не ставит задачу выявить все случаи. Он нацелен на группы с разной степенью риска в отношении ВИЧ и периодически тестирует их выборки. Дозорный эпиднадзор обычно ведется в отношении определенных групп населения (таких, как работники коммерческого секса или мужчины, имеющие секс с мужчинами) в определенном районе. Он может осуществляться в дозорном учреждении с относительно постоянными параметрами в течение периода времени, как, например, в центре лечения наркозависимости или в клинике, занимающейся лечением инфекций, передающихся половым путем.

Дозорный эпиднадзор, проведенный в ряде групп риска в стране, может дать более полную картину рисков, чем ее дает отчетность выявленных случаев. Если его проводят в течение периода времени на стандартной и сравнимой основе, этот тип эпиднадзора может углубить понимание эпидемиологических тенденций. Дозорный эпиднадзор все чаще сочетают с параллельными исследованиями рисковых типов поведения этих же лиц (например, каким образом обычно готовится наркотик, привычки совместного пользования инструментарием для инъекций, или сексуальное поведение). Такой поведенческий эпиднадзор дает государственным органам здравоохранения дополнительную информацию о типах, уровнях и тенденциях рисков. Эти данные также можно использовать для разработки, реализации, мониторинга и оценки мер профилактики. К ограничениям дозорного эпиднадзора относятся большой риск ошибки в формировании выборки и связанная с этим проблема незнания характеристик реальной популяции, в отношении которой проводится надзор, что делает большую часть обобщений по результатам исследования ограниченными.

Албания, Армения, Казахстан, Словения, Украина и другие страны региона ввели дозорный эпиднадзор по ВИЧ за последние несколько лет. Несмотря на его недостатки, получена огромная польза для мониторинга эпидемиологических тенденций и формирования ответа на эпидемию.

Периодические исследования. Периодические исследования групп риска проводятся во всех странах региона. Подобные опросы могут фокусироваться на ВИЧ-инфекции, на рисковом поведении, или на обоих. Обычно они исследуют срез, хотя иногда используют и другие форматы исследования. Такие исследования проводятся зарубежными и национальными учреждениями и органами. Они дают исключительно ценную информацию о текущем состоянии эпидемии и указывают на необходимость иметь больше научных доказательств об эпидемиологических тенденциях в регионе.

Ограничения периодических исследований похожи на ограничения дозорного эпиднадзора. Оба типа исследования часто используют легкодостижимые выборки, такие как посетители мест общения мужчин, предпочитающих секс с мужчинами, или клиенты аутрич-программы, нацеленной на потребителей инъекционных наркотиков. Такие выборки могут давать представление о ситуации, но вообще они не репрезентативны в отношении популяции, которую исследуют. Исследования распространенности ВИЧ в группах риска и поведенческие исследования последних лет явились источниками большинства данных, ссылки на которые даны в этой главе.

Эпиднадзор на региональном уровне. Данные эпиднадзора из национальных источников регулярно собираются на региональном уровне рядом организаций и учреждений и предоставляются научным работникам, государственным органам и общественности. Около 52 стран Европы дважды в год сообщают об индивидуальных анонимных данных по новым случаям ВИЧ-инфекции и СПИД в Европейский центр эпидемиологического мониторинга СПИД (ЕвроВИЧ). ЕвроВИЧ

Миграция играет роль важного механизма передачи ВИЧ и недооценка этого фактора может иметь чреватые последствия

Дозорный эпиднадзор нацелен на группы риска и не ставит задачу выявить все случаи ВИЧ

[23] Там же.

Распространенность ВИЧ среди взрослого населения в Украине и России на конец 2001 года была самой высокой в регионе

также поддерживает базу данных об исследованиях распространенности ВИЧ в регионе и публикует информацию о них в своих отчетах[24].

ЮНЕЙДС (UNAIDS) и Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) собирают ежегодные данные о распространенности ВИЧ, СПИД и инфекций, передающихся половым путем из отчетности по регистрации случаев заболевания ВИЧ/СПИД, и разрабатывают оценки распространенности ВИЧ на национальном уровне для всех стран-членов ООН. Эти организации также собирают данные и информацию об эпидемии, мерах реагирования, влиянии на глобальном уровне, а также выполняют многие индивидуальные исследования и проекты. Информация по каждой стране доступна общественности в сети Интернет в форме эпидемиологических факт — листов о конкретной стране[25].

Региональное Бюро ВОЗ по Европе (ЕВРОВОЗ) собирает данные эпиднадзора по ВИЧ/СПИД от 52 стран-членов, а также данные национального эпиднадзора по инфекциям, передающимся половым путем. Инструментом сбора этих данных является ежегодная общая анкета ВОЗ/ЮНИСЕФ об инфекционных заболеваниях. Эти данные доступны для всех на вебсайте[26]. ЕВРОВОЗ также проводит в регионе периодические исследования с целью сбора других видов информации, такой как охват услугами здравоохранения, (заместительная терапия, доступ к антиретровирусным препаратам, и т.д.).

Европейский центр мониторинга наркотиков и наркотической зависимости (EMCDDA) в Лиссабоне собирает информацию и данные в отношении наркотических веществ и наркозависимостей, а также об их последствиях, в основном в странах ЕС и в Норвегии, и также в странах, собирающихся присоединиться к ЕС.

Бюро ООН по наркотикам и преступности (UNODC) собирает и публикует данные о нелегальном спросе и предложении наркотиков, а также о лечении наркотической зависимости во всех странах-членах ООН, включая все страны Центральной и Восточной Европы и СНГ.

Обзор эпидемиологических тенденций в регионе

Проблемы, о которых шла речь в предыдущем разделе, не предусматривают детальный анализ существующих данных. И все же, можно выделить некоторые широкоохватные субрегиональные эпидемиологические тенденции[27].

Западная часть СНГ: Беларусь, Украина, Молдова и Российская Федерация

Согласно данным ЮНЕЙДС эпидемия является наиболее серьезной в странах западной части СНГ, а именно в Российской Федерации, Украине, Беларуси и Молдове. Распространенность ВИЧ инфекции среди взрослого населения в Украине и России на конец 2001 года была зарегистрирована на уровне 1,0 и 0,9 процента соответственно, т.е. самый высокий показатель в регионе (вместе с 1.0 процентом в Эстонии). И хотя Беларусь и Молдова сообщали об относительно невысоких уровнях распространенности в 2001 году (0,3 и 0,2 процента соответственно), рост количества новых случаев в этих странах в 2001-2002 годах был самым высоким в регионе[28]. Более того, поскольку в России и Украине проживают примерно две трети населения стран СНГ, и так как граждане этих стран свободно путешествуют (в безвизовом режиме) в другие страны СНГ[29], ясно, что эпидемиологические тенденции в России и Украине имеют очень существенное вли-

[24] ЕВРОВИЧ является центром сотрудничества Европейского Регионального Бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и ЮНЕЙДС, и находится при *Institut de Veille Sanitaire* в Париже.
[25] *http://www.unaids.org/en/geographical+area/by+country.asp*
[26] *http://cisid.who.dk/HIV-STI/*
[27] Если нет иных ссылок, источником данных приведенных в этом разделе является ЕВРОВИЧ.
[28] UNAIDS, *AIDS Epidemic Update? Geneva*, December 2003, Geneva, p.14.
[29] Граждане Грузии, многим из которых требуется виза для пребывания на территории Российской Федерации, являются особенным исключением.

яние на тенденции в других странах СНГ.

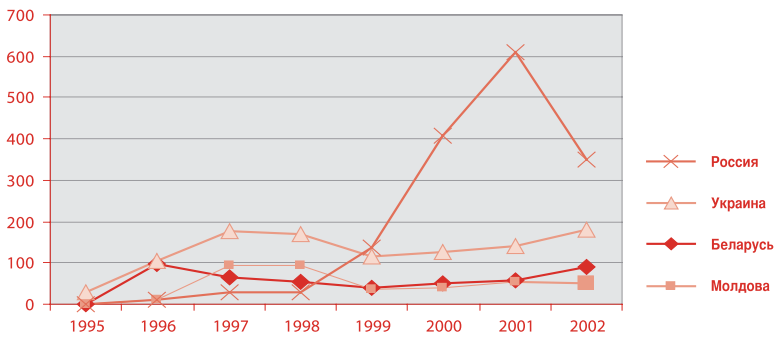
Среди стран СНГ Беларусь и Украина имеют самый продолжительный опыт борьбы с эпидемией ВИЧ. До конца 90-х годов, было зарегистрировано только несколько единичных случаев инфицирования ВИЧ, в основном через сексуальный контакт или нозокомиальный[30] путь передачи. Украина зарегистрировала первые значительные вспышки инфекции в 1995 году, Беларусь и Россия — в 1996, а Молдова — в 1997. Все они были сконцентрированы среди потребителей инъекционных наркотических средств в четко определяемых местных сообществах (Диаграмма 3). В течение последующих 2-3 лет вспышки ВИЧ имели место во всех четырех странах. Эти вспышки эпидемии протекали по сценариям, характерным для инъекционного потребления наркотиков, а рост инъекционного потребления наркотиков по многим показателям имел взрывной характер. Сложные социально-экономические условия, а также консолидация торговых путей поставок дешевого героина из Центральной Азии через эти четыре страны и в сами эти страны, совершенно очевидно способствовали вспышкам инфекции.

В **Российской Федерации** количество новых зарегистрированных случаев ВИЧ инфекции удваивалось каждые шесть — двенадцать месяцев за период с 1995 по 2001 год, когда был зарегистрирован пик с рекордным количеством новых случаев ВИЧ — 88336. По состоянию на август 2003 года в Российской Федерации зарегистрировано около 800 случаев СПИД и около 600 случаев смерти от СПИД[31]. Из всех случаев с задокументированными путями передачи, 90 процентов случаев имеют отношение к инъекционному потреблению наркотиков, 6 процентов — к гетеросексуальным контактам, 3,5 процента случаев — это дети, родившиеся от ВИЧ инфицированных матерей, а в оставшихся случаях путем передачи инфекции был секс мужчин с мужчинами. Из всех 24000 новых случаев инфекции с документированным путем передачи, зарегистрированных в 2002 году, пути передачи распределялись соответственно 76, 12, 12 и 0,2 процента[32]. Хотя для всей Российской Федерации характерна значительная географическая вариативность, случаи ВИЧ/СПИД были зарегистрированы в 88 из 89 административных единиц Федерации[33]. Анализ данных регистрации выявленных случаев по регионам страны показывает, что эпидемия развивается неравномерно, но с 2000 года в большинстве регионов зарегистрировано по крайней мере умеренное количество новых случаев ВИЧ инфекции.

Неоднородность эпидемиологической ситуации в России проявляется в значительном разнообразии слоев распространенности в популяциях, подверженных высокому риску

Неоднородность эпидемиологической ситуации в России проявляется и в значительном разнообразии уровня распространенности в популяциях, подверженных высокому риску. Например, исследования в 13 городах России, проведенные в период между 2000 и 2002 годами, показали, что уровень распространенности ВИЧ варьируется от 0 процентов (среди нуждающихся в лечении инъекционных потребителей наркотиков в Архангельске) до 65 процентов среди клиентов проекта обмена игл[34] в Иркутске

Диаграмма 3:
Новые зарегистрированные случаи ВИЧ инфекции в Беларуси, Молдове, Украине и Российской Федерации в 1995–2002 гг, (количество случаев на один миллион жителей). Источник: ЕвроВИЧ, 2003.



[30] Как результат внутрибольничного инфицирования.
[31] AIDS Foundation East-West, *http://www.afew.org/english/statistics/russia.htm*, 2003.
[32] HIV/AIDS Surveillance in Europe, European Center for the Epidemiological Monitoring of AIDS, *http://www.eurohiv.org/reports/report_68/pdf/report_eurohiv_68.pdf*, December 2002.
[33] UNAIDS, *AIDS Epidemic Update Geneva*, December 2003, Geneva, p.14.
[34] Если не указано иное, фраза программы/проекты "обмена игл" также имеет отношение к обмену шприцов и другого инструментария, используемого в инъекционном потреблении наркотиков.

(Таблица 1). Данные обычного диагностического тестирования показывают, что из почти 25 миллионов человек, обследованных в 2002 году, только 9489 были мужчинами гомосексуальной или бисексуальной ориентации, и только 0,3 процента протестированных оказались ВИЧ позитивными. Эти данные говорят о том, что эта популяция плохо охвачена тестированием на ВИЧ и процедурой регистрации. Отсутствие данных о соотношении секса мужчин с мужчинами и риска ВИЧ инфекции в России, (как и в основном на остальной части региона), является серьезным разрывом в нашем знании и еще больше сокращает наши возможности оценивать и моделировать эпидемию. С другой стороны, из 2,9 миллионов беременных женщин, протестированных в рамках программ пренатальной помощи в 2002 году, только 0,1 процент были ВИЧ позитивными, что подает знак надежды. Однако, уровень распространенности среди 740000 протестированных заключенных составил около 1 процента. Некоторое удивление вызывает тот факт, что количество новых ВИЧ инфекций, зарегистрированных в 2002 году упало примерно на 40 процентов (см. Вставку 1). Некоторые российские эксперты поясняют заметное снижение количества новых зарегистрированных случаев ВИЧ в 2002 году "насыщением" тестирования в популяции потребителей инъекционных наркотиков. Этот аргумент соотносится с ростом доли случаев, имеющих отношение к гетеросексуальным контактам. Однако, данные, согласно которым большие территории Российской Федерации еще не полностью поражены эпидемией, и дающие большой разброс в уровнях распространенности ВИЧ среди инъекционных потребителей наркотиков в отдельных местностях, (в сочетании с отсутствием данных для большинства городских и сельских районов), заставляют сомневаться в этом аргументе.

Согласно оценкам Бюро ООН по наркотикам и преступности (UNODC) от двух до трех процентов населения России в возрасте 15-64 лет потребляет наркотики (что в три раза превышает этот показатель в Западной Европе), а два процента населения можно отнести к категории проблемных потребителей наркотических веществ, среди которых большинство потребляет героин инъекционным путем. Это дает основание оценить количество инъекционных потребителей наркотиков в России на уровне 1,5 миллиона человек (верхняя граница по вилке ЮНЕЙДС). Если эта оценка верна, тогда при 120000 зарегистрированных случаев ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, большинство потребителей инъекционных наркотиков в России или еще не инфицированы, или не диагностированы, и/или не попали в отчетность. В любом случае, даже в рамках данной высокорисковой группы все еще сохраняется достаточный потенциал роста эпидемии. Выявленные уровни распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков также все еще ниже (иногда значительно) уровней насыщения, которые наблюдаются в городах мира при комбинации значительного потребления наркотических веществ инъекционным путем и эпидемии ВИЧ.

Таблица 1: Выборочные исследования распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в избранных городах Российской Федерации в 2000-2002 годах

Город	Год	Источник	Распространенность среди клиентов проекта обмена игл (количество протестированных)	Распространенность среди потребителей инъекционных наркотиков в лечебных наркологических учреждениях (количество протестированных)
Архангельск	2002	ЮНЕЙДС/ВОЗ	0.5% (212)	0%
Екатеринбург	2002	ЮНЕЙДС/ВОЗ	34% (82)	26% (180)
Иркутск	2002	ЮНЕЙДС/ВОЗ	65% (152)	56% (181)
Москва	N/A	Референтная группа ООН[35]	-	0.1% (980) – 28% (60)
Новосибирск	N/A	Референтная группа ООН	-	6% (239)
Псков	N/A	Референтная группа ООН	0.0% (543)	-
Ростов-на-Дону	2002	ЮНЕЙДС/ВОЗ	18% (200)	3% (150)
Самара	2002	ЮНЕЙДС/ВОЗ	29% (150)	27% (150)
Санкт-Петербург	2000	ЮНЕЙДС/ВОЗ	36%	-
Санкт-Петербург	N/A	Референтная группа ООН	0.3% (1500) – 36% (270)*	
Свердловск	2001	Свердловская область, психиатрическая лечебница		28%
Тольятти	2001	Имперский колледж	56% (426)	-
Тверь	2002	ЮНЕЙДС/ВОЗ	55% (137)	56% (24)
Западная Сибирь	N/A	Референтная группа ООН	6% (239)	-

** Разброс отражает различия в результатах разных исследований*

[35] Референтная группа ООН по профилактике ВИЧ/СПИД среди потребителей наркотиков инъекционным путем. База данных об исследованиях распространенности, проведенных в 2000-2002 годах (2003).

Хотя в **Украине** эпидемия началась за несколько лет до начала эпидемии в России, в эпидемиологических тенденциях двух наиболее населенных стран СНГ существует ряд общих черт. К ним относятся огромный разброс по регионам внутри страны в новых зарегистрированных случаях ВИЧ, а также тревожащие уровни распространенности в высокорисковых группах.

Согласно оценке ЮНЕЙДС, в Украине на конец 2001 года проживало 320000 людей с ВИЧ/СПИД, что составляет более одного процента взрослого населения. По состоянию на апрель 2003 года в Украине зарегистрировано всего 54680 случаев ВИЧ инфекции, около 4300 случаев СПИД и 2400 случаев смерти от СПИД. Дополнительно 11000 лиц, живущих с ВИЧ, были отмечены как умирающие от других причин[36]. Наиболее пораженными областями оказались Одесская, Николаевская, Днепропетровская, Донецкая, а также Автономная республика Крым и г. Севастополь. В каждой из этих местностей зарегистрирован кумулятивный уровень распространенности свыше 1697 случаев на миллион, при этом заболеваемость в 2002 году составила более 259 на миллион. В 2002 году в четырнадцати областях Украины, (с общим количеством населения 27,6 миллиона), зарегистрировано более чем 100 случаев ВИЧ на миллион населения, что было эквивалентно этому показателю 2002 года в Объединенном Королевстве. В каждой из оставшихся тринадцати областей (с совокупным населением 20,6 миллионов) зарегистрировано от 9,6 до 96,3 случаев на миллион жителей.

Из всех новых зарегистрированных случаев ВИЧ в Украине с документированными путями передачи от начала эпидемии 71 процент случаев имеет отношение к инъекционному потреблению наркотиков, 21 процент — к гетеросексуальным контактам, а 8 процентов — это дети, родившиеся от ВИЧ позитивных матерей. Только 0,1 процент случаев был связан с сексом мужчин с мужчинами. В 2002 году эти соотношения были соответственно 54, 30, 16, и 0,02 процента. После первого пика эпидемии в 1997 году ввиду быстрого распространения ВИЧ инфекции в группе сообществ со значительным потреблением инъекционных наркотиков, годовой показатель новых зарегистрированных случаев опять начал стабильно расти после 1999 года. Тогда как количество новых случаев среди лиц, потребляющих инъекционные наркотические вещества, остается стабильным или возрастает, но медленно, общее увеличение происходит за счет роста количества случаев передачи инфекции гетеросексуальным путем, и среди этого количества большинство составляют женщины. Фактическое отсутствие зарегистрированных случаев ВИЧ инфекции, путем передачи которой являются сексуальные отношения между мужчинами, (как и в других странах СНГ), почти наверняка отражает значительные пробелы в отчетности. Меняющееся гендерное соотношение новых случаев ВИЧ, которое указывает на растущее число инфицированных женщин, также стало причиной заметного роста годичного показателя количества детей, рожденных

Вставка 1: В связи с чем в России в последнее время снизилось количество новых случаев ВИЧ?

Ответ на этот критически важный вопрос остается предметом догадок — в частности потому, что принятая в России система эпиднадзора, основанная на отчетности о выявленных случаях, имеет ограниченную возможность объяснить изменения в регистрируемых эпидемиологических тенденциях. Д-р Вадим Покровский, руководитель Российского научно-методического центра профилактики и борьбы со СПИД, считает, что снижение числа зарегистрированных случаев ВИЧ в 2002 г. не было реальным отражением изменений заболеваемости ВИЧ. Напротив, он полагает, что это снижение явилось результатом сокращения количества людей из групп риска, охваченных системой эпиднадзора. Д-р Покровский отмечает, что в то время как число новых случаев инфекции с 2001 по 2002 гг. снизилось, по грубым подсчетам, на 41%, количество потребителей наркотиков, прошедших тестирование на ВИЧ, за этоже время также сократилось на 38%. Таким образом, "снижение числа впервые зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции может быть связано всего лишь с изменением структуры протестированных групп."

По материалам "СПИД: посмотрим проблеме в лицо", Вадим Покровский, Медицинская Газета, 31 октября 2003 года

Фактическое отсутствие зарегистрированных случаев инфецирования ВИЧ через сексуальные отношения между мужчинами по всей вероятности отражает значительные пробелы в отчетности

[36] Министерство Здравоохранения Украины, *ВИЧ инфекции в Украине*, Информационный бюллетень №22, 2003.

от ВИЧ позитивных матерей: с 12 в 1995 году до 1371 в 2002 году[37].

Уровень распространенности инфекции среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики, в наиболее затронутых инфекцией областях Украины сравним с этими показателями в России, Беларуси и Молдове, и характеризуется значительной географической вариативностью (Таблица 2). Данные по распространенности ВИЧ среди работников коммерческого секса предполагают, что общий уровень распространенности инфекции в этой популяции значительно выше, чем среди работников коммерческого секса в Западной и Центральной Европе. Уровень распространенности инфекции среди работников коммерческого секса, которые потребляют инъекционные наркотики, выше, чем среди тех работников коммерческого секса, которые наркотики не потребляют, и схожи с уровнем распространенности инфекции, зарегистрированным среди общего количества лиц, потребляющих инъекционные наркотики. Ограниченность размеров выборки, недостаток опубликованной информации о выборе участников исследований, а также большой разброс в уровнях распространенности инфекции, представленных разными источниками из одних и тех же местностей, затрудняет обобщение.

Количество новых зарегистрированных случаев СПИД в Украине начало резко расти в середине 90-х годов: с 45 случаев в 1995 году до 1356 случаев в 2002 году. То же справедливо для случаев смерти от СПИД: с 20 в 1995 году до 837 в 2002 году. В отличие от России, Украина на данном этапе уже начинает ощущать влияние полномасштабной и разрастающейся эпидемии ВИЧ при отсутствии повсеместного доступа к антиретровирусной терапии.

Первая значительная вспышка ВИЧ в **Беларуси** была отмечена в среде потребителей инъекционных наркотических веществ в Светлогорске (Гомельская область) в 1996 году. К сентябрю 1998 года в городе было зарегистрировано 2173 случая ВИЧ (81 процент всех случаев, зарегистрированных в это время по стране), а уровень распространенности ВИЧ среди местных потребителей инъекционных наркотических веществ достиг 74 процентов[38].

Тестирование на ВИЧ в Беларуси обязательно для доноров крови, для заключенных в тюрьмах, для пациентов с инфекциями, передающимися половым путем, для потребителей наркотиков и работников коммерческого секса. Данные о людях, живущих с ВИЧ, хранятся в национальной базе данных по ВИЧ. На конец июня 2003 года было зарегистрировано около 5100 случаев ВИЧ инфекции, 65 случаев СПИД, а также 50 случаев смерти от СПИД. Из числа случаев ВИЧ с документированными путями передачи 76 процентов имеют отношение к инъекционному потреблению наркотических веществ и 23 процента — к гетеросексуальным контактам. В 2002 году эти показатели составили, соответственно, 64 и 35 процентов. В 2002 году из 319 случаев ВИЧ с документированным гетеросексуальным путем

Таблица 2: Результаты дозорного эпиднадзора по ВИЧ в Украине в 2002 году

Город	Распространенность ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков (количество протестированных)	Распространенность ВИЧ среди работников коммерческого секса (количество протестированных)	Распространенность ВИЧ среди работников коммерческого секса, потребляющих наркотики инъекционным путем (количество протестированных)	Распространенность ВИЧ среди работников коммерческого секса, не потребляющих наркотики инъекционным путем (количество протестированных)	Распространенность ВИЧ среди больных с зарегистрированными инфекциями, передающимися половым путем (количество протестированных)
Донецк	40% (250)	31% (102)	36% (73)	21% (29)	1% (482)
Луцк	32% (250)	4% (51)	33% (3)	2% (48)	1% (310)
Николаев	53% (250)	30% (100)	83% (18)	18% (82)	28% (300)
Одесса	58% (259)	22% (103)	33% (57)	9% (46)	10% (333)
Полтава	32% (250)	17% (100)	33% (35)	8% (65)	2% (300)
Симферополь	28% (250	6% (100)	32% (19)	0.0% (81)	12% (300)
Харьков	17% (250)	12% (90)	39% (18)	6% (72)	0.3% (300)

Источник: Министерство здравоохранения Украины (2003).

[37] HIV/AIDS Surveillance in Europe, European Center for the Epidemiological Monitoring of AIDS, *http://www.eurohiv.org/reports/report_68/pdf/report_eurohiv_68.pdf,* December 2002.
[38] Vickerman, P., Watts, C., 'The Impact of an HIV prevention intervention for injecting drug users in Svetlogorsk, Belarus: Model Predictions', *International Journal of Drug Policy 13*, 2002

передачи, 52 процента составили лица, у которых партнеры принадлежат к высокорисковым группам, в основном это потребители инъекционных наркотиков.

Как и в соседних России и Украине, эпидемия неравномерно распространена по стране. Наибольшее количество людей, живущих с ВИЧ, было зарегистрировано в Гомельской области (2858 случаев, или 187,09 на 100000 населения), и в Минске (593 случаев, или 34,62 на 100000 населения). Случаи ВИЧ инфекции зарегистрированы в 127 административных территориальных единицах, из которых 16 были впервые затронуты инфекцией в 2002 году[39].

Показатели уровня распространенности по стране в разных группах, по данным диагностического тестирования, как сообщает Министерство здравоохранения, в 2000 и 2001 годах таковы: беременные женщины — 0,16 и 0,19 процента; потребители инъекционных наркотиков — 2,6 и 3,2 процента; пациенты с инфекциями, передающимися половым путем, — 0,04 и 0,055 процента; мужчины, предпочитающие секс с мужчинами, — 2,6 и 0.0 процентов, соответственно[40]. Согласно результатам дозорного эпиднадзора по ВИЧ, предоставленных Национальным Комитетом по СПИД Беларуси, в 2002 году, с потребителями инъекционных наркотиков связаны показатели СПИД на уровне 23 процентов в Минске, 84 процентов в Жлобине, 6 процентов в Барановичах, и 5 процентов в Бресте.

После начального быстрого роста количества новых случаев в 1997-1998 годах, годовой показатель новых зарегистрированных случаев ВИЧ в Республике Молдова стабилизировался на уровне от 40 до 50 на миллион населения, с тенденцией медленного роста. К концу 2002 года зарегистрирован 1691 случай ВИЧ. Из этого количества случаев с документированными путями передачи 82 процента связаны с инъекционным потреблением наркотиков, и в 17 процентах случаев путь передачи был гетеросексуальным. Только восемь случаев имеют отношение к сексу мужчин с мужчинами. Большинство случаев ВИЧ инфекции сконцентрировано в районе Балты (738) и в Кишиневе (535), при 175 зарегистрированных случаях в Приднестровье, в основном в Тирасполе[41].

Страны Балтии

Ситуация в странах Балтии в некотором смысле является парадоксальной: это одни из наиболее развитых стран региона, они находятся на пути к присоединению к Европейскому Союзу в мае 2004 года. Несмотря на это, тенденции развития эпидемии ВИЧ/СПИД в этих странах вызывают крайнюю озабоченность.

Именно в Эстонии этот контраст наиболее ярок: ВВП на душу населения в 2001 году измерялся в количестве 10170 долларов США, даже при том, что зарегистрированный уровень распространенности ВИЧ составлял 1,0 процент. А то, что согласно данныь ЮНЕЙДС в 2002-2003 годах в Эстонии отмечается самый быстрый прирост заболеваемости ВИЧ, еще более усугубляет ситуацию.

Подобное наблюдается и у южного соседа Эстонии – в Латвии, где ВВП на душу населения в размере 7730 долларов США сопровождалось распространенностью ВИЧ на уровне 0,4 процента в 2001 году. Латвия также сообщала о резком росте новых инфекций в 2001 году и о замедлении роста числа новых инфекций в 2002-2003 годах.

Литва несколько беднее, чем Эстония (8470 долларов США ВВП на душу населения в 2001 году), и при этом подвергается меньшей угрозе эпидемии (уровень распространенности – 0,1 процент в том же году). Также и рост новых случаев ВИЧ в 2002-2003 годах в Литве был более умеренным, чем в Эстонии и Латвии (хотя показатели все же превышали средний уровень по региону).[42].

Тестирование на ВИЧ в Беларуси обязательно для доноров крови, для заключенных в тюрьмах, для пациентов с инфекциями, передающимися половым путем, для потребителей наркотиков и работников коммерческого секса

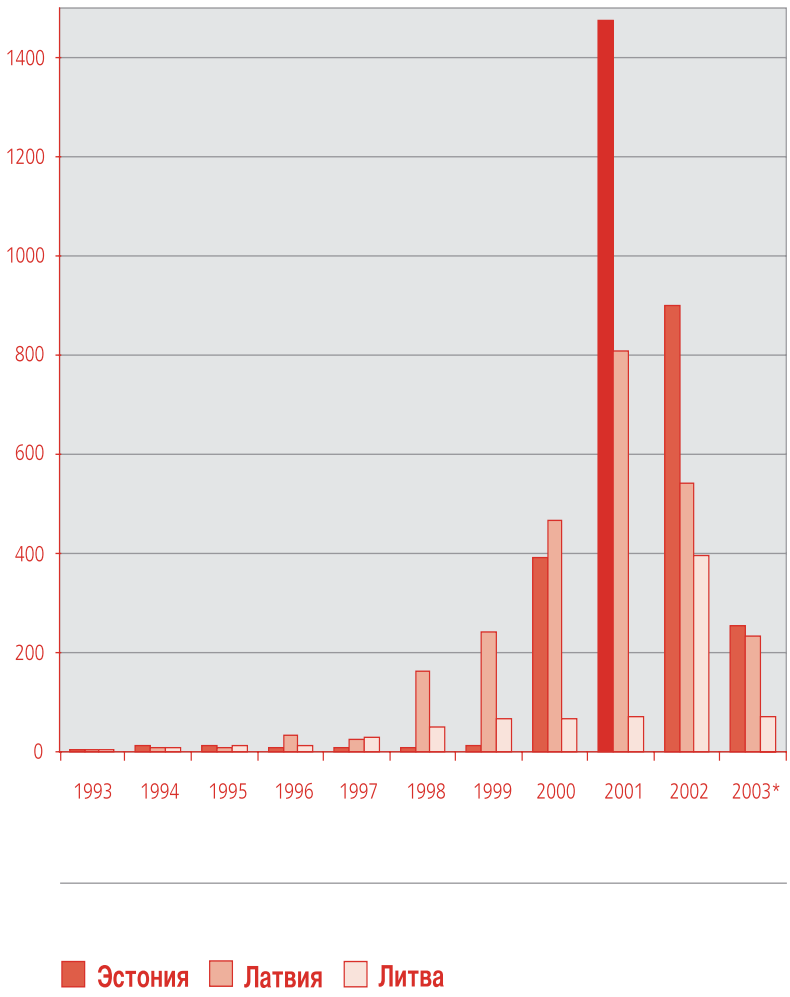
[39] Министерство Здравоохранения Беларуси, *Заявка на грант в Глобальный Фонд по СПИДу, Туберкулезу и Малярии, 2003.*
[40] Министерство Здравоохранения Беларуси, Отчет в ЕВРО ВОЗ (WHO EURO), 2001.
[41] Министерство Здравоохранения Республики Молдова, ВИЧ/СПИД инфекции в Республика Молдова, 2003.
[42] Эпидемиологические данные приведенные в этом параграфе были взяты из UNAIDS, *AIDS Epidemic Update Geneva, December 2003, Geneva, p.14.* Данные по ВВП на душу населения приведены на основе паритета покупательной способности и были взяты из UNDP, *Millennium Development Goals: A Compact Among Nations to End Human Poverty*, Global Human Development Report, New York, 2003, p. 237).

Тенденции развития эпидемии ВИЧ/СПИД в странах Балтии – одних из наиболее развитых стран региона – вызывают крайнюю озабоченность

Существует много факторов, которыми можно объяснить этот парадокс, среди которых важным наверное являются различные социально-экономические и институциональные условия в отдельных странах.

Эпидемиологические тенденции в странах Балтии характеризуются длительными периодами низких уровней инфекции с последовавшим быстрым ростом, особенно в Эстонии и Латвии, в конце 90-х годов (Диаграмма 4). В Эстонии ежегодно регистрируемое количество людей, живущих с ВИЧ, взлетело с восьми человек в 1996 году до 3400 в июне 2003 года. Поначалу секс мужчин с мужчинами был основным путем передачи инфекции, но это изменилось в 2000 году, когда имела место сильная вспышка ВИЧ инфекции среди русскоязычной популяции потребителей инъекционных наркотиков на востоке Эстонии. Эта вспышка последовала за почти незамеченной вспышкой гепатита В и С в этой же местности двумя годами ранее. К концу июня 2003 года в Эстонии было зарегистрировано 34 случая СПИД и 21 смерть от СПИД. Из 2854 случаев ВИЧ с документированными путями передачи, 84 процента припадало на инъекционное потребление наркотиков, 13 процентов — на гетеросексуальный путь передачи и 3 процента — на секс мужчин с мужчинами.

Диаграмма 4:
Новые зарегистрированные случаи ВИЧ инфекции в странах Балтии. Источник: ЕвроВИЧ. Данные за 2003 год даны по состоянию на март 2003 года для Эстонии, и по состоянию на июнь 2003 года для Латвии и Литвы.



Зарождающаяся эпидемия наблюдается и в **Латвии**, где ежегодное количество зарегистрированных новых случаев инфекции выросло с 17 в 1996 году и общее количество случаев было более 1000 в 2002 году. На середину июля 2003 года было зарегистрировано почти 2530 случаев ВИЧ. Около 83 процентов этих случаев имели отношение к инъекционному потреблению наркотиков, 11 процентов связано с гетеросексуальными контактами, а 5 процентов припадает на гомо/бисексуальный путь передачи. Большинство случаев ВИЧ сконцентрировано в столице Риге, имеются несколько значительных очагов в городах на западе Латвии. Латвия также зарегистрировала большое количество новых случаев СПИД (169 случаев) в 2002 году.

Литву тревожные эпидемиологические тенденции в основном обходили стороной до крупной вспышки ВИЧ, зарегистрированной в одной из тюрем страны: 284 заключенным (15 процентов от общего количества) был поставлен диагноз ВИЧ-инфекция в период между маем и августом 2002 года. Этот случай подчеркивает важность тюрем для целей эпиднадзора по ВИЧ, что мы часто недооцениваем, а также для организации мер профилактики. К середине июля 2003 года в Литве было зарегистрировано в целом 805 случаев ВИЧ инфекции, 61 случай СПИД и 26 случаев смерти от СПИД. На долю женщин припадало девять процентов всех случаев ВИЧ, тогда как из 777 случаев с документированными путями передачи, 84 процента случаев имели отношение к инъекционному пот-

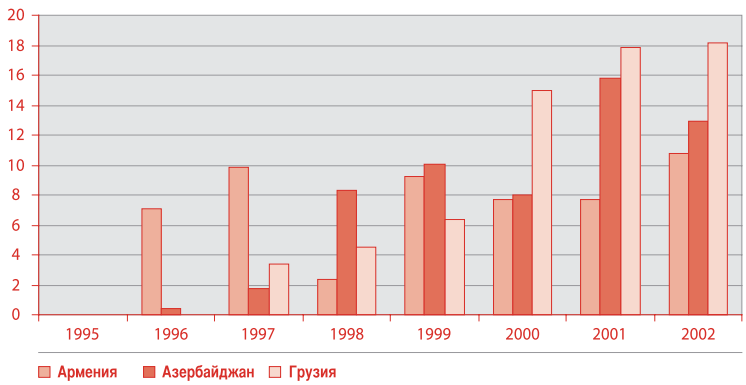
реблению наркотиков, восемь процентов припадало на гетеросексуальный путь передачи, и еще восемь процентов — на секс мужчин с мужчинами. Большинство случаев ВИЧ, не имеющих отношения к тюрьме, сконцентрированы в Клайпеде и Вильнюсе.

Кавказ и Центральная Азия

Три страны на юге Кавказа и пять стран Центральной Азии имеют ряд общих черт, которые порождают относительно схожие эпидемиологические тенденции ВИЧ. Возможно, Туркменистан, (в отношении которого данных недостаточно), представляет собой исключение. В общих чертах, во всех этих странах зарегистрировано небольшое количество людей, живущих с ВИЧ/СПИД, но количество вновь диагностированных случаев ВИЧ быстро растет (по отношению к начальным низким цифрам), и были зарегистрированы случаи локализованных вспышек взрывного характера. Централизованное государственное управление в сочетании с относительно низкими уровнями дохода и слабыми возможностями государственной системы здравоохранения делает эти субрегионы потенциальными эпидемиологическими "точками возгорания". Если частично исключить Казахстан, (где ВВП на душу населения за 2001 согласно статистике составил 6500 долларов США и значительно превосходит этот показатель по Украине — 4350 долларов США)[43], эти проблемы особенно резко встают в Центральной Азии — и дополнительно ожесточаются близостью суб-регионов к производству героина в Афганистане и его нелегальным поставкам.

По данным ЮНЕЙДС в **Армении**, в 2001 году были зарегистрированы самые высокие уровни распространенности инфекции на Южном Кавказе (0,2 процента), связанные, в основном, с очень быстрым ростом (с очень низких базовых показателей) в середине 1990-х. В абсолютных величина, однако, эпидемия характеризуется относительно низкими цифрами: по состоянию на июль 2003 года, 224 человека живет с ВИЧ. Из случаев с документированными путями передачи 54 процента имели отношение к инъекционному потреблению наркотиков и 44 процента — это передача через гетеросексуальный контакт. Субъектами всех случаев, имеющих отношение к потреблению инъекционных наркотиков, являются мужчины, большинство из которых временно проживало в местностях с высоким уровнем распространенности инфекции в России и Украине. Около 94 процентов случаев с женщинами связано с передачей инфекции гетеросексуальным путем. Растет количество зарегистрированных случаев с передачей путем потребления инъекционных наркотиков, причем половина из них зарегистрирована в Ереване. По данным дозорного эпиднадзора за 2002 год, распространенность составила 0,0 процента среди беременных женщин, а также среди мужчин, отдающих предпочтение сексу с мужчинами; 1,2 процента среди женщин, занятых в коммерческом сексе, 5,5 процента среди протестированных заключенных и 11-20 процентов в среде потребителей инъекционных наркотиков.

Диаграмма 5:
Новые зарегистрированные случаи ВИЧ инфекции в Кавказском регионе, показатель на миллион жителей. Источник: ЕвроВИЧ, 2003.



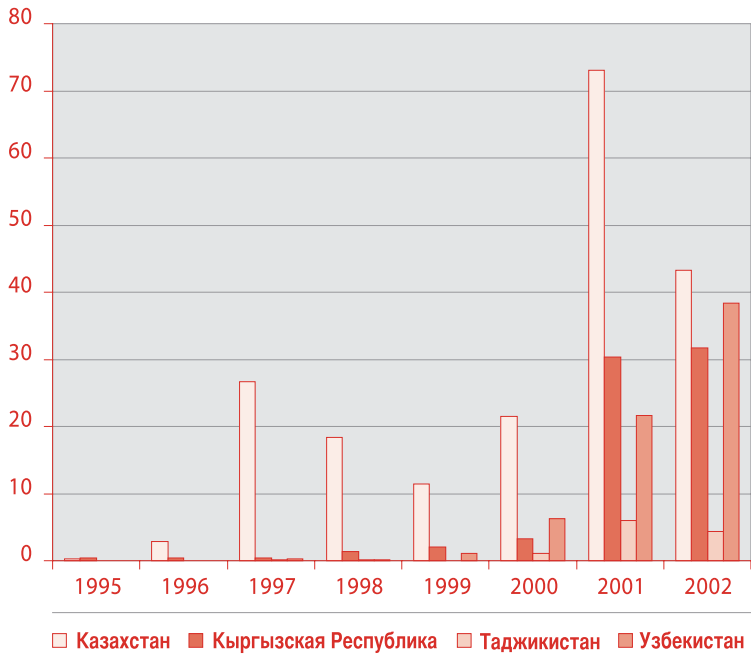
Подобная картина наблюдается в **Азербайджане**, где половина всех людей, живущих с ВИЧ, диагностирована в Баку. Из 556 людей, живущих с ВИЧ, заре-

[43] Для сравнения: согласно статистике, ВВП на душу населения в Таджикистане за 2001 год составил $1170, тогда как в других странах Центральной Азии и Кавказа этот показатель находится в пределах от $2400 до $3100. Данные по ВВП на душу населения приведены на основе паритета покупательной способности и были взяты из UNDP, *Millennium Development Goals: A Compact Among Nations to End Human Poverty*, Global Human Development Report, New York, 2003, p. 238.

гистрированных по состоянию на июль 2003 года, 62 процента были инфицированы путем потребления инъекционных наркотиков, 35 процентов — через гетеросексуальный контакт, а 1 процент — через секс между мужчинами. Значительное количество людей, живущих с ВИЧ, явно были инфицированы в период временного проживания в городах Украины и России, где были зарегистрированы значительные вспышки ВИЧ.

Как показано на диаграмме 5, в **Грузии** зарегистрирован наибольший рост новых случаев инфекции (опять, с очень низких изначальных показателей), на Кавказе за последние несколько лет. К июлю 2003 года зарегистрировано 440 случаев. Из них 72 процента имели место среди потребителей инъекционных наркотических веществ и 25 процентов случаев имеет отношение к гетеросексуальному пути передачи инфекции. Половина людей, живущих с ВИЧ, в Грузии проживает в Тбилиси. Уровни распространенности ВИЧ для групп риска были очень невелики, согласно диагностическому тестированию в Грузии в 2001 году: 0,54 процента для потребителей инъекционных наркотических веществ; 0,36 процента для больных с инфекциями, передающимися половым путем; 1,4 процента среди женщин, занятых в коммерческом сексе, и 0,67 процента среди больных туберкулезом.

Диаграмма 6:
Новые зарегистрированные случаи ВИЧ инфекции в четырех республиках Центральной Азии, (количество случаев на один миллион жителей). Источник: ЕвроВИЧ, 2003.



Казахстан имеет наиболее полные данные и наиболее амбициозные меры профилактики в Центральной Азии. Недавнее введение в действие достаточно сложной системы эпиднадзора по ВИЧ/СПИД регулярно поставляет большое количество полезных данных. В Казахстане были предприняты значительные усилия для расширения мер профилактики с фокусом на высокорисковое поведение и высокорисковую среду. Возможно, именно благодаря относительно эффективной системой мониторинга (а также в связи с длинной границей с Российской Федерацией и относительно большим русским меньшинством) эпидемиологические данные, зарегистрированные в Казахстане, менее благоприятны, чем в других странах Центральной Азии. По оценкам ЮНЕЙДС уровень распространенности ВИЧ в Казахстане в 2001 году составил 0,1 – 0,3 процента, тогда как в других странах Центральной Азии этот показатель не превышает 0,1 процента.

На 1 июля 2003 года было зарегистрировано около 3700 новых случаев инфекции, а также 85 случаев СПИД и 80 случаев смерти от СПИД. Из числа случаев с документированными путями передачи 90 процентов имеет отношение к инъекционному потреблению наркотиков, 10 процентов — к гетеросексуальным контактам и 0,5 процента — к контактам мужчин, практикующих секс с мужчинами, или имеющих бисексуальные контакты. Как и в других странах, доля случаев, зарегистрированных как инфицирование через гетеросексуальный контакт, медленно возрастает, достигнув уровня 19 процентов от общего количества зарегистрированных в 2002 году случаев.

Географическое распределение ВИЧ /СПИД в стране очень неравномерно. Большинство случаев зарегистрировано в Караганде, Павлодаре (северные города с большим количеством русского населения, расположенные близко к русской границе), в столице — Алма-Ате и торговом городе Чимкенте. В этих же местностях наблюдается наиболее

высокий уровень распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотических веществ. Данные эпиднадзора демонстрируют значительную дифференциацию между городами почти по всем показателям, включая типы часто потребляемых наркотических веществ, длительность периода потребления инъекционных наркотиков, степень совместного пользования инструментарием для инъекций, вовлеченность потребителей инъекционных наркотиков в коммерческий секс, а также уровень использования презервативов.

Как показано на диаграмме 6, **Узбекистан** сообщает о резком ежегодном увеличения количества новых зарегистрированных случаев ВИЧ в период с 1999 по 2002 годы. По данным на июль 2003 года, в Узбекистане зарегистрировано в общей сложности 2534 новых случая ВИЧ инфекции и 6 случаев СПИД. Как и в большинстве стран СНГ, подавляющее большинство людей, живущих с ВИЧ, в Узбекистане составляют мужчины (84 процента), принадлежащие к более молодым возрастным группам (56 процентов — до 30 лет). Около 84 процентов инфицированы ВИЧ путем потребление инъекционных наркотических веществ, а в 15 процентах случаев путем передачи стал гетеросексуальный контакт. Только 1 процент случаев имеет отношение к сексу мужчин с мужчинами. Почти 75 процентов всех случаев были зарегистрированы в районе Ташкента. В каждом из других районов страны зарегистрировано меньше 4 процентов всех случаев ВИЧ.

Несмотря на относительно благоприятную эпидемиологическую ситуацию, эпидемиологические тенденции в Узбекистане нуждаются в тщательном мониторинге. Относительно высокий уровень урбанизации и большое количество жителей (половина всего населения Центральной Азии), в сочетании с влиянием, которое оказывает на развитие эпидемии потребление инъекционных наркотиков как способ передачи инфекции, дает основания предполагать, что в будущем, как ни прискорбно, вероятны новые вспышки ВИЧ инфекции в большем масштабе.

Только сейчас мы начинаем регистрировать ВИЧ инфекцию в **Кыргызской Республике и Таджикистане**: на конец июня 2003 года было зарегистрировано только 364 случая ВИЧ в Кыргызской Республике и 92 — в Таджикистане. Большинство этих случаев имели отношение к потреблению инъекционных наркотических веществ, как и в остальной части Средней Азии, и сконцентрированы географически. Более половины зарегистрированных людей, живущих с ВИЧ, в Кыргызской Республике находятся в одной тюрьме в районе Ош.

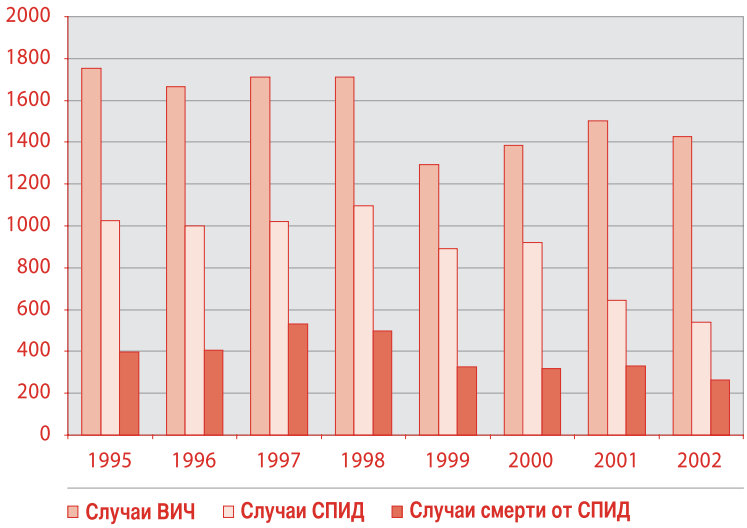
Кыргызская Республика ввела некоторые элементы эпиднадзора второго поколения, и в будущем это может помочь более точно оценивать риски. В Таджикистане нехватка ресурсов в системе государственного здравоохранения явилась причиной меняющихся с течением времени схем тестирования на ВИЧ, что создало дополнительные трудности при интерпретации результатов отчетности случаев заболевания.

Нелегальная перевозка опиатов из Афганистана в эти страны и через их территорию создает и в Кыргызской Республике, и особенно в Таджикистане, более высокие риски с точки зрения потребления инъекционных наркотиков, чем в отсутствии такого явления. Относительно низкий уровень ВВП на душу населения и показателей человеческого развития в этих странах, — (по этим позициям Таджикистан и Кыргызская Республика являются самыми бедными странами СНГ), — дает основания для озабоченности и в дальнейшем. Тот факт, что в 2000 году расходы на здравоохранение из расчета на душу населения для Таджикистана и Кыргызской Республики составили соответственно 29 и 145 долларов США (по сравнению с 415 долларов США в Российской Федерации и 1463 долларов США в Словении), подчеркивает слабость инфраструктуры здравоохранения в этих странах[44].

Централизованное государство в сочетании с низкими доходами и слабыми системами здравоохранения делает суб-регионы Центральной Азии потенциальными эпидемиологическими "точками возгорания"

[44] UNDP, *Millennium Development Goals: A Compact Among Nations to End Human Poverty*, Human Development Report, New York, 2003, pp. 254-56.

Диаграмма 7:
Новые зарегистрированные случаи ВИЧ, СПИД и смерти от СПИД в странах Центральной и Юго-Восточной Европы. Источник: ЕвроВИЧ, 2003.



В **Туркменистане** зарегистрировано только два случая ВИЧ на данный момент, и нет каких-либо других данных по стране. Тем не менее, существуют группы риска, и не только ввиду близости к Афганистану и опиатам, транспортируемым через Центральную Азию.

Центральная и Юго-Восточная Европа

Эпидемиологические тенденции в суб-регионах Центральной Европы (Чехия, Венгрия, Польша, Словакия и Словения) и юго-восточной Европы (Турция, Болгария, Румыния, Албания, бывшая югославская республика Македония, Сербия и Черногория) резко отличаются от тенденций в СНГ. Около 20000 новых случаев ВИЧ инфекции было зарегистрировано в этих суб-регионах на конец 2002 года, при этом три четверти из них сосредоточено в двух странах — Румынии и Польше. За этот же период было зарегистрировано 11927 случаев СПИД и 5523 случаев смерти от СПИД[45].

Но, хотя эти сводные цифры могут показаться большими, по сравнению со многими странами СНГ, тенденции в отношении новых зарегистрированных случаев ВИЧ и случаев смерти от СПИД в последнее десятилетие стабилизировались. Собственно, эпидемиологические тенденции, соотносимые с наибольшими надеждами в регионе, связаны с этими странами. Согласно данным ЮНЕЙДС по состоянию на 2001 год ни в одной из этих стран не зарегистрирован уровень распространенности инфекции, который превысил бы 0,1 процента[46]. Для сравнения, уровень распространенности в Западной Европе на конец 2003 года составил в среднем 0,3 процента, и находился в пределах 0,5-0,7 процентов в Северной Америке[47]. Более высокое качество данных и большие возможности государственных систем здравоохранения в этих суб-регионах также дают основания для надежды.

Не вызывает удивления тот факт, что наиболее богатые страны региона, достигшие наибольшего прогресса в построении рыночных экономик и демократических обществ, также демонстрируют и самые крупные успехи в вопросах управления ВИЧ/СПИД. Вызовы, поставленные в связи с присоединением к Европейскому Союзу (ЕС), потребовали демократизации и модернизации государственных структур, при одновременном создании возможностей для граждан и НПО принимать участие в процессе выработки и реализации решений. Такие изменения способствовали качественному улучшению государственного управления, а также изменениям в поведении и социальной сфере, которые необходимы для непосредственного участия граждан в эффективном ответе на эпидемию. В то же время, высшее руководство в этих странах не использовало свое положение для просвещения общественности касательно ВИЧ/СПИД, и во многих из этих стран в политике секторов еще не достигнуто равновесие между криминализацией и подходами с позиций общественного здоровья.

[45] HIV/AIDS Surveillance in Europe, European Center for the Epidemiological Monitoring of AIDS, *http://www.eurohiv.org/reports/report_68/pdf/report_eurohiv_68.pdf*, December 2002.
[46] UNAIDS, 'Table of Country-specific HIV/AIDS Estimates and Data, End-2001', *http://www.unaids.org/html/pub/global-reports/barcelona/tableestimatesend2001_en_xls.htm/*, 1 July 2002.
[47] UNAIDS, *AIDS Epidemic Update Geneva*, December 2003, Geneva, p.14.

При наличии у этих стран общих черт, их эпидемиологические тенденции далеки от единообразия. В большинстве стран эпидемия находится в фазе зрелости, когда первые случаи и вспышки были зарегистрированы в 80-х годах. Около 14 процентов всех случаев инфицирования связано с переливанием крови, что, как в Западной Европе, случалось в основном до того, как сформировалось понимание опасности инфицированных продуктов крови и были введены соответствующие меры скрининга. В большей степени, чем в странах СНГ, случаи ВИЧ в Центральной и Юго-Восточной Европе имеют тенденцию концентрироваться среди иностранцев. Считается, что значительная часть граждан этих стран, живущих с ВИЧ/СПИД, "импортировала" заболевание и путем передачи инфекции являются рабочие мигранты и моряки, которые получили вирус в Западной Европе, Латинской Америке и в Юго-Восточной Азии. Уровни распространенности ВИЧ остаются низкими в большинстве высокорисковых групп, а также среди протестированных доноров крови и беременных женщин в этих странах, за некоторыми исключениями, (такими как потребители инъекционных наркотиков в Польше, Сербии и Черногории). Но, несмотря на то, что эпидемия удерживается на низком уровне, в большинстве этих стран есть высокорисковые группы, способные стать источником вспышек в будущем.

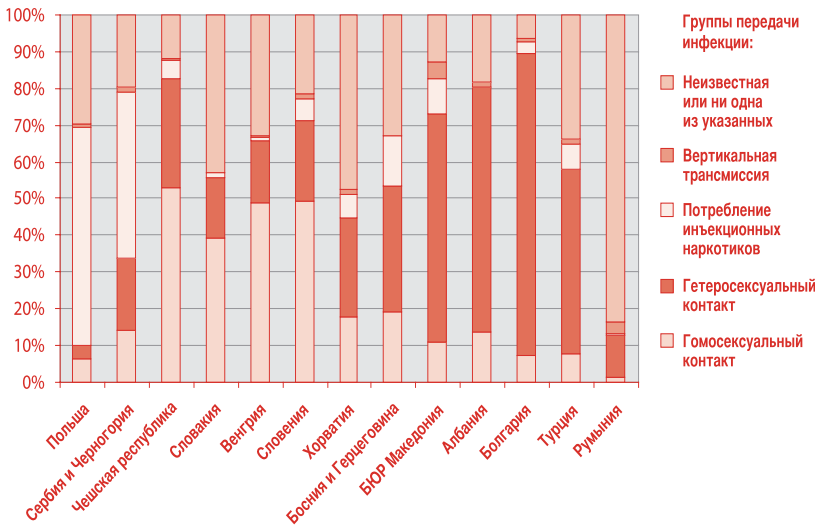
Польша, а также **Сербия** и **Черногория** имеют эпидемию в фазе зрелости, связанную с потреблением инъекционных наркотических веществ, начавшуюся в середине 80-х годов. Пик новых случаев ВИЧ инфекции в Польше припал на 1990 год с 809 зарегистрированными случаями, затем кривая шла на спад в последующие три года, (до 384 новых случаев в 1993 году), а затем медленно начала подниматься. К августу 2003 года в Польше было зарегистрировано 8300 людей, живущих с ВИЧ, и 1308 людей, живущих со СПИД, а также 641 смертей от СПИД. Большинство всех зарегистрированных случаев в Польше составляют потребители инъекционных наркотиков (4898 или 59 процентов). В Сербии и Черногории на июль 2003 года зарегистрировано 1771 лиц, живущих с ВИЧ, а также 1078 случаев СПИД и 731 случай смерти от СПИД.

В 1989 году **Румыния** пережила уникальную, нозокомиальную эпидемию ВИЧ, в рамках которой несколько тысяч детей, находившихся в государственных учреждениях, были инфицированы ВИЧ путем переливания крови. По всей вероятности, в Румынии — самое большое количество ВИЧ-инфекций в этом суб-регионе. Но нерегулярность отчетности о случаях заболевания в прошлом мешают точно оценить количество людей, живущих со СПИД. На конец июня 2003 года в Румынии зарегистрировано 5580 лиц, живущих с ВИЧ, но в тоже время – 8247 людей, живущих со СПИД, а также 3569 смертей от СПИД. Несмотря на две масштабные проверки этой отчетности, не удалось решить проблему расхождения показателей по реестрам ВИЧ и СПИД. Фактическое количество людей, живущих с ВИЧ, по всей вероятности, колеблется в пределах от 5500 до14000 человек.

В остальных странах ВИЧ в основном передается половым путем. В **Чешской Республике, Венгрии, Словакии** и **Словении** большинство зарегистрированных случаев имели путем передачи секс мужчин с мужчинами, тогда как в **Турции, Болгарии** и **Албании**, в бывшей югославской республике **Македония** превалирующим был гетеросексуальный путь передачи. Как и в остальной части региона, подавляющее большинство слу-

В отсутствие немедленных скоординированных действий по борьбе с ВИЧ/СПИД существует значительная и реальная опасность в регионе

Диаграмма 8:
Зарегистрированные случаи ВИЧ по группам передачи инфекции в странах Центральной и Юго-Восточной Европы. Источник: ЕвроВИЧ, 2003.



Реальное состояние вещей подсказывает, что людям, живущим в регионе необходимо научиться жить с ВИЧ/СПИД

чаев сконцентрировано в таких больших центрах городской жизни, как Стамбул или Будапешт.

Выводы и рекомендации

Данные касательно общественного здоровья во многих странах Юго-Восточной Европы и СНГ явно оставляют желать лучшего. Не взирая на это, ясно, что в этом регионе ВИЧ/СПИД дает очень неоднородную эпидемиологическую картину. В таких странах как Россия и Украина и Эстония, эпидемия быстро развивается, и, возможно, в этих странах уже инфицирован один процент взрослого населения (или более того). В отсутствие немедленных скоординированных действий существует значительная и реальная опасность, что неблагоприятные эпидемиологические тенденции в этих странах будут развиваться в том же направлении или даже ускоряться. В то время как эпидемиологические тенденции в Центральной Азии и на Кавказе еще не вызывают подобную тревогу, в этих суб-регионах бедность и их близость к основным путям нелегальной торговли наркотиками необходимо рассматривать как сигналы опасности.

Многие страны в Центральной и Юго-Восточной Европе достигли важных успехов в сдерживании и предотвращении распространения эпидемии. Особенно страны Центральной Европы смогли использовать преимущества достигнутого прогресса в построении сильной рыночной экономики, действенной демократии, которая защищает права человека, а также в развитии способностей государства, необходимых для присоединения к Европейскому Союзу, для выработки эффективного ответа на эпидемию. Такая связь между успешной борьбой с эпидемией и успехами переходного периода, является исключительно позитивной и указывает направление в будущее. В то же время, успешное решение вопросов переходного периода само по себе не гарантирует выработку эффективного ответа на эпидемию. Примером здесь может служить Эстония, которая является одной из наиболее успешных переходных стран в регионе и в то же время имеет самые высокие уровни распространенности ВИЧ в регионе.

ВИЧ/СПИД может и не быть в состоянии принести в целый регион разруху. Но эпидемия во многих странах (особенно в Украине, России и Эстонии) зашла слишком далеко, чтобы над ней можно было одержать решающую победу в краткосрочной и среднесрочной перспективе. Так же, как и миллионы жителей региона, страны западной части СНГ и Балтии, в которых проживает более половины всего населения региона, должны будут научиться жить с ВИЧ/СПИД.

На основании этих выводов можно сформулировать следующие рекомендации.

• *Необходимо сделать значительные инвестиции в усовершенствование возможностей сбора данных в системах государственного здравоохранения, особенно в странах СНГ. Тот факт, что эксперты ставят под сомнение достоверность данных, которые демонстрируют снижение распространенности ВИЧ в Российской Федерации в 2002-2003 годах, только подчеркивает значимость этого вывода.*

• *Неоднородность эпидемиологических тенденций в регионе указывает на то, что невозможно применять ко всем странам единый шаблон при выработке и реализации стратегии ответных мер. Напротив, необходимо приложить усилия к тому, чтобы выявить те проекты и инициативы, которые были особенно успешны в Центральной и Юго-Восточной Европе, с тем, чтобы перенести их на западную территорию СНГ и страны Балтии, где эпидемия кажется находится на грани "прорыва" в общее население.*

• *Разработчики политики в странах западной части СНГ и Балтии больше не могут надеяться на то, что эпидемию можно будет сдержать на ранних стадиях. Вместо этого, они должны думать о том, как путем упреждения дальнейшего развития эпидемии и разработки эффективных программ лечения для людей, живущих с ВИЧ и СПИД, минимизировать ее социальные издержки.*

Глава II: Движущие силы эпидемии: основные факторы риска, формы рискового поведения и группы риска

Сведения об эпидемиологических тенденциях могут направлять политиков и экспертов, участвующих в разработке подходов и стратегий только тогда, когда имеется детальное понимание механизмов передачи ВИЧ от индивидуума к индивидууму, обстоятельств и поведения, являющихся проводниками распространения эпидемии. Понимание начинается с определения типов высокорискового поведения и среды его распространения. К поведению с высокой степенью риска относятся небезопасное пользование инструментарием для инъекционного введения наркотических веществ, химические зависимости, небезопасный секс со многочисленными партнерами и секс между мужчинами. Риски, связанные со средой, включают бедность, миграцию, тюремное заключение, социальную изоляцию и дискриминацию по признакам этнического происхождения, сексуальной ориентации и по другим критериям. В данной главе сделан анализ информации о степени распространения и последствиях воздействия таких компонентов риска в странах Центральной и Восточной Европы и Содружества независимых государств.

Наркозависимость и другие формы поведения с высоким риском часто связаны с бедностью и социально-экономическими лишениями, но попытка установить прямую причинно-следственную связь между ВИЧ/СПИД, бедностью и злоупотреблением наркотиками была бы упрощением. Группы и отдельные лица со схожими социально-экономическими параметрами могут значительно отличаться по рискам наркомании и инфицирования ВИЧ. Только небольшой процент в регионе из миллионов людей, живущих в бедности, развивают химические зависимости, и только их небольшая часть заразилась инфекционными болезнями. Для понимания движущих сил эпидемиологических тенденций необходимо выявить сочетания обстоятельств, взаимно усугубляющих риск, которые ставят сходных по всем иным параметрам лиц на разные уровни уязвимости в отношении ВИЧ.

Формы поведения с высоким уровнем риска

Устанавливать прямую причинно-следственную связь между ВИЧ/СПИД, бедностью и злоупотреблением наркотиками было бы упрощением

Экономические сложности и отсутствие безопасности, эрозия или ослабление механизмов жесткого социального контроля, вооруженные конфликты, которые сопровождали развал Советского Союза и социалистической Югославии или последовали за этими событиями, в сочетании с большей доступностью наркотических веществ, начиная с 1989 года создали условия, способствующие росту потребления наркотиков в регионе. Такая ситуация не является беспрецедентной в истории: крупные вспышки потребления наркотиков были зарегистрированы в России во время первой мировой войны и после гражданской войны 1918-1920 годов[48]. Также это не уникально для данного региона. Сходные модели ухудшения здоровья, (особенно у подростков и молодежи), в сочетании со взрывным характером эпидемий наркомании, ВИЧ и туберкулеза, были зарегистрированы в городах в глубинке США и в больших городах Объединенного Королевства. Эти явления были описаны как "общества, изломанные изменяющимися обстоятельствами", в которых традиционные поддерживающие человека связи и ценности были разрушены, но не заменены новыми. В таких обстоятельствах может возникнуть огромное количество людей, особенно молодежи, чье мировоззрение отмечено потерянностью, отсутствием цели, эмоциональной пустотой и отчаянием[49].

[48] Conroy, M.S., "Abuse of drugs other than alcohol and tobacco in the Soviet Union", Soviet Studies, 1990; 42(3):447-80.
[49] McKee, M., "Substance use and social and economic transition: the need for evidence", *International Journal of Drug Policy 13*, 2002.

Таблица 3: Приблизительная оценка размера основных групп населения, подверженных высокому риску ВИЧ инфицирования в отдельных странах

Страна	Количество потребителей инъекционных наркотиков (распространенность в %)	Количество мужчин, предпочитающие секс с мужчинами[50]	Количество работников комерческого секса (мужчины и женщины)	Количество заключенных[51] (на 100000 чел.)
Албания	10000 (0,4)	40000-50000	6000-8000	3000 (90)
Армения	7000 – 11000 (0,18-0,3)	N/a	9000 – 11000	4400 (114)
Азербайджан	15000 – 150000 (0,2-2,0)	10000-15000 (Баку)	8000-10000 (Баку)	17800 (217)
Беларусь	41000 – 51000 (0,4-0,5)	45000 – 77000	10000 – 25000	55000 (554)
Босния и Герцеговина	11500 (0,5)	30000-50000	4000-7000	2400 (60)
Болгария	30000 (0,43)	20000-30000	30000	9500 (119)
Хорватия	2000 – 23000 (0,04-0,5)	20000 – 50000	5000 – 10000	2600 (59)
Чешская Республика	25000 – 30000 (0,24-0,3)	50000 – 100000	12000 – 21000	16600 (162)
Эстония	10000 – 15000 (0,72-1,10)	5000 – 12000	3000-5000	5000 (361)
Грузия	40000-50000 (0,8-1,0)	10000	10000	7400 (198)
Венгрия	2900 – 25000 (0,03,0,25)	26000 – 130000	3000 – 17000	17900 (176)
Казахстан	97000 - 250000 (0,6-1,55)	20000 – 150000	20000 – 50000	84000 (522)
Кыргызская Республика	19000–100000 (0,38-1,6)	50000	3300	19500 (390)
Латвия	9000 – 12000 (0,4-0,5)	6000 – 19000	4000-15000	8100 (352)
Литва	7000 – 11000 (0,2-0,3)	17000 – 44000	5000 – 8000	11400 (327)
БЮР Македония	6000 – 10000 (0,3-0,6)	5000 – 17000	3000 – 5000	1300 (64)
Молдова	34000 – 52000 (0,12-0,18)	N/a	N/a	11000 (300)
Польша	77000 – 116000 (0,2-0,3)	105000 – 310000	42000 – 83000	83000 (215)
Румыния	89000 – 112000 (0,4-0,5)	60000 – 120000	23000 – 47000	47400 (212)
Российская Федерация	1500000 – 3500000 (1,01-2,4)	400000 – 2000000	150000 – 300000	875000 (611)
Сербия и Черногория	27000 (0,25) 6000-30000 (0,05-0,3)	35000 – 90000	11000 – 19000	6300 (70)
Словакия	11000 – 16000 (0,2-0,3)	15000 – 45000	6000 – 12000	7500 (138)
Словения	5000 (0,25)	3000 – 7000	2000 – 3000	1100 (56)
Таджикистан	2000 – 62000 (0,2-1,03)	60000	5000	11000 (175)
Турция	1000 – 133000 (0,0-0,2) 15000-30000	100000-300000	18000 – 40000	64200 (90)
Туркменистан	9000 - 50000 (0,2-1,0)	N/a	700 – 1300	22000 (489)
Украина	400000 – 600000 (0,78-1,17)	200000	45000 – 55000	200000 (413)
Узбекистан	65000 - 150000 (0,3-0,6)	70000 – 210000	14000 – 28000	65000 (255)

Источник: База данных WHO/ EURO (2003)[52].

На основании имеющихся данных можно настаивать на том, что риски в отношении ВИЧ в этом регионе множественны и очень сконцентрированы в социальном, географическом и демографическом планах. Лица и группы, наиболее уязвимые в отношении ВИЧ/СПИД, обычно подвержены и другим рискам. Потребление наркотических веществ, множественные сексуальные контакты, редкое пользование презервативом и частые инфекции, передающиеся половым путем, идут в связке с социальной изоляцией, дискриминацией и репрессивным законодательством, и сконцентрированы в высокорисковых группах.

Большинство эпидемий ВИЧ в индустриально развитых странах берут начало в высокорисковых популяциях, и все страны Европы пережили или эпидемии низкого уровня или концентрированные эпидемии. Большинство новых случаев передачи инфекции имеет место в высокорисковых группах, с ограниченным "выплеском" в более крупные популяции с меньшим уровнем риска. Возможность развития более генерализованной эпидемии, в рамках которой риски становятся значительными для более обширных популяций, находится в решающей зависимости от характерных черт так называемых "связующих популяций" и "связующих форм поведения" (Таблица 3). Сексуальные партнеры потребителей инъекционных наркотиков, женщины-партнеры бисексуальных мужчин, а также клиенты тех, кто предоставляет услуги коммерческого секса, (которые часто принадлежат к определенным мигрирующим профессиональным группам, таким как водители грузовых автомобилей), представляют собой примеры связующих групп. Потребление инъекционных наркотиков работниками коммерческого секса — пример "связующей формы поведения". В Таблице 3 представлены оценки размеров (а для потребителей инъекционных нарко-

[50] Только с большой осторожностью можно сравнивать оценки популяций мужчин, предпочитающих секс с мужчинами (МСМ). Некоторые оценки охватывают "базовую" популяцию МСМ (мужчины с самоидентификацией гомосексуальной ориентации), другие же оценки охватывают общее количество мужчин, имевших сексуальные контакты с другими мужчинами в течение своей жизни.

[51] International Centre for Prison Studies, *http://www.kcl.ac.uk/depsta/rel/icps/worldbrief/europe.html*, 2003.

[52] Данные в базах данных Европейского Бюро ВОЗ взяты преимущественно из официальных национальных источников и предоставлены национальным эпиднадзором, провайдерами услуг и НПО, или такими международными организациями, как Референтная группа ООН по проблеме инъекционного потребления наркотиков. В тех случаях, когда отсутствуют опубликованные или официальные данные, используются предварительные оценки, сделанные национальными экспертами во время семинара по оценке и моделированию эпидемии ВИЧ/СПИД в Европе. Этот семинар был организован совместными усилиями Европейского Бюро ВОЗ и ЮНЕЙДС летом 2003 года.

тиков также и уровень распространенности) 4 ключевых групп, подверженных высокому риску: потребители инъекционных наркотиков, мужчины, предпочитающие секс с мужчинами, работники коммерческого секса и заключенные.

Выше упомянутые формы поведения и среда их проявления в значительной мере накладываются друг на друга. Многие респонденты-потребители инъекционных наркотиков, особенно женщины, предоставляют сведения о получении денег за секс услуги, тогда как значительная часть мужчин-респондентов гомосексуальной ориентации свидетельствовала о потреблении инъекционных наркотиков. Принадлежащие к маргинализованным группам (бедные, или этнические меньшинства, что часто совпадает), доступ к возможностям для устойчивого развития у которых ограничен, с большей вероятностью могут стать работниками коммерческого секса или оказаться вовлеченными в деятельность, имеющую отношение к наркотикам, (как распространение, так и употребление). Взаимосвязь между этими "связующими группами" и "связующими формами поведения" играет важную роль в распространении инфекции от групп высокого риска к общей массе населения. Перспектива более широкоохватной, самоподдерживающейся эпидемии, распространяющейся гетеросексуальным путем, также зависит от характерных моделей сексуальной активности и построения социальных связей, что, в свою очередь, часто обусловлено культурной традицией.

Потребление наркотических веществ и ВИЧ/СПИД

Данные о соотношении между химической зависимостью и ВИЧ инфицированием в странах Центральной и Восточной Европы и СНГ ограничены. Большинство количественных и качественных исследований — это исследования инъекционного потребления наркотиков, которое в регионе доминирует среди рисков, имеющих отношение к ВИЧ. Быстрое увеличение производства опия в Афганистане, который является основным поставщиком этого вещества в регионе, спровоцировало расширение рынков героина в Центральной Азии, в Российской Федерации и в Восточной Европе (UNDCP 1997; UNODCCP 1999; UNODC 2003). По оценкам, производство опия в Афганистане стабильно возрастало с почти 500 метрических тонн в середине 80-х годов до более 4500 метрических тонн в 1999 году. В 2001 году наблюдалось значительное снижение производства до 185 метрических тонн, но в 2002 уровень производства быстро возвратился на довоенный уровень.

По ряду показателей можно говорить о том, что страны СНГ играют все возрастающую роль в процессе транспортировки опиатов из Афганистана. Количество партий героина, перехваченных в странах СНГ, (считается, что они составляют 10-20 процентов от общего объема поставок), продолжает увеличиваться, в то время, как с 2001 года поступают сообщения о резком уменьшении перехватов партий героина и опия в странах вдоль "южного" пути нелегальной торговли наркотиками (Пакистан: снижение на 22 процента; Иран: снижение на 53 процента; Турция: снижение на 41 процент). В странах СНГ героин, импортированный из Афганистана, обычно был недорогим и остается более доступным по цене по сравнению с кокаином, амфитаминами и другими наркотиками. Например, оптовая цена афганского героина в Таджикистане в начале 2001 года достигла самой низкой за прошедшее время отметки — $1200 за килограмм. В это же время партии захваченного героина увеличились в размерах в три раза, что является еще одним доказательством того, что Таджикистан стал очень важной торговой точкой для афганского героина[53]. Складывается впечатление, что преимущества для СНГ в сфере безопасности, (особенно для Центральной Азии), связанные с упразднением путем военного вмешательства режима Талибан в 2001-2002 годах, были нивелированы издержками гуманитарного характера ввиду значительного роста нелегального оборота и потребления опиатов из Афганистана.

Взаимосвязь между «группами» и «формами поведения» играет важную роль в распространении инфекции от групп высокого риска к общей массе населения

[53] UNODC, *Global Illicit Drug Trends 2002*, 2003.

Мужчины, предпочитающие секс с мужчинами, становятся жертвами насилия, дискриминации и социальной изоляции, что делает их еще уязвимее по отношению к ВИЧ/СПИД

Секс мужчин с мужчинами

Секс между мужчинами был ключевым путем передачи ВИЧ инфекции в Западной Европе и Северной Америке. И, хотя, имеющиеся данные указывают, что такую ключевую роль пути передачи инфекции ВИЧ в странах Центральной, Восточной Европы и СНГ играет инъекционное потребление наркотиков, все же стигматизация, (а в некоторых странах и криминализация) гомосексуальности является причиной того, что передача ВИЧ инфекции путем секса мужчин с мужчинами часто не находит достаточного отражения в отчетности. Таким образом, важность этого пути передачи в регионе недооценивается, и, по всей видимости, значительно.

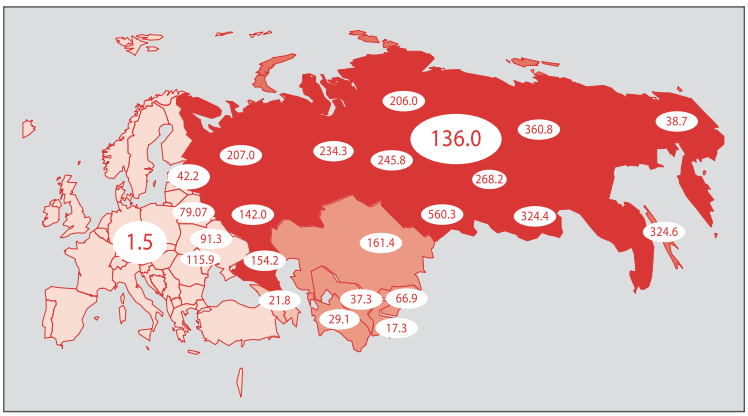
Несмотря на тот факт, что в большей части региона гомосексуальность и секс между мужчинами уже жестко не криминализован, правовые и социальные факторы продолжают влиять на стигматизацию и маргинализацию лиц, принадлежащих к этой уязвимой группе. А так как гомосексуальность во многих странах была декриминализована в результате внешнего давления, (особенно со стороны Совета Европы), степень изменения в социальных отношениях и поведении правоохранительных ведомств остается под вопросом. Мужчины, вовлеченные в секс с мужчинами, все еще становятся жертвами насилия, дискриминации и социальной изоляции, что делает их еще уязвимее по отношению к ВИЧ/СПИД, чем было бы в иной ситуации.

Так же, как и при предоставлении услуг коммерческого секса, это именно рисковое поведение – преимущественно незащищенный анальный половой акт, несет в себе наибольший риск передачи ВИЧ, а не сексуальная идентификация как таковая. Дополнительные риски связаны с инфекциями, передающимися половым путем, со множественными партнерами, потреблением наркотических веществ и другими факторами, о которых будет идти речь далее в этой главе. Такие риски часто широко распространены, множественны и влияют одновременно[54].

Очень незначительно в этом регионе была исследована степень распространения секса между мужчинами. В репрезентативном общенациональном исследовании в России 2 процента мужчин самоидентифицировались как гомосексуальные[55]. Широкомасштабные исследования в странах Запада показывает, что от 3 до 20 (или более) процентов мужчин имели некоторый сексуальный опыт с другими мужчинами в течение своей жизни, и что около 2-4 процентов самоидентифицируются как предпочитающие гомосексуальные отношения. Разброс оценок бисексуальности очень значителен.

Те ограниченные данные по региону, которые имеются в наличии, дают основания предполагать, что большая доля мужчин, имеющих секс с мужчинами, также имеет сексуальных партнеров-женщин, а значит является связующим звеном с популяциями низкого риска. В исследовании 175 мужчин, работающих в коммерческом сексе в Москве, только 52 процента респондентов сообщали о сексуальной привлекательности для них исключительно мужчин. Около 10 процентов состояли в браке с женщиной, а 16

Диаграмма 9:
Зарегистрированные случаи сифилиса на 100,000 населения в 2000-2001 гг Источник: WHO/EURO, 2002



[54] Kelly, J. A., Amirkhanian, Y.A., Csepe, P., et al., High levels of HIV risk behavior among men who have sex with men in Russia, Hungary, and Bulgaria, 2002.
[55] Vannappagari, Vani, and Robin Ryder. *Monitoring Sexual Behaviour in the Russian Federation*. The Russia Longitudinal Monitoring Survey. Report submitted to the U.S. Agency for International Development. Carolina Population Centre, University of North Carolina at Chapel Hill, North Carolina,.April 2002. Online *http://www.cpc.unc.edu/projects/rlms/papers/sex_01.pdf.*

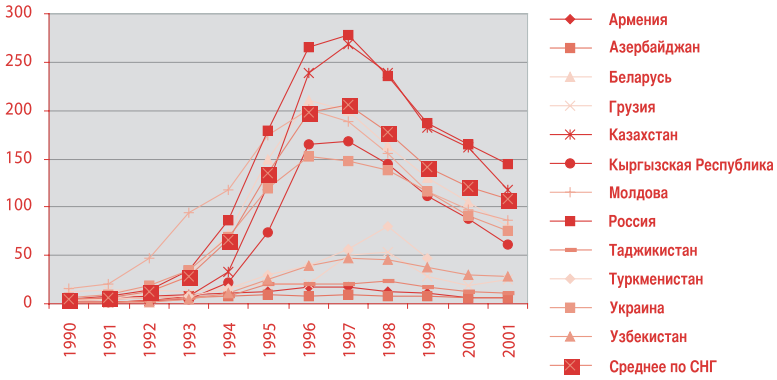
процентов имели своим стабильным сексуальным партнером женщину[56]. Исследования, проведенные в Беларуси, Украине, Кыргызской Республике, Казахстане, Узбекистане, России и Таджикистане, задокументировали существование разветвленных подпольных сетей мужчин, имеющих секс с мужчинами. Согласно этим же исследованиям, формы высокорискового сексуального поведения — обыденное явление. В Санкт-Петербурге в исследовании 434 мужчин, принадлежащих к посетителям любого из пяти ночных гей-клубов в городе, среднее количество мужчин сексуальных партнеров в течение срока жизни оказалось равным 62. Только 43 процента мужчин, участвовавших в исследовании и практикующих анальный секс, сообщали о постоянном использовании презервативов. В украинском исследовании, проведенном среди мужчин, вовлеченных в секс с мужчинами, в Киеве, Николаеве и Одессе в 2001 году, 41 процент не использовали презерватив ввиду затрат; 21 процент сообщили о постоянном использовании презервативов при анальном сексе.

Совершенно очевидна необходимость проведения в этом регионе дальнейших эпидемиологических исследований секса между мужчинами с целью разработки и реализации эффективных программ профилактики. Как и в случаях с потреблением инъекционных наркотических средств и с работой в коммерческом сексе, морализаторство или репрессивные подходы снижают общую эффективность мер профилактики ВИЧ/СПИД.

Инфекции, передающиеся половым путем

Уровень распространенности инфекций, передающихся половым путем, является важным показателем риска или уязвимости в отношении ВИЧ/СПИД. Кроме того что он выполняет функцию достаточно хорошего маркера небезопасного секса, инфекции, передающиеся половым путем, облегчают физиологическую передачу ВИЧ. В регионе большинство наличной информации об инфекциях, передающихся половым путем, касается сифилиса и гонореи и имеет формат регистрации выявленных случаев. Данные Диаграммы 9 демонстрируют уровни распространения сифилиса в некоторых из этих странах, которые превышают почти в 100 раз эти показатели в Западной Европе.

Диаграмма 10:
Зарегистрированные случаи сифилиса на 100,000 населения в странах СНГ. Источник: WHO/EURO, 2002.



Приятно отметить, что уже в течение шести лет по региону наблюдается, как представлено в Диаграмме 10, систематическое снижение уровня инфицирования инфекциями, передающимися половым путем. Но эти показатели все еще очень высоки в сравнении с другими частями Европы. Эти тенденции снижения количества зарегистрированных случаев сифилиса могут также отражать фактическое уменьшение заболеваемости в результате совершенствования программ диагностики и лечения. Но тенденции к снижению также могут быть отражением естественного цикла эпидемии. В некоторых странах они могут указывать на растущее количество случаев, неохваченных регистрацией ввиду несовершенства систем эпиднадзора. Возможно, все большее число пациентов обращается по поводу лечения инфекций, передающихся половым путем, в частный сектор здравоохранения, который менее охотно, нежели государственные учреждения здравоохранения, предоставляет отчетность о выявленных случаях.

Мониторинг инфекций, передающихся половым путем через систему эпиднадзора в регионе, часто даже менее совершенны, чем в отношении ВИЧ/СПИД.

В течении шести лет по региону наблюдается систематическое снижение уровня инфицирования инфекциями, передающимися половым путем

[56] PSI, *The Study of Sexual Behaviour of Male CSW's in Moscow*, Russia, 1999.

Данных, собранных в результате регистрации выявленных случаев, недостаточно для мониторинга вспышек или для детального анализа. Базовая информация по инфекциям, передающимся половым путем, включая пол, поведенческие риски, возраст и географическое распределение, обычно неполна и бедна.

Быстро растущее количество ВИЧ инфицированных женщин в регионе стало источником резкого увеличения числа случаев вертикальной передачи ВИЧ

Почти во всех странах назрела необходимость значительного совершенствования эпиднадзора инфекций, передающихся половым путем, для улучшения понимания и мониторинга рисков, связанных с сексуальным поведением. В Западной Европе заболеваемость, связанная с инфекциями, передающимися половым путем, в среде таких популяций, как мужчины гомосексуальной ориентации или иммигранты, подлежит мониторингу, и широкоохватное эпидемиологическое отслеживание контактов помогает выявить ситуации и среды, в которых риски передачи высоки и где наиболее полезными могут стать интенсивные профилактические меры. Подобная практика ведения случая и эпиднадзора редко встречается в Центральной и Восточной Европе и странах СНГ, или, по меньшей мере, данные, имеющие к этому отношение, не разглашаются и не анализируются. В немногих странах существуют национальные программы профилактики инфекций, передающихся половым путем. Некоторые страны региона начали применять политику и практику, рекомендованную ВОЗ в отношении профилактики и ухода, и постепенно переходят от подходов принуждения и наказания к предоставлению услуг, более дружественных к их потребителям.

Передача ВИЧ от матери к ребенку

ВИЧ может передаваться от матери к ребенку во время беременности, в родах, а также при кормлении грудью. Изначальное большое количество педиатрических случаев ВИЧ в Западной Европе значительно уменьшилось после 1995 года, когда с большим охватом были введены профилактические меры. Но, несмотря на наличие знаний в отношении предотвращения вертикальной трансмиссии, быстро растущее количество ВИЧ инфицированных женщин в Восточной Европе и странах СНГ начиная с 1996 года стало источником резкого увеличения числа случаев передачи ВИЧ от матери к ребенку. Эти случаи были зарегистрированы большей частью на Украине и в России, и их суммарное количество дает более 78 процентов всех зарегистрированных случаев передачи ВИЧ от матери к ребенку в Европе от начала эпидемии[57] (Диаграмма 11). Возрастающее количество случаев вертикальной трансмиссии начинает менять гендерный срез эпидемии в этих странах, так по данным ЮНЕЙДС, процент женщин, (включая новорожденных девочек) от общего количества новых диагностированных случаев ВИЧ в России поднялся с 24 процентов в 2002 до 33 процентов в 2003 году[58].

На Украине и в некоторых частях России были введены широкомасштабные профилактические меры. Внедрение изменений в методику эпиднадзора передачи ВИЧ инфекции от матери к ребенку и приведение в соответствие с используемыми на остальной территории Европы[59] регистрацией выявленных случаев и определений, должно помочь продемонстрировать влияние профилактических мер и дать точную картину передачи ВИЧ инфекции от матери к ребенку в этих странах.

Риски, связанные с системой здравоохранения

Передача ВИЧ инфекции путем переливания крови, инъекционное введение продуктов крови и процедуры, проводимые без соблюдения мер безопасности в рамках медицинского ухода, были основными источниками новых случаев в

[57] EuroHIV, 2003.
[58] UNAIDS, AIDS Epidemic Update, December 2003, Geneva, p. 15.
[59] Как Россия так и Украина предоставили отчет в ЕВРОВИЧ о количестве детей, родившихся от ВИЧ позитивных матерей. Это отклоняется от стандартных международных принятых норм (для которых характерна отчетность по количеству младенцев, которые оказались ВИЧ позитивны) и в какой-то степени искажает эпидемиологическую картину. Даже если учитывать среднюю степень передачи инфекции, 20-25 процентов, наблюдаемую в других странах, Российская Федерация и Украина имела бы несоразмерное бремя ВИЧ позитивных младенцев в количестве 2000 – 3000 ежегодно.

регионе на начальном этапе эпидемии. Равный доступ к безопасным продуктам крови является необходимым условием профилактики распространения таких серьезных передаваемых с кровью заболеваний, как сифилис, гепатиты B и C, а также ВИЧ. Бурная эпидемия ВИЧ среди детей в Румынии в начале 90-х годов, причиной которой стала фатально опасная медицинская практика, представила ясный пример того, что может случиться, если к безопасность крови и безопасность инъекций не относятся серьезно.

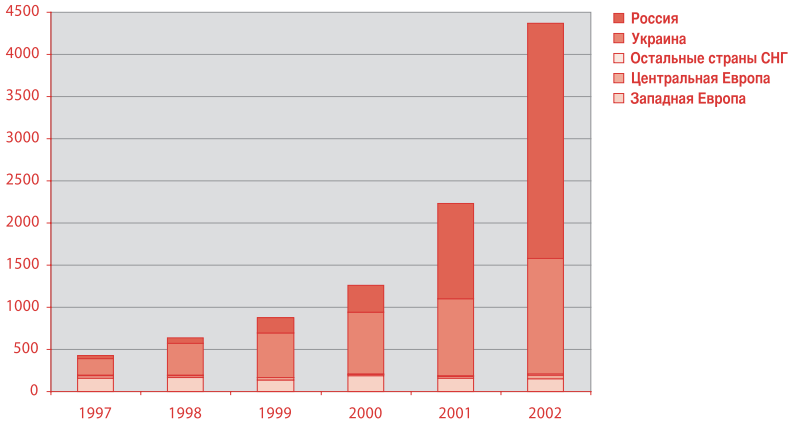
Лечение и уход за людьми, живущими с ВИЧ/СПИД, являются неотъемлемой частью комплексного и адекватного ответа на эпидемию. Профилактика ВИЧ инфекции, а также лечение и уход за теми, кто уже инфицирован, часто взаимно усиливают и дополняют друг друга. Людям, живущим со СПИД, необходим доступ к учреждениям здравоохранения, особенно для того, чтобы поддерживать режим и получать правильную дозу антиретровирусных препаратов. Несоответствие структуры здравоохранения, таким образом, может служить еще одним источником рисков, связанных с системой здравоохранения.

Адекватное лечение и уход для людей, живущих с ВИЧ/СПИД, включая доступ к антиретровирусной терапии, сдерживает развитие болезни от стадии ВИЧ к стадии СПИД, снижает инвалидизацию, улучшает качество жизни и отодвигает смерть.

Основные группы риска

Факторы риска и формы поведения, описанные выше, могут проявляться в различных комбинациях в разных группах. Например, инъекционное потребление наркотиков с точки зрения ВИЧ/СПИД может быть безопасным или опасным. Оно может происходить среди относительно хорошо образованных периодически потребляющих наркотики людей или в тюрьмах с ужасающими санитарными условиями. Присутствие разнообразных сочетаний различных факторов среди разных групп требует дифференцированного подхода к анализу определенных групп, подверженных основным рискам.

Диаграмма 11:
Новые зарегистрированные случаи ВИЧ инфекции, переданной от матери ребенку, в странах Западной, Центральной и Восточной Европы в 1997-2002 гг
Источник: ЕвроВИЧ, 2003.



Потребители инъекционных наркотических веществ

По оценкам UNODC потребление героина в Восточной Европе значительно превосходит уровни, зарегистрированные в Северной Америке и в Западной Европе[60]. Данные из национальных источников показывают, что в регионе в среднем 60-90 процентов потребителей наркотиков делают себе инъекции героина, хотя цифры будут очень разные по странам и отдельным городам. Распространенность курения героина также более чем вдвое выше, чем в Западной Европе. По оценкам UNODC, 2,7 миллиона человек в этом регионе употребляли опиаты в конце 90-х годов, в основном посредством инъекций (это 1 процент от общего количества населения в возрасте старше 15 лет[61]).

Оценивать количество потребителей инъекционных наркотических веществ сложно, ибо стигматизация и криминализация потребления наркотиков приводит к тому, что часто оно остается скрытым. Но, тем не менее, предста-

Лечение и уход за ВИЧ инфицированными являются неотъемлемой частью комплексного и адекватного ответа на эпидемию

[60] UNODC, *Global Illicit Drug Trends 2002*, Vienna, 2003.
[61] Там же.

Во многих странах региона опиаты и стимулянты производятся в домашних условиях

вляется очевидным, что до конца 80-х годов инъекционное потребление наркотиков в этом регионе было относительно нечастым явлением. Последующее разрастание инъекционного потребления наркотиков отражает не только общее увеличение поставок и потребления наркотиков, но и изменения моделей их местного производства и способов употребления, а также влияние увеличения поездок и миграции. Регион также пережил драматические социальные и политические изменения, вооруженные конфликты, что во многих странах повлекло очень резкое падение уровня жизни. Выросла безработица в то время как во многих странах, (особенно в СНГ), ухудшился доступ к обеспечению жильем, социальным услугам и здравоохранению. Во многих странах СНГ возросли уровень смертности, а также заболеваемость холерой, туберкулезом, дифтерией и инфекциями, передающимися половым путем. Социально-экономическое давление стимулировало рост неформальной и незаконной экономической деятельности, включая незаконный оборот наркотиков. Нарушение старых социальных установок также внесло свою лепту в увеличение потребления наркотиков и способствовало росту рискового сексуального поведения. Близость многих стран СНГ к районам на западе Азии, где выращиваются культуры, содержащие наркотические вещества, или пролегают пути нелегального оборота наркотиков, сделали наркотики более доступными.

Во многих странах региона опиаты и стимулянты, приготовленные для инъекций в домашних условиях, производятся, нелегально перевозятся и потребляются в традициях самогоноварения и производства иных видов алкоголя. Опийный мак и маковая соломка обрабатываются химикатами, используемыми в домашнем хозяйстве, для получения алкалоидных растворов опия с целью их последующего инъекционного введения. Кроме того, в Центральной Азии, в некоторых районах Кавказа и в западной части СНГ курение и инъекции опия среди старшего поколения являются традиционными.

Для большинства стран ЕС заболеваемость СПИД, имевшая отношение к инъекционному потреблению наркотиков, прошла пик в 1993-1994 годах. Соответственно — распространенность ВИЧ стабильна или идет на убыль в большинстве стран ЕС. И, хотя на основании имеющихся данных можно предположить, что многие страны Центральной и Восточной Европы сейчас повторно демонстрируют ту же тенденцию, сомнительное качество некоторых из этих данных, а также масштаб проблем в сфере развития, с которым сталкиваются эти суб-регионы, являются аргументом против успокоенности.

Хотя некоторые исследования были проведены на суб-национальном уровне или на уровне города, большинство данных о распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотических веществ имеют источником общенациональное диагностическое тестирование[62]. Серологический и поведенческий эпиднадзор среди потребителей инъекционных наркотиков является, в лучшем случае, неполным в большинстве стран в регионе. Исследования распространенности обнаруживают большие различия в инъекционном потреблении наркотиков и связанных с ними эпидемиологических тенденциях между западной и восточной частями региона, между странами в одном суб-регионе, а также между городами и сельской местностью в самих странах.

Обобщая, можно сказать, что эпидемия ВИЧ, связанная с инъекционным потреблением наркотиков, развилась в ряде стран, (это особенно заметно в Беларуси, Эстонии, России и на Украине), а также в специфических географических местностях в пределах этих стран (Светлогорск в Беларуси, Нарва в Эстонии, Иркутск, Москва, Тольятти и Ростов-на-Дону в России, а также Одесса и Николаев в Украине). И хотя существует не очень много исследований распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, проведенное тестирование указывает на стабильно высокие показатели инфицирования ВИЧ, что соотносится с имеющейся информацией о небезопасной инъекционной практике. Еще меньшим объемом данных мы располагаем в отношении рискового

[62] Hammers F & Downs AM, *HIV in Central and Eastern Europe*, Lancet, 2003.

поведения потребителей инъекционных наркотиков (к примеру, масштаб совместного пользования иглами и шприцами, гигиена шприцев, количество и типы сексуальных партнеров). Оказывается, что совместное пользование шприцами широко распространено, и повсеместной практикой является совместное пользование иных приспособлений (посуды, фильтры и т.д.), так же как и небезопасные способы инъекций. Групповое пользование общим контейнером при инъекционном введении наркотиков, приготовленных в домашних условиях, дает отдельный повод для беспокойства. При обобщении результатов 63 экспресс оценок, проведенных в 1998-2000 годах в России, было выявлено, что совместное пользование шприцами достигает, по разным оценкам, от 40 до 60 процентов. В 2001 году в Тольятти (Россия) 84 процента потребителей инъекционных наркотиков предоставили информацию о совместном пользовании шприцами. В 2000 году 22 процента потребителей наркотических веществ, проходивших курс лечения в Эстонии, предоставили информацию о совместном пользовании шприцами в прошедшем месяце. В Екатеринбурге (Россия) в 1998 году 86 процентов потребителей наркотических веществ совместно использовали инструментарий для инъекций в прошедшем месяце[63]; в Москве 35-41 процент потребителей инъекционных наркотиков предоставили информацию о совместном пользовании инструментарием.

Эпидемиологические модели для региона и эмпирические данные из других регионов указывают на возрастающее значение пути передачи ВИЧ инфекции половым путем по ходу развития эпидемии среди потребителей инъекционных наркотиков. Сексуальный контакт может действительно стать доминантным путем передачи инфекции в зрелой фазе эпидемии даже среди потребителей инъекционных наркотиков. Возрастающая значимость передачи ВИЧ инфекции половым путем в этом регионе является неизбежным результатом роста распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков. Кроме того, некоторые женщины, употребляющие инъекционные наркотики, полагаются на работу в коммерческом сексе как на дополнительный источник своего дохода.

Работники коммерческого секса

Коммерческий секс в регионе является криминализированной деятельностью и ее работники становятся жертвами насилия и полицейского преследования

Коммерческий секс в странах Центральной и Восточной Европы и СНГ является стигматизированной и криминализованной деятельностью. Именно поэтому, многие работники коммерческого секса становятся жертвами насилия и полицейского преследования. Такое отношение со стороны правоохранительных ведомств, (и общества в более широком смысле), делает работников коммерческого секса более уязвимыми к ВИЧ/СПИД, нежели при другой ситуации, и повышает вероятность того, что их клиенты станут связующими популяциями, передающими ВИЧ более широким группам населения. Это увеличивает вероятность развития более широкой самоподдерживающейся гетеросексуальной эпидемии, — как это уже случалось в других регионах.

Подавляющее большинство тех, кто производит обмен услуг секса на деньги, или наркотики, — это женщины, хотя фрагментарные данные по региону говорят о том, что 5-10 процентов работников коммерческого секса — мужчины. Как и в случае с сексом между мужчинами и инъекционным потреблением наркотиков, коммерческий секс по сути и сам по себе не является фактором риска. В реальной жизни риск становится отражением правовых, культурных, социально-экономических условий, состояния здоровья характерных для работников коммерческого секса.

Мы располагаем относительно малым объемом систематических данных о коммерческом сексе в регионе, а имеющиеся в распоряжении цифры сильно различаются в зависимости от местности и от исследования к исследованию. И все же, большинство из этих сведений дают представление о том, что коммерческий секс достаточно широко распространен в регионе, чтобы вызывать обеспокоенность, особенно в странах СНГ. Эти

[63] Golubkova A.A. et al.;'Behaviour of injecting drug users that leads to HIV infection', *Epidemiology of Infectious Disease*, 2000, 4:32-35

Таблица 4: Заключенные и диагностический скрининг на ВИЧ в пенитенциарной системе Российской Федерации в 1995-2002 годах

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Общее количество заключенных (в тыс.)	929	1017	1052	1010	1014	1060	924	965	875
Количество заключенных, живущих с ВИЧ	7	13	240	1460	2300	4100	15100	33000	36850
Количество заключенных, живущих с ВИЧ (на 1000 заключенных)	0,008	0,013	0,23	1,44	2,3	3,9	16,3	34,2	42,1

Источник: Фонд посвященный СПИД «Восток-Запад» (2003)

данные также указывают на взаимосвязанный характер факторов риска, связанных с сексуальным поведением и инъекционным потреблением наркотиков. В Казахстане 14 процентов потребителей инъекционных наркотиков подтвердили, что в предыдущие шесть месяцев были задействованы в коммерческом сексе[64]. В Тольятти (Россия) одно исследование выявило, что 43 процента потребителей инъекционных наркотиков также были работниками коммерческого секса, тогда как в Санкт-Петербурге 28 процентов потребителей инъекционных наркотиков сообщили о получении денег за секс. В России исследование потребителей инъекционных наркотиков в шести регионах страны показало, что от четверти до трети всех опрошенных потребителей инъекционных наркотиков вступали в сексуальные отношения с работниками коммерческого секса за прошедший год, и что 10-15 процентов опрошенных потребителей инъекционных наркотиков производили обмен сексуальных услуг на наркотики или деньги. Положительными оказались сведения, предоставленные респондентами о значительно большей (с увеличением до 50 процентов) частоте использования презервативов по сравнению с респондентами, имевшими сексуальные контакты с обычными партнерами[65]. Опрос мужчин, имеющих секс с мужчинами, проведенный в 2001 году в Будапеште в местах, популярных среди геев, обнаружил, что 17 процентов опрошенных обменивали секс на деньги[66]. Данные касательно пользования презервативами также очень различны. Периодическое исследование (по возрастным слоям) в России показывает, что 36 процентов в возрастной группе 21-30 лет и 44 процента в возрастной группе 41-49 лет использовали презервативы в случаях, когда секс обменивался на деньги или подарки, — частота использования презервативов падает по сравнению с некоммерческими сексуальными отношениями[67]. Неудивительно, что распространенность ВИЧ среди работников коммерческого секса часто высока, и есть доказательства ее роста.

Заключенные в тюрьмах

ВИЧ быстро распространяется половым путем и через совместное пользование иглами в закрытой среде тюрем в регионе. Риск и частота ВИЧ инфекции выше в тюрьме по сравнению с населением в целом, по крайней мере, по трем причинам. Первая: распространенность инфекций, передающихся половым путем, которые стимулируют распространение ВИЧ, более высокая в тюрьмах в этом регионе, как и в тюрьмах в других частях мира. Вторая: относительно высокий процент заключенных лишены свободы ввиду совершения преступлений, которые повышают вероятность их заражения ВИЧ, -- это проституция, наркомания. Третья причина: рисковое поведение в тюрьме, такое как совместное использование игл, принудительный или добровольный секс между мужчинами, также сопряжено с высоким риском инфицирования.

В начале 2003 года[68] в регионе в местах лишения свободы содержалось около 1,7 миллиона лиц. Подавляющее большин-

[64] Центр изучения общественного мнения, Поведенческое наблюдение среди потребителей наркотиков инъекционным путем в девяти городах Казахстана, Алматы, 2002.
[65] UNAIDS et al., *The Technical Report: Development, adaptation and field testing of the tools for measuring of biological and behavioural markers used in HIV surveillance in the groups of injecting drug users in the selected cities of the Russian Federation.* St. Petersburg, 2002.
[66] Csepe P. et. al., 'HIV risk behaviour among gay and bisexual men in Budapest, Hungary' *International Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS* (March 2002), 13(3):192-200.
[67] Vannappagari, Vani, and Robin Ryder. *Monitoring Sexual Behaviour in the Russian Federation. The Russia Longitudinal Monitoring Survey*. Report submitted to the U.S. Agency for International Development. Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill, North Carolina. April 2002. Online *http://www.cpc.unc.edu/projects/rlms/papers/sex_01pdf.*
[68] International Centre for Prison Studies (2003), *http://www.kcl.ac.uk/depsta/rel/icps/worldbrief/europe.html*

ство заключенных — это молодые мужчины, которые статистически являются наиболее ВИЧ уязвимой группой в этом регионе. В Восточной Европе и в СНГ лишение свободы в СИЗО, или на более длительный срок в тюрьме, является высокорисковой средой с жуткими последствиями для здоровья людей. Как показывают исследования, в этих учреждениях распространенность туберкулеза, ВИЧ и инфекций, передающихся половым путем, часто на порядки выше, чем за пределами системы отбывания наказаний. Скученность, плохое питание, ужасающее состояние санитарных удобств и неадекватное медицинское обслуживание в сочетании с недостаточно оплачиваемым и плохо обученным персоналом, который не пользуется уважением в обществе и подвержен коррупции, -- все это создает среду, провоцирующую общее плохое состояние здоровья, а также насилие, наркоманию и другие формы высокорискового поведения.

В этих странах учреждениям отбывания наказаний с их ограниченными возможностями приходится справляться с одним из самых высоких в мире уровней лишения свободы. Российская Федерация, где количество заключенных достигает 875000 человек, (611 на 100000 населения), занимает второе место в мире после США, (2,02 миллиона заключенных или 702 на 100000 населения) и имеет третью по размерам популяцию заключенных после США и Китая (1,5 миллиона заключенных или 117 на 100000 населения). Двадцать из 28 стран этого региона имеют уровень лишения свободы выше, чем в Китае. Кроме России, Беларусь, Казахстан, Туркменистан и Украина имеют более 400 заключенных на 100000 населения. Только Албания, Босния-Герцеговина, Хорватия, Македония, Польша, Сербия и Черногория, Словения, Турция имеют менее 100 заключенных на 100000 населения, что является уровнем, схожим с большинством стран Западной Европы.

Вставка 2: Тюрьмы как инкубаторы ВИЧ

Система криминального правосудия, которая забрасывает потребителей инъекционных наркотиков, не совершивших насилие, в переполненные безжалостные тюрьмы, где ВИЧ передается очень быстро посредством секса и использования общих шприцов, имеет губительные последствия для общественного здравоохранения во многих странах Восточной Европы и СНГ. Перенаселенность тюрем в регионе способствует быстрой передаче ВИЧ внутри тюрем и к тому же делает неотвратимым в конечном итоге процесс выхода эпидемии за пределы тюрем. Это может полностью нейтрализовать попытки борьбы с эпидемией вне тюрем. Потребителям наркотиков, не совершивших насильственных преступлений – многие из которых, в первую очередь, не должны были быть лишены свободы – требуется улучшенный доступ к услугам по снижению вреда для ограничения негативных последствий от использования наркотиков как для самих себя, так и для других заключенных и, в конечном итоге, для общества.

Тюрьмы и места содержания под стражей во многих странах Восточной Европы и СНГ действуют как инкубаторы ВИЧ. На Украине, где темп роста ВИЧ является одним из самих высоких, 7 процентов заключенных были инфицированы ВИЧ в 1999, цифра, которая несомненно выросла с тех пор[69]. Руководители тюрем Польши полагают, что 20 процентов почти 7000 ВИЧ инфицированных людей в стране в каком то периоде своей жизни были заключенными или содержались в местах содержания под стражей. Неадекватное питание, недостаток основного медицинского оборудования и недостаток света и вентиляции повсеместны.

Особенно остро стоит проблема скученности: превышение предназначенной вместимости, например в Румынии, определенной Генеральным Директором Пенитенциариев, колеблется от 150 до 700 процентов и 20 человек приходится на один туалет[70]. В России, тюремные камеры, которые предназначены на 28 человек, содержат до 110 человек. Этим заключенным приходится спать посменно, и в то время когда одни спят, другие стоят, ожидая своей очереди. Как сказал однажды начальник тюрьмы «Бутырка» в России, «Каждый день я молюсь Богу, прося плохой погоды, потому что когда становится очень жарко, эпидемии и смерти неминуемы»[71]. Насилие между заключенными часты, а наркотики всегда доступны.

Существуют очень мало программ по лечению (если они существуют вообще) в этих чрезвычайно неукомплектованных местах содержания под стражей и заключения и к тому же их штат обычно не обучен методам снижения вреда. Из-за нехватки денег найти квалифицированных врачей, не говоря уже о психологах и других специалистах, для работы в тюрьмах чрезвычайно трудно.

В то время как степень распространения ВИЧ в тюрьмах еще неизвестна, можно полагать, что риск заражения ВИЧ
Продолжение на стр. 42

[69] Mikolaiv Charitable Foundation (Blagodijnist), Ukraine, 'Prevention of the HIV/STD Spread,' proposal submitted to the Open Society Institute's International Harm Reduction Development Programme, 1999.
[70] General Directorate of Penitentiaries, Romania, 'Education for HIV Prevention in Prisons,' proposal submitted to the Open Society Institute's International Harm Reduction Development Programme, 2000.
[71] Stern, Vivien, *A Sin Against the Future: Imprisonment in the World*, Northeastern University Press, Boston, 1998, p. 75.

Вставка 2: *продолжение с стр. 41*

инфекцией выше чем в среди общего населения в целом. Недавнее исследование, проведенное организацией «Mėdecins Sans Frontiėres» обнаружило, что 43 процента заключенных в семи русских тюрьмах принимали наркотики инъекционным путем, и из них 14% начали этим заниматься в тюрьме[72]. Даже если заключенные не намереваются начать использовать наркотики, тюремная среда может подтолкнуть их к этому. Одна пятая часть выявленных случаев ВИЧ в Латвии приходится на места тюремного заключения, и половина новых ежегодных выявленных случаев приходится на пенитенциарную систему. В то время как общее количество ВИЧ случаев в латвийских тюрьмах низкое, данные говорят, что 87 процентов из них являются потребителями инъекционных наркотиков[73].

Перенаселенность мест тюремного заключения в регионе отчасти является следствием несбалансированной политики «нулевой толерантности» в отношении наркотиков, которая чрезмерно делает акцент на криминализации за счет угроз общественному здоровью. Польша в октябре 2000 года приняла закон о нулевой толерантности, в результате чего усилилось преследование и возросла длительность уголовных наказаний по отношению к потребителям наркотиков. Это также отразилось Изменилось отношение к проблеме: от лечения к наказательным мерам[74]. В России, где доля населения, отбывающего заключения, и так самая высокая в мире, число людей, лишенных свободы из-за использования наркотиков в немедицинских целях, выросло в пять раза за последние три года конца девяностых[75].

«Нулевая толерантность» — это самый быстрый способ отправлять все больше потребителей наркотиков, не совершающих насилия, в тюрьмы/инкубаторы ВИЧ. Такой подход может, а может и не снижать потребление наркотиков. Трудно представить себе менее эффективный способ замедления или сдерживания распространения ВИЧ. Поэтому необходим переход к более сбалансированным подходам между вопросами уголовной ответственности и общественного здоровья так, чтобы мероприятия по снижению вреда, такие как обмен шприцов и заместительная терапия метадоном, получили достойное отражение. Противники такого подхода являются, в этом смысле, соучастниками в распространении эпидемии.

На основе информации, полученной от Каси Малиновской-Семпрух

Перенаселенность тюрем временами достигает таких масштабов, что заключенным приходится спать посменно. В Российской Федерации в среднем на одного содержащегося в тюрьме в 2002 году припадало около двух квадратных метров площади. Из-за медлительности, характерной для деятельности судебно-правовой системы, огромному количеству задержанных лиц приходится месяцами ожидать решения суда. В процессе ожидания они подвергаются риску инфицирования стандартными и полирезистентными штаммами туберкулеза и инфекциями, передающимися половым путем, а также ВИЧ. Такие продленные периоды содержания под стражей в сочетании с плохими условиями пребывания в тюрьме во много раз увеличивают риск заражения смертельно опасными болезнями, и это явление подвергалось критике как форма жестокого и необычного наказания, запрещенная международным правом[76]. Поскольку сексуальные отношения и использование наркотиков в тюрьмах запрещены, (хотя в реальности это происходит), презервативы и стерильное оборудование для инъекций обычно отсутствует. С эпидемиологической точки зрения учреждения системы отбывания наказаний функционируют как рассадники ВИЧ и других инфекционных болезней.

Данные о состоянии здоровья популяций в тюрьмах скудны, а в некоторых частях региона полностью отсутствуют. Но опубликованная информация дает представление о серьезности проблемы. На Украине, где рост распространенности ВИЧ — один из самых высоких в регионе, 7 процентов заключенных по состоянию на 1999 год было инфицировано ВИЧ[77]. Эта цифра конечно же выросла за последние четыре года. Согласно оценкам тюремных властей в Польше, 20 процентов из почти 7000 ВИЧ инфицированных в стране, в определенный момент своей жизни находились в тюрьме или в следственном изоляторе. В Латвии одна пятая известных в стране случаев ВИЧ припадает

[72] Mėdecins sans Frontiėres, *Heath Promotion in the Russian Prison System: Prisoner Survey 2000*, Holland, November 2000.
[73] *Там же.*
[74] Krakow Association for Drug Users Support, Poland, 'Polish Prison Project,' proposal submitted to the Open Society Institute's International Harm Reduction Development Programme, 2000.
[75] Pskovian Anti-AIDS Initiative, Russia, proposal submitted to the Open Society Institute's International Harm Reduction Development Programme, 2000.
[76] The CPT Standards. Council of Europe, European Committee for the Prevention of Torture (2001).
[77] Mikolaiv Charitable Foundation (Blagodijnist), Ukraine, 'Prevention of the HIV/STD Spread,' proposal submitted to the Open Society Institute's International Harm Reduction Development Programme (IHRD), 1999.

на заключенных. Половина новых случаев, регистрируемых в Латвии каждый год, составляют лица, находившиеся или пребывающие в пенитенциарной системе.

В России количество лиц, отбывающих срок наказания за немедицинское потребление наркотиков, увеличилось в пять раз за три года. Исследования, проведенные в 2000 году, показали, что в семи российских тюрьмах 43 процента заключенных потребляли наркотики инъекционным путем, из них 13,5 процента начали делать это, находясь в тюрьме[78]. Около 1 процента всех заключенных отмечали, что впервые сделали инъекцию наркотика в тюрьме. Результаты исследования показали, что 50 процентов всех находящихся в заключении потребителей инъекционных наркотиков совместно использовали иглы и шприцы, а 10 процентов имели проникающий половой акт с другими заключенными. Схожие результаты были получены в других исследованиях, согласно которым до 20 процентов заключенных, находясь в местах лишения свободы, потребляют инъекционные наркотики м и регулярно используют иглы и шприцы совместно[79].

В 2002 году около 37000 заключенных в системе тюрем в Российской Федерации были диагностированы как живущие с ВИЧ, что составляет почти 4 процента всей популяции в тюрьмах. Согласно данным, приведенным в Таблице 4 (стр. 41), это —резкий скачок по сравнению с уровнем пятилетней давности. Более того, в России почти 10 процентам всех заключенных поставлен диагноз "активный туберкулез", а выявляемость полирезистентных штаммов среди заключенных достигает 20 процентов. Зарегистрированный уровень распространенности сифилиса в тюрьмах России в1997-2000 годах колебался между 3 и 4 процентами[80].

Здравомыслящие люди могут расходиться во мнениях в общем плане касательно приемлемого соотношения между наказанием и реабилитацией в системах уголовного судопроизводства. Однако, если смотреть с практической точки зрения общественного здоровья, в регионе ежегодно десятки тысяч заключенных выходят на свободу из тюрем, являющихся эпидемиологическими инкубаторами. Эти лица составляют связующую популяцию, которая представляет большую угрозу как передатчик ВИЧ в основную массу населения. Это говорит об особой важности инициатив преобразования условий содержания в тюрьмах в более гуманные и внедрения там программ профилактики ВИЧ.

Мигранты и перемещенные лица

Имеющиеся свидетельства без сомнения говорят о том, что миграция повышает риск ВИЧ/СПИД

Несмотря на скудость опубликованных данных, имеющиеся свидетельства без сомнения говорят о том, что миграция повышает риск ВИЧ/СПИД. Корреляция между этими двумя факторами отмечается как при статистически значимой зависимости поездок далеко от места постоянного проживания, (часто за границу), и увеличением распространенности инфекций, передающихся половым путем, так и при нелегальной поставке работников коммерческого секса из этого региона в Западную Европу[81].

На конец 2001 года в Центральной и Восточной Европе и СНГ более 3,7 миллиона человек подпадали под категории беженцев; лиц, перемещенных внутри страны; лиц, ищущих убежища; лиц без гражданства и вынужденных мигрантов, -- почти 18 процентов от общего количества лиц в этих категориях в мире. Каждая из перечисленных ниже стран: Армения, Азербайджан, Босния-Герцеговина, Грузия, Казахстан, Россия, Сербия и Черногория, сообщила о наличии мигрантов в этих категориях в количестве от 100000 до одного миллиона[82]. Кроме того, миллионы мигрируют в поисках работы как в самом регионе, так и за его пределами.

---

[78] Mèdecins sans Frontières, Heath Promotion in the Russian Prison System: Prisoner Survey 2000, Holland, November 2000

[79] Moscow Helsinki Group, *http://www.mhg.ru/english/1F4F76C.*

[80] *WHO EURO (2002).*

[81] Wilson TE, Uuskula A, Feldman J, Holman S, Dehovitz J., "A case-control study of beliefs and behaviors associated with sexually transmitted disease occurrence in Estonia". *Sexually Transmitted Diseases* 2001;28:624-629

[82] *2002 UNHCR Population Statistics*. United Nations High Commission for Refugees (2003)

Группы риска являются жертвами социальной изоляции, будь она результатом бедности (коммерческий секс, наркотики), стигматизации (геи), или следствием лишения свободы (заключенные)

Миграция и перемещение лиц часто связаны с тяжелыми условиями жизни, способствующими рисковому поведению в плане секса и потребления наркотических веществ. А это также повышает уязвимость к ВИЧ. Такие группы обычно имеют меньший доступ к услугам профилактики, лечения и ухода. Недавнее исследование ООН, изучавшее прогресс на национальном уровне в сфере реализации Декларации Специальной Сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИД, обнаружило, что 40 процентов стран Восточной Европы и СНГ не имеют национальных программных документов о предоставлении мигрантам информации касательно ВИЧ/СПИД и здоровья[83].

Особую озабоченность вызывает миграция работников коммерческого секса. За последнее десятилетие Украина, Молдова и Россия стали важными "экспортерами" работников коммерческого секса, предназначенных для Западной, Центральной и Юго-Восточной Европы. Большинство из них — женщины, многие из которых происходят из стран с высоким уровнем распространенности ВИЧ и инфекций, передающихся половым путем, а значит представляют, — наряду со своими клиентами, — связующую популяцию, которая может распространять эти заболевания. Эти лица сами уязвимы для инфекции. У них очень ограничен или вовсе отсутствует доступ к медицинскому обслуживанию или к другим формам защиты от инфекций, а клиенты и сутенеры часто подвергают их насилию. Наличие дополнительных данных о соотношении между миграцией и ВИЧ инфекцией могло бы помочь при разработке соответствующих подходов и стратегических документов касательно этой проблемы.

Выводы и рекомендации

Данные из региона о людях и поведении, с которыми связана высокая степень риска инфицирования ВИЧ, однозначно указывает на социально-экономический и управленческий аспекты проблемы. Принадлежащие к группам риска обычно являются жертвами социальной изоляции, будь она результатом бедности, (как в случае работников коммерческого секса или потребителей инъекционных наркотических веществ), стигматизации, (как в случае мужчин, предпочитающих секс с мужчинами) или является следствием лишения свободы (заключенные). Более высокая распространенность ВИЧ в переполненных учреждениях системы исполнения наказаний в регионе дает еще одно основание для обеспокоенности в этом плане. Здравомыслящие люди в этих странах могут вести теоретические споры об относительной значимости преступления и наказания, о правовом ответе на социальные отклонения или о приемлемой степени терпимости в отношении "аморального" поведения. Но растущая социально-экономическая угроза, которую несет ВИЧ/СПИД, настойчиво подталкивает к мысли о том, что разработчики политики во многих из этих стран, — особенно в западной части СНГ и странах Балтии, — более не могут позволить себе подобный морализаторский абстрактный подход к явлению, могущему стать разрушительной проблемой здравоохранения. Необходимо найти лучший политический компромисс между изоляцией и криминализацией, с одной стороны, и терпимостью и лечением — с другой.

Данная глава предлагает следующие рекомендации в отношении разработки политики:

• *Инициативы по реформированию пенитенциарной и судебной систем, — и в более широком смысле усилия по обеспечению эффективного социального контроля над деятельностью полиции и других служб безопасности, — являются частью проблем общественного здравоохранения в той же степени, что и проблем правовой системы. Необходимо многократно усилить поддержку таких инициатив и ускорить их реализацию.*

• *Совершенно необходима реформа системы тюрем для того, чтобы уменьшить скученность, лучше увязать преступление и наказание, и подойти к тому, чтобы гарантировать права заключенных. Насколько воз-*

[83] UN General Assembly, *Report of the Secretary General: Progress towards implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS*, 58th session, New York, 25 July 2003, p. 14.

можно, следует принцип равных прав, при котором заключенные получают такое же качество услуг здравоохранения, как и остальное население.

• Методы снижения вреда следует широко внедрить во все тюрьмы. В общем, тюрьмы должны рассматриваться как места не только наказания, но и реабилитации.

• Насколько это возможно, потребителей наркотиков, не совершающих насилия, не следует задерживать. Даже одного месяца в тюрьме достаточно, чтобы получить ВИЧ из использованной совместно инфицированной иглы.

• Региону необходимы более откровенное обсуждение социально-экономических причин потребления наркотиков, откровенный разговор о гомосексуальности, о реальном состояния вещей в тюрьмах, и о важности проявлений терпимости к людям, отличающимся от основной массы общества. На тех, кто составляет политическую, социальную и культурную элиту, лежит особая ответственность, а также возможность, положить конец стигме и рассеять неведение, окружающее проблему ВИЧ и формы поведения, связанные с ним.