

Ход работы по обеспечению глобального доступа к антиретровирусной терапии против ВИЧ

Новейшая информация в отношении Инициативы 3 к 5

Июнь 2005 г.



ЮНЭЙДС
УНЗ - ВАРСЕЛ - МГП - ПРОЗОН - ЮНВИС
ОНЗД - ЮНЧО - ВОЗ - ВО - Всемирный банк



Всемирная
организация здравоохранения



Ход работы по обеспечению глобального доступа к антиретровирусной терапии против ВИЧ

Новейшая информация в отношении
Инициативы "3 к 5"

Июнь 2005 г.



Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу
ЮНЭЙДС
УВКБ • ЮНИСЕФ • МПП • ПРООН • ЮНФПА
ЮНОДК • МОТ • ЮНЕСКО • ВОЗ • ВСЕМИРНЫЙ БАНК



Всемирная
организация здравоохранения

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

World Health Organization.

Progress on global access to HIV antiretroviral therapy : an update on "3 by 5".

1.Anti-retroviral agents - supply and distribution. 2.HIV infections - drug therapy
3.Acquired immunodeficiency syndrome - drug therapy 4.Program evaluation 5.Program development
I.UNAIDS.

ISBN 92 4 459339 4

(NLM classification: WC 503.2)

© Всемирная организация здравоохранения, 2005 г.

Все права зарезервированы. Публикации Всемирной организации здравоохранения могут быть получены в Отделе прессы ВОЗ, Всемирная организация здравоохранения, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 2476; факс: +41 22 791 4857; электронная почта: bookorders@who.int). Запросы для получения разрешения на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ - будь то для продажи или для некоммерческого распространения - следует направлять в Отдел прессы ВОЗ по указанному выше адресу (факс: +41 22 791 4806; электронная почта: permissions@who.int).

Обозначения, используемые в настоящем издании, и приводимые в нем материалы ни в коем случае не выражают мнения Всемирной организации здравоохранения о юридическом статусе какой-либо страны, территории, города или района, их правительствах или их границах. Пунктирными линиями на картах показаны приблизительные границы, в отношении которых пока еще не достигнуто полного согласия.

Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения отдает им предпочтение по сравнению с другими, которые являются аналогичными, но не упомянуты в тексте. Исключая ошибки и пропуски, наименования патентованной продукции выделяются начальными прописными буквами.

Все разумные меры предосторожности были приняты ВОЗ для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов.

Printed in

Содержание

Предисловие	5
Резюме	7
Ход работы в мире по расширению масштабов лечения	11
Эволюция "3 к 5"	11
Количественные показатели	12
Преодоление препятствий на пути к успеху	15
Ход работы в странах с наиболее тяжелым бременем	15
Политические обязательства	15
Финансовая устойчивость	16
Равный доступ	17
Интеграция профилактики и лечения	19
Расширение потенциала кадровых ресурсов	21
Укрепление систем руководства поставками и снабжением	23
Укрепление и улучшение отдельных медицинских инфраструктур	24
Координация технических партнерств	26
Выводы и рекомендации	27
Приложение	29
1. Расчеты числа людей, получающих антиретровирусное лечение	29
2. Страны, где делается особый акцент на Инициативу "3 к 5"	31



Вступление

На протяжении последних двух десятилетий эпидемия ВИЧ/СПИДа остается главным препятствием для решения многих вопросов, которые стоят в глобальной повестке дня по вопросам развития. Из восьми основных направлений, которые охватываются Целями развития тысячелетия, шесть, а именно - сокращение бедности и детской смертности, расширение доступа к образованию, гендерное равенство, улучшение здоровья матерей, меры по борьбе с основными инфекционными заболеваниями - во многом ставятся под сомнение высокими показателями ВИЧ-инфицирования во многих странах с низким и средним уровнем дохода.

С момента установления причин, вызывающих СПИД, в начале 80-х годов стандарты лечения и помощи значительно улучшились, особенно в странах с высоким уровнем дохода. Тем не менее вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) не признает политических, экономических и социальных границ и преодолевает их гораздо быстрее, чем клинические и связанные с общественным здравоохранением меры. До недавнего времени антиретровирусная терапия (АРТ) была доступной лишь для избранных, в то время как миллионы не могли воспользоваться своим основным правом и приобрести к достижениям современной науки.

В последние годы был достигнут международный консенсус о необходимости вести борьбу с ВИЧ/СПИДом на основе комплексных ответных мер, включая лечение, помощь, профилактику и уменьшение связанных с заболеванием последствий. Было отмечено также значительное увеличение финансовых ресурсов на ВИЧ/СПИД в странах с низким и средним уровнями дохода, что стало новой вехой в международном общественном здравоохранении и обеспечении доступа к лечению, помощи и профилактике для людей, которые более всего в этом нуждаются, несмотря на бедность и другие препятствия. В связи с возможностями, которые обеспечиваются новыми ресурсами, ВОЗ и ЮНЭЙДС дали общее определение неотложной для системы ООН и глобального сообщества проблемы - цели "3 к 5", или предоставления АРТ 3 миллионам людей, живущих с ВИЧ/СПИДом в странах с низким и средним уровнями дохода, к концу 2005 года. Это обеспечивает необходимую помощь половине тех, кто в этом нуждается.

Коллективные усилия многих стран и их международных партнеров обеспечивали реальный стимул для расширения масштабов лечения и профилактики ВИЧ. Инициатива "3 к 5" показала, как определение цели может содействовать проведению дискуссии, помогая перейти от постановки вопроса о том, может ли АРТ быть предоставлена в странах с ограниченными ресурсами к формулировке "когда" и "как" это можно сделать наиболее эффективно. Как указано в настоящем докладе, многие страны уже сегодня демонстрируют всему миру, как это можно сделать. От перенаселенных столичных городов до удаленных деревень создаются особые структуры, которые помогают сотням тысяч людей получить доступ к медицинской помощи, которая еще недавно была для них недоступной.

Осознание существующих препятствий для быстрого расширения лечения и профилактики ВИЧ представляется чрезвычайно важным не только в усилиях по достижению промежуточных национальных целей, но также для обеспечения всеобщего доступа в долгосрочной перспективе. Настоящий промежуточный отчет с учетом этого рассматривает не только ход работы сегодня, но также и те основные препятствия, которые сохраняются. Подробный доклад будет опубликован в конце 2005 г., и в нем будут представлены все необходимые данные и анализ хода работы на уровне стран.

Опыт, накопленный на сегодняшний день, подтверждает, что успех в глобальной борьбе против ВИЧ/СПИДа не может быть достигнут без огромных усилий. И он не зависит от какой-либо отдельно взятой страны, организации или лица.

Мы должны и впредь все вместе работать для достижения этой цели.



Ли Чон-вук
Генеральный директор
Всемирная организация
здравоохранения

Петер Пиот
Исполнительный директор
Совместная программа Организация
Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДУ
(ЮНЭЙДС)



РЕЗЮМЕ

В конце 2003 г., когда ВОЗ и ЮНЭЙДС положили начало стратегии для обеспечения лечения 3 миллионам человек, живущих с ВИЧ/СПИДом в странах с низким и средним уровнями дохода, а к концу 2005 г. (цель "3 к 5"), охват антиретровирусной терапией (АРТ) в указанных странах увеличился вдвое - от 400 000 до приблизительно 1 миллиона человек, которые получали необходимое лечение по состоянию на конец июня 2005 года. Сегодня 14 стран обеспечивают АРТ по крайней мере 50 процентам тех, кто нуждается в этом, в соответствии с целью "3 к 5".

Импульс, который обрело это движение в прилегающих к Сахаре районах Африки, является особенно значимым событием, поскольку именно там бремя заболевания является наиболее тяжелым. Приблизительно 500 000 человек сегодня получают необходимое лечение, что представляет увеличение втрое на протяжении последних 12 месяцев. В целом, как представляется, происходит расширение масштабов на основе увеличения сначала на 150 000, а затем на 200 000 человек, которые получали лечение в последовавшие друг за другом периоды 6 месяцев. По сообщениям большинства африканских стран, спрос на лечение значительно превосходит возможности его предоставления; одновременно с этим отмечается настоятельная потребность в увеличении ресурсов и технической помощи, для того чтобы поддержать этот импульс.

Ход работы в Азии, которая стоит на втором месте по масштабам необходимости в лечении, также является впечатляющим, поскольку число людей, получающих лечение, увеличилось почти в три раза, с 55 000 до 155 000 в последние 12 месяцев.

В Восточной Европе и Центральной Азии количество людей, получающих лечение, почти удвоилось за последние 12 месяцев, увеличившись с 11 000 до 20 000 человек. Большинство стран в данном регионе ставят своей целью обеспечение всеобщего доступа к концу 2005 г., но это не распространяется на две наиболее крупные страны, где существует наибольшая необеспеченная потребность в лечении, - Российскую Федерацию и Украину.

В Латинской Америке и странах Карибского бассейна, по расчетам ВОЗ, общее число людей, получающих лечение, возросло от 275 000 до 290 000 в странах с низким и средним уровнями дохода в первую половину 2005 г., что указывает на то, что приблизительно каждые два человека из трех, которые нуждаются в лечении в этом регионе, его получают. Наиболее густонаселенные страны региона, включая Аргентину, Бразилию и Мексику, уже обеспечивают достаточно высокий охват, но несколько других стран все еще отстают. В северной Африке и на Среднем Востоке охват остается низким и составляет лишь около 5 процентов с небольшим изменением числа людей, которые получают лечение и составляют в данный момент около 4 000 человек.

Темпы расширения доступа к лечению ВИЧ-инфекции стали результатом широкого перечня осуществленных на местах национальных, региональных и международных усилий, включая, прежде всего, усилия наиболее пострадавших стран. Эти усилия получили поддержку за счет ресурсов Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (Глобальный фонд), Чрезвычайного плана по оказанию помощи в борьбе со СПИДом Президента США и других доноров на двусторонней основе, Всемирного банка, Международных неправительственных организаций (МНПО) и частного сектора, при технической поддержке со стороны учреждений Организации Объединенных Наций и многих других организаций.

Расчетный показатель, составляющий приблизительно 1 миллион человек, которые сегодня получают лечение, не достигает установленного показателя в 1,6 миллиона человек, определенного ВОЗ/ЮНЭЙДС для стратегии "3 к 5" к июню 2005 года. Данные, которые имеются в наличии сегодня, и тенденции указывают на то, что обеспечение АРТ 3 миллионов человек к концу 2005 г. является маловероятным. Вместе с тем, имеются основания полагать, что увеличение показателя будет происходить быстрее в оставшееся время в 2005 г. и после него. Хотя имеющиеся средства представляют собой меньше того, что необходимо, расчетные 27 млрд. долл. США уже выделены или были обещаны на ВИЧ/СПИД в глобальных масштабах из всех источников на период в три года с 2005-2007 гг. В то же самое время серьезные политические обязательства стали очевидными во многих странах, что свидетельствует о трансформации глобальной цели "3 к 5" в амбициозные, но достижимые национальные цели по оказанию помощи.

Настоящий промежуточный отчет о глобальных усилиях по расширению доступа к АРТ рассматривает, прежде всего, причины как успешного, так и неудачного расширения различных видов вмешательства по поводу ВИЧ/СПИДа в различных условиях. В докладе представлены также рекомендации в отношении подходов, которые необходимы для преодоления основных препятствий, и указано на необходимость наличия устойчивых механизмов финансирования для обеспечения большей согласованности усилий техническими и финансовыми партнерами на уровне стран. Полный доклад и конкретный анализ положения дел в странах в отношении доступа и препятствий будет подготовлен к концу 2005 года.

Ход работы и проблемы в странах

Цель “3 к 5” является важной составляющей общих международных усилий по созданию необходимого импульса для расширенного доступа к АРТ. Ход работы на страновом уровне дает надежду на это с учетом того, что при этом был накоплен необходимый опыт, а необходимость получения расширенной финансовой и технической поддержки стала очевидной, для того чтобы обеспечить движение вперед.

Правительства многих из числа наиболее пострадавших стран сделали все, что от них зависело, в связи с целью “3 к 5”. Из 49 установленных в первую очередь стран 40 определили национальные задачи по лечению, что представляет значительное увеличение в сравнении с показателем в 4 страны в декабре 2003 года. Тридцать четыре из указанных стран являются развивающимися или уже завершили работу над расширением национальных планов лечения, начало которой было положено 3 странами 18 месяцев тому назад. Многие страны использовали свои собственные ресурсы для расширения масштабов и обеспечивают сегодня быстрое расширение сети учреждений, где можно провести тестирование на ВИЧ-инфекцию и получить лечение и помощь.

Опыт, накопленный этими странами, свидетельствует о том, что обеспечение широкомасштабного доступа к лечению ВИЧ-инфекции является возможным, эффективным и во все большей степени доступным даже в наиболее бедных и трудных условиях. В то же самое время проблемы расширения охвата выше существующего уровня и создания устойчивых систем поддержки сохраняют свою значимость. И в особенности это касается необходимости обеспечения последовательных и принятых на высоком уровне политических обязательств и осознания неотложности проблемы в ряде стран, где эти обязательные предварительные условия успешных ответных мер необходимы более всего.

Даже в тех случаях, когда имеют место серьезные обязательства и программы лечения уже созданы, препятствия для расширения продолжают существовать. Они включают, прежде всего, беспокойство в отношении финансовой стабильности и необходимость обеспечения большего объема и лучшей координации технической поддержки; недостаточную доступность простейших лекарственных прописей и отсутствие простых для использования и приемлемых лекарственных средств для детей; слабые системы поставок и снабжения лекарственными средствами и диагностическими препаратами; необходимость внедрения моделей обслуживания, которые стандартизируют и упрощают оказание медицинской помощи, создавая необходимый кадровый потенциал и обеспечивая интеграцию лечения и профилактики ВИЧ-инфекции с вопросами репродуктивного здоровья и другими программами борьбы с болезнями на различных уровнях системы здравоохранения. Ускорение мер по профилактике также остается важнейшей проблемой для всех стран, включая места с низкой распространенностью.

Опыт, накопленный сегодня, предоставляет собой необходимые модели для улучшения ответных мер по каждому из этих важнейших направлений, многие из которых рассматриваются в настоящем докладе.

Данные, которые имеются на сегодняшний день, указывают на то, что доступ к АРТ является приблизительно равным для мужчин и женщин. Вместе с тем, системы мониторинга нуждаются в укреплении во всех регионах, для того чтобы необходимое лечение предоставлялось равным и справедливым образом. Несмотря на известные достижения в этом, значительные препятствия по-прежнему существуют в доступе к лечению и помощи для маргинализированных групп, таких как внутривенные наркоманы и работники коммерческого секса.

Впервые представляя данные о количестве детей, которые нуждаются в АРТ, доклад содержит указания на неотложность расширения доступа к помощи при ВИЧ и АРТ для ВИЧ-инфицированных детей, половина из которых умрет до наступления второго дня рождения при отсутствии лечения. Приблизительно 660 000 детей - в основном в прилегающих к Сахаре районах Африки, нуждаются в АРТ, и 4 миллиона - в профилактике на основе котримоксазола.

Несмотря на первоначальные опасения о том, что лечение ВИЧ может отвлечь необходимые ресурсы и внимание от вопросов профилактики, сегодня становится очевидным, что расширение лечения фактически увеличивает возможности для мер эффективной профилактики. Сегодня появляются данные, свидетельствующие о том, что наличие АРТ ведет к росту спроса на консультирование в отношении ВИЧ и соответствующие тесты. Все большее признание получают новые подходы к тестированию и консультациям, включая тестирование и консультации для семей и семейных пар, а также обычные предложения о проведении тестов в медико-санитарных учреждениях, как то рекомендовано ВОЗ и ЮНЭЙДС, начиная с 2004 г., а также проведение тестов и консультаций на дому. По мере того, как все большее число людей узнают о своем статусе в отношении ВИЧ-инфекции и о доступе к лечению и помощи, появляются также новые возможности, чтобы обеспечить консультирование по вопросам профилактики и необходимые средства, включая средства для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, и непрерывную помощь в качестве важнейшей составляющей. Независимо от конкретных условий, защита гуманитарных прав тех, кто проходит тест на ВИЧ-инфекцию, остается важнейшей проблемой по мере того, как расширяется доступ к самому тестированию.

“3 к 5” и за пределами этой цели

Цель “3 к 5” была определена наряду с расширением обязательств и новых ресурсов, которые были связаны со Специальной сессией Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций (ЮНГАСС) по ВИЧ/СПИДу в июле 2001 года. Анализ потребностей в ресурсах был завершен в то же время, и на его основе было установлено, что к 2005 г. можно будет охватить три миллиона человек АРТ в странах с низким и средним уровнями дохода в том случае, если глобальные усилия по предоставлению лечения получают полную политическую поддержку и расширенные ассигнования и если страны успешно осуществляют ряд мероприятий по быстрому расширению служб и укреплению потенциала служб здравоохранения. Стратегия “3 к 5” была опубликована в декабре 2003 г. и вскоре была одобрена всеми 192 государствами - членами ВОЗ.

Хотя идеальный показатель, определенный в 2001 г., еще не был достигнут, необходимый импульс и обязательства во многих странах принесли ощутимые результаты, которые составляют сегодня основу для непрерывного расширения доступа к лечению, помощи и профилактике. Необходимо преодолеть еще ряд препятствий. Особое внимание уделяется сегодня улучшению координации среди технических и финансовых партнеров, которые работают на уровне стран, особенно на основе Глобальных целевых команд, создаваемых ЮНЭЙДС, которая прилагает усилия для улучшения координации среди многосторонних учреждений и международных доноров, а также для обеспечения более стабильного глобального финансирования на ВИЧ/СПИД. Инновационные механизмы для обеспечения технической поддержки уже созданы, и быстрое согласование финансирования, мониторинга и механизмов оценки стало одним из главных приоритетов.

В докладе рассматривается вопрос о целом ряде основных препятствий для расширения антиретровирусного лечения и укрепления мер профилактики по ВИЧ/СПИДу. Исходя из совместной оценки хода работы и препятствий на сегодняшний день, ВОЗ и ЮНЭЙДС подготовили следующие рекомендации:

Политические обязательства

- Страны должны продолжать работу над расширением своих обязательств на высоком политическом уровне в отношении комплексных ответных мер на ВИЧ/СПИД, включая расширение масштабов АРТ. Это в особой степени относится к “целевым странам” Инициативы “3 к 5”, которые не имеют национально определенных целей в отношении лечения и планов по расширению АРТ и которые должны как можно быстрее ими заняться.

Финансовая устойчивость

- По расчетам ЮНЭЙДС, необходимы дополнительные 20 млрд. долл. США сверх того, что уже было заявлено на сегодняшний день, для осуществления глобальных мероприятий по ВИЧ/СПИДу на протяжении последующих трех лет, включая лечение, помощь и профилактику. Доноры должны работать над расширением своих финансовых обязательств также со странами для разработки долгосрочного финансирования, которое может обеспечить устойчивую и предсказуемую поддержку.
- Страны должны и впредь увеличивать свои финансовые обязательства на мероприятия, связанные с ВИЧ-инфекцией. Десять целевых стран Инициативы “3 к 5”, которые получают немедленное освобождение Большой восьмерки от выплаты задолженности, в соответствии с новой инициативой по освобождению от выплат долга, должны незамедлительно направить средства, предназначавшиеся ранее на выплату долгов, на работу по ВИЧ/СПИДу.
- Страны и доноры должны финансировать программы АРТ на таком уровне, чтобы это не предполагало выплаты беднякам какого-либо вознаграждения за оказанную помощь.

Кадровые ресурсы и руководство поставками

- Странам и партнерам следует осуществлять простые и стандартизированные курсы АРТ, а также клинические процедуры мониторинга, которые позволяют увеличить число людей, которые могут получать качественное лечение при ВИЧ-инфекции.
- Во многих странах отсутствие врачей и медицинских сестер для проведения АРТ является основным препятствием для расширения доступа к лечению. Странам и партнерам следует перейти от ориентированного на врача варианта предоставления АРТ и увеличить число работников здравоохранения, которые не являются врачами, но которые получили необходимую подготовку для упрощенных и стандартизированных подходов в отношении безопасности и могут эффективно применять АРТ.
- Странам и партнерам необходимо обеспечить капиталовложения в улучшение поставок лекарственных средств, включая системы для надежных прогнозов в отношении необходимых материалов в каждом пункте, где производится лечение, а также в отношении систем для хранения необходимого количества материалов в определенных точках, откуда можно эффективно обеспечить их транспортировку.

Интеграция лечения и профилактики

- В тех случаях, когда это возможно, лечение ВИЧ-инфекции должно быть расширено наряду с профилактикой, с тем чтобы работники здравоохранения, медицинские службы располагали всем необходимым для проведения основных видов лечения при ВИЧ-инфекции и мер профилактики. Это включает лечение ВИЧ-инфекции, тестирование, консультирование в одном учреждении и подготовку работников здравоохранения к проведению как курсов АРТ, так и необходимых мер просвещения и профилактики.

Равенство доступа

- Для обеспечения равенства доступа к АРТ с учетом пола, возраста, места жительства и других факторов страны и партнеры должны обеспечить улучшение своих систем по мониторингу охвата АРТ.
- Для увеличения числа детей, получающих АРТ, необходимы новые лекарственные прописи для детей и сокращение расходов, которые связаны с этим в настоящее время. Во многих странах необходимо расширение также накопленного опыта по использованию АРТ в отношении детей.
- Страны и партнеры должны проводить работу по разработке и осуществлению инновационных программ по предоставлению АРТ трудным для охвата группам населения, включая внутривенных наркоманов и работников коммерческого секса, а также людей, живущих в районах, где имеют место какие-либо конфликты или социальная нестабильность.

Координация поддержки и оценки

- Доноры и партнеры должны обеспечивать лучшую координацию своей финансовой и технической поддержки странам на основе разработки рационального процесса для определения потребностей в поддержке от страны к стране, и затем - создания механизмов для содействия быстрому оказанию помощи. Доноры и партнеры должны также обеспечить лучшую координацию процесса мониторинга и оценки тех программ, которым они оказывают поддержку. Одним из форумов для содействия лучшей координации является Глобальная целевая группа ЮНЭЙДС, которая сделала смелые и инновационные рекомендации для решения этих проблем.

ВОЗ, ЮНЭЙДС и другие учреждения ООН находятся в процессе оценки дополнительных финансовых ресурсов и необходимого персонала для предоставления странам и другим партнерам на основе расширения технической поддержки по каждому из приоритетных направлений. ВОЗ обращает особое внимание на содействие в вопросах осуществления простых и стандартизированных видов лечения и профилактики, готова для этого работников здравоохранения, обеспечивая равный доступ к лечению, расширяя возможности для проведения тестов и консультирования, улучшения поставок и руководства поставками на глобальном и страновом уровнях, а также для улучшения мониторинга доступа к АРТ и другим основным видам медико-санитарной помощи.

Борьба против СПИДа не является изолированной от других видов борьбы, но находится в самой основе повестки дня в вопросах развития. Инициатива “3 к 5” должна рассматриваться не в качестве конечной цели, но как важнейший краеугольный камень в долгосрочных глобальных усилиях по обеспечению коллективной цели всеобщего доступа к полному набору основных мер профилактики и лечения при ВИЧ/СПИДе. В конечном итоге, ответные меры на ВИЧ/СПИД должны также содействовать продвижению глобальной повестки дня, которая призвана обеспечить необходимый импульс для достижения более широких целей в области здравоохранения и развития, которые определены в Целях развития в области тысячелетия.

Ход работы в мире по расширению масштабов лечения

Эволюция "3 к 5"

Движение по расширению доступа к антиретровирусной терапии (АРТ) в странах с низким и средним уровнем доходов не началось и не заканчивается инициативой "3 к 5". Так, Бразилия, начиная с 1996 г., обеспечивает тройную комбинаторную АРТ в секторе общественного здравоохранения, а Таиланд делает то же самое начиная с 2000 г. Инициатива ЮНЭЙДС по обеспечению доступа к лекарственным препаратам положила начало концепции обеспечения АРТ в общественном секторе четырех стран с низким и средним уровнем дохода в конце 1990-х годов. Партнеры в сфере здравоохранения начали оказание помощи и проведение курсов лечения в общине в 1998 г., а "Врачи без границ" создали первую программу по лечению в Камеруне в 2001 г. Эти и другие зачинатели этого движения продемонстрировали, что оказание помощи людям с ВИЧ/СПИДом возможно в этих условиях. Вместе с тем, до недавнего времени ограниченные ресурсы и политические обязательства выступали как препятствия для повторения и расширения таких программ в глобальных масштабах.

На Международной конференции по СПИДу в Дурбане в 2000 г. активисты выступили с требованием о том, чтобы более серьезное внимание было уделено тем, кто нуждается в лечении по поводу ВИЧ в странах с низким и средним уровнем дохода. Повышенное внимание, политические обязательства и новые ресурсы были реализованы ко времени проведения специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций (ЮНГАСС) по ВИЧ/СПИДу в июле 2001 г. Анализ потребностей в ресурсах для достижения целей UNGASS указывает на то, что значительное поступление новых ресурсов может обеспечить финансирование и глобальные ответные действия на эпидемию ВИЧ/СПИДа - включая основные меры профилактики, помощи и поддержки - и обеспечить глобальное расширение охвата АРТ до приблизительно 3 млн. человек в глобальных масштабах к 2005 г.¹ При этом оптимальный сценарий основывался на предпосылке, что помимо ресурсов необходимы другие условия для осуществления расширенных ответных мер - включая политические заявления, протоколы лечения, подготовленный персонал здравоохранения и мобилизацию общин - которые необходимы для этого.

Цель "3 к 5", предусматривающая обеспечение трех миллионов людей в странах с низким и средним уровнем дохода к 2005 г. АРТ, позднее трансформировалась в стимул для обеспечения международных усилий по предоставлению доступа к лечению на основе объединенных усилий многих партнеров, работающих на международном, региональном и местном уровне, с тем чтобы обеспечить должное распределение всех указанных элементов. В декабре 2003 г. ВОЗ и ЮНЭЙДС опубликовали стратегию "3 к 5" для того, чтобы четко уточнить свой собственный вклад в достижение поставленной цели с акцентом на: 1) лидерство, партнерство и пропагандистские мероприятия; 2) неотложную и устойчивую поддержку странам; 3) упрощенные стандартизированные методики для оказания АРТ; 4) эффективные и надежные поставки лекарственных средств и диагностических препаратов; и 5) механизмы для быстрого выявления и использования новых знаний и достижений. Указанная стратегия была позднее одобрена всеми 192 государствами - членами ВОЗ.

На протяжении последних 18 месяцев приблизительно 180 организаций-партнеров работали с ВОЗ и ЮНЭЙДС по этим пяти направлениям. Важные новые методики и руководства, разработанные в течение этого периода, включают простые и стандартизированные руководства по лечению, системы отслеживания патентов и лечебные модули для работников здравоохранения. Основные партнеры пришли также к согласию в отношении общих показателей для мониторинга и оценки национальных программ АРТ². Системы поставок и руководство снабжением укрепляются в странах на основе помощи партнеров, участвующих в работе службы лекарственных препаратов и диагностических препаратов по СПИД (AMDS)³. Создается также глобальная сеть эпиднадзора для мониторинга резистентности к антиретровирусным средствам. Значительным представляется то, что потенциал ВОЗ по обеспечению руководства и неотложной технической помощи на уровне стран значительно укреплен на основе создания бригад сотрудников по профилактике и расширению лечения в 34 странах, с последующим объединением необходимых ресурсов для укрепления региональных и национальных бюро.

¹ Resource Needs for AIDS, Schwärtlander B. et al, Science, Vol 292, Issue 5526, 2434-2436, 29 June 2001.

² ВОЗ, AMDS Глобальный фонд и Агентство Соединенных Штатов по международному развитию, Family Health International и Measure Evaluation.

³ Партнеры AMDS включают Фонд Клинтона, Фармацевтическую Ассоциацию Стран Содружества, Агентство Crown, Экуменическую фармацевтическую сеть, Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, Международную фармацевтическую федерацию ESTHER, Международную ассоциацию по выдаче лекарственных средств, Джон Шоу Ин-корпорейтед, Наука руководства в интересах здравоохранения, ЮНЭЙДС, ПРООН, ЮНИСЕФ, ЮНФПА и ВОЗ. Для получения дополнительной информации по AMDS обращаться в глобальную сеть по адресу: <http://www.who.int/3by5/amds/en/>.

Ход работы по расширению доступа к лечению

Цель “3 к 5” была очень широко воспринята международным сообществом, и многие правительства, агентства, организации и отдельные лица содействуют глобальным усилиям по расширению доступа к АРТ и расширению профилактики ВИЧ/СПИДа.

Крупные новые источники средств для двусторонних и многосторонних инициатив по ВИЧ/СПИДу обеспечиваются Германией, Европейским Союзом, Ирландией, Испанией, Италией, Канадой, Нидерландами, Норвегией, Соединенным Королевством, Соединенными Штатами Америки, Францией, Швецией и Японией. Страны с низким и средним уровнем дохода также увеличивают свои внутренние ассигнования на ВИЧ/СПИД и обеспечивают финансовые взносы для многосторонних инициатив, таких как Глобальный Фонд. Глобальный Фонд на сегодняшний день выделил более 3 млрд. долл. США для борьбы с тремя основными инфекционными болезнями в 128 странах, в то время как многонациональная программа по СПИДу Всемирного банка (МАР) и Программа по ускорению лечения (ТАР) выделили более 1 млрд. долл. США на проекты по ВИЧ/СПИДу в 28 странах; в настоящее время такие проекты находятся в стадии разработки для еще 10 стран. Соединенные Штаты Америки являются крупнейшим донором для глобальных усилий по борьбе со СПИДом, заявив о выделении более чем 15 млрд. долл. США на протяжении 5 лет 15 странам в Африке, Азии и странам Карибского бассейна, а также другим программам на основе чрезвычайного Плана Президента по оказанию помощи при СПИДе. Крупный взнос был сделан также ЮНИСЕФ для поставок антиретровирусных препаратов (АРВ) в страны.

Значительное число технических учреждений проводят значительную работу, для того чтобы обеспечить вложение новых ресурсов, включая все 10 учреждений - коспонсоров UNAIDS, которые сегодня проводят работу с основными донорами для более эффективной координации технической поддержки, которую они оказывают мероприятиям “3 к 5” на уровне стран. Многочисленные общественные, религиозные, международные неправительственные и филантропические организации принимают участие в работе по расширению масштабов лечения и профилактики на основе пропагандистских мер, просвещения, мобилизации общественности и непосредственного предоставления помощи.

Расчетный показатель в 1 млн. человек, сегодня получающих необходимое лечение, значительно менее намеченной цели в 1,6 млн. человек, которая определена в Стратегии ВОЗ/ ЮНЕЙДС “3 к 5” на июнь 2005 г. По мере поступления новых данных и уточнения тенденций по расширению лечения очевидно, что задача обеспечения АРТ трем миллионам человек к концу 2005 г. оказывается очень сложной. Вместе с тем есть все основания надеяться, что показатели охвата будут увеличиваться в оставшееся время 2005 г. и после него. Средства поступают сегодня от основных доноров, и политические обязательства очевидны во многих странах, которые определили амбициозные, но достижимые национальные цели в отношении лечения.

Рост численных показателей

Начиная от точки отсчета, составлявшей приблизительно 400 000 человек, получавших АРТ, в странах с низким и средним уровнем дохода в начале стратегии “3 к 5” в декабре 2003 г., по расчетам ВОЗ по состоянию на конец июня 2005 г. приблизительно 1 млн. человек получают АРТ в странах с низким и средним уровнем дохода (показатель колеблется от 840 000 до 1 100 000)⁴. На сегодняшний день 14 из названных стран обеспечивают лечение половине или большему числу людей, вынужденных жить со СПИДом, которые нуждаются в таком лечении, в соответствии с целями “3 к 5”⁵.

⁴ Методы сбора данных подробно описаны в Приложении 1.

⁵ Аргентина, Барбадос, Ботсвана, Бразилия, Чили, Коста Рика, Куба, Эль Сальвадор, Мексика, Панама, Польша, Таиланд, Уругвай, Венесуэла.

Таблица 1. Расчетный показатель числа людей, получающих АРВ, нуждающихся в АРВ, и показатель охвата в странах с низким и средним уровнем дохода по регионам по состоянию на июнь 2005 г.

Географический регион	Расчетный показатель числа людей, получающих АРВ, по состоянию на июнь 2005 г. (указывается самый низкий-самый высокий расчетный показатель) ^b	Расчетный показатель числа людей в возрасте 0-49 лет, которые нуждаются в АРВ, 2005 г. ^c	Охват терапией АРВ, июнь 2005 г. (%) ^d	Оценка числа людей, получающих АРВ-терапию, декабрь 2004 г. (указывается самый низкий - самый высокий расчетный показатель) ^b
Прилегающие к Сахаре районы Африки	500 000 [425 000–575 000]	4 700 000	11%	310 000 [270 000–350 000]
Латинская Америка и Карибский бассейн	290 000 [270 000–310 000]	465 000	62%	275 000 [260 000–290 000]
Восточная, Южная, Юго-Восточная Азия	155 000 [125 000–185 000]	1 100 000	14%	100 000 [85 000–115 000]
Европа и Центральная Азия	20 000 [18 000–22 000]	160 000	13%	15 000 [13 000–17 000]
Северная Америка и Средний Восток	4 000 [2 000–6 000]	75 000	5%	4 000 [2 000–6 000]
Итого	970 000 [840 000–1 100 000]	6.5 million	15%	700 000 [630 000–780 000]

Примечания: некоторые показатели не меняют значения указываемых величин в связи с округлением данных.

^a См. Приложение 1 для разъяснения используемых методик

^b Из ряда стран поступают сообщения, что дети моложе 15 лет также получают АРВ и поэтому они включены в эту таблицу

^c Представленный показатель является средней величиной для самых низких и самых высоких данных в отношении числа людей, нуждающихся в АРВ. Расчеты потребностей исходят из методик, описание которых дано в Приложении 1.

^d Является наилучшим показателем охвата, расчеты в отношении которого основаны на среднем показателе числа людей, получающих АРВ, и расчетных потребностей в АРВ.

Положение дел в настоящий момент в том, что касается расширения доступа к лечению в прилегающих к Сахаре районах Африки, там, где бремя заболеваемости является наиболее высоким, вселяет надежду. Приблизительно 500 000 человек в регионе получают лечение, что представляет собой тройное увеличение за последние 12 месяцев. Общие масштабы охвата значительно возрастают, и соответственно 150 000 человек, а затем около 200 000 человек дополнительно охвачены лечением в следующие друг за другом шестимесячные периоды. По сообщениям большинства африканских стран, спрос на лечение превышает возможности его предоставления. Эти же страны указывают на неотложную необходимость в увеличении ассигнований и технической поддержки, для того чтобы сохранить темпы расширения охвата.

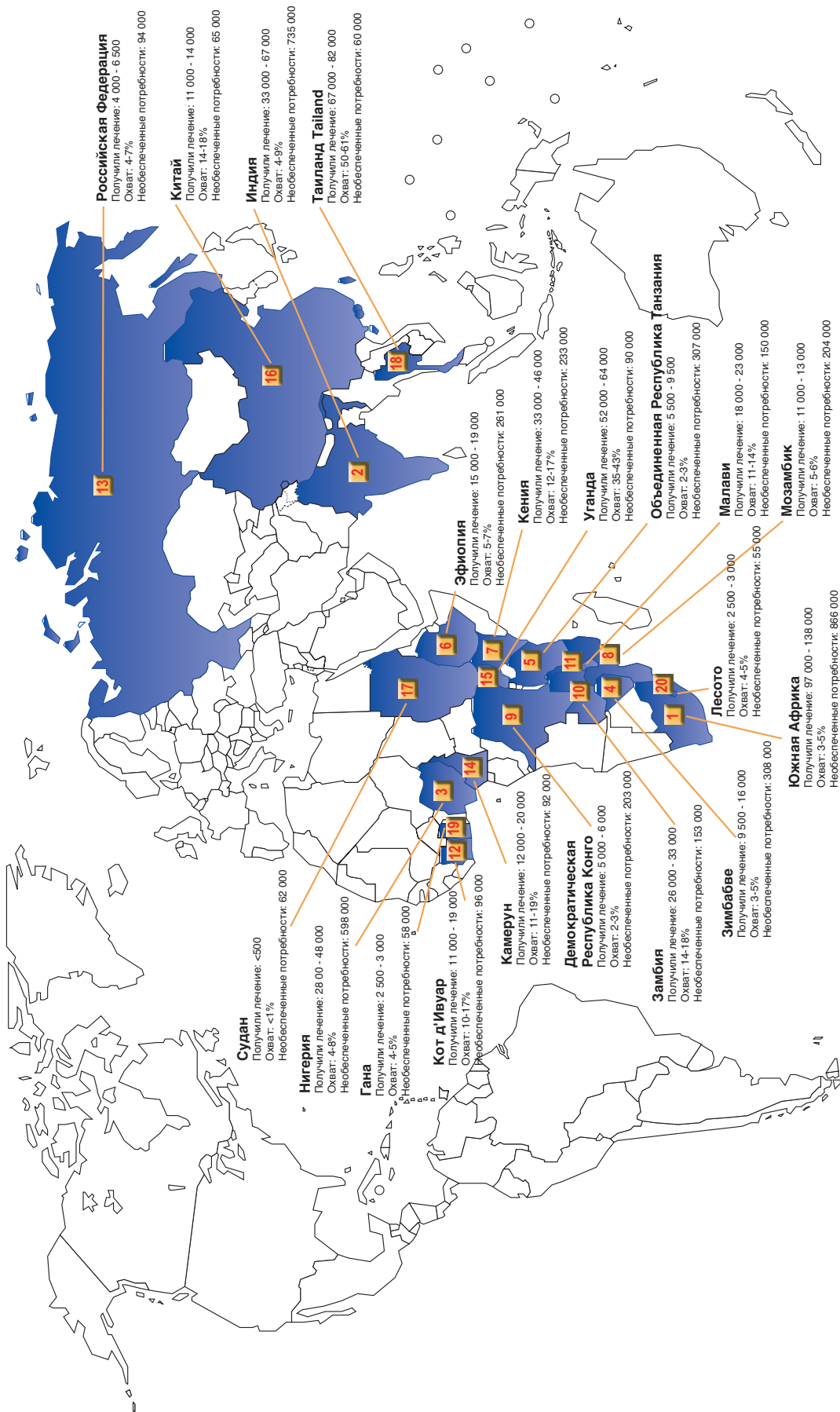
Ход работы в Азии - регионе со второй по масштабам потребности в лечении, также был очень значительным, там число людей, получающих лечение, увеличилось в три раза - с 55 000 до 155 000 - в течение года по состоянию на июнь 2005 г. В последние шесть месяцев число людей, получающих лечение, увеличилось более чем на 50% (от показателя в 100 000), и общий охват всех, кто в этом нуждается, возрос на 14%.

В Восточной Европе и Центральной Азии число людей, получающих лечение, практически удвоилось в последние 12 месяцев - с 11 000 до 20 000 человек. Большая часть стран в этом регионе в качестве своей цели рассматривает обеспечение всеобщего доступа к концу 2005 г., но это не включает 2 страны с наибольшей необеспеченной потребностью в лечении - Российскую Федерацию и Украину.

В странах Латинской Америки и Карибского бассейна по расчетам ВОЗ общее число людей, получающих лечение, увеличилось с 275 000 до 290 000 в странах с низким и средним уровнем дохода на протяжении первой половины 2005 г., что указывает на то, что приблизительно каждые 2 из 3 человек, нуждающихся в лечении в этом регионе, его фактически получают. Наиболее населенные страны региона - включая Аргентину, Бразилию и Мексику - уже имеют достаточно высокие показатели охвата, но ряд других стран все еще отстают. В Северной Америке и на Среднем Востоке охват остается достаточно низким и составляет около 5%, лишь при небольшом увеличении числа людей, получающих лечение, что, по расчетам, составляет сегодня около 4000.

Во многих из наиболее пострадавших стран правительства приняли необходимые меры для достижения цели "3 к 5". От общего числа в 49 целевых стран (см. Приложение 2) 40 декларировали национальные показатели охвата лечением в сравнении лишь с 4 в декабре 2003 г. Тридцать четыре из указанных стран также завершили или разрабатывают национальные планы охвата лечением, что представляет собой увеличение от всего лишь трех стран в декабре 2003 г. Многие страны выделили ассигновали собственные ресурсы на расширение масштабов лечения и производят быстрое расширение служб, где проводится тестирование на ВИЧ, лечение, и оказывается помощь.

Подписи к Рисунку 1. Расчетный показатель числа людей, получающих АРВ лечение, и показатель охвата в процентах в 20 странах в наиболее небеспеченными потребностями по состоянию на июнь 2005 г.



^a Необеспеченные потребности выражаются как общее число людей в возрасте 0-49 лет, которые нуждаются в антиретровирусном лечении в 2005 г., за вычетом тех людей, которые уже получили лечение в июне 2005 г.

Преодоление препятствий на пути к успеху

Ход работы в странах с наиболее тяжелым бременем

Цель "3 к 5" исходила из предпосылки предоставления АРТ 3 млн. людей в странах с низким и средним уровнем дохода, что составляет лишь половину тех, кто в этом нуждается в указанных странах. С учетом того, что почти 1 млн. людей получали АРТ в конце июня 2005 г., необходимо обеспечить лечение еще 2 млн. людей, нуждающихся в этом, и продолжать их лечение для достижения поставленной цели.

Из необеспеченных потребностей в АРТ в мире, по расчетам, 76% приходится на прилегающие к Сахаре районы Африки, и 17% - на Азию. Кроме того, по расчетам ВОЗ, на долю 20 стран приходится 85% необеспеченных потребностей в АРТ. Указанные 20 стран не являются однородными по своему составу и отличаются друг от друга по своим размерам, населению, инфраструктуре и потенциалу. Различными являются также характерные черты эпидемий в них и пострадавших групп населения. Вместе с тем, препятствия, с которыми они сталкиваются в настоящее время, во многих случаях аналогичны тем, которые были уже преодолены в ряде стран на основе объединения политической воли, соответствующих ресурсов и эффективной технической поддержки от сотрудничающих друг с другом партнеров. Далее в настоящем разделе рассматриваются меры, которые были осуществлены для обеспечения роста политической, технической и финансовой поддержки странам, с тем чтобы остающиеся препятствия к расширению масштабов лечения можно было преодолеть как можно быстрее и эффективнее.

Политические обязательства

В годы когда проблема ВИЧ/СПИДа стала рассматриваться в качестве глобального кризиса здравоохранения, неоднократно был продемонстрирован тот факт, что политические обязательства на высоком уровне являются важнейшим условием эффективных национальных ответных мер. Мобилизация ресурсов, необходимых для борьбы с эпидемией, рост социального осознания проблемы, уменьшение стигматизации и дискриминации, которые удерживают многих, подвергшихся этой угрозе или вынужденных жить с ВИЧ, от обращения в соответствующие службы, требует твердых обязательств и лидерства со стороны политиков, тех, кто принимает решения, и выдающихся представителей общественности.

Ряд стран выступают в качестве примера в обеспечении необходимых комплексных ответных мер, которые включают лечение, помощь и профилактику. Ботсвана, Камбоджа, Малави, Уганда и Замбия показали, как амбициозные национальные цели и обязательства в отношении ресурсов на местах содействовали мобилизации усилий, привлечению внешних ресурсов и партнеров, и позволили обеспечить быстрое внедрение АРТ в службы здравоохранения без создания сложных инфраструктур. В Бурунди и Эфиопии Президент и Премьер Министр соответственно положили начало национальному развертыванию планов в отношении АРТ, признанию серьезности эпидемии в странах, заявив о своей решимости решить эту проблему. Премьер Министр Лесото и члены Парламента в Зимбабве прошли открытое тестирование на ВИЧ-инфекцию, с тем чтобы призвать своих сограждан к определению своего ВИЧ-статуса. Парламентарии Бразилии также очень активны в обеспечении доступа к АРВ в своей стране. Действия такого рода, как крупномасштабные, так и небольшие, являются очень важными для мобилизации национальных усилий в отношении ВИЧ/СПИДа и для поддержки усилий по профилактике в долгосрочной перспективе - включая места с низкой распространенностью - и улучшения доступа, а также проведения тестирования и лечения.

Использование национальных ресурсов

Замбия сегодня имеет дело с общей эпидемией, поскольку приблизительно 16% населения живут с ВИЧ/СПИДом. Женщины составляют 64% из тех, кто живет с ВИЧ/СПИДом, и по расчетам правительства в стране сегодня имеется около 600 000 детей, которые стали сиротами в результате преждевременной смерти родителей. Серьезность эпидемии привела к целенаправленным политическим обязательствам в отношении программ по профилактике ВИЧ/СПИДа и оказания помощи. Правительством было принято решение обеспечить доступность АРТ через службы общественного здравоохранения для 10 000 человек, которые нуждались в этом в 2002 г. На основе выделения изначально 3 млн. долл. США из национального бюджета с началом этой кампании в двух центрах программа лечения в Замбии сегодня охватывает 33 района.

Замбия стала одной из первых стран, которая обратилась к ВОЗ за помощью на основе инициативы “3 к 5” и быстро определила национальную цель “3 к 5” - обеспечения помощи 100 000 человек к концу 2005 г. Четвертый раунд предоставления ссуд со стороны Глобального Фонда, хотя сам акт об этом еще не подписан, был одобрен при бюджете на 2 года, составляющем 26,7 млн. долл. США. Пятьдесят процентов из проекта бюджета предназначается на закупку средств и медикаментов для АРВ.

В соответствии с принципами “3 к 5” Президент Замбии объявил в октябре 2004 г., что политикой Замбии станет обеспечение АРВ бесплатно в местах оказания помощи в общественных учреждениях. Эта политика в значительной степени содействовала как обеспечению доступа, так и сохранению контингента людей, получающих лечение. По состоянию на март 2005 г. данные правительства указывают на то, что 22 000 человек получают АРТ, что представляет собой увеличение на 1000 человек ежемесячно начиная с декабря. По расчетам ВОЗ, от 26 000 до 33 000 приблизительно находились на лечении в июне 2005 г.

Финансовая устойчивость

Значительные суммы, выделенные на ВИЧ/СПИД на международном уровне в последние годы, обеспечили беспрецедентные возможности. Последние расчеты средств, которыми располагает ЮНЭЙДС, указывают на то, что 2005 г. является особо важным для достижения целей UNGASS, Целей развития тысячелетия и уменьшения бедности, особенно в Африке. Предполагается, что на протяжении последующих трех лет - с 2005 по 2007 гг. - на ВИЧ/СПИД в глобальных масштабах по всем источникам будет заявлено или выделено 27 млрд. долл. США для обеспечения необходимых комплексных ответных мер в странах с низким и средним уровнем дохода; вместе с тем этого по-прежнему недостаточно для покрытия всех установленных потребностей. Расчетные общие потребности на этот период составляют 47 млрд. долл. США, что дает дефицит, составляющий 20 млрд. долл. США на три года. Эта сумма включает финансирование для укрепления потенциала, с тем чтобы обеспечить эффективное и действенное использование средств.

Одним из несомненных достижений последних нескольких лет стало увеличение обязательств со стороны стран по использованию собственных ресурсов. Так например, в 2001 г. Багамские Острова взяли обязательства по обеспечению свободного и всеобщего доступа через службы общественного сектора на основе использования собственных ресурсов. Ботсвана последовала этому примеру в 2002 г. Во Всемирный день борьбы со СПИДом 2003 г., когда было положено начало стратегии “3 к 5”, Китай заявил о политике “Четырех составляющих в рамках помощи”, которая ставит своей целью обеспечить быстрое расширение доступа в сельских и бедных городских районах на основе обеспечения лечения, консультирования и тестирования, а также лекарственных средств для предупреждения передачи вируса ВИЧ от матери к ребенку (МТСТ) и бесплатное обучение для детей, ставших сиротами в результате СПИДа. Южная Африка выделила 1 млрд. долл. США на следующие три года для расширения масштабов АРТ, что является одной из самых крупных, выделенных по бюджету сумм, в любой стране с низким и средним уровнем дохода. Последнее предложение большой восьмерки о ликвидации долгов Международному валютному фонду, Всемирному банку и Африканскому банку развития дает еще одну возможность, особенно для стран, в которых сделан особый акцент на инициативу “3 к 5”, которые незамедлительно попадают под освобождение от долгов, для направления ресурсов, сэкономленных от выплаты долгов, на кампании по ВИЧ/СПИДу.

Для большинства стран с высоким бременем заболеваемости обеспечение АРТ в широких масштабах представляется возможным лишь в среднесрочной перспективе при наличии значительных внешних ресурсов. Цель достижения стабильного всеобщего доступа требует создания механизмов для обеспечения непрерывного финансирования как из внутренних, так и внешних источников, при одновременном обеспечении такого положения, когда те, кто не в состоянии оплатить лечение, также будут иметь к нему доступ.

На страновом уровне обеспечение стабильности может быть достигнуто на основе стратегий по обеспечению более “предсказуемого” финансирования, улучшения планирования с тем, чтобы система финансирования здравоохранения страны могла справиться с масштабами расширения и непрерывными расходами, а также на основе укрепления национального потенциала по оценке финансовых потребностей, отслеживания источников и более эффективного и действенного использования средств. ВОЗ в настоящее время обеспечивает техническую поддержку в работе по указанным направлениям.

Подход в масштабах всего сектора к расширению АРТ

С тяжелой эпидемией ВИЧ/СПИДа приходится иметь дело Мозамбик, где зарегистрированы высокие показатели инфицирования в отдельных районах и среди отдельных групп населения. По данным Правительства, в 2003 г. было выявлено свыше 1,1 млн. человек, которые живут с ВИЧ/СПИДом, т.е. приблизительно 12,2% от всего взрослого населения. Вместе с тем, гораздо более высокие показатели инфицирования были выявлены в центральных провинциях вдоль транспортных маршрутов и в провинции Южной Газы. Если эту тенденцию не удастся остановить, то по расчетам Правительства, число людей, которым придется жить с ВИЧ/СПИДом, возрастет до 1,8 млн. человек к 2007 г.

Расширение масштабов АРТ в Мозамбике происходит на фоне слабой инфраструктуры здравоохранения - что связано с многими годами гражданских волнений в стране - и при участии широкого перечня международных, двусторонних и партнеров НПО. Для улучшения координации и обеспечения того, чтобы финансирование ответных мер на ВИЧ/СПИД отражало национальные приоритеты, Правительство добилось смещения акцента в международных системах содействия руководству с принципов, ориентированных на отдельный проект, на подход в рамках всего сектора (SWAp). Эта стратегия предусматривает, что Правительство и партнеры в вопросах развития обеспечивают согласованность в отношении приоритетных направлений, по которым следует действовать в секторе здравоохранения, и объединение ресурсов в рамках одного "источника" для обеспечения приоритетов и создание совместного механизма для рассмотрения хода работы.

Работа над конкретными соглашениями SWAps между Правительством Мозамбика и партнерами по финансированию, участвующими в расширении АРТ, требует новых подходов. Недавно Глобальный фонд пришел к соглашению с Мозамбиком об использовании этой страны в качестве "полигона" для осуществления поддерживаемых Глобальным фондом программ через SWAps. Программа Всемирного банка по ускорению лечения в Мозамбике также взаимосвязана с процессом SWAps. Мониторинг и оценка подходов SWAps к финансированию по ВИЧ/СПИДу в Мозамбике представляется очень важной для оценки степени, в которой эта инициатива содействовала расширению национальной автономии и гибкости, в финансировании ответных мер на ВИЧ/СПИД.

Равенство доступа

Даже в тех случаях, когда обеспечивается лечение, помощь и поддержка при ВИЧ/СПИДе, выражается озабоченность в связи с тем, что женщины не получают равного доступа в связи с существующим культурным укладом, который может влиять на то, что потребностям в сфере здравоохранения мужского населения уделяется первоочередное внимание в сравнении с женщинами, которые являются членами той же семьи. Гендерные, ролевые несоответствия означают также, что женщины и девочки-подростки не только зачастую имеют меньше возможностей, чем другие, для доступа к медико-санитарной помощи, но и то, что они подвергаются также наибольшей угрозе заражения ВИЧ.

Как положительный следует отметить тот факт, что имеющиеся данные из тех стран, где учитываются различия в зависимости от пола, не указывают на значительные расхождения между мужчинами и женщинами в доступе к лечению. В Европейском Регионе ВОЗ, например, доступ является равным, при том что число зарегистрированных случаев заболевания среди женщин составляет 28%, а 32% от всего населения, получающего АРТ, является женщинами. В прилегающих к Сахаре районах Африки имеющиеся данные подтверждают тот аналитический обзор, который представлен в декабрьском 2004 г. докладе о ходе работы. Почти 6 из каждых 10 взрослых людей, которые получают лечение, это женщины, что служит еще одним подтверждением равного охвата, поскольку женщины являются инфицированными в большей степени, чем мужчины.

Вместе с тем, система сбора данных во многих странах требует укрепления для обеспечения мониторинга и оценки программ АРТ, основанных на данных с учетом их распределения по полу и возрасту, а также того, кто охвачен лечением, и кто нет. Один совместный проект, учрежденный в последние месяцы ВОЗ Эквинет и Сообществом по развитию Южной Африки, намерен провести анализ препятствий для равного доступа к оказанию помощи при ВИЧ-инфекции в регионе, разработать необходимые меры политики и определить образцы в том, что касается равенства и мониторинга систем здравоохранения.

В глобальных масштабах доступ к помощи при ВИЧ-инфекции и АРТ не распространяется в достаточной мере на детей, не смотря на тот факт, что 50% ВИЧ-инфицированных детей умрут до того, как им исполнится 2 года, при отсутствии необходимого лечения⁶. В Малави и Мозамбике, например, 5% и 7% из тех, кто находится на лечении - это дети, в то время как равенство доступа предполагает охват приблизительно 13%. Проведение профилактического лечения ВИЧ-инфицированных детей котримоксазолом уменьшает смертность среди ВИЧ-инфицированных детей на 43%, как о том свидетельствует исследование, проведенное в Замбии⁷. Очевидно, что этот обеспечивающий спасение жизни курс лечения должен стать более доступным⁸.

ВОЗ, ЮНИСЕФ и ЮНЭЙДС только что обнародовали первые статистические данные о региональных расчетах в отношении детей, которым необходимы АРТ и котримоксазол⁹, что составляет основу, на которой в странах могут быть установлены конкретные показатели лечения для детей. По расчетам, 660 000 детей во всем мире будут нуждаться в доступе к АРТ в 2005 г. Расчеты потребностей в профилактике котримоксазолом составляют 4 млн. детей; ранняя диагностика ВИЧ-инфекции может сократить этот показатель до 2,1 млн. с учетом необходимости отмены профилактического лечения для неинфицированных детей. Самая большая потребность в лечении и профилактике среди детей существует в прилегающих к Сахаре районах Африки, где 370 000 детей нуждаются в АРТ и 3.5 млн. детей нуждаются в котримоксазоле.

Ряд новейших технических открытий поддерживают идею расширения лечения детей. Они включают новейшие технические рекомендации для содействия упрощению клинического лечения ВИЧ-инфицированных детей, разработку показателей для оказания педиатрической помощи при ВИЧ-инфекции, что должно позволить национальным программам обеспечить лучший мониторинг и отслеживание хода работы и обеспечить апробацию упрощенных схем дозировки для оптимизации использования существующих прописей для детей.

Гораздо больше внимания должно быть также уделено наличию всех необходимых элементов программирования для профилактики МТСТ, включая взаимосвязь этих программ с проводимым лечением и оказанием помощи детям и их матерям. По мере того как мир стремится достичь целей UNGASS и Целей развития тысячелетия, важно обеспечить такое положение, когда женщины и дети, которые не были охвачены курсами проводившихся ранее профилактических мероприятий, теперь смогут получить помощь, которая необходима им и их семьям.

Имеется все больше данных о том, что взимание платы за проведение АРТ в месте оказания помощи представляет один из основных барьеров для доступа бедного населения во многих странах и может сократить показатели соблюдения курса лечения, а также число людей, которым оно обеспечено. Осознавая препятствия для доступа, которые связаны с оплатой услуг, несколько стран, включая Сенегал и Замбию, недавно осуществили шаги для обеспечения бесплатного лечения в месте оказания помощи. Другие, исходя из интересов стабильности программ лечения в перспективе на длительный срок, не хотят этого делать. Создается все более значительный международный консенсус в отношении необходимости оказания содействия странам для обеспечения требуемых политических изменений, с тем чтобы предоставить бесплатный доступ к АРТ на месте оказания помощи, что требует неуклонного внимания к разработке устойчивых долгосрочных стратегий финансирования здравоохранения.

Обеспечение доступа к АРТ для наиболее уязвимых и маргинализированных групп населения остается серьезной проблемой. Расширение масштабов АРТ происходило наиболее медленно в тех странах, где ВИЧ-инфекция распространена среди внутривенных наркоманов и работников коммерческого секса, и в тех случаях, когда речь идет о серьезных конфликтах, политической нестабильности или перемещениях населения. Вопреки имеющимся данным существует неверное представление о том, что наркоманы не могут использовать АРТ. Существует также такое мнение о том, что работники коммерческого секса не заслуживают лечения. В других местах непрерывность лечения не может быть гарантирована также для заключенных, которые выходят на свободу, беженцев и перемещенных лиц, которые могут не обладать правом доступа к существующим местным службам здравоохранения.

⁶ Fassinou P, Elenga N, Rouet F, Laguide R, Kouakoussui KA, Tlmitte M et al., Highly active antiretroviral therapies among HIV-1-infected children in Abijan, Côte d'Ivoire, AIDS 2004, 18(14):1905-1913.

⁷ Chintu C, Bhat GJ, Walker AS, Mulenga V, Sinyinza F, Lishimpi K et al., Cotrimoxazole as prophylaxis against opportunistic infections in HIV-infected Zambian children (CHAP): a double-blind randomised placebo-controlled trial. Lancet 2004; 364: 1865-71.

⁸ Котримоксазол - это антибиотик, который является очень эффективным в лечении пневмоцистной пневмонии. У ВИЧ-инфицированных детей он также обеспечивает защиту против других инфекций. Котримоксазол остается важным препаратом даже при наличии необходимого доступа к АРТ, поскольку его использование может обеспечить выживание ребенка независимо от АРТ. Рекомендации в настоящее время предполагают, что он должен быть использован до того, как детям потребуется АРТ, поскольку он может содействовать отсрочке того времени, когда необходимо начать АРТ.

⁹ Прогнозы для профилактики с помощью котримоксазола основаны на двух предпосылках: 1) при отсутствии ранней диагностики ВИЧ-инфекции с использованием цепной реакции на полимеразу все дети в возрасте до 18 месяцев, рожденные от ВИЧ-позитивных матерей, а также ВИЧ-инфицированные дети от 18 месяцев до 14 лет нуждаются в котримоксазоле; и 2) в случаях наличия необходимой диагностики на ВИЧ-инфекцию показатель может быть снижен за счет назначения котримоксазола только для всех ВИЧ-инфицированных детей (в возрасте до 14 лет). Выживание детей, получающих лечение в течение года, по расчетам составляет 90% при антиретровирусной терапии, 91% - для котримоксазола, и 94% - для сочетания АРТ и котримоксазола.

Ситуации такого рода создают серьезные проблемы для многих стран. В странах с низким и средним уровнем дохода, которые более всего нуждаются в АРТ, эпидемии возникают среди наиболее уязвимых групп населения, например, внутривенных наркоманов (включая Бразилию, Китай, Индию, Таиланд и Российскую Федерацию) и работников коммерческого секса (включая Камбоджу, Индию и Таиланд), или страны сталкиваются с очень сложными чрезвычайными ситуациями, связанными с конфликтами (включая Кот д'Ивуар, Демократическую Республику Конго и Судан). Особое внимание должно быть уделено созданию комплексных служб профилактики и лечения, которые охватывают названные группы населения и решают их особые проблемы.

Оценка хода работы по расширению масштабов

Картирование фактического наличия служб, занимающихся лечением и профилактикой, условий, а также информации в отношении особых условий обеспечивает методику для определения ответных мер на уровне стран таким образом, чтобы содействовать обеспечению равенства доступа.

ВОЗ разработала методику, которая позволяет странам проводить мониторинг потенциала систем здравоохранения на основе определения наличия служб в странах -до районного и коммунального уровней. Картирование наличия служб (SAM) основано на программном обеспечении HealthMapper, которое было создано ВОЗ для упрощения использования компьютеризированных систем географической информации в интересах общественного здравоохранения. SAM дает четкое представление в отношении уровня и охвата существующих служб здравоохранения (включая те из них, которые обеспечивают АРТ, а также добровольное консультирование и тестирование) по районам, равно как и наличие кадров здравоохранения, лабораторий и других видов инфраструктуры. На основе картирования мест оказания медицинской помощи, а также распределения населения SAM может быть использована для быстрого выявления не получающих достаточного обслуживания групп населения, которые с трудом поддаются охвату.

ВОЗ недавно была оказана помощь четырем странам с высоким бременем ВИЧ-инфекции для проведения мероприятий SAM. На протяжении следующих нескольких месяцев SAM будет завершено по крайней мере в 10 из наиболее обремененных стран и будет определена цель в долгосрочной перспективе в отношении институализации картирования районных служб здравоохранения, включая службы АРТ, во многих странах с низким и средним уровнем дохода. Новый модуль наличия служб профилактики ВИЧ-инфекции создается в настоящее время при тесном сотрудничестве с отдельными странами.

Значение целей для обеспечения конкретной направленности и понимания неотложности этого сегодня является очевидным. Картирование наличия служб может стать тем инструментом, который обеспечит целенаправленность и неотложность усилий для обеспечения коллективной цели всеобщего доступа к профилактике и лечению ВИЧ.

Интеграция профилактики и лечения

Расширенный доступ к лечению изначально послужил основой для беспокойства в связи с тем, что лечение ВИЧ может отвлечь ресурсы и внимание от вопросов профилактики. По мере расширения курсов лечения эти сомнения уступили место осознанию того, что доступ к лечению обеспечивает новые возможности, а также новые модели для расширения профилактики. ЮНЭЙДС недавно положила начало инициативе по активизации глобальных усилий по профилактике и работает сегодня над установочным документом, в котором уделяется особое внимание возможностям такого рода.¹⁰ Проведенное недавно эпидемиологическое моделирование также указывает на то, что расширение помощи наряду с профилактикой на комплексной основе может кардинально содействовать сокращению потребностей в ресурсах для лечения в долгосрочной перспективе. Лечение делает профилактику более эффективной, в то время как профилактика делает лечение более доступным.¹¹

Большинством стран сегодня признается, что профилактика и лечение являются взаимно укрепляющими и что их расширение необходимо проводить одновременно. Тем не менее, были сделаны многочисленные попытки установить приоритеты на основе перечня возможных моделей и видов вмешательства. С учетом этого ВОЗ в настоящее время разрабатывает "Основной перечень" видов лечения и профилактики специально для сектора здравоохранения. Этот подход предполагает укрепление и расширение потенциала, расширение масштабов подготовки для поддержки наиболее эффективного использования имеющихся кадровых ресурсов.

Помимо лечения и оказания помощи основные виды вмешательства включают те составляющие ВИЧ-профилактики, которые могут обеспечить необходимые преимущества с точки зрения замедления темпов передачи

¹⁰ Интенсификация профилактики ВИЧ: Установочный документ в отношении политики ЮНЭЙДС, июнь 2005 г.

¹¹ Интеграция профилактики и лечения ВИЧ: от лозунгов к действиям, J.A. Salomon, D.R. Hogan, J. Stover, K.A. Stanekci, N. Walker, P.D. Ghys и B. Schwartländer, PLoS Medicine, том 1 выпуск 2, январь 2005 г.

инфекции. Они включают сокращение риска, профилактику для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, профилактику МТСТ, борьбу с инфекциями, передаваемыми сексуально, и специальные виды помощи для тех, кто подвергается наибольшему риску. Отдавая должное значению многосекторальных усилий, такие виды вмешательства являются основополагающими для интегрированных ответных мер сектора здравоохранения и могут быть значительно расширены для широкого охвата в условиях медико-санитарных учреждений. Подготовка практических работников здравоохранения, обеспечивающих профилактику в то же самое время, когда осуществляется лечение и оказание помощи, является важнейшей частью такого подхода. Вместе с тем, поскольку даже наилучшие виды вмешательства оказываются бесполезными, если люди не имеют доступа к ним, с учетом чего расширение усилий необходимо также на коммунальном уровне для более широкого осознания проблемы, и более полного использования служб здравоохранения.

Появляются и другие возможности для профилактики. Во время консультаций ВОЗ/ЮНЭЙДС по тестированию на ВИЧ и обмену опытом в Африканском регионе, которое состоялось в конце 2004 г., странами была особо отмечена та возможность, которую наличие лечения обеспечивает в качестве стимула для проведения тестирования на ВИЧ-инфекцию. Исследование, осуществленное в одном из районов Уганды, установило, что внедрение АРТ привело к 27-кратному увеличению числа людей, которые получили доступ к службам тестирования и консультирования;¹² для определения необходимой ориентации программы обязательно проведение дополнительных научных исследований в этой сфере.

Многим странам удалось обеспечить расширение доступа к тестированию и консультированию на основе эффективного использования первого контакта в существующих службах здравоохранения, особенно по туберкулезу (ТБ), МТСТ и в службах охраны здоровья матери и ребенка. В Бразилии между 2001 и 2003 г. имело место 369% увеличение тестирования и консультирования, когда само тестирование стало децентрализованным, и основные медицинские центры стали осуществлять консультирование и тестирование в качестве обычной составляющей медико-санитарной помощи. Аналогично этому в Кении было зарегистрировано значительное увеличение числа людей, прошедших тестирование и обратившихся за консультациями между 2000 и 2004 гг. в связи со значительным расширением служб тестирования как в клинических учреждениях, так и в условиях общины.

Для быстрого расширения тестирования может потребоваться целый ряд новых подходов в различных условиях и для различных групп населения. В тех случаях, когда они были приняты, модели тестирования для семей и отдельных семейных пар оказались эффективными. Первые результаты указывают на значительную приемлемость методов обследования на местах, при которых люди получают возможность пройти тестирование и получить консультации на дому. По сообщениям из Ботсваны, Буркина-Фасо, Доминиканской Республики, Гаити, Малави, Руанды, Таиланда и Уганды, во всех этих странах имеет место увеличение обычных предложений для проведения тестирования и консультаций в различных клинических условиях,¹³ в то время как Ботсвана, Лесото, Зимбабве и другие страны популяризируют преимущества тестирования на основе кампании “Узнай о своем статусе”. Новая технология является также основополагающей для увеличения спроса, как то было отмечено в Малави, где проведение тестирования выросло более чем вдвое после внедрения быстрого тестирования на ВИЧ. Во всех случаях, и особенно в странах, где тестирование проводится в больших масштабах, необходимо уделять этому вопросу самое пристальное внимание, для того чтобы обеспечить соответствующее качество консультирования и чтобы защитить гуманитарные права людей, которые хотели бы пройти тестирование на ВИЧ.

Расширение тестирования дает новые возможности для обеспечения контактов людей со службами профилактики и лечения, а также для снабжения такими товарами, как презервативы и стерильное оборудование для инъекций, равно как и для того, чтобы обеспечить необходимую поддержку в вопросах профилактики для тех, кто вынужден жить с ВИЧ/СПИДом, в качестве части непрерывного предоставления помощи.

Внутривенные наркоманы нуждаются в особых мерах профилактики и лечения, включая тестирование и консультирование, программы по обеспечению иглами и шприцами, “заменяющих” видах лечения и АРТ. В то время как необходимость внедрения и взаимосвязи указанных служб в интересах населения становится очевидной в эпоху АРТ, политические обязательства все еще отсутствуют во многих странах, зачастую именно тех странах, где такие службы нужны более всего.

¹² Увеличение спроса на службы VCT привело к внедрению ХААРТ в районе Масака, S. Mpiima, S. Wangalawa, K. Mugisha, D. Namusoke, I. Damba, V. Onkongo, XV Международная конференция по СПИДу, выдержки ThPeE7940.

¹³ Доклад о консультативном совещании по тестированию и консультированию по ВИЧ в Африканском регионе. Йоханнесбург, Южная Африка, ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2005 г.

Интеграция АРТ и программ лекарственной терапии

На протяжении последних пяти лет в Индонезии был отмечен быстрый рост эпидемии ВИЧ среди внутривенных наркоманов. Распространенность ВИЧ-инфекции среди внутривенных наркоманов составила 53% на Бали и 48% в Джакарте. В конце 2003 г. там было приблизительно 110 000 человек, вынужденных жить с ВИЧ/СПИДом.

Правительство приняло на себя обязательства по расширению как ВИЧ-профилактики, так и программ лечения. В 2004 г. приблизительно 11 500 человек нуждались в АРТ. Индонезийское правительство определило национальную цель в отношении АРТ с тем, чтобы 10 000 человек получали необходимое лечение к концу 2005 г. В июле 2004 г. Президент заявил об обязательстве предоставить АРТ на основе субсидий всем больным, нуждающимся в лечении, с оказанием дальнейшей поддержки этому начинанию органами власти на местах. За этим в октябре 2004 г. была выдана лицензия для производства двух видов АРВ. С учетом огромных географических масштабов страны центры АРТ были созданы в 13 провинциях Индонезии с уделением особого внимания 6 провинциям, страдающим от наиболее тяжелого бремени заболевания. Эти стационары выступают сегодня в качестве центров обучения и стационаров для направления больных из других больниц в тех же провинциях, которые оказывают помощь больным СПИДом.

Эпидемия ВИЧ в стране сыграла решающую роль в принятии решения о создании опытной программы по метадону в Джакарте и на Бали, включая программы использования метадона в тюрьмах в обеих провинциях. Признавая необходимость обеспечить равенство доступа к АРТ для всех, кто в этом нуждается, службы АРТ размещались поблизости от служб, оказывающих помощь в случаях лекарственной зависимости, включая программы по метадону. Первые данные об опыте служб оказания помощи при ВИЧ и лекарственной зависимости, включая обеспечение АРТ для тех, кто принимает метадон, являются положительными при соблюдении режима АРТ и значительном улучшении состояния здоровья пациентов.

В качестве составляющей плана по расширению лечения Министерство здравоохранения намерено создать условия для оказания помощи, поддержки и лечения еще в 50 стационарах. В то же самое время планируются определенные действия для обеспечения разнообразных подходов: расширения заместительного лечения (метадон) в 10 дополнительных пунктах в провинциях и в определенных стационарах на протяжении 2005 г.; укрепление потенциала широкого спектра медицинских услуг и потребностей в лечении, включая АРТ и метадон; расширение помощи на основе АРТ, обеспечения необходимой преемственности в лечении со стороны крупнейших стационаров до районных больниц и до уровней первичной медико-санитарной помощи на протяжении следующих двух лет. Была обеспечена мобилизация необходимых ресурсов на основе Глобального фонда (65 млн. долл. США), а также с помощью "Индонезийского фонда партнеров", для которого Министерство здравоохранения Соединенного Королевства и Организация международного развития (DFID) выделили 25 млн. фунтов стерлингов (46 млн. долл. США) для укрепления профилактики, помощи, поддержки и программ лечения при ВИЧ/СПИДе.

Поскольку Индонезия географически расположена на территории тысяч островов, основная проблема в будущем будет заключаться в расширении охвата службами наркоманов и укреплении партнерства между службами, предоставляющими лечение, и общественными организациями, включая службы, обеспечивающие уменьшение причиняемого вреда, с тем чтобы создать эффективные сети для направления больных и чтобы лица, употребляющие наркотики, были обеспечены необходимой общественной поддержкой для соблюдения ими курса лечения АРТ, а также лечения их наркотической зависимости.

Расширение потенциала кадровых ресурсов

Эффективные меры в отношении ВИЧ/СПИДа в странах с низким и средним уровнем дохода в значительной степени были ослаблены просчетами в сфере кадровых ресурсов. Отсутствие необходимого потенциала в системе обучения привело к нехватке квалифицированных работников здравоохранения. Кроме того, уход опытных медицинских сестер и врачей в частный сектор, в крупные города, в развитые страны и для решения проблем, связанных с самой эпидемией, лишил общественный сектор тех кадров, от которых зависит предоставление АРТ. Распределение работников здравоохранения в значительной мере связано с предпочтениями, отдаваемыми основным районам в городах, что ограничивает охват и делает интеграцию лечения с профилактикой более сложной проблемой.

Переход к стандартизированному и интегрированному подходу в оказании помощи в какой-то мере означает также и лучшее использование кадровых ресурсов, которые уже имеются. Упрощение курсов лечения и клинический мониторинг позволяют перейти от модели, основанной прежде всего на специалисте, к модели, которая исходит из возможностей расширенной клинической бригады, включая медицинских сестер, сотрудников кли-

ники и людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, которые будут готовиться для того, чтобы обеспечивать охват населения на периферии и оказывать поддержку лечению. Расширение рамок модели, основанной на клинической бригаде, позволяет более эффективно осуществлять задачу оказания помощи, клинического ведения больных, направления в специализированные учреждения как между службами здравоохранения, так и общиной. Если ставится цель добиться быстрого расширения программ, для того чтобы обеспечить миллионы нуждающихся в лечении, то необходимыми и неотложными следует считать вопросы руководства кадровыми ресурсами.

Наряду с многочисленными партнерами, ВОЗ в настоящее время содействует внедрению модели по подготовке и оказанию помощи, которая содействовала бы необходимым изменениям в отношении лечения и профилактики ВИЧ/СПИДа в секторе здравоохранения. Начало этому почину было положено в Уганде и Южной Африке; сегодня такой подход находится на различных стадиях адаптации и осуществления в Буркина-Фасо, Камбодже, Китае, Эритрее, Эфиопии, Индии, Лесото, Мозамбике, Папуа-Новой Гвинее, Сенегале, Судане, Свазиленде, Танзании, Замбии и Зимбабве. Задача состоит в том, чтобы реализовать этот подход в 30 странах к концу 2005 г.

Интегрированная модель оказания помощи и подготовки кадров для содействия расширению АРТ

Подготовка работников здравоохранения для проведения АРТ является важнейшей задачей, требующей самых активных усилий. Инициатива по подготовке, основанная на модулях, разработанных ВОЗ и многочисленными партнерами - включая Международную организацию по охране здоровья семьи, Институт тропической медицины в Антверпене, Организацию служб по оказанию помощи при СПИДе в Уганде, Международный центр подготовки и обучения по ВИЧ, а также других партнеров - представляет собой упрощенное руководство, обучающие материалы и просветительные материалы для больных, которые рассматривают вопросы клинической помощи, консультирования, мониторинга лечения и координацию АРТ на уровне районов. Указанные методики следуют рекомендациям руководства ВОЗ по АРТ с использованием синдромного подхода к ведению больных, но охватывают при этом лишь незначительное число лабораторных анализов. Короткие эффективные курсы подготовки обучают работников здравоохранения основным навыкам и дают им необходимые знания для проведения АРТ и выполнения смежных обязанностей не только для расширения масштабов АРТ, но также для оказания помощи хроническим больным в целом. Методики подготовки уже адаптированы к различным условиям. Так например, в настоящее время производится включение в этот набор модулей для лечения и оказания помощи внутривенным наркоманам.

Помимо методик подготовки, инициатива включает также модель оказания помощи для использования в службах здравоохранения в странах с недостаточными ресурсами на основе подхода первичной медико-санитарной помощи, которая может использоваться на уровне первого контакта и в районных стационарах. Модель оказания помощи ставит своей целью непосредственно содействовать укреплению систем здравоохранения на основе объединения различных курсов лечения, методов профилактики и мониторинга больных, осуществляемых приемлемым образом как для работника здравоохранения, а также для медицинского учреждения и районного руководства. Эта модель обеспечивает интеграцию лечения туберкулеза и ВИЧ и содействует решению проблемы ограниченности кадровых ресурсов на основе делегирования обязанностей, таких как оказание поддержки лечению и простейший мониторинг подготовленным общественным работником. Она также способствует и поддерживает идею участия людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, инструкторов по подготовке больных и членов клинической бригады, и передачу обязанностей, о чем свидетельствует все большее число полученных данных.

Наряду с новыми видами оказания помощи и методиками подготовки существует также необходимость многосторонней технической поддержки для оказания содействия странам в решении кадровых проблем. При поддержке ВОЗ ряд стран начали осуществление комплексных инициатив по улучшению руководства кадровыми ресурсами и оценке кадровых потребностей в секторе здравоохранения. Ботсвана, Бурунди, Эфиопия, Гвинея, Малави, Мозамбик, Мьянма, Нигерия, Свазиленд и Танзания разработали детализированные планы в отношении кадровых ресурсов для сектора здравоохранения. Буркина-Фасо и Уганда находятся в процессе осуществления этого в качестве их Пятого раунда обращений в Глобальный фонд. "Центры знаний" по ВИЧ/СПИДу, созданные в Восточной Европе и создаваемые в Африке, оказывают помощь в координации и укреплении регионального и субрегионального потенциалов, подготовке кадров и оказании технической помощи.

Очевидно, что дополнительные чрезвычайные усилия необходимы по всем направлениям для решения существующих проблем в отношении кадровых ресурсов в странах с низким и средним уровнем дохода. Эти усилия должны включать неотложные меры по определению воздействия структур макроэкономического развития на политику найма в секторе здравоохранения.

Глобальная инициатива по поддержанию ответных мер на первичном уровне

Подготовка общин к применению АРТ является основой для того, чтобы люди обратились для проведения тестирования и получили ту информацию и поддержку, которые им необходимы для осуществления курса лечения в долгосрочной перспективе и предоставления имеющихся у них опыта и возможностей для расширения лечения. Тем не менее, по состоянию на сегодняшний день, ответные меры на уровне общины финансируются недостаточно. С учетом этого более чем 19 организаций в настоящее время обеспечивают поддержку Совместному фонду для подготовки к лечению ВИЧ, который представляет собой уникальное глобальное партнерство между Фондом Тайдс и Объединением по подготовке к лечению. Указанный Фонд обеспечивает поддержку лечению при ВИЧ, а также пропагандистским и просветительным мерам в Африке, Азии, Латинской Америке, странах Карибского бассейна, Восточной Европе и Центральной Азии на основе распределения небольших сумм и укрепления региональных сетей по пропаганде лечения, технической помощи организациям, которые осуществляют программы по агитации, просвещению и их оценке. Наблюдательные советы в общине, в которые входят те, кто занимается пропагандой лечения ВИЧ, санитарно-просветительные работники и люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, устанавливают приоритеты для финансирования и принимают все решения о том, каким образом должны быть размещены имеющиеся средства.

Совместный фонд впервые осуществил апробацию своих связанных с предоставлением сумм мероприятий в бывшем Советском Союзе в 2003 г. Мероприятия по разработке и осуществлению мер, связанных с подготовкой к лечению, в настоящее время осуществляются в восьми обеспечивающих необходимое финансирование регионах, и предполагается, что к концу 2005 г. каждый из финансирующих регионов распределит в форме сумм от 150 000 до 200 000 долл. США среди групп людей, проживающих с ВИЧ/СПИДом, и других НПО для осуществления мероприятий по подготовке к лечению. Фондом создается также девятый регион для финансирования в Китае, разрабатывается методика финансирования мероприятий по подготовке к лечению с особым акцентом на потребности женщин и членов семей в прилегающих к Сахаре районах Африки.

В январе 2005 г. к первоначально выделенным средствам в сумме 1 млн. долл. США ВОЗ добавила еще 500 000 долл. США за счет ресурсов, предоставленных через Программу подготовки к лечению и заявила о дополнительном выделении еще 250 000 долл. США на мониторинг и оценку.

Укрепление систем руководства поставками и снабжением

По мере накопления необходимого опыта о доступе к лечению акцент во многих странах смещается от принятия решений о поставках на проблемы долгосрочного обеспечения руководства необходимыми поставками. Именно так обстоит дело в странах, прилегающих к Сахаре, в Африке, где расширение масштабов предполагает децентрализацию пунктов оказания помощи. Страны приходят к выводу о том, что важно не только обеспечить укрепление национального планирования, прогнозировать спрос, решать бюджетные вопросы и обеспечивать качество оптовых закупок АРВ, но также укреплять потенциал на низовых уровнях систем здравоохранения для таких мероприятий, как хранение и контроль за инвентаризацией, а также представлением отчетности при определении необходимых объемов и обеспечении качества поставок.

С расширением доступа к АРВ происходит также увеличение спроса на другие средства, связанные с лечением ВИЧ-инфекции, включая лекарственные препараты для лечения оппортунистических инфекций, антибиотики, основные и паллиативные лекарственные средства, тесты и реагенты для диагностики, мониторинг лабораторий, перчатки, оборудование для инъекций и презервативы. Необходимость отказаться от "вертикального снабжения" и интегрировать АРВ в главное русло для поставок основных лекарственных средств и медицинских товаров с учетом этого становится все более значимой.

Службы диагностики и лекарственных средств против СПИДа (AMDS), созданные как глобальное партнерство для поставок с участием технических агентств в поддержку осуществления "3 к 5" - делают особый акцент на развитии и внедрении информационных систем для руководства поставками, а многочисленные международные и национальные партнеры обеспечивают подготовку сотрудников по вопросам поставок на районном уровне и уровне первого контакта. Такая подготовка, осуществляемая в поддержку усилий по укреплению потенциала для мониторинга больных имеет своей целью в долгосрочной перспективе создание интегрированных информационных систем по вопросам руководства здравоохранением, которые также обеспечивают данные по материально-техническому снабжению и поставкам. Партнеры AMDS проводят также рабочие семинары для оказания помощи странам, получающим средства из Глобального фонда, для разработки планов поставок и снабжения, включая стратегии по снижению стоимости АРВ.

Определенное беспокойство вызывает в последнее время возможность производителей обеспечить растущий глобальный спрос на лечение, что еще раз указывает на необходимость улучшения расчетов, связанных с определением спроса и расширением в долгосрочной перспективе производственных мощностей.

Восполнение пробелов в руководстве поставками

Значительные успехи были достигнуты Малави в расширении доступа к АРТ. Начиная с января 2003 г. охват расширился от 1200 пациентов в трех учреждениях до 17 500 в 34 учреждениях по состоянию на март 2005 г. Техническая миссия ВОЗ и составленный ею доклад, в котором рассматривается опыт Малави в использовании ссуд Глобального фонда, является основным аргументом для выделения дополнительных 14 млн. долл. США к маю-июню 2005 г., для того чтобы обеспечить оставшиеся 25 учреждений, избранных для проведения АРТ. Однако с учетом приблизительно 170 000 людей с положительной реакцией на ВИЧ, которым требуется АРТ, и более 84 000 тысяч случаев смертельных исходов ежегодно значительная часть спроса на лечение в стране остается не обеспеченной.

Рассматривая проблему необходимого расширения оказания помощи, правительство Малави пришло к выводу, что простейшие стандартизированные схемы для курса АРВ должны распределяться незамедлительно с помощью механизма для "продвижения", при отсутствии развитой системы регулирования для решения более трудных вопросов, связанных с использованием более сложных прописей на уровне самого учреждения. Правительством незамедлительно были приняты необходимые меры в чрезвычайной ситуации на основе партнерства с ЮНИСЕФ для распределения наборов АРВ. Эти наборы расфасованных АРВ, классифицируемые как наборы для начала и продолжения лечения призваны обеспечить тройную комбинаторную терапию в фиксированных дозах d4T, 3ТС и невирапина, включая первичное дозирование невирапина в наборе для начала лечения. Наборы для продолжения лечения включают запас АРВ на один месяц. Учреждение здравоохранения классифицируется в соответствии с эпидемиологическими данными и инфраструктурой с учетом высокой, средней и низкой нагрузки. Это позволяет точно определить число больных, которых можно обеспечить лечением в течение месяца (высокая нагрузка = 150 чел. в месяц, средняя = 50 чел., низкая = 25 чел. в месяц).

Хотя вся система продвижения работала удовлетворительно до настоящего времени, и нехватки АРВ удалось избежать, возникли определенные проблемы в случае с лекарственными препаратами для связанных с ВИЧ/СПИДом заболеваний (особенно оппортунистических инфекций). Такие лекарственные препараты, используемые на периферии, при поставках полностью зависят от центральных медицинских складов (ЦМС) и их системы распределения, а также от систем мониторинга, которые либо не существуют вообще, либо являются слишком слабыми, чтобы обеспечить распределение лекарственных препаратов на основе потребностей с учетом данных о потреблении в прошлом.

В настоящее время изучаются возможности для укрепления системы поставок в Малави как в отношении АРВ, так и диагностических препаратов для ВИЧ, на основе Центральные медицинских складов и Отдела поддержки технических служб в рамках Министерства здравоохранения.

Начатое недавно проведение контрольных посещений содействует выявлению несоответствия запасов лекарственных средств в конкретных учреждениях. Создание буферной системы поставок для АРВ, с тем чтобы избежать возможного истощения запасов в настоящее время является высокоприоритетным начинанием, равно как и созданием механизмов и установление протоколов между медицинскими учреждениями для принятия быстрых ответных мер в случае неотложной потребности в каких-либо препаратах.

Укрепление и улучшение отдельных медицинских инфраструктур

Эпидемия СПИДа содействовала выявлению уязвимых мест в системах здравоохранения многих стран. Каждый элемент адекватных ответных мер сектора здравоохранения на эпидемию ВИЧ/СПИДа - система направления больных, кадровых ресурсов, лабораторных служб и их возможностей, поставок лекарственных препаратов и системы снабжения, охват службами, взаимосвязь с общественным сектором - испытывает ряд трудностей в связи со слабостью и недостаточным финансированием учреждений на национальном, районном и местном уровне. Основная проблема для расширения лечения ВИЧ/СПИДа - это не только определение того, как основные препятствия в системах здравоохранения могут быть преодолены в короткие сроки, но также и в том, чтобы обеспечить быстрое расширение программ по ВИЧ/СПИДу, которое не будет отвлекать усилия и ресурсы от других приоритетов в сфере здравоохранения.

В то же самое время помощь, оказываемая при СПИДе, дает редкую возможность для укрепления систем здравоохранения и улучшения оказания помощи в отношении других хронических заболеваний. Так например, системы поставок АРВ могут быть спланированы таким образом, что это будет содействовать укреплению систем поставок других лекарственных средств, а подготовка работников здравоохранения по предоставлению АРТ может содействовать укреплению кадровых резервов в целом. Новые ресурсы для ВИЧ/СПИДа свидетельствуют о необходимости укрепления общего финансового руководства в секторе здравоохранения, а также наличия систем для мониторинга и оценки лечения (включая информацию о числе людей, которые получают лечение, о гендерных и других демографических факторах, показателях выживаемости и расходах на лекарственные средства в течение определенного времени).

Улучшение оказания помощи зависит не только от наличия основных ресурсов, но также от того, каким образом осуществляется руководство этими ресурсами и службами. Новые методики подготовки для оказания помощи руководителям районного масштаба в осуществлении программ АРТ и новый сайт во всемирной паутине ВОЗ для руководителей здравоохранения¹⁴ оказывают помощь в укреплении потенциала руководства в секторе здравоохранения.

¹⁴ www.who.int/management

Согласование программ по борьбе с болезнями является очень важным для эффективной работы систем здравоохранения в условиях недостаточных ресурсов. Усилия по содействию сотрудничеству между программами по ВИЧ/СПИДу, туберкулезу и малярии, а также их интеграция на уровне оказания помощи дают отличные результаты в ряде стран, где распространены указанные три заболевания. Эффективные ответные меры предполагают преодоление общих препятствий, с которыми сталкиваются программы по борьбе в отношении трех заболеваний, такие как недостаточное выявление случаев заболевания, проблемы, связанные с проведением курса лечения, и мобилизацией общественности. Совсем недавно была составлена дорожная карта, подготовка которой была проведена для интенсификации усилий по сосредоточению внимания на всем земном шаре на ужасающих последствиях туберкулеза и ВИЧ/СПИДа в Африке. Наряду с другими мерами дорожная карта рекомендует обеспечить содействие участию общественности в оказании помощи при туберкулезе и ВИЧ, расширенное участие НПО и частного сектора в совместных мероприятиях по туберкулезу/СПИДу и обеспечение лучшей координации деятельности технических агентств в отношении мероприятий поддержки, оказываемых странам.

На сегодняшний день те, кто предоставляет помощь, и места ее оказания, которые охватывают негосударственный сектор, играют важную роль в обеспечении АРТ. Это включает НПО, медицинскую помощь, оказываемую международными и национальными корпорациями, религиозными организациями, отдельными лицами, а также аптеки и других участников за пределами сектора здравоохранения. Несмотря на прогнозируемые изменения в том, куда обращаются за оказанием помощи больные, и особенно с учетом того, что общественные учреждения оказывают бесплатную или субсидируемую помощь в отношении АРТ, участие этих негосударственных партнеров сохраняет свое значение в целом ряде национальных учреждений. Данные в отношении больных, которые получают лечение в негосударственном секторе, зачастую не поступают в общественные органы. В этом отношении чрезвычайно важно изыскать новые пути для взаимосвязи общественного и негосударственного сектора с теми системами, куда затем направляются больные, обеспечить обмен данными и необходимый уровень оказания помощи для всего населения. Новаторский подход, использованный в Малави, в котором АРТ оказывается серьезная финансовая поддержка в негосударственном секторе тем, кто оказывает такую помощь, а также тем, кто принимает участие в национальном мониторинге и обеспечении качества, представляет собой одну из интересных моделей.

Оперативные исследования по улучшению стратегии расширения

Наличие неполных данных не должно становиться препятствием для того, чтобы ликвидировать пробелы в лечении и профилактике, с чем связана концепция "Обучения на практике", которая заложена в "3 к 5". ВОЗ и Специальная программа по научным исследованиям и подготовке кадров по тропическим болезням (TDR), ПРООН, Всемирный банк работают со странами, на которых сделан особый акцент в инициативе "3 к 5" - Буркина Фасо, Малави, Танзания, Уганда и Замбия - для того, чтобы решить одну из старейших проблем взаимосвязи оперативных исследований с политикой и обеспечить в неотложном порядке необходимые данные для содействию расширению и улучшению программ.

После установления приоритетов оперативных исследований состоялась широкая консультация с партнерами в каждой стране для разработки оперативной научно-исследовательской программы в рамках отдельной страны. Большинство проектов включает два этапа: анализ ситуации для выявления препятствий к расширению и второй этап, на котором стратегии по преодолению препятствий должны быть апробированы и оценены.

- в Буркина Фасо был создан исследовательский проект для участия в лечении и оказании помощи, целью которого было улучшение координации между НПО, общественными учреждениями здравоохранения, которые предоставляют лечение, помощь и поддержку людям, живущим с ВИЧ/СПИДом.
- Цель, определенная Малави, заключается в том, чтобы расширить обращение за добровольным консультированием, тестированием и лечением, которые оказываются профессиональными работниками в стране, где нехватка кадровых ресурсов является основным препятствием для расширения.
- Научно-исследовательские оперативные исследования в Танзании будут сосредоточены на выполнении курса лечения АРТ, для того чтобы разработать национальную методiku для рутинного мониторинга осуществления лечения и оценки составляющих этого процесса.
- Уганда проведет изучение вопроса о соблюдении курса лечения и профилактики в связи с различными методиками проведения лечения, которые имеются в стране, с целью определения и расширения наилучших видов существующей практики.
- Замбия сделает попытку выявить препятствия для охвата АРТ в стационарах, которые оказывают помощь больным туберкулезом и антинатальную помощь, с тем чтобы содействовать доступу в такие учреждения.

Опыт, накопленный пятью странами, позволит использовать его для интеграции оперативных исследований в системы здравоохранения, что представляет интерес для других стран, основных доноров и технических агентств.

Координация технических партнерств

Спрос на увеличение ресурсов и техническую поддержку привел к увеличению значительного числа организаций, которые сегодня принимают участие в расширении усилий на уровне стран. Так, в Танзании к числу основных технических и финансовых партнеров, содействующих расширению АРТ, следует отнести ВОЗ, ЮНЭЙДС, рассчитанную на целый ряд стран Программу по СПИДу Всемирного банка, Глобальный фонд, различных партнеров в рамках Чрезвычайного плана Президента США по борьбе со СПИДом, Фонд Клинтона, Family Health International, Европейскую Комиссию и правительства Канады, Дании, Германии, Норвегии, Швеции и Соединенного Королевства. В целом все больше участников привлекается к разработке программ и оказанию помощи на глобальном и национальном уровне, включая группы гражданского сообщества, религиозные организации и частный сектор.

Эффективное партнерство содействует быстрому расширению программ АРТ на уровне стран, но ставит одновременно на повестку дня вопрос об эффективной координации. Согласование усилий внешних доноров, консультантов и международных агентств является главной целью “Трехстороннего единства”¹⁵. С момента определения этого подхода политическая поддержка значительно возросла. Последним знаменательным фактом в этом отношении стало одобрение “Трехстороннего единства” 45 главами государств Африканского союза в январе 2005 г.

Несмотря на обязательства по осуществлению “Трехстороннего единства”, ответственность за расширение усилий во многих странах остается раздробленной между теми, кто определяет политику, например, национальными комиссиями по СПИДу, и теми, кто обеспечивает выполнение, например, национальными или региональными органами здравоохранения. В тех случаях, когда существуют органы по координации программ по СПИДу, они зачастую не имеют полномочий для принятия решений в отношении распределения ресурсов на основные программы по СПИДу. Укрепление мониторинга и оценки на уровне стран остается проблематичным, и доноры по-прежнему выдвигают множество требований в отношении отчетности.

Для улучшения согласованности и содействия эффективным партнерствам в странах координация Глобальной целевой группы осуществляется ЮНЭЙДС, одна из задач которой состоит в разработке измеримых и определенных во времени целей и показателей для дальнейшего использования “Трехстороннего единства” в ряде стран на протяжении последующих 18 месяцев.

Координация технической поддержки является основным элементом успешных действий в странах для получения средств от Глобального фонда. Проведенный недавно ЮНЭЙДС/ВОЗ анализ предложений Глобальному фонду указывает на то, что показатель успешности тех составляющих, которые получили техническую поддержку ВОЗ или ЮНЭЙДС после отвергнутых ранее предложений на 60% выше, чем тех, которые такой поддержки не получили. И еще один не менее знаменательный факт - 3 из каждых 4 предложений, в которых оба участника координировали оказание технической помощи, были успешными - что на 50% выше, чем в тех случаях, когда каждый из участников действовал самостоятельно.

Одной из самых положительных тенденций в последние несколько лет стало возникновение технического сотрудничества между странами с низким и средним уровнем дохода. Хорошим примером такого сотрудничества “юг-юг” является Технологическая сеть по ВИЧ/СПИДу, совместная инициатива Бразилии, Китая, Нигерии и Российской Федерации, а также Украины для сотрудничества в области научных исследований, разработки и производства лекарственных препаратов для ВИЧ, диагностических средств и других товаров медицинского назначения. ЮНЭЙДС возглавляет движение для создания “Региональных сетей технической поддержки”, которые будут содействовать укреплению и лучшей координации в оказании технической помощи на основе синергизма региональных усилий.

¹⁵ “Трехсторонний подход” относится к согласованной структуре для действий по ВИЧ/СПИДу, которая обеспечивает основу для координации работы всех партнеров; это означает Единый национальный орган по координации в отношении СПИДа с очень широким мандатом во всех секторах; это также означает согласованный на уровне страны мониторинг и систему оценки.

Выводы и рекомендации

Значительные успехи были достигнуты в расширении доступа к лечению на протяжении последних 18 месяцев и первой половины 2005 г., которые стали свидетелем ускоренного роста числа людей, получающих лечение в регионах Африки и Азии, где проживают практически 9 из каждых 10 человек, которые не получают лечения. Несмотря на эти усилия, маловероятно, чтобы цель обеспечения 3 млн. людей лечением в странах с низким и средним уровнем дохода была достигнута к концу 2005 г.

В докладе указывается на целый ряд основных препятствий для расширения антиретровирусного лечения и ускорения мер по профилактике ВИЧ/СПИДа. Исходя из оценки проведенной работы и препятствий на сегодняшний день, ВОЗ и ЮНЭЙДС делают следующие рекомендации:

Политические обязательства

- Страны должны и впредь повышать свои обязательства на высоком политическом уровне для комплексных ответных мер на ВИЧ/СПИД, включая расширение АРТ. Страны, на которые делается особый акцент в инициативе "3 к 5" и которые не установили пока национальных целей в отношении лечения и планов расширения АРТ, должны как можно скорее сделать это.

Финансовая стабильность

- По расчетам ЮНЭЙДС, необходимы по крайней мере дополнительные 20 млрд. долл. США сверх того, что уже было обещано на сегодняшний день, для глобальных усилий в отношении ВИЧ/СПИДа на протяжении следующих трех лет, включая лечение, помощь и профилактику. Донорам следует продолжить расширение своих финансовых обязательств и работать со странами для создания долгосрочных установок на финансирование, которые гарантируют устойчивую и прогнозируемую поддержку.
- Странам также надлежит увеличивать собственные финансовые обязательства на кампанию по ВИЧ. Десять стран, на которые делается особый акцент в инициативе "3 к 5", которые подлежат немедленному освобождению от задолженности в соответствии с новым предложением Большой восьмерки об освобождении от такой задолженности, должны незамедлительно направить средства, сэкономленные от выплаты долгов, на усилия в отношении ВИЧ/СПИДа.
- Страны и доноры должны финансировать программы АРТ на таком уровне, чтобы беднякам не приходилось оплачивать какие-либо услуги на месте оказания помощи.

Кадровые ресурсы и руководство поставками

- Страны и партнеры должны перейти к осуществлению упрощенных и стандартизированных курсов лечения АРТ и процедурам клинического мониторинга, которые обеспечивают максимальное увеличение числа людей, которые могут получить качественную помощь при ВИЧ.
- Во многих странах отсутствие врачей и медицинских сестер для проведения АРТ является основным препятствием для расширения доступа к лечению. Страны и партнеры должны обеспечить переход от ориентированной на врача модели оказания АРТ и увеличить число не являющихся медиками работников здравоохранения, которые получили подготовку по упрощенным и стандартизированным подходам для безопасного и эффективного применения АРТ.
- Странам и партнерам следует обеспечивать инвестиции в улучшение руководства медицинскими поставками, включая системы надежного прогнозирования потребностей в лекарствах в каждом медицинском учреждении, а также системы для хранения необходимых запасов таких средств на центральных складах, с которых может быть обеспечена их быстрая доставка.

Интеграция лечения и профилактики

- В тех случаях, когда это возможно, лечение ВИЧ должно быть расширено наряду с профилактикой таким образом, чтобы работники здравоохранения и места, где предоставляется помощь, были готовы для оказания основных видов помощи для лечения и профилактики ВИЧ. Это предполагает возможность проводить лечение, тестирование и консультирование в отношении ВИЧ в одном и том же месте и обеспечивать подготовку работников здравоохранения, для того чтобы проводить АРТ и осуществлять и передавать необходимую информацию в отношении профилактики.

Равный доступ

- Для обеспечения равного доступа к АРТ с учетом половых различий, возраста, места нахождения и других факторов страны и партнеры должны обеспечить улучшение своих систем мониторинга охвата АРТ.
- Увеличить число детей, получающих АРТ, и обеспечить наличие необходимых новых лекарственных прописей для детей при снижении производимых расходов. Во многих странах необходимо более широко воспользоваться апробированными методами применения АРТ среди детей.
- Страны и партнеры должны совместно работать для того, чтобы создавать и осуществлять инновационные программы по предоставлению АРТ трудным для охвата группам населения, включая внутривенных наркоманов и работников коммерческого секса и людей, проживающих в районах, где имеет место социальная нестабильность или происходят какие-то конфликты.

Координация поддержки и оценки

- Доноры и партнеры должны лучше координировать свою финансовую и техническую поддержку странам на основе установления рационального процесса определения потребностей в поддержке на индивидуальной основе от страны к стране и последующего создания механизмов для содействия быстрому предоставлению помощи. Доноры и партнеры должны также лучше координировать мониторинг и оценку программ, которые они поддерживают. Одним из форумов для содействия лучшей координации является Глобальная целевая группа ЮНЭЙДС, которая подготовила смелые и новые рекомендации для решения таких проблем.

ВОЗ, ЮНЭЙДС и другие учреждения ООН находятся в процессе выделения дополнительных финансовых ресурсов и сотрудников для обеспечения стран и других партнеров расширенной технической помощью по каждому из указанных приоритетных направлений. ВОЗ уделяет особое внимание оказанию содействия в осуществлении упрощенных и стандартизированных подходов к лечению и профилактике, осуществляя подготовку работников здравоохранения, обеспечивая равный доступ к лечению, расширяя тестирование и консультирование, улучшая поставки и руководство ими на глобальном и страновом уровне и совершенствуя методы мониторинга доступа к АРТ и другим основным службам здравоохранения.

Начало инициативы “3 к 5” было положено призывом к незамедлительным действиям. Хотя работа проходила медленнее, чем предполагалось, многие страны сегодня достигли исторического поворотного момента. Поэтому задачу саму по себе следует рассматривать сегодня не как конечную цель, но как важнейший краеугольный камень в долгосрочных глобальных усилиях по достижению коллективной цели обеспечения всеобщего доступа к ряду основных мер профилактики и лечения ВИЧ. В конечном итоге ответные меры на ВИЧ/СПИД должны и впредь содействовать глобальным установкам, которые поддерживают и содействуют расширению “импульса для достижения более широких целей в сфере здравоохранения и развития”, сформулированных в Целях развития тысячелетия.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Расчетный показатель числа людей, получающих антиретровирусное лечение¹⁶

Расчетные показатели числа людей, получающих антиретровирусное лечение, основаны на самых последних сообщениях, полученных от Министерства здравоохранения, представительств ВОЗ или ЮНЭЙДС в стране или другого надежного источника. Расчетные показатели учитывают известную неопределенность для стран, в которых еще не созданы системы регулярной отчетности для установления числа новых пациентов, обратившихся за лечением, а также для тех, кто выполняет предписание лечения, для тех, кто отказался от лечения, и людей, наблюдение за которыми невозможно, а также смертельных исходов. Одной из причин неуверенности в показателях, которые поступают из стран, является то, что иногда не проводятся различия между теми, кто когда-либо начинал АРТ, и теми, кто еще находится на лечении (т.е. продолжают принимать лекарственные препараты). Различия между двумя показателями указывают на потери, связанные с прекращением лечения или смертью.

Другим фактором недостоверности является трудность измерения масштабов предоставления лечения в негосударственном секторе. Многие люди получают лекарственные средства через местные аптеки и частные клиники, которые не представляют данных через обычные каналы. Частные компании могут иметь программы, которые оказывают поддержку в лечении больным, находящимся на продвинутой стадии ВИЧ-инфекции. В ряде случаев эти данные трудно получить.

Третьим основанием для недостоверности данных является разрыв во времени между представлением глобальных данных, которое установлено на июнь 2005 г., и поступлением отчетных данных из стран, которые обычно связаны с более ранними периодами. С учетом значительного увеличения числа получающих лечение во многих странах необходимо производить расчеты ежемесячного увеличения и проецировать их затем на июнь 2005 г. Таким образом, среднегодовые показатели основаны на обычной линейной проекции сообщаемых данных с использованием современных тенденций и показателей роста.

С учетом неопределенности при подготовке общих расчетов по странам Таблица 1 дает определение пределов достоверности для расчетов на июнь 2005 г. в отношении числа людей, получающих лечение. Для поступивших из стран данных в отношении общественного сектора только или общественного и частного сектора пределы достоверности составляют от 5% до 25%, которые избирались в зависимости от надежности системы мониторинга. Что касается показателей для негосударственного сектора, уведомления о которых поступили лишь из определенного числа стран, то пределы достоверности для них были установлены от 10% до 40%.

Чрезвычайный план Президента Соединенных Штатов по оказанию помощи в борьбе со СПИДом и Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией являются основными источниками финансирования программ АРТ в развивающихся странах. Чрезвычайный план по оказанию помощи Президента США делает особый упор на 15 странах с широким распространением заболевания и представляет независимую оценку числа людей, находящихся на лечении в течение шестимесячного периода. Эти показатели, а также те, которые представляются Глобальным фондом, используются для взаимного подтверждения показателей, представленных странами. Чрезвычайный план по оказанию помощи Президента США и Глобальный фонд работают также вместе для того, чтобы избежать дублирования показателей "числа людей, находящихся на лечении". В декабре 2004 г. 63 тыс. человек воспользовались помощью как одной, так и другой инициативы. В некоторых публикациях ошибочно указывается на то, что 63 тыс. больных были учтены дважды в расчете ВОЗ/ЮНЭЙДС, представившим 700 000 человек, получающих АРТ, в конце 2004 г. Расчеты ВОЗ/ЮНЭЙДС основаны на докладах из стран, но не исходят из суммарного представления данных или дублирования данных из других источников.

Расчеты числа людей, в настоящее время получающих АРТ, были подтверждены на основании данных, полученных из отчетов фармацевтических отраслей промышленности, о количестве лекарственных средств АРВ, которые были отправлены в развивающиеся страны. Данные из отраслей промышленности, занимающихся научными исследованиями, которые сотрудничают в рамках Инициативы по расширению доступа, а также сообщения от производителей непатентованных лекарственных средств указывают на то, что приблизительно около 1 млн. документов о патентах в отношении тройной лекарственной терапии были выданы в течение первого квартала 2005 г. Кроме того, данные о тенденциях из отраслей фармацевтической промышленности, которые занимаются научными исследованиями, подтверждают продолжающееся быстрое расширение рынка АРВ в развивающихся странах, в которые они направили лекарственных препаратов в достаточном количестве для 427 000 человек, находившихся на тройном курсе АРТ к концу первого квартала 2005 г.

¹⁶ Подробности в отношении методологии см. в работе Boerma TJ, Stanecki K, Newell M. "Мониторинг хода работы "3 к 5": методы и новые данные", которая находится в печати.

Определение спроса на лечение

ЮНЭЙДС и ВОЗ разработана стандартная методология определения масштабов и направления эпидемии СПИД, которая также позволяет производить расчет числа новых ВИЧ-инфекций, случаев заболевания СПИДом и смертельных исходов.¹⁷ Эти показатели используются для расчетов числа взрослых людей, которые нуждаются в лечении, с учетом “возраста” эпидемии. В начале и при расширении эпидемии гораздо меньше ВИЧ-инфицированных людей нуждается в начале курса лечения, чем в тех случаях, когда речь идет о “зрелой” или пошедшей на спад эпидемии.

Поскольку небольшое, но продолжающее расти число стран сегодня в состоянии обеспечивать лечение для детей в возрасте до 15 лет, данный доклад включает определение потребности в лечении для возрастной группы в 0-49 лет. Эти расчеты произведены при сотрудничестве с ЮНИСЕФ.

ВОЗ рекомендует, чтобы в условиях ограниченных ресурсов ВИЧ-инфицированные взрослые люди и подростки начинали курс АРТ в тех случаях, когда наличие инфекции было подтверждено и имелись клинические признаки развития заболевания.¹⁸ Как показывают исследования, в условиях ограниченных ресурсов медиана выживаемости для людей со СПИДом, не получающих АРТ, составляет менее одного года. В идеальном случае люди должны начать лечение до развития СПИДа, после подтверждения развившейся ВИЧ-инфекции. Число людей с развившейся ВИЧ-инфекцией, которые нуждаются в лечении, рассчитываются на основе показателей случаев заболевания СПИДом в текущем году при увеличении вдвое.

Общее число людей, нуждающихся в АРТ, рассчитывается на основе прибавления числа людей, которые должны начать лечение АРТ, к числу людей, которые получали лечение в течение предшествующего года и дожили до настоящего года. Поскольку некоторые люди, которые, по прогнозам, могут заболеть СПИДом в указанные два года, возможно, уже начали лечение в предыдущий год, то число новых больных, нуждающихся в АРТ, корректируется на основе вычета тех, кто начал лечение в предыдущем году. По расчетам, в настоящее время 80-90% людей, получающих лечение, выживут в течение следующего года в зависимости от того, когда было начато лечение, соблюдения больным режима лечения, установленной структуры резистентности, качества клинического ведения заболевания и с учетом других факторов.

Охват АРТ

Уровень охвата представляет собой показатель числа людей, находившихся на курсе АРТ к июню 2005 г., при сопоставлении с общим числом людей, которые, по расчетам, нуждаются в лечении. Этот метод несколько уменьшает степень охвата, поскольку число людей, которые по расчетам нуждаются в АРТ, включает детей и взрослых, а лишь небольшая часть стран представляет данные лечения в отношении детей. Вместе с тем, дети составляют лишь небольшую часть от общего числа людей, получающих лечение, по всей вероятности, менее 5%.

¹⁷ Walker N., Stanecki K.F., Brown T., et al., “Методы и процедуры для оценки ВИЧ/СПИДа и его воздействия: расчеты ЮНЭЙДС/ВОЗ на конец 2001 г., ЮНЭЙДС 2003г., 17:2215-25.

¹⁸ Симптомы ВИЧ-инфекции на IV стадии, независимо от показателя числа CD4 в отношении клеток; стадии III, когда клетки CD4 определяются в количестве менее 350 на мм³ или в лаборатории подтверждены признаки иммунодепрессии (число клеток CD4 составляет менее 200 на мм³), или отсутствие анализа при наличии числа лимфоцитов менее 1200 в одном кубическом миллиметре при наличии симптомов заболевания. Расширение антиретровирусной терапии в условиях ограниченных ресурсов: Руководство для лечения в системе общественного здравоохранения, ВОЗ, Женева, 2004 г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Страны, на которые обращается особое внимание в рамках инициативы "3 к 5"

Ниже перечислены 49 стран, которые были определены в декабре 2003 г. как страны, на которые должен быть сделан особый акцент в рамках инициативы "3 к 5" с учетом их потребности в активной технической поддержке, целенаправленных ресурсов для расширения масштабов антиретровирусной терапии и ускорения профилактики ВИЧ. В целом эти 49 стран представляют неоднородную картину как глобальных, так и региональных приоритетов. Изначально страны, которые в глобальном масштабе заслуживают особого внимания, были определены ВОЗ в количестве 34 на основании того, что в них существуют самые высокие показатели неудовлетворенных потребностей, которые все вместе покрывают 93% необеспеченных потребностей в лечении в странах с низким и средним уровнем дохода. Дополнительные 15 стран, на которые был сделан особый акцент, были установлены региональными бюро ВОЗ с учетом их особой стратегической значимости с учетом таких факторов, как размеры, местоположение и профиль самой эпидемии (например, быстрое ее распространение).

По состоянию на июнь 2005 г. 49 стран представляли 87% всех взрослых и детей, живущих с ВИЧ/СПИДом в мире, 78% смертности от глобальных показателей по СПИДу и 89% людей, нуждающихся в лечении в странах с низким и средним уровнем дохода. Шесть стран представляли 50% потребностей в лечении в странах с низким и средним уровнем дохода: Эфиопия, Индия, Нигерия, Южная Африка, Танзания и Зимбабве.

Страны с высоким бременем заболеваемости

1. Ангола
2. Ботсвана
3. Буркина Фасо
4. Бурунди
5. Камбоджа
6. Камерун
7. Центральнo-Африканская Республика
8. Китай
9. Кот в'Ивуар
10. Демократическая Республика Конго
11. Эфиопия
12. Гана
13. Гватемала
14. Гвинея
15. Гаити
16. Индия
17. Кения
18. Лесото
19. Малави
20. Мозамбик
21. Мьянма
22. Намибия
23. Нигерия
24. Российская Федерация
25. Руанда
26. Южная Африка
27. Судан
28. Свазиленд
29. Уганда
30. Украина
31. Объединенная Республика Танзания
32. Вьетнам
33. Замбия
34. Зимбабве

Стратегически значимые страны в региональных масштабах

35. Белиз
36. Коста Рика
37. Джибути
38. Эль Сальвадор
39. Гайана
40. Гондурас
41. Индонезия
42. Казахстан
43. Кыргызстан
44. Никарагуа
45. Панама
46. Сомали
47. Таджикистан
48. Узбекистан
49. Йемен

За дополнительной
информацией обращайтесь по адресу:

World Health Organization
Department of HIV/AIDS
20, avenue Appia
1211 Geneva 27
Switzerland

E-mail: hiv-aids@who.int
<http://www.who.int/3by5>

ISBN 92 4 459339 4



9 789244 593394