Положительная газета для положительных людей

ШАГИ экспресс

№ 9 (42) 2009 г. | Издается Общественным благотворительным фондом борьбы со СПИДом «Шаги»

1 декабря – Всемирный день борьбы со СПИДом

Всемирный день борьбы со СПИДом впервые отмечался 1 декабря 1988 года после того, как на встрече министров здравоохранения всех стран прозвучал призыв к социальной терпимости и расширению обмена информацией по ВИЧ/СПИДу. Ежегодно отмечаемый 1 декабря Всемирный день борьбы со СПИДом служит делу укрепления организованных усилий по противодействию пандемии ВИЧ-инфекции и СПИДа, распространяющейся по всем регионам мира. Организованные усилия направлены на укрепление общественной поддержки программ профилактики распространения ВИЧ/СПИДа, на организацию обучения и предоставления информации по всем аспектам ВИЧ/СПИДа.

Понимая все возрастающие сложности, связанные с пандемией ВИЧ/СПИДа, ООН создала в 1996 году союз шести всемирных организаций. Названная Совместной программой Объединенных Наций по проблемам ВИЧ/СПИДа (ЮНЭЙДС), программа объединяет в качестве спонсоров этого совместного проекта Детский фонд ООН, Программу ООН по развитию, фонд ООН по вопросам народонаселения, Организацию ООН по вопросам образования, науке и культуре (ЮНЕСКО), Всемирную организацию здравоохранения (ВОЗ) и Всемирный банк.

ЮНЭЙДС поддерживает долгосрочные глобальные проекты по профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа; помогает борьбе за права человека независимо от ВИЧ-статуса, осуществляет помощь странам во всем мире посредством обучения мерам профилактики, поддержки исследований по вопросам ВИЧ/СПИДа и работы с программами расширения международного фронта борьбы с ВИЧ/СПИДом.

Всемирный день борьбы со СПИДом стал ежегодным событием в большинстве стран. Хотя 1 декабря определен как дата для проведения Дня борьбы со СПИДом, во многих сообществах организуются мероприятия, проводимые в течение нескольких недель и дней до и после официального празднования.

Всемирный день борьбы со СПИДом дает серьезную возможность для усиления общественного осознания проблемы ВИЧ и СПИДа, распространения профилактической информации в общественных группах, улучшения качества помощи, предоставляемой лицам, зараженным ВИЧ, и для борьбы с отрицанием существующей проблемы и дискриминацией. Это возможность для проявления солидарности с более чем 40 миллионами людей, которые сегодня живут с ВИЧ и СПИДом, и для того, чтобы вспомнить миллионы людей, которые уже умерли. Проведение Всемирного дня борьбы со СПИДом может также помочь в привлечении денежных средств для программ по ВИЧ/СПИДу. Некоторыми видами мероприятий, традиционно организуемыми во время Всемирного дня борьбы со СПИДом, являются:

- манифестации и шествия со свечами;
- театральные представления, включая постановки передвижных театров;
- поэтические чтения;
- общественные дискуссии;
- художественные выставки;
- марафонские забеги, велосипедные гонки;
- конкурсы плакатов;
- профилактические кампании в печати;
- брифинги и семинары для средств массовой информации;
- концерты с участием звезд культуры.

Окончание на с. 2

В номере:

- **1 декабря – Всемирный день борьбы со СПИДом**
- **Алексей Кравченко: «Несмотря на все наше лечение, количество больных ВИЧ-инфекцией продолжает расти»**
- **Правила въезда и проживания для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (*окончание*)**
- **Новости от AIDS.ru**

Лучший сайт знакомств для ВИЧ-положительных на **www.hivlove.org**

Устали от «В контакте» и «Одноклассников»? Приходи в **www.pozmos.ru** Новая социальная сеть для ВИЧ+

Новости и информация по ВИЧ/СПИДу на **www.aids.ru**

8–800–200–5555

на линии дежурят ВИЧ-положительные консультанты

Горячая линия «Шаги»

Все звонки бесплатны!

Мы знаем, как с этим ЖИТЬ!

1 декабря – Всемирный день борьбы со СПИДом

Объединенная программа ООН по борьбе со СПИДом избирала девизами Всемирного дня борьбы со СПИДом и профилактических кампаний следующие лозунги:

1996 год – «Общий мир. Общая надежда». ВИЧ и СПИД являются глобальными проблемами человечества. Лозунг означает совместную работу для предотвращения распространения ВИЧ и построения мирового сообщества, которое предполагает помощь и поддержку всем тем, чьи жизни затронула эпидемия.

1997 год – «Дети живут в мире, где есть СПИД». Цель кампании – добиться понимания максимальным количеством людей серьезности эпидемии ВИЧ/СПИДа в ее глобальном значении. Поощрять наиболее эффективные и адекватные действия и программы, снижающие влияние эпидемии на детей, их семьи и сообщества. Снизить количество новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией среди детей, уменьшить влияние на здоровье и будущее детей негативных факторов, связанных с распространением СПИДа, а также уязвимость детей в отношении заражения.

1998 год – «Источник перемен: молодежь во Всемирной кампании против СПИДа». Осознание общественностью того негативного воздействия, которое оказывает на молодое поколение распространение ВИЧ, и объединение усилий молодежи в борьбе со СПИДом. Кампания была нацелена на обеспечение участия молодежи в мероприятиях по предотвращению распространения ВИЧ и оказанию содействия тем, кто нуждается в помощи.

1999 год – «Слушать, учиться, жить!». По данным программы ООН по борьбе со СПИДом молодые люди во всем мире наиболее уязвимы для ВИЧ-инфекции и подвергаются наиболее серьезному воздействию эпидемии. Более половины всех ВИЧ-инфицированных в мире – молодежь в возрасте до 25 лет. Каждую минуту шесть молодых на планете заражаются ВИЧ-инфекцией, только за 1998 г. были инфицированы около трех миллионов детей и молодых людей.

Слушать – детей и молодежь, учитывая их мнение и проблемы, чтобы понять, что для них важно в жизни.

Учиться – друг у друга уважению, участию и поддержке, а также тому, как защититься от ВИЧ-инфекции.

Жить – в мире, где соблюдаются права детей и молодых людей. И где люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, окружены заботой и не страдают от дискриминации.

2000 год – «СПИД: многое зависит от мужчин». Это тема первого года двухлетней кампании, в которой основное внимание уделялось роли мужчин в противодействии эпидемии СПИДа. Новая кампания ставила своей задачей обеспечение более широкого участия мужчин в мероприятиях по борьбе со СПИДом, а также стремилась сконцентрировать внимание на роли мужчин при реализации мер, предпринимаемых в странах в ответ на эпидемию.

Более широкое участие мужчин в мероприятиях по борьбе со СПИДом имело множество серьезных оснований. Во всем мире мужчины, как правило, имеют большее число сексуальных партнеров, чем женщины, в том числе внебрачных, что увеличивает вероятность заражения ВИЧ самих мужчин и их первичных партнеров. Мужчины чаще, чем женщины, употребляют инъекционные наркотики, следовательно, у них выше вероятность заразиться и заразить других через использование нестерильного инструментария. Многие мужчины, вступающие в половые контакты с мужчинами, не знают, как защитить самих себя или своих партнеров. Завеса тайны, стигмы и позора, окружающая ВИЧ, еще более усугубляет возможные последствия такого рискованного стиля поведения.

2001 год – «Мне не все равно... А тебе?». Кампания 2001 года имела целью шире вовлечь мужчин, в частности молодых мужчин, в мероприятия, направленные на борьбу со СПИДом. Мужчины играют ключевую роль в снижении уровня передачи ВИЧ-инфекции и имеют возможность изменить ход эпидемии СПИДа. Они способны повлиять на развитие эпидемии самым разным образом. Они могут сделать так, чтобы ВИЧ-инфекция не попала в дом, заботиться об инфицированных членах семьи, беседовать с партнерами по вопросам секса и профилактики ВИЧ, учить детей принципам полового здоровья. Кампания также содержала призыв к мужчинам брать на себя роль лидеров как в политической жизни, так и в семье.

2002–2003 годы – тема «Стигма и дискриминация» под лозунгом «Живи и дай жить другим!». «Живи!» означает расширение возможностей людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, и членов их семей, позволяющее им верить в лучшее будущее и бороться за свои права. «Дай жить другим!» – призыв к тому, чтобы каждый человек проанализировал свое повседневное мышление и поведение в отношении ВИЧ-инфицированных.

Стигма и дискриминация представляют собой серьезнейшие препятствия на пути осуществления эффективной профилактики и медицинского ухода в связи с ВИЧ/СПИДом. Страх подвергнуться дискриминации может удерживать людей от того, чтобы обратиться за лечением в связи со СПИДом или открыто признать свой ВИЧ-статус. Людям, инфицированным ВИЧ или подозреваемым в этом, может быть отказано в получении медико-санитарных услуг, жилья или работы, в страховании или въезде в иностранное государство, от них могут отвернуться их друзья и коллеги. В некоторых случаях их выгоняют из дома их собственные семьи, их супруги подают на развод; известны случаи физического насилия или даже убийства. Стигма, окружающая ВИЧ/СПИД, может переходить и на следующее поколение, ложась тяжким бременем на плечи детей, пытающихся справиться с последствиями смерти своих родителей от СПИДа.

Уделяя основное внимание преодолению стигмы и дискриминации, кампания призывала побуждать людей разрушить стену молчания и барьеры на пути эффективной профилактики и лечения в связи с ВИЧ/СПИДом. Только объявив войну стигме и дискриминации, можно одержать победу над СПИДом.

2004 год – «Женщины, девушки и ВИЧ/СПИД». Генеральный секретарь ООН Кофи Аннан по случаю Всемирного дня борьбы со СПИДом сказал: «Женщины составляют наш самый отважный и творчески мыслящий отряд борцов с ВИЧ/СПИДом. Наделение женщин более широкими правами в этой борьбе должно составлять нашу стратегию на будущее. Именно среди них надлежит искать подлинных героев этой войны. Наша задача – вселить в них надежду».

2005–2006 годы – «Остановим СПИД, выполним обещание». Остановить эпидемию СПИДа – значит выполнить те обещания и обязательства, которые были даны в борьбе против ВИЧ. Поэтому для Всемирной кампании против СПИДа в 2005 году была выбрана тема: «Остановим СПИД. Выполним обещание». Начавшись во Всемирный день борьбы со СПИДом 1 декабря 2005 года, кампания продлится до 2010 года.

Главы стран «Большой восьмерки» в июле 2005 года поставили себе цель добиться «универсального доступа» к терапии против ВИЧ к 2010 году. Другие альянсы различных стран также дали обещания.

Каждый может сыграть свою роль в борьбе с ВИЧ/СПИДом и, как сказал Кофи Аннан на специальной сессии по ВИЧ/СПИДу Генеральной ассамблеи ООН: «Каждый из нас должен признать, что СПИД – это наша проблема. Для каждого из нас она должна стать приоритетом».

Всемирная кампания по борьбе со СПИДом призывает отдельных людей и различные группы поддержать тему «Остановим СПИД. Выполним обещание», которая направлена на правительства и политиков всего мира. Основное намерение – начать международную

кампанию, которая призовет наших лидеров к ответу по тем обещаниям и обязательствам, которые они приняли, и побудит их принять меры для их выполнения.

Чтобы достигнуть такой амбициозной цели необходим максимум поддержки и действий, и люди, живущие с ВИЧ, не смогут этого достигнуть без этой поддержки. Необходимо вовлечение как можно большего числа людей с самым разным жизненным опытом: частных лиц или представителей групп, будь то профсоюз, церковь, женская организация или просто молодой человек, который желает изменить мир к лучшему.

«Остановим СПИД. Выполним обещание» – Всемирная кампания, которая предоставит людям возможность такого вовлечения, придаст вес каждому голосу. Кампания станет частью нового глобального движения, которое считает, что более чем для 40 миллионов людей, живущих с ВИЧ, было сделано недостаточно, и эти миллионы людей нуждаются в каждом из нас и нашем участии в кампании.

Каждый может внести свой вклад, дав свое обещание поддержать кампанию и принять участие в ее работе или активно участвовать в кампании вместе с друзьями и коллегами.

Выбор темы «Остановим СПИД. Выполним обещание» был сделан по итогам международных консультаций. Темы, которые предлагали люди из разных стран мира, сводились к личной ответственности в борьбе со СПИДом и выполнению обещаний. Основываясь на этом, новый комитет Всемирной кампании рекомендовал тему «Остановим СПИД. Выполним обещание».

Соглашение глав правительств поддержать Декларацию приверженности борьбе с ВИЧ/СПИДом стало переходным моментом в истории эпидемии СПИДа. Это был знак со стороны правительств, что ВИЧ является неотложной проблемой и требует лидерства, открытости и действия. В то время как многие страны дали свои собственные обязательства в борьбе с ВИЧ/СПИДом, впервые СПИД был признан глобальным кризисом, который требует глобальных действий.

Декларация представляет собой ряд обязательств мировых лидеров, которые они должны были выполнить по возвращении домой. Эти обязательства включали кампании по профилактике, борьбу с предрассудками против людей, живущих с ВИЧ, создание инфраструктур в системе здравоохранения, предоставление необходимых ресурсов, гарантии доступности лечения, поддержки и уважения для людей, живущих с ВИЧ. По многим пунктам были обозначены сроки их исполнения, что делало Декларацию сильным инструментом для руководства и гарантии безопасности действий, поддержки и получения ресурсов для тех, кто борется со СПИДом как в рамках государственных структур, так и вне их.

В Декларации неоднократно подчеркивается важность партнерства между различными секторами общества – от правительства и агентств ООН до коммерческих компаний, профессиональных объединений, религиозных организаций, СМИ, и, что особенно важно, людей, живущих с ВИЧ. Всемирная кампания фокусируется на приверженности подобному партнерству и призывает международное сообщество ответить по тем обещаниям, которые были даны в Декларации. Эти исторические обязательства касаются не только политических лидеров. Каждый играет свою роль в борьбе со СПИДом. Создатели кампании надеются, что кампания сможет в первую очередь вдохновить людей и гарантировать, что каждый «держит слово».

2007 и 2008 годы – «Лидерство». Координаторы Всемирной кампании против СПИДа избрали тему лидерства в качестве темы Всемирного дня борьбы со СПИДом в 2007 и 2008 годах. Эта тема популяризировалась вместе с девизом «Остановим СПИД. Выполним обещание» – лозунгом Всемирной кампании против СПИДа в 2005–2010 годах.

«Нам хорошо известно, что значительного прогресса в борьбе с ВИЧ удавалось добиться при наличии сильных и убежденных лидеров. Лидеров отличают их действия, инновации и видение будущего; личный пример и способность привлечь к работе других; а также стойкость перед лицом препятствий и трудностей, – говорилось в заявлении Всемирной кампании против СПИДа. – Чтобы взять верх над эпидемией, лидерство должно быть продемонстрировано на каждом уровне – в семьях, общинах, странах и на международном уровне».

«Многие из лучших примеров лидерства в борьбе с ВИЧ/СПИДом были продемонстрированы в рамках организаций гражданского общества, пытающихся изменить сложившееся положение. Объявление лидерства темой ближайших двух Всемирных дней борьбы со СПИДом поможет поощрить лидерство в борьбе с ВИЧ/СПИДом на всех уровнях и во всех секторах общества», – отмечалось также в заявлении Всемирной кампании.

Тема лидерства в 2007–2008 годах была продолжением приоритетов Всемирного дня борьбы со СПИДом-2006, посвященного принципу подотчетности. Решение о выборе этой темы было принято членами Глобального руководящего комитета Всемирной кампании против СПИДа на его февральском заседании в Женеве.

«Мы все еще умираем! Обязанности лидера требуют от нас смотреть в глаза этой действительности. Хотя сегодня задача существенного расширения ухода за пострадавшими от ВИЧ/СПИДа уже входит в число приоритетов, но финансирование этих усилий остается недостаточным, а реализация на практике – неудовлетворительной», – говорил член Управляющего комитета Всемирной кампании и председатель Глобальной сети людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, Делорис Докрей.

«Лидерство может также предполагать силу и авторитет в достижении изменений, руководство собственным делом и примером, – добавляла ее коллега по Руководящему комитету, координатор Экуменического альянса борьбы с ВИЧ/СПИДом Линда Хартке. – Обращаясь к глобальной теме лидерства в рамках Всемирного дня борьбы со СПИДом, религиозные лидеры и общины, которые они представляют, смогут помочь вынести на всеобщее обсуждение перспективы будущего, установить партнерские отношения и осуществить конкретные шаги солидарности со всеми, кто стремится обеспечить всеобщий доступ к услугам профилактики, лечения и ухода для всех пострадавших от ВИЧ/СПИДа».

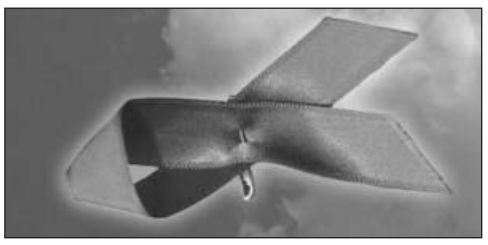
Основной целью Всемирной кампании борьбы против СПИДа в 2005–2010 годах является обеспечение выполнения лидерами и лицами, от которых зависит принятие важных политических решений, их обязательств, касающихся борьбы с ВИЧ/СПИДом, включая задачу обеспечения к 2010 году всеобщего доступа к услугам лечения, ухода, поддержки и профилактики. В течение этой пятилетней миссии каждый год определяется тема годовой кампании, которая должна соответствовать критериям своевременности, насущности и применимости в отношении самых различных регионов и проблем.

Вопрос устойчивого и более активного лидерства в борьбе с ВИЧ/СПИДом, а также его роли в осуществлении долговременных устойчивых мер по противодействию ВИЧ/СПИДу, был поднят директором-исполнителем ЮНЭЙДС Питером Пиотом на Европейской конференции по СПИДу, которая состоялась в Бремене (Германия) 12–13 марта 2007 г. «Именно лидерство приведет к победе или поражению деятельность по борьбе с ВИЧ/СПИДом», – заявил он.

2009 год

Первого декабря 2009 г. в 21-й раз состоялся Всемирный день борьбы со СПИДом, день, когда люди всей планеты объединяются для единой цели – противостоять эпидемии ВИЧ/СПИДа. Главная тема Всемирного дня борьбы со СПИДом в этом году – «Всеобщий доступ и права человека». Лозунги: «Остановить СПИД. Выполнить обещание», «Меня принимают» и «Я пользуюсь своими правами» подчеркивают проблемы стигматизации и дискриминации людей, живущих с ВИЧ, которые по-прежнему остаются острыми.

Данный лозунг чрезвычайно своевременен для нашей страны и наиболее созвучен тем стратегическим изменениям, которые произошли и происходят в ней по отношению к эпидемии ВИЧ-инфекции.



Алексей Кравченко:

«Несмотря на все наше лечение, количество больных ВИЧ-инфекцией продолжает расти»

Сегодня у нас в гостях ведущий научный сотрудник Федерального СПИД-центра профессор А.В. Кравченко.

– Алексей Викторович, когда мы попросили Вас поучаствовать в нашей рубрике «Лица», Вы сразу согласились, хотя некоторых Ваших предшественников приходилось долго уговаривать. В чем причина?

– Я уважаю Ваш журнал* и рубрика «Лица», на мой взгляд, очень удачная и нужная. К примеру, мне очень понравился ваш материал о Людмиле Александровне Рузаевой. У нее действительно один из лучших российских СПИД-центров, и она им руководит уже 20 лет. Помню, мы вместе работали в российско-канадском проекте и уже тогда Красноярский краевой центр СПИД был выбран как один из лучших. И сейчас это один из лучших центров, которым можно гордиться, который оказывает реальную помощь людям. Вся их деятельность, прежде всего, направлена на больного. И они постоянно развиваются, не стоят на месте – оснастили центр хорошими компьютерными базами, соединенными с территориями. Работают филиалы центра в Норильске и других городах края. Да просто молодцы!

– Да, мы тоже знаем Людмилу Александровну много лет как прекрасного врача и человека. Но сегодня хотелось бы поговорить о Вас. Расскажите, с чего все начиналось?

– Ну, наверное, с родителей. Я врач уже в третьем поколении. Мой дедушка был фтизиатром, а мама врачом-микробиологом. Она работала старшим научным сотрудником в Центральном НИИ эпидемиологии. Еще во время учебы во Втором московском медицинском институте меня интересовали инфекционные болезни. Я даже был старостой студенческого научного кружка по инфекционным болезням. После окончания института я прошел обучение в ординатуре по специальности инфекционные болезни. С 1984 по 1987 год работал врачом-инфекционистом в Первой клинической инфекционной больнице в Москве. У меня были очень хорошие учителя. Я с большой теплотой и благодарностью вспоминаю профессора Елену Северьяновну Кетиладзе, старших научных сотрудников Наума Абрамовича Фарбера и Ефима Александровича Пакториса, которые воспитали во мне, наверное, самое главное качество врача – думать о пациенте и постоянно учиться. Далее поступил в аспирантуру в Центральный НИИ эпидемиологии и с 1987 по 1990 год был аспирантом. И здесь мне опять очень повезло с учителями. Как ученый я во многом сформировался благодаря академику РАМН, профессору Виктору Васильевичу Малееву, который был моим научным руководителем сначала по кандидатской, а затем и по докторской диссертациям. После окончания аспирантуры как молодой специалист я пришел в специализированную научно-исследовательскую лабораторию Центрального НИИ эпидемиологии, которой руководил Вадим Валентинович Покровский. В этой лаборатории под руководством академика РАМН В.В. Покровского я работаю и по сей день. За это время я защитил кандидатскую диссертацию и начал научные исследования в области ВИЧ-инфекции. В конце 1998 г. защитил докторскую диссертацию и в течение последних 10 лет моя должность – ведущий научный сотрудник. Три года как я профессор по специальности инфекционные болезни, за эти годы под моим руководством семь сотрудников защитили кандидатские диссертации по различным направлениям ВИЧ-инфекции.

– По мнению Ваших коллег, Вы считаетесь одним из лучших специалистов в области ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов, сочетающий в себе и врача-клинициста, и ученого.

– На самом деле у нас достаточное количество хороших специалистов на сегодняшний день. И в Москве, и в Санкт-Петербурге (в Усть-Ижоре, в городском центре, в больнице Боткина) и в регионах (Московской области, Нижнем Новгороде, Волгограде, Ульяновске, Хабаровске и многих других городах России), на мой взгляд, есть очень хорошие специалисты. Опять-таки в том же Красноярске, заведующая поликлиникой Наталья Юрьевна Галкина, один из лучших специалистов по лечению больных ВИЧ-инфекцией и гепатитами. Так что специалисты есть, и я не могу сказать, вот мы, Федеральный центр, самые лучшие и больше всех знаем. На самом деле мы тоже учимся у других, потому что самое главное в этой ситуации, на мой взгляд, это – общение специалистов. Мы всегда ценим людей, имеющих свой собственный опыт. Ведь в регионах на каждого конкретного врача приходится пациентов больше, чем у нас. Другое дело, что у практического врача нет времени и возможности обобщать все эти данные. Поэтому мы заинтересованы в прямом сотрудничестве с территориальными центрами. И с Волгоградом, Казанью, Челябинском, Хабаровском и с другими городами, где активно работают люди, которые хотят с нами работать. Мы, в свою очередь, с удовольствием будем работать с ними, потому что это люди, которые действительно вкладывают душу в больных. И я понимаю, что у них недостаточно возможностей, чтобы осуществлять научную работу, поэтому мы приветствуем каждого врача, который хочет заниматься еще и наукой.

Больных много. Несмотря на все наши усилия, эпидемия ВИЧ-инфекции продолжает расти, пока наша терапия несущественно сказалась в целом на популяции пациентов. Конечно на тех, кто лечится, это сказалось. В первую очередь, увеличилась продолжительность жизни наших пациентов и улучшилось ее качество. Но, к сожалению, лечатся далеко не все из тех, кому лечение уже необходимо. Потому что часто пациенты или просто не приходят к врачу, или приходят так поздно, что, к сожалению, помочь им бывает уже очень трудно. Существующая реальная обстановка и определяет наши научные интересы. Поскольку мы не теоретики, мы практически не занимаемся теоретическими вопросами ВИЧ-инфекции – молекулярными основами патогенеза ВИЧ-инфекции, особенностями вируса или какими-то тонкими изменениями в иммунной системе. Мы все-таки привязываем все наши исследования к реальной клинической практике. Это и изучение новых лекарственных препаратов и схем лечения, побочных эффектов, особенностей лечения больных ВИЧ-инфекцией и туберкулезом, что, кстати, очень актуально на сегодняшний день – большинство больных ВИЧ-инфекцией погибает именно от туберкулеза. 60 и более процентов наших пациентов страдает хроническими вирусными гепатитами. Если человек заразился вирусом иммунодефицита при употреблении наркотиков, то почти в 100% случаев он имеет еще и хронический вирусный гепатит, а это накладывает отпечаток и на течение ВИЧ-инфекции и гепатита. Определение тактики ведения больных с сочетанными заболеваниями тоже является одним из направлений нашей научной деятельности. Мы стараемся всегда приближать свои исследования к реальной клинической практике так, чтобы то, что мы пишем, потом врачи могли реально использовать. Конечно, мы можем проводить и теоретические исследования, но поскольку мы все-таки практический центр, то абсолютное большинство наших научных устремлений направлены на оказание помощи реальному пациенту, а также практическому врачу, на плечи которого ложится основная ноша по лечению больных ВИЧ-инфекцией.

– А какие именно исследования?

– В настоящее время мы продолжаем исследования по лечению хронических гепатитов у больных ВИЧ-инфекцией. Ранее мы оценивали эффективность противовирусной терапии хронического гепатита С у больных, не нуждающихся в лечении ВИЧ-инфекции. Сейчас мы подбираем эффективные схемы АРВТ для лечения больных, нуждающихся как в лечении гепатита С, так и ВИЧ-инфекции. Оцениваем, какая схема лучше работает и является более безопасной. Дело в том, что до сих пор в мире нет четких рекомендаций, какие антиретровирусные препараты лучше использовать в схемах АРВТ при одновременном лечении хронического гепатита С и ВИЧ-инфекции.

Второй очень важный аспект нашей деятельности – туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией. Когда лучше начинать лечение ВИЧ-инфекции у больного с туберкулезом и какие схемы АРВТ лучше использовать? Ведь пациенту тяжело одновременно принимать очень большой объем лекарственных средств. А это не меньше 4–5 противотуберкулезных препаратов, потому что сейчас уже у части больных ВИЧ-инфекцией обнаруживают устойчивость микобактерий к противотуберкулезным препаратам, и уже не каждый препарат будет эффективным. Плюс к этому пациент должен получать как минимум три АРВ-препарата, а пациенты на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, как правило, имеют еще и грибковые инфекции, и мы должны их тоже лечить. Также большинству пациентов необходимо проводить профилактику пневмоцистной пневмонии и токсоплазмоза, а ряду больных и цитомегаловирусной инфекции. Поэтому приходится составлять

С сотрудниками Федерального СПИД-центра на Международной конференции по СПИДу (Барселона, 2002 г.)

* Журнал «Шаги *профессионал*» № 6, 2009.

С В. Шахгильдяном и М. Наркевичем на Международной конференции по СПИДу (Бангкок, 2004 г.)

довольно сложные комбинации лекарственных средств, что, конечно, само по себе большая нагрузка для пациента. Кроме того, отдельные противотуберкулезные препараты обладают токсичностью для клеток печени, а большинство наших больных страдают хроническими вирусными гепатитами. Вот и посудите сами, насколько сложный выбор стоит перед врачом при определении комбинации лекарственных средств.

Конечно, пациенту приходится очень трудно, поэтому очень большая ответственность ложится на врача – он должен грамотно подобрать схему лечения для каждого пациента. И хотя, конечно, существуют стандарты лечения и туберкулеза, и ВИЧ-инфекции, и гепатитов, и мы этим стандартам следуем, но на самом деле в таких сложных случаях нужны индивидуальные подходы. Мы не можем шаблонно переносить стандарт на конкретного пациента. Приходится каждый раз проводить коррекцию. И в конечном итоге наша задача заключается в том, чтобы не только отработать эти схемы, но научить этому врачей, поскольку обучение специалистов – это еще одна значительная часть нашей деятельности.

Недавно мы с докторами из регионов обсуждали эти проблемы. В настоящее время на базе нашего центра проходит сертификационный учебный цикл для врачей с различных территорий России. Действительно, у людей есть потребность в знаниях, в обмене опытом. Буквально неделю назад я проводил уже третью в этом месяце Интернет-конференцию. Это новая для нас форма работы, мы по Интернету читаем лекции, общаемся со специалистами, отвечаем на вопросы. Следующая форма работы, которую мы уже частично опробовали, это – видеоконференции. Они очень важны, потому что за одну видеоконференцию можно охватить несколько территорий, куда чисто физически мы не всегда можем поехать. Кроме того, имеют значение и финансовые вопросы, поскольку поездки – это тоже не дешево.

Очень важная составляющая нашей научной деятельности – это исследования новых схем лечения. Естественно, к нам в Россию новые препараты приходят позже, чем они появляются в Европе или Соединенных Штатах. Поэтому при регистрации препарата в России они также проходят клинические исследования. Кроме того, мы участвуем в европейских клинических исследованиях по отработке эффективности и безопасности новых препаратов. Препарат может быть и не новым, но появляется его новая форма или новая дозировка, более удобная для приема пациентом и более безопасная. Могут быть новые комбинации антиретровирусных препаратов. Результатом деятельности нашего научного центра является подготовка и публикация клинических рекомендаций для врачей по диспансерному наблюдению, обследованию и лечению больных ВИЧ-инфекцией. Последний вариант таких рекомендаций был только что опубликован в издательстве «ГЭОТАР-Медиа».

Еще очень важный аспект нашей работы – это оценка развития резистентности вируса к лекарственным препаратам. Несмотря на то, что пациенты в нашей стране получают АРВ-терапию не так давно, проблема резистентности потихонечку все же появляется. В первую очередь мы оцениваем резистентность у тех пациентов, у которых лечение по тем или иным причинам потерпело неудачу. Это может быть связано с тем, что пациент не всегда правильно соблюдал режим терапии, либо мог принимать какие-нибудь препараты, повлиявшие на эффективность лечения. Достаточно серьезно нас беспокоит вопрос о том, что на фоне широкого применения антиретровирусных препаратов возникает ситуация, когда в популяции больных ВИЧ-инфекцией начинается циркуляция вируса уже устойчивого к отдельным лекарствам. Если пациент плохо соблюдает прием препаратов и у него в крови продолжается размножение вируса, то он может заразить своего партнера либо половым путем, либо при совместном употреблении наркотиков. В данном случае существует вероятность, что вирус у вновь зараженного человека уже будет устойчив к некоторым АРВ-препаратам и, естественно, когда мы назначаем такому пациенту схему лечения, может оказаться, что она не будет работать, поскольку, как правило, в качестве АРВТ первой линии пациенту назначают одну из стандартных схем. Вполне вероятно, что через несколько лет нам придется подходить к вопросу о первичной устойчивости ВИЧ так, как к нему уже подходят в Западной Европе или Северной Америке, когда каждому пациенту перед началом лечения проводят тест на резистентность и подбирают схему лечения исходя из его результатов. В этих странах уже 10–12% больных имеют устойчивость вируса до начала терапии, и это очень большая проблема. И эта проблема, как я уже говорил, встанет и перед нами, если не завтра, то через несколько лет наверняка.

Поскольку это одна из наиболее важных проблем, то наш центр должен обобщать эти данные по стране, вести мониторинг наблюдения за пациентами. Сейчас часть территорий уже имеет оборудование и методики определения резистентности, во всех окружных центрах СПИДа поставлены приборы для ее определения. Таким образом, в настоящее время мы имеем техническую возможность собирать материалы по всей стране и вести такой мониторинг, чтобы потом обобщать данные.

– Кроме научной деятельности Вы же еще занимаетесь лечением?

– Да, конечно, у меня значительное количество своих пациентов, которых я наблюдаю уже годами. Правда, в последнее время я не часто беру новых больных, потому что уже не успеваю физически – очень много времени отнимают и научная, и педагогическая деятельность, выезды в территории. Было бы не совсем правильно набирать большое количество пациентов, поскольку больной должен постоянно общаться с врачом, а когда врач в отъездах, то эта гармония нарушается не в пользу пациента.

Кроме того, я как старший товарищ постоянно консультирую молодых докторов по поводу пациентов. Врачи обращаются ко мне с разного рода клиническими вопросами, а также по поводу схем лечения или побочных эффектов терапии. Так что консультативной работы у меня много. Кроме того, достаточно часто приходится консультировать врачей из других центров по телефону. Обращаются с различными проблемами ведения больных, с теми же схемами АРВТ, с вопросами оценки резистентности – это тоже большая клиническая работа. Также я еженедельно езжу в туберкулезную клинику, где консультирую больных с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией.

– Какие, на ваш взгляд, сейчас наиболее острые проблемы в этой области?

– С одной стороны, сейчас терапия стала более безопасной, более удобной. Стало гораздо меньше побочных эффектов, больные довольно длительное время могут существовать на первоначальной схеме лечения, и это большой шаг вперед. Тем не менее у нас все еще существуют проблемы с отдельными лекарствами. Во-первых, не весь спектр препаратов, который есть в мире на сегодняшний день, нам доступен. Например, мы, к сожалению, лишены такого препарата как Тенофовир, хотя он применяется для лечения больных ВИЧ-инфекцией в Америке и Европе с 2001 года. Этот препарат входит в состав первоначальных схем АРВТ, присутствующих во всех современных рекомендациях, включая рекомендации Всемирной организации здравоохранения. Тенофовир эффективен не только против вируса иммунодефицита, но и против вируса гепатита В, что существенно повышает его значимость. И этого препарата у нас до сих пор нет. Это огромный минус для нашей работы, потому что на сегодняшний день это один из самых эффективных и безопасных препаратов.

– А с чем это связано?

– В странах Северной Америки и Западной Европы Тенофовир производит компания Gilead. Сначала производители не давали права другим компаниям на представление препарата в России. Почему они так решили, я не могу сказать. Сейчас, насколько я знаю, регистрируется дженерик качественный, неплохой. Но опять-таки, есть какие-то проблемы с его регистрацией. Кто способствует тому, что препарат не поступает в Россию, мне также сказать трудно. А препарат очень нам нужен, он входит в состав схемы терапии первой линии. Даже в странах Африки его уже используют, а у нас его до сих пор нет. Это во-первых.

Во-вторых, у нас закупка препаратов осуществляется все-таки слишком поздно. Например, в 2009 году препараты по заявке на этот год стали поступать в территориальные центры СПИДа только в середине года. Это, конечно, поздно. Еще одной проблемой являются не равномерные поставки лекарств – одни препараты получили, вторые – еще не дошли, и полноценную схему терапии составить трудно. Часто врачам приходится назначать те лекарства, которые у них есть, поскольку лечить-то все равно нужно. А как иначе? И эти «вынужденные» схемы лечения не всегда правильные.

Одной из наиболее важных составляющих успеха АРВТ является приверженность пациента лечению. На тех территориях, где пациентов очень много, только 50–60% больных действительно регулярно приходят в центр СПИДа и проходят обследование. Конечно, на территориях, где больных немного, может быть почти 100%-ная посещаемость, там врачи всех пациентов в лицо знают. А вот где больных много, конечно, очень трудно. Это и Санкт-Петербург, и Екатеринбург, и Иркутск, и это приводит к тому, что часть пациентов (а это, как правило, потребители инъекционных наркотиков, которые заразились ВИЧ в 1998–2001 годах) никуда не ходили, даже если выявлены были. Даже если их и пытались пригласить в СПИД-центр, то максимум письменно по адресу, где он прописан. А он там может и не появляется вовсе.

Вот тут и встает серьезно вопрос о работе с неправительственными организациями, которые на себя берут функцию достучаться до сознания пациента. Потому что наркозависимые не читают газеты, не смотрят телепередачи, поэтому я не думаю, что та форма работы, которую проводит го-

На научно-практической конференции в Хабаровске (2009 г.)

сударство, достаточна. Медицинскую помощь по ВИЧ-инфекции надо приближать непосредственно к пациенту, в то медицинское учреждение, куда он обратился (наркологический или противотуберкулезный стационар, районная поликлиника, женская консультация и др.), а не ждать, пока пациент обратится в территориальный центр СПИДа. А если пациент еще и прописан в каком-то небольшом городе и надо попасть в областной СПИД-центр, то в большинстве случаев он туда не поедет. И кончается это тем, что пациенты оказываются в поле зрения врача, когда у них уже ярко выраженная клиника, когда появляются тяжелые заболевания, и пациента госпитализируют. В стационаре выясняют, что у него ВИЧ-инфекция, берут кровь на исследование иммунного статуса, и обнаруживают, что количество CD4-лимфоцитов менее 50 клеток на 1 мкл (часто 10–20 клеток), а клинические симптомы связаны с тяжелым течением туберкулеза, токсоплазмоза, пневмоцистоза, цитомегаловирусной и других инфекционных или онкологических заболеваний. Часто такому пациенту даже не успевают начать лечение ВИЧ-инфекции, и такие больные, к сожалению, погибают. А в принципе, если бы пациент регулярно наблюдался, то терапию ему назначили бы вовремя и у него были бы все шансы на долгую и качественную жизнь. Вот это большая проблема для таких пациентов, а их немало. Насколько мне известно, в Москве, среди погибших пациентов с ВИЧ-инфекцией, более 85% составляют больные, которые либо вообще не знали о наличии у них ВИЧ-инфекции и узнали о ней только тогда, когда возникли тяжелые вторичные заболевания, либо – потребители наркотиков, которые не обращались в МГЦ СПИД в течение 10 лет и более. Поэтому, несмотря на наличие эффективной терапии, ежегодное количество смертей, связанных с ВИЧ-инфекцией, будет увеличиваться. Терапия помогает лишь тем больным, которые регулярно приходят на диспансерное наблюдение и получают лечение.

Регулярное диспансерное наблюдение – это очень важно для пациента. Больной ВИЧ-инфекцией должен не просто придти на осмотр врача в центр СПИДа. Пациенту необходимо пройти обследование – хотя бы сдать кровь на вирусную нагрузку и количество CD4-клеток. А как иначе врач сможет оценить состояние больного человека и решить вопрос: нужно пациенту лечиться или нет? Но для этого нужно всем приложить большие усилия: и врачам, и самим пациентам – и создавать то, что называется мультипрофессиональными командами, куда входят и «равные» консультанты. Ведь пациент проводит в стенах медучреждения очень небольшое количество времени, а чем он занят в остальное время – предоставлен самому себе, находится наедине со своими мыслями и страхами? Откровенно говоря, потребителей инъекционных наркотиков привлечь на обследование в центр СПИД очень непросто, потому что у этих людей совершенно другие жизненные интересы. Он не живет завтрашним днем, не думает о своем здоровье. Для многих из них главное – где раздобыть следующую дозу препарата. Вместе с тем, нельзя их всех рассматривать как одно целое. Они разные. И среди них есть пациенты, с которыми можно работать, но для этого их надо хотя бы увидеть.

Многие СПИД-центры имеют хорошие связи с неправительственными организациями, работают вместе с ними. Не везде одинаково, где-то хорошо, где-то не очень, но работают, стараются, обмениваются опытом. Ежегодно мы проводим совещание в Суздале, на котором все-таки какой-никакой, но происходит обмен опытом. Во многих центрах СПИДа есть и психотерапевты, и психологи, поэтому имеются все возможности для создания мультипрофессиональных команд и приближения медицинской помощи к конкретному пациенту. Раньше на отдельных территориях были существенные проблемы с определением вирусной нагрузки, иммунного статуса, не было соответствующего оборудования. Сейчас оно есть практически везде. С 2006 г. работает Национальный проект «Здоровье» и территориальные центры СПИДа получают лекарства из федерального бюджета, согласно той заявке, которую они сами и составили. В настоящее время в рамках Национального проекта лечение получают почти 53 тысячи больных ВИЧ-инфекцией. Поэтому можно вполне определенно сказать, что если пациент хочет и готов лечиться, то для этого у него есть все возможности.

Помимо Национального проекта на территории России работают еще и программы Глобального фонда, в рамках которых лечение получает не менее 12 тыс. человек. А это особая ситуация. Среди этих пациентов существенную долю составляют больные, которые по-другому получать лечения не могут. Как правило, это лица без гражданства, иностранные граждане, к примеру, из Украины, Закавказья или Средней Азии. Эти люди уже много лет живут на территории России, но лечение в рамках Нацпроекта мы им дать не можем, а вот в рамках Глобального фонда – пожалуйста. Без специфической терапии они, скорее всего, уже погибли бы, однако, благодаря программам Глобального фонда получают лечение и до сих пор живы. Я не представляю себе, что с ними будет, когда эти программы закончатся.

Еще одна проблема, актуальность которой может существенно возрасти в ближайшее время – это отдаленные последствия терапии. Пока среди наших пациентов преобладают люди молодого возраста, это не так страшно – у молодых людей нет таких выраженных нарушений жирового обмена, обмена глюкозы. У них довольно редко развивается сахарный диабет, нарушения в обмене липидов. Но популяция пациентов потихонечку стареет, появляется больше людей старшего возраста. Те, кто был в среднем возрасте, переходит в старший, и естественно у людей с возрастом появляются проблемы со стороны сердечно-сосудистой, эндокринной систем, и ряд других проблем (патологические изменения со стороны почек, костной ткани и др.). Если у человека нет каких-либо хронических заболеваний, то влияние антиретровирусных препаратов невелико. Когда больных ВИЧ-инфекцией, получающих АРВТ, много и они становятся старше, это становится серьезной проблемой. С этим уже столкнулись врачи в Западной Европе и США, поэтому нам надо знать, к чему готовиться и как действовать. Например, если взять те же самые препараты, применяемые при лечении нарушения обмена липидов, то эти препараты пока не внесены в стандарты лечения ВИЧ-инфекции, и их придется включать в стандарты в ближайшем будущем, иначе их не будут закупать за счет федеральных или территориальных средств. Поэтому в настоящее время мы консультируемся с кардиологами, эндокринологами и врачами других специальностей, поскольку мы как инфекционисты не можем быть экспертами во всех заболеваниях человека. Ведь больной ВИЧ-инфекцией – это такой же человек, как и все мы, он может болеть любыми заболеваниями. Именно поэтому нам приходится искать смежных специалистов, с которыми можно работать и которые готовы работать с больными ВИЧ-инфекцией.

– Каков Ваш прогноз развития ВИЧ?

– Эпидемия ВИЧ-инфекции в России развивается. Пока ежегодный прирост новых случаев ВИЧ-инфекции составляет 10–15%. В 2001 году был пик заболеваемости (количество новых случаев превысило 80 тысяч человек), после которого началось некоторое снижение, а с 2004 года кривая заболеваемости вновь пошла вверх. Если в 2000–2001 годах среди вновь выявленных больных ВИЧ-инфекцией 90% составляли лица, внутривенно употреблявшие наркотики, то в последние годы примерно 40% – это лица, заразившиеся ВИЧ при сексуальных контактах. А в отдельных территориях их доля превышает 60%. Вместе с тем в некоторых регионах уже идет вторая волна заражения ПИН, поскольку подросла молодежь. Ведь распространение наркотиков сохраняется на достаточно высоком уровне (в 2008 г. в России зарегистрировано почти 390 тысяч человек, использующих внутривенное введение наркотиков). Борьба с наркоманией должна вестись не только правоохранительными органами. Молодежи важно прививать моду на здоровый образ жизни – заниматься спортом, учиться, получать профессию, зарабатывать много денег. Почему нет? Тогда молодые люди вместо того, чтобы сидеть и пить пиво или что-то еще, будут вкладывать свои силы и время в образование и здоровье. К сожалению, средств, выделяемых Правительством России на профилактику ВИЧ-инфекции, крайне мало, и это несмотря на то, что среди больных ВИЧ-инфекцией в России доля людей в возрасте 15–30 лет составляет 82%.

– Что бы Вы хотели добавить от себя лично?

– Я думаю, что все основные вопросы мы с Вами уже обсудили. От себя лично, как от сотрудника Федерального центра, могу добавить, что мы всегда открыты как для пациентов, так и для врачей. Единственное, что мы, к сожалению, не можем – это принимать пациентов без направления из территориальных центров СПИДа. В основном это связано с финансовыми и юридическими проблемами. Если пациент обращается к нам за консультацией или хочет пройти обследование в нашем центре, то ему необходимо получить направление к нам из своего территориального центра СПИД. Естественно, консультации наших специалистов и обследование для больного бесплатны. Мы никогда не отказываем пациентам в помощи. И второе, мы никогда не отказываем врачам в консультации. Вы можете звонить нам по телефону, писать по электронной почте (kravtchenko@hivrussia.net). Мы всегда открыты для совместной работы, готовы выезжать на территории, принимать участие в конференциях, семинарах, консультировать пациентов. С большим удовольствием мы привлекаем специалистов из территорий для участия в научных исследованиях, написания рекомендаций по диагностике и лечению больных ВИЧ-инфекцией. Поэтому обращайтесь. И всем нам удачи в этом нелегком деле.

Ну и конечно, хочу поздравить всех с наступающим Новым годом и пожелать счастья и успехов!

Вел беседу В. Пчелин

Перед учебной лекцией. Красноярск (2003 г.)

Правила въезда и проживания для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом

Информация для консультантов СПИД-сервисных организаций. Краткий справочник 2008/2009

(*Окончание. Начало см.* «Шаги *экспресс*» *№ 3–5, 7, 8, 2009 г.*)

Страна, территория, область	Правила въезда	Правила проживания	Комментарии	Источник
Центрально-Африканская Республика	Посольство не располагает данными об ограничениях на въезд для ЛЖВ (2)	Посольство не располагает данными об ограничениях на пребывание для ЛЖВ (2). Медсправка, включающая анализ на ВИЧ, требуется для обучения, вида на жительство и разрешения на работу (4)	Требуется вакцинация от желтой лихорадки (4). Информация о правилах проживания противоречива и расплывчата. В случае, если у Вас есть информация, которая может прояснить ситуацию, мы просим Вас связаться с авторами	2, 4 (#)
Чад	Ограничения для ЛЖВ отсутствуют (2)			2
Черногория	То же (2, 5)			2, 5
Чехия	То же (1)			1
Чили	То же (2)		Информация о тестировании на ВИЧ иностранных студентов и рабочих устарела и недействительна	2
Швейцария	То же (1)			1
Швеция	То же (1)			1
Шри-Ланка	Ограничения отсутствуют. Вопросы про ВИЧ на границе не задаются (2)	При подозрении на ВИЧ иностранцу может быть отказано в праве на въезд (3)	Власти будут постоянно просить ЛЖВ (иностранцев) покинуть страну. Все осужденные за преступления на сексуальной почве подвергаются тестированию на ВИЧ (2)	2, 3
Эквадор	Ограничения на краткосрочные туристические поездки отсутствуют (2)	Для получение разрешения на долгосрочное пребывание иностранцы, как правило, должны предоставлять результат анализа на ВИЧ (2)	Иностранцы, уже имеющие статус резидента, не потеряют его в случае обнаружения ВИЧ (2)	2
Экваториальная Гвинея	Может требоваться предоставление медсправки (даже для туристов) (7)		Положительный диагноз может привести к запрету въезда или к депортации. Требуется подтверждение о вакцинации от желтой лихорадки (4)	4
Эритрея	Ограничения для ЛЖВ отсутствуют (2)	Нет специальных правил проживания для ЛЖВС (2). Анализ на ВИЧ может быть затребован при въезде (4). Для заключения брака как иностранцам, так и гражданам необходимо сдать анализ на ВИЧ (2); последствия неизвестны	Информация о правилах проживания и вступления в брак противоречива и расплывчата. В случае, если у Вас есть информация, которая может прояснить ситуацию, мы просим Вас связаться с авторами	2, 4 (#)
Эстония	То же (1, 2)			1, 2
Эфиопия	То же (1, 2)		Требуется подтверждение о вакцинации от желтой лихорадки (4)	1, 2
Южная Африка	То же (1, 2)		Информация из американских источников о том, что тест на ВИЧ требуется от всех шахтеров, устарела и недействительна (5)	1, 2, 5
Ямайка	То же (2)	Иностранцы с раскрытым ВИЧ-положительным статусом не подвергаются каким-либо ограничениям на пребывание (2)		2
Япония	То же (1, 2)			1, 2

Советы по пользованию Кратким справочником

- Краткий справочник содержит текущую информацию по 186 странам. Если указано, что информация по ограничениям на въезд отсутствует, это означает, что мы не смогли ее найти, либо ранее полученная информация устарела.
- В разделе «Правила въезда» представлена информация по туристическим поездкам сроком примерно на один месяц.
- Раздел «Правила проживания» относится к более длительному пребыванию (обычно более 3-х месяцев). Часто – в связи с разрешением на учебу или работу.
- Раздел «Комментарии» включает информацию из разных источников и, кроме того, указывает на противоречие имеющихся данных. Также включена информация о желтой лихорадке.
- В основном нижеследующее утверждение верно даже для стран, в которых ограничения существуют: как правило, у туристов не возникает проблем в случае, если ВИЧ-статус не раскрывается. Однако значки с красной лентой или другие явные признаки ВИЧ не стоит надевать во время въезда.

Символы, использующиеся в таблице

(#) – Некоторые источники содержат противоречивую информацию. Мы рекомендуем внимательно изучить источники из полной версии списка и, в зависимости от ситуации, в которой находится человек, оценить всю полученную информацию.

Источники использованной информации отмечены в последней колонке таблицы номером. Ссылка приведена в отдельных полях только в тех случаях, когда информация из разных источников дополняет либо противоречит друг другу.

1 – Информация от посольства целевой страны в Германии.
2 – Информация от посольства Германии в целевой стране.
3 – «Aids Info Docu», Швейцария. Источник: Федеральный департамент иностранных дел, Берн/CH, DP VI/ Секция консульской защиты, 15.03.2000.
4 – Веб-страница Госдепартамента США; Публикации по путешествиям / декабрь 2006 г. (http://travel.state.gov/ travel/tips/brochures/brochures_1229.html) по состоянию на 1 июля 2007 г. (в настоящее время недоступна).
5 – Информация от НПО, ведущей деятельность в соответствующей стране.
6 – Данные, полученные от СМИ.
7 – Сайт Департамента иностранных дел и международной торговли Канады (http://www.voyage.gc.ca/dest/report-en.asp?country=82000).

В таблице представлен обзор правил въезда и проживания, о которых нам известно по состоянию на июнь 2008 г.

Новости от AIDS.ru

Глобальный фонд продлил гранты России на осуществление программ для уязвимых групп

Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией выделил новое финансирование в размере 24 млн. долларов США для продолжения реализации программ по профилактике ВИЧ, предназначенных для наиболее уязвимых групп населения, таких как потребители инъекционных наркотиков и работники секс-бизнеса, в 10 субъектах Российской Федерации.

Согласно политике Глобального фонда, определяющей права на получение грантов, Россия более не может получать финансирование для программ по борьбе со СПИДом. Однако правление фонда приняло решение продлить срок действия гранта для Открытого института здоровья с учетом особых обстоятельств, признав, что прекращение финансирования приведет к возникновению чрезвычайной ситуации.

Решение о выделении нового финансирования позволит продлить осуществление программ «ГЛОБУСа», ориентированных на уязвимые группы населения, до 31 декабря 2011 года. Пятилетний грант, предоставленный в 2004 году Открытому институту здоровья в размере 88,74 млн. долларов, истек в конце августа 2009 года.

Как отмечается в пресс-релизе Глобального фонда, проект «ГЛОБУС» «оказывает существенное воздействие благодаря поддержке профилактических мероприятий, направленных на повышение информированности по вопросам ВИЧ/СПИДа и на снижение передачи вируса». Основные целевые группы программы – потребители инъекционных наркотиков, мужчины, практикующие секс с мужчинами, уличные дети, мигранты и заключенные.

Компонент, предусматривающий осуществление лечебных мероприятий, включая профилактику передачи ВИЧ от матери к ребенку, а также профилактических мероприятий для населения в целом, будет финансироваться правительством России.

«Решение правления продлить грант Глобального фонда для объединения «ГЛОБУС» в России носит прагматичный характер и отражает чувство сострадания, – сказал исполнительный директор Глобального фонда, профессор Мишель Казачкин. – Это прагматичное решение, оно позволяет этой сети организаций продолжать жизненно важную работу, которая наглядно свидетельствует о предотвращении новых случаев инфицирования и о спасении жизни людей в группах населения, наиболее уязвимых к ВИЧ. Это решение, продиктованное чувством сострадания, поскольку правление признало, что при принятии решений о выделении средств фонд исходит не только из того, насколько богаты или бедны страны, но также принимает в расчет потребности наиболее нуждающихся в помощи людей».

В конце 2010 года правление Глобального фонда произведет пересмотр применяемых квалификационных критериев, определяющих права стран на получения грантов.

Робин Горна, исполнительный директор Международного общества СПИДа (IAS), приветствует решение Глобального фонда, но подчеркивает необходимость финансирования профилактических программ российским правительством. «Такое решение спасет тысячи жизней, однако это временная мера. Основное бремя ответственности остается на российском правительстве, которому следует использовать 20-летний опыт науки и практики и принять новые долгосрочные программы по снижению вреда, наносимого эпидемией СПИДа. Именно это спасет еще десятки тысяч жизней молодых россиян», – сообщила она в интервью «Голосу Америки» .

Профессор Джерри Стимсон из Международной ассоциации снижения вреда (IHRA) считает, что приоритетом для России должны стать программы снижения вреда, в том числе заместительная терапия. «Десять лет назад с вирусом жили сто тысяч россиян, сейчас – уже миллион. И их число растет. Вот почему российские власти должны оставить в стороне идеологию и ввести некоторые долгосрочные меры по сокращению вреда. Например, изменить законодательство относительно возможности применения новых методов медикаментозного лечения больных, страдающих наркоманией. Такие меры, уже используемые в других странах, помогут снизить распространение эпидемии», – говорит профессор Стимсон.

«Новое решение Глобального фонда выделить нашей стране дополнительные средства очень важно и очень своевременно, – заявила «Голосу Америки» Наталья Подогова, глава представительства Глобальной бизнес-коалиции против ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии (GBC) в России и Украине. – Ведь финансирование профилактических программ по СПИДу на 2010 год в рамках Приоритетного национального проекта «Здоровье» не предусмотрено. К тому же в августе этого года проект «ГЛОБУС» завершен».

В создавшихся условиях, то есть в отсутствие значительного финансирования программ профилактики, нацеленных на наиболее уязвимые к эпидемии СПИДа группы людей, очень многие проекты оказались под угрозой закрытия.

По мнению Натальи Подоговой, многие специалисты и люди, напрямую или косвенно затронутые эпидемией, будут признательны правлению Глобального фонда, решившему продлить срок действия гранта для Открытого института здоровья именно с учетом особых обстоятельств. Этим самым было признано, что прекращение финансирования приведет к возникновению чрезвычайной ситуации. «Мы очень надеемся, что за время последующей работы проекта позиция министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по отношению к программам снижения вреда изменится, – сказала в заключение Наталья Подогова, – и в отсутствии международного финансирования российское государство будет в состоянии помогать своим гражданам и заботиться о здоровье тех, кто в этом нуждается в первую очередь».

Опубликован доклад о связи между ВИЧ и изменением климата

Успех глобального противодействия СПИДу будет зависеть не только от того, удастся ли справиться с наступающим вирусом, но и от успехов в преодолении воздействий изменения климата, таких как нехватка продовольствия и питьевой воды, рост бедности и все более частые природные катастрофы. Это одна из ключевых тем доклада «Народонаселение мира в 2009 году», выпущенного сегодня Фондом Организации Объединенных Наций в области народонаселения (UNFPA).

В докладе также высказывается мнение, что усиление мер в ответ на эпидемию СПИДа будет также означать, что отдельные люди, общины и общество в целом станут более устойчивыми в социальном плане перед лицом угроз, вызванных изменениями климата, и будут способны лучше справляться с их последствиями. Считается, что между ВИЧ и изменением климата существуют глубокие связи, и это мнение разделяет целый ряд учреждений ООН, включая ЮНЭЙДС и Программу Организации Объединенных Наций по окружающей среде (UNEP).

Доклад о народонаселении мира имеет подзаголовок: «Перед лицом меняющегося мира: женщины, народонаселение и климат», поскольку женщины находятся в самом центре деятельности по преодолению изменений климата, и предполагается, что стратегии, программы и вмешательства с большей вероятностью помогут смягчить самые тяжелые последствия, если будут отражать права и потребности женщин.

В докладе отмечено, что на женщин пришелся основной удар из-за изменения климата, отчасти потому, что во многих странах они составляют большинство сельскохозяйственной рабочей силы, сильно пострадавшей от экологического кризиса, а также потому, что зачастую они не могут в достаточной степени контролировать свою жизнь и не имеют доступа к таким же возможностям для заработка, какие есть у мужчин – они чаще живут в бедности, которая может усугубляться. Как сказала исполнительный директор фонда ООН в области народонаселения Торайя Ахмед Обейд, «малообеспеченные женщины в бедных странах больше всего пострадали от изменения климата, хотя меньше всего способствовали этому».

Приводятся многочисленные примеры резких изменений климата – от таяния ледников в Боливии до уничтожения урожая тайфунами на Филиппинах, от засухи на востоке и юге Африки до наводнений во Вьетнаме. В любой из этих ситуаций, как отмечено в докладе, женщинам приходится бороться, чтобы сохранить средства к существованию и свои семьи, а в некоторых случаях – и саму жизнь.

По данным доклада, расширение прав женщин и девушек, особенно путем инвестиций в здравоохранение и образование, помогает ускорить экономическое развитие и сократить бедность, что, таким образом, оказывает положительное влияние на способность справляться с изменениями климата. Девушки, имеющие более высокий уровень образования, лучше защищают себя от ВИЧ и имеют менее многодетные и более здоровые семьи по достижении взрослого возраста. В целом, доступ к услугам по охране репродуктивного здоровья, таким как планирование семьи, приводит к снижению показателей рождаемости, а это оказывает прямое влияние на снижение потенциальных последствий экологических кризисов и повышает вероятность устойчивого развития.

«Интересы женщин должны учитываться в любых соглашениях об изменении климата – и не просто для проформы или потому, что это политкорректно, но просто потому, что это правильно, – говорит Торайя Обейд. – Будущее человечества, зависит от способности в полной мере раскрыть потенциал каждого человека и в максимальной степени – потенциальные возможности женщин, чтобы добиться изменений».

В докладе «Народонаселение мира в 2009 году» говорится, что срочно необходимо бросить вызов гендерному неравенству во всех его проявлениях, не только для того, чтобы улучшить жизнь отдельных женщин, но и чтобы предупредить самые тяжелые последствия экологического кризиса. Ощущение безотлагательного характера этой проблемы должно передаться лидерам и участникам переговоров, которые в декабре встретятся в Копенгагене на конференции по вопросам угрожающих изменений климата. Их призывают «думать творчески» не только о вредных выбросах и целевых показателях, но и о населении, репродуктивном здоровье и гендерном равенстве, а также о том, какой вклад они могут внести в создание «справедливого и экологически устойчивого мира».

Поставки препаратов для профилактики и лечения ВИЧ в российские регионы завершены в полном объеме

Руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) Геннадий Онищенко провел селекторное совещание, в котором приняли участие представители органов исполнительной власти, руководители органов управления здравоохранением, заместитель руководителя Федерального медико-биологического агентства, главный санитарный врач Федеральной службы исполнения наказаний, руководители управлений Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации и по железнодорожному транспорту, главные врачи центров гигиены и эпидемиологии.

Среди прочих вопросов обсуждались поставки диагностических средств и противоретровирусных препаратов для профилактики и лечения ВИЧ-инфекции. Предусмотренные Приоритетным национальным проектом «Здоровье» поставки завершены в полном объеме, сообщает сайт Роспотребнадзора.

За десять месяцев 2009 года в рамках Приоритетного национального проекта «Здоровье» противоретровирусная терапия была предоставлена 52 916 ВИЧ-положительным. Проведено 248 546 исследований по определению иммунного статуса и 236 688 исследований по определению вирусной нагрузки. В целях профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку 5735 ВИЧ-положительных беременных женщин получали противоретровирусные препараты. Охват мероприятиями по профилактике вертикальной передачи ВИЧ в 2009 году вырос до 84,2% среди беременных, до 94% – в родах и до 100% – среди новорожденных.

За весь период реализации Приоритетного национального проекта «Здоровье» лечение против вирусных гепатитов В и С получили 13 243 ВИЧ-положительных, в том числе 6583 человека в 2009 году. В 2009 году Роспотребнадзор путем оптимизации расхода средств федерального бюджета, выделенных на реализацию Приоритетного национального проекта «Здоровье», дополнительно к запланированным объемам обеспечит препаратами для лечения гепатитов В и С более 690 пациентов.

Вадим Покровский считает, что эпидемия СПИДа в России будет нарастать

Эпидемия СПИДа в России продолжается, и ситуация с каждым годом становится только хуже. Об этом заявил на состоявшейся в преддверии Всемирного дня борьбы со СПИДом пресс-конференции руководитель Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом (Федеральный центр СПИД) Вадим Покровский.

По данным Вадима Покровского, ежедневно в России регистрируется 140–150 новых случаев ВИЧ-инфекции. Если в 2007 году было официально зарегистрировано 49 тыс. новых случаев, то в 2008 – уже 55 тыс. В 2009 году специалисты ожидают примерно 60 тыс. новых случаев, а в ближайшие четыре–пять лет придется лечить около 400 тыс. человек.

При этом средств на лечение и, главное, профилактику ВИЧ выделяется явно недостаточно. На 2009 год в рамках Приоритетного национального проекта «Здоровье» на профилактику было выделено 400 млн. рублей. Это около 3 руб. на душу населения. Для сравнения: в Европе и США на профилактические мероприятия выделяется порядка трех евро на человека.

«Особой эффективности государства в этой работе не наблюдается, так как нет общей государственной стратегии», – считает Вадим Покровский. По его мнению, абсолютно не видно, куда тратятся выделяемые из федерального бюджета средства на профилактику ВИЧ-инфекции.

Говоря о международном опыте, руководитель Федерального центра СПИД сообщил: «Европа уже справилась с ВИЧ-инфекцией. В этих странах она не представляет угрозы для национальной безопасности». Он привел данные, согласно которым степень пораженности населения стран Западной Европы вирусом составляет 0,3%. В России этот показатель равен 1%.

С 1986 года, когда в России был официально зарегистрирован первый случай ВИЧ-инфекции, число людей, живущих с ВИЧ, превысило 500 тысяч. «Достаточно большая часть заразилась на рубеже веков, и теперь у них уже развивается СПИД, – отметил Вадим Покровский. – 50 тыс. уже умерли от этого заболевания». Специалист считает, что в ближайшие два года эпидемия будет нарастать и профилактика должна быть направлена не только на группы риска, но и на все население России в целом.

Депутат Госдумы предложил приостановить членство России в ВОЗ

11 июня 2009 года ВОЗ впервые с 1968 года объявила пандемию гриппа. По мнению многих западных СМИ, это решение могло быть вызвано коррупционным сговором с фармпроизводителями.

На основании этой информации член комиссии Госдумы РФ по законодательному обеспечению противодействия коррупции единоросс Игорь Баринов призвал начать расследование через члена исполнительного комитета ВОЗ Владимира Стародубова.

«Если информация подтвердится, в этом случае нужно ставить вопрос о целесообразности участия России в работе ВОЗ, вплоть до приостановления членства», – заявил он.

Издается Общественным благотворительным фондом борьбы со СПИДом «Шаги» при финансовой поддержке фонда «Российское здравоохранение» в рамках Программы IV раунда Глобального фонда. Издание зарегистрировано в Федеральной службе по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия РФ. Регистрационное удостоверение ПИ № ФС77-24533. Верстка и компьютерное обеспечение: РОФ «Шаги». Отпечатано в ООО «Красногорская типография», 143400 Московская область, Красногорск, Коммунальный кв., 2.

Тираж 16 000 экз. Заказ _____. Распространяется бесплатно.

Главный редактор: И. Пчелин

Адрес редакции: 105062 Москва, а/я 302, «ШАГИ *экспресс*»; электронная почта: editor@hiv-aids.ru , сайт: www.hiv-aids.ru