

ПАНДЕМИЯ ВИЧ, ЕЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ И ГЛОБАЛЬНЫЙ ФОНД ПО БОРЬБЕ С ВИЧ/СПИД, ТУБЕРКУЛЕЗОМ И МАЛЯРИЕЙ

1.1 Современная ситуация и перспективы борьбы с эпидемией ВИЧ

В 1983 году одновременно французским исследователем Люком Монтенье из Института Пастера в Париже и Робертом Галло из Американских национальных институтов здоровья был идентифицирован вирус, относящийся к особой категории так называемых человеческих ретровирусов, вызывающих синдром приобретенного иммунодефицита. Оба автора в последующем получили Нобелевские премии за то, что заложили начало целой новой отрасли естествознания – ретровирусологии. Однако даже тогда мало кто осознавал, что речь идет о вирусе – виновнике колоссальной пандемии, которая лишь за 20 лет унесет более 20 миллионов жизней.

Важность пандемии ВИЧ в современном мире, которая привела к серьезному социально-экономическому кризису во многих странах, сегодня ни у кого не вызывает сомнений. Многие международные лидеры, включая бывших президентов Билла Клинтона и Нельсона Манделу, постоянно призывают к консолидации международных усилий на борьбу с пандемией ВИЧ.

Однако, несмотря на многочисленные усилия и финансовые инвестиции, пандемия продолжает интенсивное распространение, угрожая стабильности в ранее достаточно благоприятных регионах. Совсем недавно считалось, что ВИЧ/СПИД – это проблема в основном стран Африканского континента. В начале 90-х годов инфекция быстро распространилась в Юго-Восточной Азии. Конец девяностых годов характеризовался молниеносным развитием эпидемии в странах Восточной Европы. Уровень распространенности ВИЧ-инфекции в странах Восточной Европы, составлявший в 1995 году около 30 тысяч зараженных, за последующие 2-3 года достиг полумиллионной цифры и в настоящее время составляет более 1,4 миллиона, дважды превысив уровень стран Западной Европы. Сегодня ряд специалистов считает, что, например, на Украине эпидемия ВИЧ стала практически неуправляемой и ее распространенность составляет около 1 процента среди общего населения. Ранее характеризовавшаяся концентрацией среди потребителей инъекционных наркотиков эпидемия в этой стране стала быстро распространяться по гетеросексуальному пути на общее население. А ведь совсем недавно в странах постсоветского пространства к эпидемии относились как к чему-то абстрактному и “заморскому” и лишь страшные эпизоды, такие как массовое заражение младенцев в Элисте, напоминали о том, что эпидемия где-то рядом. Сегодня, в связи с возрастающей проблемой наркомании и продолжающейся эрозией нравственных норм, наиболее уязвимыми к инфекции оказались молодые люди – будущее нации, что ставит проблему борьбы с этой смертельной инфекцией в ряд с важнейшими стратегическими задачами.

Важным обнадеживающим фактором является то, что существуют конкретные и достаточно эффективные меры профилактики ВИЧ, такие как применение презервативов, обмен шприцев и улучшение общей осведомленности об инфекции и методах ее предотвращения. Достаточно простые, на первый взгляд, эти меры, тем не менее, требуют значительных усилий, финансовой поддержки и политической воли. Реализация профилактических программ должна подкрепляться периодической оценкой и

мониторингом ситуации, которые возможны лишь при условии функционирования эффективной системы эпиднадзора и рационального применения методов лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции.

Серьезной проблемой также является то, что, даже, несмотря на умеренные масштабы эпидемии, уже в ближайшее время значительное число людей будет нуждаться в специфическом лечении от СПИДа. Стоимость годового курса лечения сегодня составляет от 300 до 600 долларов США. Если данную цифру помножить на число больных, речь пойдет о миллионах долларов, необходимых на лечение больных СПИДом. Очевиден вывод об экономической целесообразности своевременной эффективной профилактики с тем, чтобы не допустить дальнейшего распространения эпидемии.

Вместе с тем, ранняя дискуссия о том, что важнее – профилактика или лечение ВИЧ инфекции, сегодня потеряла всякую актуальность¹. Всеобщим консенсусом сегодня является то, что применение антиретровирусных препаратов следует рассматривать в качестве одного из важных профилактических инструментов снижения вреда. Эти препараты позволяют значительно снизить концентрацию вируса в организме ВИЧ-инфицированного (вирусную нагрузку), ограничив тем самым вероятность заражения других лиц при половом контакте и применении использованных игл. За последние годы появилась группа новых высокоэффективных лекарственных препаратов, способных подавлять различные этапы репликации вируса ВИЧ. В частности, особое внимание уделяется новому поколению антиретровирусных препаратов группы ингибиторов слияния клеток. Такой препарат, как Фузион, способен эффективно блокировать связывание вируса с клетками-мишенями и слияние последних². Наконец, благодаря технологическим инновациям, и не без активного лоббирования международных активистов, стоимость лечения СПИДа за последние годы снизилась более чем в 20 раз – с 15 тысяч долларов до 600 долларов в год на больного.

Серьезную проблему представляет лекарственная устойчивость вируса ВИЧ, который, благодаря достаточно простой молекулярной структуре, склонен к спонтанным мутациям. На сегодня разработано около 20 антиретровирусных препаратов аналогов нуклеозидов и ингибиторов протеазы. Несмотря на высокую индивидуальную эффективность, эти препараты склонны быстро терять противовирусную специфичность ввиду того, что вирус быстро мутирует и приобретает устойчивость. В связи с этим в середине 90-х годов была разработана концепция высокоактивной антиретровирусной терапии (HAART- highly active antiretroviral therapy). Смысл ее заключается в применении комбинации (коктейля) из 3-4 антиретровирусных препаратов с тем, чтобы как можно быстрее подавить репликацию вируса – до того, как он начнет мутировать. В настоящее время одобрено более 500 протоколов высокоактивной антиретровирусной терапии, знание и применение которых требует серьезной подготовки.

В июне 2002 года Всемирная Организация Здравоохранения опубликовала документ под названием “Расширение антиретровирусной терапии в условиях с ограниченными ресурсами” (Scaling-up Antiretroviral Therapy in Resource-Limited Settings). Данный всеобъемлющий документ затрагивает многие аспекты антиретровирусной терапии, включая рекомендуемые схемы комбинированной терапии, информацию о токсических эффектах препаратов, принципы мониторинга, применение методов терапии для беременных, детей и подростков, потребителей инъекционных наркотиков, больных

¹ Данный вопрос активно дебатировался во время двух предыдущих международных конференций по СПИДу в Дурбане, Южно-Африканской Республике в 2000 году и Барселоне - Испании в 2002 году, но, ввиду очевидности, практически не обсуждался во время конференции 2004 года в Таиланде.

² Смотрите раздел 14.4 о Фузоне.

туберкулезом и т.д. Это первая публикация, которая дает реалистичные рекомендации по антиретровирусной терапии с учетом недостаточных ресурсов и ограниченных возможностей правильного применения принципов высокоактивной антиретровирусной терапии. Безусловно, она позволяет значительно улучшить знания врачей, способствует мобилизации ограниченных ресурсов в целях лечения ВИЧ-инфицированных.

Однако, несмотря на такие, весьма обнадеживающие тенденции, СПИД продолжает оставаться неизлечимой болезнью. Высокоактивная антиретровирусная терапия способна лишь приостанавливать развитие инфекции, но не способна излечивать больных. Недавно были представлены убедительные доказательства того, что даже в условиях высокоактивной антиретровирусной терапии вирус способен локализоваться в резервном пуле лимфоцитов, недоступном для лекарственных препаратов. Это ведет к развитию хронической латентной инфекции, препятствующей полному очищению от вируса, который непременно ведет к реактивации болезни и гибели больного. Нет существенных сдвигов в разработке вакцин против ВИЧ-инфекции, хотя новые подходы по синтезу молекулярных компонентов клеток-мишеней, таких как CD4, и ко-рецепторы связывания, безусловно, заслуживают особого внимания.

Отсутствие заметного прогресса в ряде вопросов, касающихся ВИЧ-инфекции объясняется объективными причинами. Важным обстоятельством является то, что со времени появления и идентификации вируса ВИЧ в середине 80-х годов понимание патогенеза ВИЧ-инфекции и методов ее профилактики и лечения претерпели значительные изменения. Причиной тому явилось не только то, что произошли изменения в молекулярной структуре вируса и появились новые его разновидности, но и то, что, помимо традиционных гомосексуального и гетеросексуальных путей передачи, в ряде стран стала превалировать парентеральная передача вируса через зараженные иглы и донорскую кровь. Парентеральный путь передачи характеризуется своеобразными эпидемиологическими и патогенетическими характеристиками. Существенные изменения претерпела также и клиническая картина СПИДа. Если на заре пандемии синдром характеризовался в основном двумя так называемыми оппортунистическими состояниями – пневмонией, вызываемой *Pneumocystis Carinii*, и редким видом рака – Саркомой Капоши, то в последние годы основным проявлением синдрома становится туберкулез и гистоплазмоз.

Такие изменения отразились в современных подходах к контролю и профилактике ВИЧ-инфекции, которые являются многовекторными и должны предусматривать как особенности путей передачи вируса, так и понимание его молекулярных характеристик (принадлежность к отдельным разновидностям) и особенностей иммунологической защиты, отражающихся в характере клинического течения и оппортунистических инфекций. Это четко проявляется в современных подходах к борьбе с ВИЧ/СПИД, охватывающих самые разнообразные аспекты проблемы ВИЧ/СПИД – от анализа эффективности традиционных методов профилактики до молекулярно-генетической оценки процесса репликации вируса. Такие подходы являются весьма оправданными ввиду многогранности и, вместе с тем, интегрированности данной проблемы.

1.2 Масштабы и прогноз пандемии ВИЧ/СПИД

ВИЧ/СПИД является пандемией, со случаями инфекции, зарегистрированными практически во всех странах мира. Со времени первой регистрации случаев ВИЧ на сегодня инфицированными данным вирусом оказались 65 миллионов человек, 43 миллиона из которых погибли. В настоящее время более 40 миллионов людей в мире

живут с ВИЧ/СПИД; 8 тысяч из них погибает ежедневно. В настоящее время в мире насчитывается более 14 миллионов детей-сирот, чьи родители скончались от СПИДа. Согласно ВОЗ, СПИД является ведущей причиной смерти в субэкваториальной Африке и находится на четвертом месте в мире по причине смертности (UNAIDS, WHO, 2005). В таблице 1.1 представлена статистика по эпидемии ВИЧ/СПИД в различных регионах мира на декабрь 2004 года по данным Объединенной программы ООН по СПИДу (ЮНЭЙДС) и Всемирной Организации Здравоохранения.

В мире более 90 процентов инфицированных лиц проживают в развивающихся странах, причем 70 процентов – в Африке. Наиболее высокая распространенность инфекции наблюдается в субэкваториальной Африке – таких странах, как Замбия, Зимбабве, Ботсвана, Южно-Африканская Республика, Намибия, где более 25 процентов взрослого населения заражено ВИЧ. При этом следует отметить, что в странах субэкваториальной Африки число ВИЧ-инфицированных лишь за последнее десятилетие возросло с 7 до 25 миллионов человек.

В 1998 году, во время работы в Африке, автору данной книги открылась ужасающая картина эпидемии в городе Ндола на севере Замбии, где распространенность ВИЧ-инфекции в то время составляла 28 процентов среди общего населения. Почти каждый третий житель города был инфицирован вирусом. После смерти от СПИДа эти люди оставляли большое число детей-сирот, забота о которых требовала огромных средств и усилий. Распространенная картина в субэкваториальной Африке – это общины, состоящие лишь из детей-сирот и престарелых.

В последнее время особую озабоченность вызывает рост эпидемии на Евразийском континенте, который включает Россию, Китай и Индию, и куда, как ожидается, в будущем переместится эпицентр пандемии ВИЧ/СПИД. Такую озабоченность, в частности, выразили Генеральный Секретарь ООН Кофи Аннан и Руководитель ЮНЭЙДС Доктор Питер Пийот, которые призвали концентрировать внимание на распространение эпидемии ВИЧ в указанных регионах мира.

В ноябре 2002 года в известном международном дипломатическом издании Foreign Affairs (Иностранные Дела) было опубликовано аналитическое исследование группы Eberstadt, показавшее возможные масштабы распространения ВИЧ-инфекции в России, Индии и Китае. Авторы прогнозировали воздействие эпидемии на демографическую ситуацию и экономическое развитие. Прогноз основывался на вариантах оптимистичного, промежуточного и пессимистичного сценариев развития эпидемии. Результаты данного аналитического исследования представлены в таблице 1.2.

Таблица 1.1. Статистика и особенности эпидемий ВИЧ/СПИД в различных регионах мира по данным ЮНЭЙДС и ВОЗ на конец 2004 года (UNAIDS/WHO, 2005).

Регион	Начало эпидемии	Взрослые и дети с ВИЧ/СПИД	Число новых случаев ВИЧ среди взрослых и детей	Уровень распространённости среди взрослого населения	Процент ВИЧ-инфицированных женщин	Основные пути заражения среди взрослых
Субэкваториальная Африка	Конец 70х Начало 80х	25,4 млн	3,1 млн	7,4	57%	Гетеросексуальный*
Северная Африка и Ближний Восток	Конец 80х	540 000	92 000	0,3%	48%	Гетеросексуальный, ПИН**
Южная и Юго-Восточная Азия	Конец 80х	7,1 млн	890 000	0,6%	30%	Гетеросексуальный, ПИН
Восточная Азия и Тихоокеанский регион	Конец 80х	1,2 млн	295 000	0,1%	22%	ПИН, Гетеросексуальный, МСМ***
Латинская Америка	Конец 70х Начало 80х	1,7 млн	240 000	0,6%	36%	МСМ, ПИН, Гетеросексуальный
Карибский бассейн	Конец 70х Начало 80х	440 000	53 000	2,3%	49%	Гетеросексуальный, МСМ
Восточная Европа и Центральная Азия	Начало 90х	1,4 млн	210 000	0,8%	34%	ПИН
Западная Европа	Конец 70х Начало 80х	610 000	21 000	0,3%	25%	МСМ, ПИН
Северная Америка	Конец 70х Начало 80х	1,0 млн	44 000	0,6%	25%	МСМ, ПИН, Гетеросексуальный,
ВСЕГО		42 млн	5 млн	1,2%	50%	

*Гетеросексуальная передача ВИЧ; ** ПИН - передача при употреблении инъекционных наркотиков; ***МСМ – передача половым путем среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами)

Таблица 1.2. Прогностические параметры эпидемии ВИЧ в России, Китае и Индии в 2000-2025 гг., при условиях мягкой, умеренной и тяжелой эпидемии (Eberstadt, 2002)

Параметры эпидемии	Россия	Китай	Индия
Кумулятивное число новых ВИЧ-инфекций (в млн)			
Мягкая эпидемия	4	32	30
Умеренная эпидемия	13	70	110
Тяжелая эпидемия	19	100	140
Смертность от СПИДа (в млн)			
Мягкая эпидемия	3	19	21
Умеренная эпидемия	9	40	56
Тяжелая эпидемия	12	58	85
Кумулятивное число новых ВИЧ-инфекций (в млн)			
Мягкая эпидемия	0,2	1,2	1,0
Умеренная эпидемия	0,5	2,6	3,0
Тяжелая эпидемия	0,7	3,9	4,9

Если в 2001 году общее число ВИЧ-инфицированных в России, Индии и Китае составляло около 7 миллионов человек, то, даже по самым оптимистическим прогнозам, число ВИЧ-инфицированных в указанных странах к 2025 году достигнет 66 миллионов, а число погибших от ВИЧ-инфекции составит 43 миллиона. Эти цифры сравнимы с сегодняшней оценкой распространенности и смертности от ВИЧ в мире. Иными словами, ожидается, что в ближайшие четверть века Евразийский континент может претерпеть уровень эпидемии, который превысит современные планетарные масштабы. При неблагоприятном развитии событий общее число ВИЧ-инфицированных и погибших от СПИДа в России, Индии и Китае в 2025 году составит более 250 миллионов и 155 миллионов, соответственно. Очевидно, что при этом распространение эпидемии ВИЧ на Евразийском континенте будет иметь гораздо более серьезные последствия для мировой экономики и политической стабильности, нежели нынешняя эпидемия в субэкваториальной Африке (Eberstadt, 2002).

Частота новых случаев ВИЧ-инфекции в мире продолжает увеличиваться и на сегодня составляет около 16 тысяч новых инфекций в день. Приблизительно половина случаев новых инфекций наблюдается среди молодых лиц в возрасте 10-24 лет. Масштабы разрушительной эпидемии ВИЧ/СПИД являются поистине беспрецедентными в современной истории. Это потребовало созыва специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН в июне 2001 года, на которой международное сообщество установило конкретные цели по ограничению распространения эпидемии и борьбе с ее последствиями. Декларация Обязательств, принятая на данной сессии, в частности, призывает к 25-процентному снижению распространенности ВИЧ-инфекции среди молодежи во всем мире – к 2010 году.

1.3 Эпидемия ВИЧ/СПИД в странах Восточной Европы и Центральной Азии

Согласно Руководству по второму поколению эпиднадзора ВИЧ, существует три уровня эпидемии ВИЧ: низкий уровень, концентрированная эпидемия и генерализованная эпидемия (UNAIDS/WHO, 2000). При низком уровне эпидемии не наблюдается существенной распространенности ВИЧ/СПИД среди каких-либо групп населения. Эпизоды ВИЧ отмечаются лишь среди определенных групп с поведением высокого риска – работников секса, потребителей инъекционных наркотиков и гомосексуалистов. При концентрированной эпидемии ВИЧ-инфекция еще не получает распространения среди общего населения, но быстро распространяется среди групп риска. При генерализованной эпидемии инфекция получает распространение среди общего населения и наблюдается среди более 1 процента беременных женщин.

Ситуация в странах Восточной Европы и Центральной Азии с быстро распространяющейся ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков может быть охарактеризована как концентрированная эпидемия ВИЧ. Основную угрозу в этих странах составляет распространение эпидемии через так называемые «мостовые» группы, к которым относятся потребители инъекционных наркотиков, занимающиеся коммерческим сексом и работники секса, потребляющие инъекционные наркотики.

В сравнении с другими регионами мира, такими как Африка и Юго-Восточная Азия, страны Восточной Европы и Центральной Азии сегодня все еще характеризуются относительно низким распространением эпидемии ВИЧ. Однако число инфицированных ВИЧ/СПИД в этих странах увеличилось с 30 тысяч в 1995 году до 1,4 миллиона к концу 2004 года, и существуют серьезные основания полагать, что эпидемия начинает быстро распространяться в данном регионе (рис. 1.1).

Быстрое распространение эпидемии ВИЧ в настоящее время наблюдается в России, где в 2003 году официально насчитывалось 200 тысяч ВИЧ-инфицированных. Однако реальные цифры варьируют между оценкой ЮНЭЙДС в более чем 700 тысяч, и неофициальными данными Российской академии медицинских наук, свидетельствующими о цифрах в более чем 1 миллион ВИЧ-инфицированных. Согласно этим данным, масштабы эпидемии ВИЧ в России более чем в два раза превышают распространенность ВИЧ-инфекции в Соединенных Штатах. К этому следует добавить, что в России лишь за десятилетний период, начиная с 1990 года, отмечался 33-кратный рост числа других болезней, передающихся половым путем, являющихся важнейшими факторами, предрасполагающими к заражению ВИЧ (Eberstadt, 2002).

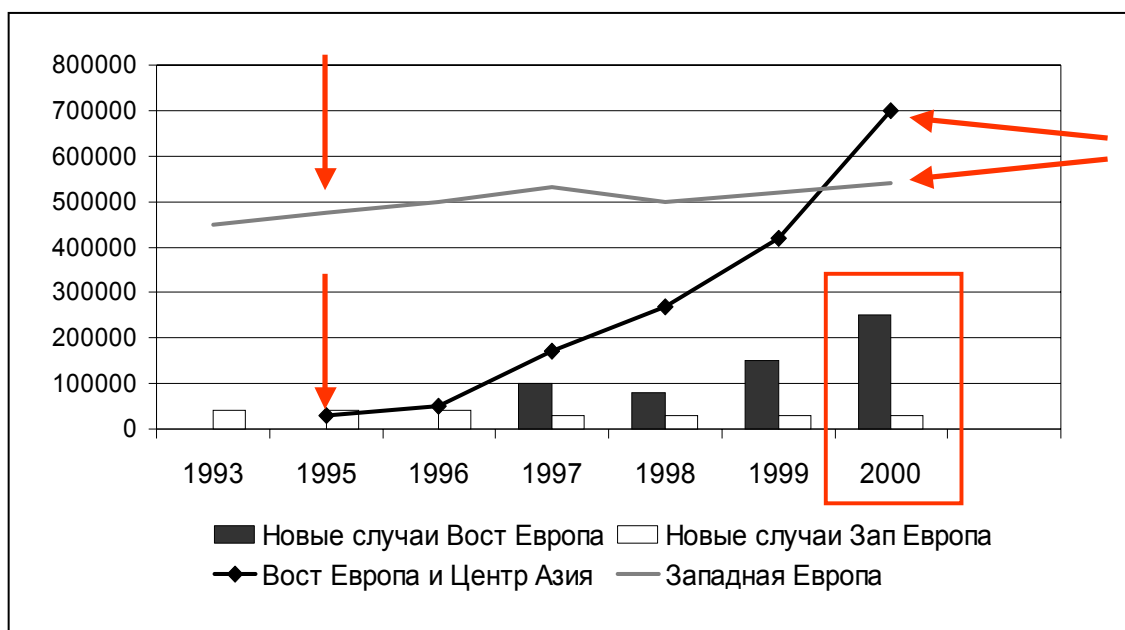


Рисунок 1.1. Тенденции ВИЧ-инфекции в Восточной Европе, Центральной Азии и Западной Европе, 1993 – 2000.

Современной тенденцией в странах бывшего Советского Союза стало распространение эпидемии ВИЧ от потребителей инъекционных наркотиков к другим группам населения за счет гетеросексуальной трансмиссии. Как показано на рисунке 1.2, начиная с 1997 года, на Украине число вновь выявленных ВИЧ инфицированных, заразившихся гетеросексуальным путем, неуклонно растет. Данное обстоятельство является отражением значительного распространения других болезней передаваемых половым путем, в частности сифилиса. За счет указанной тенденции, распространенность ВИЧ-инфекции на Украине сегодня превысила 1 процент среди общего населения.

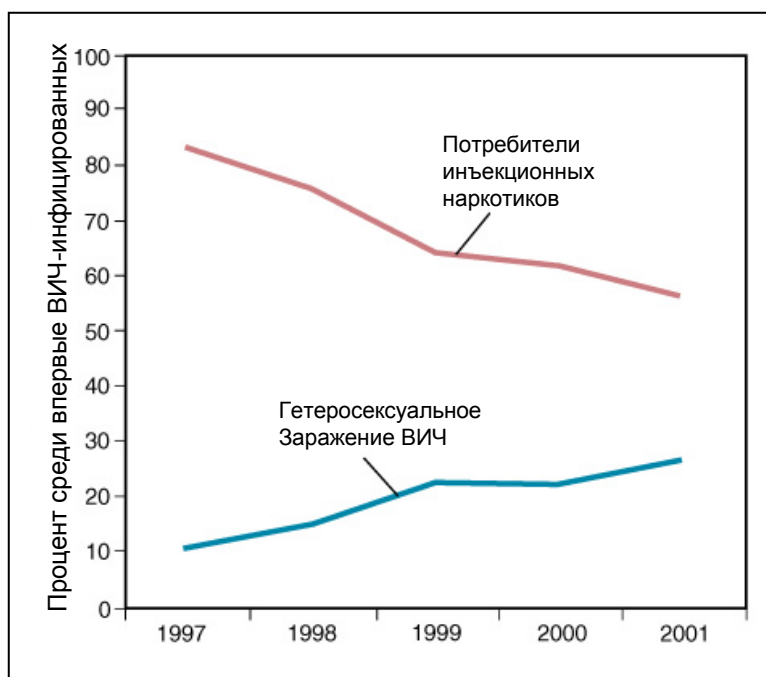


Рисунок 1.2. Процент среди впервые ВИЧ-инфицированных согласно пути заражения на Украине в 1997-2001 гг. (Данные из Европейского центра по эпидемиологическому мониторингу СПИДа. (HIV/AIDS Surveillance in Europe. End-year report 2002. No. 68. Saint-Maurice, France: Institut de Veille Sanitaire, 2003.)

Распространение эпидемии ВИЧ в значительной степени обусловлено социальными проблемами, которые поразили пост-советские страны. Наиболее значимыми являются такие, как рост преступности, девальвация моральных норм, распространение проституции и наркомании. Важным фактором является ухудшение ситуации в тюрьмах и колониях, где наблюдается высокая частота туберкулеза, в частности его мультирезистентных форм, а также ВИЧ и других инфекций, передающихся половым путем. Регулярные амнистии ведут к распространению инфекций среди общего населения. Лишь в 2000 году в России было освобождено около 300 тысяч заключенных, многие из которых являются носителями опасных инфекций. Аналогична ситуация и в других пост-советских странах.

Свидетельством быстрого распространения эпидемии ВИЧ являются результаты прогностического исследования, проведенного группой John Stover, показавшего, что при отсутствии профилактических мероприятий число ВИЧ-инфицированных в 24 странах Восточной Европы и Центральной Азии может возрасти с 1 миллиона в 2002 году до 3,8 миллионов в 2010 году (Stover et al., 2002). Исследование также показало, что возможно предотвратить около 54 процентов или 1,3 миллиона новых случаев ВИЧ-инфекции, если эффективно применять такие профилактические мероприятия, как программы снижения вреда (обмен шприцев), распространение и социальный маркетинг презервативов, просветительские мероприятия (рис 1.3).

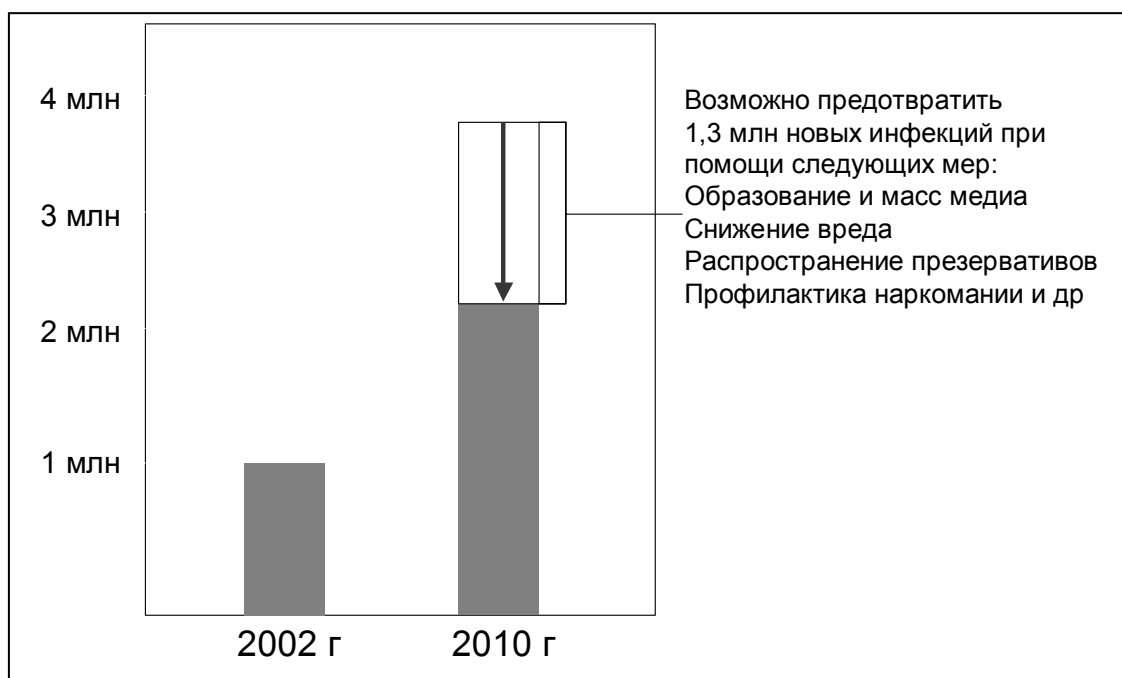


Рисунок 1.3 Прогноз эпидемии ВИЧ/СПИД и возможность предотвращения новых случаев ВИЧ-инфекций при помощи стратегии профилактики в 24 странах Восточной Европы и Центральной Азии, по данным Stover et al, 2002.

Очевидно, что ближайший прогноз развития эпидемии зависит от того, в каком объеме будут финансироваться противоэпидемические мероприятия. Суммы финансовых средств, направляемых постсоветскими государствами на борьбу с ВИЧ-инфекцией, явно недостаточны для того, чтобы реализовывать сколько-нибудь эффективные программы. Например, 6 миллионов долларов, ежегодно выделяемых правительством России на борьбу с ВИЧ-инфекцией, далеко несравнимы с 6 миллиардами долларов, которые затрачиваются на решение этой проблемы в Соединенных Штатах. Весьма странными кажутся эти цифры в сравнении с 20 миллионами долларов – вкладом, который правительство России обязалось внести в международные усилия ООН по борьбе с

эпидемией ВИЧ. В значительной степени борьба с эпидемией ВИЧ в постсоветских государствах реализуется за счет финансовой и технической помощи со стороны международных донорских организаций, таких как Фонд Сороса, Врачи без границ, Американское агентство по международному развитию, ЮНИСЕФ и другие подразделения ООН (Eberstadt, 2002). Большую значимость приобретает поддержка Глобального фонда по борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией.

1.4 Прогнозирование эпидемии и ее социально-экономические последствия

Для того чтобы прогнозировать будущее эпидемии на Евразийском континенте, важно проанализировать факторы, которые обусловили быстрое распространение эпидемии в субэкваториальной Африке, а также условия, обеспечившие относительное сдерживание роста эпидемии в развитых странах Запада. В условиях Африки быстрое распространение эпидемии отчасти связано со следующими предпосылками: 1) экономической нестабильностью, 2) высокой распространенностью множества других инфекционных заболеваний, которые предрасполагают к более тяжелому течению ВИЧ-инфекции, и 3) поведенческими факторами, определяющими гетеросексуальную передачу инфекции. В странах же Запада эпидемия распространялась на принципиально другой почве – в условиях относительного материального благополучия и достаточно контролируемых поведенческих факторов риска.

Страны Евразийского континента занимают по указанным факторам срединное положение, характеризуясь меньшей скоростью распространения эпидемии ВИЧ по сравнению с Африкой, но, вместе с тем, слабо контролируемые поведенческими факторами риска, по сравнению со странами Запада. Учитывая указанные обстоятельства, и на основании дифференцированного анализа были разработаны прогнозы распространенности ВИЧ-инфекции на 2010 год для Евразийских стран. По этим оценкам, уровни распространенности ВИЧ-инфекции, вероятно, составят 8 миллионов или 11 процентов в России, 20 миллионов или 2,5 процента в Китае и 20-25 миллионов или 3-4 процента в Индии (Eberstadt, 2002).

Указанные тенденции, безусловно, должны отразиться на демографической ситуации. В упомянутом выше аналитическом исследовании группы Eberstadt, представлены возможные демографические последствия мягкого, умеренного и тяжелого развития эпидемии ВИЧ в России, Индии и Китае. Результаты анализа представлены в таблице 1.3.

Таблица 1.3. Демографические параметры в России, Китае и Индии в 2000-2025 гг., при условии отсутствия эпидемии ВИЧ, а также при мягкой, умеренной и тяжелой эпидемии (Eberstadt, 2002)

Параметры эпидемии	Россия	Китай	Индия
Общее население (в миллиардах)			
Отсутствие эпидемии	0,14	1,46	1,38
Мягкая эпидемия	0,13	1,42	1,34
Умеренная эпидемия	0,12	1,39	1,30
Тяжелая эпидемия	0,12	1,37	1,26
Работоспособное население (в млн)			
Отсутствие эпидемии	89	1000	932
Мягкая эпидемия	86	981	910
Умеренная эпидемия	81	963	879
Тяжелая эпидемия	78	947	854
Средняя продолжительность жизни (в годах)			
Отсутствие эпидемии	73	77	71
Мягкая эпидемия	69	74	68
Умеренная эпидемия	63	71	62
Тяжелая эпидемия	56	69	58

Как видно, распространение эпидемии ВИЧ может привести к тому, что в 2025 году население России недосчитает приблизительно 10-20 миллионов человек из прогнозируемой общей численности населения в 140 миллионов. Причем, данная когорта принадлежит к экономически активным лицам в возрасте 15-64 лет. В результате быстрого распространения эпидемии ВИЧ средняя продолжительность жизни в России в 2025 году может составить лишь 56 лет по сравнению с прогнозируемыми 73 годами (Eberstadt, 2002).

Согласно оценке Всемирного Банка, при условии отсутствия эпидемии ВИЧ уровень Валового Национального Продукта (ВНП) на душу населения в России увеличился бы на 50 процентов за период времени с 2000 по 2025 гг. Анализ реальной ситуации позволяет заключить, что в результате эпидемии ВИЧ ожидается приблизительно двукратное снижение экономической продуктивности и уровня ВНП на душу населения. Общий показатель ВНП будет, вероятно, сохраняться на уровне 2000 года или, согласно пессимистическому сценарию, даже снизится на 40 процентов. Такая тенденция будет являться результатом уменьшения численности трудоспособного населения в когорте 15-64 лет, в наибольшей степени подверженной эпидемии ВИЧ.

Важно отметить, что государства Центральной Азии, многие из которых граничат с Россией и Китаем, а также находятся в географической близости с Индией, подвергаются многообразным демографическим, эпидемиологическим, культурным, политическим и другим влияниям, определяющим характер эпидемии ВИЧ в указанных близлежащих странах. Анализ этих факторов будет иметь большое значение для прогнозирования эпидемии и разработки стратегии профилактики в Центральной Азии. Резонно ожидать, что также, как и в России, неконтролируемое распространение эпидемии ВИЧ в Центральной Азии приведет к снижению численности населения, особенно трудоспособной ее части, а также к ограничению продолжительности жизни. Это, безусловно, будет иметь серьезные социальные и экономические последствия.

Экономические последствия эпидемии ВИЧ должны рассматриваться в контексте с анализом стоимости профилактики и лечения ВИЧ-инфицированных. Клинической особенностью ВИЧ-инфекции является то, что она ведет к медленной гибели,

сопровождающейся инвалидностью, значительными затратами на медицинское обслуживание и поддержание жизни. Хотя стоимость антиретровирусных препаратов значительно снизилась в последние годы, важным обстоятельством является то, что, в отличие от терапии туберкулеза и других заболеваний, лечение СПИДа является пожизненным процессом и ассоциировано с разнообразными усилиями по поддержанию жизни больных, включая дорогостоящие мероприятия на терминальной стадии заболевания.

Как указывалось выше, ВИЧ-инфекция, как правило, поражает людей в наиболее трудоспособный период их жизни. Результатом, очевидно, является не только снижение численности населения, но, что исключительно важно, ограничение трудовых ресурсов. Такой ход событий, безусловно, вызовет снижение государственных инвестиций в образование и техническую подготовку. Другим макроэкономическим следствием может явиться уменьшение объема и качества иностранных инвестиций в передачу технологии и даже в развитие сырьевого сектора ввиду сомнительности перспектив развития и экспорта национального капитала, а также опасности для здоровья иностранного персонала, вовлеченного в экономику той или иной страны, пораженной эпидемией ВИЧ.

При анализе влияния эпидемии ВИЧ на макроэкономическую ситуацию важно учитывать такой фактор, как ассоциированная с состоянием здоровья экономическая продуктивность. Это особенно необходимо с учетом нынешних мировых экономических тенденций, характеризующихся трансформацией от сырьевого типа экономики к технологической – в большей степени ориентированной на квалифицированные трудовые ресурсы, которые должны обладать достаточным уровнем здоровья. Известно, что между здоровьем и экономикой существует тесная взаимосвязь. Если, благодаря материальному благополучию, люди способны обеспечивать адекватный уровень здоровья, то улучшение здоровья, в свою очередь, ведет к большей экономической продуктивности и, следовательно, к материальному благополучию и уменьшению заболеваемости. Интегрированным фактором, характеризующим как экономическое благополучие, так и уровень здоровья, является средняя продолжительность жизни, которая, как указывалось выше, будет значительно снижаться в условиях неконтролируемой эпидемии ВИЧ.

Важным фактором успеха противоэпидемических мероприятий является активное участие гражданского общества и его сотрудничество с государственными структурами. Это особенно четко проявилось в эффективной программе по борьбе с ВИЧ/СПИД в Таиланде, где в 90-е годы неправительственные организации сыграли колоссальную роль в реализации образовательных и других программ среди групп повышенного риска. В этом смысле более успешными в борьбе с ВИЧ/СПИД, вероятно, окажутся страны с более демократическими устоями, где сильно влияние неправительственных организаций. Если исходить из такого принципа, то из упомянутых выше трех стран Евразийского континента в наиболее трудном положении, вероятно, окажется Китай, где авторитарный режим, скорее, не позволит эффективно вовлечь гражданское общество в противоэпидемические кампании. Более выгодна ситуация в России, где отмечается отчетливая тенденция к демократизации и усилению влияния неправительственных организаций, особенно в сфере социального развития и здравоохранения.

Несмотря на важную роль, которую играют неправительственные организации, государство обязано активно участвовать в борьбе с эпидемией ВИЧ. В частности, оно может играть большую роль в обеспечении эпидемического надзора за распространением ВИЧ-инфекции и предупреждении граждан о риске заражения вирусом ВИЧ. Государство обязано проводить просветительские мероприятия, обучая граждан и особенно группы риска безопасному поведению. Исключительно важным является своевременное лечение болезней, передающихся половым путем, которые представляют собой благоприятную

почву для распространения ВИЧ-инфекции. Однако наиболее оптимальным является гармоничное взаимодействие государства и всего гражданского общества в решении этой сложнейшей проблемы.

1.5 Глобальный фонд по борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией

История создания Глобального фонда

Важнейшим элементом глобальной стратегии борьбы с ВИЧ/СПИД является деятельность Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией. Целью Глобального фонда является привлечение финансовых ресурсов для борьбы с этими тремя наиболее опасными заболеваниями.

Глобальный фонд был создан в январе 2002 года, когда был сформирован постоянный Секретариат Фонда. Этому предшествовало заявление лидеров восьми ведущих стран мира на встрече 2000 года в Окинаве (Япония) о необходимости выделения ресурсов в целях борьбы с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией. В апреле 2001-го года Генеральный секретарь ООН Кофи Аннан призвал к созданию Глобального фонда, который стал бы средством привлечения дополнительных ресурсов. Специальная сессия по СПИДу Генеральной Ассамблеи ООН завершилась в июне 2001-го года принятием поручения о создании такого Фонда. Это решение было одобрено лидерами восьми ведущих стран, выделивших для этой цели соответствующие финансовые средства во время своей встречи в Генуе (Италия) в июле 2001-го года.

С того времени Глобальный фонд стал уверенно набирать силы и превратился в важнейший фактор интеграции международных усилий в борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией. На сентябрь 2005 года общая сумма, которая была обещана Глобальному Фонду, составила 8,6 миллиардов долларов США: 98 процентов 40 государствами, и 2 процента – частными организациями и лицами. После пяти раундов заявок, Правление Глобального Фонда одобрило выделение 4,3 миллиардов долларов.

Принципы деятельности Глобального фонда

Глобальный фонд был основан на принципах, которые подробно описаны в документе под названием «Программный документ Глобального фонда». Подробную информацию о Глобальном фонде можно найти на сайте <http://www.theglobalfund.org/ru/>. Ниже представлено краткое описание принципов функционирования Глобального фонда.

Глобальный фонд действует в качестве финансового инструмента, а не исполнительного учреждения. Главная цель Глобального фонда состоит в том, чтобы привлекать ресурсы для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, управлять ими и распределять их. Являясь финансовым механизмом, Глобальный фонд работает в тесном сотрудничестве с другими многосторонними и двусторонними организациями, занимающимися вопросами здравоохранения и развития, с тем, чтобы обеспечить координацию вновь финансируемых программ с уже существующими. Во многих случаях эти партнеры принимают участие в работе Страновых координационных механизмов, оказывая важное техническое содействие в вопросах разработки предложений и реализации программ. Там, где это возможно, Глобальный фонд действует, полагаясь на существующие системы финансового менеджмента, мониторинга и отчетности.

Важной целью Глобального фонда является обеспечение доступности и действенности дополнительных финансовых ресурсов. При этом, Глобальный фонд приступает к финансированию программ только тогда, когда он уверен, что его содействие не приведет к замене или сокращению других источников фондообразования — как тех, которые направлены на борьбу со СПИДом, туберкулезом и малярией, так и тех, которые оказывают поддержку общественному здравоохранению в более широком плане. Глобальный фонд активно ищет пути для пополнения финансовых средств за счет иных доноров и для использования своих собственных грантов как катализаторов дополнительных вложений средств донорами или самими реципиентами.

Одним из принципов выделения грантов Глобального фонда является оказание поддержки тем программам, которые также поддерживаются национальными бюджетами. Глобальный фонд поощряет инновационные механизмы сотрудничества между партнерами в странах-реципиентах и содействует активному участию в программах представителей гражданского общества и частного сектора.

Важным фактором в деятельности Глобального фонда является необходимость добиваться равновесия в выборе между различными регионами, заболеваниями и видами деятельности. Принимая решение о выделении грантов, Глобальный фонд отдает предпочтение предложениям из стран и регионов, где в этом имеется наибольшая необходимость. Критериями выбора при этом являются тяжесть бремени заболеваний и скудость имеющихся финансовых ресурсов, необходимых на борьбу с этими эпидемиями. Глобальный фонд также стоит за предоставление грантов в тех регионах мира, где возникают новые очаги эпидемий, с тем, чтобы предотвратить дальнейшее их распространение.

Глобальный фонд стремится обеспечить интегрированный и сбалансированный подход к профилактике и лечению. Глобальный фонд выделяет средства на профилактику и лечение, исходя из потребностей и приоритетов, характерных для конкретной страны. Гранты, направляемые на борьбу с ВИЧ-инфекцией, как правило, предусматривают профилактические мероприятия среди молодежи, которые составляют в среднем около 40% вновь инфицированных. Значительная часть средств направляется на антиретровирусную терапию. В таблице 1.4 представлена информация по грантам Глобального фонда, выделенным странам бывшего Советского Союза Приоритетом в этих странах являются программы снижения вреда среди потребителей инъекционных наркотиков, которые на сегодняшний день вносят основной вклад в распространение эпидемии в данном регионе.

Таблица 1.4. Гранты, выделяемые Глобальным Фондом в странах бывшего Советского Союза

Страна	Раунд заявки	Дата начала	Сумма запрошенная в \$ США	Сумма выделенная на июль 2006 в \$ США	Принципиальный реципиент	Местный агент фонда
Армения	2	01/11/03	7 249 891	4 422 582	World Vision Intl	KPMG
Азербайджан	4	01/06/05	10 341 550	5 323 582	Министерство здравоохранения	UNOPS
Беларусь	3	01/12/04	17 369 100	5 759 670	UNDP	KPMG
Эстония	2	01/10/03	10 290 626	6 249 249	Министерство соц развития	PriceWaterhouse Coopers
Грузия	2	01/03/04	12 125 644	5 270 905	Центр медицинских и социальных проектов	KPMG
Казахстан	2	01/12/03	22 085 999	10 044 975	Республиканский центр профилактики и контроля СПИДа	KPMG
Кыргызстан	2	01/03/04	17 073 306	7 454 538	Национальный центр СПИДа	PriceWaterhouse Coopers
Молдова	1	01/05/03	11 719 047	7 957 941	Министерство здравоохранения	PriceWaterhouse Coopers
Россия	3	15/08/04	88 742 354	31 596 307	Open Health Institute	PriceWaterhouse Coopers
Россия	4	01/09/05	120 543 828	11 924 695	Российский фонд здравоохранения	PriceWaterhouse Coopers
Россия	5	-	12 693 915	0	-	-
Таджикистан	1	01/05/03	2 425 245	2 425 245	UNDP	PriceWaterhouse Coopers
Таджикистан	4	01/01/05	8 128 972	2 240 248	UNDP	Finoconsult Ltd
Украина	1	15/03/04	94 232 345	37 346 098	International HIV/AIDS Alliance	PriceWaterhouse Coopers
Узбекистан	3	01/12/04	24 075 843	2 704 658	Национальный центр СПИДа	PriceWaterhouse Coopers

Использование процессов независимой оценки в принятии решений о выделении грантов. Привлечение Глобальным фондом независимой Группы технической оценки содействует тому, что ресурсы нацеливаются на финансирование технически выверенных программ, имеющих наибольшие шансы на успех.

Ключевые структуры Глобального фонда и процесс выделения грантов

Как представлено на рисунке 1.4, ключевыми структурами Глобального фонда являются: Правление директоров, секретариат, страновые координационные комитеты, основной реципиент и местный агент фонда.



Рисунок 1.4 Основные структуры Глобального фонда

Правление директоров. Международное правление Глобального Фонда состоит из 23 членов – представителей донорских, правительственных и неправительственных организаций, частного сектора и уязвимых групп. Правление встречается на заседаниях в различных странах мира – в Швейцарии, Таиланде и др., по меньшей мере, два раза в год, и отвечает за общее управление и принятие решений по выделению грантов.

Секретариат: Секретариат Глобального Фонда расположен в Женеве. Он представлен 70 членами. Сотрудники Секретариата отвечают за ежедневную деятельность, включая мобилизацию частных и общественных ресурсов, ведение грантовой деятельности, обеспечение финансовой, юридической и административной поддержки, а также предоставление отчетов о деятельности Глобального Фонда его Правлению и общественности.

Страновые координационные комитеты (СКК): Основной деятельностью СКК является формирование партнерства на национальном уровне, подготовка и подача заявок на гранты Глобального Фонда, проведение мониторинга их выполнения, а также координация сотрудничества с другими донорами и организациями внутри страны. СКК призваны стать многосекторальными структурами с привлечением представителей из различных правительственных и неправительственных организаций, общественных и религиозных групп, частного сектора, людей, живущих с ВИЧ, туберкулезом и малярией, а также билатеральных и мультилатеральных международных организаций.

Принципиальный реципиент (ПР): Принципиальный реципиент – это местная организация, предложенная СКК и утвержденная правлением Глобального Фонда, которая несет юридическую и административную ответственность за выполнение гранта. Это может быть как какая-либо одна организация (например, Центр СПИДа), так и несколько организаций. Например, ПР в Казахстане является Республиканский центр СПИДа, в Кыргызстане – Республиканский центр СПИДа и Центр Туберкулеза. В то же время, в Таджикистане ПР является Программа развития ООН. По мере одобрения грантовой заявки Правлением Глобального Фонда, Секретариат ведет переговоры о финансировании на 2-летний срок. Выделение средств Принципиальному реципиенту зависит от того, насколько правильно он выполняет грантовую деятельность.

Местный агент Фонда (МАФ) – это независимая организация, назначаемая Секретариатом Глобального Фонда для того, чтобы оценивать административную и финансовую деятельность Основного Реципиента. МАФ также занимается общим наблюдением и верификацией отчетной финансовой и программной документации Принципиального Реципиента. Например, Секретариат Глобального Фонда назначил международные консалтинговые фирмы KPMG и *PriceWaterhouseCooper* в качестве МАФ для грантов Глобального Фонда в ряде стран бывшего Советского Союза (см. Таблицу 1.4).

Выделение грантов Глобального фонда – это достаточно скрупулезный процесс, включающий в себя множество этапов. Как представлено на рисунке 1.5, поступающие предложения сначала проходят первичный скрининг в Секретариате и затем направляются в Группу технической оценки, которая оценивает предложения по их техническим достоинствам и обоснованности, используя для этого методики, проверенные практикой.

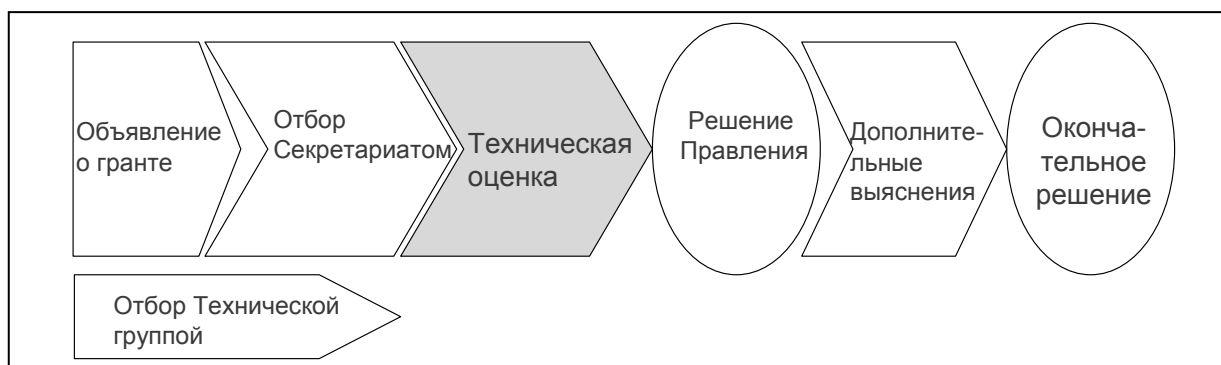


Рис 1.5. Процесс принятия решений о выделении грантов Глобального фонда

По результатам процесса оценки, предложения классифицируются по четырем основным категориям: (1) готовые и удовлетворяющие требованиям для предоставления средств; (2) удовлетворяющие требованиям после ограниченного количества пояснений; (3) не удовлетворяющие требованиям в текущем раунде, но рекомендуемые к пересмотру и повторному представлению; и (4) не удовлетворяющие требованиям для предоставления средств. Совет директоров рассматривает рекомендации, сделанные в отношении полученных предложений Группой технической оценки, и утверждает предложения (1) и (2) категорий, исходя из имеющихся в его распоряжении средств.

Проблемы с реализацией программ Глобального фонда

Несмотря на ясность в целях, задачах и принципах деятельности Глобального фонда, остается множество проблем, которые требуют быстрых решений для того, чтобы обеспечить рациональное использование выделенных средств и обеспечить оптимальную реализацию страновых программ. К числу таких проблем следует отнести трудности с использованием протоколов антиретровирусной терапии и закупкой лекарств, не всегда достаточно эффективную деятельность страновых координационных комитетов, и недостаточную вовлеченность неправительственных организаций в процессе реализации грантов Глобального фонда. Помимо указанных, существует также множество других проблем, которые требуют незамедлительного решения.

Антиретровирусная терапия и закупки лекарств. Трудности с применением протоколов антиретровирусной терапии следует отнести к категории объективных. Это связано с тем, что, к сожалению, не существует универсальных и эффективных протоколов лечения СПИДа, которые бы учитывали весь спектр лекарственной резистентности вируса и побочных эффектов антиретровирусных препаратов. Информация по указанным вопросам постоянно обновляется, и врачу требуются глубокие познания, для того, чтобы эффективно ориентироваться в огромном потоке литературы по данному вопросу. Глобальный фонд настоятельно рекомендует странам использовать схемы лечения, адаптированные в соответствии с регулярно обновляемыми рекомендациями ВОЗ. Кроме того, Глобальный фонд рекомендует использовать лекарственные препараты - генерики,

которые дешевле, чем традиционные антиретровирусные препараты, но, как правило, не уступают им по качеству.

Важной проблемой является несовершенство процесса закупок антиретровирусных препаратов. На рисунке 1.6 представлен цикл закупок антиретровирусных препаратов, который представляет собой достаточно сложный процесс, требующий значительного практического опыта и согласованности действий.

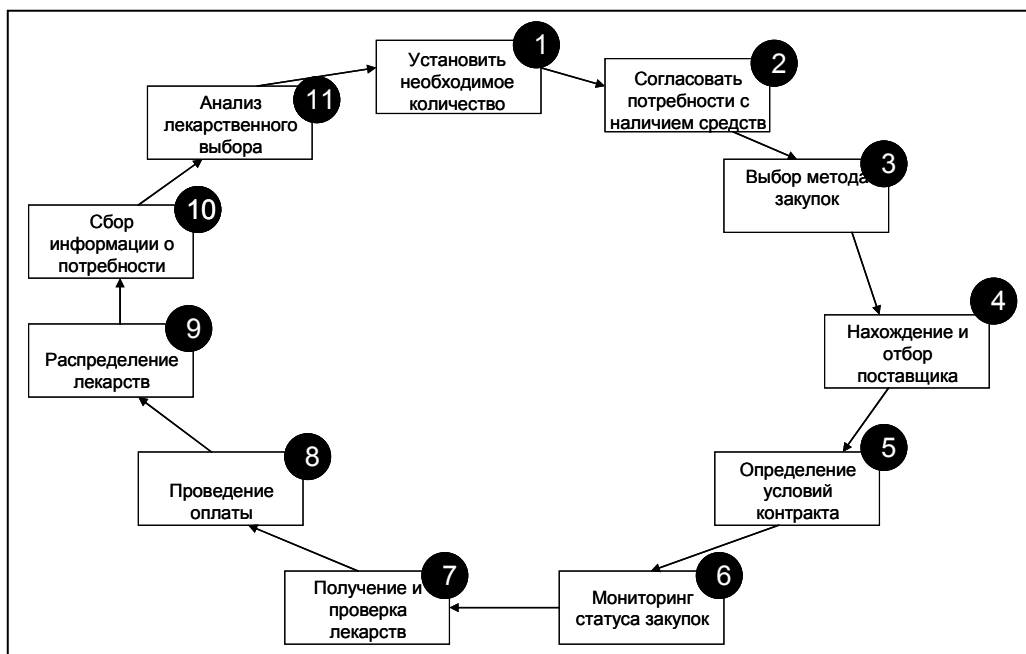


Рисунок 1.6. Цикл закупок антиретровирусных препаратов

Поскольку поддержание ВИЧ-инфицированных, включая терапию антиретровирусными (АРВ) препаратами, составляет значительную часть грантовых заявок, важным является прилагать серьезные усилия для создания технических возможностей в процессе закупок, проведении переговоров по снижению закупочных цен на АРВ-препараты, применении протоколов высокоактивной антиретровирусной терапии, лечении оппортунистических инфекций и паллиативной помощи.

Страновые координационные комитеты (СКК). Во многих странах мира, включая Центральноазиатские государства, СКК не функционируют так, как это изначально виделось Глобальному Фонду. Свою роль СКК зачастую видят лишь в написании и подписании грантовых заявок, но не более того. Роль СКК в общей координации и мониторинге выполнения гранта, а также его взаимоотношения с Секретариатом Фонда остаются до конца не ясными. Заседания СКК проводятся нерегулярно, часто без конкретных повесток и задач.

В связи с этим важно предпринять действия для того, чтобы работа СКК стала прозрачной, многосекторальной, представительной и движимой консенсусом. Все это потребует сильного лидерства, интенсивных дискуссий, общественного диалога и должного распространения информации. Причем, участие гражданского общества следует считать критическим условием успеха. Исключительно важным следует считать усиление возможностей в администрировании, координации, процессе закупок, мониторинге и оценке.

Неправительственные организации. Успех в выполнении проекта Глобального Фонда зависит от эффективности механизмов администрирования, а также от финансовой прозрачности. В этом смысле роль неправительственных организаций (НПО) в выполнении грантов Глобального Фонда может оказаться неопределимой. Благодаря поддержке международных организаций, во многих постсоветских странах были созданы благоприятные условия для совершенствования технических возможностей НПО. Однако их способность эффективно выполнять гранты Глобального Фонда остается до конца неясной. Коммуникационные возможности, исполнительность, а также мотивированность НПО должны совершенствоваться. Необходимо избегать повторяемости программ Глобального Фонда и проектов, выполняемых НПО. Это потребует лучшей координации с другими донорами.