

УДК 616.98-097-022-084:578.828 HIV

ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ЕЁ РОЛЬ В КОНТЕКСТЕ БУДУЩЕГО ЭПИДЕМИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

© 2012 г. Т. Т. Смольская

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера
Северо-Западный окружной центр по профилактике и борьбе со СПИДом, г. Санкт-Петербург

Пандемия ВИЧ-инфекции продолжается в мире уже 30 лет. По оценкам экспертов, в 2009 году в мире 33,3 млн взрослых и детей жили с ВИЧ [26. С. 21].

Эпидемия явилась вызовом для биологических, социальных наук и общественного здравоохранения в целом. Проблема волнует мировое сообщество, поскольку последствия эпидемии в условиях отсутствия эффективной профилактической вакцины огромны – отрицательный демографический эффект, большой экономический ущерб (особенно ощутимый в условиях глобального экономического кризиса), дестабилизация социально-политической ситуации. Всё это является препятствием для долгосрочного устойчивого развития мирового сообщества и достижения к 2015 году Целей развития тысячелетия, намеченных в 2000 году на Саммите тысячелетия [1].

На примере противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции впервые в истории в глобальном масштабе показано, что политика, законодательство, защита прав человека, международные обязательства правительств могут и должны быть вовлечены в процесс решения биомедицинской и одновременно социальной проблемы общественного здравоохранения.

В новом Докладе, представленном в 2010 году Программой Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), отмечается, что в период с 2001 по 2009 год в 56 из 182 стран мира, включенных в обзор, удалось стабилизировать либо значительно снизить темпы роста новых случаев заражений ВИЧ [2. С. 7].

Вместе с тем, по данным этого же Доклада, в некоторых регионах мира, в частности странах Восточной Европы и Центральной Азии, заболеваемость ВИЧ-инфекцией выросла с 2001 по 2009 год более чем на 25 %. В двух странах этого региона – Российской Федерации (РФ) и Украине общее количество выявленных случаев ВИЧ-инфекции составило почти 90 % от общего числа случаев, зарегистрированных в регионе в целом [26. С. 8, 38].

Однако даже при том, что число впервые регистрируемых случаев ВИЧ-инфекции в мире снижается, на каждый новый случай начала лечения в связи с ВИЧ приходится два новых впервые выявленных случая ВИЧ-инфекции. «Инвестиции в противодействие СПИДу окупаются, но достижения пока ещё хрупкие – теперь задача заключается в том, как мы все будем работать для ускорения прогресса», – отметил исполнительный директор ЮНЭЙДС Мишель Сидибэ [2. С. 6, 8].

К моменту открытия СПИДа мировое сообщество не было готово противостоять распространению заболевания, основными факторами риска заражения которого являются поведенческие особенности индивидуума, зачастую формируемые под влиянием социально-экономических

Представлен обзор литературы и исследования автора, анализирующие актуальность для России усиления профилактики ВИЧ-инфекции. На основе официальной статистики проведен анализ трех условных этапов эпидемии в РФ (1987–2010), отличавшихся уровнем заболеваемости, структурой путей передачи, степенью вовлечения в эпидемический процесс разных групп населения и активностью профилактических вмешательств. Представлен анализ проектов по социальной профилактике ВИЧ-инфекции, выполнявшихся в 2008–2009 годах на 73 административных территориях РФ. Отмечено отсутствие унифицированных методических подходов, превалирование среди общего населения первичной профилактики, в уязвимых группах – специальных проектов с участием некоммерческих и международных организаций. Основные формы профилактической работы – информационные. Мониторинг долгосрочных результатов затруднен из-за краткосрочности проектов. Причины, сдерживающие профилактическую работу – отсутствие долгосрочной государственной концепции профилактики и дефицит финансов. Заключительный раздел статьи посвящен обсуждению высокоактивной комбинированной профилактики.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, эпидемия, уязвимые группы, профилактика.

или политических характеристик общественного устройства, следствием этих характеристик может быть бедность, отсутствие работы, беспризорность, низкий доступ к информации и медицинским услугам, гомофобия, стигматизация и др.

Это ведет к социальной изоляции отдельных групп населения и их высокой уязвимости к заражению ВИЧ. В наибольшей степени это относится к потребителям инъекционных наркотиков (ПИН), секс-работникам (СР), мужчинам, имеющим секс с мужчинами (МСМ), уличным детям, лицам, находящимся в местах лишения свободы, мигрантам и др. В конечном счете эпидемия из высокоуязвимых групп активно продвигается в основную популяцию населения. Слияние эпидемии ВИЧ-инфекции с эпидемиями туберкулеза, вирусного гепатита С и с эпидемией инфекций, передаваемых половым путем ИППП, представляет реальную угрозу для общества.

После многолетних усилий по реализации противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции мировое сообщество признало, что только грамотная и активная профилактика может сдерживать и даже полностью остановить эпидемию.

Но какой должна стать профилактика, чтобы с ее помощью было бы возможно предотвратить 7 400 случаев ежедневных заражений (по оценочным данным) в мире, в том числе 160 ежедневных случаев (по данным статистики) в РФ? На этот вопрос наука продолжает искать ответы.

Целью настоящего обзора является привлечение внимания специалистов, работающих в проблеме ВИЧ/СПИДа, а также лиц, принимающих решения, к целесообразности внедрения в РФ разрабатываемого и активно дискутируемого в мировой науке с 2008 года международного подхода к профилактике ВИЧ-инфекции как к комплексной комбинированной долгосрочной социальной (общественно-политической) и биомедицинской стратегии.

В основу настоящего анализа положены:

- официальные информационные материалы об особенностях эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в РФ на разных стадиях эпидемии в контексте социальных факторов, движущих эпидемию, и профилактических вмешательств;

- результаты специального исследования, включавшего обобщенный анализ проектов по социальной профилактике ВИЧ-инфекции, выполнявшихся на территориях РФ в 2008–2009 годах;
- новые международные стратегии в плане организации профилактики ВИЧ-инфекции, декларированные на двух самых больших международных форумах последних лет (XVII International AIDS Conference, August 2008, Mexico City; XVIII International AIDS Conference, July, 2010, Vienna, Austria), которые основаны на принципах комбинированной профилактики как совокупности действий, направленных одновременно как на движущие силы эпидемии, так и на непосредственные факторы риска.

Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции в Российской Федерации и профилактика

Первый период эпидемии, 1987–1995 годы. Начиная с 1987 года и до середины 90-х годов XX века распространение ВИЧ-инфекции в РФ носило характер очаговой заболеваемости — выявлялись отдельные случаи и «цепочки» трансмиссии вируса при гомо- и гетеросексуальных контактах. В 1988–1989 годах были зарегистрированы единичные внутрибольничные очаги инфицирования в детских стационарах на юге страны вследствие нарушения правил безопасности медицинских манипуляций, что резко подняло медицинское, социальное и политическое значение проблемы ВИЧ/СПИДа (рис. 1) [9].

Приоритетами для противодействия ВИЧ-инфекции в первый период эпидемии, в том числе и в области социальных наук, являлись: разработка национальной политики в области ВИЧ/СПИДа в сложное время больших социальных и политических изменений; законодательное закрепление обязанностей государства перед обществом в связи с эпидемией, включая профилактику и лечение, соблюдение прав ВИЧ-инфицированных (добровольность, конфиденциальность, этика, медико-социальная помощь и др.); знакомство с международными подходами к профилактике ВИЧ-инфекции как проблеме общественного здравоохранения и социальной проблеме.

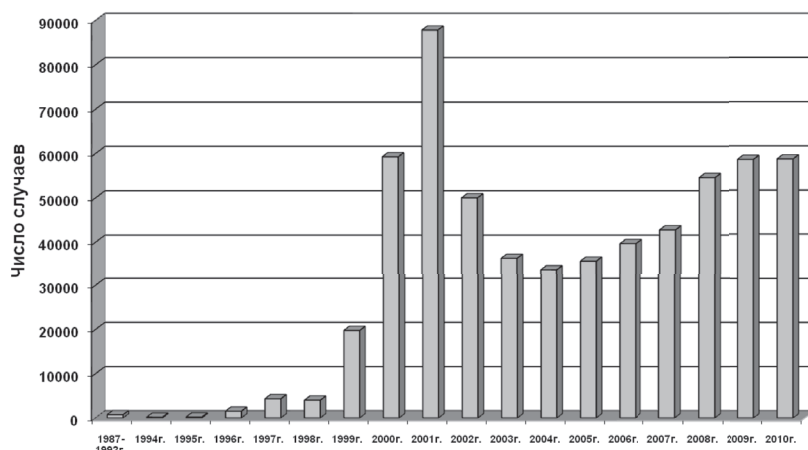


Рис. 1. Число ежегодно выявляемых случаев ВИЧ-инфекции у российских граждан (по данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом)

Большой интерес для России в этот период представлял опыт европейских стран, которые в связи с профилактикой ВИЧ/СПИДа проводили обширные социологические исследования среди своего населения по изучению «знаний, отношений, убеждений, практики» (КАВР — knowledge, attitudes, beliefs, practices) [24].

Российские поведенческие и социальные исследования первого периода эпидемии, как правило, инициировались врачами-эпидемиологами, а не представителями социальных наук. Тем не менее в России в этот период было выполнено не менее 30 медико-социальных исследований, некоторые представлялись на специализированных европейских конференциях, таких как «New Challenges for Social and Behavioral Sciences» (Париж, 1998). Темы исследований — наркополитика и профилактика ВИЧ-инфекции [21], международное сотрудничество в области поведенческих наук для улучшения эффективности профилактики [25], сексуальность подростков и ИППП [19] и др.

В практическом аспекте основное внимание в профилактической работе российской сети государственных территориальных Центров по профилактике и борьбе со СПИДом уделялось первичной профилактике: информированию и просвещению населения, в первую очередь молодежи, в отношении ВИЧ-инфекции; формированию здорового образа жизни; введению обязательного дотестового и послетестового консультирования при обследовании на ВИЧ.

Второй период эпидемии, 1996—2004 годы. Со второй половины 1996 года по 2001 год количество выявленных случаев ВИЧ-инфекции в РФ быстро возрастало вследствие взрывного распространения вируса в среде наркопотребителей из-за внутривенного введения наркотиков не стерильным инструментарием. В 2001 году на пике эпидемии в стране было зарегистрировано 87 823 впервые выявленных случаев ВИЧ-инфекции (показатель заболеваемости 60,5 % на 100 тыс. населения) [3]. К 2004 году этот показатель снизился до 24,9 %, очевидно, как считают специалисты, в связи с эпидемиологическим насыщением популяции ПИН [11].

В этот период для обоснования профилактических вмешательств резко возросла необходимость в биоповеденческих исследованиях с целью идентификации факторов, ведущих эпидемию в наиболее уязвимых к ВИЧ группах населения, и планирования профилактики.

Методическая база для подобных исследований усилилась с появлением в 2000 году международных методических документов: Руководства ВОЗ/ЮНЭЙДС по второму поколению эпидемиологического надзора за ВИЧ с акцентом на интеграцию в исследованиях сероэпидемиологического и поведенческого компонентов [23] и Руководства Family Health International «Behavioral Surveillance Surveys» по методике поведенческих исследований [17].

Позднее методические документы по биоповеденческим исследованиям были разработаны и в РФ на основе опыта российских исследований [6, 12, 13]. К началу 2005 года среди группы ПИН было проведено уже более 20 биоповеденческих и чисто поведенческих исследований на разных территориях России. Это позволило впервые определить специфику наркопотребления в разных регионах страны в контексте опасности заражения ВИЧ и другие сопутствующие поведенческие факторы риска, ведущие к заражению ВИЧ.

Исследования в группах секс-работниц и мужчин, имеющих секс с мужчинами, в рассматриваемый временной период только начинались.

Уже в первом отечественном проекте, выполненном под руководством Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 2003 году, среди СР (Санкт-Петербург, Екатеринбург, Москва) и МСМ (Екатеринбург, Томск) были выявлены важнейшие факторы риска в моделях поведения, делающие указанные группы высокоуязвимыми к ВИЧ [14].

Для группы СР это был феномен слияния факторов риска, связанных с предоставлением секс-услуг (большое число случайных половых партнеров, неиспользование презерватива, сопутствующие ИППП и др.), с факторами риска, связанными с инъекционным наркопотреблением (использование кустарно изготовленных наркотиков, чужих нестерильных игл и шприцев и др.).

Исследование в группе МСМ также показало множественные поведенческие риски в контексте заражения ВИЧ (частые смены половых партнеров, оральные и анальные контакты, бисексуализм) на фоне невысокой мотивации к безопасному половому поведению и лечению ИППП.

Новым элементом в аспекте профилактики ВИЧ-инфекции в группах ПИН являлось осуществление в РФ (в основном с международной поддержкой) проектов, которые кроме информационной работы и обеспечения легкой доступности к медицинской и социальной помощи включали доступ к стерильным иглам, шприцам и дезинфицирующим материалам.

Следует отметить, что с появлением некоммерческих организаций, имеющих доступ в труднодоступные группы и финансовую поддержку международных организаций, в стране существенно улучшились возможности для реализации профилактических программ.

Третий период эпидемии, 2005—2010 годы. Этот период характеризуется относительно медленным нарастанием эпидемии ВИЧ-инфекции. В соответствии со статистическими данными, ежегодно представляемыми Федеральным научно-методическим центром по профилактике и борьбе со СПИДом, за период с 2005 по 2009 год показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией на 100 тыс. населения вырос в 1,6 раза.

Анализ социального статуса затронутых эпидемией людей, проведенный в 2009 году на 11 административных территориях Северо-Западного федерального округа, показал, что вирус в наибольшей степени распространялся в так называемых «социально исключенных» группах населения — среди неработающих лиц и лиц, находившихся в местах лишения свободы (таблица) [15].

Распределение случаев ВИЧ-инфекции, выявленных на территориях Северо-Западного федерального округа в 2009 году, по социальному статусу (суммарные данные по 11 административным территориям)

Социальный статус группы	Удельный вес группы в структуре выявленных случаев, %
Неработающие	39
Лица в местах лишения свободы	30
Рабочие	14
Служащие	8
Студенты	1
Учащиеся профессионально-технических училищ, колледжей	1
Военнослужащие	1
Нет данных	6
Итого	100

В структуре путей передачи ведущим путем трансмиссии вируса продолжало оставаться заражение при парентеральном употреблении наркотиков с использованием нестерильного инструментария — в среднем 60 % от всех случаев с известными факторами риска. Кроме того, вовлеченными в эпидемический процесс оказались половые партнеры ПИН, клиенты СР, актуализировалась группа МСМ. Как следствие, удельный вес полового пути передачи в 2009 году возрос до 35,9 % [10].

В аспекте профилактики период с 2005 по 2009 год характеризуется активизацией противодействия эпидемии на фоне больших финансовых вложений, обеспеченных Федеральной целевой программой «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2007–2011 гг.)», Приоритетным национальным проектом в сфере здравоохранения по направлению «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ-инфекцией (2005–2012 гг.)», грантами Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией [4].

Наиболее значимые результаты были получены по медицинской составляющей проектов — обеспечение антиретровирусной терапией более 75 тысяч нуждавшихся в ней пациентов, снижение летальности ниже прогнозируемого уровня, охват химиопрофилактикой ВИЧ-инфицированных беременных женщин и новорожденных в соответствии с существующими стандартами.

Деятельность по социальному аспекту профилактики ВИЧ-инфекции осуществлялась по следующим

направлениям: широкомасштабные информационные кампании на телевидении; повышение информированности всего населения, молодежи, педагогов, школьников, офицеров и солдат срочной службы Российской Армии, курсантов военных училищ; снижение стигмы и дискриминации; целевые проекты для групп риска, в том числе для ПИН, СР, МСМ, мигрантов, лиц, находящихся в местах лишения свободы, а также персонала уголовно-исполнительной системы и др.

В 2006–2009 годах в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в субъектах РФ было выполнено 302 проекта по профилактике ВИЧ-инфекции в группах риска и среди ВИЧ-инфицированных (уход и поддержка, паллиативная помощь и др.) [7].

Следует обратить внимание на то, что помимо упомянутых выше источников финансирования с самого начала эпидемии на территориях (в масштабе регионов или даже муниципалитетов) осуществлялись и осуществляются профилактические проекты и отдельные мероприятия за счет средств территориальных программ АНТИСПИД. Как правило, это всегда творческие и интересные профилактические вмешательства, хорошо воспринимаемые целевыми группами.

Можно предположить, что в 2010 году именно в связи с активными профилактическими мероприятиями стабилизировался показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией на 100 тыс. населения по сравнению с 2009 годом (41,2 в 2009 г. и 41,3 в 2010). В то же время могло сыграть определенную роль и снижение объема диагностических исследований в 2010 году в наиболее эпидемиологически актуальных группах — на 4,0 % среди ПИН, на 9,8 % среди больных ИППП и на 10,3 % среди лиц в местах лишения свободы [8].

Наиболее заметным положительным результатом профилактической работы явилось снижение заболеваемости ВИЧ-инфекцией в возрастной группе 15–20 лет с 7,2 % в 2005 году до 2,9 % в 2009-м [5]. Этот успех эксперты связывают с внедрением в стране с 2005 года «Концепции превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде».

Анализ проектов по социальной профилактике ВИЧ-инфекции на территориях РФ

В 2009 году (июль — август) Северо-Западным окружным центром по профилактике и борьбе со СПИДом при содействии региональной общественной организации «Стеллит» было проведено исследование, имевшее целью более углубленно проанализировать информацию о профилактических мероприятиях, осуществлявшихся на административных территориях РФ в 2008–2009 годах.

Исследование включало социологический опрос руководителей центров по профилактике и борьбе со СПИДом административных территорий РФ по полуструктурированному опросному листу (12 вопросов). Опросные листы были разосланы в 84 административные территории РФ. Заполненные опросные листы,

полученные с 73 территорий (87 %), кодировались и обрабатывались по программе SPSS-16.

Участовавшие в исследовании территории были ранжированы по условно выбранной шкале по степени распространенности вируса на 100 тыс. населения по состоянию на конец 2008 года следующим образом: очень низкий уровень — до 50 случаев ВИЧ-инфекции на 100 тыс. населения (23,3 % территорий); низкий уровень — до 150 (37,0 %); средний — до 300 (16,4 %); высокий — до 600 (15,1 %); очень высокий — свыше 601 на 100 тыс. (8,2 %).

Респондентами было названо большое число документов, которыми они руководствуются при планировании профилактической деятельности для предупреждения распространения ВИЧ-инфекции на своих территориях — 31 документ федерального и 116 документов регионального уровней. При этом акцент был сделан на распорядительные, а не на методические документы. Последние были упомянуты в анкетах менее чем 10 % территорий. Это свидетельствует о том, что унифицированный подход к проблеме отсутствует.

В целом среди всех упомянутых проектов более половины (55,5 %) были направлены на общее население и молодежь (первичная профилактика), 22,1 % — на ВИЧ-уязвимые группы (вторичная профилактика) и 22,4 % — на ВИЧ-позитивных (третичная, «позитивная» профилактика). При этом при анализе по отдельным территориям отмечено высокое превалирование программ для общего населения (до 85 %) в регионах с низким и средним уровнем распространения ВИЧ и приоритеты профилактики среди уязвимых групп в регионах с высокой распространенностью ВИЧ. В последнем случае это, как правило, были проекты с международной поддержкой.

Среди проектов, выполненных в высокоуязвимых группах, наибольшее число приходилось на группу ПИН (32,2 %) и на группу заключенных (20,8 %); далее шли группа мигрантов (17,5 %) и группа СР (16,6 %). Из общего числа программ на группу МСМ приходилось наименьшее количество профилактических мероприятий (3,8 %). По данным традиционного эпиднадзора, базирующегося на скрининговых исследованиях, нарастающая значимость группы МСМ в эпидемии очевидна, но группа является труднодоступной, а методы профилактической работы с этой группой недостаточно разработанными.

Более чем в 70 % случаев Центры по профилактике и борьбе со СПИДом имели партнеров при выполнении профилактических мероприятий. В качестве партнеров, которые в «значительной степени» участвовали в планировании и реализации профилактических мероприятий, в наибольшем числе случаев были названы негосударственные некоммерческие организации (43,8 %), а также международные организации системы ООН и Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (39,7 %). Кроме того, отмечено как «значительное» участие государственных немедицинских структур (34,2 %),

сообществ людей, живущих с ВИЧ (27,4 %), и иностранных научных или практически ориентированных организаций и фондов, не имеющих международного статуса (8,2 %). Только 1,4 % российских территорий, участвовавших в опросе, оценили «как значительное» участие в профилактической деятельности бизнес-сообщества.

Из 20 форм профилактической работы, обозначенных в опросном листе, все оказались востребованными, но в разной степени. Наиболее часто используемые формы — распространение информационных материалов (95,9 %) и разные виды образовательной деятельности (76,7–95,9 %). О программах по формированию навыков безопасного поведения для групп риска сообщено в значительно меньшем числе случаев (с меньшего числа территорий): для СР и МСМ (суммарно) — 41,1 %, для группы ПИН — 34,2 %.

На вопрос о мониторинге эффективности программ утвердительно ответили 74,0 % территорий-респондентов. Основное внимание уделялось индикаторам выполнения проекта и краткосрочным результатам: охвату целевых групп, повышению информированности, обращаемости за консультациями, посещению акций и др. Мониторинг долгосрочного результата (влияние на заболеваемость) затруднен из-за краткосрочности проектов. Исключения составили территории, где проводились модельные проекты с участием нескольких международных организаций с теоретической проработкой запускаемых программ и адекватными сроками выполнения (города Барнаул и Волгоград).

Респонденты сообщили об имевшемся в течение последних пяти лет опыте социальных исследований как предварительном этапе работы перед планированием профилактических вмешательств.

В основных эпидемиологически актуальных группах опыт работы оказался достаточно высоким. Об исследованиях в группах ПИН и СР сообщили почти половина (49,3 %) территорий, в группах осужденных — 42,5 % территорий, треть территорий (28,8 %) имели опыт поведенческих исследований среди мигрантов.

Опыт оказался минимальным только в отношении «групп-мостиков» — половых партнеров ПИН, клиентов СР (8,2 %).

В целом около 70 % регионов-респондентов отметили необходимость и важность социальных исследований как научной базы социальной профилактики и целесообразность продолжения исследований.

Всего в качестве успешных были названы 233 программы (общее население — 104, уязвимые группы — 68, программы среди людей, живущих с ВИЧ, — 61).

Препятствием к эффективной профилактической работе для большинства территорий были названы дефицит финансов (90,4 %), недостаточная поддержка администрации (42,5 %), несовершенство нормативно-правовой базы (67,1 %), отсутствие

или нехватка специалистов в области профилактики (60,3 %).

При выборе концептуального подхода к дальнейшей политике в области профилактики ВИЧ-инфекции 45,2 % респондентов высказались за пропаганду здорового образа жизни на федеральном уровне и 37,0 % — на региональном. Политику целенаправленной профилактики как самостоятельного направления на федеральном уровне поддержали 23,3 % респондентов, на региональном — 31,5 %. За развитие обоих направлений как на федеральном, так и на региональном уровнях высказались 26,0 % респондентов. Такая палитра ответов скорее всего может свидетельствовать пока об отсутствии единого согласованного мнения у руководителей специализированной сети учреждений о дальнейших направлениях деятельности по организации профилактики ВИЧ-инфекции.

Комбинированная профилактика ВИЧ-инфекции

С момента начала эпидемии ВИЧ-инфекции в мире получен большой объем информации о том, какие меры являются наиболее оптимальными для борьбы с распространением ВИЧ.

Несколько сотен рандомизированных контролируемых исследований, проведенных в мире, подтвердили тот факт, что индивидуальные, групповые и популяционные вмешательства могут содействовать выработке безопасных в отношении заражения ВИЧ поведенческих практик [22].

Вопрос успешности профилактических мероприятий являлся предметом многочисленных ставших классическими обсервационных исследований, проведенных на начальных этапах пандемии в Таиланде, Уганде, Бразилии, Австралии.

В основе существующих моделей поведенческих вмешательств лежат психологические допущения о том, что человек будет стремиться избежать риска, если получит всю полноту информации.

Фактором успешности поведенческой профилактики являются параллельные адекватные изменения в обществе, которые фокусируются на широком контексте структурных факторов. Это деятельность, которая входит в компетенцию социальной профилактики. Она включает социальные/структурные изменения в обществе — соблюдение прав человека, борьбу со стигмой, изменения в законодательстве и политике, изменение общественных норм (институциональные изменения), экономические изменения. Социальная профилактика ослабляет движущие силы эпидемии (бедность, стигму, социальную исключенность и др.) и влияет на факторы риска в поведении человека, ведущие к заражению ВИЧ.

В обобщенном виде социальная профилактика, включающая поведенческие, структурные и институциональные изменения в обществе, может быть условно названа «социальной вакциной» в отношении ВИЧ-инфекции.

С моментом признания мировым сообществом коллективной ответственности в борьбе с эпидемией и благодаря практическому продвижению по этому пути кардинальные гипотезы противодействия эпидемии постоянно совершенствуются.

Глобальная рабочая группа по профилактике ВИЧ-инфекции (2008) отметила, что масштабное внедрение эффективных стратегий, нацеленных на поведенческие изменения через социальные изменения в обществе, является необходимым условием борьбы с эпидемией.

В 2008 году научный и экономический анализ ведущих политических лидеров относительно эпидемии и её последствий позволил предложить поставить профилактику, которая до этих пор «находилась в тени», во главе противодействия пандемии ВИЧ-инфекции [20].

При этом высокоактивная профилактика должна стать комбинированной/комплексной и включать одновременно поведенческие, структурные и биомедицинские интервенции (микробициды, обрезание, предконтактная профилактика и др.), а также высокоактивную антиретровирусную терапию как средство лечения и как средство профилактики (рис. 2 См. на внутренней стороне задней стороны обложки). При этом терапия, оказывающая лечебный эффект, рассматривается одновременно как «позитивная» профилактика, поскольку она снижает уровень циркулирующего среди населения вируса (терапия как профилактика).

Идея была озвучена на 17-й международной конференции по СПИДу в Мехико (2008), привлекла большое внимание и получила развитие на 18-й конференции в Вене (2010) [18]. При этом комбинированная профилактика рассматривалась в качестве стандарта долгосрочных мер по борьбе с эпидемией ВИЧ-инфекции.

Предполагаемые факторы успеха комбинированной профилактики включают:

- изучение глубинных причин факторов риска и уязвимости;
- решение конкретных проблем конкретного человека и его окружения;
- синергии, которые должны получиться в результате координации и взаимодействия разных программ;
- участие в проблеме политических лидеров;
- объявление борьбы с ВИЧ национальным приоритетом;
- вовлечение организаций людей, живущих с ВИЧ, в национальные программы профилактики.

Комбинированная профилактика может потребовать инвестиций в структурные вмешательства (риски заражения, связанные с окружающей средой) для исключения дискриминации людей, живущих с ВИЧ.

ЮНЭЙДС признала комбинированную профилактику, учитывающую особенности местных эпидемий, в качестве вмешательства, которое может изменить динамику пандемии [16].

Российская Федерация, как и другие страны, затронутые эпидемией ВИЧ-инфекции, все прошедшие годы строила систему эпидемиологического контроля эпидемии и систему мероприятий по ее сдерживанию в соответствии со страновыми руководящими документами, международным опытом и международными соглашениями.

В результате совместной работы государственных структур и неправительственных организаций были выработаны и реализуются национальные цели по обеспечению всеобщего доступа к профилактике, лечению и поддержке при ВИЧ-инфекции.

Однако эпидемия в стране продолжается. То обстоятельство, что в РФ в последнее время ежегодно регистрировалось более 50 тысяч впервые выявленных случаев ВИЧ-инфекции, совершенно неприемлемо в эпидемиологическом и экономическом аспектах, поскольку в обществе прогрессивно возрастает абсолютное число лиц, затронутых эпидемией.

Одновременно с информированием и мотивацией населения на более безопасное поведение в плане заражения ВИЧ в обществе должны осуществляться структурные изменения, направленные против сил, движущих эпидемию. Фактически начиная с 1996 года эпидемия ВИЧ-инфекции и сопровождающие её эпидемии вирусных гепатитов и туберкулеза являются в высокой степени производными эпидемии инъекционной наркомании. В соответствии с этим борьба с ВИЧ-инфекцией должна осуществляться на фоне реализации государственной стратегии по профилактике наркомании.

Из уже пройденного мировым сообществом пути по противодействию пандемии наиболее важными уроками являются осознание необходимости присутствия в проблеме политического лидерства, объявления борьбы с ВИЧ национальным приоритетом, а также понимание и осуществление профилактики как непрерывного процесса, в котором участвует все общество. Программы по профилактике должны представлять собой комбинацию поведенческих, структурных и биомедицинских вмешательств, которые призваны действовать вместе.

Необходимо с учетом уже имеющегося опыта сформировать и обсудить на всех возможных уровнях власти и гражданского общества концепцию профилактики и комплексных профилактических стратегий с учетом возможностей социальной профилактики.

Целесообразно организовать в России экспертную группу по профилактике ВИЧ-инфекции, которая могла бы сотрудничать с Международной группой по профилактике и с созданной в 2010 году Комиссией высокого уровня по проблеме профилактики ВИЧ-инфекции в рамках ЮНЭЙДС.

Список литературы [References]

1. Deklaratsiya tsysyacheletiya Organizatsii Ob"edinennykh Natsii, 2000 g. [Millennium Declaration of United Nations Organization, 2000] [Elektronnyi resurs]. URL: <http://www.ifap.ru/ofdocs/un/md.pdf> (data obrashcheniya: 19.12.2011). [in Russian]

2. Doklad YuNEIDS o global'noi epidemii SPIDa [UNAIDS report on AIDS global epidemy] // Shagi (SPID infosvyaz'). 2010. N 4. [in Russian]

3. Natsional'nyi doklad Rossiiskoi Federatsii o khode vypolneniya Deklaratsii o priverzhennosti delu bor'by s VICH/SPIDom. Otchetnyi period: yanvar' 2006 – dekabr' 2007 [Russian Federation National Report on Implementation of Declaration on Commitment to HIV/AIDS Control. Reporting period: January 2006 – December 2007]. M., 2008. S.12. [Elektronnyi resurs]. URL: http://data.unaids.org/pub/Report/2008/russia_2008_country_progress_report_ru.pdf (data obrashcheniya: 19.12.2011). [in Russian]

4. Natsional'nyi doklad RF o khode vypolneniya Deklaratsii o priverzhennosti delu bor'by s VICH/SPIDom. Otchetnyi period: yanvar' 2008 g. - dekabr' 2009 g. [Russian Federation National Report on Implementation of Declaration on Commitment to HIV/AIDS Control. Reporting period: January 2008 – December 2009]. M., 2010. S. 40–54. [Elektronnyi resurs]. URL: http://fzr.ru/uploads/national_report_russia_2008-2009.pdf (data obrashcheniya: 19.12.2011). [in Russian]

5. Natsional'nyi doklad RF o khode vypolneniya Deklaratsii o priverzhennosti delu bor'by s VICH/SPIDom. Otchetnyi period: yanvar' 2008 g. - dekabr' 2009 g. [Russian Federation National Report on Implementation of Declaration on Commitment to HIV/AIDS Control. Reporting period: January 2008 – December 2009] M., 2010. S. 41. [Elektronnyi resurs]. URL: http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/russia_2010_country_progress_report_en.pdf (data obrashcheniya: 19.12.2011). [in Russian]

6. O provedenii povedencheskogo nadzora sredi bol'nykh VICH-infektsiei. Metodicheskie rekomendatsii Ministerstva zdravookhraneniya i sotsial'nogo razvitiya RF [Implementation of behavioral control among HIV patients. Methodical recommendations of Ministry of Health and Social Development RF] // Sbornik normativno-pravovykh aktov i metodicheskikh dokumentov po voprosam diagnostiki, lecheniya, epidemiologicheskogo i povedencheskogo nadzora VICH/SPID i sopotstvuyushchikh zabolevaniy. M., 2009. T. 2. S. 49–109. [in Russian]

7. Onishchenko G. G. Rezul'taty realizatsii prioritetnogo natsional'nogo proekta v sfere zdravookhraneniya [Results of realization of priority national project in public health]: doklad na soveshchani "Profilaktika VICH-infektsii, gepatitov V i S, vyavlenie i lechenie bol'nykh VICH". Suzdal, 3–4 dekabrya 2009 g. (Programma konferentsii vylozhena na saite: http://www.biograd.ru/conference/attachments/0165_0003.htm) (data obrashcheniya: 19.12.2011). [in Russian]

8. Onishchenko G. G. O merakh po protivodeistviyu rasprostraneniya VICH-infektsii v RF [Measures for resistance to HIV infection expansion in RF]: pis'mo 01/3240-1-32. M. 23.03.2011. 8 s. [in Russian]

9. Pokrovskii V. V. Epidemiologiya i profilaktika VICH-infektsii i SPIDa [HIV-infection and AIDS epidemiology and prevention]. M.: Meditsina, 1996. 245 s. [in Russian]

10. Pokrovskii V. V., Ladnaya N. N., Buravtsova E. V. VICH-infektsiya [HIV infection] : Informatsionnyi byulleten' № 34. M., 2010 : FGUN Tsentral'nyi NII epidemiologii, 2010. 52 s. [in Russian]

11. Pokrovskii V. V. Obshchie svedeniya o VICH-infektsii i podkhodakh k preduprezhdeniyu ee rasprostraneniya [Overview of HIV infection and approaches to its expansion prevention] // Informatsionno-analiticheskoe posobie "Effektivnye strategii razrabotki i realizatsii regional'nykh program protivodeistviya rasprostraneniya VICH-infektsii". M., 2009. S. 18–19. [Elektronnyi resurs]. URL: <http://www.hivpolicy.ru/upload/Effective-2010.pdf> (data obrashcheniya: 19.12.2011). [in Russian]

12. Smolskaya T. T., Tretyakova V. I., Ogurtsova S. V., Shilova E. A. Dozorniye nadzor za VICH-infektsiei sredi potrebitel'nykh narkotikov in "ekstsiionnym sposobom [HIV infection sentinel surveillance among UDUs] : posobie dlya vrachei. SPb. : Sankt-Peterburgskii NIIEM im. Pastera, 2002. 43 s. [in Russian]

13. Smolskaya T. T., Tretyakova V. I., Ogurtsova S. V., Shilova E. A., Yakovleva A. A., Gurchik I. N., Rusakova M. M. Epidemiologicheskii nadzor za VICH-infektsiei: organizatsiya i sodержание kompleksnykh seroepidemiologicheskikh i povedencheskikh issledovaniy v uyazvimykh gruppakh naseleniya [HIV infection epidemiological surveillance: organization and content of integrated seroepidemiological and behavioral studies in vulnerable population groups] : metodicheskie rekomendatsii. SPb. : Sankt-Peterburgskii NIIEM im. Pastera, 2009. 76 s. [in Russian]

14. Smolskaya T. T., Yakovleva A. A., Shegai M. M., Fedotova G. A., Chernov A. S., Rusakova M. M., Tretyakova V. I., Balueva L. L., Shipovskaya N. V., Konovalova N. V. Issledovanie rasprostranennosti VICH/IPPP i povedencheskikh faktorov riska sredi seks-rabotnits i muzhchin, imeyushchikh seks s muzhchinami [Study of HIV/STI prevalence and behavioral risk factors among commercial female sex workers and men having sex with men] // Kruglyi stol. 2004. Oktyabr', spetsvypusk. S. 37–38. [Elektronnyi resurs]. URL: http://www.infoshare.ru/pdf/Special_04.pdf (data obrashcheniya: 19.12.2011). [in Russian]

15. Smolskaya T. T., Ogurtsova S. V. VICH-infektsiya v Severo-Zapadnom federal'nom okruge RF v 2009 g. [HIV infection in RF North-Western Federal District in 2009]: analiticheskii obzor. SPb. : Sankt-Peterburgskii NIIEM im. Pastera, 2010. 43 s. [in Russian]

16. Sovmestnyye deistviya dlya dostizheniya rezul'tatov. Rabochii dokument s opisaniem tselei YuNEIDS na 2009–2011 g. [United actions for result achievement. Working document with description of UNAIDS goals in 2009–2011] YuNEIDS, 2010. S. 6–11. [in Russian]

HIV PREVENTION AND ITS ROLE IN CONTEXT OF HIV EPIDEMY PERSPECTIVE IN RUSSIAN FEDERATION

T. T. Smolskaya

*St. Petersburg Research Institute of Epidemiology and Microbiology n. a. L. Pasteur
North-Western Regional Centre on AIDS Prevention,
St. Petersburg, Russia*

The article presents an overview of the existing publications and the author's several studies focusing on the need in strengthening HIV prevention in Russia. Based on the official data, the author attempted to provide an analysis of three stages of the Russian HIV epidemic (1987–2010) in terms of incidence levels, predominant transmission routes, involvement of various populations in the epidemic and prevention activities. The author describes social prevention projects implemented by AIDS Centres in 73 administrative territories across Russia in 2008–2009. There is a clear absence of unified approaches, with primary prevention focused on the general population and multiple projects targeting specific vulnerable groups such as IDUs, prisoners, migrants and SWs. The key partners in the projects were NGOs and international organizations. Most prevention projects were aimed at awareness-raising and information work. Long-term monitoring of prevention effect was problematic due to short lifespan of most projects. The vast experience of working with target groups is combined with the positive attitude to social surveys. Financial shortages are the key factor restricting prevention activities.

The final section of the article contains discussion of highly active combined prevention which incorporates behavioural, structural and biomedical interventions as well as HAART. This approach, promoted as a standard by the international community, should be incorporated in the Russian concept of HIV prevention.

Keywords: HIV infection, epidemic, vulnerable groups, prevention

Контактная информация:

Смольская Татьяна Тимофеевна – руководитель Северо-Западного окружного центра по профилактике и борьбе со СПИДом, доктор медицинских наук, заслуженный врач России, Федеральное бюджетное учреждение науки «Санкт-Петербургский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера»

Адрес: 197101, г. Санкт-Петербург, ул. Мира, д. 14

Тел. (8812) 233-73-36

E-mail: smolskaya@ts2981.spb.edu