

Уход, лечение и
поддержка людей,
живущих с
ВИЧ/СПИДОМ



Уход, лечение и поддержка людей, живущих с ВИЧ/СПИДом

Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятая на специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН в 2001 году, стала поворотным пунктом в истории борьбы с ВИЧ/СПИДом. Впервые лечение и уход, включая доступ к антиретровирусным препаратам, были признаны правительствами всех стран мира как важнейший компонент мероприятий по противодействию глобальной пандемии ВИЧ/СПИДа.

Комплексный уход за людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом, характеризуется целым рядом важных мер в дополнение к расширенному доступу к антиретровирусным препаратам. Ниже приводится неполный перечень основных мер:

- существующие доступные службы добровольного консультирования и тестирования (ДКТ);
- профилактика и лечение туберкулеза и других инфекций;
- профилактика и лечение ВИЧ-ассоциированных заболеваний;
- паллиативная помощь;
- профилактика и лечение сексуально передаваемых инфекций (СПИ);
- профилактика дальнейшей передачи ВИЧ с применением существующих технологий (например, женских и мужских презервативов, использования стерильных игл и шприцев) и использованием технологий будущего (например, вакцин и микробицидных препаратов), а также профилактика через изменение поведения;
- планирование семьи;
- хорошее питание;

- социальная, духовная и психологическая поддержка и помощь среди лиц одной группы (по принципу «равный-равному»);
- соблюдение прав человека;
- снижение стигмы, связанной с ВИЧ/СПИДом.

Центральным компонентом всеобъемлющей стратегии по уходу при ВИЧ/СПИДе является масштабная интеграция планирования и реализации профилактических и лечебных мероприятий. Профилактику и лечение больше нельзя рассматривать как не связанные между собой стратегии.

Необходимы научные исследования, которые бы позволили закрепить все успешные мероприятия по противодействию ВИЧ/СПИДу. Необходимо проводить тщательный анализ результатов фундаментальных, клинических, эпидемиологических, социальных и поведенческих исследований, чтобы на их основе осуществлять программы по профилактике, лечению и уходу.

Несмотря на значительные достижения последних двух лет, большинство из более чем 38 миллионов людей, живущих с ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов, по состоянию на конец 2001 года были почти

полностью лишены доступа даже к основным лекарственным препаратам для лечения ВИЧ-ассоциированных заболеваний и облегчения боли.

Такой ситуации способствует несколько факторов. Во-первых, диагностическое тестирование на ВИЧ (проводимое в рамках предоставления более широких услуг по добровольному консультированию и тестированию) не везде доступно, и большинство людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, до сих пор не знают о своем ВИЧ-статусе. Во-вторых, несмотря на недавнее снижение цен на антиретровирусные препараты, даже

самые низкие цены, предлагаемые сегодня, значительно превышают годовые расходы на душу населения в области здравоохранения в большинстве стран с низким и средним уровнем доходов. В-третьих, системы здравоохранения этих стран слабо оснащены для предоставления эффективного лечения ВИЧ/СПИДа и связанных с ними заболеваний. И наконец, в тех местах, где эти услуги предоставляются, боязнь позора и стигматизации, связанных с ВИЧ/СПИДом, и нарушения прав людей, живущих с вирусом, способствуют тому, что многие люди неохотно идут на тестирование и консультирование.

Декларация о приверженности

К 2003 году обеспечить разработку национальных стратегий при поддержке региональных и международных стратегий [...] в целях укрепления систем здравоохранения и рассмотрения факторов, влияющих на обеспечение лекарственными препаратами для лечения ВИЧ-инфекции, включая антиретровирусные препараты, в частности, факторов доступности и цен, включая дифференцированное ценообразование, и потенциалы систем технических средств и здравоохранения [...] (пункт 55).

Специальная сессия Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу, июнь 2001 года, Нью-Йорк

Лечение для всех? Начало.

Улучшение доступа к антиретровирусным препаратам является глобальным приоритетом. Появление большего количества лекарств станет катализатором для улучшения системы предоставления медицинских услуг. Улучшенные системы предоставления медицинских услуг будут способствовать развитию потенциала для создания доступных по цене медицинских технологий.

Если сравнить число смертей, вызванных ВИЧ/СПИДом, с уровнем потребления антиретровирусных препаратов в различных регионах мира, становится совершенно очевидным существующее глобальное неравенство в возможностях лечения

(см.Рис.32). Однако, в то же самое время, это иллюстрирует то значительное воздействие на жизнь многих людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, которое оказывает расширенный доступ к лечению.

В странах с высоким уровнем доходов, где комбинированная антиретровирусная терапия стала широко доступна начиная с 1996 года, смертность от СПИДа резко сократилась в течение двух-трех лет, и с тех пор ее уровень остается неизменным. За последние два года были достигнуты значительные успехи в обеспечении доступности и в использовании антиретровирусных и других необходимых препаратов в некоторых странах с низким

Рисунок 32



Источник: ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2002 г.

и средним уровнем доходов. Тенденции снижения уровней смертности и заболеваемости благодаря наличию антиретровирусных препаратов особенно заметны в Бразилии и должны проявиться в ближайшие годы в других странах Латинской Америки, Карибского бассейна и Азии.

Цены на лекарства резко падают

После 1996 года, когда появилась комбинированная терапия, сложилось общее мнение, что в обозримом будущем это лечение останется финансово и технически недоступным для большинства ВИЧ-инфицированных людей, проживающих в странах с низким и средним уровнем доходов.

Для того чтобы преодолеть это мнение, в 1998 году ЮНЭЙДС и ВОЗ учредили Инициативу по обеспечению доступа к лекарственным препаратам, состоявшую из пилотных

проектов, осуществляемых в Кот-д'Ивуаре и Уганде и, позднее, в Чили и во Вьетнаме. В ходе этой инициативы изучались препятствия – технические, административные и финансовые – в использовании антиретровирусной терапии в условиях ограниченности ресурсов. В проектах принимало участие незначительное число людей (например, в Уганде их было 1600 человек), однако полученные данные позволили извлечь важные уроки, позволяющие судить о руководящих принципах лечения, выполнении пациентами медицинских требований, распоряжении запасами лекарств и системе направления в специализированные медицинские учреждения. Эта информация оказалась бесценной для расширения сети служб, предоставляющих уход, лечение и поддержку в связи со СПИДом, особенно теперь, когда цены на лекарства значительно снижаются.

Прогресс в обеспечении доступа к лечению

Латинская Америка и страны Карибского бассейна стали лидирующими в области предоставления антиретровирусной терапии людям, живущим с ВИЧ/СПИДом. Из 24 стран региона, где в 2001 году проводилось исследование, в 11 существует политика, нормы и законодательство, гарантирующие доступ к антиретровирусной терапии.

Бразилия уже не первый год демонстрирует приверженность делу обеспечения всеобщего доступа населения страны к антиретровирусным препаратам. Во многих других странах региона, благодаря самоотверженной работе целого ряда неправительственных организаций и людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, все больше усиливается приверженность делу обеспечения нуждающихся антиретровирусными препаратами. В конце 2001 года примерно 170000 больных в этом регионе получали АРВ-терапию, из них 105000 – в Бразилии, где профилактическая работа дополняется расширенными программами по лечению и уходу, которые гарантируют предоставление финансируемой из государственного бюджета АРВ-терапии людям, живущим с ВИЧ/СПИДом. По оценкам специалистов, благодаря снижению уровня заболеваемости ВИЧ/СПИДом, бразильским программам по лечению и уходу удалось избежать госпитализации 234000 человек в течение 1996 – 2000 гг.

К 2002 году государственный сектор в Аргентине, Коста-Рике, на Кубе и в Уругвае также обеспечил бесплатный и всеобщий доступ к АРВ-терапии. Однако в качестве и масштабах программ лечения АРВ-препаратами, осуществляемых в разных странах Латинской Америки, до сих пор существуют значительные различия. Широкий доступ к лечению, который люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, имеют в этих странах, пока еще недостижим для других стран региона. В последнее время появились сообщения о нехватке лекарственных препаратов в Аргентине в связи с нынешним политическим и экономическим кризисом в стране.

В таких странах, как Гондурас и Панама, в настоящее время тоже обеспечивается доступ к лечению. По просьбе глав правительств стран Карибского бассейна эти страны (под руководством КАРИКОМ в рамках Панкарибского партнерства) разрабатывают общую региональную стратегию для ускорения и расширения доступа к лечению и уходу для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом. Такие государства, как Сент-Китс и Невис, Барбадос и Гренада, начали осуществление новых национальных программ для расширения услуг по уходу и лечению.

Затраты на приобретение антиретровирусных препаратов, сэкономленные затраты и итоговые затраты Министерства здравоохранения Бразилии, 1997-2001 гг.*

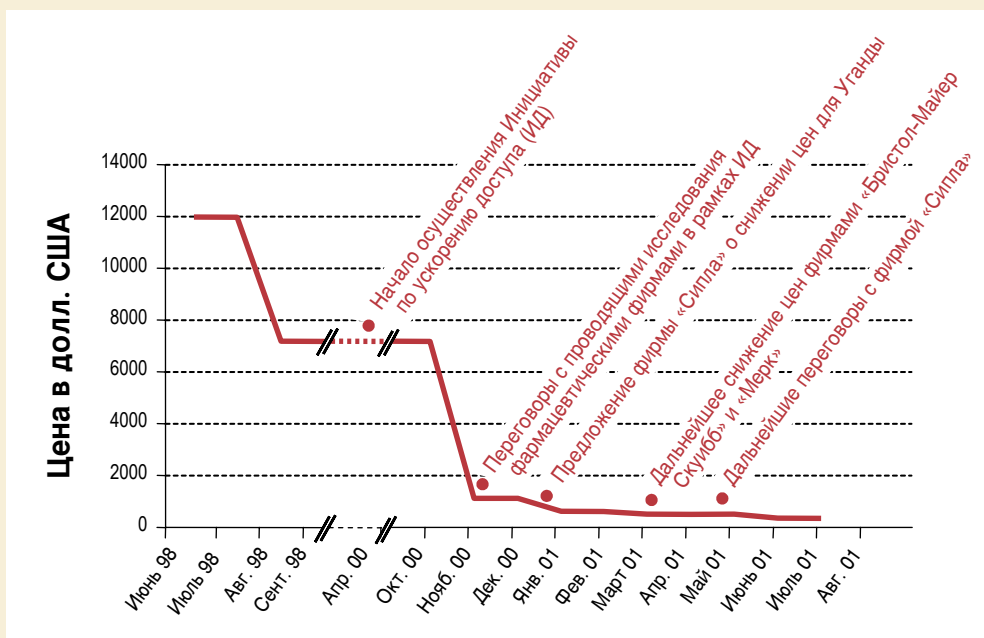


Рисунок 33

Источник: Министерство здравоохранения Бразилии, 2001 г.

Рисунок 34

Стоимость (в долл. США/год) лечения антиретровирусными препаратами первой линии в Уганде, 1998-2001 гг.



Источник: ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2002 г.

В 2000 году широкое применение дифференцированных цен на лекарства при СПИДе на основании потребностей стран и уровня их платежеспособности привело к тому, что цены, предлагаемые странам с низким и средним уровнем доходов, были сильно снижены. В начале 2000 года цена комбинированного курса лечения антиретровирусными препаратами на одного пациента в год почти везде обычно составляла от 10000 до 12000 долларов США. В конце 2000 года велись переговоры о снижении цен на лечение патентованными препаратами и генериками для стран с низким и средним уровнем доходов до 500 – 800 долларов США. К декабрю 2001 года на рынке появились недорогие препараты-генерики, позволяющие проводить комбинированное лечение при стоимости 350 долларов США в год на одного пациента.

Такое масштабное снижение цен уже само по себе оказывает значительное влияние на доступность лечения. Анализ расширения доступа к антиретровирусным препаратам в Уганде, проведенный «МакКинзи энд компани», помог обозначить тот предел стоимости лекарств, который ограничивает возможность страны по дальнейшему расширению масштабов лечения. При годовой стоимости курса лечения в размере 2400 долларов США можно охватить примерно 5000 человек. Если годовая стоимость препаратов в расчете на одного человека снизится до 600 долларов США, лечение можно будет предоставить 50000 больных.

Для стран со средним уровнем доходов и с относительно невысокой распространенностью ВИЧ-инфекции снижение цен на

лекарства приводит к снижению расходов на предоставление всеобщего доступа к антиретровирусным препаратам до такой доли валового внутреннего продукта, которую можно сравнить с пропорциональными расходами стран с высоким уровнем доходов. Снижение цен сократит уровень расходов в Чили, Марокко и Румынии примерно до 1% ВВП. В этих странах уже существует медицинская инфраструктура для распространения указанных лекарств. Однако в странах с низким уровнем доходов и высокой распространенностью ВИЧ-инфекции для обеспече-

ния лечения нуждающихся антиретровирусными препаратами потребуются выделить гораздо большую часть произведенного ВВП.

Снижение стоимости лечения антиретровирусными препаратами для стран с низким и средним уровнем доходов, достигнутое в течение 2001 года, стало результатом объединения усилий. Организации активистов и люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, из разных стран мира сыграли важнейшую роль для того, чтобы поставить проблему обеспечения доступа к лечению на первое место в повестке

Ускорение доступа к лечению

Важным компонентом международной деятельности по обеспечению снижения цен на антиретровирусные препараты стало создание международной структуры – партнерства между государственными и частными организациями в целях ускорения доступа к лечению. Это партнерство было инициировано в 2000 году между учреждениями ООН (ЮНИСЕФ, ЮНФПА, ВОЗ, Всемирный банк, Секретариат ЮНЭЙДС) и пятью крупнейшими фармацевтическими компаниями, занятыми производством, исследованиями и разработками препаратов для лечения ВИЧ/СПИДа («Берингер Ингельхайм ГмБХ», «Бристоль-Майерс Сквибб», «ГлаксоСмитКляйн», «Мерк энд ко., инк.» и «Ф. Хоффманн-Ля Рош лтд.»), к которым позже присоединились «Эбботт Лабораториз лтд». Целью партнерства стало расширение доступа к уходу, лечению и поддержке. Переговоры велись по двум направлениям: во-первых, шел постоянный диалог с фармацевтическими компаниями о том, чтобы сделать высококачественные лекарственные препараты (включая генерики) более доступными для стран с низким и средним уровнем доходов; и, во-вторых, налаживалось техническое сотрудничество со странами для увеличения их потенциала в области обеспечения ухода, лечения и поддержки.

Контактная группа ЮНЭЙДС по ускорению доступа к уходу, лечению и поддержке больных ВИЧ/СПИДом подчиняется Координационному совету программы ЮНЭЙДС. Она играет очень важную роль для обмена информацией и опытом, полученным в разных странах и регионах. В эту группу входят представители правительств стран-доноров и стран с низким и средним уровнем доходов, гражданского общества, частного сектора и различных многосторонних организаций.

В мае 2000 года было достигнуто соглашение об основополагающих руководящих принципах сотрудничества, которое помогло проложить дорогу для подписания соглашений о льготных ценах, которые правительства будут оговаривать на индивидуальной основе. Дополнительный стимул к действиям был получен в мае 2001 года, когда Генеральный Секретарь ООН встретился с представителями крупнейших фармацевтических компаний, чтобы убедить их в необходимости скорейшего принятия решения о льготных ценах. После проведения всех этих мероприятий ситуация начала быстро меняться к лучшему.

После достижения договоренности о принципах льготного ценообразования в отношении лекарственных препаратов от СПИДа для стран с низким и средним уровнем доходов, внимание было перенесено на достижение соглашений между странами (или группами стран) и производителями лекарств.

дня. Другие важные факторы, повлиявшие на широкомасштабное снижение цен, включали диалог между правительствами стран, международными организациями и крупными фармацевтическими компаниями; конкуренцию со стороны производителей препаратов-генериков; а также юридические и дипломатические действия на национальном и международном уровнях.

Цельный ряд неправительственных организаций, включая «ОКСФАМ» и «Врачи без границ» определил приоритеты пропагандистских мероприятий, направленных на обеспечение снижения цен на антиретровирусные препараты в целях расширения доступа к лечению в странах с низким и средним уровнем доходов. Кроме того, Международный альянс по ВИЧ/СПИДу (неправительственная организация из Великобритании) разработал практические материалы в помощь общинным организациям для расширения доступа к лечению ВИЧ/СПИДа.

Тем временем производители препаратов-генериков из стран с низким и средним уровнем доходов (в частности, из Бразилии, Индии и Таиланда) выпускают свои разновидности некоторых антиретровирусных препаратов и предлагают их на внутренних, а в некоторых случаях и на внешних рынках. Расширяется сотрудничество Юг – Юг по доступу к лекарственным препаратам. В апреле 2001 года Индия и Южная Африка подписали декларацию о намерениях с целью развития сотрудничества в различных областях здравоохранения, включая передачу технологий и импорт недорогих лекарств для лечения ВИЧ/СПИДа. Таиланд, имеющий значительный опыт как в производстве генериков, так и в организации ухода на уровне общин, подписал аналогичное соглашение с Ганой. В конце 2001 года индийский производитель препаратов-генериков, компания «Сипла лтд.», согласилась поставить министерству здравоохранения Нигерии препараты для трехкомпонентной антиретровирусной терапии стоимостью 350 долларов США на человека в год. В рамках пилотной программы с бюджетом 4 миллиона долларов

США около 10000 взрослых и 5000 детей пройдут лечение в отобранных для этой цели больницах страны. Больные, проходящие курс лечения, будут платить 120 долларов в год, а государство выделит недостающую сумму для оплаты лечения.

Прогресс на уровне отдельных стран

В марте 2002 года 36 из 78 стран, выразивших заинтересованность в сотрудничестве с ЮНЭЙДС для расширения доступа к уходу и лечению (см. вставку «Расширенный доступ»), закончили подготовку национальных планов (или находятся на стадии завершения планов) по уходу и лечению при технической поддержке со стороны ООН. Восемнадцать из этих стран – Барбадос, Бенин, Буркина-Фасо, Бурунди, Габон, Гондурас, Камерун, Кот-д'Ивуар, Мали, Марокко, Республика Конго, Руанда, Румыния, Сенегал, Тринидад и Тобаго, Уганда, Чили и Ямайка – достигли соглашения с производителями о значительном сокращении цен на лекарства. Отдельные компании сообщают о достижении соглашения ещё с четырьмя странами – Ботсваной, Демократической Республикой Конго, Малави и Чадом. При этом использовались различные механизмы финансирования: от прямых правительственных субсидий пациентам (в Габоне, Кот-д'Ивуаре, Мали, Румынии, Сенегале, Тринидаде и Тобаго и Чили) до приобретения лекарств за наличные в Уганде.

В течение первых нескольких месяцев действия инициативы было отмечено очевидное повышение доступа к лечению в тех странах, которые начали осуществлять национальные планы. По состоянию на декабрь 2001 года в первых одиннадцати странах около 22000 человек получили доступ к антиретровирусной терапии; таким образом, количество пациентов, проходящих лечение, возросло в семь раз. Хотя пока эти цифры невелики и представляют только малую часть всех нуждающихся в антиретровирусной терапии, тем не менее, это уже серьёзное достижение, учитывая тот факт, что ранее в этих странах практически ни

один больной не имел возможности лечиться. С конца 2001 года эти цифры продолжают расти.

В поисках «новых договорённостей»

Очень важно, чтобы снижение цен на имеющиеся лекарственные препараты не сказалось отрицательно на дальнейших исследованиях и разработках новых и улучшенных методов лечения ВИЧ. Инновационные методы имеют очень важное значение, учитывая отсутствие возможности полного исцеления и вакцины, а также серьёзный риск развития резистентности к существующим антиретровирусным препаратам. Исторически сложилось так, что защита интеллектуальной собственности путём регистрации патентов обеспечивала доходность фармацевтической промышленности, которая, в свою очередь, постоянно инвестировала средства в проведение исследований и разработок. Однако, в то время как патентная защита приносит выгоды акционерам компаний и обществу в высоко развитых странах, для бедных стран, где проживает 95% всех ВИЧ-инфицированных в мире, такая ситуация остаётся неприемлемой.

В 2001 году ЮНЭЙДС выступила с призывом добиться «новых договорённостей» с производителями лекарств с целью обеспечения того, чтобы новые формы лечения ВИЧ становились доступными людям, живущим с ВИЧ/СПИДом в странах с низким и средним уровнем доходов, так же быстро, как и в высоко развитых странах. Для этого необходимо применять разнообразные подходы, в том числе:

- Ввести систему дифференцированного ценообразования в зависимости от относительного уровня доходов стран;
- Организовать конкуренцию между поставщиками для снижения цен;
- Наладить региональные поставки для обеспечения снижения цен за счёт больших объёмов поставок;

- Заключить лицензионные соглашения между компаниями-владельцами патентов и производителями в странах с низким и средним уровнем доходов;
- Усилить такие гарантии охраны здоровья населения в торговых соглашениях, как обязательное лицензирование производства патентованных лекарств в странах, где ВИЧ/СПИД представляет собой национальную угрозу;
- Разработать новые механизмы частного и государственного финансирования для оказания помощи в оплате лечения беднейшим странам мира.

В то время как эти подходы применяются для расширения доступа к лечению в странах с низким и средним уровнем доходов, высоко развитые страны должны и в дальнейшем поддерживать системы защиты интеллектуальной собственности и финансирования, которые позволяют фармацевтическим компаниям обеспечить окупаемость вложенных средств и инвестировать их в исследования и разработки.

Механизмы финансирования

Несмотря на снижение цен на антиретровирусные препараты, национальным правительствам приходится принимать трудные решения, чтобы выделить из ограниченного бюджета ресурсы для расширения доступа к лечению ВИЧ/СПИДа. В настоящее время появилось несколько новых источников финансирования для поддержки развивающихся стран при закупке антиретровирусных препаратов.

Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией рассмотрел первые заявки на предоставление финансирования в апреле 2002 года и уже объявил о первых выплатах. На 2002 год Фонд располагает ресурсами в сумме около 800 миллионов долларов США; Фонд объявил финансирование доступа к лечению одним из приоритетных видов своей деятельности (см. главу «Удовлетворение потребностей»).

Условия Соглашения ТАПИС уточнены в г. Доха

Соглашение о Технических аспектах прав интеллектуальной собственности (ТАПИС) было предметом многочисленных споров с точки зрения его влияния на систему общественного здравоохранения в целом и на доступ к лекарствам в частности. Однако на конференции на уровне министров, проведенной Всемирной торговой организацией в г. Доха (Катар), удалось достичь широкого международного взаимопонимания о том, что ТАПИС следует включить в более масштабные национальные и международные мероприятия, направленные на решение серьезных проблем общественного здравоохранения, включая эпидемию СПИДа, в странах с низким и средним уровнем доходов. В ноябре 2001 года в Дохе все 142 государства-члены Всемирной торговой организации приняли «Декларацию о Соглашении ТАПИС и общественном здравоохранении». В этом документе подчеркивается, что Соглашение ТАПИС «можно и необходимо рассматривать и осуществлять таким образом, чтобы поддерживать права стран-членов ВТО на защиту общественного здравоохранения и, в частности, чтобы способствовать доступности лекарственных препаратов для всех».

Признавая важность защиты интеллектуальной собственности для разработки новых препаратов и технологий, Декларация предусматривала для стран, классифицирующихся как «наименее развитые», общее продление на 10 лет (с 2006 до 2016 года) срока присоединения к патентным требованиям Соглашения для фармацевтического сектора.

В Декларации однозначно заявлено, что «кризисы в общественном здравоохранении, включая ВИЧ/СПИД, туберкулез, малярию и другие эпидемии, могут представлять собой национальную угрозу», и в таких условиях правительства имеют право вводить обязательное лицензирование, разрешающее, в определенных условиях, использование патентованных препаратов.

В рамках Межгосударственной программы Всемирного банка по контролю и профилактике ВИЧ/СПИДа (МППС) в Африке был утвержден пакет кредитов и грантов для нескольких стран Карибского бассейна. Было также достигнуто соглашение о том, что часть этих кредитов может быть направлена на закупку антиретровирусных препаратов. Барбадос стал первой страной, которая соответствовала объявленным критериям и получила фонды для финансирования доступа к антиретровирусной терапии. В рамках второго этапа МППС будет более целенаправленно финансировать мероприятия по расширению доступа к лечению.

Инициативы частного сектора

Целый ряд инициатив был разработан отдельными фармацевтическими компаниями в целях расширения мероприятий по противодействию эпидемиям ВИЧ/СПИДа в странах

с низким и средним уровнем доходов. Среди них – инициатива компании «Эбботт» по расширению доступа к лекарствам в Танзании, проект фирмы «Бристоль-Майерс-Сквибб» «Позаботимся о будущем»; предложение компании «Берингер Ингельхайм» о бесплатном предоставлении невирапина для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку; проекты компаний «ГлаксоСмит-Кляйн», «Хоффманн-Ля Рош» и «Мерк энд ко.».

Партнерства государственных и частных компаний также нацелены на достижение результатов. «Всеобъемлющее партнерство по ВИЧ/СПИДу в Ботсване» – совместное мероприятие правительства Ботсваны, Фонда компании «Мерк» и Фонда Билла и Мелинды Гейтс – предприняло значительные шаги к улучшению ухода и лечения в этой стране. За 5 лет денежные пожертвования составили 100 миллионов долларов США, а компания «Мерк» бесплатно поставляет правительству

Ботсваны все антиретровирусные препараты, которые она производит.

Лекарства для лечения при оппортунистических инфекциях и облегчения боли

Для ухода за больными ВИЧ/СПИДом дополнительно к антиретровирусным препаратам требуются различные основные лекарственные препараты. Эти эффективные и относительно недорогие лекарства, если они есть в наличии, могут использоваться для профилактики или лечения многих ВИЧ-ассоциированных болезней, которые в основном приводят к болезни и смерти в странах с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции.

До настоящего времени соглашения между странами и отдельными фармацевтическими компаниями, участвующим в Инициативе по расширению доступа, касались только восьми препаратов – все из которых антиретровирусные. Даже при наличии более дешевых альтернативных препаратов многие из тех, кто пытался обеспечить снабжение лекарствами, не имели доступа ни к сравнительным ценам, ни к компаниям, которые могут производить и поставлять эти лекарства. Для решения этой проблемы партнерство, в состав которого входят организация «Врачи без границ», ЮНИСЕФ, ВОЗ и Секретариат ЮНЭЙДС, с 2000 года начало дважды в год публиковать доклады об источниках поставок и ценах на лекарства. Эти доклады основаны на данных исследования более 200 производителей фармацевтической продукции из 40 стран мира и содержат рыночную информацию, помогающую агентствам-поставщикам принимать информированные решения о том, где можно купить лекарства по лучшей цене.

Фармацевтическая компания «Пфайзер» бесплатно предоставила свой противогрибковый препарат «Дифлукан» (флюконазол) малообеспеченным больным СПИДом в Южной Африке, страдающим криптококковым менингитом и кандидозом пищевода – двумя оппортунистическими инфекциями,

которые обычно ассоциированы со СПИДом. В рамках партнерства с Министерством здравоохранения Южной Африки 6000 пациентов к сентябрю 2001 года прошли лечение флюконазолом во всех девяти провинциях страны. В конце 2001 года «Пфайзер» начала расширять за пределы Южной Африки Партнерскую программу по предоставлению «Дифлукана», которая также предусматривает обучение врачей в больницах вторичного и третичного уровня методам лечения ВИЧ-ассоциированных оппортунистических инфекций. Компания также обязалась работать над вопросом обеспечения доступа к лечению флюконазолом во всех наименее развитых странах.

Улучшение лечения туберкулеза необходимо объединять с лечением ВИЧ-инфекции

Примерно треть людей, живущих с ВИЧ/СПИДом во всем мире, одновременно инфицированы возбудителем туберкулеза *M. tuberculosis*, причем 70% из них проживает в странах Африки, расположенных к югу от Сахары. Туберкулез также является основной причиной смерти ВИЧ-инфицированных, в то время как ВИЧ способствовал стремительному росту развития случаев активной формы туберкулеза во всем мире.

Лечение активной формы туберкулеза в равной степени эффективно и для ВИЧ-инфицированных, и для людей, не инфицированных ВИЧ. Однако, при отсутствии антиретровирусной терапии, лечение туберкулеза не оказывает долгосрочного воздействия на прогрессирование ВИЧ-инфекции или снижение уровня смертности. Таким образом, очень важно, чтобы улучшение ведения больных и контроля за развитием туберкулеза шло параллельно с улучшением системы снабжения антиретровирусными препаратами и применением других методов лечения при ВИЧ-инфекции. Инициатива Всемирной организации здравоохранения «Про-ТЕСТ» направлена на пропаганду добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ как

средства обеспечения более последовательной стратегии лечения, ухода и поддержки в борьбе с ВИЧ и туберкулезом в странах с высоким уровнем распространенности ВИЧ-инфекции.

Инфраструктура должна поддерживать лечение и клиническое ведение больных

Цены на лекарства являются лишь одним из препятствий на пути расширения доступа к лечению ВИЧ/СПИДа. Эффективность лечения во многом зависит от общего состояния медицинских служб и их возможности обеспечить поставку лекарств и их хранение, ставить диагноз, выбирать и назначать необходимые лекарства и проводить соответствующее лечение, предоставлять услуги по уходу и диагностике, чтобы следить за состоянием здоровья и реакцией организма на проводимое лечение. Там, где существуют доступные для пациентов медицинские центры и районные больницы, как правило, можно проводить диагностику обычных инфекций и осложнений, вызванных ВИЧ/СПИДом (таких, как туберкулез, пневмония, диарея, кандидоз ротовой полости и горла), причем такие заболевания можно лечить или облегчать их течение с помощью недорогих, эффективных антибиотиков или обычных медицинских процедур. Однако во многих сообществах нет доступа к подобным медицинским учреждениям, поэтому у пациентов, как правило, нет возможности получить основные больничные услуги. Необходимо искать альтернативы обычным медицинским услугам – например, использовать для оказания услуг медицинские пункты на рабочих местах, если местная система здравоохранения недостаточно сильна (такое предложение поддерживает МОТ).

Две инициативы ВОЗ направлены на повышение возможности стран с низким и средним уровнем доходов по обеспечению контроля качества основных лекарств для лечения при ВИЧ/СПИДе и предлагают руководство по их использованию в медицинских учреждениях

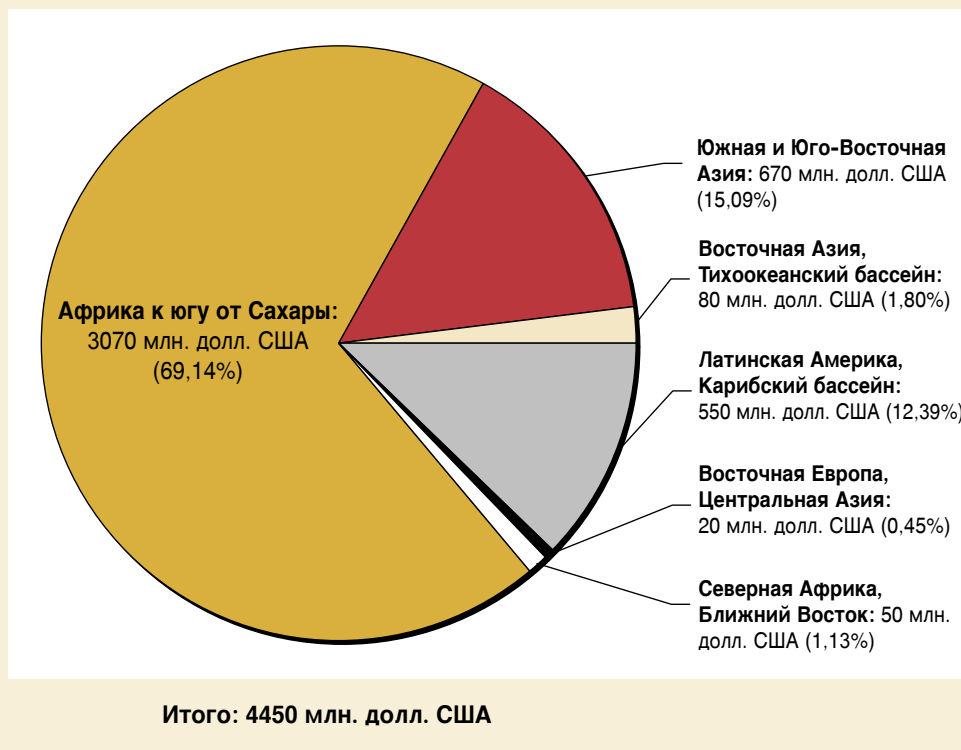
разного типа. Первый этап проекта «Доступ к высококачественным лекарствам для лечения и диагностике при ВИЧ/СПИДе» завершился в марте 2002 года. Был опубликован перечень из 16 лекарств, включающий 11 антиретровирусных препаратов, а также генериков и препаратов, полученных в результате проведения исследований, которые отвечают стандартам, рекомендованным ВОЗ. Все эти фармацевтические продукты соответствуют стандартам качества и требованиям «Надлежащей производственной практики». В настоящее время рассматриваются еще 13 производителей и 100 препаратов. ВОЗ и ЮНИСЕФ будут использовать этот перечень для рекомендаций странам в отношении приобретения лекарственных препаратов для лечения при ВИЧ/СПИДе.

В дополнение к проведению оценки качества лекарств для лечения ВИЧ/СПИДа, в настоящее время ВОЗ разрабатывает руководство по минимальным стандартам лабораторного мониторинга лекарственного лечения ВИЧ-инфицированных, руководство по использованию антиретровирусных препаратов, а также программы обучения и оценки качества для медицинских работников с целью обеспечения правильного использования диагностических тестов. Очень важно, чтобы руководство по лечению при ВИЧ для стран с низким и средним уровнем доходов было понятным, кратким и пригодным для быстрого применения.

Широкое распространение антиретровирусной терапии в общинах, наиболее пострадавших от ВИЧ/СПИДа, должно кардинальным образом изменить картину ухода за больными СПИДом, благодаря значительному снижению потребности в лечении при оппортунистических инфекциях и сокращению времени на обеспечение ухода в больницах и домашних условиях. Поэтому необходимость создания и улучшения инфраструктуры для поддержки антиретровирусной терапии становится все более насущной, учитывая перспективы роста потребности в таком лечении. Необходимо не только обучить персонал, но и создать базовые мощности для мониторинга потенциальной

Рисунок 35

Прогнозируемые требуемые годовые затраты по уходу и поддержке при ВИЧ/СПИДе до 2005 г., по регионам



Источник: Швартландер Б. и др. (2001 г.) Потребности в ресурсах при ВИЧ/СПИДе. «Сайенс»

токсичности лекарств и измерения эффективности лечения антиретровирусными препаратами. Несмотря на то, что цены на лекарства понизились, большинство тест-систем, обычно используемых в связи с применением антиретровирусных препаратов, недешевы и не везде имеются в наличии. Тесты на определение вирусной нагрузки (для измерения вирусной или количества ВИЧ в крови) стоят в среднем 100 долларов США, не считая стоимости оборудования и лабораторий. Самые недорогие проточные цитометры для мониторинга числа лейкоцитов CD4⁺ (белых кровяных телец, играющих важнейшую роль для функционирования иммунной системы) стоят от 75000 до 100000 долларов США, причем сюда не включены средства, необходимые для найма и обучения технического персонала, содержания или

ремонта оборудования, перевозки и хранения образцов.

На первых этапах расширенного предоставления антиретровирусных препаратов и других видов лечения ВИЧ-инфекции большинству стран с низким и средним уровнем доходов придется полагаться на более дешевые прогностические методы, такие как измерение общего числа лимфоцитов и стандартные методы исследования функций печени и почек.

Необходимо в срочном порядке провести исследования для разработки и внедрения недорогих технологий, которые можно использовать с учетом местных условий для повышения возможностей эффективного мониторинга антиретровирусной терапии и других видов лечения ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов.

На Рис. 35 представлены значительные расходы, которые потребуются на расширение ухода и поддержки в связи с ВИЧ. Сюда не включены расходы на создание инфраструктуры, необходимой для проведения эффективного лечения ВИЧ-инфекции.

Проблемы соблюдения схемы лечения, резистентности и токсичности

В связи с широким применением антиретровирусных препаратов как в высокоразвитых странах, так и в государствах с низким и средним уровнем доходов, часто высказывается озабоченность по поводу способности систем здравоохранения обеспечить соблюдение пациентами сложной схемы приема этих лекарств – иными словами, добиться того, чтобы пациенты принимали все лекарства в соответствии с назначением врача.

Соблюдение схемы лечения – серьезная проблема во всех странах в связи с потенциальной возможностью развития резистентности ВИЧ к лекарствам. В ходе проведения национального опроса в США было выяснено, что в 14% новых случаев ВИЧ-инфицирования вирус имел высокую резистентность как минимум к одному препарату против ВИЧ; 5,5% имели высокую степень резистентности к двум и более препаратам. В 1995 – 1998 гг. эти цифры составляли соответственно 3,5% и 0,4%.

Для решения этой проблемы ВОЗ и Международное общество по вопросам СПИДа недавно разработали Глобальный проект мониторинга резистентности ВИЧ к лекарствам, предназначенный для мониторинга региональных характеристик развития резистентности к лекарствам одновременно с расширением программ лечения антиретровирусными препаратами.

Соблюдение схемы лечения является важнейшим фактором успеха или неудачи антиретровирусной терапии в плане снижения вирусной нагрузки до неопределяемого уровня. Так, например, исследование, проведенное в США, показало, что успешное подавление

развития вируса с помощью комбинированной антиретровирусной терапии было, в основном, связано с 95%-ым соблюдением схемы лечения (т.е., пациенты принимали лекарства в соответствии с назначением врача в 95% случаев), а процент неудач в подавлении вирусной нагрузки сильно возрастал пропорционально числу случаев несоблюдения схемы лечения. В ходе этого же исследования было обнаружено, что среди изменяемых переменных, приводящих к неудаче лечения, две переменные играли наиболее важную роль: состояние глубокой депрессии и употребление наркотиков и алкоголя. При проведении целого ряда исследований в высокоразвитых странах было выяснено, что депрессия и злоупотребление алкоголем или наркотиками позволяют медикам с большей степенью вероятности предполагать, что такие пациенты не будут соблюдать схему лечения. Эти результаты подчеркивают необходимость оказания постоянной психологической и социальной поддержки пациентам до лечения и в процессе лечения.

Практические вопросы, связанные собственно со схемами антиретровирусной терапии, включая ежедневную дозировку, количество таблеток на одну дозу и ограничения в питании, также влияют на способность людей соблюдать режим лечения. Однако в последнее время был достигнут прогресс в разработке более легкой в применении и технически менее сложной схемы лечения.

Один информированный наблюдатель из Уганды отмечал, что в 2001 г. проблемы, вызвавшие отказ 15%-20% пациентов, прошедших курс лечения антиретровирусными препаратами, от продолжения лечения, носили сложный и сугубо человеческий характер: «Слишком большое дополнительное финансовое бремя, неспособность сохранить высокий заработок, обесценивание местной валюты, истощение средств родственников и друзей, непредсказуемость получения помощи из иностранных источников. Помимо этих финансовых аспектов, от которых зависит устойчивость лечения, главной проблемой остается соблюдение режима лечения: тяжелобольные пациенты не могут выполнять

сложные требования антиретровирусной терапии, улучшение состояния снижает стимул к приему лекарств, а слишком многие семейные консультанты по общему уходу предпочитают альтернативные виды лечения».

По сути, все эти проблемы можно решить, и это было продемонстрировано в целом ряде малых проектов. Известный проект, осуществлявшийся в горной местности Гаити на базе больницы «Клиник бон совер» в сотрудничестве с Гарвардским университетом, показал хорошие, постоянные результаты антиретровирусной терапии: пациенты смогли вернуться к своей работе и обеспечить уход за своими детьми. В девяти малых проектах по проведению антиретровирусной терапии, осуществляемых организацией «Врачи без границ» в Африке, Азии и Латинской Америке, также была подтверждена возможность эффективного лечения.

В высокоразвитых странах были отмечены случаи кратковременной и долговременной токсичности препаратов, которая является дополнительным фактором, усложняющим проведение лечения ВИЧ-инфекции. Если кратковременные побочные явления, такие как диарея, тошнота, утомляемость и сыпь, можно устранить путем обычного внимательного наблюдения за реакцией больных на лечение, то долговременная токсичность может потребовать применения сложных методов мониторинга и других лечебных вмешательств. Основными потенциально возможными долговременными осложнениями при антиретровирусной терапии являются нарушение липидного обмена, нарушение функций почек и печени и диабет. Потенциальная токсичность антиретровирусных препаратов еще более подчеркивает необходимость создания хорошо развитой медицинской инфраструктуры.

Необходимость обеспечения взаимосвязанной системы ухода и поддержки

Лечение с помощью лекарств является важным инструментом для противодействия заболеваемости и смертности от ВИЧ/СПИДа. Однако это не единственное средство. Для того чтобы успешно бороться с ВИЧ/СПИДом, люди, живущие с вирусом, должны иметь доступ к широкому спектру услуг по лечению, уходу и поддержке, предоставляемых постоянно и комплексно. Такая комплексная система ухода поможет удовлетворить растущие потребности

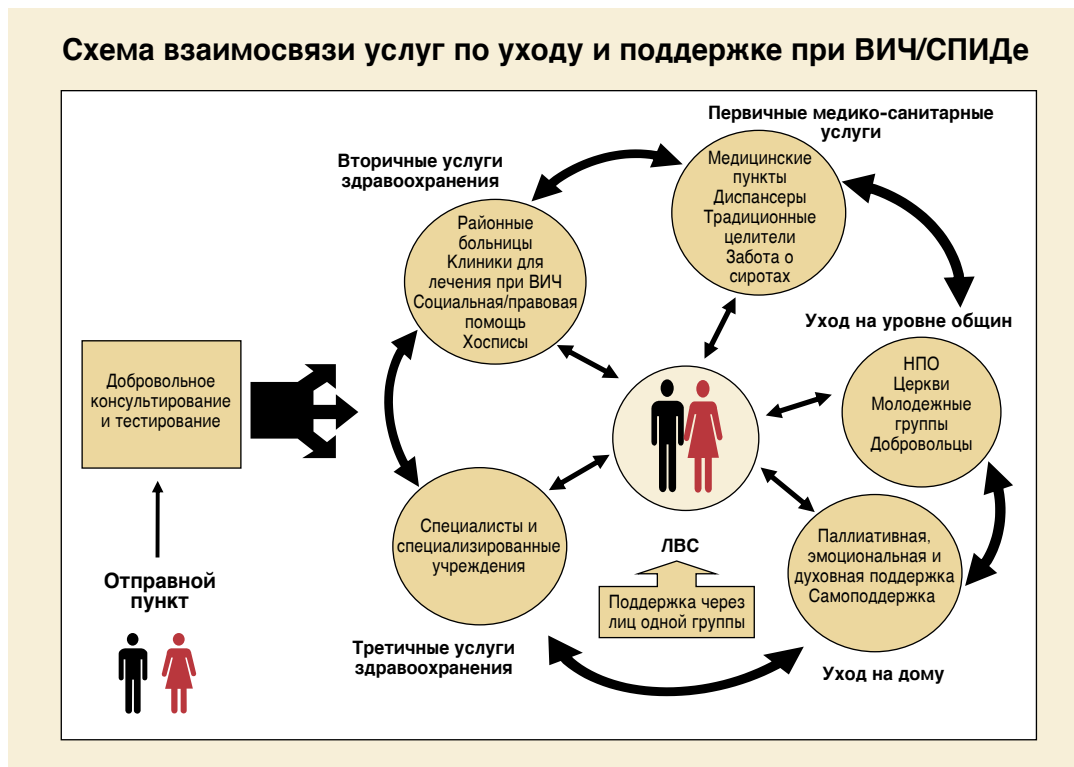
больных по мере ухудшения их состояния на различных этапах развития ВИЧ-инфекции.

Как показано на рисунке 36, уход должен предоставляться различными службами такой комплексной системы – службами ДКТ, учреждениями систем здравоохранения различного уровня (первичного, вторичного и третичного) и социальными службами, общинными центрами поддержки и службами по уходу на дому.

Декларация о приверженности

К 2005 году разработать стратегии всеобъемлющего ухода и достичь существенного прогресса в их осуществлении для: укрепления ухода на базе семьи и общины, включая уход, предоставляемый неформальным сектором, и медицинских систем для лечения и наблюдения за лицами, инфицированными ВИЧ/СПИДом, в том числе инфицированным детям, а также для оказания поддержки отдельным лицам, домашним хозяйствам, семьям и общинам, затронутым проблемой ВИЧ/СПИДа [...] (пункт 56).

Специальная сессия Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу, июнь 2001 года, Нью-Йорк



Источник: ВОЗ/ЮНЭЙДС (2000 г.). *Ключевые элементы ухода и поддержки при ВИЧ/СПИДе*. Проект рабочего документа.

Официальные учреждения системы здравоохранения могут направлять пациентов в общинные организации, которые, в свою очередь, могут при необходимости направлять своих клиентов в медицинские учреждения. На территории обслуживаемого района следует создать эффективную систему выдачи направлений, в которую должны входить службы ДКТ, базовые больницы и медицинские центры, а также службы по уходу на дому. Все эти организации и учреждения должны работать в партнерстве.

Уход на дому и в общинах

Важной частью мероприятий по противодействию эпидемии были и остаются услуги по уходу на дому и на уровне общин. Общинные группы по уходу и поддержке были созданы почти везде, где возникла эпидемия – как в богатейших, так и в беднейших странах – и продемонстрировали удивительные твор-

ческие подходы и упорство, оказывая помощь и давая надежду людям, живущим с ВИЧ/СПИДом или пострадавшим от эпидемии.

Поддержка лиц, предоставляющих уход на дому и в общине

Семьям, несущим основное бремя по уходу за больными, необходимо оказывать поддержку, чтобы удержать такие семьи от распада и помочь людям, ухаживающим за больными, заниматься и другими важными делами. В зависимости от наличия ресурсов и уровня распространенности СПИДа в данной стране такую поддержку можно включить в существующие службы социального обеспечения, или же для этого потребуются создать новые механизмы финансирования (см. главу «Удовлетворение потребностей»). Однако в некоторых странах не существует служб социального обеспечения, кроме тех, которые семьи оплачивают сами, и это

серьезно ограничивает их возможности по использованию любых дополнительных финансовых средств, которые могут быть выделены.

В случаях, когда ответственность за предоставление услуг децентрализована и передана на уровень общин, административные требования к распределению средств среди общинных организаций часто тормозят практическую работу. Для преодоления этой проблемы используется целый ряд новых финансовых механизмов. Например, в Зимбабве для ускорения процесса выделения средств и обеспечения их поступления по назначению, средства Национального трастового фонда по СПИДу в настоящее время распределяются через районные комитеты по СПИДу после утверждения их планов Национальным советом по СПИДу. После этого денежные средства направляются на банковские счета попечителей комитетов по СПИДу. Все попечители открыли банковские счета в коммерческих банках, где правом подписи обладают три человека: районный/городской советник, вождь и директор местной школы. Все три лица, имеющих право подписи, занимают руководящие должности и уполномочены обеспечивать контроль за тем, чтобы средства Национального трастового фонда по СПИДу распределялись среди тех людей, которые в этом нуждаются.

Если услуги по уходу на дому и в общинах действительно планируется сделать важной частью взаимосвязанных услуг по уходу, то необходимо оказывать большую поддержку неправительственным и общинным организациям, которые оказывают услуги по уходу в общинах. Такие подходы, как Эквадорская Программа инициатив по борьбе со СПИДом (*Programa de Iniciativas Frente al SIDA*), бесценны для формирования потенциала общинных проектов и неправительственных организаций. В рамках Программы обеспечивается связь и поддержка общинных программ по профилактике ВИЧ и уходу за больными по всей стране. Она также оказывает помощь неправительственным и общинным организациям, которые уже работают с женщинами и в области местного развития (но не имеют опыта работы

со СПИДом), для оценки потребностей местных общин в связи со СПИДом, чтобы они могли начать работу по борьбе со СПИДом самостоятельно или включиться в такую работу. Например, Программа помогла ведущей неправительственной организации Эквадора, работающей в области репродуктивного здоровья, включить вопросы профилактики сексуально передаваемых инфекций и ВИЧ в свои проводимые в клиниках образовательные программы и консультации по планированию семьи. Другим организациям была оказана помощь в целях расширения их возможностей по сбору средств или административных функций – зачастую это слабое место многих общинных организаций.

Важным уроком, извлеченным за последние десять лет, является то, что национальные мероприятия по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа не могут достичь необходимого масштаба, обеспечить качество работы или проявить достаточно гибкости, поскольку осуществляются только через программы, контролируемые из центра. Однако, когда национальные программы работают в партнерстве с неправительственными и общинными организациями, можно достичь многого. В качестве примера можно привести Проект комплексного ухода, осуществляемый в индийском штате Манипур. Проект основан на сотрудничестве и связывает неправительственные и общинные организации (включая «Уорлд Вижн», «Снеха Бхаван», «Манипурскую сеть ВИЧ-положительных людей» и Общество «Крипа») с государственными медицинскими службами, что позволяет многим людям (особенно тем, кого трудно охватить такой работой) получить доступ к услугам, которые в противном случае были бы для них недоступны.

Работа с народными целителями и фармацевтами

Поскольку многие люди не обращаются за медицинской помощью в официальные учреждения, важно найти способы более полного интегрирования альтернативных медицинских услуг в необходимую систему

взаимосвязанного комплексного ухода. По оценкам специалистов, в Африке около 80% населения, как в городской, так и в сельской местности, предпочитают для лечения методы народной медицины. Многие специалисты общественного здравоохранения пришли к выводу, что целесообразно будет наладить сотрудничество между официальной системой здравоохранения и народными целителями. В Африке и Азии были успешно разработаны, спланированы, осуществлены и оценены подобные проекты сотрудничества.

Сотрудничество с народными целителями может также помочь развеять многие мифы, преобладающие в некоторых странах с низким и средним уровнем доходов, относительно причин заболевания ВИЧ/СПИДом, а также опровергать ложные заявления о «чудодейственных лекарствах от СПИДа».

Часто используется стратегия обучения наиболее активной группы народных целителей, которым впоследствии оказывается поддержка в работе по просвещению других членов общины и обучению своих коллег-целителей.

Многие жители стран с низким и средним уровнем доходов обращаются в аптеку, когда появляются первые симптомы оппортунисти-

ческих инфекций. Однако уровень квалификации и образования фармацевтов может очень сильно различаться. Известно, что в Камбодже многие ВИЧ-положительные люди непосредственно обращаются в аптеки за лекарствами. Примерно четверо из пятерых камбоджийцев живут в сельской местности, вдали от двух больниц Пномпеня, в которых больные СПИДом жители могут получить лечение. Совсем немногие могут позволить себе услуги частных клиник. С другой стороны, в сельских городках и деревнях работают тысячи фармацевтов. (в самом Пномпене их около 300). В этой связи международная некоммерческая организация ПНТЗ (Программа за надлежащие технологии здравоохранения) работает с правительством Камбоджи, национальной ассоциацией фармацевтов и местными неправительственными организациями, чтобы обучить фармацевтов способам определения сексуально передаваемых инфекций, методам лечения, консультирования и отпуска лекарств. Кроме того, была создана пилотная программа, в рамках которой фармацевты могут выдавать клиентам купоны с направлениями в конкретные медицинские учреждения в конкретное время, что таким образом создает прямую связь с официальной медицинской системой.

Народные целители и дипломированные врачи: вместе против СПИДа

В Уганде две неправительственные организации, Министерство здравоохранения и Национальная комиссия по СПИДу с начала 90-х годов работают совместно в рамках инициативы, которая называется «Народные целители и дипломированные врачи: вместе против СПИДа». Для обучения народных целителей разработана учебная программа, в которой рассматриваются не только сексуально передаваемые болезни и СПИД, но и культурные верования и обычаи, вопросы консультирования, лидерства, сексуальности, гендера и права. Инициатива была расширена на шесть сельских районов Уганды. Оценка, проведенная в 1997 – 1998 гг., показала, что 60% обученных народных целителей распространяли презервативы (по сравнению с 9% необученных целителей). Другие полезные моменты программы включают в себя внедрение ведения медицинской документации, создание групп поддержки пациентов и улучшение сотрудничества со специалистами в области биомедицины.

Декларация о приверженности

К 2003 году обеспечить разработку национальных стратегий для предоставления психосоциального ухода отдельным лицам, семьям и общинам, затронутым проблемой ВИЧ /СПИДа (пункт 57).

Специальная сессия Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу, июнь 2001 года, Нью-Йорк

Психосоциальная поддержка: важный компонент комплексных услуг по уходу

Консультирование, духовная поддержка, помощь в раскрытии положительного серологического статуса, в переходе к методам безопасного секса или воздержании от секса, соблюдение режима приема лекарств, поддержка в конце жизни и в случае тяжелой утраты, практическая экономическая помощь – все это входит в психосоциальную поддержку людям, живущим с ВИЧ/СПИДом или пострадавшим от эпидемии. Смягчение разрушительного воздействия СПИДа на личную жизнь людей, их социальные отношения и уровень доходов ранее считалось достаточной причиной для оказания такой помощи. В то же время, психосоциальная поддержка очень важна и для успеха медицинского лечения – важность этого вопроса постоянно возрастает, поскольку все больше ВИЧ-положительных людей получают доступ к лечению антиретровирусными препаратами.

Расширение участия людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (РЛВС), имеет большое значение

для предоставления психосоциальных услуг по уходу, и такое вовлечение должно стать неотъемлемой частью программ по уходу и поддержке. Программы взаимной поддержки ВИЧ-инфицированных лиц доказали свою успешность в предоставлении психосоциальной помощи ЛВС во всем мире, особенно учитывая их малозатратность для систем здравоохранения. В Юго-Восточной Азии и многих других регионах получены серьезные доказательства положительного психосоциального воздействия клубов самоподдержки для ВИЧ-инфицированных и пострадавших от эпидемии людей. Такие клубы (и такие группы поддержки) могут быть очень полезными для оказания или пропаганды социальной и экономической помощи, например, в виде профессионального обучения, малых проектов или финансирования медицинской страховки. Организация поддержки больных СПИДом в Уганде (ТАСО) стала мировым лидером в этой области. Входящий в ее состав Молодежный клуб по проблемам СПИДа представляет собой проект профилактики СПИДа и ухода за больными среди лиц одной группы и предоставляет консультирование и другие услуги по поддержке ЛВС.

Указывая путь

Среди многих инновационных проектов по оказанию ухода на дому можно выделить Хуа Рин – буддийский храм, расположенный возле г. Чианг Май в Таиланде, в котором проживает 35 женщин, инфицированных ВИЧ или больных СПИДом. Настоятель монастыря Пра Атикарн Тханават Технопанио основал группу поддержки в 1993 году для того, чтобы просветить жителей деревни о проблемах ВИЧ/СПИДа через учение дхарма, а также для того, чтобы снизить стигматизацию пострадавших семей. Эти женщины, известные как Группа «Прасарнджай» осуществляют различные проекты, например, оказывают помощь дедушкам и бабушкам по уходу за их осиротевшими внуками, или обеспечивают небольшую работу вдов или инфицированных женщин. Тем временем, монахи распространяют знания о ВИЧ/СПИДе и информацию среди членов общины, пропагандируют виды деятельности для получения заработка и заботятся о физических и духовных потребностях людей.

Полноценное питание

Очень важным является включение вопросов питания в качестве основного компонента любых программ по уходу за ВИЧ-инфицированными. Несмотря на то внимание, которое сегодня уделяется расширению доступа к антиретровирусным препаратам в странах с низким и средним уровнем доходов, не следует забывать о том, что для большинства людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, потребность в питании остаётся основным приоритетом.

Вопросы питания и СПИДа тесно взаимосвязаны, как на личном, так и на общественном уровне. Не полноценное питание делает людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, более уязвимыми к любым болезням и инфекциям. А истощение является одним из клинических проявлений ВИЧ-инфекции.

На уровне домохозяйств ВИЧ/СПИД и обеспечение пропитания взаимосвязаны: домохозяйства, пострадавшие от ВИЧ, не могут обеспечить себя продовольствием, и их членам грозит риск недоедания из-за потери работы, доходов и времени, необходимого для ухода за малолетними детьми, в то время как расходы на лечение возрастают. В свою очередь, невозможность обеспечить семью продовольствием ещё больше повышает риск инфицирования ВИЧ и уязвимость семьи к

нарастающим последствиям инфекции по мере прогрессирования болезни.

Вопросы питания нельзя рассматривать отдельно от вопросов лечения. По мере расширения доступа к антиретровирусным препаратам люди должны быть обеспечены чистой водой и нормальным питанием, что является неотъемлемой частью мер по лечению, уходу и поддержке.

ТАСО в течение десяти лет распространяла продукты питания клиентам в рамках всеобщих мероприятий по противодействию эпидемии с привлечением местных общин в Уганде. Продовольственная помощь оказалась мощным средством привлечения клиентов к другим видам услуг, связанных с ВИЧ, включая добровольное консультирование и тестирование. Кроме того, такая форма помощи в значительной мере способствовала консультированию и просвещению клиентов ТАСО по вопросам питания по всей Уганде. Мировая продовольственная программа использует продовольственную помощь как стимул для того, чтобы дети посещали школу; развивая успех проектов, в рамках которых школьниц обеспечивали школьным питанием, а всем ученикам выдавали продовольственные пайки на дом, сейчас эта программа проводит такую же стратегию для детей-сирот. В настоящее время проекты для таких детей осуществляются в Замбии, Камбодже, Кении и Уганде.

Расширение лечения, ухода и поддержки: путь вперёд

На высших уровнях политической и экономической власти растёт понимание того, что обеспечение стабильного и безопасного будущего в мире требует масштабного расширения мероприятий, направленных на улучшение здоровья малоимущих слоев населения во всех странах мира. Уже проделана значительная работа по оценке того, что и каким образом нужно сделать и сколько это будет стоить.

Эти политические и экономические взгляды подкрепляются растущей решимостью лиц,

принимающих решения, а также сообществ, добиться убедительного прогресса в борьбе с глобальной эпидемией ВИЧ/СПИДа, уделяя одинаковое внимание профилактике ВИЧ и уходу за больными людьми.

Многие препятствия, мешающие улучшению систем здравоохранения и расширению доступа к уходу в беднейших странах мира, можно преодолеть с помощью дополнительного финансирования. Среди этих препятствий – существующий низкий уровень расходов на здравоохранение в странах с низким и средним

уровнем доходов, нехватка квалифицированного медицинского персонала, слабая инфраструктура, ограниченное снабжение лекарствами, и т. п. Дополнительное финансирование очень важно для обеспечения успеха программ по лечению ВИЧ/СПИДа, уходу и поддержке во всем мире.

Как только появятся дополнительные ресурсы для расширения лечения ВИЧ/СПИДа и услуг по уходу и поддержке, расходы необходимо будет подкреплять доказательствами надлежащего руководства, включая соблюдение прав людей, живущих с ВИЧ/СПИДом. Коррупция, несоблюдение правовых норм и вооруженные конфликты представляют собой основные препятствия, мешающие тому, чтобы ресурсы попадали к тем, кто в них нуждается.

Постоянное развитие планов действий по лечению, уходу и поддержке координирую-

щими органами стран, региональное сотрудничество, усилия международных правительственных и неправительственных организаций помогают совершенствовать мероприятия по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа. Растущее число смертей в связи со СПИДом постоянно напоминает о неотложном характере этой задачи – задачи, которая требует одновременных мер в области технического руководства, политической поддержки, мобилизации ресурсов, создания инфраструктуры и развития человеческого потенциала.

И, самое главное, твердая приверженность людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, и тех, кто их поддерживает, гарантирует то, что глобальная потребность в доступе к эффективному лечению, уходу и поддержке не останется без внимания. 