

24 March 2005  
Russian  
Original: English

---

**Пятьдесят девятая сессия**  
Пункт 43 повестки дня  
**Последующие меры по выполнению решений**  
**двадцать шестой специальной сессии:**  
**осуществление Декларации о приверженности**  
**делу борьбы с ВИЧ/СПИДом**

## **Заседание на высоком уровне по ВИЧ/СПИДу**

**Документ для обсуждения за «круглым столом» по вопросам**  
**лечения, ухода и поддержки, устраиваемым Всемирной**  
**организацией здравоохранения и Международной**  
**организацией труда**

### *Резюме*

Настоящий документ призван стимулировать обсуждения «за круглым столом», и его следует воспринимать в совокупности с представляемым докладом Генерального секретаря о прогрессе в осуществлении Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом.

Резюме этих обсуждений, которые будут носить, как ожидается, оживленный, открытый и интерактивный характер, будет препровождено Генеральной Ассамблее к пленарному заседанию высокого уровня, которое состоится на ее шестидесятой сессии в сентябре 2005 года для проведения всеобъемлющего обзора прогресса, достигнутого в области выполнения обязательств, содержащихся в Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций, в том числе в достижении согласованных на международном уровне целей в области развития, и прогресса, достигнутого в комплексном и скоординированном выполнении решений крупных конференций и встреч на высшем уровне Организации Объединенных Наций в экономической, социальной и смежных областях.

## I. Введение

1. Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятая в 2001 году на двадцать шестой специальной сессии Генеральной Ассамблеи, решительно говорит в пользу ухода за страдающими ВИЧ/СПИДом, их поддержки и лечения, что считается немаловажным не только само по себе, но и потому, что способствует комплексному противодействию этой пандемии. Стимулируя спрос на добровольное и конфиденциальное консультирование и тестирование и совершенствуя взаимодействие между здравоохранительными учреждениями и населением, такие мероприятия, как противоретровирусная терапия (ПРТ), могут способствовать улучшению доступа к информации, консультированию и профилактике.

2. Затрагивая в Декларации необходимость обеспечить доступ к лечению, уходу и поддержке, государства-члены понимали, что во многих странах, тяжело пораженных пандемией, противодействию ей мешает несколько серьезных препятствий и что социальные, культурные, политические и экономические факторы, определяющие распространение ВИЧ-инфекции, являются взаимозависимыми. В частности, доступ к уходу, лечению и поддержке требуется улучшить на двух участках. Во-первых, необходимо в срочном порядке заняться совершенствованием кадров, а также национальной здравоохранительной и социальной инфраструктуры, чтобы добиться эффективной организации обслуживания, в том числе предоставления таких дополнительных услуг, как уход на дому и помощь с питанием. Во-вторых, необходимо продолжать сокращение стоимости лекарств и других ключевых технологических ресурсов, включая педиатрические препараты и диагностические методики для детей в возрасте до 18 месяцев. Способности мира противостоять ВИЧ/СПИДУ вредит то, что во многих тяжело пораженных странах отсутствуют доступные фармацевтические средства и эффективная инфраструктура для организации закупок и поставок, а также остро не хватает квалифицированных кадров.

3. За четыре года после специальной сессии Генеральной Ассамблеи по ВИЧ/СПИДУ мировая картина ВИЧ/СПИДа претерпела радикальные изменения. Этим изменениям способствовало прежде всего повышение внимания к вопросам ухода, лечения и поддержки. Во Всемирный день борьбы со СПИДом в 2003 году была поставлена смелая цель: охватить к 2005 году противоретровирусной терапией в развивающихся странах и странах с переходной экономикой 3 миллиона человек, страдающих ВИЧ/СПИДом — т. е. где-то половину от примерно 6 миллионов человек во всем мире, которым срочно требуется ПРТ. Инициатива «3 миллиона к 2005 году» строится на многолетнем опыте работы правительств, доноров, неправительственных организаций (НПО) и гражданского общества. Ее цель — мобилизовать правительства на устранение глобального неравенства в доступе к жизненноспасительному лечению и наполнить надеждой и энергией население районов, опустошенных эпидемией. Поставленная задача дала также возможность активнее подключить ресурсы системы Организации Объединенных Наций к оказанию странам содействия в наращивании всеобъемлющих национальных программ лечения, ухода и поддержки, которые включают лечение, психосоциальную поддержку и помощь с питанием.

4. Инициатива «3 миллиона к 2005 году» стала возможной благодаря выделению значительного объема новых ресурсов на борьбу с ВИЧ/СПИДом. Мно-

гие страны существенно увеличили объем собственных, отечественных ассигнований. На международном уровне важную роль за последние четыре года играли такие организации, как Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, Чрезвычайный план президента Соединенных Штатов по оказанию помощи в связи со СПИДом, Всемирный банк, Фонд Клинтон, «Врачи без границ» и многие другие.

## **II. Расширение охвата**

5. Обеспечение лечением, уходом и поддержкой лиц из тех слоев населения, которые традиционно такими услугами недообеспечиваются, — задача непростая, которую невозможно преуменьшить. Вместе с тем за последние месяцы отмечен значительный прогресс: с июня по декабрь 2004 года численность проходящих ПРТ лиц в развивающихся странах и странах с переходной экономикой возросла с 440 000 до примерно 700 000 человек. Эта цифра составляет около 12 процентов от приблизительно 5,8 миллиона человек, которые в настоящее время нуждаются в лечении; она включает тех, кто проходит ПРТ при поддержке Глобального фонда, Чрезвычайного плана президента Соединенных Штатов по оказанию помощи в связи со СПИДом, Всемирного банка и других партнеров. Это говорит о том, что усилия международного сообщества и гражданского общества по ускоренному наращиванию программ лечения начинают приносить свои плоды.

6. В странах Африки южнее Сахары численность лиц, проходящих лечение, выросла за этот шестимесячный период вдвое: со 150 000 до 310 000 человек. В Ботсване, Кении, Южной Африке, Уганде и Замбии численность проходящих лечение увеличилась более чем на 10 000 человек на страну. В Уганде, Ботсване и Намибии расчетная охваченность ПРТ превышает сейчас 25 процентов всех лиц, нуждающихся в лечении, а в 13 странах этого региона она составляет 10 процентов. В настоящее время в регионе насчитывается более 700 пунктов, способных проводить ПРТ. Однако совокупные показатели охвата в странах Африки южнее Сахары остаются низкими, где-то на уровне 8 процентов.

7. В Восточной и Южной Азии охваченность лечением тоже повысилась: к концу 2004 года ПРТ проходило 100 000 человек, что в два раза выше показателя шестимесячной давности. Особенно успешной стала программа в Таиланде, где организовано лечение во всех округах, действует свыше 900 пунктов ПРТ и ежемесячно начинает курс лечения более 3000 человек. В Латинской Америке и Карибском бассейне доступ к ПРТ гарантирован вот уже почти десять лет всему населению Бразилии, а еще в девяти странах расчетная охваченность ею превышает сейчас 50 процентов. В Восточной Европе, Центральной Азии, Северной Африке и на Ближнем Востоке темпы прогресса были, как правило, гораздо менее стремительными.

## **III. Партнерские отношения**

8. Обеспечение тем, кто страдает ВИЧ/СПИДом, доступа к уходу, лечению и поддержке — комплексная задача, требующая приобщения не только государства и его ведомств, но и частного сектора (предпринимателей и трудящихся): корпораций, фондов, неправительственных организаций и гражданского обще-

ства. За последние месяцы международная кампания, ратующая за лечение ВИЧ-инфекции, уход за инфицированными и их поддержку, выросла в зрелое партнерство. Сейчас насчитывается как минимум 136 партнеров, официально приобщившихся к этой кампании в качестве активистов, двусторонних доноров, консультантов, помощников и источников финансирования и технической поддержки; как никогда более активное участие принимает и система Организации Объединенных Наций.

9. При этом немаловажную роль в обеспечении лечения, ухода и поддержки играли структуры, объединяющие ВИЧ-инфицированных лиц, и низовые общественные организации, особенно в Африке<sup>1</sup>. Действуя поначалу почти в одиночку, они не только добились включения вопроса о лечении в повестку дня международной политики, но и стали для населения многих местностей первыми, кто откликнулся на их нужды и предложил услуги по консультированию, оказанию поддержки, а во многих случаях — организации собственно лечения. В Бурунди, например, большинство больных получает противоретровирусные препараты через низовые общественные организации. Усилия коллективов местных активистов, добивающихся доступности лечения и принятия политических обязательств в части предоставления лечения, вдохновили аналогичные организации в разных местах Африки, Азии и Восточной Европы. Важную роль в дополнении инициатив, осуществляемых НПО и государственным сектором, играли также программы обеспечения лечения, ухода и поддержки по месту работы.

#### **IV. Дисциплинированность пациентов, успех лечения и невосприимчивость к противоретровирусным препаратам**

10. При размножении в клетках человеческого организма ВИЧ часто мутирует, и некоторые мутации снижают эффективность направленных против него лекарств. Если курс лечения соблюдается плохо, могут появиться невосприимчивые штаммы ВИЧ, и тогда лечение не даст результата. Если же курс лечения хорошо продуман, надлежащим образом осуществляется и строго соблюдается, риск формирования невосприимчивости к лекарствам от ВИЧ будет максимально сокращен. Нет никаких свидетельств того, что наращивание масштабов ПРТ в развивающихся странах затрудняет противодействие появлению таких штаммов ВИЧ, которые невосприимчивы к лекарствам. На сегодняшний день показатели невосприимчивости там не превышают показателей, отмечаемых в преуспевающих промышленно развитых странах.

11. В Бразилии, например, всем пациентам со СПИДом гарантирован доступ к противоретровирусной терапии. Программа ПРТ сильно сказалась на протекании эпидемии: с 1995 по 1999 год на 50 процентов упала смертность от СПИДа, резко сократилась общая заболеваемость им, а его распространенность оказалась вдвое меньше прогнозирувавшейся в 1992 году<sup>2,3</sup>. Сей час, ко-

<sup>1</sup> Marie de Cenival and Clémence Prunier-Duparge, “Accès commun” (Paris, SIDACTION, 2004), available from [http://www.sidaction.org/accescommun/index\\_en.php](http://www.sidaction.org/accescommun/index_en.php) (проверено 31 декабря 2004 года).

<sup>2</sup> Oliveira-Cruz, J. Kowalski, B. McPake. “The Brazilian HIV/AIDS ‘Success Story’: Can others do it?”, *Tropical medicine and international health*, vol. 9. No. 3 (2004).

гда с начала этой программы прошло восемь лет, в Бразилии насчитывается 140 000 человек, проходящих ПРТ. Обследование представительной выборки пациентов, проходящих в Рио-де-Жанейро лечение в государственных клиниках для ВИЧ-инфицированных, продемонстрировало, что показатели восприимчивости к ПРТ и дисциплинированности ее прохождения сопоставимы с теми же показателями по развитым странам<sup>4,5</sup>. Невосприимчивость к препаратам от первичной ВИЧ-1 инфекции оставалась в Бразилии низкой<sup>6</sup>. Аналогичная ситуация наблюдается в Кот-д'Ивуаре и Уганде, где ПРТ была внедрена вскоре после появления «тройной терапии» в рамках инициативы «Ускоренный доступ»<sup>7</sup>.

12. Сейчас международные усилия сосредоточены на том, чтобы работать со странами над созданием систем проверки и отслеживания невосприимчивости к лекарствам от ВИЧ. Тем временем незаменимую роль в поддержании дисциплинированности пациентов на должном уровне играют программы «подготовленности к лечению», когда ВИЧ-инфицированные, а также другие люди из одного с ними коллектива выступают в качестве пропагандистов, помогая просвещать тех, кто собирается пройти курс лечения, и поддерживая у них прочную решимость не бросать этот курс раньше времени. Как показала практика, такие инициативы способствуют радикальному увеличению случаев успешной терапии<sup>8</sup>. Все шире признается и роль надлежащей диеты и соответствующего режима питания.

## V. **Нынешние задачи в области наращивания масштабов лечения ВИЧ-инфицированных, ухода за ними и их поддержки**

13. В настоящее время одна из ключевых задач — создать на уровне отдельно взятой страны инфраструктуру и механизмы для организации закупок и поставок лекарственных препаратов. Хотя страны и программы стремительно накапливают непосредственный опыт закупки противоретровирусных медикаментов, крайне важно, чтобы в этой деятельности они опирались на систему подготовки кадров закупщиков и вспомогательного обеспечения закупок, на помощь с прогнозированием спроса и на появление систем, способных обеспечить стабильное восполнение запасов. Оказание странам помощи с эффективной организацией закупок и поставок не только имеет критическое значение для нара-

<sup>3</sup> J. Rüppel, “Universal and free access to antiretroviral therapy: the experience of Brazil”, unpublished paper, delivered at Access to ART in Developing Countries workshop (24–26 August 2001).

<sup>4</sup> C.B. Hofer, M. Schechter, L.H. Harrison, “Effectiveness of Antiretroviral therapy Among Patients Who Attend Public HIV Clinics in Rio de Janeiro, Brazil”, *J Acquir Def Syndr*, vol. 36, No. 4 (2004).

<sup>5</sup> Nemes et al., 2004, *AIDS* 2004 Suppl. 3.

<sup>6</sup> Marcelo A. Soares, Rodrigo M. Brindeiro, Amilcar Tanuri, “Primary HIV-1 drug resistance in Brazil”, *AIDS*, vol. 18, Supplement 3 (2004).

<sup>7</sup> *Accelerating Access Initiative, Widening Access to Care and Support for People Living with HIV/AIDS Progress Report*, June 2002, World Health Organization.

<sup>8</sup> S.C. Kalichman, B. Ramachandran, S. Catz, “Adherence to combination antiretroviral therapies in patients of low health literacy”, *J Gen Inter Med*, vol. 4, No. 5 (1999).

щивания масштабов ПРТ, но и позволяет укреплять возможности для лечения других хронических заболеваний, например диабета и гипертензии.

14. В условиях, когда расширяется доступ ВИЧ-инфицированных к уходу и лечению, сохраняется один существенный недостаток. Это нехватка квалифицированных работников здравоохранения: от врачей-специалистов до санитаров и местного вспомогательного персонала. Для достижения показателя «3 миллиона к 2005 году» может понадобиться до 100 000 подготовленных работников здравоохранения. Чтобы достичь цели всеобщего доступа к ПРТ, после 2005 года понадобится еще больше таких работников. В разворачиваемых сейчас программах профессиональной подготовки и наращивания потенциала используется технически продуманный подход, который предусматривает перепоручение рядовых задач, которые сейчас выполняются по ходу клинической работы врачами, младшему медперсоналу и работникам без медицинского образования, включая местных активистов, действующих на передовом рубеже борьбы с эпидемией, и самих больных ВИЧ/СПИДом. Подготовка кадров для ПРТ укрепляет и систему здравоохранения: происходят оптимальное использование ограниченных людских ресурсов и интеграция различных видов ухода за больными. Общеизвестен и тот факт, что ВИЧ/СПИД и его лечение ставят перед работниками здравоохранения особые задачи.

15. Наращивание масштабов лечения и ухода требует также, чтобы в тяжело пораженных странах радикально увеличилась доля людей, которые знают свой ВИЧ-серостатус: сейчас процент таких людей сравнительно низок. Тестирование и консультирование все чаще признаются в национальных программах как калитка, выводящая на путь профилактики и получения ухода, лечения и поддержки, и сейчас многие страны осваивают методики быстрого тестирования и делают установку на то, чтобы при оказании целого ряда медицинских услуг пациентам «в штатном порядке» предлагалось провериться на ВИЧ<sup>9</sup>.

16. Несмотря на успехи последнего времени, стоимость лекарств и диагностики остается все же высокой; необходимо увеличивать количество производителей, способных поставлять качественную продукцию. Странам нужно эффективнее использовать гибкие возможности, которые предоставляют им Соглашение по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности и Дохинская декларация, и в то же время обеспечивать, чтобы торговые соглашения и режимы интеллектуальной собственности, действующие на национальном и региональном уровнях, способствовали наличию доступных и качественных лекарств. Требуются глобальные меры по дальнейшему снижению цен на противоретровирусные препараты как первого, так и второго курса лечения и по разработке специальных курсов медикаментозного лечения детей, которое сейчас может обойтись и в шесть раз дороже такого же лечения для взрослых. Требуются новые инвестиции для разработки более дешевых методик клинической проверки, например подсчета вирусов и CD4, и для снижения цен на уже имеющиеся методики.

17. Даже там, где услуги по лечению больных ВИЧ/СПИДом, уходу за ними и их поддержке предоставляются, социальные, экономические и культурные барьеры нередко ограничивают их доступность для тех, кто сильнее всего в

---

<sup>9</sup> UNAIDS/WHO Policy Statement on HIV Testing, <http://www.who.int/hiv/pub/vct/en/hivtestingpolicy04.pdf>.

них нуждается, в том числе для женщин, бедняков, потребителей инъекционных наркотиков, мужчин с половыми партнерами мужского пола, лиц, занятых в секс-индустрии, и других неблагополучных групп населения. К числу этих барьеров относятся остракизм и дискриминация больных ВИЧ/СПИДом и низкий социальный статус женщин. Усилия по обеспечению равного доступа к лечению и уходу для этих групп должны предусматривать: определение целевых национальных показателей обеспеченности женщин и мужчин доступом на основе расчетных потребностей; контроль и оценку осуществления программ, опирающихся на разбитые по половозрастному признаку данные, и выяснение того, кто ими охвачен, а кто нет; вовлечение населения в разработку и осуществление программ; корректировку стратегий и политики в интересах обеспечения равного доступа, например путем устранения препятствующих доступу барьеров, создаваемых механизмами возмещения расходов.

18. Для обеспечения долгосрочной состоятельности предпринимаемых шагов совершенно необходимо шире знакомить население с возможностями лечения, стимулируя тем самым спрос на него и подкрепляя способность родственников и членов коллектива поддерживать тех, кто проходит курс лечения. Требуется также активнее расширять усилия, осуществляемые на низовом уровне в целях обеспечения подготовленности к лечению и просвещения людей, и увеличивать охват услугами по уходу в местных учреждениях и на дому.

## VI. Заключение

19. **Лечение миллионов людей, страдающих ВИЧ/СПИДом, является гуманитарным императивом. Как отмечается в Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, профилактические и терапевтические мероприятия дополняют друг друга и все чаще рассматриваются не сами по себе, а как неотъемлемые элементы комплексного реагирования. В ходе работы тех, кто подписал эту Декларацию, над выполнением своих обещаний их первоочередные задачи должны включать: наращивание масштабов консультирования и тестирования ВИЧ-инфицированных; продолжение усилий по формированию и совершенствованию кадров для лечения, ухода, поддержки и профилактики; улучшение механизмов закупок и поставок товаров; и мобилизацию местного населения, контроль и оценку. Такие подходы будут способствовать тому, чтобы разрушительное социальное, экономическое и политическое воздействие ВИЧ/СПИДа было наконец пресечено.**