

Экономические и

социальные вопросы

**Народонаселение, развитие и ВИЧ/СПИД
с уделением особого внимания проблеме
нищеты**

Краткий доклад



Организация Объединенных Наций

Департамент по экономическим и социальным вопросам
Отдел народонаселения

**Народонаселение, развитие и ВИЧ/СПИД
с уделением особого внимания проблеме
нищеты**

Краткий доклад



Организация Объединенных Наций • Нью-Йорк, 2005

ДЭСВ

Департамент по экономическим и социальным вопросам Секретариата Организации Объединенных Наций выполняет функции жизненно важного передаточного звена, обеспечивающего преобразование глобальных стратегий в экономической, социальной и экологической сферах в конкретные действия на национальном уровне. Департамент работает в трех главных взаимосвязанных областях: i) он собирает, готовит и анализирует широкий круг экономических, социальных и экологических данных и информации, которые используются государствами — членами Организации Объединенных Наций при обсуждении общих проблем и рассмотрении альтернативных вариантов политики; ii) он способствует проведению государствами-членами на многих межправительственных форумах переговоров по обсуждению совместных действий по решению существующих или возникающих глобальных проблем; и iii) он консультирует заинтересованные правительства относительно путей и средств выработки на основе рамочных стратегий, разработанных на конференциях и встречах на высшем уровне Организации Объединенных Наций, программ на страновом уровне и оказывает по линии технической помощи содействие в укреплении национального потенциала.

Примечание

Используемые в настоящем издании обозначения и изложение материала не подразумевают выражения какого-либо мнения со стороны Секретариата Организации Объединенных Наций в отношении правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их полномочных органов, или же делимитации их границ или установления их пределов.

Определения «более развитые регионы» и «менее развитые регионы» предназначены для статистических целей и не обязательно отражают оценку уровня, достигнутого той или иной страной или районом в процессе развития.

Используемый в настоящем издании термин «страна» в некоторых случаях относится также к территориям или районам.

ST/ESA/SER.A/247
ISBN.....

Издание Организации Объединенных Наций
В продаже под №
Авторское право © Организация Объединенных Наций, 2005 год
Все права сохраняются

Предисловие

Настоящий доклад подготовлен в соответствии с решением 2004/1 Комиссию по народонаселению и развитию, в котором Комиссия подтвердила, что специальной темой ее тридцать восьмой сессии будет «Народонаселение, развитие и ВИЧ/СПИД с уделением особого внимания проблеме нищеты».

За последнюю четверть прошлого столетия пандемия СПИДа распространилась на все регионы мира. СПИД поражает как богатых, так и бедных, однако больше всего страдают наиболее бедные страны мира. Если не будут приняты более решительные меры для борьбы с эпидемией ВИЧ/СПИДа и ее последствиями, многие страны, особенно наиболее бедные, ожидают мрачное будущее. В докладе делается вывод, что наиболее эффективным способом борьбы с эпидемией ВИЧ/СПИДа является осуществление комплекса стратегий, которые снижают риск, уменьшают уязвимость и смягчают последствия.

Настоящий доклад был подготовлен Отделом народонаселения Департамента по экономическим и социальным вопросам Секретариата Организации Объединенных Наций. Отдел народонаселения признает вклад Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) в подготовку раздела II об определяющих факторах ВИЧ/СПИДа и раздела VIII о предупреждении, лечении и уходе.

Дополнительную информацию можно получить в канцелярии Директора Отдела народонаселения г-жи Хании Злотник, Организация Объединенных Наций, Нью-Йорк, 10017, США.

Содержание

	<i>Стр.</i>
Введение	1
I. Народонаселение, ВИЧ/СПИД и нищета: обзор	2
II. Факторы, определяющие ВИЧ/СПИД	10
III. Смертность, прирост населения и дети-сироты	14
IV. Фертильность и сексуальное поведение	21
V. Географическая мобильность	29
VI. ВИЧ/СПИД, развитие и нищета	33
VII. Взгляды и политика правительств	37
VIII. Профилактика, лечение и уход	44
IX. Выводы	51
 Таблицы	
1. Демографические показатели для групп стран с разбивкой по регионам и уровню распространения ВИЧ/СПИДа	6
2. Средние показатели нищеты для групп стран с разбивкой по основным районам и уровню распространения ВИЧ	7
3. Прогноз в отношении числа смертей от СПИДа по сравнению с прогнозом, не учитывающим последствия эпидемии СПИДа, для групп пострадавших стран в основных районах, 1995–2000, 2000–2005 и 2010–2015 годы	15
4. Оценки и прогнозы в отношении числа смертей в семи странах с показателями распространения ВИЧ среди взрослого населения на уровне 20 процентов и более, 1995–2015 годы	17
5. Оценки и прогнозы в отношении продолжительности жизни при рождении для семи стран с показателями распространения ВИЧ среди взрослого населения на уровне 20 процентов и более, 1995–2015 годы	17
6. Оценки и прогнозы последствий ВИЧ/СПИДа для численности населения и темпов прироста населения, 1995–2015 годы	19
7. Доля мужчин и женщин репродуктивного возраста, вступающих в половые контакты повышенного риска, и доля лиц, пользовавшихся презервативами во время последнего полового акта повышенного риска	28
8. Распределение стран по показателям осуществления политики в отношении ВИЧ/СПИДа: весь мир и основные регионы, 2004 год	41

Диаграммы

I.	Продолжительность жизни при рождении: оценки и прогнозы с учетом последствий ВИЧ/СПИДа и без них, 1970–2015 годы	15
II.	Продолжительность жизни при рождении в семи странах с наиболее высокими показателями распространения ВИЧ, 1985–1990 и 2000–2005 годы	16
III.	Оценки и прогнозы в отношении новых случаев смерти от СПИДа в 53 странах, 1990–2025 годы	18
IV.	Численность населения и возрастная структура со СПИДом и без него, Ботсвана, 2000 и 2025 годы	21
V.	Тенденции в добрачной половой связи с разбивкой по отдельным странам и годам	25
VI.	Тенденции использования презервативов во время последнего полового акта с повышенным уровнем риска: женщины и мужчины в возрасте от 15 до 49 лет, отдельные страны, 1994–2004 годы	27
VII.	Процентная доля населения стран, правительства которых сообщают о ВИЧ/СПИДе как о серьезной проблеме, в более и менее развитых регионах и среди наименее развитых стран в 1996 и 2003 годах	38
VIII.	Показатели распространения ВИЧ в развитых, менее развитых и наименее развитых регионах	51

Вставка

	Оценки и прогнозы демографических последствий ВИЧ/СПИДа	3
--	---	---

Пояснительные примечания

Условные обозначения документов Организации Объединенных Наций состоят из прописных букв и цифр.

В таблицах в настоящем докладе используются следующие различные условные обозначения:

Две точки (..) обозначают, что данные отсутствуют или не представляются отдельно.

Большое тире (—) обозначает, что объем нулевой или незначительный.

Дефис (-) обозначает, что этот пункт неприменим.

Знак минус (-) перед цифрой обозначает уменьшение.

Запятая (,) используется для обозначения десятичной дроби.

Использование дефиса (–) между годами, например 1995–2000 годы, обозначает весь соответствующий период, с 1 июля первого года по 1 июля последнего года.

При упоминании долларов (долл.) имеются в виду доллары США, если не указано иное.

Сумма данных и процентных показателей необязательно составляет общую сумму в связи с округлением.

Термин «млрд.» обозначает тысячу миллионов.

В группу наименее развитых стран в настоящее время входят 49 стран: Ангола, Афганистан, Бангладеш, Бенин, Буркина-Фасо, Бурунди, Бутан, Вануату, Гаити, Гамбия, Гвинея, Гвинея-Бисау, Демократическая Республика Конго, Джибути, Замбия, Йемен, Кабо-Верде, Камбоджа, Кирибати, Коморские Острова, Лаосская Народно-Демократическая Республика, Лесото, Либерия, Мавритания, Мадагаскар, Малави, Мали, Мальдивские Острова, Мозамбик, Мьянма, Непал, Нигер, Объединенная Республика Танзания, Руанда, Самоа, Сан-Томе и Принсипи, Сенегал, Соломоновы Острова, Сомали, Судан, Сьерра-Леоне, Того, Тувалу, Уганда, Центральноафриканская Республика, Чад, Экваториальная Гвинея, Эритрея и Эфиопия.

Введение

На протяжении почти четверти века эпидемия ВИЧ/СПИДа разрасталась, и она по-прежнему является одной из основных глобальных проблем. СПИД поражает людей как в богатых, так и бедных странах. Ни один регион мира не застрахован от серьезной угрозы ВИЧ/СПИДа.

Наибольший урон эпидемия СПИДа нанесла странам Африки к югу от Сахары, в этом регионе по-прежнему отмечаются высокие показатели распространения инфекции. В 2004 году в этом регионе этот вирус поразил еще примерно 3 миллиона человек. Наиболее быстрыми темпами инфекция ВИЧ распространяется в странах Восточной Европы и Азии, особую обеспокоенность вызывают такие густонаселенные страны, как Китай, Индия и Индонезия. В некоторых более развитых странах наметилась тенденция возрождения чреватых серьезными последствиями половых отношений между мужчинами.

Эпидемия ВИЧ/СПИДа уже была признана глобальной угрозой здоровью и развитию в 1994 году, когда была принята Программа действий Конференции Организации Объединенных Наций по народонаселению и развитию¹. Проблема эпидемии была тесно увязана с основными рассматривавшимися на Конференции проблемами народонаселения и развития. В Программе действий был рекомендован целый ряд мер, направленных на предупреждение ВИЧ-инфекции и оказание помощи отдельным лицам и семьям, пораженным этой болезнью. Пятью годами позже, в 1999 году, в связи с обострением ситуации, порожденной эпидемией ВИЧ/СПИДа, основные принятые на двадцать первой специальной сессии Ассамблеи меры по дальнейшему осуществлению Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию (резолюция S-21/2 Генеральной Ассамблеи, приложение) были дополнены рекомендациями по борьбе с эпидемией.

На серьезность кризиса СПИДа было указано в Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятой Генеральной Ассамблеей в июне 2001 года на ее двадцать шестой специальной сессии (резолюция S-26/2 Ассамблеи, приложение). Ликвидация эпидемии СПИДа является одной из задач, связанных с выполнением сформулированных в Декларации тысячелетия восьми целей в области развития, которые были определены 147 главами государств и правительств в Организации Объединенных Наций в 2000 году. Положить конец распространению ВИЧ/СПИДа — это не просто одна из целей; успешное ее достижение или неудача серьезно осложнят достижение большинства других целей. В ходе пленарного заседания высокого уровня в 2005 году будет проведен обзор прогресса в достижении этих целей и выполнении всех обязательств, содержащихся в Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций (резолюция 55/2 Ассамблеи).

Наиболее высокие темпы распространения ВИЧ отмечаются в бедных странах мира, однако в таких регионах, как Африка, наиболее высокие темпы распространения этой инфекции не всегда наблюдаются в самых бедных странах. Тем не менее нищета усиливает подверженность ВИЧ/СПИДу и усугубляет разрушительные последствия эпидемии. Нищета лишает людей средств борьбы с ВИЧ/СПИДом. Бедные зачастую не обладают знаниями и

информацией, которые позволили бы им защищать себя от этого вируса, и в случае инфицирования у них меньше возможности получить доступ к медицинской помощи и лечению, которые могли бы продлить им жизнь.

Ответом международного сообщества на серьезную проблему СПИДа стало выделение беспрецедентного объема финансовых ресурсов, однако это по-прежнему менее половины суммы, необходимой для эффективной борьбы со СПИДом (UNAIDS, 2004a). Созданный в 2002 году совместно с правительствами, гражданским обществом и частным сектором Глобальный фонд борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией утвердил к июню 2004 года 314 грантов в 128 странах на общую сумму 3 млрд. долл. США, причем большая их часть была предназначена для программ борьбы со СПИДом. Вместе с тем предотвратить появление новых жертв этой инфекции в новых странах и регионах одним лишь финансированием не удастся. Предотвратить новые случаи инфицирования ВИЧ/СПИДом можно, лишь изменив поведение всех тех, кто подвержен риску заболевания. В своем заявлении 20 июля 2001 года на Конференции глав государств «большой восьмерки» Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций отметил, что первоочередной задачей является «обеспечение того, чтобы люди, где бы они ни жили, особенно молодежь, знали, как избежать инфекции»².

I. Народонаселение, ВИЧ/СПИД и нищета: обзор

Нищета и ВИЧ/СПИД взаимосвязаны. Нищета является основным фактором, обуславливающим поведение, в результате которого люди подвергаются риску инфицирования, и нищета усугубляет последствия ВИЧ/СПИДа. Заболевание ВИЧ/СПИДом может сразу же углубить нищету и может сделать отнюдь не бедных нищими (African Studies Center, 2003).

К концу 2004 года в мире насчитывалось 39 миллионов человек, инфицированных ВИЧ/СПИДом: т.е. их число возросло с 37 миллионов инфицированных в 2002 году. Из общего числа инфицированных ВИЧ 25 миллионов проживают в странах Африки к югу от Сахары, 7,1 миллиона — в южной части Азии и в Юго-Восточной Азии и более 2 миллиона — в Латинской Америке и странах Карибского бассейна (UNAIDS, 2004a). Таким образом, 64 процента всех ВИЧ-инфицированных проживают в странах Африки к югу от Сахары, в то время как в этом регионе проживает лишь 11 процентов населения всего мира. В Африке больше всего пострадало население, проживающее в восточной и южной частях континента. В то время как в Восточной Африке уровень заболевания стабилизировался или даже сократился, темпы распространения ВИЧ в южной части Африки резко возросли и оказались выше, чем в восточной части Африки. Темпы распространения инфекции по-прежнему возрастают во многих странах Африки к югу Сахары, таких, как Габон, Гвинея, Либерия, Мадагаскар и Свазиленд. Резкое увеличение числа инфицирования ВИЧ отмечается в Китае, Индонезии и Вьетнаме. Быстрыми темпами эпидемия распространяется в странах Восточной Европы и Центральной Азии, чему способствует внутривенное употребление наркотиков.

В настоящем докладе использованы оценки демографических последствий ВИЧ/СПИДа, которые были сделаны в рамках пересмотра в

2002 году издания “World Population Prospects” (United Nations, 2003c), в котором последствия СПИДа были учтены в оценках и прогнозах динамики населения 53 стран, включая 48 стран, в которых показатель распространения ВИЧ среди взрослого населения в возрасте от 15 до 49 лет превысил к 2001 году 1,9 процента, и 5 стран с более низкими показателями распространения, но с большим числом инфицированных (см. вставку).

Оценки и прогнозы демографических последствий ВИЧ/СПИДа

В настоящем докладе используются оценки демографических последствий ВИЧ/СПИДа, которые были сделаны в рамках пересмотра в 2002 году издания “World Population Prospects” (United Nations, 2003c), в котором Отдел народонаселения Секретариата Организации Объединенных Наций учел последствия СПИДа в оценках и прогнозах динамики населения в 53 странах. Эти оценки и прогнозы соответствуют подготовленным Объединенной программой Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) в 2001 году оценкам распространения ВИЧ. Аналогичные оценки и прогнозы, соответствующие последним оценкам распространения ВИЧ, опубликованным ЮНЭЙДС в 2004 году, находятся в процессе подготовки. Последние оценки ЮНЭЙДС и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), касающиеся ВИЧ/СПИДа и относящиеся к декабрю 2004 года на региональном уровне (ЮНЭЙДС, 2004а) и декабрю 2003 года — подробные данные в разбивке по странам (UNAIDS, 2004b), — аналогичны оценкам, сделанным по большинству стран ранее, однако свидетельствуют о значительно более низких показателях распространения в Камеруне, Кот-д’Ивуаре, Эфиопии, Кении, Руанде, Замбии и Зимбабве и более высоких показателях в Сенегале. Эти изменения являются главным образом результатом переоценки вводимых данных и методов оценки, а не реального сокращения распространения инфекции (UNAIDS, 2002а; ЮНЭЙДС, 2004b; Walker and others, 2004). Качество данных, касающихся тенденций, улучшается, однако объем и качество информации в разных странах по-прежнему различны.

В большинстве стран, в отношении которых была проведена оценка демографических последствий ВИЧ/СПИДа, согласно полученным данным, показатель распространения ВИЧ превысил 1,9 процента среди взрослого населения в возрасте от 15 до 49 лет. Кроме того, в оценку были включены и несколько густонаселенных стран, в которых показатели распространения составляют менее 1 процента, поскольку там много инфицированных ВИЧ. Из 48 стран с высокими показателями распространения ВИЧ 38 находятся в Африке, 3 — в Азии и 7 — в Латинской Америке и Карибском бассейне. Почти 60 процентов из них (28 стран) относятся к группе наименее развитых стран, включая 27 стран Африки к югу от Сахары, и 1 (Гаити) — в Латинской Америке и Карибском бассейне.

Страны с высокими показателями распространения ВИЧ (N=48):

1–5 процентов (N=22): Багамские Острова, Белиз, Бенин, Габон, Гайана, Гамбия, Гана, Гвинея, Гвинея-Бисау, Гондурас, Демократическая Республика Конго, Доминиканская Республика, Камбоджа, Мали, Мьянма, Судан, Таиланд, Тринидад и Тобаго, Уганда, Чад, Экваториальная Гвинея, Эритрея;

5–10 процентов (N=14): Ангола, Буркина-Фасо, Бурунди, Гаити, Джибути, Конго, Кот- д'Ивуар, Либерия, Нигерия, Объединенная Республика Танзания, Руанда, Сьерра-Леоне, Того, Эфиопия;

10–20 процентов (N=5): Камерун, Кения, Малави, Мозамбик, Центральноафриканская Республика;

20 процентов или более (N=7): Ботсвана, Замбия, Зимбабве, Лесото, Намибия, Свазиленд, Южная Африка.

Другие страны с высокими показателями инфицирования ВИЧ (N=5): Бразилия, Индия, Китай, Российская Федерация, Соединенные Штаты Америки.

Оценка демографических последствий ВИЧ/СПИДа производится путем сопоставления оценок и прогнозов динамики народонаселения на основе реалистических предположений о развитии эпидемии и гипотетических оценок и прогнозов тенденций при отсутствии ВИЧ/СПИДа. Последние подготавливаются на основе программы стандартных прогнозов Отдела народонаселения, исходя из предположений, касающихся тенденций смертности, которые аналогичны предположениям в отношении стран, в которых по-прежнему эпидемии СПИДа практически нет. Оценки прошлых и будущих тенденций эпидемии, подготовленные ЮНЭЙДС, учитываются в оценках и прогнозах динамики народонаселения (United Nations, 2004с). Фактические тенденции будут зависеть от успехов в предупреждении и лечении, а также активизации деятельности по борьбе с эпидемией.

В таблицах 1 и 2 представлен обзор демографического, социального и экономического положения в 48 странах, наиболее сильно пострадавших от последствий эпидемии ВИЧ/СПИДа, и дается сравнение с социальным и экономическим положением в более развитых и менее развитых регионах в целом. В целом СПИД поражает страны с более молодым населением и относительно высокими уровнями рождаемости, смертности и показателями роста населения.

По оценкам, 13 процентов населения мира, т.е. более 800 миллионов человек, проживают в настоящее время в 48 странах, где отмечаются высокие темпы распространения ВИЧ/СПИДа. Из общей численности населения, проживающего в странах, серьезно пораженных СПИДом, 659 миллионов

человек (81 процент) проживают в Африке, 128 миллионов — в Азии (16 процентов) и 27 миллионов — в Латинской Америке и странах Карибского бассейна (3 процента). Двадцать восемь серьезно пораженных стран принадлежат к группе наименее развитых стран, и в них проживает три пятых от общей численности населения этой группы.

По оценкам, среднегодовые темпы прироста для всего населения 48 особенно сильно пораженных стран в период с 2000 по 2005 год (2 процента) выше, чем оценочные показатели для всего населения менее развитых регионов за тот же период (1,5 процента) (таблица 1). В Африке, Азии, Латинской Америке и Карибском бассейне темпы роста населения в странах, затронутых СПИДом, являются такими же, как и в регионах в целом.

Население большинства стран, пораженных СПИДом, составляет молодежь. Средняя доля детей в возрасте до 15 лет в глубоко пораженных странах (41 процент) значительно выше, чем доля в наименее развитых регионах в целом (31 процент), а доля взрослого населения и людей более старшего возраста ниже.

Прямым следствием эпидемии является рост смертности. В странах, которые серьезно поражены эпидемией ВИЧ/СПИДа, уровень смертности выше, чем в наименее развитых странах в целом. В 2000–2005 годах продолжительность предстоящей жизни при рождении в странах, пораженных СПИДом, составляла в среднем 48 лет, т.е. на 15 лет меньше среднего показателя для наименее развитых регионов и на два года меньше среднего показателя для наименее развитых стран. Эти различия одинаковы и для мужчин, и для женщин.

Средние показатели детской смертности (89) и средние показатели смертности детей в возрасте до пяти лет (152) в 48 странах, глубоко пораженных СПИДом, выше соответствующих средних показателей в наименее развитых регионах (соответственно 61 и 89). В Африке, Азии, Латинской Америке и Карибском бассейне средние показатели в странах, где широко распространен ВИЧ/СПИД, также выше соответствующих средних показателей в регионе.

По оценкам, средний общий коэффициент рождаемости (ОКР) в 48 странах, пораженных СПИДом, в период с 2000 по 2005 годы (4,7 ребенка на женщину) превышает средний уровень в наименее развитых регионах за тот же период (2,9). Вместе с тем характерной особенностью рождаемости в странах, где широко распространен ВИЧ/СПИД, является существенная неоднородность. В самом деле, к таким странам относятся страны с низкой рождаемостью, в частности Таиланд и Тринидад и Тобаго, где уровень рождаемости уже ниже уровня воспроизводства населения, а также страны с высокой рождаемостью, включая Анголу, Буркина-Фасо, Бурунди, Гвинею-Бисау, Демократическую Республику Конго, Мали и Уганду, где уровень рождаемости составляет шесть и более детей в расчете на одну женщину. В Африке, Латинской Америке и Карибском бассейне, за исключением Азии, средние показатели ОКР в странах, пораженных СПИДом, выше средних показателей для регионов в целом.

Таблица 1
Демографические показатели для групп стран с разбивкой по регионам и уровню распространения ВИЧ/СПИДа

Основные районы и распространение ВИЧ	Численность населения, 2004 год (в млн.)	Показатели роста (%), 2000–2005 годы	Возрастная структура (%), 2004 год			ОКР, 2000–2005 годы	Средняя продолжительность предстоящей жизни (2000–2005 годы)			Детская смертность, 2000–2005 годы	Смертность в возрасте до пяти лет, 2000–2005 годы
			0–14	15–59	60+		Всего	Мужчины	Женщины		
А. Все страны											
Весь мир	6 378	1,2	29	61	10	2,7	65	63	68	56	81
Более развитые регионы	1 206	0,2	17	63	20	1,6	76	72	79	8	10
Менее развитые регионы	5 172	1,5	31	61	8	2,9	63	62	65	61	89
Наименее развитые страны	736	2,4	43	53	5	5,1	50	49	50	97	161
Африка	869	2,2	42	53	5	4,9	49	48	50	89	148
Азия	3 871	1,3	29	62	9	2,5	67	66	69	53	71
Латинская Америка и Карибский бассейн	551	1,4	30	61	8	2,5	70	67	74	32	41
В. Страны, серьезно пораженные ВИЧ/СПИДом^а											
Все 48 стран	814	2,0	41	54	5	4,7	48	47	49	89	152
Африка	659	2,2	44	52	5	5,3	45	44	46	94	161
Азия	128	1,3	29	63	8	2,5	63	59	66	56	83
Латинская Америка и Карибский бассейн	27	1,6	35	58	7	3,2	61	60	63	44	72
Распространение ВИЧ среди взрослого населения (в процентах)											
1–5	330	2,1	38	56	6	4,2	54	52	56	86	144
5–10	324	2,4	45	51	5	5,7	46	46	47	95	162
10–20	84	1,7	43	52	5	4,8	42	41	43	96	163
>20	76	0,7	37	57	6	3,3	41	40	43	65	114

Источник: *World Population Prospects: The 2002 Revision*, CD-ROM (United Nations publication, Sales No. E.03/XIII.8); и специальные таблицы.

Примечание: ОКР = общий коэффициент рождаемости.

^а Страны, в которых распространение ВИЧ среди взрослого населения превысило к 2001 году 1,9 процента (см. текст).

Таблица 2

Средние показатели нищеты для групп стран с разбивкой по основным районам и уровню распространения ВИЧ

Основные районы и уровень распространения ВИЧ	Образование		Здравоохранение		Санитарные условия		Доходы		Государственные расходы		
	Показатели грамотности и взрослого населения (процент зачисления в начальные школы (%))		Дети с недостаточным весом (процент детей моложе пяти лет)		Население, имеющее доступ к улучшенным санитарным условиям (в процентах)		Население, имеющее доступ к улучшенному водоснабжению (в процентах)		Соотношение: 10 процентов самых богатых к 10 процентам самых бедных		Государственные расходы на образование (в процентах от ВВП), 1999–2001 годы
	Чистые показатели зачисления в начальные школы (%), 2000–2002 годы	населения в возрасте 15 лет и старше), 2002 год	группы (процент детей), 2002 годы	Недоокупающие (в процентах от общей численности населения), 1995–1999–2001 годы	улучшенным санитарным условиям (в процентах), 2000 год	улучшенному водоснабжению (в процентах), 2000 год	Люди, живущие менее чем на 1 долл. США в день, 1990–2002 годы (в процентах)	ВВП на душу населения к 100 долл. США), 2002 год	2002 годы ^a	2001 годы	расходы на образование (в процентах от ВВП), 2001 год
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	
А. Все страны											
Более развитые регионы	95	..	..	..	..	..	..	20 287	9	5,2	5,5
Менее развитые регионы											
Африка	72	61	22	29	59	65	35	3 442	31	4,0	2,5
Азия ^b	87	83	23	20	72	79	15	8 130	11	3,9	2,6
Латинская Америка и Карибский бассейн	93	88	9	16	84	88	12	6 439	41	4,9	3,6
Наименее развитые страны	70	56	29	36	50	61	43	2 337	26	3,7	2,5
В. Страны, серьезно пораженные ВИЧ/СПИДом^c											
Все 48 стран	73	65	23	30	57	65	35	3 477	33	3,9	2,4
Африка	68	61	25	32	54	62	41	2 850	36	4,0	2,5
Азия	85	82	33	21	59	62	18	3 366	13	2,8	1,4
Латинская Америка и Карибский бассейн	91	83	11	24	72	85	10	6 843	27	4,2	2,8

	Образование		Здравоохранение		Санитарные условия		Доходы		Государственные расходы		
	Показатели грамотности и взрослого населения в начальные школы (%)	Чистые показатели зачисления в начальную школу (2000–2002 годы)	Дети с недостаточным весом для своей возрастной группы (процент 15 лет и старше), 2002 год	Недоокупающие от общей численности населения, 1995–1999–2001 годы	Население, имеющее доступ к улучшенным санитарным условиям (в процентах), 2000 год	Население, имеющее доступ к улучшенному водоснабжению (в процентах), 2000 год	Люди, живущие менее чем на 1 долл. США в день, 1990–2002 годы (в процентах)	ВВП на душу населения к 10 процентам (ППС долл. США), 2002 год	Соотношение: 10 процентов самых богатых к 10 процентам самых бедных, 1990–2002 годы ^a	Государственные расходы на образование (в процентах от ВВП), 1999–2001 годы	Государственные расходы на здравоохранение (в процентах от ВВП), 2001 год
Основные районы и уровень распространения ВИЧ	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
Уровень распространения ВИЧ среди населения (в процентах)											
1–5	78	67	22	26	58	67	28	4 887	20	3,0	2,3
5–10	58	54	29	37	50	57	41	1 188	25	3,8	2,1
10–20	70	62	23	39	62	60	37	1 164	27	4,5	2,4
>20	80	83	17	26	64	81	34	4 951	69	6,2	3,6

Источники: колонка 1: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) Institute for Statistics (<http://www.uis.unesco.org/>), accessed 23 November 2004; колонки 2–11: United Nations Development Programme (UNDP), *Human Development Report 2004* (New York, Oxford University Press, 2004), по данным, полученным от Института статистики ЮНЕСКО, Продовольственной и сельскохозяйственной организации Объединенных Наций (ФАО) и Детского фонда Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ).

Примечание: две точки (..) означают имеющиеся в наличии данные. Эти цифры представляют невзвешенное среднее значение для стран, имеющих информацию и включенных в каждую группу; ППС = паритет покупательной способности; ВВП = валовой внутренний продукт.

^a За исключением Руанды (1983 год) и Сьерра-Леоне (1989 год).

^b За исключением Японии.

^c Страны, в которых распространение ВИЧ среди взрослого населения превысило к 2001 году 1,9 процента (см. текст).

Условия сохранения нищеты

В таблице 2 представлены некоторые невзвешенные показатели нищеты и социально-экономического развития в основных районах и странах, разбитых на группы в соответствии с масштабами распространения ВИЧ/СПИДа. В целом в странах, пораженных СПИДом, социально-экономические показатели являются относительно низкими. Это особенно верно для пораженных СПИДом африканских стран, где в среднем треть детей в том возрасте, когда посещают начальную школу, не учатся, 40 процентов взрослого населения неграмотны, четверть детей в возрасте до пяти лет имеют недостаточный для своего возраста вес и треть населения недоедает. Немногим более половины населения имеет доступ к надлежащим санитарным условиям, и менее двух третей — к удовлетворительным источникам водоснабжения; 40 процентов населения живет менее чем на 1 долл. США в день. Средние показатели в странах, пораженных СПИДом, в двух других развивающихся регионах, в частности в Латинской Америке и Карибском бассейне, свидетельствуют о менее тяжелом в плане нищеты положении.

Сравнение средних показателей по регионам, рассчитанных только для стран, пораженных СПИДом (таблица 2, группа В), с соответствующими средними показателями для всех стран в каждом регионе (группа А) позволяет предположить, что в целом уровень нищеты в странах, пораженных СПИДом, относительно более высокий. Вместе с тем, если брать страны, глубоко пораженные СПИДом, то наиболее низкие средние показатели не всегда отмечаются в странах с более высоким уровнем распространения ВИЧ. В частности, уровень нищеты в странах, в которых масштабы распространения ВИЧ среди взрослого населения составляют более 20 процентов, ниже уровня в странах, в которых масштабы распространения составляют 10–20 процентов. В частности, южная часть Африки, где находятся несколько стран с самым высоким уровнем распространения ВИЧ, является самым экономически развитым регионом Африки к югу от Сахары. В настоящее время в этой группе наиболее пораженных стран отмечается в среднем более высокий уровень образования, доступа к надлежащей санитарии и источникам водоснабжения, более высокий уровень государственных расходов в области образования и здравоохранения и более низкий уровень недоедания среди детей и взрослого населения. Вместе с тем в наиболее пораженных странах, как правило, наблюдается также высокий уровень неравенства в доходах/потреблении (таблица 2, колонка 9). В семи наиболее пострадавших странах соотношение доходов/потребления 10 процентов самых богатых слоев населения и доходов/потребления 10 процентов самых бедных слоев населения составляет почти 1 к 70. Кроме того, по оценкам, в среднем треть населения этих стран живет менее, чем на 1 долл. США в день, что ничтожно мало, если учесть относительно высокий объем валового внутреннего продукта (ВВП) на душу населения в этих странах.

Таким образом, регион Африки, расположенный к югу от Сахары, в котором проживает самое бедное население мира, больше всего поражен ВИЧ/СПИДом. Хотя в регионе проживает 11 процентов населения всего мира, по состоянию на 2004 год на его долю приходилось около двух третей ВИЧ-инфицированных. Вместе с тем эпидемия ВИЧ поразила не только самые

бедные страны. Эта эпидемия поразила почти все страны мира, и во многих странах она разрастается.

II. Факторы, определяющие ВИЧ/СПИД

Хотя ВИЧ поражает как состоятельных, так и малоимущих, молодых и старых и все регионы мира, его последствия непропорционально велики среди групп населения, которые и без того находятся в неблагоприятном социально-экономическом положении. Хотя показатели распространения ВИЧ во многих странах остаются относительно низкими, инфекция быстро распространяется в других. Женщины, которые были меньше всего затронуты в первые годы эпидемии, в настоящее время составляют половину всех ВИЧ-инфицированных, и 57 процентов всех инфицированных в странах Африки к югу от Сахары (UNAIDS, 2004b). В настоящем разделе рассматриваются основные биологические и социальные факторы, которые влияют на модели распространения инфекции ВИЧ.

Биологические факторы

Передача половым путем. Половым путем заражается основная масса людей в мире, и это при том, что опасность передачи ВИЧ в результате одного полового акта составляет, по оценкам, от 1 на 100 до 1 на 1000. Этот риск значительно выше у тех, кто не излечился от инфекционного заболевания, передаваемого половым путем (ИЗППП), особенно если у них есть открытые нарывы и язвы. Поскольку вирус легко проникает через порезы и ссадины, половое насилие может быть сопряжено с повышенным риском передачи вируса в сравнении с половым сношением по обоюдному согласию. Результаты исследований свидетельствуют о том, что необрезанные мужчины, как правило, более подвержены риску инфицирования, чем обрезанные; в настоящее время проводится ряд клинических исследований с целью выяснения роли обрезания у мужчин для профилактики заболеваний. Анальное совокупление связано с повышенным риском передачи инфекции по сравнению с вагинальным, который в свою очередь более опасен, чем оральный секс. В целом же большему риску подвергается пассивный партнер, а не активный. Поэтому женщины, особенно девочки-подростки, подвержены большему риску инфицирования во время полового акта, чем мужчины.

Распространение ВИЧ является одним из ключевых факторов при определении риска передачи инфекции в конкретных условиях. Хотя один половой акт, как правило, не несет в себе опасности заражения, она значительно возрастает там, где количество ВИЧ-инфицированных взрослых составляет треть населения. Поскольку среди взрослых почти всегда коэффициент инфицирования неизменно выше, чем у подростков, половые связи между представителями различных поколений значительно повышают риск инфицирования молодежи.

Передача ВИЧ, как правило, более вероятна в тех случаях, когда плазма инфицированного партнера более отягощена вирусом. Обычно вирусная нагрузка бывает наибольшей вскоре после начального инфицирования и на последних стадиях заболевания ВИЧ. Поскольку у большинства пациентов,

которые соблюдают предписанные комбинированные режимы, противоретровирусная терапия (ПРТ) снижает вирусную нагрузку до неподдающихся обнаружению уровней, возможно, что она может значительно снизить степень их инфективности. Однако опыт стран с высоким уровнем доходов позволяет предположить, что наличие такой терапии может способствовать активизации рискованных моделей поведения, поскольку по мере выздоровления инфицированные ВИЧ могут вести более активную половую жизнь, полагая также, что СПИД больше не является для них серьезной проблемой (Valdiserri, 2004). Хотя свидетельств того, что это утверждение верно и для развивающихся стран, такие последствия могут свести на нет положительный профилактический эффект противоретровирусной терапии.

Заражение через кровь. Непосредственный контакт с зараженной кровью — это самый верный путь инфицирования. Внутривенное употребление наркотиков (ВУН) является наиболее распространенным путем передачи ВИЧ через кровь, его доля составляет приблизительно 10 процентов от общего числа случаев заражения в мире. В подавляющем большинстве случаев ВИЧ передается при переливании инфицированной ВИЧ крови. Риск заражения ВИЧ через иглу, содержащую ВИЧ-инфицированную кровь, составляет, по оценкам, 0,3 процента. Как и в случае заражения половым путем, вирусная нагрузка инфицированного лица, в крови или жидкости организма которого находится инфекция, имеет большое значение с точки зрения риска заражения, также как и объем крови/жидкости организма, попадающей в организм здорового человека (Aberg and others, 2004).

Передача вируса от матери к ребенку. При отсутствии каких-либо профилактических мероприятий ребенок, родившийся у инфицированной ВИЧ кормящей матери, может заразиться ВИЧ приблизительно в 20–45 процентах случаев (De Cock and others, 2000). Этот риск возрастает в тех случаях, когда у матери отмечается повышенная вирусная нагрузка. Грудное вскармливание создает дополнительный риск передачи инфекции, при этом чем дольше продолжается период грудного вскармливания ребенка, тем выше риск. Возможно, что комбинированное кормление (т.е. сочетание грудного вскармливания с другими видами кормления младенцев) повышает риск передачи инфекции по сравнению с исключительно грудным вскармливанием (Coutsoudis, Pillay and Spooner, 1999), хотя подтверждения этому нет.

Уменьшение риска после контакта. Результаты исследований режимов профилактики после контакта свидетельствуют о том, что внедрение инфекции можно предотвратить путем подавления репликации вируса в последующие несколько дней после контакта, например непосредственно применяя противоретровирусную терапию после повреждения поверхности кожи иглой (Cardo and others, 1997) или предписывая постнатальные противоретровирусные режимы новорожденным (Bultreys and others, 1999). Хотя прямых доказательств эффективности профилактики после контакта с применением противоретровирусной терапии в случаях инфицирования при половой связи, экстраполируя вышеупомянутые примеры, можно предположить, что этот метод также может быть эффективным.

Социальные и другие определяющие факторы

Распространение ВИЧ в значительной степени обусловлено существующими социальными, экономическими и политическими условиями, в том числе такими факторами, как нищета, угнетение, дискриминация и неграмотность.

Нищета. Как в странах с высоким уровнем дохода, так и в развивающихся странах, СПИД нередко поражает самых богатых и влиятельных представителей общества, что свидетельствует о всеобщем характере угрозы, порождаемой эпидемией. Однако в целом от СПИДа чрезмерно страдают те, кто располагает наименьшими экономическими и социальными ресурсами. Эпидемия усугубляет эти условия, подрывая продовольственную и экономическую безопасность наиболее пострадавших стран. СПИД углубляет нищету и увеличивает число малоимущих, подверженных риску заражения, поскольку те, кто обладает наименьшими ресурсами, имеют минимальный доступ к службам здравоохранения или информации, касающейся здоровья.

Общественное осуждение и дискриминация. Как правило, наибольшему риску инфицирования ВИЧ подвергаются группы населения, которые страдают от официально и неофициально санкционированных форм дискриминации. Проституция, половые отношения между мужчинами и внутривенное употребление наркотиков нередко запрещены законом и вызывают решительное неприятие во многих странах. Такие формы общественного осуждения дополняются осуждением в связи с самим ВИЧ.

Общественное суждение повышает уязвимость различными путями. Опасаясь стать изгоями, те, кто подвергаются повышенной опасности передачи заболевания, не обращаются за информацией о ВИЧ или за другой профилактической помощью. Власти и местные общины зачастую не поощряют или активно мешают осуществлению программ, в рамках которых предоставляются профилактические услуги ключевым группам населения. Во многих странах законы запрещают программы обмена игл и шприцов и строго ограничивают виды лечения с применением наркотических средств, хотя оба эти подхода жизненно важны для противодействия распространению ВИЧ по причине внутривенного употребления наркотиков и не противоречат международным договорам о борьбе с незаконным оборотом наркотиков (Международный комитет по контролю над наркотиками (МККН), 2004).

Неравенство полов. Многие женщины в наиболее пострадавших странах сталкиваются с огромными экономическими, юридическими, культурными и социальными проблемами, которые повышают степень их подверженности к ВИЧ и последствиям эпидемии. Во многих странах девочки располагают ограниченными возможностями для получения образования. В некоторых странах женщины имеют мало прав, если имеют их вообще, на владение имуществом или гарантий владения жильем или прав наследования, при этом многие женщины либо становятся жертвами сексуального или иного насилия, либо подвергаются большому риску в этом отношении. Развод или кончина супруга могут сделать женщину нищей, и иногда она вынуждена заниматься проституцией, чтобы выжить. Ввиду тяжелого правового, социального и экономического положения женщин, многим из них трудно, а иногда и просто

невозможно, убеждать своих партнеров мужчин пользоваться презервативами; экономическая зависимость женщин от партнеров мужчин и их бесправное положение в отношениях с мужчинами может вынудить многих вступать в половые связи за вознаграждение. В различных странах мира женщины, сохраняющие верность одному партнеру, заражаются ВИЧ в результате половых связей их партнера с другими. Женщинам и девочкам все больше угрожает опасность стать объектом торговли в целях проституции. По оценкам ЮНЭЙДС, в семи странах Африки к югу от Сахары опасность заражения у женщин в возрасте от 15 до 24 лет почти в три раза выше, чем опасность заражения их партнеров мужчин.

Мобильность. Мобильность значительно повышает опасность заражения ВИЧ. Часто трудящиеся-мигранты перемещаются из сельских районов с низкими показателями распространения эпидемии в городские центры, где эти показатели значительно выше и рискованные модели поведения распространены больше. Результаты исследований показывают, что высокие показатели инфицирования отмечаются среди водителей грузовиков, осуществляющих перевозки на дальние расстояния, шахтеров и других трудящихся-мигрантов.

Конфликт. В 2003 году нестабильными были признаны 72 страны, и в результате различных конфликтов в мире насчитывалось более 42 миллионов беженцев и перемещенных внутри страны лиц (Inter-Agency Standing Committee Task Force on HIV/AIDS in Emergency Settings) (Целевая группа Межучрежденческого постоянного комитета по ВИЧ/СПИДу в условиях чрезвычайных ситуаций), 2003 год). Как правило, население, покидающее районы, где отмечаются сложные чрезвычайные ситуации, такие, как вооруженные конфликты, оказывается в нищете и сталкивается с нехваткой продовольствия. Эти конфликты могут также порождать условия, которые повышают риск заражения инфекционными заболеваниями, такими, как ВИЧ.

Последствия конфликта, связанного с передачей ВИЧ, весьма сложные и могут существенно различаться в зависимости от конкретных обстоятельств. В некоторых случаях, как представляется, конфликт послужил своего рода тормозом для распространения эпидемии. Например, в Сьерра-Леоне конфликт ограничил передвижение людей и вполне мог воспрепятствовать распространению заболевания. В Боснии и Герцеговине показатели распространения были столь низкими, что перемещение даже большого числа людей не привело к повышению показателей распространения (UNAIDS, 2004b). В тех же случаях, когда конфликт ускоряет распространение ВИЧ, динамика распространения нередко схожа с динамикой, характерной для всего мобильного населения: т.е. риск возрастает при миграции населения из районов с низкими показателями распространения в районы с более высокими показателями. В период конфликта могут нарушаться традиционные нормы сексуального поведения и нарушаться функционирование служб социальной поддержки — обстоятельство, которое может поощрять более рискованное поведение. Системы здравоохранения разрушаются, и женщины и девочки могут становиться жертвами сексуального насилия, и обстоятельства могут вынуждать их заниматься сексом за деньги, в обмен на продукты питания или кровительство.

Страны с переходной экономикой. В периоды, когда страны претерпевают глубокие социально-экономические и политические перемены, рискованное поведение, связанное с распространением ВИЧ, нередко становится явлением более частым. В странах бывшего Союза Советских Социалистических Республик снизился возраст вступления в половую жизнь и возросло потребление наркотиков (UNAIDS, 2002a). Подобные модели наблюдаются также в Китае, где радикальные социально-экономические перемены совпали по времени с существенным увеличением числа лиц, инфицированных заболеваниями, передаваемыми половым путем (UNAIDS.2001c).

Тюремное заключение. В любой конкретный момент в тюрьмах мира находится около 10 миллионов человек. Часто тюрьмы являются источниками распространения таких инфекционных заболеваний, как ВИЧ, туберкулез и гепатит. В тюрьмы, как правило, попадают представители отверженных слоев общества, которые и без того подвержены большей опасности инфицирования ВИЧ. Показатели заболеваемости тюремного населения, как правило, выше, чем показатели населения в целом. В Южной Африке, где ВИЧ поражен 20 процентов взрослого населения, коэффициент заражения в тюрьмах в два раза выше (Gooyer, 2003). В Соединенных Штатах Америки показатели инфицирования СПИДом в тюрьмах в четыре раза превышают соответствующие показатели для всего населения (Braithwaite and Arriola, 2003). В тюрьмах Испании инфицированы ВИЧ более одного заключенного из четырех, а в тюрьмах Швейцарии и Нидерландов приблизительно один из девяти. Опасности подвергаются и содержащиеся в тюрьмах женщины; в Бразилии, Канаде и Соединенных Штатах показатели инфицирования ВИЧ среди женщин, находящихся в тюрьмах, выше соответствующих показателей для находящихся в заключении мужчин (UNAIDS, 2004b).

В целом, риск инфицирования ВИЧ — и воздействие эпидемии на тех, кто инфицирован и пострадал, — в значительной степени зависит от положения каждого конкретного лица и условий в обществе. Поэтому меры по борьбе с эпидемией должны учитывать важные контекстуальные обстоятельства, которые могут приводить к повышению степени уязвимости.

III. Смертность, прирост населения и дети-сироты

Воздействие ВИЧ/СПИДа на смертность

В 2004 году от СПИДа преждевременно скончались 3 миллиона человек; 20 миллионов скончались после того, как в 1981 году были выявлены первые случаи СПИДа. В большинстве развивающихся стран, прежде всего в странах Африки к югу от Сахары, доступ к лекарственной терапии, которая может отсрочить появление угрожающих жизни симптомов СПИДа, по-прежнему чрезвычайно ограничен. Поэтому, по прогнозам, в 2000–2005 годах в 38 наиболее пострадавших странах Африки умрет почти на 15 миллионов человек больше, чем в случае отсутствия эпидемии СПИДа (таблица 3). Еще 3,5 миллиона человек умрут от СПИДа в Азии, главным образом в Индии. В странах Латинской Америки и Карибского бассейна число предполагаемых смертей в результате СПИДа меньше (0,7 миллиона человек); по прогнозам, в двух более развитых странах с самым большим числом инфицированных —

Соединенных Штатах Америки и Российской Федерации — от СПИДа умрут в общей сложности 0,8 миллиона человек.

Таблица 3

Прогноз в отношении числа смертей от СПИДа по сравнению с прогнозом, не учитывающим последствия эпидемии СПИДа, для групп пострадавших стран в основных районах, 1995–2000, 2000–2005 и 2010–2015 годы

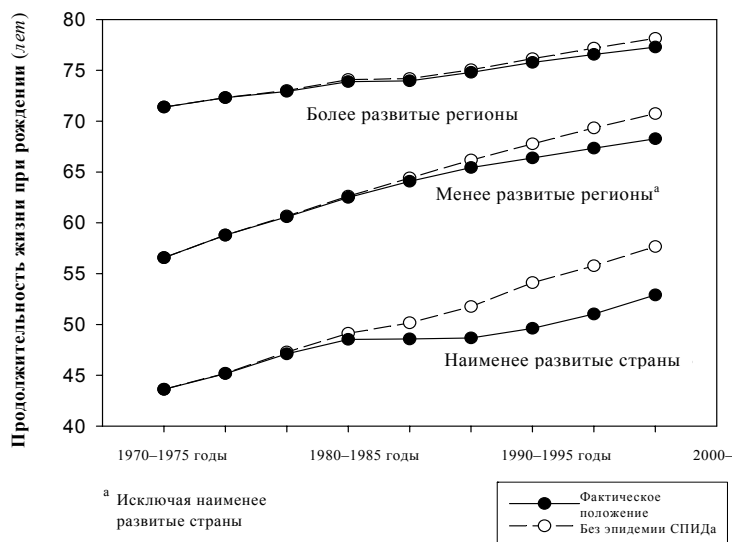
(В млн. человек)

<i>Группа стран</i>	<i>1995–2000 годы</i>	<i>2000–2005 годы</i>	<i>2010–2015 годы</i>
Все 53 пострадавшие страны	11,2	19,8	32,3
38 стран в Африке	8,1	14,8	18,9
5 стран в Азии	2,0	3,5	10,9
8 стран в Латинской Америке и Карибском бассейне	0,5	0,7	0,8

Источник: World Population Prospects: The 2002 Revision, vol. III, Analytical Report (United Nations publication, Sales No. E.03.XIII.10).

До недавнего времени в странах с низким и средним уровнем доходов отмечалась общая тенденция увеличения продолжительности жизни при рождении. Однако ВИЧ/СПИД прервали эту тенденцию в наименее развитых странах и значительно замедлили ее в других развивающихся странах (диаграмма I). Ввиду чрезвычайно большого числа непредвиденных случаев смерти в странах Африки к югу от Сахары продолжительность жизни при рождении в пострадавших странах Африки в целом, как ожидается, сократится с 47 лет в 1995–2000 годах до 45 лет в 2000–2005 годах. К 2010–2015 годам продолжительность жизни при рождении в пострадавших странах Африки будет на 11 лет меньше, чем без эпидемии СПИДа.

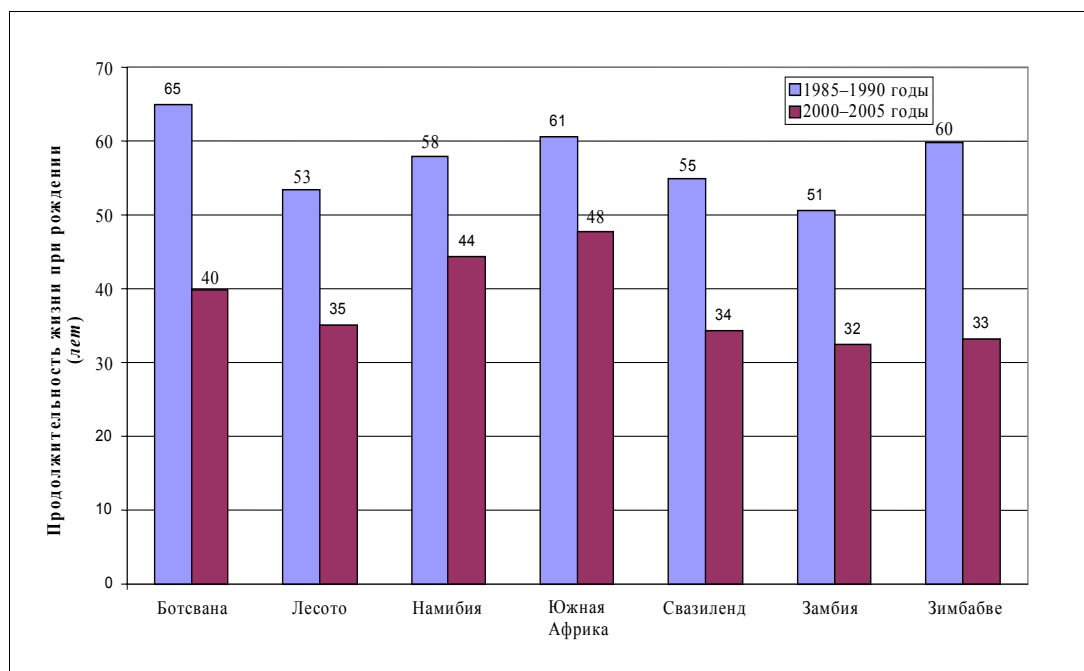
Диаграмма I
Продолжительность жизни при рождении: оценки и прогнозы с учетом последствий ВИЧ/СПИДа и без них, 1970–2015 годы



Источник: *World Population Prospects: The 2002 Revision*, CD-ROM (United Nations publication, Sales No. E.03.XIII.8).

Предполагается, что в 2000–2005 годах в семи странах с показателями распространения ВИЧ среди взрослого населения в 2001 году на уровне 20 процентов или более будет зафиксировано на 155 процентов больше случаев смерти, чем без эпидемии СПИДа (таблица 4). Предполагается, что в 2000–2005 годах продолжительность жизни при рождении в этих странах будет на 22 года меньше, а в 2010–2015 годах на 29 лет меньше по сравнению с продолжительностью жизни в условиях без эпидемии СПИДа (таблица 5). В диаграмме II приведены данные о продолжительности жизни при рождении в 1985–1990 и 2000–2005 годах по семи странам с самыми высокими показателями распространения ВИЧ/СПИДа.

Диаграмма II
Продолжительность жизни при рождении в семи странах с наиболее высокими показателями распространения ВИЧ, 1985–1990 и 2000–2005 годы



Источник: *World Population Prospects: The 2002 Revision*, CD-ROM (United Nations publication, Sales No. E.03.XIII.8).

Таблица 4
Оценки и прогнозы в отношении числа смертей в семи странах с показателями распространения ВИЧ среди взрослого населения на уровне 20 процентов и более, 1995–2015 годы
(В млн. человек)

Группа стран	1995–2000 годы	2000–2005 годы	2005–2010 годы	2010–2015 годы
Сем стран с показателем распространения ВИЧ на уровне 20 процентов и более				
Без эпидемии СПИДа	3	3	3	3
В условиях эпидемии СПИДа	5	8	10	10
Абсолютная разница	2	5	6	6
Разница в процентах	71	155	204	193

Источник: World Population Prospects: The 2002 Revision, CD-ROM (United Nations publication, Sales No. E.03.XIII.8).

Таблица 5
Оценки и прогнозы в отношении продолжительности жизни при рождении для семи стран с показателями распространения ВИЧ среди взрослого населения на уровне 20 процентов и более, 1995–2015 годы

Группа стран	1995–2000 годы	2000–2005 годы	2005–2010 годы	2010–2015 годы
Семь стран с показателем распространения ВИЧ на уровне 20 процентов и более				
Без эпидемии СПИДа	63,3	63,7	65,4	67,0
В условиях эпидемии СПИДа	50,2	41,3	37,3	37,6
Абсолютная разница	12,0	22,4	28,1	29,4
Разница в процентах	19,3	35,1	43,0	43,9

Источник: World Population Prospects: The 2002 Revision, CD-ROM (United Nations publication, Sales No. E.03.XIII.8).

Младенцев и детей инфицируют их зараженные матери в период беременности и родов или при вскармливании грудью. По прогнозам, для группы всех 53 пострадавших стран (см. вставку) показатель смертности детей в возрасте до 5 лет будет в 2000–2005 годах на 8 процентов выше чем при отсутствии эпидемии СПИДа. Хотя в 2010–2015 годах относительные последствия СПИДа должны, по прогнозам, увеличиться на 10 процентов, предполагается, что к этому времени показатели смертности детей в возрасте до 5 лет сократятся по сравнению с периодом 2000–2005 годов (76 смертей на каждую 1000 живорождений по сравнению с 92 смертями на 1000 живорождений). Влияние СПИДа на показатели смертности детей в возрасте до 5 лет особенно велико в пострадавших странах Африки, где, по

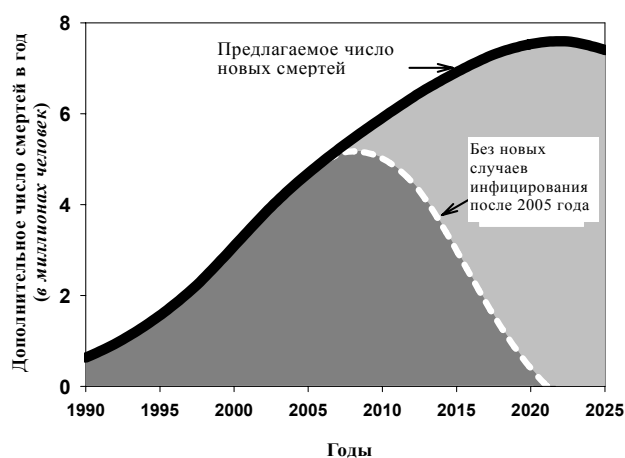
прогнозам, в 2000–2005 годах от СПИДа скончается на 19 детей больше в расчете на 1000 живорождений.

Во всех регионах, за исключением Азии, общее количество новых случаев смерти от СПИДа должно, по прогнозам, возрасть до 2015–2020 годов. Предполагается, что в Азии пиковый показатель будет достигнут на пять лет позже — в 2020–2025 годах. В пострадавших странах Африки к югу от Сахары количество непредвиденных смертей превысит, по прогнозам, 30 процентов всех смертей в период 2010–2015 годов. В странах Африки к югу от Сахары умрет на 43 процента больше, чем в отсутствие СПИДа.

Отдел народонаселения Секретариата Организации Объединенных Наций также подготовил гипотетический сценарий «отсутствия новых случаев заражения», по которому предполагается, что после 1 июля 2005 года новых случаев инфицирования не будет. Согласно этому сценарию, даже если бы с середины 2005 года не было новых случаев заражения, число лиц, скончавшихся от СПИДа в 2005–2010 годах, было бы выше, чем в предыдущий пятилетний период, из-за большого числа уже зараженных лиц (диаграмма III). На последующие годы, особенно после 2010 года, прогнозы относительно новых смертей от СПИДа во все возрастающей степени отражают преждевременную кончину еще не инфицированных. Окажутся ли прогнозы слишком оптимистичными или слишком пессимистичными, зависит от мер, принимаемых в настоящее время для предупреждения инфицирования и улучшения лечения.

Диаграмма III

Оценки и прогнозы в отношении новых случаев смерти от СПИДа в 53 странах, 1990–2025 годы



Источник: *World Population Prospects: The 2002 Revision*, CD-ROM (United Nations publication, Sales No. E.03.XIII.8).

Примечание: Черная линия отражает предполагаемое число новых случаев смерти по сравнению с тем положением, которое бы существовало при отсутствии СПИДа. Пунктирная белая линия отражает предполагаемое новое число смертей в случае, если

бы с середины 2005 года ВИЧ больше вообще не передавался.

ВИЧ/СПИД и прирост и структура населения

Предполагается, что рост смертности людей от СПИДа приведет к сокращению темпов прироста численности населения, а в некоторых случаях даже к сокращению численности населения. Влияние СПИДа на сокращение темпов прироста населения и численность населения обусловлено как возросшей смертностью, так и сокращением числа рождений в результате смерти женщин, инфицированных ВИЧ, до завершения их репродуктивного периода жизни. Хотя численность населения сокращается главным образом из-за чрезмерной смертности, доля дефицита населения по причине отсутствия новых рождений с течением времени неуклонно увеличивается.

По предположениям, в 2005 году численность населения 53 пострадавших стран составит 3,9 миллиарда человек, что на 49 миллионов человек меньше численности, которая могла бы быть при отсутствии СПИДа (таблица 6). По прогнозам, к 2015 году численность населения в результате СПИДа сократится на целых 129 миллионов человек, т.е. в мире будет на 3 процента меньше людей, чем их было бы без СПИДа. По прогнозам, численность населения пострадавших стран Африки будет в 2015 году на 91 миллион человек меньше (т.е. на 10 процентов), чем количество населения без СПИДа. Второе самое большое по величине сокращение численности населения прогнозируется в пяти пострадавших странах Азии, численность населения которых в 2015 году будет, по оценкам, на 29 миллионов человек меньше, чем в условиях без СПИДа.

Таблица 6

Оценки и прогнозы последствий ВИЧ/СПИДа для численности населения и темпов прироста населения, 1995–2015 годы

Группа стран	Численность населения (в миллионах человек)			Ежегодные темпы прироста (в процентах)	
	1995 год	2005 год	2015 год	1995–2005 годы	2005–2015 годы
Все пострадавшие от ВИЧ 53 страны					
Без СПИДа	3 408	3 923	4 440	1,4	1,2
Со СПИДом	3 399	3 874	4 312	1,3	1,1
Абсолютная разница	–9	–49	–129	0,1	0,1
Разница в процентах	0	–1	–3	7,1	8,3
38 пострадавших от ВИЧ стран в Африке					
Без СПИДа	539	709	914	2,7	2,5
Со СПИДом	533	673	823	2,3	2,0
Абсолютная разница	–6	–36	–91	0,4	0,5
Разница в процентах	–1	–5	–10	14,8	20,0

Группа стран	Численность населения (в миллионах человек)			Ежегодные темпы прироста (в процентах)	
	1995 год	2005 год	2015 год	1995–2005 годы	2005–2015 годы
7 стран с показателем распространения ВИЧ на уровне 20 процентов и более					
Без СПИДа	69	85	102	2,1	1,8
Со СПИДом	68	76	77	1,1	0,0
Абсолютная разница	–1	–9	–25	1,0	1,8
Разница в процентах	–1	–11	–25	47,6	100,0

Источник: *World Population Prospects: The 2002 Revision*, CD-ROM (United Nations publication, Sales No. E.03.XIII.8).

Предполагается, что в 2005–2015 годах по причине ВИЧ/СПИДа в 38 сильно пострадавших странах Африки средний показатель прироста за год составит 2 процента вместо 2,5 процента. Предполагается также, что в семи странах с показателем распространения ВИЧ на уровне 20 процентов и более в результате эпидемии СПИДа почти полностью прекратится рост численности населения: в период 2005–2015 годов увеличение составит всего лишь 0,6 миллиона человек. Без СПИДа общая численность их населения стран увеличилась бы на 17 миллионов человек. По прогнозам Организации Объединенных Наций, к 2025 году численность населения 38 пострадавших стран Африки будет на 14 процентов меньше, чем она была бы без СПИДа. Также согласно прогнозам, в семи наиболее пострадавших странах численность населения в 2025 году будет на треть меньше численности, которая была бы без СПИДа.

Чрезмерная и преждевременная смертность от СПИДа также существенно влияет на возрастную структуру пострадавшего населения. В диаграмме IV представлены данные о возрастной пирамиде населения — со СПИДом и без него — Ботсваны в 2000 и 2025 годах, страны, в которой в 2001 году отмечались самые высокие показатели распространения инфекции. Последствия СПИДа лишь начали проявляться в 2000 году среди молодежи и детей в возрасте до пяти лет. К 2025 году последствия будут глубочайшими: сократится количество населения всех возрастных групп, и прежде всего взрослого населения, т.е. в возрасте, когда большинство людей работает и растит детей.

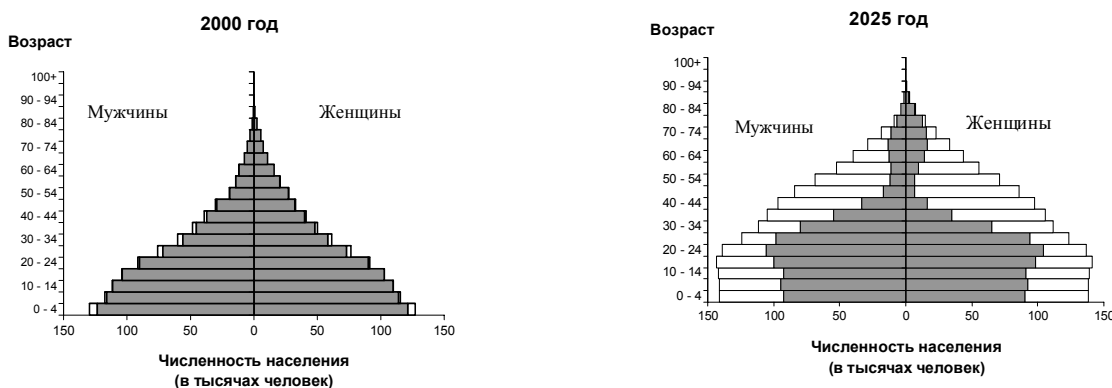
ВИЧ/СПИД усугубляют явление сиротства

ЮНЭЙДС, Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) и Агентство Соединенных Штатов Америки по международному развитию (ЮСАИД) (UNAIDS, UNICEF and USAID, 2004) подготовили оценочные данные о тех, кто стал сиротами по причине СПИДа; к ним отнесены дети в возрасте от 0 до 17 лет, которые потеряли из-за СПИДа одного или обоих родителей. В период 2001–2003 годов число детей, осиротевших по причине СПИДа во всем мире, увеличилось с 11,5 миллиона до 15 миллионов детей. Из этих 15 миллионов сирот 12 миллионов проживали в странах Африки к югу от Сахары. Только в Нигерии в 2003 году было 1,8 миллиона детей, осиротевших по причине СПИДа. В числе других стран с большим числом таких сирот

были Южная Африка (1,1 миллиона человек), Объединенная Республика Танзания (980 000 детей), Зимбабве (980 000 детей) и Уганда (940 000 детей).

Диаграмма IV

Численность населения и возрастная структура со СПИДом и без него, Ботсвана, 2000 и 2025 годы



Источник: *World Population Prospects: The 2002 Revision*, CD-ROM (United Nations publication, Sales No. E.03.XIII.8).

Примечание: Незаштрихованная часть отражает гипотетическую численность населения при отсутствии эпидемии СПИДа. Заштрихованная часть отражает фактические показатели предполагаемой и прогнозируемой численности населения.

Доля осиротевших по причине СПИДа в общем числе сирот в странах Африки к югу от Сахары возросла с менее чем 2 процентов в 1990 году до более чем 28 процентов в 2003 году, а к 2010 году она увеличится, по прогнозам, до 37 процентов. В 2003 году в Азии было 88 миллионов сирот (ставших таковыми по разным причинам). Даже незначительный рост масштабов распространения ВИЧ в Азии, прежде всего в странах с большой численностью населения, таких, как Китай, Индия и Индонезия, может привести к резкому увеличению числа сирот по причине СПИДа.

Иными словами, эпидемия СПИДа привела к росту смертности и сокращению продолжительности жизни при рождении в наиболее сильно пострадавших странах. Началось замедление темпов прироста численности населения, и, по прогнозам, в семи странах с самыми высокими показателями распространения эпидемии в течение следующего десятилетия рост должен почти полностью прекратиться. Даже если бы с середины 2005 года больше не было новых случаев инфицирования, число смертей будет увеличиваться в последующие несколько лет из-за того, что многие уже инфицированы. В результате эпидемии СПИДа появились миллионы сирот — приблизительно 15 миллионов по состоянию на конец 2003 года, из которых 12 миллионов детей проживали в Африке.

IV. Фертильность и сексуальное поведение

Изменения в сексуальном поведении играют крайне важную роль в определении направления развития эпидемии ВИЧ/СПИДа и могут также

отразиться на уровне фертильности, социальном контексте воспроизводства и оказать различное влияние как на наиболее бедные, так и на более состоятельные социальные группы. Хотя признается, что эпидемия ВИЧ/СПИДа в основном незначительно отразилась на уровне фертильности широких слоев населения, ее влияние на уровень фертильности ВИЧ-инфицированных было более значительным (Zaba and Gregson, 1998; United Nations, 2002a).

Влияние ВИЧ/СПИДа на уровень фертильности инфицированных

Имеются убедительные доказательства того, что фертильность женщин, инфицированных ВИЧ, ниже фертильности неинфицированных женщин. Результаты исследований, проведенных в Демократической Республике Конго, Руанде, Уганде, Объединенной Республике Танзании и Замбии, свидетельствуют о том, что показатель фертильности ВИЧ-инфицированных на 25–40 процентов ниже фертильности неинфицированных женщин (United Nations, 2002a). Инфекция ВИЧ прямо понижает фертильность, поскольку уменьшает способность оплодотворения (ежемесячная вероятность того, что женщина забеременеет) и увеличивает риск потери плода.

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что основной причиной сокращения фертильности инфицированных женщин является наличие также других инфекций, передаваемых половым путем. У женщин, инфицированных ВИЧ, больше шансов заразиться другим заболеванием, передаваемым половым путем. Инфекции, передаваемые половым путем, связаны с генитальными язвами и высокими показателями передаваемого половым путем ВИЧ. Кроме того, часто инфекции, передаваемые половым путем, приводят к воспалению тазовых органов, что в свою очередь нередко ведет к бесплодию. Кроме того, частотность вступления в половую связь у инфицированных ВИЧ, инфекция которых развивается в СПИД, вероятно снижается и имеются свидетельства того, что у инфицированных мужчин вырабатывается меньше сперматозоидов, и по мере развития СПИДа качество семенной жидкости ухудшается (United Nations, 2002a).

Что касается потери плода, то эмпирические данные, полученные как от развитых, так и развивающихся стран, свидетельствуют о том, что у инфицированных женщин показатели самопроизвольных абортс выше. Главной причиной этого является значительно более широкое распространение сифилиса среди женщин, инфицированных ВИЧ. Сифилис повышает риск мертворождений приблизительно на 25 процентов, а показатель потери плода среди всех женщин хотя и ниже, но все же значительный. Кроме того, ВИЧ-инфекция повышает риск потери плода (United Nations, 2002a).

До настоящего времени вероятность того, что позитивная реакция на ВИЧ повлияет на фертильность в результате преднамеренного изменения моделей поведения, ограничена, поскольку в большинстве стран, в которых эпидемия ВИЧ/СПИДа приняла угрожающие масштабы, подавляющему большинству инфицированных неизвестно, что они инфицированы ВИЧ, пока инфекция не проявит себя в очевидных физических симптомах. Однако по мере все большего распространения тестирования на ВИЧ, будут расширяться

возможности получения информации о том, как ВИЧ отражается на сексуальном и репродуктивном поведении.

В ряде исследований документально засвидетельствованы изменения моделей сексуального поведения людей после того, как они узнали о позитивной реакции на ВИЧ. Изменения моделей поведения включают сокращение числа половых партнеров и более частое, стабильное использование презервативов как со случайными, так и регулярными половыми партнерами. Такие изменения были более вероятными в тех случаях, когда после тестирования на ВИЧ люди получали консультационную помощь, особенно когда ее получали пары, а не отдельные лица. Так, например, результаты проведенных во многих центрах исследования в Кении, Тринидаде и Тобаго и Объединенной Республике Танзании показывают, что после консультаций значительно сокращается количество половых контактов без применения контрацептивов как со случайными, так и с регулярными партнерами, которые также принимали участие в исследовании. Среди лиц, получивших консультационную помощь, доля мужчин и женщин, которые не принимали контрацептивы при половых контактах, сократилась на 35 и 39 процентов, соответственно, по сравнению с 13 процентами мужчин и 17 процентами женщин, с которыми была проведена лишь просветительская работа по медицинским вопросам (UNAIDS, 2001d).

Результаты исследований, касающихся «серодискордантных» пар, в которых лишь один партнер был ВИЧ-инфицированным, почти неизменно свидетельствовали о значительном увеличении показателя использования презервативов или существенном сокращении показателя конверсии сыворотки после оказания консультационной помощи и тестирования партнеров (UNAIDS, 2001d). В Демократической Республике Конго доля «серодискордантных» пар, пользующихся презервативами во всех половых актах, увеличилась с менее чем 5 процентов до диагностирования инфекции ВИЧ и получения консультационной помощи до 71 процента по прошествии одного месяца и 77 процентов по прошествии 8 месяцев (Kamenga and others, 1991).

Напротив, результаты большинства исследований в случаях, когда лишь один партнер знал, что он/она инфицированы ВИЧ, показывают, что, хотя люди могут изменить модель своего поведения, чтобы уменьшить вероятность передачи ВИЧ, им трудно вести себя иначе в течение продолжительного периода. Культурные и социальные факторы, такие, например, как запреты на обсуждение вопросов секса, препятствуют изменению моделей сексуального поведения как у мужчин, так и у женщин в развивающихся странах. Большинство исследований свидетельствуют о том, что женщинам особенно трудно высказывать половым партнерам свои пожелания относительно практики безопасного секса ввиду неравноправного положения полов в вопросах принятия решений, связанных с сексуальной жизнью. Многие женщины опасаются психического или физического насилия, а также того, что партнеры их бросят, если они расскажут им о своем состоянии (UNAIDS, 2001d).

Как представляется, использование противозачаточных средств, помимо презервативов ввиду инфекции ВИЧ, по-видимому, не только не расширяется, и, вероятно, сокращается. Так, например, в результате исследований,

проведенных в Демократической Республике Конго и Руанде, было установлено, что после получения информации о положительной серологической реакции гормональными контрацептивными методами, являющимися основными методами, применяемыми в странах Африки, расположенных к югу от Сахары, стали пользоваться реже (United Nations, 2002a). В какой-то мере это можно объяснить тем, что люди стали пользоваться презервативами.

Как представляется, после подтверждения факта инфицирования ВИЧ женщины хотят иметь меньшие по размеру семьи. Хотя результаты некоторых исследований свидетельствуют о том, что желание рожать еще детей по-прежнему преобладает, последние исследования все чаще показывают, что после обнаружения инфекции ВИЧ у женщин возникают сомнения относительно того, стоит ли им заводить детей еще (Ntozi, 2002; United Nations, 2002a). Желание прекратить рожать детей объясняется главным образом беспокойством по поводу возможного обострения заболевания в результате новой беременности, передачи заболевания супругам и будущим детям, а также того, что дети останутся сиротами, которых должны будут растить другие.

Растет осознание того, что мать может заразить ребенка вирусом ВИЧ при кормлении грудью. Поэтому женщины, инфицированные ВИЧ, могут пожелать отказаться от грудного вскармливания, если его можно заменить каким-либо иным приемлемым, реальным, доступным по цене, регулярным и безопасным методом кормления (WHO, UNAIDS and UNICEF, 2004). Сегодня имеются определенные свидетельства того, что ВИЧ/СПИД привел к тому, что грудное вскармливание стало менее популярным. В Маникаланде, Зимбабве, где две трети охваченных исследованием женщин знали, что грудное вскармливание является одним из путей передачи ВИЧ, женщины, которым это было известно, реже прибегали к грудному вскармлению младенцев (Gregson and others, 1997). В результате сокращения масштабов грудного вскармливания повышается вероятность того, что женщина вскоре забеременеет вновь, если не начнет пользоваться эффективными противозачаточными средствами сразу после родов.

По имеющимся данным из нескольких стран, женщины, инфицированные ВИЧ, относительно чаще прерывают беременность. Результаты исследований, проведенных в Австралии, Италии и Франции, показывают, что после диагностирования инфекции процент добровольно прерванных беременностей значительно выше среди женщин, инфицированных ВИЧ, чем среди женщин, диагноз которых не подтвердился (информация приводится в Ntozi, 2002). Боязнь передачи инфекции от матери ребенку и более быстрое прогрессирование болезни, возможно, объясняют более высокие показатели прерывания беременности среди женщин, имеющих положительную реакцию на ВИЧ.

Последствия для лиц, не инфицированных ВИЧ

Существует несколько поведенческих механизмов, через которые ВИЧ/СПИД могут повлиять на фертильность тех, кто не инфицирован (United Nations, 2002a). Речь идет о таких методах, как более позднее начало половой

жизни; отсрочка вступления в брак; воздержание или сужение сексуальных контактов; отказ от грудного вскармливания женщинами, не знающими, инфицированы они ВИЧ или нет; использование презервативов вместо других контрацептивных методов или наряду с ними; отказ от такой традиционной практики, как передача вдов по наследству и полигамия.

Понимание проблем, связанных с ВИЧ/СПИДом, и причин инфицирования ими может способствовать принятию решения о более позднем начале половой жизни или вступлении в брак. Тенденции отсрочки начала половой жизни и вступления в брак проявляются во многих странах, в том числе в странах с высоким показателем распространения ВИЧ/СПИДа (United Nations, 2003a). За последние 30 лет возраст вступления в первый брак значительно повысился: до 27 лет у мужчин и 23 у женщин. Данные о молодых женщинах (в возрасте от 15 до 19 лет) свидетельствуют о том, что в 2000 году около 80 процентов женщин в Африке и 90 процентов женщин в Азии никогда прежде не состояли в браке по сравнению с 65 и 75 процентами, соответственно, в 1970 году. Эти тенденции возникли до начала эпидемии ВИЧ/СПИДа, поэтому трудно сказать, повлияла ли эта эпидемия на возникновение такой тенденции.

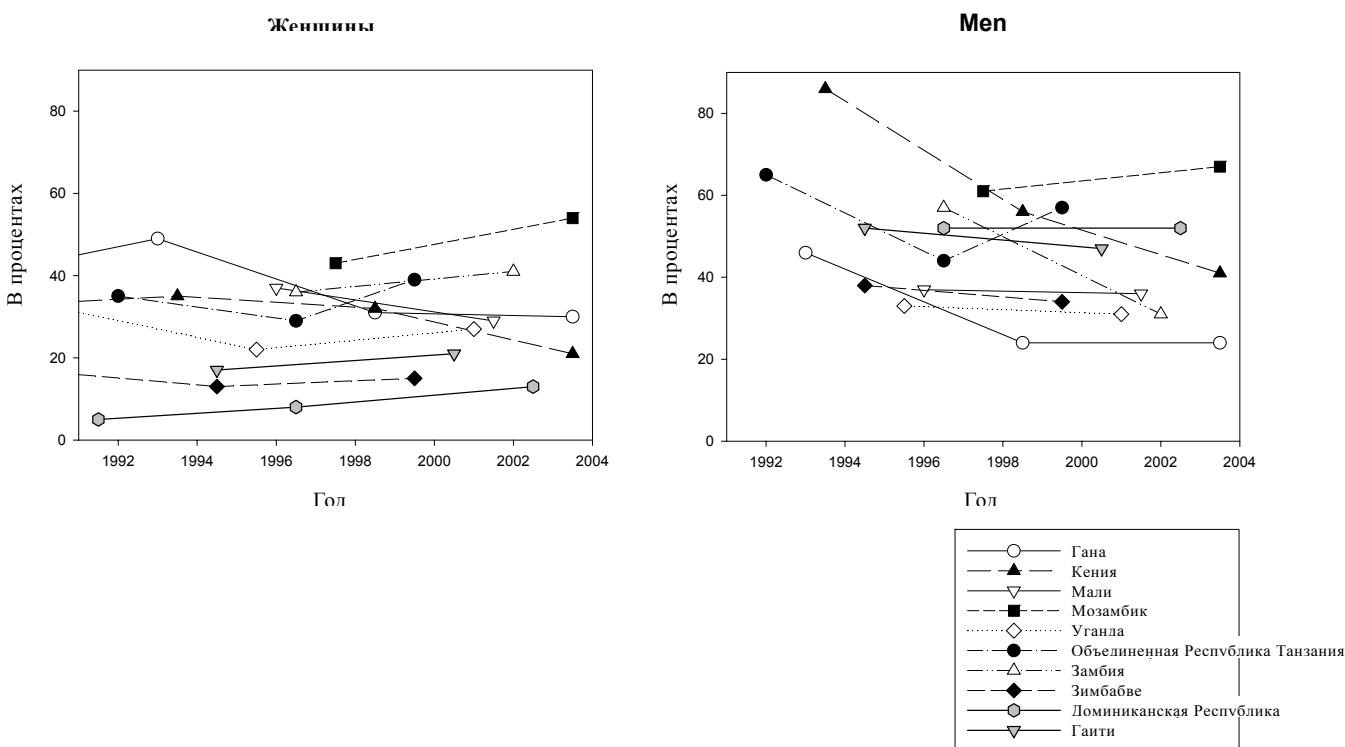
Недавно проведенные обследования свидетельствуют о возникновении в некоторых странах тенденции к тому, что взрослые молодые люди, особенно мужчины, реже вступают в добрачные половые отношения, однако в других странах никаких изменений практически нет (диаграмма V). Значительно реже стали вступать в добрачную половую связь мужчины и женщины в Гане и Кении и мужчины в Замбии.

Диаграмма V

Тенденции в добрачной половой связи с разбивкой по отдельным странам и годам

(Доля никогда не состоявших в браке лиц в возрасте от 15 до 24 лет, имевших сексуальные контакты в прошлом году)

Мужчины



Находящийся в браке неинфицированный партнер может реже вступать в половую связь с инфицированным. В одном из проведенных в Нигерии исследований отмечается, что женщины расторгают брак и отказываются вступать в половую связь с инфицированным ВИЧ супругом или делают это лишь в том случае, когда он пользуется презервативом (Oguguloye, Caldwell and Caldwell, 1992). Чтобы не заболеть, некоторые люди предпочитают развестись с супругами, имеющими половую связь с другими партнерами. Другим возможным фактором, влияющим на фертильность, является снижение показателей повторного вступления в брак после овдовения или развода. Из Уганды и Зимбабве поступают сообщения о том, что в результате ВИЧ/СПИДа уменьшилась вероятность повторного вступления в брак вдов/вдовцов, потерявших супругов из-за СПИДа (United Nations, 2002a).

Во многих странах, где широко распространен ВИЧ, все больше используют презервативы. Недавно проведенные исследования показывают, что использование резко возросло при внебрачных связях (диаграмма VI). И тем не менее в большинстве стран более половины тех, кто ведет половую жизнь повышенного риска, во время последнего полового акта презервативом не пользовались. По имеющимся данным, в большинстве стран презервативами

Источник: ORC Macro: Measure DHS HIV/AIDS Survey Indicators Database, available from www.measuredhs.com/hivdata (accessed 4 January 2005).

как современным средством контрацепции пользуется лишь незначительная часть состоящих в браке женщин репродуктивного возраста, доля которых

обычно составляет менее 5 процентов. Однако из результатов последних обследований видно, что использование презервативов в браке стало явлением более частым, хотя еще в начале 90-х годов прошлого века коэффициент их использования был, как правило, практически нулевым.

Небезопасное сексуальное поведение, ВИЧ/СПИД и социально-экономическое положение

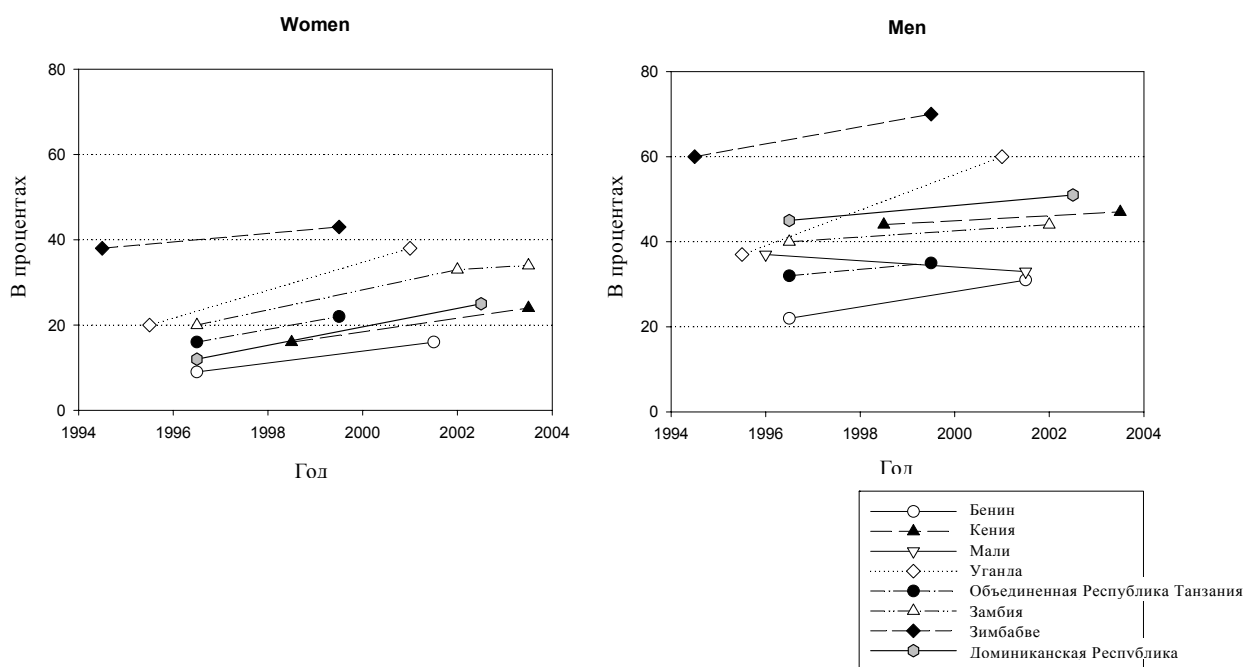
Результаты большинства исследований, проведенных в развивающихся странах в 80-е и начале 90-х годов прошлого века, показывают, что ВИЧ чаще поражает более обеспеченные социально-экономические группы населения по сравнению с основной массой населения (World Bank, 1999; Hargreaves and Glynn, 2002). Многие аналитики утверждают, что со временем тенденция более широкого распространения инфекции среди более образованных слоев населения сойдет на нет и в конечном счете инфекция ВИЧ будет относительно больше распространена среди неимущих слоев. В основе такого прогноза лежит наблюдение о том, что на начальном этапе эпидемии информация о передаче ВИЧ и ее предупреждении была ограниченной и «не использовались преимущества того, что более высокий уровень образования и дохода, как правило, обеспечивает более широкие возможности получения информации о предупреждении ВИЧ и дополнительных ресурсов для приобретения презервативов или принятия других мер, чтобы избежать инфекции» (World Bank, 1999). Со временем по мере того, как информация о том, как избежать инфекции, становилась доступной, предполагалось, что более образованные и более обеспеченные слои населения смогут более эффективно предохраняться от инфекции, и, таким образом, в конце-концов, существовавшие ранее социальные тенденции будут обращены вспять. Это происходило в ряде развитых стран и среди отдельных групп населения в некоторых других странах, в том числе в Бразилии и Таиланде (ibid).

Диаграмма VI

Тенденции использования презервативов во время последнего полового акта с повышенным уровнем риска*: женщины и мужчины в возрасте от 15 до 49 лет, отдельные страны, 1994–2004 годы

Женщины

Мужчины



* Число лиц, пользовавшихся презервативами во время последнего акта с другими лицами, помимо супруги/супруга или сожительницы/сожителя, в процентном отношении к тем, кто имел половые контакты с таким партнером в течение последних 12 месяцев; в 1994 году в Зимбабве с учетом половой активности на протяжении последних четырех недель.

Источник: ORC Macro (2004): Measure DHS HIV/AIDS Survey Indicators Database (<http://www.measuredhs.com/hivdata>).

Последние данные свидетельствуют о том, что необразованная молодежь и взрослые обоих полов в сельских районах — группы, которые, как правило, составляют категорию относительно бедных слоев населения, — реже пользуются презервативами при половых контактах повышенного риска, т.е. внебрачных связях и с теми, с кем они не сожительствуют (таблица 7). Кроме того, они хуже информированы о том, как передается и как можно предупредить ВИЧ (United Nations, 2002b), и у них меньше возможности получить доступ к услугам по предупреждению, уходу и лечению ВИЧ/СПИДа и возможности оплатить эти услуги.

Вместе с тем, если взять сексуально активные группы населения, то в большинстве стран жители сельских районов и лица с низким уровнем образования значительно меньше других склонны вступать в половые контакты повышенного риска (таблица 7). Это верно как для мужчин, так и для женщин, однако имеются данные о том, что женщины реже вступают в половые контакты повышенного риска, чем мужчины.

Таблица 7

Доля мужчин и женщин репродуктивного возраста, вступающих в половые контакты повышенного риска^a, и доля лиц, пользовавшихся презервативами во время последнего полового акта повышенного риска

(В процентах)

	Место проживания			Образование			
	Количество обследований	Городские районы	Сельские районы	Количество обследований	Нет	Начальное	Среднее или высшее
А. Половые акты повышенного риска в течение года, предшествовавшего году проведения обследования^b							
Мужчины	24	48	34	22	26	41	50
Женщины	26	23	12	24	9	18	31
В. Пользование презервативами во время последнего полового акта повышенного риска^c							
Мужчины	23	55	36	18	22	36	57
Женщины	23	32	16	22	10	19	37

Источник: ORC Macro (2004): Measure DHS HIV/AIDS Survey Indicators Database, available from www.measuredhs.com/hivdata (accessed 4 January 2005).

Примечание: Приведенные процентные соотношения представляют собой средние величины, основанные на данных демографических и медицинских обследований, проведенных в развивающихся странах с высокими показателями ВИЧ/СПИДа. Данные взяты из самых последних обследований в каждой стране.

^a Определяется как внебрачный половой акт или акт с теми, с кем не сожительствуют.

^b На основе ответов лиц, сообщивших о сексуальной активности в течение последних 12 месяцев.

^c На основе ответов лиц, сообщивших о сексуальной активности с внебрачными партнерами или с теми, с кем не сожительствуют, в течение последних 12 месяцев.

Таким образом, лица с более высоким уровнем образования и жители городов больше склонны вступать в половой контакт повышенного риска, но они и больше склонны пользоваться презервативами, чтобы предохраняться. Как эти противоположные факторы влияют на передачу ВИЧ, не известно.

Новые данные о формах передачи инфекции ВИЧ в различных социально-экономических группах более ограничены, чем информация о сексуальном поведении и использовании презервативов. В большинстве стран показатели распространения инфекции ВИЧ в городских районах по-прежнему выше, чем в сельских. Проведенные в общинах африканских стран исследования свидетельствуют о том, что уровень распространения ВИЧ в городских районах почти в два раза превышает аналогичный уровень в сельских (UNAIDS, 2004b). Что касается различия в уровнях образования, то имеются свидетельства того, что эти формы действительно различны, по крайней мере в некоторых условиях. В Объединенной Республике Танзания в период с 1987 по 1996 годам произошли незначительные изменения в том, что касается связи между масштабами распространения ВИЧ и уровнем образования, однако данные о наметившейся тенденции свидетельствуют о том, что показатели распространения ВИЧ среди образованных слоев населения в Таиланде, Уганде и Замбии снижаются быстрее (Hargreaves and Glynn, 2002).

В ходе исследований, проведенных в четырех африканских городах в период 1997–1998 годов, не было выявлено никаких признаков повышения риска инфекции ВИЧ в зависимости от уровня образования (Glynn and others, 2004). В ходе проведенных в 2003 году обследований в Буркина-Фасо, Гане и Кении установлено, что, за исключением мужского населения Буркина-Фасо, больше всего ВИЧ распространен среди лиц, имеющих начальное или

неполное среднее образование; уровень же инфицирования лиц, имеющих среднее образование, и лиц, не имеющих образования вообще, ниже. Вместе с тем уровень распространения ВИЧ среди неимущих слоев населения относительно невысок. Наиболее высокий уровень инфицирования отмечен среди наиболее обеспеченных 20 процентов населения в Буркина-Фасо и Кении и среди лиц со средним уровнем дохода в Гане.

Иными словами, до настоящего времени эпидемия ВИЧ/СПИДа лишь незначительно влияла на уровень фертильности населения в целом. В индивидуальном же плане уровень плодovitости ВИЧ-инфицированных женщин ниже, чем у неинфицированных, и у них чаще случаи непроизвольного прекращения беременности. Возможности сознательного изменения моделей поведения инфицированных ограничены, поскольку большинство случаев инфицирования в развивающихся странах остается недиагностированным. Боязнь заразиться может побудить некоторых из тех, кто не инфицирован ВИЧ, изменить модель своего поведения, например, отсрочить начало своей сексуальной жизни, отложить срок вступления в брак или начать пользоваться презервативами. Мужчины и женщины городских районов, а также мужчины и женщины с более высоким уровнем образования больше склонны вступать в половые акты повышенного риска, но они также скорее будут пользоваться презервативами, чем жители сельских районов и лица с более низким уровнем образования. Более ранние данные о населении стран Африки, расположенных к югу от Сахары, свидетельствовали, как правило, о том, что инфекция была больше всего распространена среди городского населения и групп с высоким уровнем образования. Хотя данных о различиях в уровнях распространения инфекции ВИЧ в зависимости от социально-экономических показателей немного, тем не менее есть признаки того, что эти модели, по-видимому, меняются. В настоящее время показатели распространения ВИЧ среди лиц с начальным образованием в некоторых странах ниже, чем среди лиц с более высоким или более низким уровнем образования. В большинстве случаев показатели распространения инфекции остаются более высокими в городских районах, чем в сельских.

V. Географическая мобильность

Взаимосвязь между распространением ВИЧ/СПИДа и географической мобильностью весьма сложная. Как и в случае большинства эпидемий, географическое распространение ВИЧ в значительной степени обусловлено перемещением инфицированных, однако, с другой стороны, сама инфекция может препятствовать такому перемещению или же сдерживать прибытие мигрантов в места с высоким уровнем ее распространения. Мобильность тех, кто не инфицирован, может также влиять на развитие эпидемии, особенно на эмиграцию работников сферы здравоохранения.

ВИЧ/СПИД и географическая мобильность

Большинство исследований о влиянии географической мобильности на распространение ВИЧ отражают ситуацию в странах Африки, расположенных к югу от Сахары, однако объектом последнего исследования стали также

азиатские страны, главным образом Китай и Индия. Вследствие мобильности совершеннолетних молодых людей, которые зачастую перемещаются в одиночку, растут масштабы распространения ВИЧ/СПИДа в городских районах. Основной упор в ходе исследований делался на выявление роли конкретных групп мобильного населения — водителей грузовиков, сезонных рабочих-мигрантов, странствующих торговцев, лиц, занятых в индустрии секса, и военнослужащих — в распространении ВИЧ на существующих транспортных маршрутах и в регионах высокой мобильности населения (Lidyé and Robinson, 1998; Pickering and Nunn, 1997). Основное внимание уделяется также конфликтам и обусловленным ими перемещениям населения (UNAIDS, 2004b).

В большинстве научных исследований делается вывод о том, что мобильные лица подвержены большему риску инфицирования, чем те, кто остается на месте, независимо от общего уровня распространения инфекции в месте выезда или месте назначения, так как мобильность связана с моделями поведения, повышающими степень подверженности инфекции. Эти модели поведения связаны с характеристиками предрасположенности (молодые люди более подвижны, чем пожилые, и для молодежи характерны модели поведения, связанные с риском); изменениями индивидуальных или семейных особенностей в связи с мобильностью; подверженностью воздействию новых условий.

В результате мобильности часто распадаются браки. Люди, которые значительную часть времени проводят вдали от своих супругов/супругов или регулярных партнеров, более склонны заводить других половых партнеров, вступать в случайную половую связь и скорее окажутся ВИЧ-инфицированными, чем те, кто редко или никогда не покидает свои дома (Lidyé and others, 2004; Lagarde and others, 2003). «Круговая» мобильность или миграция, сопряженная с частым или регулярным пребыванием дома, создает для людей опасность инфицирования и в том, и в другом месте. В частности, мигранты-мужчины, возвращающиеся из городских районов в сельские, причастны к распространению ВИЧ в сельских районах в странах Африки, расположенных к югу от Сахары (Pison and others, 1993; Lurie and others, 2003). Однако инфекция не всегда передается только от мигрирующих мужчин женщинам: почти в каждом из трех случаев, проанализированных в исследовании, проведенном в Южной Африке, инфекция передавалась от немобильных женщин в сельских районах их мобильным партнерам (Lurie and others, 2003).

Мобильность в направлении из сельских районов в городские подразумевает, что на самостоятельно перемещающихся лиц не распространяются традиционные общинные нормы, регламентирующие сексуальное поведение, и они могут оказаться в условиях, благоприятных для формирования рискованных моделей поведения (Decosas and others, 1995). Преобладание среди мобильных групп населения, таких, как сельскохозяйственные рабочие и шахтеры, молодых мужчин повышает вероятность рискованного сексуального поведения. Концентрация рабочих-мигрантов мужского пола, изолированных от нормальной семейной жизни, способствует повышению спроса на коммерческий секс и распространению ВИЧ (Hunt, 1989). В Китае результаты исследований, проведенных в отдельных провинциях, свидетельствуют о том, что среди пациентов, зараженных

болезнями, передаваемыми половым путем, и инфицированных ВИЧ/СПИДом, чрезвычайно много мигрантов (Yang, 2004). Информация о механизмах, обуславливающих более высокую степень риска инфицирования мигрантов в Китае, крайне скудна, однако в исследовании высказывается предположение о том, что мигранты более склонны употреблять наркотики в частности, внутривенно, чем немигранты.

Изучение общественных и поведенческих механизмов, которые обуславливают риск инфицирования мобильных групп населения, позволило получить ценную информацию для выработки стратегий предупреждения инфекции. Однако сфера применения выводов научных исследований по-прежнему ограничена, поскольку в их рамках изучалась главным образом мобильность населения из сельских районов в городские в странах Африки, расположенных к югу от Сахары. Хотя результаты большинства проведенных конкретных исследований показывают, что мобильное население больше подвержено риску инфицирования ВИЧ, вместе с тем можно предположить, что в некоторых случаях благодаря более широкой информации, использованию новой практики и более высокому качеству услуг и ухода мобильность может способствовать уменьшению этого риска. Например, в Сенегале, Уганде и Объединенной Республике Танзании именно мобильные лица чаще сообщают о том, что они пользуются презервативами в отличие от своих немобильных собратьев (Morris and others, 2000; Lagarde and others, 2003). При наличии соответствующей поддержки на местах новые условия вовсе не обязательно должны способствовать формированию более рискованных моделей поведения.

Кроме того, в исследованиях о мобильности населения, как правило, не проводится никаких различий в зависимости от продолжительности пребывания в пункте назначения или причин перемещения. Однако состав мобильных людей неоднороден: некоторые путешествуют спорадически от случая к случаю и в течение непродолжительного периода времени, другие мигрируют на длительные периоды или переезжают на постоянное место жительства. С точки зрения географии некоторые перемещаются внутри страны, другие выезжают за границу. В зависимости от продолжительности пребывания в пункте назначения, а также от того, перемещаются ли мигранты со своими ближайшими родственниками или без них, степень риска инфицирования может различаться весьма существенно.

В некоторых исследованиях способ определения представляющего интерес мобильного населения предопределяет более высокую степень риска инфицирования. Таким образом, для цели исследования мигранты часто определяются как лица, проводящие определенное время вне дома. Однако ни мобильность, ни миграция сами по себе не предполагают обязательной разлуки супружеских пар. В 1993 году в Кении женщины городских районах, прожившие в другой общине по меньшей мере шесть месяцев, были более склонны жить со своими мужьями или партнерами, чем женщины, никогда не покидавшие своих мест (Brockhoff and Biddlecom, 1999). Кроме того, женщины, переехавшие из других городских районов, были менее склонны вести себя рискованно в сексуальном плане, чем городские женщины, которые никогда никуда не выезжали. Напротив, мужчины, которые мигрировали из одного городского района в другой, в два раза более склонны вести себя в высшей степени рискованно в сексуальном плане, чем мужчины, никуда не

выезжавшие. В сельских районах наоборот: женщины, переезжавшие из одних сельских районов в другие, вели себя более рискованно, чем никуда не выезжавшие женщины, чего не скажешь о мужчинах, мигрировавших между сельскими районами. Иными словами, мобильность сама по себе не является определяющим фактором рискованного поведения.

Политика, касающаяся международных путешествий и ВИЧ/СПИДа

В 2003 году по меньшей мере 60 стран требовали доказательства проверки наличия ВИЧ у всех или некоторых потенциальных посетителей, запрашивающих разрешение на въезд (United States Department of State, 2003). В обследовании, проведенном в 144 странах в 1999–2002 годах, указывалось, что 104 страны ввели те или иные ограничения в отношении ВИЧ/СПИДа (Deutsche AIDS-Hilfe, 2002). Ограничения установлены разные. Четырнадцать стран запрещают въезд любого лица, инфицированного ВИЧ/СПИДом, независимо от того, идет ли речь о туристе или мигранте, или предписывают депортацию иностранца, у которого выявлена положительная реакция на ВИЧ. Однако ограничения вводятся, как правило, на допуск лиц с положительной реакцией на ВИЧ, которые обращаются с просьбой о выдаче разрешения на въезд на срок, превышающий три месяца (или, в некоторых случаях, 30 дней). Большинство стран требует, чтобы лица, обращающиеся с просьбой о выдаче разрешения на жительство, подтвердили, что реакция на ВИЧ у них отрицательная. Некоторые страны лишь проверяют отдельные группы мигрантов. Например, Бахрейн требует справки о проверке на ВИЧ от рабочих-мигрантов, занятых в пищевой промышленности, а также в сфере здравоохранения или детских учреждениях; Малайзия тщательно проверяет неквалифицированных рабочих-мигрантов; Южная Африка требует справки о проверке на ВИЧ от иностранных шахтеров. Хотя Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии не отказывает во въезде лицам, имеющим положительную реакцию на ВИЧ, любое лицо, которое, как может показаться, почувствовало себя плохо в пункте въезда, может быть проверено на ВИЧ и ему может быть отказано во въезде в страну, если выяснится, что оно инфицировано ВИЧ (ibid.).

Основными причинами введения таких ограничений на поездки являются защита системы здравоохранения и недопущение того, чтобы иностранцы, имеющие положительную реакцию на ВИЧ, стали чрезмерным бременем для систем здравоохранения принимающих стран. Опасения, в отношении чрезмерного бремени для системы здравоохранения, усилились с появлением эффективных методов лечения ВИЧ/СПИДа, которых пока нет в большинстве развивающихся стран. Однако ограничения на поездки могут быть неэффективными для предотвращения допуска в страну лиц, которые могут увеличить бремя для принимающей страны. Имеющие положительную реакцию на ВИЧ иностранцы могут располагать средствами для оплаты медицинских услуг и могут быть лишены права на бесплатное медицинское обслуживание. В совместном заявлении относительно ограничений на поездки, обусловленных ВИЧ, ЮНЭЙДС и Международная организация по миграции (МОМ (2004) рекомендовали, чтобы при принятии решения об отказе международному мигранту на въезд в страну соображения, продиктованные

опасениями, связанными с потенциальными расходами на медицинские услуги и социальную помощь, рассматривались в каждом случае отдельно и чтобы они включали оценку того, действительно ли такие услуги необходимы заинтересованному лицу, как скоро они могут потребоваться и в состоянии ли это лицо покрыть такие расходы прямо или косвенно в форме экономического и социального вклада. ЮНЭЙДС и МОМ рекомендуют устанавливать ограничения на въезд или проживание по соображениям состояния здоровья, включая ВИЧ/СПИД, таким образом, чтобы обеспечить выполнение обязательств по осуществлению прав человека, включая соблюдение принципа недискриминации, невысылки беженцев, право на неприкосновенность частной жизни, а также на защиту семьи, права мигрантов и интересы детей (ibid.).

Резюмируя, следует отметить, что мобильность может быть связана с моделями поведения, которые повышают риск инфицирования ВИЧ. Результаты исследований позволяют предположить, что некоторые категории мобильного населения подвержены большему риску инфицирования, чем группы населения, живущие на одном месте. Однако то обстоятельство, что человек попадает в новые условия, вовсе не означает, что он будет вести себя рискованно, особенно если семьи не разделены. На международном уровне большинство стран устанавливают ограничения на въезд для иностранцев, имеющих положительную реакцию на ВИЧ, которые намереваются оставаться в стране в течение длительного периода времени, как правило в течение трех или более месяцев.

VI. ВИЧ/СПИД, развитие и нищета

Возникновение в начале 80-х годов эпидемии ВИЧ/СПИДа привело к тому, что она затронула все сферы жизни общества и отбросила на несколько десятилетий назад страны с высокими показателями распространения ВИЧ/СПИДа в их борьбе за снижение показателя смертности. Поскольку это заболевание поражает молодых людей в их наиболее продуктивном возрасте, особенно разрушительное воздействие оно оказывает на положение семей и домашних хозяйств и на долгосрочное экономическое развитие стран.

Последствия для положения домашних хозяйств и семей

Наиболее тяжелое бремя в связи с проблемой ВИЧ/СПИДа несут на себе домашние хозяйства и семьи, поскольку они являются первичными ячейками общества, ведущими борьбу с этим заболеванием и его последствиями. Результаты исследований показывают, что если зараженным оказывается кормилец, то в финансовом отношении семья страдает и от потери доходов, и от роста расходов в связи с медицинским обслуживанием (United Nations, 2004a). В период длительной болезни и после смерти больного домашние хозяйства могут оказаться вынужденными — из-за отсутствия доходов и в связи со стоимостью лечения — тратить свои сбережения, продавать свои производственные ресурсы и занимать денежные средства. Нередко домашние хозяйства, затронутые СПИДом, быстро подвергаются обнищанию. В Ракаи, Уганда, у домашних хозяйств, затронутых СПИДом, особенно если заболевает

мужчина, гораздо меньше шансов на приобретение товаров длительного пользования, нежели у домашних хозяйств, не столкнувшихся с этим бедствием (Menon and others, 1998). По данным, полученным в Южной Африке (Booyesen, 2003), вероятность оказаться в категории бедных в два раза выше у домашних хозяйств, которые недавно потеряли одного из своих членов семьи, чем у не пострадавших домашних хозяйств, и вероятность того, что нищета среди них будет носить хронический характер, у них тоже выше. Результаты исследований свидетельствуют о сокращении уровня потребления в домашних хозяйствах, затронутых СПИДом, включая сокращение потребления продуктов питания, что нередко приводит к недоеданию (United Nations, 2004a).

По данным исследований, в связи со смертью взрослых членов семьи, особенно родителей, домашние хозяйства нередко распадаются, при этом дети отправляются жить с родственниками или даже становятся бездомными. В странах, серьезно пострадавших от СПИДа, все чаще появляются домашние хозяйства с «отсутствующим поколением», состоящие из бабушек и дедушек и их внуков и не имеющие среднего поколения (United Nations, 2004a).

Результаты исследований показывают, что в домашних хозяйствах, затронутых СПИДом, отмечаются более низкие показатели зачисления детей в школы (United Nations, 2004a). Дети нередко бросают школу из-за того, что их семьи не имеют средств для внесения платы за обучение в школе либо нуждаются в том, чтобы дети трудились дома. В Объединенной Республике Танзания это особенно наблюдается в тех случаях, когда жертвой СПИДа становится мать. Чтобы восполнить потерю матери, дети начинают выполнять ее домашние обязанности и поэтому бросают школу (Ainsworth, 1993).

В проведенных недавно исследованиях изучается уровень относительного благосостояния детей, осиротевших из-за СПИДа, в сравнении с детьми, не являющимися сиротами в том же обществе. Результаты большинства исследований показывают, что сироты оказываются в гораздо более неблагоприятном положении в плане получения образования и питания, особенно в тех случаях, когда они теряют обоих родителей либо живут в бедной семье (United Nations, 2004a). Воспитание сирот является общепринятой практикой в различных культурах, особенно в африканских обществах, однако резкое увеличение численности сирот превышает возможности традиционной системы поддержки, которую оказывают расширенные семьи. Во многих странах, охваченных эпидемией СПИДа, заботу об осиротевших внуках проявляет старшее поколение, которое может также ухаживать на последнем этапе жизни за своими взрослыми детьми, пораженными этой болезнью. У многих нет доступа к системе социального вспомоществования и отсутствуют какие-либо пенсионные доходы. Эпидемия СПИДа не только усугубляет жизнь старшего поколения, но и делает ее нищенской в тот момент, когда оно само нуждается в поддержке (Ibid.).

Последствия для сельского хозяйства и продовольственной безопасности

Большинство населения в странах, серьезно пострадавших от ВИЧ/СПИДа, проживает в сельской местности. Во многих странах Африки земледелие и другие виды сельскохозяйственных работ предоставляют

средства к существованию для более чем 70 процентов населения. Эпидемия СПИДа наносит особый ущерб сельскохозяйственному сектору тех стран, где одним из основных производственных факторов является рабочая сила. По данным Продовольственной и сельскохозяйственной организации Объединенных Наций (ФАО), в 27 наиболее пострадавших странах Африки в период 1985–2000 годов от СПИДа умерли 7 миллионов сельскохозяйственных рабочих и в ближайшие два десятилетия умрут, по всей вероятности, еще 16 миллионов человек (Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2001). В 10 наиболее пострадавших странах Африки объем трудовых ресурсов в сельскохозяйственном секторе сократится к 2020 году на 11–26 процентов.

В результате потерь рабочей силы, понесенных в связи с обусловленными СПИДом заболеваниями и смертельными случаями, сокращается площадь возделываемых земельных угодий, что приводит к снижению производства продовольственных культур и уровня продовольственной безопасности (Food and Agriculture Organization of the United Nations, 1997). Например, по данным обследования, проведенного в Зимбабве, объем сельскохозяйственного производства в домашних хозяйствах, пострадавших от СПИДа, на общинных землях сократился почти на 50 процентов (Kwaramba, 1997).

Во многих странах с высоким уровнем заболеваемости еще до начала эпидемии СПИДа сельскохозяйственный сектор уже испытывал трудности, обусловленные процессом опустынивания и запущенным состоянием сектора традиционного земледелия. По наблюдениям ФАО (2001 год), эпидемия ВИЧ/СПИДа ведет к обострению проблем, связанных с нехваткой трудовых ресурсов в сельском хозяйстве; распространению недоедания; и увеличению нагрузки на сельских женщин, особенно тех, кто находится во главе сельских домашних хозяйств.

Последствия для трудовых ресурсов

В результате ВИЧ/СПИДа снижается уровень квалификации и опыта трудовых ресурсов, и такие потери человеческого капитала еще более затрудняют решение задач, связанных с искоренением нищеты и обеспечением устойчивого развития (International Labor Organization, 2004). Особенно уязвимым в связи с эпидемией ВИЧ/СПИДа оказывается предпринимательский сектор, поскольку многие жертвы СПИДа находятся в трудоспособном возрасте. В период болезни, предшествующей смерти от СПИДа, снижается производительность мужчин и женщин, которые в других отношениях остаются трудоспособными. Предприниматели сталкиваются с увеличением расходов на цели здравоохранения и выплату пособий в связи со смертью, а также на обучение новых работников.

ВИЧ/СПИД сказывается также на возможностях государственных органов. Изучение людских ресурсов в Малави показывает, что в период 1990–2000 годов ежегодные потери среди государственных чиновников в стране возросли почти в шесть раз, что объясняется главным образом преждевременной смертью от СПИДа (Malawi Institute of Management, 2002).

Последствия для сектора здравоохранения и образования

Эпидемия ВИЧ/СПИДа ставит серьезнейшие проблемы перед государственным сектором, особенно в области здравоохранения и образования, где осуществляются инвестиции в человеческий капитал, имеющий важное значение для будущего экономического развития государств. В ряде пострадавших стран отмечается рост общих расходов на здравоохранение и образование в связи с ВИЧ/СПИДом, и в то же время от этой болезни умирают врачи, учителя и медицинские работники. Из-за отсутствия средств, разрушения системы образования и нехватки медицинских специалистов следующее поколение может оказаться менее образованным и не таким здоровым, как предыдущее.

Сектор здравоохранения играет ведущую роль в организации лечения лиц, больных ВИЧ/СПИДом, и в предотвращении дальнейшего распространения этого вируса. В связи с этим заболеванием возрастает потребность в медицинском обслуживании лиц, болезни которых вызваны условно-патогенными микроорганизмами и связаны со СПИДом. В то же время из-за этого заболевания сокращается численность и снижается производительность работников здравоохранения, которые заражаются СПИДом и умирают от него. На основании результатов исследования смертности среди сотрудников государственной системы здравоохранения в Африке установлено, что причиной смерти в 19–53 процентах всех случаев является СПИД (UNAIDS, 2004). Кроме того, в связи с переключением средств на борьбу с ВИЧ/СПИДом игнорируются другие потребности в сфере здравоохранения, что ставит под угрозу здоровье всего общества.

ВИЧ/СПИД пагубно отражается также на тех результатах, которые были достигнуты в деле обеспечения всеобщего начального образования. Распространение СПИДа ведет к ослаблению системы образования и препятствует посещению школ детьми из пострадавших семей (Monasch and Spoad, 2003). Последствия ВИЧ/СПИДа для сферы образования определяются тремя основными показателями: наличие преподавателей, количество детей, зачисленных в школы, и качество образования. Результаты исследований, проведенных Детским фондом Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) (2000 год), свидетельствуют о том, что СПИД ведет к возникновению нехватки учителей, а также к повышению непосещаемости и снижению производительности. В Замбии, например, число умерших преподавателей в 1998 году составило примерно две трети от нового ежегодного выпуска учителей.

ВИЧ/СПИД становится также причиной снижения показателей зачисления. Семьи, которые потеряли одного из родителей, в меньшей степени могут себе позволить оплачивать учебу в школе и в большей степени нуждаются в том, чтобы дети трудились дома. По мере того как преподавателей, умерших от СПИДа, замещают менее квалифицированные и менее опытные учителя, снижается качество образования. Самым долгосрочным и наиболее ощутимым последствием эпидемии ВИЧ/СПИДа вполне может оказаться лишение будущих поколений школьного образования.

Последствия для экономики и развития

Эпидемия ВИЧ/СПИДа становится бременем для экономики любой страны. Особенно это ощущается в странах со слабой экономикой, для которых, как правило, характерны высокие показатели распространения ВИЧ-инфекции. Предпринимается ряд усилий по моделированию последствий ВИЧ/СПИДа для экономического роста (United Nations, 2004a). В некоторых случаях экономические последствия ВИЧ/СПИДа оцениваются как «незначительные», в то время как в других случаях ежегодное сокращение показателей экономического роста составляет 2–4 процентных пункта от объема валового внутреннего продукта (ВВП) (в сравнении с гипотетической ситуацией «отсутствия СПИДа»). Помимо воздействия на уровень ВВП эпидемия ВИЧ/СПИДа может привести к усилению неравенства доходов и нищеты. Тем не менее обособить воздействие ВИЧ/СПИДа на экономику той или иной страны представляется затруднительным, поскольку на долгосрочных показателях экономического роста сказывается множество других факторов, таких, как войны, стихийные бедствия, неэффективные методы хозяйствования и бюджетная политика.

В конечном итоге воздействие на экономику может оказаться более серьезным, чем позволяет предположить большинство экономических анализов. При оценке последствий СПИДа, как правило, не учитывается потеря «общественного капитала» или долгосрочный ущерб, наносимый человеческому капиталу в результате распространения ВИЧ/СПИДа. Последствия, обусловленные снижением инвестиций в развитие человеческого капитала у молодых поколений, будут сказываться на экономических показателях на протяжении многих десятилетий в будущем, которое в большинстве случаев не охватывается рамками экономических анализов (Bell, Deverajan and Gersbach, 2003).

Во многих исследованиях рассматриваются лишь те экономические последствия эпидемии ВИЧ/СПИДа, которые поддаются количественному учету. Однако под концепцией «развития» подразумевается не только улучшение материального благополучия. Одной из основных характерных черт успешного развития является обеспечение в той или иной стране длительности и здоровых условий жизни своего населения. Уже само влияние эпидемии на показатель смертности говорит о таком снижении благосостояния, которое отодвигает на задний план прогнозируемые последствия ВИЧ/СПИДа для уровня ВВП (Jamison, Sachs and Wang, 2001).

Подводя итоги, можно сказать, что эпидемия ВИЧ/СПИДа затрагивает все сферы жизни общества. Результаты исследований показывают, что ВИЧ/СПИД изменяет структуру и вызывает обнищание домашних хозяйств и ослабляет систему отношений между поколениями; становится причиной сокращения объемов сельскохозяйственного производства, что подрывает продовольственную безопасность; истощает ресурсы здравоохранения; неблагоприятно сказывается на развитии системы образования; и ведет к сокращению трудовых ресурсов и увеличению издержек для предпринимателей. ВИЧ/СПИД обуславливает сокращение инвестиций в развитие человеческого капитала и оказывает глубокое и длительное воздействие на социальное и экономическое развитие стран.

VII. Взгляды и политика правительств

Эпидемия СПИДа стала поводом для принятия беспрецедентных мер реагирования на глобальном, региональном и национальном уровнях. Настоятельная необходимость в принятии согласованных мер была подчеркнута в Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций (см. пункт 19 резолюции 55/2 Генеральной Ассамблеи), в которой говорится о решимости правительств остановить распространение эпидемии и положить начало тенденции к сокращению ее масштабов к 2015 году. Эта решимость была подтверждена в Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятой Ассамблеей на ее двадцать шестой специальной сессии по ВИЧ/СПИДу в 2001 году, в которой признается, что профилактика ВИЧ/СПИДа должна быть основой мер, принимаемых в ответ на эпидемию.

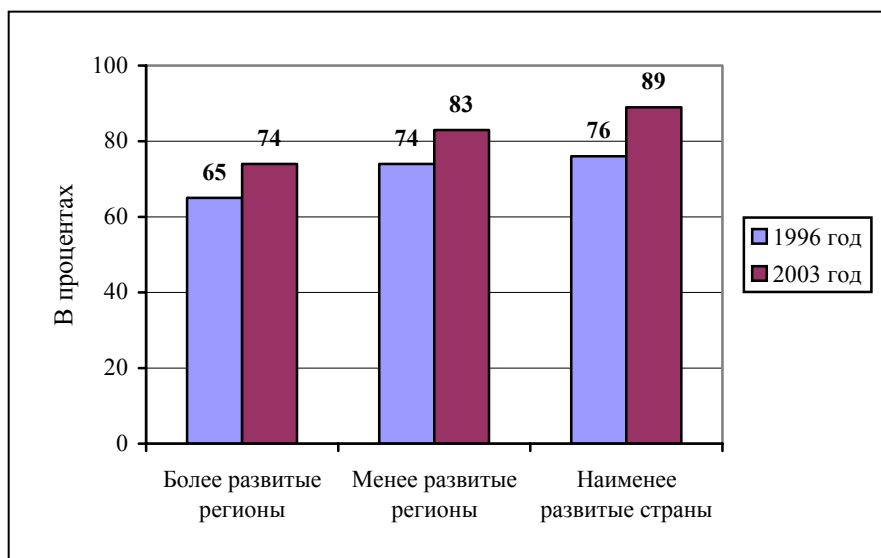
Несмотря на то, что к середине 80-х годов правительства начали разрабатывать политику в отношении ВИЧ/СПИДа, эта политика нередко носила фрагментарный характер и имела узкую медицинскую направленность. Это резко контрастирует с нынешней ситуацией, которая характеризуется появлением во многих странах всеобъемлющей политики и программ. Решительные действия руководства на национальном уровне в совокупности с разьяснительной работой среди населения и активными профилактическими мероприятиями позволили добиться некоторых заметных успехов.

Эволюция ВИЧ/СПИДа в качестве серьезной национальной проблемы

В огромном большинстве стран мира вопрос о ВИЧ/СПИДе занимает видное место в повестке дня, посвященной проблемам народонаселения (United Nations, 2004b). По состоянию на 2003 год 80 процентов стран сообщали о том, что ВИЧ/СПИД представляет собой серьезную проблему (диаграмма VII). Степень серьезности этой проблемы четко обусловлена также уровнем развития. О серьезной озабоченности этой эпидемией заявили три четверти более развитых стран, в то время как среди наименее развитых стран поступивших таким образом насчитывается почти 90 процентов.

Диаграмма VII

Процентная доля населения стран, правительства которых сообщают о ВИЧ/СПИДе как о серьезной проблеме, в более и менее развитых регионах и среди наименее развитых стран в 1996 и 2003 годах



Источник: World Population Policies, 2003 (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № E.04.XIII.3).

Тем не менее вначале многие страны не рассматривали ВИЧ и СПИД как национальную угрозу и серьезную проблему. С середины 80-х годов и почти до конца того же десятилетия эпидемия продолжала находиться в зачаточном состоянии, и лишь примерно четвертая часть всех стран мира сообщала о возникновении серьезных проблем в связи с выявлением относительно небольшого количества случаев заражения СПИДом (United Nations, 1990). Этот период отмечен тем, что наличие проблемы не признавалось либо широко отрицалось. И хотя сейчас проблемой ВИЧ/СПИДа озабочены практически все, на национальном уровне эта обеспокоенность проявляется по-разному и в различной степени. Меры реагирования на эпидемию, принимаемые в различных странах и регионах, отличаются значительным разнообразием. В настоящее время в качестве серьезной проблемы ВИЧ/СПИД признается примерно в 90 процентах стран Латинской Америки и Карибского бассейна и Африки, в четырех пятых стран Океании и почти в 70 процентах стран Азии, а также Европы и Северной Америки.

На взгляды правительств в первую очередь влияют темпы распространения эпидемии. В странах Африки, которые пострадали в наибольшей степени, эпидемия считается одной из приоритетных проблем, требующих незамедлительного решения. Напротив, в таких странах с низким уровнем заболеваемости, как Австралия, Дания и Финляндия, помимо озабоченности тем, что происходит на их собственной территории, серьезную озабоченность нередко вызывают также последствия эпидемии для других стран.

Стратегии профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа

Осуществлением программ, в центре внимания которых находятся вопросы профилактики ВИЧ/СПИДа, занимаются правительства большинства стран. Комплексные программы профилактики предусматривают стратегический подход к различным направлениям деятельности, таким, как проведение кампаний в области информации, просвещения и коммуникации (ИПК); осуществление программ по изменению сексуального поведения; поощрение использования презервативов; добровольное консультирование и тестирование; обеспечение безопасности при переливании крови; и выделение групп высокого риска (работники сферы сексуальных услуг и наркоманы, пользующиеся внутривенными инъекциями) и уязвимых групп (молодежь и беременные женщины). Кроме того, примерно в 60 странах для иммигрантов введено обязательное тестирование на СПИД, что с точки зрения прав человека является одной из наиболее спорных мер борьбы с эпидемией (UNAIDS and International Organization for Migration, 2004). Наиболее широко используется проведение кампаний по ИПК, анализ крови, тестирование и консультирование, поощрение использования презервативов и

регистрация/извещение о случаях заболевания (см. таблицу 8). Опыт свидетельствует о том, что наибольшая эффективность при осуществлении национальных программ достигается в том случае, если соответствующий комплекс программных мероприятий составлен с учетом конкретных факторов риска и положения в той или иной стране. Например, в Бразилии, Таиланде и Уганде использовались весьма различные, но в то же время высокоэффективные меры борьбы с этой эпидемией (United Nations, 2003b). Однако одна из важнейших задач заключается в том, чтобы обеспечить доступность программ для тех, кто в них нуждается. По данным недавно проведенного обследования, во многих странах необходимый доступ к системе базового профилактического обслуживания имеет лишь небольшая часть тех, кто подвергается риску (UNAIDS, 2004b).

Фактором, дополняющим и усиливающим эффективность государственной политики и программ, может стать повышение индивидуального уровня знаний о ВИЧ/СПИДе и его профилактике. Например, малообразованные люди менее осведомлены о проблеме ВИЧ/СПИДа и реже пользуются презервативами. Таким образом, они в большей степени подвергаются инфекции (United Nations, 2002b). Кроме того, даже в тех случаях, когда женщины слышаны о проблеме ВИЧ/СПИДа, они нередко не имеют возможности сделать свой выбор и отдать предпочтение воздержанию или предохраняемому сексу. Признавая это, правительства многих стран проводят разъяснительную работу среди населения, знакомя его с программами по ИПК с помощью различных коммуникационных каналов, включая средства печати, театр, радио, прямую почтовую рассылку и другие средства оповещения общественности. Важными участниками мероприятий в области ИПК являются неправительственные организации, структуры, объединяющие лиц, зараженных СПИДом, религиозные учреждения и международные и двусторонние доноры.

Для повышения эффективности государственных стратегий предстоит еще многое сделать, поскольку между различными слоями населения ощущается разрыв в уровне знаний. Результаты обследований говорят о том, что, несмотря на высокую степень осведомленности о проблеме СПИДа в странах, где эта эпидемия представляет собой серьезную угрозу, нередко продолжает практиковаться опасное поведение ((United Nations, 2002b). Одним из ключевых компонентов программ по изменению сексуального поведения является упрощенная стратегия, проповедующая воздержание, сохранение верности (сокращение числа партнеров) и правильное и постоянное использование презервативов. В Уганде эта упрощенная стратегия играет решающую роль в усилиях правительства по сокращению масштабов распространения ВИЧ-инфекции. В рамках нетрадиционного проекта, осуществляемого в Зимбабве, молодым женщинам предлагается пройти профессионально-техническую и иного рода подготовку, выделяются кредиты и предоставляются рабочие места, с тем чтобы оградить их от половых сношений с пожилыми мужчинами, которые предлагают им поддержку в обмен на секс (United Nations Population Fund, 2004). Сокращение числа партнеров является важным компонентом стратегий противодействия опасному поведению и способствует заметному снижению показателей ВИЧ-инфицирования в ряде стран, например, в Доминиканской Республике, Камбодже и Эфиопии.

Примерно 90 процентов стран сообщают об осуществлении программ, направленных на поощрение использования презервативов (таблица 8). Хотя использование презервативов поощряется в большинстве стран Африки, многие страны признают наличие трудностей, связанных с охватом целевых групп населения. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в снабжении презервативами, отмечается ряд недостатков, таких, как неизменный дефицит поставок (UNAIDS, 2004b). Во многих странах широкое распространение получили спонсируемые неправительственными организациями программы социального снабжения презервативами бедных слоев населения; в ряде стран такие программы продолжают оставаться основным источником поставок презервативов. Правительства некоторых стран не спешат активно поощрять использование презервативов, особенно во внебрачных отношениях, опасаясь стимулировать тем самым сексуальную активность. В некоторых странах программы не предусматривают распространения презервативов среди подростков. Презервативы гораздо чаще используются во внебрачных сексуальных связях, чем в сношениях между супругами, и во многих случаях ВИЧ-инфекция по-прежнему передается состоящим в браке лицам, особенно замужним женщинам, от их супругов.

Таблица 8

Распределение стран по показателям осуществления политики в отношении ВИЧ/СПИДа: весь мир и основные регионы, 2004 год

<i>Регион</i>	<i>Общее количество стран</i>	<i>Кампании в области информации/просвещения</i>	<i>Анализ крови</i>	<i>Тестирование и консультирование</i>	<i>Поощрение использования презервативов</i>	<i>Регистрация/извещение о случаях заболевания</i>	<i>Доступ к противоретровирусной терапии</i>
Весь мир	82	77	76	75	73	73	68
Более развитые регионы	28	25	25	25	24	25	25
Менее развитые регионы	54	52	51	50	49	48	43
Наименее развитые страны	12	12	12	12	12	10	9
Африка	15	15	15	15	15	12	14
Азия	27	26	26	25	25	25	19
Европа	24	21	21	21	20	21	21
Латинская Америка и Карибский бассейн	12	11	10	10	9	11	11
Северная Америка	1	1	1	1	1	1	1
Океания	3	3	3	3	3	3	2

Источник: Банк данных о демографической политике, сопровождаемый Отделом народонаселения Департамента по экономическим и социальным вопросам Секретариата Организации Объединенных Наций.

Эффективности мер по борьбе со СПИДом в значительной степени мешает связанная с этой проблемой практика опорочения и дискриминации. Потребности инфицированных лиц в отношении прав человека затрагивают как вопросы правовой защиты от дискриминационной практики, так и вопросы устранения барьеров, препятствующих получению необходимого медицинского обслуживания. К 2004 году в 38 процентах стран еще не было принято законодательство о борьбе с дискриминацией в связи со СПИДом, а у

трети стран отсутствовала политика в отношении обеспечения равного доступа женщин к услугам в области крайне необходимой профилактики и ухода (UNAIDS, 2004b).

Одним из источников ВИЧ-инфицирования, в отношении которого могут быть приняты наиболее эффективные превентивные меры, является переливание зараженной крови. Спустя 15 лет после создания скрининг-теста на ВИЧ борьба с передачей ВИЧ-инфекции и других инфекционных заболеваний при переливании крови продолжает оставаться серьезной проблемой для системы государственного здравоохранения, особенно в развивающихся странах (Centers for Disease Control and Prevention, National Center for HIV, STD and TB Prevention, 2004). К 2004 году во многих странах уже введена практика исследования крови для выявления ВИЧ. Совершенствуются меры по обеспечению безопасности национальных запасов крови, и многие страны расширяют практику проведения анализов, с тем чтобы увеличить охват запасов крови. Политика в отношении крови, проводимая в различных странах, отличается по степени охвата и полноты. Например, в разных странах на проверку берутся различные по своей величине объемы переливаемой крови, и степень точности процедур тестирования у них разная. В некоторых случаях проверку проходит лишь кровь из национальных банков крови или кровь добровольных доноров. В то же время из-за нехватки крови больницы нередко вынуждены прибегать к услугам платных доноров или членов семей пациентов, которые нуждаются в экстренном переливании крови.

В центре внимания профилактических мер находятся также проблемы передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку. К числу мероприятий, проводимых в целях устранения опасности такой передачи, относятся услуги по предотвращению ВИЧ-инфекции среди женщин детородного возраста, добровольное консультирование и тестирование для беременных женщин, комплексные услуги по охране репродуктивного здоровья и противоретровирусная профилактика (см. раздел VIII). Тем не менее в деле расширения доступа к противоретровирусной профилактике достигнут пока ограниченный прогресс, поскольку этим видом терапии охвачены лишь 10 процентов беременных женщин (UNAIDS, 2004b).

Несмотря на то, что противоретровирусная терапия в значительной степени продлевает жизнь и уменьшает страдания жертв СПИДа, доступность противоретровирусной терапии остается пока крайне низкой. Хотя совместные усилия, предпринимаемые на международном и национальных уровнях, позволили резко сократить стоимость этих лекарственных препаратов, такое лечение пока не доступно для большинства лиц, страдающих от этого заболевания в развивающихся странах. Кроме того, появление все новых видов лечения ВИЧ-инфекции не должно отвлекать внимания от профилактических мер, с тем чтобы не допустить роста численности ВИЧ-инфицированных лиц.

Многосекторальные стратегии и партнерские связи

Поскольку ВИЧ/СПИД оказывает влияние на все аспекты социально-экономического развития стран, одной из ключевых стратегий является отражение проблемы ВИЧ/СПИДа в планировании процесса развития. И в

целях в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, и в Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом 2001 года содержится призыв к искоренению нищеты. Тем не менее к 2004 году лишь в 56 процентах обследованных в Африке стран национальные комиссии по СПИДу приняли участие в подготовке стратегий борьбы с нищетой (UNAIDS, 2004b).

Страны все шире включают проблему ВИЧ/СПИДа в многосекторальные национальные стратегические планы. К концу 2002 года в 102 странах были разработаны национальные стратегические планы в отношении ВИЧ/СПИДа (United Nations, 2003b). Многие другие страны перешли от чисто медицинского подхода к проблеме ВИЧ/СПИДа к рассмотрению ее в качестве более крупного вопроса, затрагивающего процесс развития и требующего участия всех секторов. Тем не менее процесс разработки многосекторальной стратегии в отношении СПИДа в некоторых странах идет медленно. Кроме того, во многих странах вызывает недоразумения и противоречия то обстоятельство, что функции министерств здравоохранения и национальных советов по СПИДу плохо очерчены с точки зрения сферы их компетенции (UNAIDS, 2004b).

Поскольку борьбой с эпидемией ВИЧ/СПИДа занимаются различные стороны, все более широко признается необходимость в создании национальных органов координации выработки политики и осуществления программ. Первоначально эти органы нередко создавались в рамках министерств здравоохранения, обладали ограниченными полномочиями и имели плохо сформулированные мандаты. Недавно наметилась тенденция к созданию государственных органов, на которые конкретно возлагается обязанность координировать национальные программы по ВИЧ/СПИДу. Эти координационные органы нередко находятся в ведении канцелярии главы государства, что придает им большую весомость. Тем не менее из-за недостаточного или неадекватного выделения ресурсов увеличение количества координационных органов не всегда ведет к принятию эффективных и согласованных мер (UNAIDS, 2004b).

Правительства все чаще признают, что с эпидемией СПИДа можно эффективно бороться, лишь поддерживая активные партнерские отношения с гражданским обществом, лицами, зараженными ВИЧ/СПИДом, общинными группами, неправительственными организациями и частным сектором. Несмотря на свое во многих случаях нестабильное финансирование, неправительственные организации и общинные группы играют важную роль в борьбе со СПИДом на национальном уровне во многих странах, особенно в развивающихся. В целом ряде стран неправительственные организации осуществляют базовое профилактическое обслуживание, занимаются просвещением и предоставляют уход для больных ВИЧ/СПИДом, а в некоторых случаях оказывают услуги, которые правительства либо не в состоянии, либо не хотят предоставлять (Barnett, Connor and Putney, 2001). Неправительственные организации играют также ключевую роль в более развитых регионах. Хотя количество программ по СПИДу, организуемых по месту работы, продолжает расти, результаты глобального обследования предпринимательских фирм говорят о том, что компании не совсем активно ведут борьбу с СПИДом даже с учетом того, что эта эпидемия, как ожидается, создаст для предпринимательской деятельности серьезные проблемы (UNAIDS, 2004b).

Подводя итоги, можно сказать, что практически все страны сейчас признают, что ВИЧ/СПИД является серьезной проблемой. Перед особо трудным выбором в плане поиска правильного сочетания профилактики, лечения и ухода, которые необходимы для ведения комплексной борьбы с этой эпидемией, стоят развивающиеся страны. ВИЧ/СПИД все чаще находит отражение в политике и программах в качестве проблемы, затрагивающей процесс развития, что предполагает многоцелевой подход к принятию мер на национальном уровне, особенно в отношении искоренения нищеты.

VIII. Профилактика, лечение и уход

Профилактика

Профилактика является основным элементом ответных глобальных мер. В связи с тем, что в 2003 году ВИЧ было инфицировано больше людей, чем в предыдущие годы, необходимо предпринять значительно более активные усилия для внедрения хорошо зарекомендовавших себя стратегий профилактики (UNAIDS, 2004b). В настоящее время менее 20 процентов лиц, которым угрожает этот вид инфекции, располагают достаточными возможностями с точки зрения получения базовых профилактических услуг (Global HIV Prevention Working Group, 2003). Путем использования в глобальном масштабе имеющихся профилактических средств можно было бы предупредить не менее 60 процентов новых случаев инфицирования, прогнозируемых к 2010 году (Stover and others, 2002).

ВИЧ передается тремя путями: а) в результате половой связи; б) посредством прямого контакта с кровью, прежде всего в результате внутривенного введения наркотиков, переливания крови или нестерильных инъекций в медицинских учреждениях; и с) от матери ребенку до его рождения или во время родов, а также в результате грудного вскармливания. Для каждого из этих путей распространения существуют эффективные средства профилактики. С точки зрения национальных программ наиболее эффективным подходом является осуществление комбинированных стратегий, уменьшающих риск, снижающих уязвимость, смягчающих последствия и обеспечивающих профилактику всех путей передачи ВИЧ. Бразилия, Таиланд и Уганда продемонстрировали, что можно прекратить распространение эпидемии в национальном масштабе путем осуществления программ «комбинированной профилактики», при наличии решительной политической воли и посредством открытого обсуждения угрозы СПИДа (UNAIDS, 2004b; 2001a).

Передача половым путем. Важными элементами эффективных национальных программ профилактики передачи СПИДа половым путем являются просветительские и пропагандистские мероприятия, дополняемые тщательно разработанными программами, позволяющими человеку избегать опасных с точки зрения инфицирования ВИЧ видов поведения и придерживаться позитивных моделей поведения. Весьма эффективным средством профилактики распространения ВИЧ являются мужские и женские презервативы, при этом проведенные в Бразилии, Камбодже, Таиланде и нескольких странах с высоким уровнем дохода исследования

продемонстрировали наличие связи между увеличением масштабов использования презервативов и снижением числа новых инфекций (UNAIDS, 2002a; 2002b). Помимо изменения индивидуального поведения программы профилактики ВИЧ способствуют утверждению более здоровых норм жизни в общинах. Так, на раннем этапе успех в деле сокращения масштабов инфицирования ВИЧ был обусловлен, как представляется, увеличением возраста, в котором молодежь начинает жить половой жизнью, и общим сокращением среднего числа половых партнеров (United States Agency for International Development, 2002). По-видимому, после таких первоначальных изменений использование презервативов сыграло важную роль в стабилизации эпидемии в Уганде (Singh, Darogoch and Bankole, 2003). Различные подходы, включая вмешательство сверстников, социальный маркетинг и индивидуальное консультирование или консультирование в рамках небольших групп, оказались полезными с точки зрения распространения информации о профилактике ВИЧ в различных условиях.

Так как заболевания, передаваемые половым путем, значительно увеличивают риск передачи ВИЧ в результате половой связи, их профилактика и лечение являются важными элементами всеобъемлющей программы профилактики распространения ВИЧ. И хотя некоторые страны добились значительного прогресса в деле борьбы со СПИДом, не располагая обширной информацией о серостатусе по ВИЧ-инфекции, доступность добровольного консультирования и тестирования должна быть повышена, так как эти виды деятельности позволяют организовать профилактическое консультирование с учетом серостатуса пациента, что в значительной степени укрепляет профилактические инициативы. Исследования показали, что большинство лиц, узнавших, что они являются носителями ВИЧ, в значительной степени отказываются от опасных моделей поведения, при этом не являющиеся носителями ВИЧ лица при тестировании получают возможность проконсультироваться по вопросам уменьшения опасности инфицирования и получить направление для участия в более углубленных профилактических мероприятиях.

Нынешних усилий совершенно недостаточно для сокращения масштабов передачи этой инфекции в результате половых связей, которые являются основной причиной инфицирования во всем мире. Многие относящиеся к группе риска лица по-прежнему не осведомлены об опасности заражения ВИЧ. Так, в некоторых штатах Индии менее 25 процентов женщин из сельских районов когда-либо слышали о СПИДе (National AIDS Control Organization, 2003). Во многих районах мира по-прежнему низок показатель использования презервативов, при этом предложение презервативов в масштабах всего мира на 40 процентов меньше того количества, которое необходимо для удовлетворения потребностей в профилактике ВИЧ в странах с низким и средним уровнями дохода (UNAIDS, 2004b). Лишь одна из четырех стран Африки к югу от Сахары сообщает о том, что по меньшей мере 50 процентов лиц с заболеваниями, передаваемыми половым путем, проходят надлежащее диагностирование, консультирование и лечение. В масштабах всего мира программами изменения моделей поведения в настоящее время охвачено менее 20 процентов лиц, которым ВИЧ угрожает в наибольшей степени.

Передача в результате контакта с кровью. В Восточной Европе, некоторых районах Азии и в странах Южного конуса Южной Америки

эпидемия распространяется в основном в результате внутривенного применения наркотиков. Деятельность по «уменьшению ущерба» предусматривает оказание набора услуг в целях уменьшения риска передачи заболевания при таком применении наркотиков, включая пропагандистские мероприятия, меры по уменьшению наркотической зависимости (например, замещающая наркотики терапия) и обеспечение стерильными средствами для внутривенного введения тех лиц, которые используют наркотики, дополняемые добровольным консультированием и тестированием и всеобъемлющим медицинским обслуживанием. И хотя исследования показали эффективность программ сокращения ущерба с точки зрения снижения риска передачи заболевания в мире, менее 10 процентов лиц, принимающих наркотики внутривенно, имеют доступ к таким программам. Расширение доступности к таким жизненно важным профилактическим услугам для этой уязвимой группы населения требует существенного увеличения финансовой поддержки деятельности по сокращению ущерба, а также проведения реформы в области политики, включая прагматичную терпимость с юридической точки зрения на программы обмена шприцами и оказание финансовой поддержки, а также лицензирование опиатных заменителей и распространение замещающей терапии на опиоиды. Международный комитет по контролю над наркотиками (МККН) (в 2004 году) подтвердил, что использование таких мер по сокращению ущерба не противоречит международным конвенциям о контроле над наркотиками.

Важным элементом всеобъемлющих национальных профилактических программ является внедрение процедур обеспечения безопасности крови. Такие процедуры включают централизованный контроль за банком крови, использование доноров из групп с низким риском заражения, сокращение числа необязательных переливаний и всеобщую проверку сданной крови. На нестерильные инъекции в медицинских учреждениях приходится, по оценкам, 2,5 процента случаев инфицирования в странах Африки к югу от Сахары (Nauri, Arnotrong and Nutin, 2004); таких случаев инфицирования можно избежать, если не допускать повторного использования инъекционных средств и поощрять применение шприцов, гарантирующих разовое использование.

Передача заболевания от матери ребенку. Из 600 000 детей, ежегодно инфицируемых ВИЧ, подавляющее большинство получает эту инфекцию еще на этапе беременности матери, во время родов или же в результате грудного вскармливания (UNAIDS, 2004b). Первичное профилактическое обслуживание женщин является наиболее эффективной стратегией уменьшения числа младенцев, инфицированных ВИЧ. Для инфицированных ВИЧ женщин существует пакет услуг, позволяющих снизить риск передачи вируса новорожденному. Такой пакет включает предложение регулярно сдавать анализ на ВИЧ, всеобъемлющее консультирование по вопросам охраны репродуктивного здоровья и соответствующее обслуживание, доступность дородового ухода, краткий курс лечения противоретровирусными препаратами матери и новорожденного и консультирование относительно грудного вскармливания. И хотя данный пакет услуг позволил резко сократить число инфицированных ВИЧ новорожденных в странах с высоким уровнем дохода, лишь небольшая часть беременных женщин в странах с низким и средним уровнями дохода в настоящее время может рассчитывать на услуги, включающие противоретровирусную терапию (UNAIDS, 2003b).

Женщины и молодежь. По мере развития эпидемии растет и бремя, которое ложится на плечи женщин и молодежи. И хотя когда-то СПИДом в основном болели мужчины, в настоящее время во всем мире на долю женщин приходится примерно половина всех инфицированных лиц и, согласно оценкам, 57 процентов всех больных СПИДом в странах Африки к югу от Сахары (UNAIDS, 2004b), где уровень инфицирования среди девочек-подростков зачастую по меньшей мере в два раза выше аналогичного показателя для мальчиков того же возраста. Кроме того, женщины и девочки биологически более уязвимы к инфекции, чем мужчины, поскольку для них опасность заражения выше в связи с социально-экономической и правовой дискриминацией. Так как женщины в социальном и экономическом плане зависят от мужчин, и им зачастую угрожает насилие, женщинам нередко трудно настаивать на использовании презервативов. Эффективность профилактики зависит не только от наличия у женщин и девочек точной информации, ориентации на них услуг в области профилактики и поддержки и доступности для них презервативов, но и от проведения реформ в области политики, которые снижают степень уязвимости женщин.

Глобальная коалиция «Женщины и СПИД» объединяет инфицированных лиц, лидеров гражданского общества, деятелей из числа известных лиц, представителей неправительственных организаций и известных сотрудников Организации Объединенных Наций и способствует развитию сотрудничества и поддержке новаторских мер по расширению масштабов усилий, оказывающих благоприятное воздействие на жизнь женщин и девочек. Глобальная коалиция занимается профилактикой инфицирования девочек и молодых женщин; борьбой с насилием в отношении женщин; защитой имущественных и наследственных прав девочек и женщин; обеспечением равного доступа для женщин и девочек к медицинскому и иному уходу; поддержкой общинных медицинских учреждений с уделением особого внимания женщинам и девочкам; расширением доступности для женщин новых средств профилактики; и поддержкой текущих усилий, направленных на охват девочек всеобщим образованием.

Согласно оценкам, половина новых инфицированных приходится на молодежь. К числу основных профилактических услуг для молодежи относятся приобретаемые в школе жизненные навыки и сведения о СПИДе, охват услугами уязвимых групп молодежи, не посещающей школу, и проведение политики, направленной на снижение уровня уязвимости молодежи. Нынешних усилий абсолютно недостаточно для прекращения распространения эпидемии среди молодых людей. Менее 30 процентов молодежи в 31 из 38 обследованных в 2000 году стран смогли точно ответить на набор стандартных вопросов, касающихся передачи ВИЧ. Только в половине стран, представивших свои доклады ЮНЭЙДС в 2003 году, осуществляются усилия по включению необходимых для жизни навыков в учебные программы, при этом лишь незначительная доля не посещающей школу молодежи располагает реальным доступом к программам профилактики ВИЧ (UNAIDS, 2003b).

Осуществление национальных программ профилактических мероприятий. И хотя исследования показали эффективность разнообразных стратегий профилактической деятельности, конкретные подходы отдельных стран будут зависеть от национальных условий. В целом, программы

профилактических мероприятий при низком уровне распространения заболевания должны в первую очередь предусматривать профилактику распространения ВИЧ среди наиболее подверженных риску групп населения, включая работников секс-индустрии и их клиентов, наркоманов, принимающих наркотики внутривенно, и мужчин, поддерживающих половую связь с другими мужчинами. В случае высокого уровня распространения заболевания необходимы более общие стратегии, охватывающие все общество, включая женщин и молодежь, однако не следует забывать и о группах, подверженных наибольшему риску. Во всех странах важное значение имеют меры, обеспечивающие всеобщий доступ к средствам лечения связанных с ВИЧ заболеваний и снижение уязвимости, что является необходимым условием эффективной борьбы со СПИДом.

Уход и лечение

С середины 90-х годов большинство инфицированных ВИЧ лиц в странах с высоким доходом располагают беспрепятственным доступом к комбинированной противоретровирусной терапии. В результате этого смертность от СПИДа резко снизилась, а качество жизни инфицированных ВИЧ лиц существенно повысилась. До последнего времени по экономическим и материально-техническим причинам эти спасающие людей терапевтические методы, как широко считалось, были недоступны для жителей стран с ограниченными ресурсами. В силу разнообразных факторов, включая пропагандистскую деятельность, снижение стоимости годового набора противоретровирусных препаратов в наименее развитых странах с 10 000–12 000 долл. США в 2000 году до всего лишь 150 долл. США в 2004 году, доступность этого вида терапии значительно возросла и, в сочетании с увеличением объемов финансирования донорами, лечение СПИДа в этих странах стало реальностью.

Глобальная динамика распространения средств лечения. В последние годы в мире возникли возможности для внедрения противоретровирусной терапии в странах с низким и средним доходом, в которых проживает, по оценкам, 95 процентов всех инфицированных ВИЧ людей. Лидирующие позиции в мире в данной области заняла Бразилия, которая в 1996 году приняла новую национальную политику, предусматривающую всеобщий доступ к противоретровирусной терапии в рамках государственного сектора. Впоследствии правительства многих стран, включая Ботсвану, Китай и Южную Африку, разработали для государственного сектора планы обеспечения средствами противоретровирусной терапии. Глобальный фонд борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией поддержал Декларацию о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом и в рамках первых трех раундов финансирования предоставил достаточно средств для охвата противоретровирусной терапией, согласно оценкам, 700 000 человек на протяжении пяти лет (Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2004). Двусторонние доноры, прежде всего правительство Соединенных Штатов, взяли на себя значительные обязательства по расширению доступности противоретровирусной терапии. При этом частные фонды, включая Фонд Била и Мелинды Гейтс и Президентский фонд Уильяма Дж. Клинтона обеспечили значительное расширение масштабов использования

этого вида терапии в сильно пострадавших от данной эпидемии странах. Признавая тот факт, что СПИД может иметь крайне отрицательные последствия для предпринимательской деятельности, многие частные компании значительно расширяют предложение противоретровирусной терапии для своих инфицированных ВИЧ сотрудников. В декабре 2003 года Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и ЮНЭЙДС поставили перед собой цель к концу 2005 года обеспечить средствами противоретровирусной терапии 3 миллионов человек в развивающихся странах, что стало отражением сформировавшейся в последнее время приверженности на глобальном уровне.

Практическая возможность лечения. Экспериментальные проекты (например, выдвинутая в 1998 году ЮНЭЙДС инициатива «Доступ к лекарствам») и накопленный на более раннем этапе опыт осуществления национальных программ подтвердили возможность распространения противоретровирусной терапии в странах с ограниченными ресурсами. Так как для обеспечения устойчивости результатов противоретровирусной терапии и снижения риска возникновения у вируса сопротивляемости к медикаментам необходимо обеспечить прохождение курса лечения на 90–95 процентов, особое воодушевление вызывает тот факт, что пациенты в развивающихся странах, по-видимому, придерживаются противоретровирусной терапии в такой же, или даже в большей, степени, чем пациенты в странах с высоким уровнем дохода. ВОЗ выпустила рекомендации для национальных властей, касающиеся выбора видов противоретровирусной терапии, подготовки медицинских работников и разработки клинических программ, обеспечивающих высококачественный медицинский уход (World Health Organization, 2003). В руководящих принципах ВОЗ подчеркивается, что распространение противоретровирусной терапии является подходящей стратегией в тех условиях, когда отсутствуют высокоточные диагностические средства, используемые в настоящее время в странах с высоким уровнем дохода. Кроме того, для поддержки лечебных мероприятий могут привлекаться ресурсы общин в тех случаях, когда отсутствуют подготовленные медицинские работники. Мобилизация на уровне общин и ознакомление с методами лечения все чаще рассматриваются в качестве важных элементов, способствующих прохождению курса лечения, уменьшению масштабов общественного осуждения и повышению общей эффективности программ.

Ограниченность охвата лечением. Несмотря на общемировую тенденцию к увеличению доступности лечения, по оценкам ВОЗ и ЮНЭЙДС, в июне 2004 года противоретровирусное лечение в странах с низким и средним уровнями дохода проходили только 440 000 человек (World Health Organization, 2004). В общемировом масштабе более 90 процентов людей, срочно нуждающихся в лечении в связи с ВИЧ, в настоящее время не могут рассчитывать на него. Для сдерживания роста числа случаев заболеваний и смертности, связанных с ВИЧ, необходимо будет мобилизовать беспрецедентные по своему объему глобальные ресурсы и политическую волю, с тем чтобы расширить доступность лечения. Кроме того, необходимо осуществлять стратегии для создания национального потенциала на долгосрочную перспективу, который потребует для поддержки инициатив в области лечения на протяжении многих лет. Необходимо будет также предпринять согласованные усилия для смягчения связанного с ВИЧ общественного осуждения, с тем чтобы содействовать добровольному

консультированию и тестированию, получить согласие на проверку на ВИЧ, систематически проводимую в лечебных заведениях, и организовать прохождение надлежащего лечения.

Равенство. По мере расширения доступности лечения необходимо принимать все необходимые меры для обеспечения равного доступа к важному для сохранения жизни лечению. И хотя финансовые и материально-технические препятствия на пути расширения масштабов лечения в странах с низким уровнем дохода могут быть менее серьезными, донорам, многосторонним организациям и национальным программам необходимо добиваться сопоставимого расширения их масштабов в странах с низким уровнем дохода, которые в наибольшей степени пострадали от СПИДа. Несмотря на то, что в настоящее время половину лиц с ВИЧ составляют женщины, тот факт, что они зачастую сталкиваются с серьезными препятствиями в деле получения доступа к медицинскому обслуживанию, свидетельствует о необходимости добиваться равной доступности обслуживания для женщин и мужчин. Аналогичные усилия необходимы также для расширения доступности такого обслуживания для наркоманов, принимающих наркотики внутривенно, которые во многих случаях в значительно меньшей степени охвачены противоретровирусной терапией, нежели другие группы инфицированного населения, причем это может иметь место даже в тех странах, в которых данная эпидемия распространяется в основном посредством внутривенного приема наркотиков.

Сочетание профилактических и лечебных мероприятий. Профилактика и лечение являются взаимоусиливающими компонентами одного набора услуг. Расширение доступности противоретровирусной терапии дает возможность укрепить профилактическую деятельность путем поощрения интереса к своему серостатусу, содействия преодолению общественного осуждения, обеспечения новых подходов к осуществлению профилактических мероприятий и возможного снижения опасности инфекционных заболеваний для проходящих терапевтическое лечение лиц, инфицированных ВИЧ. Однако опыт, накопленный в странах с высоким уровнем дохода, а также опирающиеся на данные математические модели свидетельствуют о том, что профилактическое действие противоретровирусной терапии может снизиться в результате распространения связанных с риском форм поведения после внедрения эффективных терапевтических методов. Для обеспечения успешности борьбы со СПИДом в долгосрочном плане увеличение масштабов лечения должно сопровождаться сопоставимым расширением профилактических программ, включая всестороннюю интеграцию профилактических услуг в лечебных учреждениях (Global HIV Prevention Working Group, 2004). Таким образом, движение «три к пяти», инициаторами которого были ВОЗ и ЮНЭЙДС и которое предусматривает обеспечение доступности лечения к концу 2005 года для 3 миллионов человек, также предусматривает мероприятия по ускоренному осуществлению программ профилактики ВИЧ.

Комплексный уход. И хотя противоретровирусная терапия является наиболее эффективным терапевтическим методом лечения СПИДа, она представляет собой лишь один компонент комплексного ухода. Помимо того, что врачи предписывают, при необходимости, противоретровирусную терапию и обеспечивают соответствующее лечение, они должны также заниматься

профилактикой и лечением относящихся к ВИЧ-инфекции заболеваний. В частности, в рамках систем здравоохранения следует неустанно и активно бороться с профилактикой и лечением туберкулеза, который является основной причиной смертности среди лиц, инфицированных ВИЧ. Важное значение для лечения СПИДа имеет также питание, так как эта эпидемия зачастую снижает степень продовольственной безопасности, хотя инфицированные ВИЧ лица нуждаются в более калорийном питании, чем не инфицированные люди. По мере повышения доступности противоретровирусной терапии паллиативный уход по-прежнему будет относиться к важнейшим приоритетным проблемам глобального порядка.

Говоря в целом, расширение масштабов профилактики ВИЧ, соответствующего лечения и ухода представляет серьезную проблему для общественного здравоохранения. Опыт свидетельствует о том, что даже в условиях ограниченности ресурсов можно наладить соответствующее лечение. В связи с тем, что мировая общественность будет стремиться к достижению целей в плане лечения, ухода и поддержки, изложенных в Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, и достижению целевого показателя, предусматривающего охват противоретровирусной терапией к концу 2005 года 3 миллионов человек, потребуются значительно более активные усилия — доноров, национальных правительств, гражданского общества, международных учреждений и других партнеров — для обеспечения доступности важных для жизни терапевтических методов для миллионов нуждающихся в них людей и для распространения эффективных стратегий профилактики, без которых лечение не даст устойчивых результатов.

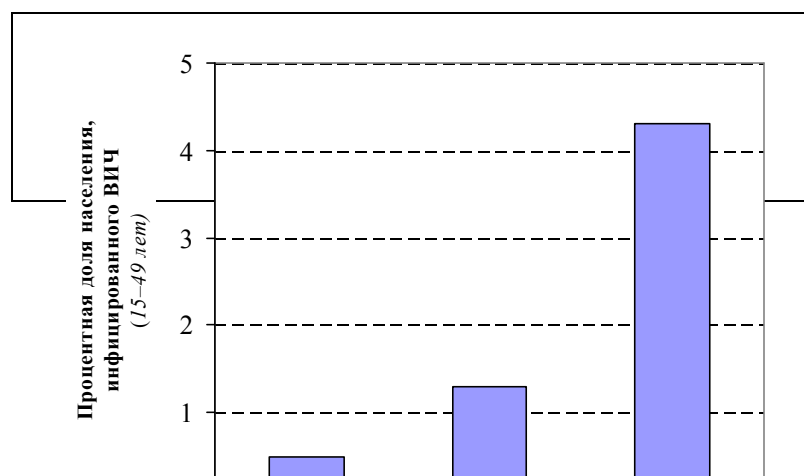
IX. Выводы

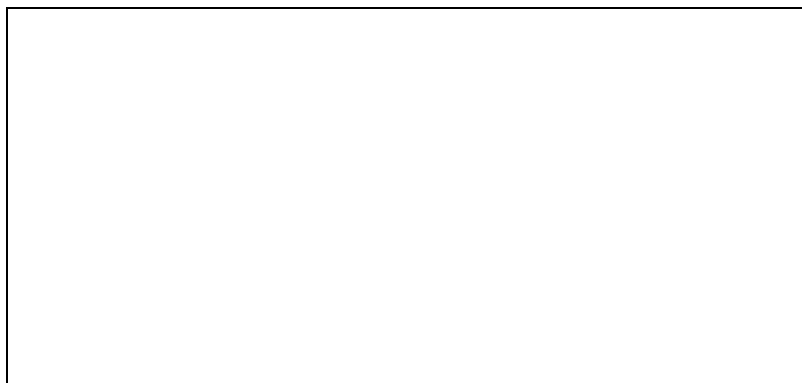
ВИЧ/СПИД — это глобальный кризис. За последние четверть века масштабы этой пандемии расширились и она распространилась на все регионы мира, как развитые, так и развивающиеся. Несмотря на рост политической приверженности, более высокий уровень осознания опасности ВИЧ и дополнительные финансовые ресурсы, эта эпидемия продолжает распространяться.

СПИД не жалеет ни богатых, ни бедных. Однако в наибольшей степени затрагиваемые им страны относятся к наиболее бедным странам мира. Показатели распространения ВИЧ в наименее развитых странах в девять раз выше аналогичных показателей для более развитых регионов (см. диаграмму VIII).

Диаграмма VIII

Показатели распространения ВИЧ в развитых, менее развитых и наименее развитых регионах





Источник: UNAIDS (2004b).

Профилактика является основой деятельности по борьбе с ВИЧ/СПИДом. Осознание того, какие виды поведения увеличивают опасность инфицирования ВИЧ, и соответствующая модификация поведения являются ключом к профилактической деятельности. Однако во многих странах рост осознания этой проблемы пока что не привел к значительному изменению моделей поведения.

В наибольшей степени инфицирование ВИЧ угрожает женщинам и девочкам-подросткам, что обусловлено как биологическими особенностями, так и тем фактом, что во многих районах гендерное неравенство зачастую существенно затрудняет ведение безопасной половой жизни. В масштабах всего мира женщины в настоящее время составляют почти половину всех взрослых больных СПИДом. В странах Африки к югу от Сахары почти 60 процентов больных СПИДом среди взрослых — это женщины, а три четверти инфицированной молодежи — это женщины и девочки.

Когда возможность профилактики уже упущена, следует переходить к лечению. ВИЧ/СПИД по-прежнему неизлечим, однако усовершенствованные противоретровирусные препараты могут смягчать последствия этого заболевания и продлевать жизнь. Тем не менее, несмотря на резкое снижение стоимости таких препаратов, лишь порядка 10 процентов нуждающихся в лечении лиц в настоящее время смогут пройти курс противоретровирусной терапии.

В 2004 году от СПИДа умерло примерно 3 миллиона человек, при этом к концу указанного года во всем мире СПИДом было заражено примерно 39 миллионов человек. Распространение ВИЧ/СПИДа уже свело на нет достижения в плане прироста ожидаемой продолжительности жизни в сильно пострадавших странах, которых удалось достичь за последние полвека. В тех семи странах, в которых число лиц, инфицированных ВИЧ, превышает 20 процентов населения, в 1995–2000 годах ожидаемая продолжительность жизни составляла, согласно оценкам, 50 лет, что примерно на 13 лет меньше, чем это имело бы место в случае отсутствия СПИДа. Даже если с середины 2005 года ВИЧ перестанет распространяться, число вызванных СПИДом смертей будет

продолжать расти в связи с большой численностью уже инфицированного населения.

Из всех регионов мира от ВИЧ/СПИДа больше всего пострадала Африка, при этом в странах Африки к югу от Сахары масштабы инфицирования продолжают расти. Кроме того, резкое увеличение темпов распространения ВИЧ в последнее время наблюдается в некоторых странах Азии и Восточной Европы. В Карибском бассейне показатели распространения ВИЧ являются вторыми по величине в мире. Кроме того, профилактических мер оказывается недостаточно для сдерживания роста этой эпидемии и в некоторых более развитых странах.

Помимо того, что от ВИЧ/СПИДа гибнет колоссальное количество людей, масштабы распространения ВИЧ/СПИДа влияют на различные показатели численности населения, включая показатели фертильности, миграции, темпов роста численности населения и структуру семьи, что зависит, в свою очередь, также от этих показателей. Однако воздействие данной эпидемии ощущается в масштабах всего общества и всех секторов экономики, причем затронутыми оказываются такие сферы, как сельскохозяйственная самообеспеченность, активная предпринимательская деятельность и капиталовложения в создание человеческого потенциала для образования и здравоохранения и для обеспечения благосостояния молодежи и пожилых людей. СПИД расширяет масштабы нищеты, что, в свою очередь, препятствует осуществлению эффективных усилий в ответ на эпидемию со стороны отдельных лиц, семей, общин и государств.

Основное бремя, связанное с ВИЧ/СПИДом, лежит на домашних хозяйствах и семьях, так как именно их члены вынуждены бороться с этим заболеванием и его последствиями. С финансовой точки зрения семьи страдают одновременно от потери поступлений и от увеличения расходов на медицинское обслуживание. Исследования выявили снижение уровня потребления домашними хозяйствами, включая сокращение потребления продовольствия. К 2003 году у более чем 15 миллионов детей в возрасте до 18 лет от ВИЧ/СПИДа умерли один или оба родителя. Обычно родственники берут таких сирот в свои дома, особенно в странах Африки, однако быстрый рост числа сирот ведет к непомерному увеличению нагрузки на традиционные системы поддержки.

В результате возникновения значительного экономического и социального бремени для семей и домашних хозяйств и размывания систем поддержки, объединяющих различные поколения, распространение СПИДа ведет к увеличению масштабов нищеты. Кроме того, оно истощает ресурсы секторов здравоохранения и образования в более бедных странах, в которых следующее поколение может оказаться менее здоровым и менее обученным, чем предыдущее.

Социально-экономические условия в пострадавших от СПИДа странах являются относительно неблагоприятными, особенно в Африке. В среднем в значительно пострадавших от этой эпидемии странах почти 40 процентов населения в возрасте не менее 15 лет являются неграмотным, и треть населения не получает полноценного питания и лишь чуть более половины жителей имеет доступ к достаточным

средствам санитарии. При этом практически везде связанное со СПИДом бремя в непропорционально большой степени вынуждены нести слои населения, обладающие минимальными экономическими и социальными ресурсами, так как они в наименьшей степени могут рассчитывать на получение необходимых для сохранения здоровья сведений и информации, с тем чтобы позволить себе требуемый медицинский уход и лечение.

Большинство правительств сообщает об осуществлении программ профилактики распространения ВИЧ/СПИДа. Однако во многих этих странах наименее нуждающиеся в помощи лица не располагают доступом к базовым профилактическим услугам. Для изменения связанных с риском форм поведения и предупреждения передачи вируса половым путем важное значение имеет пропагандистская и просветительская деятельность. Появились обнадеживающие признаки того, что обеспокоенность возможным заражением СПИДом ведет к необходимым изменениям в половом поведении. Так, последние данные, поступившие из некоторых стран Африки, свидетельствуют о том, что молодые неженатые мужчины и незамужние женщины начинают склоняться к тому, чтобы воздерживаться от половых связей или использовать презервативы, при этом в некоторых местах показатели распространенности ВИЧ снизились. Однако в целом профилактическая деятельность носит ограниченный характер и не способна остановить распространение эпидемии ВИЧ/СПИДа.

Связанное с этим заболеванием общественное осуждение ведет к повышению уровня уязвимости и может мешать отдельным лицам обращаться за информацией или необходимыми профилактическими услугами. Свыше трети стран пока что не приняло законодательства о недискриминации лиц, больных СПИДом, при этом в каждой третьей стране отсутствует политика, обеспечивающая женщинам равный доступ к профилактике и обслуживанию. Отсутствие такого законодательства и политики подрывает эффективность национальных мероприятий по борьбе с ВИЧ/СПИДом.

Международное сообщество осознало ужасающие последствия этой эпидемии и принимает соответствующие ответные меры. В 1994 году Экономический и Социальный Совет утвердил создание Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), с тем чтобы организовать и поддержать скоординированные ответные действия системы Организации Объединенных Наций. ЮНЭЙДС привлекает к этой деятельности многие секторы и партнеров, представляющих органы государственного управления и гражданское общество. Отмечая разрушительные последствия СПИДа в Африке, Генеральный секретарь в 2003 году учредил Комиссию по борьбе с ВИЧ/СПИДом в Африке, которая должна вынести рекомендации в отношении борьбы с этим заболеванием на континенте и консультировать сотрудников директивных органов о возможных путях ликвидации его тяжелых последствий. В рамках практически всех международных программ в области развития признаются отрицательные последствия СПИДа для достижения их целей. Борьба с ВИЧ/СПИДом является одной из восьми целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций. От успешности нашей

борьбы с эпидемией ВИЧ/СПИДа зависит также наша способность достичь других целей.

Если не будут предприняты более активные действия для борьбы с этим заболеванием и его последствиями, то в свете эпидемии ВИЧ/СПИДа будущее многих стран, особенно наиболее бедных из них, воспринимается весьма мрачно. При этом существуют обнадеживающие признаки в виде более высокого уровня осознания опасности ВИЧ/СПИДа, повышения политической приверженности и выделения дополнительных финансовых ресурсов. Глобальный фонд борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, который был учрежден в 2002 году в качестве партнерства правительств, гражданского общества и частного сектора, вносит дополнительные ресурсы на цели борьбы с этими тремя заболеваниями. К середине 2004 года по линии Глобального фонда было утверждено свыше 300 безвозмездных субсидий в 128 странах на общую сумму 3 млрд. долл. США, большая часть которых предназначена для программ борьбы со СПИДом. Тем не менее, финансов для решения проблемы СПИДа — с учетом потребностей в области профилактики, лечения, ухода и поддержки — по-прежнему не хватает.

Окончательная динамика распространения ВИЧ/СПИДа будет зависеть от того, какие меры частные лица, семьи, общины, страны и весь мир предпримут сегодня и в самое ближайшее время. Будущее этой эпидемии отнюдь не предопределено. Необходимо, конечно же, лечить людей, зараженных ВИЧ/СПИДом, и обеспечивать уход за ними. Однако наиболее важным направлением борьбы с ВИЧ/СПИДом остается профилактическая деятельность. ВИЧ передается тремя способами: половым путем, в результате непосредственно контакта с кровью и от матери ребенку. Меры превентивного характера должны быть направлены на недопущение передачи ВИЧ всеми этими тремя способами, причем необходимые для этого средства уже существуют. Наиболее эффективным способом уменьшения масштабов эпидемии ВИЧ/СПИДа является осуществление комплексных стратегий, обеспечивающих снижение риска, степени уязвимости и смягчение последствий.

Примечания

¹ Доклад Международной конференции по народонаселению и развитию, Каир, 5–13 сентября 1994 года (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № R.95.XIII.18), глава I, резолюция 1, приложение.

² Пресс-релиз SG/SM/7895-AIDS/31 от 23 июля 2001 года.

Библиография

- Aberg, J., and others (2004). Primary care guidelines for the management of persons infected with Human Immunodeficiency Virus: recommendations of the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases*, vol. 39, No. 5, pp. 609-629.
- African Studies Center (2003). HIV/AIDS and failed development. University of Pennsylvania African Studies Center. Available from http://www.africa.upenn.edu/Urgent_Action/apic-103100.html (accessed 6 January 2005).
- Ainsworth, Martha (1993). *The impact of HIV/AIDS on African development*. Washington, D.C.: World Bank.
- Barnett, C., C. Connor and Pamela Putney (2001). Contracting non-governmental organizations to combat AIDS. Special Initiative Report, No. 33. Bethesda, Maryland: Partnerships for Health Reform.
- Bell, Clive, Shantayanan Devarajan and Hans Gersbach (2003). The long-run economic costs of AIDS: theory and an application to South Africa. Washington, D.C.: World Bank.
- Booyesen, Frikkie (2003). Poverty dynamics and HIV/AIDS-related morbidity and mortality in South Africa. Paper presented at the scientific meeting on empirical evidence for the demographic and socio-economic impact of AIDS, Durban, South Africa, 26-28 March.
- Braithwaite, R., and K. Arriola (2003). Male prisoners and HIV prevention: a call for action ignored. *American Journal of Public Health*, vol. 93, No. 5.
- Brockhoff, Martin, and Ann E. Biddlecom (1999). Migration, sexual behavior and the risk of HIV in Kenya. *International Migration Review* (New York), vol. 33, No. 4.
- Bultreys, M., and others (1999). Impact of zidovudine post-perinatal exposure prophylaxis on vertical HIV-1 transmission: a prospective cohort study in 4 U.S. cities. Paper presented at the Second International Conference on Global Strategies for the Prevention of HIV Transmission from Mothers to Infants, Montreal.
- Cardo, D. and others (1997). A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. *New England Journal of Medicine*, vol. 337, No. 21 (20 November), pp. 1485-1490.
- Centers for Disease Control and Prevention, National Center for HIV, STD and TB Prevention (2004). Global AIDS Program: Strategies. Available from http://www.cdc.gov/nchstp/od/gap/Strategies/2_3_blood_safety.htm (accessed 5 January 2005).
- Coutsoudis, A., K. Pillay and E. Spooner (1999). Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa: a prospective cohort study. *The Lancet*, vol. 354, pp. 471-476.
- De Cock, K., and others (2000). Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice. *Journal of the American Medical Association*, vol. 283, No. 9.

- Decosas, Joseph, and others (1995). Migration and AIDS. *The Lancet*, vol. 346, pp. 826-828.
- Deutsche AIDS-Hilfe (2002). Travel and residence regulations for people with HIV and AIDS: quick reference. Available from <http://www.aidshilfe.de> (accessed 5 January 2005).
- Food and Agriculture Organization of the United Nations (1997). The rural population of Africa confronted with AIDS: a challenge to development. Summary of FAO studies on AIDS. Rome: FAO.
- _____ (2001). The impact of HIV/AIDS on food security. Paper presented at the twenty-seventh session of the Committee on World Food Security, Rome.
- Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (2004). Annual report 2003. Geneva.
- _____ (2003). Access to HIV prevention: closing the gap. Available from www.gatesfoundation.org and www.kaisernetzwerk.org.
- Global HIV Prevention Working Group (2004). HIV prevention in the era of expanded treatment access. Available from www.gatesfoundation.org and from www.kaisernetzwerk.org.
- Glynn, Judith, and others (2004). Does increased general schooling protect against HIV infection? a study in four African cities. *Tropical Medicine and International Health*, vol. 9, No. 1.
- Goyer, K. (2003). *HIV/AIDS in South African Prisons*, Monograph 79. Pretoria: Institute for Security Studies.
- Gregson, Simon, and others (1997). HIV and fertility change in rural Zimbabwe. *Health Transition Review*, No. 7 (Supplement 2), pp. 89-112.
- Hargreaves, James, and Judith Glynn (2002). Educational attainment and HIV-1 infection in developing countries: a systematic review. *Tropical Medicine and International Health*, vol. 7, No. 6.
- Hauri, A. M., G. L. Armstrong and Y. J. Hutin (2004). The global burden of disease attributable to contaminated injections given in health care settings. *International Journal of STD & AIDS*, vol. 15, pp. 7-16.
- Hunt, Charles W. (1989). Migrant labor and sexually transmitted disease: AIDS in Africa. *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 30, No. 4.
- IASCTF (Inter-Agency Standing Committee Task Force on HIV/AIDS in Emergency Settings) (2003). Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings. Available from www.humanitarianinfo.org/iasc (accessed 5 January 2005).
- International Labour Office (2004). *HIV/AIDS and Work: Global Estimates, Impact and Response, 2004*, revised ed. Geneva: ILO Programme on HIV/AIDS and the World of Work.
- International Narcotics Control Board (INCB) (2004). *Report of the International Narcotics Control Board, 2003*. Vienna: INCB. Sales No. E.04.XI.1.

- International Organization for Migration (IOM) (2003). *World migration 2003: Managing Migration: Challenges and Responses for People on the Move*. Geneva: IOM.
- Jamison, T. D., J. D. Sachs and J. Wang (2001). The effect of the AIDS epidemic on economic welfare in sub-Saharan Africa. CMH Working Paper WG1: 13. Geneva: WHO Commission on Macroeconomics and Health.
- Kamenga, M. C., and others (1991). Evidence of marked sexual behaviour change associated with low HIV-1 seroconversion in 149 married couples with discordant HIV-1 serostatus: experience at an HIV counselling centre in Zaire. *AIDS*, vol. 5, pp. 61-67.
- Kwaramba, P. (1997). *The Socio-Economic Impact of HIV/AIDS on Communal Agricultural Production Systems in Zimbabwe*. Working Paper, No. 19. Harare: Zimbabwe Farmers Union and Friederich Ebert Stiftung.
- Lagarde, Emmanuel, and others (2003). Mobility and the spread of human immunodeficiency virus into rural areas of West Africa. *International Journal of Epidemiology*, vol. 32, No. 5.
- Lidyé, Nathalie, and Noah Jamie Robinson (1998). West and Central Africa. *International Migration*, vol. 36, No. 4.
- Lidyé, Nathalie, and others (2004). Mobility, sexual behavior, and HIV infection in an urban population in Cameroon. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 35, No. 1.
- Lurie, Mark, and others (2003). Who infects whom? HIV-1 concordance and discordance among migrant and non-migrant couples in South Africa. *AIDS*, vol. 17, No. 15.
- Malawi Institute of Management (2002). *The Impact of HIV/AIDS on Human Resources in the Malawi Public Sector*. Malawi Government and UNDP. February.
- Menon, R., and others (1998). The economic impact of adult mortality on households in Rakai district, Uganda. In *Confronting AIDS: Evidence from the Developing World*, M. Ainsworth, L. Fransen and M. Over, eds. Washington, D.C.: World Bank.
- Monasch, Roeland, and Nigel Snoad (2003). The situation of orphans in a region affected by HIV/AIDS. Paper presented at the scientific meeting on empirical evidence for the demographic and socio-economic impact of AIDS, Durban, South Africa, 26-28 March.
- Morris, Martina, and others (2000). Condom acceptance is higher among travelers in Uganda. *AIDS*, vol. 14, No. 4.
- National AIDS Control Organization (2003). National baseline general population behavioural surveillance survey (BSS). New Delhi: Ministry of Health.
- Ntozi, James (2002). Impact of HIV/AIDS on fertility in sub-Saharan Africa. Paper presented at the fourth meeting of the Follow-up Committee on the Implementation of the DND and the ICPD-PA, Yaoundé, Cameroon, 28-31 January.

- Orubuloye, I. O., P. Caldwell and J. C. Caldwell (1992). African women's control over their sexuality in an era of AIDS. Health Transition Working Paper, No. 12. Canberra: Australian National University (ANU) Health Transition Centre.
- Pickering, Helen, and A. J. Nunn (1997). A three-year follow-up survey of demographic changes in a Ugandan town on the trans-African highway with high HIV-1 seroprevalence. *Health Transition Review*, vol. 7 (Supplement).
- Pison, Giles, and others (1993). Seasonal migration: a risk factor for HIV infection in rural Senegal. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 36, No. 2.
- Singh, S., J. E. Darroch and A. Bankole (2003). A, B and C in Uganda; the roles of abstinence, monogamy and condom use in HIV decline. Occasional Report, No. 9. December. Washington, D.C.: The Alan Guttmacher Institute. Available from <http://www.synergyaids.com/documents/UgandaABC.pdf> (accessed 5 January 2005).
- Stover, J., and others. Can we reverse the HIV/AIDS pandemic with an expanded response? *The Lancet*, vol. 360, No. 9326 (6 July), pp. 73-77.
- United Nations (1990). *Results of the Sixth Population Inquiry among Governments*. Population Policy Paper, No. 31. ST/ESA/SER.R/104.
- _____ (1998). *HIV/AIDS and Human Rights: International Guidelines*. Sales No. E.98.XIV.1.
- _____ (2002a). HIV/AIDS and fertility in sub-Saharan Africa: a review of the research literature. ESA/P/WP.174.
- _____ (2002b). *HIV/AIDS Awareness and Behaviour*. Sales No. E.02.XIII.8.
- _____ (2002c). *International Migration Report 2002*. Sales No. E.03.XIII.4.
- _____ (2003a). *World Population Monitoring, 2002: Reproductive Rights and Reproductive Health*. Sales No. E.02.XIII.14.
- _____ (2003b). National responses to HIV/AIDS: a review of progress. UN/POP/MORT/2003/13.
- _____ (2003c). *World Population Prospects: The 2002 Revision*, vol. I, *Comprehensive Tables*. Sales No. E.03.XIII.6.
- _____ (2004a). *The Impact of AIDS*. Sales No. E.04.XIII.7.
- _____ (2004b). *World Population Policies, 2003*. Sales No. E.04.XIII.3.
- _____ (2004c). *World Population Prospects: The 2002 Revision*, vol. III, *Analytical Report*. Sales No. E.03.XIII.10.
- UNAIDS (2001a). *HIV Prevention Needs and Successes: A Tale of Three Countries*. Geneva: UNAIDS.
- _____ (2001b). *Population Mobility and AIDS: UNAIDS Technical Update*. February 2001. Geneva: UNAIDS.
- _____ (2001c). Monitoring the Pandemic (MAP) Network report: The status and trends of HIV/AIDS/STI epidemics in Asia and the Pacific. Geneva: UNAIDS.

- _____ (2001d). *The Impact of Voluntary Counselling and Testing: A Global Review of the Benefits and Challenges*. UNAIDS Best Practice Collection. Geneva: UNAIDS.
- _____ (2002a). *AIDS Epidemic Update: December 2002*. Geneva: UNAIDS.
- _____ (2002b). *Report on the Global AIDS Epidemic, July 2002*. Geneva: UNAIDS.
- _____ (2003a). *AIDS Epidemic Update, December 2003*. Geneva: UNAIDS.
- _____ (2003b). *Progress Report on the Global Response to the HIV/AIDS Epidemic, 2003*. Geneva: UNAIDS.
- _____ (2004a). *AIDS Epidemic Update, December 2004*. Geneva: UNAIDS.
- _____ (2004b). *2004 Report on the Global AIDS Epidemic*. Available from <http://www.unaids.org/bangkok2004/report.html> (accessed 5 January 2005).
- _____ and International Organization for Migration (2004). UNAIDS/IOM statement on HIV/AIDS-related travel restrictions. Geneva: UNAIDS and IOM. Available from <http://www.iom.int>.
- _____ and United Nations Development Programme (2002): *HIV/AIDS Prevention and Care Programmes for Mobile Populations in Africa: An Inventory*. Geneva: IOM.
- UNAIDS, United Nations Children's Fund and United States Agency for International Development (2004). *Children on the Brink, 2004: A Joint Report of New Orphan Estimates and a Framework for Action*. New York: UNICEF. Available from <http://www.unicef.org/publications> (accessed 5 January 2005).
- United Nations Children's Fund (2000). *The Progress of Nations, 2000*. Sales No. E.00.XX.6. New York: UNICEF.
- United Nations Population Fund (2004). *State of World Population, 2004*. New York: UNFPA.
- United States Agency for International Development (2002). What happened in Uganda? declining HIV prevalence, behavior change, and the national response. Washington, D.C.: USAID, Office of HIV/AIDS, Bureau for Global Health.
- United States Department of State (2003). Human Immunodeficiency Virus (HIV) Testing Requirements for Entry into Foreign Countries. Available from <http://www.travel.state.gov/travel/HIVtestingreqs.html> (accessed 5 January 2005).
- Valdiserri, R. (2004). International scale-up for antiretroviral treatment: where does prevention fit? *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 37 (Supplement 2: 1 October), pp. S138-S141.
- Walker, Neff, and others (2004). Estimating the global burden of HIV/AIDS: what do we really know about the HIV pandemic? *The Lancet*, vol. 363, No. 9427, pp. 2180-2185.
- World Bank (1999). *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*, revised ed. New York: Oxford University Press.

- World Health Organization (2004). *Scaling up Antiretroviral Therapy in Resource-limited Settings: Treatment Guidelines for a Public Health Approach*, 2003 revision. Geneva: WHO.
- _____ and UNAIDS (2004). 3 by 5 Progress Report: December 2003 through June 2004. Geneva: WHO.
- _____ and UNICEF (2004). WHO/UNAIDS/UNICEF infant feeding guidelines. Available from www.unicef.org/programme/breastfeeding/feeding.htm (accessed 5 January 2005).
- Yang, Xiushi (2004). Temporary migration and the spread of STDs/HIV in China: is there a link? *International Migration Review*, vol. 38, No. 1.
- Zaba, Basia, and Simon Gregson (1998). Measuring the impact of HIV on fertility in Africa. *AIDS*, No. 12 (Supplement 1), pp. S41-S50.
-