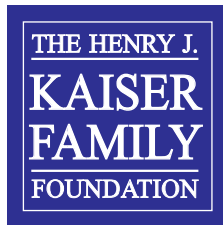


ТРАНСАТЛАНТИЧНІ ПАРТНЕРИ
ПРОТИ СНІДУ



Посібник з висвітлення теми ВІЛ/СНІДУ

Фонд сім'ї Кайзер
2005 рік



Шановний журналісте!

Ми раді презентувати цей посібник з висвітлення теми ВІЛ/СНІДу та інших питань громадського здоров'я. Він був розроблений для журналістів, що пишуть про глобальну епідемію ВІЛ/СНІДу, часто не маючи часу на попередню підготовку. Фонд Сім'ї Кайзера розпочав цей проект в рамках своєї постійної боротьби з ВІЛ/СНІДом шляхом навчання громадськості та сприяння усвідомленню цієї проблеми різними верствами населення.

Цей матеріал охоплює широкий спектр питань, включаючи наукову інформацію, лікування та профілактику ВІЛ/СНІДу. Говорячи про епідемію, ми маємо на увазі не тільки боротьбу з вірусом. Це також боротьба з ідеями, суспільними табу, стигмою та дискримінацією. З цієї причини ми включили до посібника інформацію про політичні та соціальні аспекти епідемії. Наприклад, ми наводимо зразки висловів, використання яких мимоволі провокує дискримінацію, і пропонуємо альтернативні вирази. Цей посібник також містить базову інформацію щодо туберкульозу. Ми бажаємо, щоб цей матеріал став для Вас довідником. Більш поглиблену інформацію з питань ВІЛ/СНІДу можна знайти на сайті www.kff.org та www.ghf.org. Ви також знайдете корисні посилання на www.kaisernetwork.org, що містять анімовані та ілюстровані матеріали, розроблені для телебачення та друкованих видань.

Хочемо висловити подяку міжнародній благодійній організації «Трансатлантичні Партнери Проти СНІДу» та консультанту Фонду Сім'ї Кайзера Наталії Федущак за допомогу у підготовці та зборі інформації, яка стосується України. Кайзер завжди вірив, що журналісти відіграють провідну роль в процесі інформування громадськості та діячів державної політики. Маємо надію, що наш посібник допоможе Вам у цій справі.

Щиро Ваш,

Дрю Алтман

Президент та виконавчий директор
Фонд Сім'ї Кайзер

Термінологія з ВІЛ/СНІДу	1
Скорочення	1
Іноземні скорочення/назви програм	3
Глосарій	4
ВІЛ/СНІД у світі та Україні	12
ВІЛ/СНІД: історична довідка	18
Дати та події, пов'язані з ВІЛ/СНІДом в Україні	24
Питання, що найчастіше задають:.....	25
- про ВІЛ/СНІД	25
- при висвітленні теми ВІЛ/СНІДу	28
Рекомендації для журналістів.....	30
Підготовка матеріалів з ВІЛ/СНІДу: робота з джерелами та журналістська етика	30
Рекомендації щодо висвітлення теми ВІЛ/СНІДу.....	33
Не рекомендовані вирази	35
Приклади статей про ВІЛ/СНІД.....	38
Медичні аспекти	48
Опортуністичні інфекції	48
Туберкульоз (ТБ).....	52
Антиретровірусна терапія	54
Важлива термінологія в антиретровірусній терапії.....	54
Ключові факти щодо АРВ-терапії	55
Доступ до АРВ-терапії в Україні	57
Антиретровірусна терапія, затверджена FDA.....	58
Ключові фігури у боротьбі з ВІЛ/СНІДом та контактні адреси	61
У світі.....	61
В Україні.....	67
Досвід інших країн у боротьбі з ВІЛ/СНІДом	69
Бразилія.....	69
Таїланд.....	70
Польща.....	71
Інформаційні ресурси.....	72
Список СНІД-центрів в Україні	72
Міжнародні організації.....	73
Українські державні установи.....	75
Українські неурядові організації.....	75
Інформаційні портали.....	76
Про нас	77

ТЕРМІНОЛОГІЯ З ВІЛ/СНІДУ

СКОРОЧЕННЯ

Скорочення	Значення
АРВ або АРТ	Антиретровірусна терапія
ВААРТ	Високоактивна антиретровірусна терапія
ВІЛ	Вірус імунodefіциту людини
ДКТ	Добровільне консультування та тестування
ЗПСШ, ХПСШ, ІПСШ	Захворювання (хвороби, інфекції), що передаються статевим шляхом
ІП	Інгібітор протеази
ЛЖВС	Людина або люди, які живуть з ВІЛ/СНІДом
МР-ТБ	Мультирезистентний туберкульоз
НАЛВС	Національна асоціація людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом
НІЗТ	Нуклеозидний інгібітор зворотної транскриптази
ННІЗТ	Ненуклеозидний інгібітор зворотної транскриптази
НІЗ	Національні інститути здоров'я (США)
ОІ	Опортуністична інфекція
ООН	Організація Об'єднаних Націй
ПВІ	Первинна ВІЛ-інфекція
ПВМД	Передача вірусу від матері до дитини
ППВМД	Профілактика передачі вірусу від матері до дитини
ПОШ	Програма обміну шприців
РТБ	Резистентний туберкульоз
СІН	Споживач ін'єкційних наркотиків
СНІД	Синдром набутого імунodefіциту людини
ТБ	Туберкульоз
ЧАЧ	Чоловіки, які мають секс з чоловіками
3 x 5	Ініціатива «3x5» («Три до П'яти») – надати лікування трьом мільйонам ВІЛ-інфікованих до кінця 2005 року
ABC	Abstinence, Be Faithful, Use Condoms «Утримання, вірність, презервативи» - головний принцип профілактики ВІЛ/СНІДу в США
AZT	Зидовудин – медичний засіб, один з багатьох для лікування ВІЛ/СНІДу
ADAP	AIDS Drug Assistance Programs Програми допомоги з ліками проти СНІДу (США)
CDC	Centers for Disease Control and Prevention Центри контролю та профілактики захворювань США

CNN	Condoms, Needles, Negotiation Принцип профілактики ВІЛ/СНІДу: презервативи, стерильні голки, навички переконання
DOTS	Directly Observed Treatment or Therapy Short-course Суворо контрольоване лікування коротким курсом антимікобактеріальної терапії. Стратегія лікування туберкульозу.
ELISA	Enzyme-Linked Immunosorbent Assay Ензим-пов'язаний імуносорбентний аналіз
FDA	Food & Drug Administration (U.S.) Адміністрація контролю за якістю продуктів та медичних препаратів (США)
FDC	Fixed Dose Combination Комбіновані препарати з фіксованою дозою
FI	Fusion Inhibitor Інгібітор злиття
Global Fund	The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria Глобальний Фонд з боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією
GNP+	Global Network of People Living with HIV/AIDS Всесвітня мережа людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом
IAVI	International AIDS Vaccine Initiative Міжнародна ініціатива з пошуку вакцини проти СНІДу
ISC	International Steering Committee for People with HIV/AIDS Міжнародний мотиваційний комітет з проблем людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом
LIFE Initiative	Leadership and Investment in Fighting An Epidemic Initiative (U.S.) Ініціатива «Лідерство та інвестиції у боротьбі з епідемією ВІЛ/Сніду» (США)
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief (U.S.) Надзвичайний план Президента США по боротьбі зі СНІДом
RBM	Roll Back Malaria Ініціатива «Зупинимо малярію»
TAC	Treatment Action Campaign (South Africa) Кампанія за лікування ВІЛ/СНІДу (Південна Африка)
UNAIDS	Joint United Nations Program on AIDS Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу
UNDP	United Nations Development Program Програма розвитку ООН
UNICEF	The United Nations Children's Fund Дитячий Фонд ООН
USAID	The United States Agency for International Development Агентство США з Міжнародного Розвитку
WHO	World Health Organization Всесвітня Організація Охорони Здоров'я (ВООЗ)
WTO	World Trade Organization Світова Організація Торгівлі (COT)

ІНОЗЕМНІ СКОРОЧЕННЯ/НАЗВИ ПРОГРАМ

1. ABC

А – (Abstain) Утримання від сексуальної активності або відкладення віку першого сексуального досвіду.

В – (Be faithful) Будь вірним; обопільно підтримуйте моногамні стосунки з неінфікованим партнером.

С – (use Condoms) Правильне та послідовне використання презервативів.

«ABC» – це підхід, згідно з яким необхідно змінити свою поведінку відповідно до трьох вищезгаданих принципів, які вважаються основними для профілактики ВІЛ.

2. ADAP - Програми допомоги з ліками проти СНІДу (AIDS Drug Assistance Program(s))

Ці програми проводяться в США на кошти федерального бюджету та впроваджуються окремо в кожному штаті. Вони надають ліки проти ВІЛ людям, які живуть з ВІЛ/СНІДом, та страховий поліс яких не покриває витрати на лікування або покриває їх недостатньо. Кожен штат вирішує, чи підходить людина для участі у програмі; таким самим чином вирішується, які ліки підпадають під надання через програму. Через скорочення бюджету та ріст цін на ліки деякі програми ADAP зараз мають так звані списки очікування. Крім того, доступ до допомоги дуже відрізняється для різних програм.

3. CNN

С – (Condom use) Використовуйте презервативи

N – (use clean Needles) Використовуйте чисті голки/шприци

N – (Negotiating skills) Навички переконання

«CNN» – це підхід, за яким необхідно змінити свою поведінку відповідно до трьох вищезгаданих принципів, що вважаються основними у профілактиці ВІЛ, особливо в місцевостях, де споживання ін'єкційних наркотиків є домінуючим шляхом передачі ВІЛ-інфекції. Вважається, що підхід CNN може бути альтернативою або додатком до метода ABC, який популяризує ідею утримання, моногамії та використання презервативів.

4. PEPFAR - Надзвичайний план Президента Буша по боротьбі зі СНІДом (President Bush's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR))

Ініціатива, за якою протягом наступних 5 років буде витрачено 15 мільярдів доларів на боротьбу з ВІЛ/СНІДом, туберкульозом та малярією в країнах, що розвиваються. Згідно з планом майже 10 мільярдів американських доларів будуть виділені для 15 країн-епіцентрів та Глобального Фонду. На сьогоднішній день за планом PEPFAR приблизно 235 000 чоловіків, жінок та дітей – мешканців Африки, Азії та країн Карибського басейну отримали доступ до антиретровірусного лікування. Цей крок був затверджений Актом лідерства США проти ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та малярії у 2003 році.

5. UNAIDS

Скорочена назва Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (Joint United Nations Program on HIV/AIDS). Це міжвідомче відділення ООН, в якому співпрацюють 10 організацій та Секретаріат Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу.

А

1. Альтернативна або нетрадиційна терапія

Підходи до лікування, які не підпадають під традиційне західне розуміння лікування. Ефективність альтернативної медицини у лікуванні ВІЛ-інфекції не підтверджена.

2. Аналіз/Тест на ВІЛ

Аналіз/тест на ВІЛ з'ясовує, чи в крові людини є антитіла до ВІЛ. Антитіла до ВІЛ – це білкові тіла, що продукуються організмом, як тільки він встановлює наявність ВІЛ в організмі. Поява в організмі антитіл до ВІЛ відбувається не одразу після інфікування, а період від моменту зараження до моменту продукування антитіл називається періодом вікна. У період вікна результат тесту на ВІЛ може виявитися негативним, навіть якщо людина ВІЛ-інфікована. Існує декілька різновидів тестів на ВІЛ.

4. Антитіла

Білкові тіла в організмі людини, які розпізнають та знищують чужорідні (незнайомі) субстанції, наприклад бактерії та віруси. Тести на антитіла до ВІЛ виявляють, чи в крові людини є антитіла до ВІЛ. Позитивний результат тесту на ВІЛ означає, що в крові присутні антитіла до ВІЛ.

3. Антиретровірусна терапія (АРВ)

АРВ називають будь-яке лікування, що включає використання антиретровірусних препаратів. Ці ліки були розроблені з метою знищення ретровірусів, таких як ВІЛ, або зниження їхньої здатності до розмноження.

Б

5. Безсимптомний або асимптоматичний

Так говорять про хворобу, коли у людини відсутні будь-які зовнішні прояви захворювання та внутрішні хворобливі відчуття. Безсимптомною є друга стадія розвитку ВІЛ в організмі людини; вона може розтягнутися на багато років після моменту інфікування. Під час безсимптомної стадії ВІЛ-позитивна людина може інфікувати інших.

В

6. Вакцина

Речовина, що містить неактивний інфекційний збудник, розроблена з метою стимулювання імунної системи до захисту організму від послідуєчого інфікування таким же, але вже активним збудником. Превентивна вакцина не дозволяє інфекції проникнути до організму. Терапевтична вакцина покращує здатність імунної системи вже інфікованого організму боротися із захворюванням.

7. Вертикальна трансмісія

Вертикальна трансмісія – це передача ВІЛ від матері до дитини. На попередження вертикальної передачі ВІЛ спрямовано багато програм, які надають антиретровірусну терапію (а також інші ліки та профілактичні послуги) вагітним ВІЛ-позитивним жінкам. Нещодавно до профілактики вертикальної трансмісії додали компонент “+”, тобто розширення послуг, що включатиме АРВ терапію для матерів навіть після закінчення рекомендованого терміну профілактики вертикальної трансмісії. У 2002 році розпочалася ініціатива профілактики вертикальної трансмісії “+”, розрахована на 5 років.

8. Взаємодія між лікарськими засобами

Це ситуація, коли під впливом одного лікарського засобу дія іншого в організмі змінюється; також цей феномен називається ефектом синергії. Взаємодія може призвести до збільшення або зменшення корисного ефекту від одного або обох засобів, а також призвести до небажаних побічних ефектів.

9. Вірус імунодефіциту людини (ВІЛ)

Це вірус, що спричиняє захворювання на СНІД. ВІЛ може передаватися через інфіковану кров, сперму, піхвові виділення та грудне молоко або під час вагітності та пологів. Існує два типи ВІЛ: ВІЛ-1 та ВІЛ-2. Обидва типи передаються однаковими шляхами і ведуть до появи та розвитку СНІДу. ВІЛ-1 є найбільш поширеним та спричиняє найбільшу частину інфікувань в усьому світі, у той час як ВІЛ-2 менш поширений та, в основному, локалізований в межах Західної Африки.

10. Вірусне навантаження

Цей термін означає кількість, або концентрацію ВІЛ у крові. Існує кореляція між кількістю вірусу в крові та важкістю хвороби – чим вище вірусне навантаження, тим більш розвиненою є стадія ВІЛ. Тест на вірусне навантаження – це важливий метод стеження за розвитком хвороби та підстава для прийняття рішення щодо лікування.

11. Високоактивна антиретровірусна терапія (ВААРТ)

Курс лікування, в якому використовується три та більше АРВ-препаратів.

12. Вразливі категорії населення

Групи населення з підвищеним ризиком ВІЛ-інфікування через соціоекономічні, культурні або поведінкові фактори. Вразливі групи населення включають біженців, людей з низьким прибутком, чоловіків, які мають секс з чоловіками, споживачів ін'єкційних наркотиків, працівників секс-бізнесу, та жінок в країнах з вираженою гендерною нерівністю.

13. «В тіні»

Окреслення поведінки, коли чоловік має секс з чоловіками, але приховує це від інших людей. Такі чоловіки можуть підтримувати сексуальні відносини і з жінками, які інколи не знають про приховану сексуальну активність своїх партнерів. Це ризикована поведінка з точки зору особистого ризику інфікування ВІЛ та передачі вірусу іншим – гетеросексуальним шляхом.

14. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ або WHO)

Це міжурядовий відділ ООН, що займається справами здоров'я. Організацією керують 192 країни-члени, а її цілі – допомагати людям досягти якомога вищого рівня здоров'я. WHO відома в усьому світі як одна з провідних організацій, діяльність якої присвячена забезпеченню здоров'я людей на глобальному рівні. Саме Всесвітня організація охорони здоров'я разом з UNAIDS розпочала Ініціативу «3х5».

Г

15. Генерик

Медичний препарат, ідентичний (біоеквівалентний) препарату під торговою назвою за характеристиками дозування, безпекою, силою, режимом прийому, якістю, ефективністю та призначенням. Назва генерика – це звичайна назва препарату, яка не є зареєстрованою торговою маркою та не захищається правами виробника. Назва генерика частіше використовується в медичній літературі та ЗМІ. Часто генерики також є дешевшими, але хімічно ідентичними ліками, що виробляються компаніями, які не є винахідниками цього препарату. В деяких країнах генерики з'являються на ринку, коли на відповідні ліки закінчується ексклюзивний патент винахідника. В інших країнах виробництво генериків починається навіть до закінчення терміну патенту.

16. Глобальний Фонд

Глобальний Фонд (ГФ) з боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією був заснований у 2001 році за ініціативою Генерального секретаря ООН Кофі Анана. Глобальний Фонд – це партнерство між урядами, приватним сектором та постраждалими спільнотами. Це незалежна грантодавча організація, мета якої – допомогти країнам, що розвиваються, боротися зі СНІДом, туберкульозом та малярією.

17. Гостра ВІЛ-інфекція

Так називається перша стадія ВІЛ-інфікування; цей період настає безпосередньо після інфікування ВІЛ. Період гострої інфекції може тривати від декількох днів до декількох тижнів; в цей час вірус імунодефіциту швидко розмножується і з легкістю може передаватися іншим. Гостру ВІЛ-інфекцію також називають первинною ВІЛ-інфекцією.

Д

18. ДДТ (DDT)

ДДТ (дихлородифенилтрихлороетан) був основним інсектицидом, що використовувався в 1950-х та 1960-х роках в рамках кампанії Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), спрямованої на знищення комарів, що переносять збудник малярії. Під час застосування ДДТ та після нього велися гарячі спори з приводу безпечності та доцільності його використання. Цей інсектицид заборонили використовувати в сільському господарстві практично в усіх країнах. Зараз ВООЗ рекомендує розпиляти ДДТ в приміщеннях з метою контролю за малярією. Завдяки зусиллям ВООЗ малярія була успішно знищена в Північній Америці та Європі.

19. ДКТ

Програми «Добровільного консультування та тестування» (ДКТ) є надзвичайно важливим компонентом як ВІЛ-профілактичної, так і лікувальної діяльності. ДКТ – це визнана на міжнародному рівні програма, яка надає можливість людям дізнатися про свій ВІЛ-статус, отримати консультування з питання зниження ризику та направлення на лікування у випадку ВІЛ-позитивного діагнозу.

20. Догляд та лікування

Термін «догляд та лікування» означає широкий спектр заходів піклування про людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, включаючи антиретровірусну терапію, лікування та профілактику опортуністичних захворювань, правильне харчування, психологічну та соціальну підтримку.

Е

21. Ендемія

Постійна, пов'язана з природними або соціальними умовами, наявність інфекційної хвороби в певному географічному регіоні або категорії населення; також звичайний рівень захворюваності в цій місцевості або групі.

22. Епідемія (види – низька, концентрована, загальна)

Розповсюдження інфекційної хвороби, яке значно перевищує звичайний рівень захворюваності для цієї місцевості чи категорії людей.

Існує декілька рівнів поширеності епідемії ВІЛ в певній місцевості:

- Низький рівень розповсюдження ВІЛ – поодинокі випадки інфікування серед загальної популяції та низька частота серед більш вразливих груп населення.
- Концентрована епідемія – розповсюдження не перевищує 1% серед загальної популяції, але перевищує 5% в деяких вразливих групах (наприклад серед працівників секс-бізнесу, споживачів ін'єкційних наркотиків, чоловіків, що мають секс з чоловіками).
- Загальна епідемія – розповсюдження ВІЛ перевищує 1% серед загальної популяції.

23. Ефективність

Здатність препарату або лікарського засобу лікувати (та приносити користь) незалежно від дози. Наприклад ефективність АРВ препарату – це найбільша користь, яку може принести застосування цього препарату без прийняття до уваги кількості прийнятих ліків.

I

24. Імунна система

Природна система захисту організму від сторонніх організмів, бактерій, вірусів або грибків.

25. Імунодефіцит

Стан організму, коли імунна система не може захистити саму себе та організм від інфекції. З часом ВІЛ все більше послаблює імунну систему і призводить до імунодефіциту.

26. Імуносупресія

Стан організму, коли імунна система не може нормально функціонувати, тому що вона ослаблена. Чинниками цього може бути використання ліків або медичних процедур (наприклад, хіміотерапії) або вплив захворювання (ВІЛ). Також цей стан інколи називають імунодепресією.

27. Інкубаційний період

Проміжок часу між моментом інфікування ВІЛ та появою симптомів захворювання.

28. Інфекції або захворювання які передаються статевим шляхом (ІПСШ/ЗПСШ)

Будь-яка інфекція або хвороба, яка передається під час статевого контакту.

K

29. Кількість клітин CD4 (T4)

Клітини CD4 контролюють імунну реакцію організму на інфекції та становлять основну мішень для ВІЛ. ВІЛ розмножується всередині цих клітин і поступово знищує їх. В результаті імунна система людини стає дедалі слабкішою. Аналіз на кількість клітин CD4 використовується як один з методів відстеження розвитку ВІЛ в організмі та захворювання людини. Чим менша кількість клітин CD4 у людини, тим більш розвинений в її організмі ВІЛ та слабкіша імунна система.

30. Кінцева стадія хвороби

Існує чотири стадії розвитку ВІЛ в організмі: гостра інфекція, безсимптомне носіння, хронічна симптоматична стадія та СНІД. Хоча СНІД і вважається кінцевою стадією розвитку ВІЛ в організмі, за умов застосування відповідної АРВ-терапії та іншого лікування людина може прожити ще багато років після встановлення діагнозу ВІЛ.

31. Клінічні дослідження

Наукові дослідження, спрямовані на оцінку безпеки, ефективності та медичних результатів лікування (наприклад медичні ефекти від лікування антиретровірусною терапією або вакциною). Ліки мають пройти декілька ступенів клінічних випробувань для того, щоб їх затвердили для лікування людей.

32. Комбінована терапія

Використання двох або більше антиретровірусних (АРВ) препаратів в комбінації для лікування однієї людини. Високоактивною антиретровірусною терапією (ВААРТ) називають використання трьох або більше АРВ препаратів для лікування однієї людини.

33. Комбіновані препарати з фіксованою дозою

Лікування комбінованими препаратами з фіксованою дозою (КФД) означає комбінацію двох чи більше препаратів, наприклад АРВ, в одній пігулці. Використання подібних комбінацій в одній пігулці є життєво необхідним для ефективного виконання Ініціативи «3х5», тому що такі препарати значно легше використовувати в умовах обмежених ресурсів. Прикладом лікування за допомогою комбінації фіксованої дози може бути комбінація ставудину, ламівудину та невірапіну в одній пігулці.

Л

34. ЛЖВС

Скорочення терміну «люди, які живуть з ВІЛ/СНІДом», або «людина, яка живе з ВІЛ/СНІДом».

М

35. Малярія

Це хвороба, яку викликають паразити та яка передається людям під час укусу комара. Симптоми хвороби включають лихоманку та озноб, головний біль, біль у м'язах, втому, нудоту та блювотиння. Зазвичай ці симптоми виникають приблизно через 9-14 днів після того, як людину вкусив інфікований комар. В рідких випадках ця хвороба може мати летальний кінець.

36. Мікробіциди

Це препарати, дія яких спрямована на зменшення передачі мікробів. У даний час проводяться дослідження з метою з'ясування того, чи можна розробити мікробіциди, які б ефективно знижували ризик передачі ІПСШ та ВІЛ. Мікробіциди – препарати місцевої дії для застосування безпосередньо у піхві або анусі; їх можуть виробляти в декількох формах, наприклад у формі гелів, кремів, плівки, рідини, або в формі кільця чи губки, які виділятимуть активні інгредієнти протягом певного часу.

37. Мультирезистентний туберкульоз (МР-ТБ)

Штам туберкульозу, стійкий до двох або більше протитуберкульозних медичних препаратів. Мультирезистентний (або резистентний до декількох ліків) туберкульоз зазвичай виникає, коли людина вживає достатньо ліків, щоб почуватися краще, але не приймає повний курс терапії, призначеної лікарем. В цьому випадку гинуть лише слабкіші бактерії, у той час як сильніші виживають та продовжують розмножуватися. Коли бактерії, що залишилися, набирають повної сили та знову викликають тяжкі симптоми хвороби, їх вже неможливо знищити за допомогою тих самих лікарських засобів. Необхідно приймати більші дози ліків або навіть інший, сильніший препарат. МР-ТБ є серйозною проблемою для країн, що розвиваються, адже там не завжди можна забезпечити нагляд за постійним прийомом терапії.

38. Мутація

Зміни в генетичній структурі організму, які з'являються під час розмноження клітин. Вірус імунодефіциту людини розмножується швидко та змінює свою структуру в процесі розмноження. Саме ці зміни призводять до появи штамів вірусу, резистентних до лікування.

Н

39. Нещасний випадок у медичному закладі або випадкова передача

Термін відноситься до випадкової передачі ВІЛ, яка відбувається в умовах медичних або інших закладів, пов'язаних з охороною здоров'я. Випадкова передача ВІЛ може відбутися як від пацієнта медичному працівникові, так і навпаки – від медичного працівника пацієнтові.

О

40. Опортуністичні інфекції (OI)

Інфекції, що рідко зустрічаються у здорових людей, але спричиняють захворювання осіб, чия імунна система послаблена через дію ВІЛ. Загалом ці інфекції часто присутні в організмі людини, але зазвичай їхній вплив нівелюється здоровою імунною системою людини. Коли у ВІЛ-позитивної людини з'являються опортуністичні інфекції, можна вважати, що її хвороба перейшла у стадію СНІДу.

П

41. Пандемія

Всесвітня епідемія. Розповсюдження інфекційної хвороби в декількох країнах або на декількох континентах з масовим ураженням населення.

42. Патоген

Хвороботворний мікроорганізм або фактор, що викликає хворобу.

43. Первинна ВІЛ-інфекція

Перша стадія розвитку ВІЛ в організмі, яка починається одразу після інфікування вірусом імунодефіциту людини. Ця стадія може тривати декілька тижнів. В цей період вірус розмножується дуже швидко і з легкістю може бути переданий іншій людині. Цю стадію також називають гострою ВІЛ-інфекцією.

44. Передача ВІЛ від матері до дитини (ПМД)

Також відома як вертикальна трансмісія, передача ВІЛ від матері до дитини означає передачу вірусу від ВІЛ-позитивної матері до дитини під час вагітності, пологів або під час годування грудним молоком.

45. Перехресна резистентність

Феномен, коли резистентність вірусу ВІЛ до одного лікарського засобу провокує резистентність вірусу до всіх ліків цього класу. Прикладом може бути резистентність до невірапіну, яка призводить до резистентності до ефіваренцу.

46. Перинатальне інфікування

Відноситься до інфікування дитини ВІЛ під час вагітності, це - один з етапів на якому може трапитися передача вірусу від ВІЛ-позитивної матері до дитини.

47. Плацебо

Неактивна речовина, що нагадує лікарський засіб, але не має реального медичного ефекту.

48. Перинатальний

Той, що трапляється до народження дитини.

49. Профілактика (первинна, вторинна)

В контексті ВІЛ профілактична діяльність спрямована на зменшення ризику особистого інфікування ВІЛ (первинна профілактика) та передачі вірусу іншим (вторинна профілактика). Профілактичні послуги включають добровільне консультування та тестування (ДКТ), розповсюдження презервативів, епідеміологічний моніторинг, роботу з широкими колами громадськості та просвітницьку діяльність, а також забезпечення медичних закладів неінфікованою кров'ю і органами.

50. Профілактика передачі від матері до дитини (ППМД)

UNAIDS називає три основні стратегії профілактики передачі вірусу від ВІЛ-позитивної матері до її дитини:

1. Захист жінок продуктивного віку від ВІЛ-інфекції;
2. Попередження небажаної вагітності серед ВІЛ-позитивних матерів;
3. Попередження передачі ВІЛ під час вагітності, пологів або годування грудьми.

Для цього проводиться добровільне консультування, тестування та антиретровірусна терапія, застосовуються більш безпечні методи прийняття пологів та за можливістю годування молочними сумішами.

Р

51. Резистентність до ліків

Здатність вірусу ВІЛ розмножуватися, незважаючи на використання АРВ-препаратів. Причиною резистентності до ліків є мутації, що трапляються під час розмноження ВІЛ.

52. Ризикова поведінка

Цей термін відноситься до будь-якої поведінки або дій, що підвищують ймовірність інфікуватися ВІЛ, або передати вірус іншим людям. До ризикованої поведінки відноситься незахищений секс, секс з багатьма партнерами та споживання наркотиків ін'єкційним шляхом. Споживання алкоголю також може бути пов'язаним з ризикованою поведінкою, адже алкоголь впливає на здатність людини приймати рішення та домовлятися про більш безпечний секс.

53. Розповсюдженість

Розповсюдженість - це міра того, яка частка населення має захворювання в певний проміжок часу.

С

54. Світовий Банк

Світовий Банк - банк розвитку, який надає позики, консультації з політичних питань, технічну допомогу та здійснює обмін досвідом з країнами з низьким та середнім прибутком задля зниження рівня бідності. В якості спонсору UNAIDS Світовий Банк виділив майже \$16 мільярдів на боротьбу з поширенням ВІЛ/СНІДу.

55. Синдром

Термін, яким позначають сукупність симптомів, що властиві певному хворобливому стану.

56. СН

СН – це скорочення терміну „споживач ін'єкційних наркотиків”, що відноситься до людей, які використовують голки та шприци для внутрішньовенного введення наркотиків.

57. СНІД

Синдром набутого імунodefіциту (СНІД) починається тоді, коли імунна система людини послаблена вірусом ВІЛ настільки, що її організм уражують серйозні інфекційні або онкологічні хвороби. Якщо інфекційні хвороби та онкологічні явища відсутні, проте лабораторні тести показують, що імунна система дуже пошкоджена, також можна говорити про перехід захворювання у стадію СНІДу.

58. СНІД-асоційовані хвороби

Цим терміном позначають захворювання, що уражують людину на пізніших стадіях розвитку ВІЛ-інфекції і вважаються ознакою початку СНІДу. За інформацією UNAIDS багато людей дізнаються про свій ВІЛ-позитивний статус саме на цій стадії.

59. СНІД-обумовлена деменція

Комплекс СНІД-обумовленої деменції, також відомої як «ВІЛ-обумовлена деменція» - це стан, який є наслідком руйнівного впливу ВІЛ на мозок. Це неврологічне захворювання з різними клінічними проявами, до яких відносяться втрата координації рухів, різка зміна настрою, втрата здібності критично сприймати реальність та (на пізніх стадіях) прогресуюча втрата пам'яті й продуктивності мислення. Вважається, що зазвичай деменція виникає, коли людину вразили серйозні опортуністичні інфекції, але це може трапитися й на ранніх стадіях. ВІЛ-асоційована деменція піддається лікуванню антиретровірусною терапією.

60. Соціальний маркетинг

Технологія соціального маркетингу використовується в усьому світі для популяризації широкого спектру напрямків профілактики ВІЛ, включаючи використання презервативів. Соціальний маркетинг – це адаптація технологій комерційного маркетингу для досягнення соціальних цілей та заохочення більш безпечної та здорової поведінки.

61. Спільнота, якої торкнулася епідемія СНІД

Це поняття об'єднує всіх людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, а також їхні сім'ї, друзів та близьких - усіх, хто особисто зазнав фізичного, соціального та емоційного впливу проблеми СНІДу.

62. Сухий секс

Іноді жінки перед статевим актом використовують певні речовини, щоб зробити піхву сухою. Зазвичай ця практика базується на віруваннях та звичках, властивих деяким культурам, і мимоволі може призвести до підвищення ризику передачі ВІЛ, адже в цьому випадку є більше шансів, що через збільшення тертя порветься презерватив, а сухість стінок піхви може призвести до появи мікротріщин та пошкодження слизової оболонки під час статевого акту.

Т

63. Тест/аналіз на ВІЛ

Стандартні тести/аналізи на ВІЛ з'ясовують, чи в крові людини є антитіла до ВІЛ. Антитіла до ВІЛ – це білкові тіла, що виробляються організмом, як тільки він встановлює наявність вірусу імунodefіциту в організмі. Поява в організмі антитіл до ВІЛ відбувається не одразу після інфікування, а період від моменту зараження до моменту появи антитіл називається періодом вікна. Протягом періоду вікна результат тесту на ВІЛ може виявитися негативним, навіть якщо в організмі людини вже є ВІЛ. Існує декілька різновидів тестів на ВІЛ.

64. Трансмісія

Синонім слова передача (наприклад, ВІЛ-інфекції).

65. Туберкульоз (ТБ)

Туберкульоз – це бактеріальна інфекція, що спричиняється мікобактеріями туберкульозу. Зазвичай хвороба вражає легені, але в деяких серйозних випадках може розповсюдитися також на інші частини тіла. Людина може заразитися ТБ, коли біля неї кашляє, чихає або плює інша людина з відкритою формою туберкульозу. Не всі люди, що інфіковані туберкульозом, мають симптоми цієї хвороби. У випадку, коли людина інфікована, але не хворіє, говорять про латентну (приховану) форму туберкульозу, яка не є заразною для інших людей.

Ч

67. Частота

Кількість появи нових випадків захворювання в популяції за певний проміжок часу (наприклад щорічна кількість нових випадків інфікування ВІЛ в певній країні).

68. ЧСЧ

Скорочення терміну «чоловіки, що мають секс з чоловіками». З метою окреслення ризику інфікування цей термін часто використовують замість терміну «гей», «гомосексуаліст» або «бісексуал», тому що він описує конкретну поведінку, а не ідентичність, яка може і не бути пов'язаною з поведінкою. В багатьох культурах та країнах чоловіки, що мають секс з чоловіками, не сприймають себе як геїв або бісексуалів.

Глобальні наслідки ВІЛ/СНІДу – загальний огляд

Кількість людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом на 2004 рік

- 39,4 мільйонів (35,9 – 44,3 мільйонів)
- Це більше ніж будь-коли

Кількість людей, які інфікувалися ВІЛ у 2004 році

- 4,9 мільйонів (4,3 – 6,4 мільйона)
- Кожен день інфікуються майже 14 000 чоловік

Кількість смертей від СНІДу

- 3,1 мільйона у 2004 році (2,8 – 3,5 мільйона)
- На даний час загальна кількість смертей від СНІДу перевищила 20 мільйонів

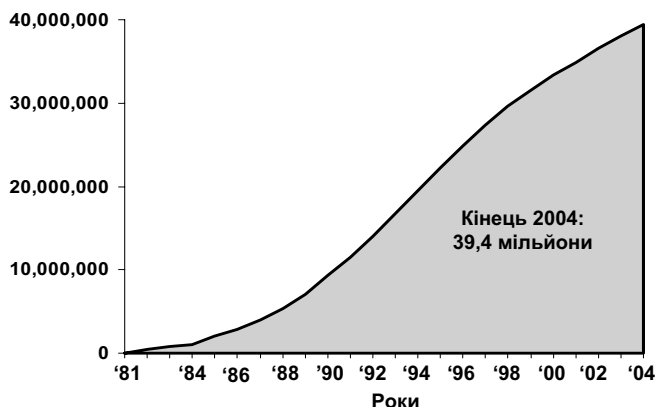
Кількість сиріт від СНІДу

- Зараз існує 15 мільйонів дітей, у яких один чи обидва батьки загинули від СНІДу

Джерела: UNAIDS, AIDS Epidemic Update, December 2004; UNAIDS, 2004 Report on the Global AIDS Epidemic, July 2004.



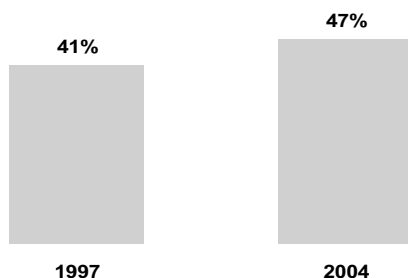
Світова оцінка кількості людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, 1981-2004



Джерела: UNAIDS, AIDS Epidemic Update, December 2004; UNAIDS, Data Request, November 2004.



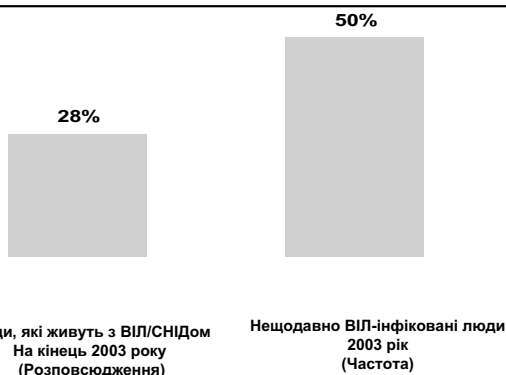
Відсоток жінок, які живуть з ВІЛ/СНІДом Зміна з часом*



* Вік - від 15 до 49 років
Джерело: UNAIDS, 2004 Report on the Global AIDS Epidemic, July 2004; UNAIDS, AIDS Epidemic Update, December 2004.



Молодь віком від 15 до 24 років Відсоток світового розповсюдження та частота *



* З дорослого населення віком від 15 до 49
Джерело: UNAIDS, 2004 Report on the Global AIDS Epidemic, July 2004.



Особливості епідемії в Євразії

- Швидкість розвитку - одна з найвищих у світі
- За віком постраждалих - дуже "молода" епідемія
 - Вплив на демографію, економіку, домашні господарства
- Росія - частина "наступної хвилі"
- Головні чинники розвитку епідемії в цьому регіоні:
 - З початку - ін'єкційне споживання наркотиків, яке залишається головним чинником
 - Зараз - збільшується гетеросексуальний шлях передачі та інфікування серед жінок
- Малодоступні:
 - Профілактика: збільшення нових інфікувань ВІЛ
 - Лікування: збільшення хвороб та смертей

Джерело: UNAIDS, Fact Sheet: AIDS epidemic in Eastern Europe and Central Asia, December 2004.



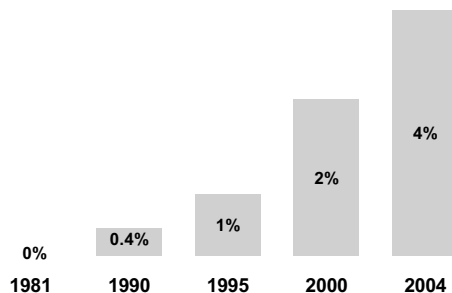
Люди, які живуть з ВІЛ/СНІДом в Євразії, 1981-2004



Джерело: UNAIDS, AIDS Epidemic Update, December 2004; UNAIDS Data Request, 2004.



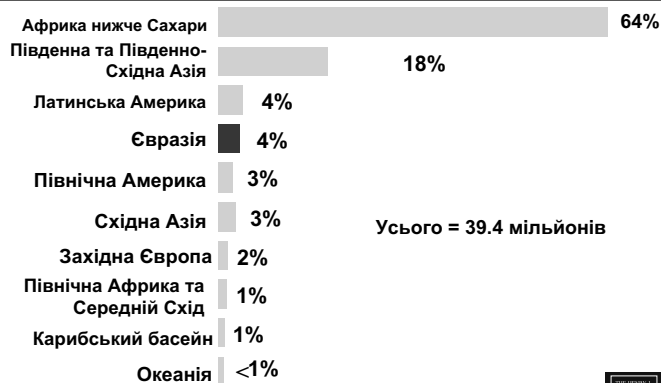
Частка євразійців у загальній кількості ВІЛ-інфікованих, 1981-2004



Джерело: UNAIDS, AIDS Epidemic Update, December 2004; UNAIDS Data Request, 2004.



Відсоток ВІЛ-інфікованих по регіонах, від світової кількості на кінець 2004



Джерело: UNAIDS, AIDS Epidemic Update, December 2004.



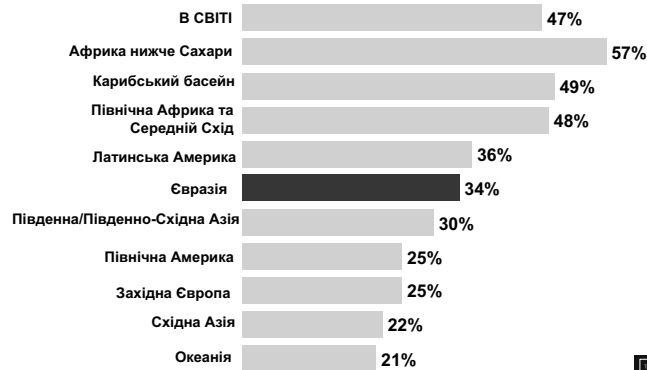
Відсоток людей, нещодавно інфікованих ВІЛ, по регіонах, від загальної кількості, 2004



Джерело: UNAIDS, AIDS Epidemic Update, December 2004.



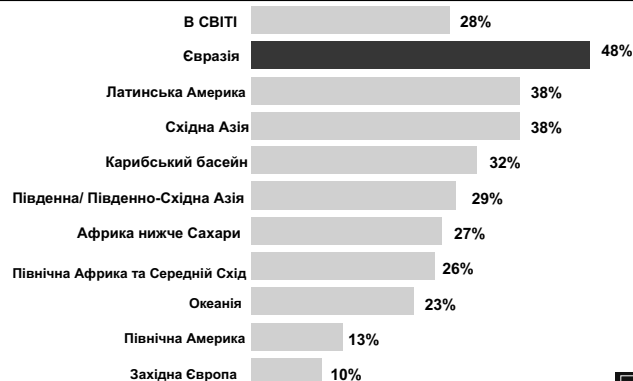
Відсоток жінок від загальної кількості ВІЛ-інфікованих По регіонах, на кінець 2004*



* Віком від 15 до 49
Джерело: UNAIDS, AIDS Epidemic Update, December 2004.



Частка молоді віком від 15 до 24 років у загальній кількості ВІЛ-інфікованих По регіонах, на кінець 2003*



* Кількість дорослих від 15 до 49
Джерело: UNAIDS, 2004 Report on the Global AIDS Epidemic, July 2004; UNAIDS, Data Request, June 2004.



Надання антиретровірусної терапії людям, які живуть з ВІЛ/СНІДом у найбільш постраждалих регіонах, 2004



ВІЛ/СНІД в Україні

- За розрахунками UNAIDS приблизно 360,000 людей живуть з ВІЛ/СНІДом (на кінець 2003 року)
 - "Молода" епідемія: приблизно 80% інфікованих – віком від 20 до 39
 - Частка жінок перевищує 40%
- В Україні живе 28% зі всіх людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом в Європі (на кінець 2003 року)
- Розповсюдження ВІЛ/СНІДу серед дорослого населення приблизно 1,4%
 - Найвищий відсоток розповсюдження у Європі
- Найбільш постраждалими є південний та східні регіони країни
- Головний чинник розповсюдження - споживання ін'єкційних наркотиків, але зростає частка гетеросексуальної передачі

Джерела: UNAIDS, Fact Sheet: AIDS epidemic in Eastern Europe and Central Asia, December 2004; UNAIDS, 2004 Report on the Global AIDS Epidemic, July 2004; TPAA, "The HIV/AIDS Epidemic in Ukraine", January 2005.

Відповідь на епідемію в Україні з боку уряду та донорів

- Глобальний фонд
 - \$92 млн. за 5 років (\$23 млн. затверджені на перші 2 роки)
- U.S. PEPFAR ("Невідкладний план Президента США щодо зменшення наслідків СНІДу")
 - Не вважається однією з "країн-епіцентрів"
 - Одержує двоспрямоване фінансування
- Світовий Банк
 - \$60 млн. позики на Проект з контролю туберкульозу та ВІЛ/СНІДу, з них \$33.5 млн. - на ВІЛ/СНІД
- Підтримка з боку інших урядових донорів
- Український Уряд
 - Менш ніж \$10 мільйонів щорічно з державного бюджету
 - Області також надають фінансування

Джерела: TPAA, "The HIV/AIDS Epidemic in Ukraine", January 2005; The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria; World Bank, Ukraine Project Portfolio; Office of the United States Global AIDS Coordinator, "Engendering Bold Leadership: The President's Emergency Plan for AIDS Relief", March 2005; USAID.

Прогнозовані наслідки епідемії без та з масштабною профілактикою



Джерело: Stover, et al., "Can we reverse the HIV/AIDS pandemic with an expanded response?" *The Lancet*, Vol. 360, July 2002.



Висновки та наслідки

- Вплив на населення та демографію
 - Зменшення кількості населення
 - Сценарії 2010, 2025 років
- Вплив на економіку, домашні господарства та родини
- Зменшення робочої сили, зниження продуктивності праці
- Збільшення витрат на охорону здоров'я та лікування
- Занепокоєння щодо національної та міжнародної безпеки, удар по військовій галузі
- *Але ВІЛ можна попередити та лікувати*



ВІЛ/СНІД: ІСТОРИЧНА ДОВІДКА

До 1981

Перші дані

Початком епідемії ВІЛ/СНІДу вважається 1981 рік, однак деякі недавні дослідження свідчать про те, що ВІЛ вже існував за багато доків до зазначеної дати.

1981

Виявлено СНІД

Центр профілактики та боротьби з хворобами США (CDC) повідомляє про перші випадки захворювання на рідкісний тип пневмонії серед молодих чоловіків-геїв.

1982

Захворювання отримало назву

Центри CDC офіційно вводять термін «синдром набутого імунodefіциту» або «СНІД». Спочатку центри CDC виділили чотири фактори ризику: чоловічий гомосексуалізм, споживання ін'єкційних наркотиків, гаїтянське походження та гемофілія типу А.

СНІД у Африці

Журнал Lancet повідомляє, що африканське захворювання, відоме під назвою "слім", фактично являє собою СНІД.

1983

Нова «група ризику»

У якості п'ятої групи ризику CDC додають жінок – сексуальних партнерів чоловіків, які хворіють на СНІД.

Поява нових організацій

У США формується Національна організація людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом (NAPWA), Національна мережа з проблем ВІЛ (NAN) та Федерація організацій з боротьби зі СНІДом.

1984

Вірус виявлено

Вчені Люк Монтан'є з Інституту Пастера у Франції та Роберт Галло з Національного центру з вивчення раку в США виділили ретровірус людини, що викликає СНІД. Пізніше вірус було названо вірусом імунodefіциту людини, або ВІЛ.

Профілактичні заходи

У Нідерландах була розпочата перша у світі програма обміну шприців (ПОШ). Спочатку вона була орієнтована на боротьбу з гепатитом В серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН), але пізніше програма стала розповсюджуватися й на проблеми поширення ВІЛ.

1985

Перша міжнародна конференція зі СНІДу

Конференція проводилася у Атланті, штат Джорджія. Спонсорами конференції виступили Всесвітня організація охорони здоров'я та Департамент охорони здоров'я та соціального забезпечення США (HHS).

Тести на наявність вірусу

Управління контролю за якістю їстівних продуктів та ліків США (FDA) ухвалило перші тести на наявність антитіл до ВІЛ. У США та Японії проводяться перші аналізи крові.

Вертикальна трансмісія (передача вірусу від матері до дитини)

Служба суспільної охорони здоров'я США розробляє перші рекомендації з профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини.

СНІД та Збройні сили США

Міністерство оборони США повідомило, що усі новобранці проходитимуть обов'язкові аналізи на ВІЛ, а особи з позитивними результатами не прийматимуться у ряди армії.

Розширення масштабів поширення захворювання

В кожному регіоні світу відмічено принаймні один випадок захворювання на ВІЛ/СНІД. За оцінками Об'єднаної програми ООН по боротьбі зі СНІДом (ЮНЕЙДС) в усьому світі загальна кількість людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, складає майже два мільйони.

1986

ВІЛ/СНІД у Росії

В країнах колишнього СРСР зафіксовано перший випадок ВІЛ.

Заклик до дій

Інститут медицини США закликає до розробки загальнонаціональної просвітницької програми та створення Національної комісії з проблем СНІДу.

Створення перших міжнародних організацій

Створено Міжнародний керівний комітет з проблем людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом (ISC). У 1992 році він отримує свою нову назву: Всесвітня мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом.

1987

Перші медикаменти

FDA ухвалила до застосування перший антиретровірусний препарат для лікування СНІДу, який називався зідовудин, або AZT.

Випробування вакцини

FDA надає дозвіл на проведення перших випробувань запропонованих вакцин проти ВІЛ.

Рейган та СНІД

Президент Рейган виголошує першу публічну промову, у якій він торкається проблем СНІДу, та призначає президентську комісію з ВІЛ.

Обов'язкові аналізи

У США ВІЛ, як «небезпечне інфекційне захворювання», додається до списку хвороб, що унеможливають еміграцію в країну. Відтепер усі бажаючі емігрувати обов'язково повинні здавати відповідні аналізи.

Нарощування зусиль міжнародної спільноти

ВООЗ розпочинає глобальну програму зі СНІДу (GPA).

Міжнародне визнання

ВООЗ призначає перше грудня Всесвітнім днем боротьби зі СНІДом.

Створення організацій з проблеми СНІДу

Національний інститут охорони здоров'я США (НИН) формує Бюро з досліджень проблем СНІДу та Групу клінічних випробувань з проблем СНІДу (ACTG).

Обмін шприців

В США, у місті Такома, штат Вашингтон, розпочато першу комплексну програму обміну шприців.

1990

Бойкот конференції

Протестуючи проти еміграційної політики США, американські та міжнародні неурядові групи бойкотують шосту щорічну міжнародну конференцію у Сан-Франциско, Каліфорнія.

Лікування дітей

FDA ухвалює AZT у якості препарату для лікування СНІДу в педіатрії.

Розширення масштабів розповсюдження захворювання

За оцінками ЮНЕЙДС більше дев'яти мільйонів людей в усьому світі живуть з ВІЛ/СНІДом.

1991

Символ боротьби проти СНІДу

З'являється міжнародний символ визнання серйозності проблеми та солідарності у боротьбі зі СНІДом – червона стрічка.

1992

Смерть від СНІДу

СНІД стає найбільш поширеною причиною смерті серед африканських чоловіків віком від 25 до 44 років. Така ситуація спостерігатиметься до 1995 року.

1995

Успіхи у лікуванні

FDA ухвалює використання першого інгібітору протеази - саквінавіру - для застосування у комбінації з іншими препаратами проти ВІЛ. Це стає початком нової ери високоактивної антиретровірусної терапії (БААРТ).

Створення UNAIDS

Створено Об'єднану програму ООН зі СНІДу, основною задачею якої є координація зусиль шести різних програм ООН, спрямованих на боротьбу зі СНІДом. Програма отримала назву UNAIDS (ЮНЕЙДС) та розпочала свою роботу у 1996 році.

Розширення масштабів розповсюдження захворювання

За оцінками ЮНЕЙДС двадцять три мільйони людей в усьому світі живуть з ВІЛ/СНІДом.

1996

Розробка вакцин

Сформована неурядова організація, основною задачею якою є усунення перешкод на шляху до розробки вакцини проти СНІДу. Організація отримала назву Міжнародна ініціатива з вакцин проти СНІДу (IAVI).

Дії Бразилії

Бразильських виробників непатентованих лікувальних засобів (генериків) звинувачують у порушенні міжнародного патентного законодавства. Засоби безкоштовно роздаються людям, які їх потребують. Бразилія – перша країна, яка розпочала зусилля по загальнонаціональному розповсюдженню антиретровірусної терапії.

1997

Успіхи США

Кількість випадків смертей від СНІДу в США скоротилася більш ніж на 40% у порівнянні з попереднім роком, головним чином завдяки використанню високоактивної антиретровірусної терапії (БААРТ).

1998

Випробування вакцини

В країнах Північної Америки розпочалися перші широкомасштабні випробування вакцини проти ВІЛ на людях.

Дії афроамериканців

Афроамериканські лідери оголошують «надзвичайну ситуацію» серед чорношкірих жителів Америки у зв'язку з ВІЛ/СНІДом.

Дії ПАР

У ПАР організована кампанія «За забезпечення доступу до лікування» (ТАС). Основною метою нового руху стає забезпечення доступу до лікування у країні.

1999

Виділення нових ресурсів у США

США оголошує виділення нових фінансових ресурсів на боротьбу з глобальною пандемією. Розподілення фінансування здійснюється завдяки ініціативі «Лідерство та інвестиції у боротьбі з епідемією» (LIFE).

Випробування вакцини

Таїланд стає першою серед країн, що розвиваються, яка розпочинає випробування вакцини для людей.

Мбекі про СНІД

Президент ПАР Табо Мбекі викликає бурхливу полеміку в усьому світі, виступивши із заявою, яка піддавала сумніву зв'язок між ВІЛ та СНІДом.

2000

Привернення уваги світової спільноти

США та Рада безпеки ООН визнають ВІЛ/СНІД загрозою безпеці у світі.

Важлива віха – конференція

В одній з країн, що розвиваються, - ПАР під лозунгом «Припинимо мовчання», проходить 13-а міжнародна конференція зі СНІДу. Конференція присвячена приверненню уваги до наслідків глобальної пандемії у країнах, що розвиваються, яких найбільш сильно торкнувся СНІД.

Більш дешеві ліки

ЮНЕЙДС, ВООЗ та інші міжнародні організації у сфері охорони здоров'я оголошують ініціативу, що була спільно прийнята п'ятьма найкрупнішими виробниками лікарських засобів та спрямована на вивчення можливостей зниження цін на засоби проти СНІДу, які поставляються у країни, що розвиваються.

Каунда про СНІД

Колишній президент Замбії Кеннет Каунда публічно заявляє, що смерть його сина у 1986 році була викликана хворобою, пов'язаною зі СНІДом. Каунда підтверджує своє рішення боротися зі СНІДом.

Африканська молодь

За прогнозами ЮНЕЙДС половину молоді у віці до 20 років у найбільш постраждалих від СНІДу країнах південної Африки очікує передчасна смерть від СНІДу.

Розширення масштабів епідемії

За оцінками ЮНЕЙДС тридцять п'ять мільйонів людей в усьому світі живуть з ВІЛ/СНІДом.

2001

Привернення уваги світової спільноти

Генеральна асамблея ООН оголошує про скликання першої в історії спеціальної сесії з ВІЛ/СНІДу.

Дії світової спільноти

Генеральний секретар ООН Кофі Анан на самміті країн Африки з ВІЛ/СНІДу в Абуджі закликає до створення Глобального фонду. США запропонували перший внесок для підтримки нового фонду.

Дешевші ліки

На засіданні Всесвітньої торговельної організації (ВТО), що проходила у місті Доха, Катар, приймається рішення про те, що, незважаючи на вимоги патентного законодавства, країни, що розвиваються, можуть купувати чи виробляти більш дешеві непатентовані лікарські засоби з метою вирішення критичних проблем у сфері охорони здоров'я, таких як ВІЛ/СНІД.

Відповідь виробників ліків

Виробники непатентованих лікарських засобів пропонують виробляти засоби для лікування ВІЛ/СНІДу за зниженими цінами. Декілька загальновідомих компаній згодні на подальше зниження цін на засоби, які поставляються у країни, що розвиваються.

СНІД в ПАР

Міністерство охорони здоров'я повідомляє, що 4,74 мільйони жителів країни є ВІЛ-позитивними.

Смертність у Африці

За даними ЮНЕЙДС та ВООЗ СНІД є основною причиною смерті в країнах, розташованих на південь від Сахари.

2002

Глобальний фонд

Глобальний фонд з боротьби з ВІЛ/СНІДом, туберкульозом та малярією (GFATM) розпочинає свою роботу та отримує перші гранти.

Постанова уряду ПАР

Уряд приймає обов'язки щодо розвитку кампанії з боротьби з ВІЛ/СНІДом. Кампанія визнає, що саме ВІЛ викликає СНІД.

Доступ до ліків

Президент США Білл Клінтон видає указ про допомогу країнам, які розвиваються, у питаннях імпорту та виробництва більш дешевих непатентованих форм лікарських засобів проти ВІЛ. ЮНЕЙДС, ВООЗ та інші міжнародні організації в сфері охорони здоров'я оголошують про спільну ініціативу з п'ятьма найкрупнішими виробниками лікарських засобів з вивчення можливостей щодо зниження цін на засоби проти СНІДу, які поставляються у країни, що розвиваються.

Смертність у світі

ВІЛ стає найчастішою причиною смерті серед населення світу у віці від 15 до 59 років.

ВІЛ серед жінок

За оцінками ЮНЕЙДС половину усіх дорослих жителів Землі, які живуть з ВІЛ/СНІДом, складають жінки.

2003

Кампанія ВООЗ

ВООЗ оголошує про початок кампанії «3х5», спрямованої на забезпечення антиретровірусною терапією 3-х мільйонів людей до 2005 року.

Випробування вакцини у ПАР

В ПАР у партнерстві із США розпочато перший етап випробувань вакцини для людей.

План Буша

Президент США Джордж Буш оголошує початок дії Термінового президентського плану допомоги тим, хто постраждав від СНІДу (PEPFAR) – п'ятирічної ініціативи, на яку виділяється 15 мільярдів доларів, і яка спрямована на вирішення проблем ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та малярії, перш за все в країнах, яких серйозно торкнулися ці захворювання.

Доступ до ліків

Фонд президента Клінтона домагається угоди з виробниками непатентованих лікарських засобів щодо зниження цін на препарати проти СНІДу. Результатами угоди можуть скористатися 13 країн, які розвиваються.

Розширення масштабів епідемії

Згідно з оцінками ЮНЕЙДС 40 мільйонів людей в усьому світі живуть з ВІЛ/СНІДом.

2004

Важлива віха – конференція

XV Міжнародна конференція з питань СНІДу пройшла у м. Бангкок, Таїланд. Вона стала першою конференцією, що відбулася у Південно-Східній Азії.

ДАТИ ТА ПОДІЇ, ПОВ'ЯЗАНІ З ВІЛ/СНІДОМ В УКРАЇНІ

1987 – Початок широкомасштабного скрінінгу населення України. У цьому році було виявлено 6 інфікованих громадян України та 75 іноземних громадян (які згодом були депортовані).

1992 – Україна стала першою з колишніх радянських республік, яка скасувала кримінальну відповідальність за гомосексуалізм.

1993 – Проведена рекордна кількість скрінінгових тестувань на антитіла до ВІЛ – 7,2 мільйонів.

1994 – Виявлено 2 випадки ВІЛ-інфекції у братів – споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН), мешканців Миколаєва. Епідеміологічне дослідження виявило ще понад 20 ВІЛ-інфікованих осіб, які споживали наркотики, використовуючи спільний шприц.

1995 – Перші випадки ВІЛ-інфекції в Одесі.

1995 – З цього моменту кількість ВІЛ-інфікованих споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) зростає наче снігова куля.

1997 – В Україні не залишилося жодної області, де не було б зареєстровано випадків розповсюдження ВІЛ-інфекції серед СІН.

1997 – 11% нових випадків ВІЛ-інфікування було обумовлено гетеросексуальними контактами.

1998 – Вийшла нова редакція Закону України «Про попередження захворювання на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», де вперше декларувалися принципи добровільності тестування на ВІЛ.

1998 – Кількість нових зареєстрованих ВІЛ-інфікованих нібито почала знижуватися.

2001 – Частка ВІЛ-інфікованих малят, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, сягає 27%.

2003 – 30% нових випадків ВІЛ-інфікування обумовлено гетеросексуальними контактами.

2003 – У результаті широкомасштабної профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини частка ВІЛ-інфікованих малят, народжених ВІЛ-позитивними жінками, знизилася до 12%.

2003 – 40% усіх людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом в Україні, – жінки.

2003 – В Україні живе 28 % всіх ВІЛ-інфікованих Євразії.

2004 – Найбільша чисельність нових офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих (12 491).

2004 – Розповсюдження ВІЛ/СНІДу в Україні досягло 1,4% населення країни.

2005, лютий – розрахункове розповсюдження ВІЛ/СНІДу в Україні на рівні 1,9 %.

2005 – 80% інфікованих – люди віком від 20 до 39.

2005, липень – міжнародні експерти надають Президенту та Уряду України рекомендації щодо збільшення ефективності боротьби зі СНІДом.

2005, липень – Глобальний Фонд з боротьби з ВІЛ/СНІДом, туберкульозом та малярією у повному обсязі ухвалив другий транш на профілактику та боротьбу зі СНІДом в Україні до 2008 року.

ПИТАННЯ, ЩО НАЙЧАСТІШЕ ЗАДАЮТЬ:

- ПРО ВІЛ/СНІД

Що таке ВІЛ?

ВІЛ – скорочення терміну «вірус імунодефіциту людини». ВІЛ руйнує клітини імунної системи людини, які називаються CD4 або Т-лімфоцитами. Ці клітини життєво необхідні для нормального функціонування імунної системи, яка захищає організм від хвороб. Коли імунна система послаблена ВІЛ, у людини зазвичай з'являються онкологічні захворювання, вірусні, бактеріальні, паразитичні або грибкові інфекції.

Що таке СНІД?

СНІД – це скорочення терміну «синдром набутого імунодефіциту людини». СНІД – це стадія розвитку ВІЛ в організмі, яка починається, коли імунна система ослаблена ВІЛ настільки, що у людини з'являється декілька серйозних інфекційних або онкологічних захворювань. Якщо у людини немає подібних захворювань або онкологічних явищ, але лабораторні тести свідчать про серйозні порушення в імунній системі, людині також ставлять діагноз СНІД.

Як виявляють вірус імунодефіциту?

За будь-якими зовнішніми ознаками неможливо виявити, чи є у людини ВІЛ. Єдиний вірний спосіб з'ясувати, чи людина інфікована – провести тест на антитіла до ВІЛ. Аналіз крові може виявити наявність вірусу. Якщо проба крові містить антитіла до ВІЛ, тобто білки, що виробляються організмом для боротьби з інфекцією – тоді вважається, що людина ВІЛ-інфікована, або ВІЛ-позитивна.

Як передається ВІЛ?

В основному ВІЛ передається через незахищений секс, включаючи вагінальний, анальний та оральний. Як правило, достатню для інфікування кількість ВІЛ містять тілесні рідини, включаючи кров, сперму, піхвові виділення та грудне молоко. Крім того, вірус може передаватися через заражену кров, яка міститься у голках шприців, що використовуються для ін'єкційного споживання наркотиків. ВІЛ-позитивна жінка може передати вірус своїй дитині під час вагітності, пологів або годування грудьми. Передача ВІЛ також можлива через заражену та неперевірену кров під час переливання.

Як ВІЛ не передається?

ВІЛ не занадто легко передається від однієї людини до іншої, тому що поза організмом людини вірус практично не виживає. Тому він не може передатися через побутові або соціальні контакти, наприклад, через потискання рук або обійми. Піт, слюзи, блювотні маси, фекалії та сеча дійсно містять невелику кількість вірусу ВІЛ, проте не було зареєстровано жодного випадку інфікування саме через ці рідини. Комарі та інші комахи також не переносять ВІЛ.

Як можна запобігти передачі ВІЛ?

Найефективніший спосіб запобігти інфікуванню ВІЛ – це повністю уникати ризикованої поведінки. Якщо це неможливо, то значно знизити ризик інфікування ВІЛ можуть латексні презервативи. Ефективним способом запобігання передачі вірусу дітям від ВІЛ-інфікованих матерів є АРВ-терапія. З метою профілактики ВІЛ/СНІДу люди, що споживають ін'єкційні наркотики, не повинні використовувати спільні шприци та голки; допомогу в цьому їм надають різноманітні програми обміну шприців.

Скільки часу необхідно, щоб ВІЛ перейшов у СНІД?

Тривалість переходу ВІЛ у СНІД у кожної людини є індивідуальною та зазвичай залежить від доступності лікування. Загалом, для людини, яка отримує лікування проти ВІЛ, період, протягом якого ВІЛ переходить у СНІД, може розтягнутися на десять й більше років. UNAIDS вважає, що в країнах, де доступність до АРВ-терапії низька, або зовсім відсутня, проміжок часу переходу ВІЛ у СНІД складає приблизно від 8 до 10 років.

В чому полягає зв'язок між ВІЛ/СНІДом та туберкульозом?

ВІЛ послаблює імунну систему та збільшує ймовірність інфікування ТБ. Приблизно одна третина ВІЛ-позитивних людей в усьому світі також інфіковані ТБ, а туберкульоз є однією з головних причин смерті серед людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом.

В чому полягає зв'язок між ВІЛ та захворюваннями, що передаються статевим шляхом (ЗППШ)?

Людина, яка має ЗППШ більш вразлива до інфікування ВІЛ. Наприклад, виразки на геніталіях, викликані вірусом герпесу, створюють зручні входні ворота для ВІЛ. Внаслідок ЗППШ в області геніталій створюється скупчення клітин, які стають мішенню для ВІЛ. До того ж, у ВІЛ-інфікованих людей ризик захворіти ЗППШ набагато вищий, ніж у інших. Їхня імунна система послаблена, і тому організму набагато складніше боротися з інфекціями.

Чи виліковується ВІЛ?

На даний час ВІЛ не виліковується. Існують медичні препарати, які уповільнюють розвиток ВІЛ і зниження імунітету. Також існують ліки, що лікують або попереджають деякі хвороби, асоційовані зі СНІДом. Зараз дослідники тестують декілька можливих вакцин, але, найвірогідніше, для створення вакцини, яка успішно попереджатиме ВІЛ, знадобиться ще багато років.

Скільки людей мають ВІЛ/СНІД на даний момент?

За оцінками Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (UNAIDS), в світі існує 40,3 мільйони людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом. Міжнародні фахівці очікують, що без належної програми профілактики до 2010 року кількість нових випадків ВІЛ/СНІДу у світі сягне 45 мільйонів.

Які статистичні дані з ВІЛ/СНІД є найбільш надійними?

На сайті www.unaids.org UNAIDS пропонує найбільш достовірну та вичерпну статистичну інформацію щодо глобальної епідемії. Статистичні дані збираються за допомогою експертів на рівні держав та міжнародних фахівців-епідеміологів і відрізняються за способом підрахунку та повнотою наданої інформації. Детальніше про це ви зможете дізнатися далі в розділі питань, що часто задають при висвітленні проблеми ВІЛ/СНІДу.

Що означають терміни ендемія, епідемія та пандемія?

Ендемія – постійне існування хвороби або інфекції в межах певного географічного району. Епідемія – це швидке розповсюдження хвороби в певній області або серед певної частини населення. Пандемія – це глобальна епідемія, яка охоплює широку географічну зону та впливає на значну частину народонаселення земної кулі.

Що таке АРВ?

АРВ – це скорочення від антиретровірусний. Цей тип ліків призначений уповільнювати розвиток ВІЛ в організмі людини. Якщо лікування за допомогою АРВ-препаратів ефективне, можна на довгі роки відтягнути початок СНІДу. Рекомендується приймати комбінацію з декількох АРВ-препаратів. Докладнішу інформацію про конкретні препарати ви зможете знайти в глосарії ліків.

Що таке ВААРТ?

ВААРТ – це скорочення терміну високоактивна антиретровірусна терапія. Це комбінація мінімум з трьох АРВ-препаратів, що незшкоджують різні частини ВІЛ або перешкоджають потраплянню вірусу в клітини крові. Однак навіть у людей, які добре піддаються лікуванню ВААРТ, ця терапія не виліковує ВІЛ повністю. Вірус продовжує розмножуватися в організмі, проте розвиток хвороби значно уповільнюється.

Що таке резистентність до лікування?

Резистентність до лікування – це здатність хвороботворного організму (наприклад вірусу, бактерії, паразита, або гриба) адаптуватися, рости та розмножуватися навіть при застосуванні ліків, що зазвичай їх вбивають. Резистентність знижує спроможність АРВ терапії блокувати розмноження ВІЛ. У деяких людей, які приймають ВААРТ, ВІЛ мутує, внаслідок чого з'являються нові штами вірусу, дуже стійкі до існуючих ліків.

Що таке АВС?

«АВС» – це скорочення від “Abstain, Be faithful, use Condoms”, що в перекладі з англійської означає «утримуйся (від сексуального життя), будь вірним, використовуй презервативи». АВС – це підхід до профілактики ВІЛ, згідно з яким необхідно змінити поведінку людини відповідно до трьох вищезгаданих принципів. Деякі організації та уряди популяризують підхід АВС як основний для запобігання розповсюдженню епідемії ВІЛ/СНІДу.

Що таке Глобальний Фонд?

Глобальний Фонд (ГФ) з боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією був заснований у 2001 році за ініціативою Генерального Секретаря ООН Кофі Анана. Глобальний Фонд – це партнерство між урядами, приватним сектором та спільнотами, яких торкнулась епідемія СНІДу, незалежна ґрантодавча організація, мета якої – допомогти країнам, що розвиваються, боротися зі СНІДом, туберкульозом та малярією.

Що таке «3х5»?

Ініціатива «3х5» («Три до п'яти») – це кампанія, розпочата у 2003 році Всесвітньою організацією охорони здоров'я та UNAIDS, діяльність якої спрямована на країни, що розвиваються. Спочатку метою кампанії було надання антиретровірусної терапії трьом мільйонам ВІЛ-інфікованих людей до кінця 2005 року. Незважаючи на те, що кампанія «3х5» збільшила кількість людей, що отримують АРВ-терапію, більш ніж удвічі з 400 000 у 2003 році до понад 1 мільйона у червні 2005 року, представники ВООЗ заявили, що поставленої мети – 3 мільйонів осіб досягти не вдасться. Із 6 мільйонів людей, що потребують АРВ-терапії на сьогоднішній день, лише 8% мають доступ до лікування.

Що таке потенціал засвоєння?

В контексті глобальної епідемії термін «потенціал засвоєння» використовується для позначення здатності країни, що розвивається, до ефективного використання грошей, що були надані іноземними організаціями в якості допомоги. Зважаючи на обмежені можливості систем охорони здоров'я в країнах, що розвиваються, їм досить складно організовувати, розподіляти та контролювати зовнішню допомогу, особливо через те, що багато таких країн отримують допомогу від декількох донорів, кожен з яких має свої особливі вимоги та стандарти.

ПИТАННЯ, ЩО НАЙЧАСТІШЕ ЗАДАЮТЬ: - ПРИ ВИСВІТЛЕННІ ТЕМИ ВІЛ/СНІДУ

Чи насправді існує різниця між тим, щоб написати, що людина має СНІД та тим, що вона ВІЛ-позитивна?

Так, різниця існує. «ВІЛ-позитивний» означає, що людина інфікована вірусом. Цілком ймовірно, що ВІЛ-позитивна людина не має будь-яких симптомів хвороби, або що ВІЛ не перейшов у стадію СНІДу. З іншого боку, імунна система людини, хворої на СНІД, дуже слабка; у неї можуть бути серйозні опортуністичні захворювання. Тому краще бути точним щодо назви стадії розвитку хвороби.

Куди звертатися за найбільш надійною статистикою з епідемії ВІЛ/СНІДу?

З приводу статистики з епідемії ВІЛ/СНІДу ведуться спори та існує велика кількість суперечливих даних. Досить складно відшукати значимі і релевантні статистичні дані через методологічні складнощі при оцінці розрахункових та реальних чисел. Перед тим, як використовувати статистику у своєму репортажі, переконайтеся, що розумієте значення цих даних; хто, як та протягом якого часу їх збирав. Якщо знайдете суперечливі дані, поверніться до джерела інформації, та з'ясуйте, звідки і чому виникли ці протиріччя. У пошуках статистичної інформації, перш за все, зверніться до сайтів UNAIDS, Центрів контролю та профілактики захворювань США (CDC) або до Міністерства охорони здоров'я України.

Наскільки важлива конфіденційність при висвітленні теми ВІЛ/СНІД?

Не можна відкривати особу людини, яка живе з ВІЛ/СНІДом, без чітко висловленої згоди людини на це. В багатьох країнах людину, яку ідентифікували як ВІЛ-позитивну або хвору на СНІД, стигматизуватимуть та цуратимуться – вдома, у громаді, на роботі. Якщо людина погодиться, щоб її ідентифікували, обов'язок журналіста – довести до відома цієї людини можливі наслідки такого рішення.

У полоні яких стереотипів може перебувати журналіст, який пише про ВІЛ/СНІД?

Люди, які живуть з ВІЛ/СНІДом, дуже різні, і репортаж повинен це відображувати. Звичайно, мета журналіста – бути об'єктивним та спиратися на факти. За будь-яких умов не виносьте оціночних суджень. Один з типових стереотипів стосується того, як саме людина була інфікована. Звичайно, що ризикована поведінка (наприклад, незахищений секс, секс з багатьма партнерами, споживання ін'єкційних наркотиків) є фактором ризику. Але разом з тим існує також широкий спектр інших факторів, включаючи соціальні та економічні умови, які можуть обумовлювати вразливість до ВІЛ. Інший стереотип – це думка, що якщо людина належить до групи людей з вразливою поведінкою, то вона обов'язково інфікується. Це не завжди так. Наприклад, багато чоловіків, які мають секс з чоловіками, практикують безпечний секс і підтримують моногамні стосунки. Тому вони ризикують не більше, ніж представники загальної популяції.

Які слова в контексті ВІЛ/СНІДу необхідно використовувати обережно?

Перегляньте список слів, наданий нижче. В цілому, не використовуйте некоректні слова, що «навішують ярлики» на людей з ВІЛ/СНІДом, народжують та підтримують міфи про це захворювання або несуть оціночні судження. Не використовуйте термінологію, яку загальній аудиторії буде важко зрозуміти. Це особливо важливо для репортажів з медичної тематики. Ціль – бути точним, але не користуватись настільки складною мовою, що аудиторія не зрозуміє, про що саме ваш репортаж.

Які складнощі підстерігають при висвітленні теми лікування ВІЛ/СНІДу?

Лікування ВІЛ/СНІДу – складна галузь, в якій існує велика кількість лікарських засобів – деякі з них націлені саме на вірус імунодефіциту, у той час як інші лікують симптоми та хвороби, викликані присутністю ВІЛ в організмі. Проте ані перша, ані друга група ліків не знищують ВІЛ/СНІД повністю. Дуже легко сплутати лікарські засоби, що виліковують хвороби, спричинені ВІЛ-інфекцією, із засобами, що стримують розвиток ВІЛ в організмі. Також легко, але абсолютно некоректно було б описувати лікарські засоби,

які гальмують розвиток вірусу, як ліки, що виліковують ВІЛ/СНІД. Пам'ятайте – ліків, які назавжди знищують вірус та виліковують ВІЛ/СНІД на даний момент не існує. Зараз, аби знайти спосіб вилікувати ВІЛ, проводяться клінічні випробування людської вакцини.

Чому неправильно говорити, що хтось помер від СНІДу?

СНІД – це синдром, в який входить досить велика кількість інфекційних та онкологічних захворювань. Немає єдиної окремої хвороби під назвою СНІД. Коли людина з діагнозом СНІД помирає, з медичної точки зору більш коректно буде написати, що пан Х помер від “СНІД-асоційованої/ВІЛ-асоційованої хвороби”, або “від хвороб, пов’язаних зі СНІДом”.

Чому показники ВІЛ у східній та південній Україні є вищими порівняно з іншими регіонами України?

Місцеві експерти вказують, що свою роль у цьому відіграє ціла низка факторів, і виділяють серед них дві найважливіші причини. Схід та південь України – це регіони з потужною промисловою базою та розвинутою системою портів, що історично обумовило більш високий рівень міграції – люди є менш прив’язаними до місця проживання. Мігрують люди, а з ними і хвороби. Іншим фактором є релігія. На думку експертів, глибокі релігійні і общинні корені, характерні для Західної України, зокрема у сільській місцевості, мають тенденцію впливати на становлення звичаїв сексуальної поведінки. Утриманню від сексу і добропорядній поведінці у шлюбі часто сприяє релігійна етика, що її викладають у багатьох школах і церквах. Водночас спеціалісти попереджають, що велика кількість українських заробітчани-різноробочих у європейських країнах також може підвищити рівень розповсюдження ВІЛ/СНІДу в Західній Україні. Можна очікувати поширення ВІЛ/СНІДу через те, що чоловік і дружина опиняються по різні боки кордону та мають сексуальні стосунки поза шлюбом.

Чи є ВІЛ/СНІД є загрозою для нації?

У липні 2000 р. Рада Безпеки ООН прийняла Резолюцію №1308, за якою пандемія ВІЛ/СНІДу визначається як загроза безпеці в усьому світі. З того часу точиться широка дискусія відносно того, чи є зв’язок між загрозою для безпеки в усьому світі та загрозою для національної безпеки. Лорі Гарретт у своїй доповіді, опублікованій у липні 2005 р. Радою з міжнародних відносин під назвою „ВІЛ і національна безпека: чи існує зв’язок?“, зазначає, що масштаб наявної пандемії можна порівняти лише з двома історичними подіями: так званім «іспанським» грипом, що упродовж 1918-1919 рр. забрав 50 млн. життів по всьому світу, і Чорною смертю – епідемією чуми, що у чотирнадцятому столітті протягом 18 місяців винищила третину населення Європи.

Деякі країни зі значними показниками ВІЛ «навіть і не намагалися досягнути економічні, соціальні і військові наслідки, вплив епідемії на соціальну стабільність», зазначила на прес-конференції пані Гарретт. За її словами, «в Росії, наприклад, ...СНІД поки що не спричинив масштабної смертності. Відповідно, наразі ще не усвідомлюється реальний вплив, який може мати епідемія для Росії, України та країн Балтії, де швидкість її поширення останнім часом була найбільшою».

Джерела:

http://www.cfr.org/content/publications/attachments/HIV_National_Security.pdf#search='hiv%20and%20national%20security/.

<http://usunrome.usembassy.it/UNISSUES/HIV/docs/a5072106.htm/>

РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ЖУРНАЛІСТІВ

Підготовка матеріалів з ВІЛ/СНІДу: робота з джерелами та журналістська етика

Розпочинаючи досліджувати тему ВІЛ/СНІДу, по-перше, якомога більше прочитайте про цю проблему. Секція «Ресурси» в цьому посібнику надає список рекомендованих веб-сайтів з міжнародною інформацією та даними, пов'язаними з Україною. Це не повний список, але за його допомогою можна отримати загальне уявлення про те, що зараз відбувається у світі та окремо у кожному регіоні.

В Україні ефективний спосіб дізнатися про те, що відбувається у будь-якій спільноті – це звернутися до місцевої недержавної організації (НДО). Міжнародний Альянс зі СНІДу (www.aidsalliance.kiev.ua/ru/library/our/aidsdirectory/pdf/aidsdir3.pdf) має список організацій, що працюють у сфері ВІЛ/СНІДу в кожному регіоні України. Багато людей, які працюють у НДО, є провідними спеціалістами із зменшення шкоди. Вони знають про всі тенденції та проблеми, асоційовані з розповсюдженням та профілактикою ВІЛ/СНІДу в своїй спільноті. Аутріч-працівники постійно підтримують контакт з людьми, які входять до так званих «найбільш уразливих спільнот», тому вони краще за інших можуть допомогти журналісту у налагодженні контакту з цими людьми. Дехто з аутріч-працівників самі є наркозалежними, які одужують, та знайомі з широким колом проблем, що виникають перед наркозалежними та алкоголіками, такими як втрата роботи, утиски з боку міліції, соціальна дискримінація та стигма.

У інтерв'юванні людей, які належать до найбільш уразливих спільнот, дуже важливими факторами є час, терплячість та повага. Люди не будуть відкриватися вам просто так; до кожної людини потрібно знайти особливий підхід. Можливо вам буде необхідно приходити декілька разів, аж доки людина розповість вам про своє життя. Дуже важливо не засуджувати людину, адже існують вагомі причини, чому люди починають приймати наркотики, алкоголь, або працювати у секс-бізнесі. Намагайтесь знайти щось спільне з людиною з так званої спільноти підвищеного ризику. Може статися так, що вам буде необхідно розказати цій людині про своє життя, щоб завоювати її довіру; не бійтеся це робити, звичайно у розумних межах. Пам'ятайте, що ризикують саме ті люди, у яких ви берете інтерв'ю, а не навпаки.

Кожен журналіст повинен вирішити для себе, на що він готовий піти, щоб увійти в довіру. Наприклад, якщо споживач наркотиків готовий дозволити вам побачити, як він колотиметься, сам репортер мусить вирішити, наскільки це для нього доречно. Такі моменти необхідно обговорювати з редактором до початку інтерв'ювання.

Під час інтерв'ювання споживачів наркотиків переконайтеся, що вони не знаходяться під дією наркотичних речовин, або, якщо це так, переконайтеся, що інтерв'ю можна продовжувати. Знову ж таки, аутріч-працівники краще зможуть допомогти вам у визначенні цього питання. Якщо ставитися з повагою та розумінням, багато споживачів наркотиків є відкритими до дуже широкого кола питань, включаючи питання про сексуальне життя. Те ж саме можна сказати й про працівників/працівниць комерційного сексу.

Гомосексуальна спільнота: у певному сенсі знаходження підходу до цієї спільноти є найскладнішим завданням, тому що вона залишається закритою, навіть для аутріч-робітників-гомосексуалістів. Як і в попередніх випадках, тут дуже важливі час та терплячість. Один зі шляхів знаходження підходу до цієї групи – це, по-перше, познайомитись з гомосексуальним аутріч-працівником, який може обговорювати певні питання у своїй спільноті, а потім рухатися далі. Прислухайтеся до пропозицій.

При інтерв'юванні людей з так званих «груп підвищеного ризику», дуже важливим є питання особистої безпеки самого журналіста. Не проводьте інтерв'ю наодинці із респондентом. Слідкуйте за тим, чи не з'явилась агресія. І в цьому випадку також саме аутріч-працівники найкращим чином зможуть допомогти вам розрядити небезпечну агресивну ситуацію.

З якими труднощами стикаються аустріч-працівники?

Небезпека: Аустріч-працівники зазвичай працюють пізно вночі, дуже часто у сумнівних частинах міста, та, через обмежене фінансування, часто змушені повертатися додому на самоті. Наприклад, в Одесі аустріч-працівницю пограбували та жорстоко побили, коли вона поверталася додому. Медичні працівники швидкої допомоги не зв'язалися з її начальством, не надали їй необхідну медичну допомогу, і в результаті вона пролежала у лікарні три дні, доки її не знайшла НДО, у якій вона працювала, після того як жінка не вийшла на роботу. Ця аустріч-працівниця отримала сильні фізичні пошкодження.

Порушення анонімності: Дехто з аустріч-працівників, які потребували медичної допомоги, самі були ВІЛ-позитивними. Медичний персонал порушив їх анонімність, яка є законодавчо захищеною, розповівши іншим людям в лікарні про їхній статус. В одному з випадків аустріч-працівниця була госпіталізована в Одесі, а потім її медичні дані були переслані її лікарю у маленькому містечку. Коли вона повернулася додому, усе місто вже знало про її позитивний статус.

Близькість до наркотиків: Багато аустріч-працівників, що працюють із споживачами наркотичних речовин, є наркоманами, що одужують від наркозалежності (ми використовуємо термін «наркоман, що одужує» тому, що навіть ті індивіди, які не використовують наркотиків вже багато років, говорять, що вони є наркоманами, але такими, що не вживають наркотиків). Аустріч-працівників оточують наркотики та споживачі наркотиків, з деякими з котрих вони знайомі вже багато років, що робить досить значною спокусу й самому вжити наркотичну речовину. Тим не менш, вони займаються цією роботою, через те, що відчують, що дуже важливо знизити рівень захворюваності на ВІЛ/СНІД в Україні. Багато аустріч-працівників говорять, що у цій роботі вони знайшли своє покликання.

Психологічний тиск: Аустріч-робота – нелегка справа. Часто виникають конфлікти з тими самими людьми, яким аустріч-працівники намагаються допомогти. Клієнти можуть «зірватися» на працівників, що спричинить напружену ситуацію.

Проблеми з міліцією: Траплялися ситуації, коли міліція заарештовувала аустріч-працівників при проведенні рейдів на секс-робітників та споживачів наркотиків, навіть коли у них були документи, які ідентифікували їх як аустріч-працівників. Хоча врешті-решт їх відпускали з-під варти, такий досвід може бути дуже принизливим та призводити до конфліктів з міліціонерами.

Медичні працівники: Занадто часто медична спільнота була першою, хто підривав роботу аустріч-працівників. У деяких випадках ВІЛ-позитивні аустріч-працівники, яким було необхідне медичне лікування, були змушені оплачувати ці ліки, навіть тоді, коли вони мали отримувати їх безплатно.

Де можна знайти точні статистичні дані?

Це досить складна задача. Єдині статистичні дані, які можна вважати точними, – це кількість людей, які входять в урядові списки тих, хто вже отримує або потребує АРВ-терапії. Точно невідомо, скільки людей в Україні є ВІЛ-позитивними. Можливо лише зробити припущення на основі статистики, що відслідковує, скільки індивідів пройшло тестування і скільки з них виявилось ВІЛ-позитивними. Проте не всі з цих людей потрапляють в урядовий список тих, хто потребує лікування. Людина може знати про свій ВІЛ-позитивний статус, але вирішити не звертатися за лікуванням через проблеми з отриманням ліків. Також важливо зрозуміти, що інколи людина може підозрювати, що вона ВІЛ-інфікована, але вирішує не проходити тестування.

Якої журналістської етики має дотримуватися журналіст:

Етичні принципи, розроблені провідними південноафриканськими журналістами, є ефективним інструментом у висвітленні теми ВІЛ/СНІДу. Деякі принципи відносяться до південноафриканської специфіки, але загалом вони торкаються багатьох аспектів, які повинні усвідомлювати українські журналісти.

Ці керівні етичні принципи можна знайти на сайті www.GlobalHealthReporting.org у секції Інструменти створення репортажів (Reporting Tools), або перейшовши за посиланням (<http://www.journalism.co.za/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=1774>).

Існує ще декілька моментів, на які слід звернути увагу під час висвітлення теми ВІЛ/СНІДу.

Використання імен: Деякі люди погодяться назвати своє ім'я для використання у публікації або в ефірі. Проте більшість не захоче цього робити через побоювання негативних наслідків. Не намагайтесь переконати людину змінити її думку. В українському суспільстві ВІЛ-позитивні люди стикаються з сильною стигматизацією та неприйняттям. Замість цього, запропонуйте використати псевдонім, а в матеріалі чітко зазначте, що це не є дійсним ім'ям людини. Надавайте інформацію таким чином, щоб було складно ідентифікувати людину, наприклад, «продавець наркотиків у Донецьку», «двадцятирічна працівниця комерційного сексу з Одеси».

Діти: Ця група є найбільш уразливою в суспільстві та в контексті висвітлення теми ВІЛ/СНІДу. Багато дітей є надто молодими, щоб знати про свій позитивний статус. У випадку спілкування з більш дорослими дітьми розкривати позитивний ВІЛ-статус дитині не є задачею репортера. Будьте обережними, коли задаватимете питання, особливо такі, що стосуються теми здоров'я. Не робіть будь-яких коментарів про ВІЛ/СНІД, коли їх можуть почути діти. Взагалі, краще, щоб репортера супроводжував працівник притулку або лікарні, коли той відвідуватиме ці заклади. Медичний персонал може багато в чому допомогти, а також часто має особливий емоційний зв'язок із дітьми.

Дозволи: Переконайтеся, що ви маєте усі необхідні дозволи для відвідання дитячих притулків, лікарень, або спеціалізованих клінік з ВІЛ/СНІДу. У випадку, коли ви розмовлятимете з ВІЛ-позитивною людиною у лікарні, переконайтеся, що медичний персонал знає, що ця людина погодилася, щоб у неї брали інтерв'ю. Це необхідно на всякий випадок, якщо пізніше виникнуть будь-які непорозуміння. Будьте чутливими, коли розмовляєте з людьми в умовах лікарень. Не всі люди, що знаходяться у лікарні, захочуть слухати, як хтось на сусідньому ліжку дає інтерв'ю.

Порушення закону: Чи варто репортеру порушувати закон задля того, щоб написати більш повний репортаж? (Наприклад одне з питань, що висвітлювалось – це легкість, з якою в аптеках підлітки купують ліки, що мають відпускатися тільки за рецептом, щоб отримати кайф. Чи мусить репортер у цьому випадку експериментувати та намагатися придбати наркотики, щоб побачити, наскільки легко їх купувати?) Це питання слід обговорити з редактором до того, як розпочинати інтерв'ю.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ВИСВІТЛЕННЯ ТЕМИ ВІЛ/СНІДУ

ВАМ НЕОБХІДНО:

- Мати базове розуміння того, чим є ВІЛ та СНІД перед тим, як ви залишаєте редакцію;
- Мати чітке уявлення щодо того, яке місце займатиме отримана вами інформація у матеріалі, який ви плануєте написати;
- Мати чітке розуміння наслідків публічного впізнання для ВІЛ-позитивної особи, в якій ви берете інтерв'ю;
- Приділити достатню кількість часу особі, в якій ви берете інтерв'ю, щоб вона почувала себе комфортно, захищено та впевнено щодо тієї інформації, якою вона ділиться;
- Обговорити зі своїм редактором потенційну необхідність захисту відомостей про особу та визначити, як це впливатиме на ваш матеріал, і чи приховування особи в тіні не спричинить стигматизацію тих, хто має ВІЛ/СНІД;
- Особливо поважати дитячі права на приватність та конфіденційність та ретельно розробити базові засади подання інформації щодо дітей з їх законними представниками та редактором;
- Проявляти обережність в зйомках та інтерв'юванні осіб, що вмирають, та отримати згоду вмираючої людини – якщо можливо – або членів родини та інших законних представників;
- Заздалегідь отримати від представників влади всі необхідні дозволи для фото і відео зйомок в таких закладах як лікарні, поліклініки або дитячі будинки;
- З'ясувати мотивацію особи, що погоджується на розмову, з метою визначити, чи очікує вона винагороду по закінченні інтерв'ю;
- Бути дуже обережними, коли повідомляєте статистичні дані щодо ВІЛ/СНІДу, які можуть бути заплутаними, застарілими або необ'єктивними;
- Розвивати мережу надійних контактів серед спільноти людей з ВІЛ/СНІДом, які можуть служити джерелом ідей для матеріалів та надійної статистики;
- Проявляти мовну чутливість під час подання інформації щодо ВІЛ/СНІДу та уникати вживання дискримінуючої лексики;
- Зберігати баланс в матеріалі щодо всіх сторін конкретного обговорення;
- Надати подальші ресурси для глядача/читача, щоб він у разі потреби міг отримати інформацію або допомогу.

ВАМ НЕ СЛІД:

- Одразу підходити до ВІЛ-позитивної людини з мікрофоном без її згоди. Дайте їй можливість зважити наслідки публічного впізнання.
- Очікувати, що ваш матеріал про ВІЛ/СНІД буде зроблений швидко або без попереднього осмислення та детальних консультацій з усіма, хто має відношення до нього;
- Потрапляти в пастку культурних упереджень та використовувати мову, що спричиняє стереотипізацію та дискримінацію;
- В вашому матеріалі не слід уникати обговорення сексуальних та культурних практик, оскільки вони зазвичай є критичними для розуміння поширення ВІЛ серед населення та ставлення суспільства до тих, хто має ВІЛ;
- Допускати осуду людей, яких ви опитуєте;
- Примушувати того, хто дає інтерв'ю, розкривати, як він чи вона інфікувалися;
- Ставити себе та свою команду у небезпечні ситуації, не розуміючи наслідків та не маючи запасного плану на випадок потреби;
- Йти на потенційно небезпечну зустріч одному, хіба що, якщо ви попередили кого-небудь зі знайомих/колег про неї або про те, коли очікувано зв'яжетеся з ними;
- Вводити будь-кого в оману щодо того, що інтерв'ю оплачується;
- Коментувати СНІД та його наслідки в присутності дітей, допоки ви не впевнені, що їм про це відомо;
- Звертатися до звичних кліше в поданні матеріалу про СНІД, оскільки це буде нудно для аудиторії та обмежить вашу здатність подати матеріал в новому світлі;
- Приймати заяви про медичні та наукові інновації без надзвичайно ретельної перевірки інформації, що включає отримання цих відомостей з надійних та перевірених джерел;
- Зосереджуватися в поданні вашого матеріалу або звертати надмірну увагу на ліки та лікування, яке не є широко доступним для середньостатистичного глядача/читача.

НЕ РЕКОМЕНДОВАНІ ВИРАЗИ

Наступна таблиця містить вирази, з якими треба бути обережним, пишучи про ВІЛ/СНІД. Таблиця допоможе зрозуміти основні складнощі висвітлювання теми ВІЛ. В деяких випадках ви зможете використати альтернативне слово або вираз. В інших – вам все-таки доведеться використати спірні слова або вирази. Важливо розуміти, які складнощі та наслідки можуть супроводжувати використання цих термінів.

НЕ РЕКОМЕНДОВАНІ ВИРАЗИ	ПРИЧИНА	АЛЬТЕРНАТИВИ
Носій ВІЛ/СНІД	Це – стигматизуючий термін, який представляє людину виключно як носія хвороби. Більш важливо підкреслити, що ВІЛ/СНІД – це хвороба, яку можна контролювати, з якою можна жити, аніж фокусувати усю увагу на хворобливому статусі людини.	ВІЛ-позитивний, людина/ чоловік/жінка, яка живе з ВІЛ.
Сирота СНІДу	Цей термін може стигматизувати дитину. Крім того його можна переплутати із описом стану здоров'я дитини і вирішити, що дитина ВІЛ-позитивна. Дитина може і не бути ВІЛ-позитивною, але все-таки втратити одного чи обох батьків через ВІЛ.	Сироти Діти, життя яких торкнувся ВІЛ/СНІД
Жертви СНІДу Постраждали від СНІДу	Ці слова викликають уявлення про безпорадність та слабкість цих людей.	Люди, які живуть з ВІЛ/СНІДом
Аналіз на СНІД	Тест з'ясовує присутність антитіл до ВІЛ; таким чином він виявляє ВІЛ, а не СНІД. Стадія СНІДу – це остання стадія розвитку ВІЛ в організмі людини.	Тест на (антитіла до) ВІЛ
Вірус СНІДу	Правильна назва вірусу - ВІЛ. СНІД – це синдром, викликаний ВІЛ.	ВІЛ або вірус, що спричиняє СНІД
Тілесні рідини	Цей вираз є занадто широким та може включати багато тілесних рідин, деякі з котрих не переносять ВІЛ. Завжди краще уточнювати, що саме ви маєте на увазі.	Уточніть, яка саме тілесна рідина (наприклад, кров)
«Підчепити СНІД»	Спочатку ВІЛ передається, (наприклад статевим шляхом, через кров, від матері до дитини), а тільки потім він призводить до розвитку СНІДу. На відміну від «заразних» хвороб, ВІЛ неможливо «підчепити». <i>Пояснення:</i> ВІЛ не є «заразною» хворобою, адже він не передається через повсякденний контакт (наприклад, при кашлянні, чиханні, через слину)	Інфікуватися ВІЛ Стати ВІЛ-позитивним

«Помер від СНІДу»	Хоча цей вираз використовують дуже часто, СНІД – це синдром, в який можуть входити багато захворювань. ВІЛ поступово ослаблює імунну систему та призводить до одного або декількох захворювань (опортуністичних хвороб), які означають початок СНІДу. Саме ці хвороби і призводять з часом до смерті.	«Помер від СНІД-асоційованої хвороби» «Помер від хвороб, пов'язаних зі СНІДом» або «від хвороби, викликаної ВІЛ/СНІДом».
Ліки від ВІЛ/СНІДу	Цей вираз можуть зрозуміти так, що є ліки, які <i>виліковують</i> ВІЛ/СНІД. Важливо уточнювати, що, хоча існують медичні засоби, які лікують симптоми, попереджають та лікують опортуністичні інфекції та уповільнюють розвиток ВІЛ в організмі, жодний з них не здатен назавжди знищити вірус ВІЛ в організмі людини.	Лікування проти ВІЛ, АРВ-терапія Медичні засоби/ліки для попередження та лікування опортуністичних інфекцій (OI)
Гей/ гомосексуал/ бісексуал	Ці терміни, особливо гей та бісексуал, відносяться до ідентичності людини, яка може і не бути пов'язаною з поведінкою. В багатьох країнах та культурах, чоловіки, що мають секс з чоловіками, не сприймають себе як геїв, бісексуалів або гомосексуалістів. Важливо відрізнити поведінку (яка може призвести до підвищення особистого ризику інфікування або подальшої передачі ВІЛ) від сексуальної ідентичності, особливо, коли це стосується питання передачі ВІЛ.	Чоловіки, що мають секс з чоловіками (ЧСЧ)
ВІЛ та СНІД ВІЛ або СНІД	Це не дві окремі хвороби. Це різні стадії розвитку ВІЛ.	ВІЛ/СНІД
ВІЛ-інфікована людина	Краще вживати термін «ВІЛ-позитивний» ніж «ВІЛ-інфікований», адже другий більше уваги приділяє хворобі, а не людині, яка з нею живе.	Людина, яка живе з ВІЛ ВІЛ-позитивна людина
Вірус ВІЛ	Це – тавтологія. Термін ВІЛ означає «вірус імунодефіциту людини» і, таким чином, скорочення ВІЛ вже містить слово «вірус».	ВІЛ
Невинний/ винний (наприклад, невинна жертва)	Це може викликати почуття, що деякі шляхи передачі гірші за інші, і що деякі ВІЛ-позитивні люди винні та заслуговують на свій статус. Потрібно усвідомити, що ВІЛ – це не покарання за якусь вину, а хвороба, адже ми не кажемо, що людина є «винною» в тому, що захворіла, скажімо, на грип.	Краще уникати слів «невинний» чи «винний»

Легкодоступний, нерозбірливий у зв'язках	Це - ярлик, що базується на <i>сприйнятті</i> поведінки людини. Він надає негативну конотацію поведінці людини, яка може виглядати певним чином, мати, або вважатися такою, що має більш одного сексуального партнера; ці терміни неправильно відображають соціальний контекст передачі ВІЛ. Наприклад, у людини можуть бути полігамні шлюбні відносини, що є соціально та релігійно прийнятним в багатьох культурах. Важливо не використовувати мову, яка оцінює та засуджує поведінку інших людей або яка базується на стереотипах чи невірному сприйнятті того, що відбувається.	Слід уникати цього оцінювального терміну
Повія	Це слово має негативну конотацію. Воно не повністю та некоректно відображує ситуацію, наприклад, коли жінка змушена обмінювати секс за гроші або їжу через гендерну нерівність та відсутність альтернативних способів заробити на життя.	Працівник комерційного сексу
Група ризику	Словосполучення «група ризику» може бути сприйнятим так, нібито тільки певні люди мають ризик інфікуватися ВІЛ. Особи, які не входять до так званих «груп ризику», можуть отримати хибне відчуття невразливості до інфекції. До того ж людина з «групи ризику» може не практикувати ризиковану поведінку. Наприклад споживач ін'єкційних наркотиків, який не використовує спільних шприців з іншими СН, а завжди користується індивідуальним одноразовим шприцом.	Ризикована поведінка
Безпечний секс	Завжди існує ризик передачі ВІЛ під час сексу з ВІЛ-позитивним партнером. Тому говорити можна лише про захищений секс.	Захищений секс
Чума, зараза, жаклива хвороба	Ці слова занадто драматичні та, на жаль, використовувались у ЗМІ занадто часто. Слід пам'ятати, що шляхи передачі ВІЛ значно відрізняються від шляхів передачі тієї ж чуми, так само як і інтенсивність розповсюдження. Вони також мають конотацію оцінки, тому краще їх замінити менш драматичними термінами, наприклад, медичними.	Захворювання, епідемія, хвороба
Жертва, страждаєць	Ці слова натякають на пасивність та безпорадність.	Не використовуйте ці слова
Людину підозрюють у тому, що у неї ВІЛ. або Людина зізналася, що у неї ВІЛ.	Ці вирази можуть спровокувати стигматизацію через те, що натякають на секретність та мають звинувачувальну конотацію.	Не використовуйте ці вирази

ВРАГ НА ПЕРСПЕКТИВУ

*Епидемия ВИЧ/СПИДа угрожает будущему Украины***Наталія А. ФЕДУЩАК (США)**

Одесса. Тринадцать женщин лежат в тесноте в душной комнате, их больничные койки сдвинуты вместе. Все они ВИЧ-позитивны. Некоторые дружески болтают, время от времени подавляя смех. Другие устремили свой взгляд на грязную, выцветшую синюю стену. Одна или две женщины лежат, раскинувшись в позе креста, в то время как капельница подает жидкость в их вены. Каждая из них старается не обращать внимания на молодую женщину, лежащую ближе всех к двери. Ее тело истощено, она стонет и судорожно ловит ртом воздух. Женщина постарше, внешне похожая на нее, берет влажное полотенце и кладет его на лоб молодой. Она покачивается вперед и назад, иногда наклоняясь ниже и шепча что-то на ухо девушке. И вдруг старшая разрыдалась. “Прости меня”, — говорит она, срываясь со стула и выбегая из комнаты...

Разговоры в палате прекращаются...

“Сегодня ночью ее не станет, — со знанием дела шепчет мне одна из пациенток. — Это бывает. За неделю мы теряем одного-двух пациентов”. Я иду в коридор за женщиной, меня тоже переполняет скорбь. “Это моя дочь, — говорит она. Ее глаза красны от слез. — Она умирает от СПИДа”. “Мне так жаль”, — запинаясь, произношу я, не зная, что именно говорить. “Вот как она заразилась, — говорит мать, показывая на свой пах и не имея сил произнести слово “секс”. — Ей 27 лет. Она порядочная девушка. У нее 7-летняя дочь. Что мы теперь будем делать?” Мать вытирает лицо и решительно возвращается в комнату.

На следующий день я снова прихожу в больницу. Кровать той молодой женщины пуста. Как и предсказала ее соседка по палате, девушка умерла той же ночью...

Эта сцена годичной давности в одесской инфекционной больнице по сей день остается яркой в моей памяти. Не только потому, что в тот теплый осенний день я увидела вокруг столько боли, но еще и потому, что будь эта молодая женщина лучше информирована о риске ВИЧ/СПИДа, у ее истории, возможно, было бы совсем другое окончание.

Быстрый рост эпидемии ВИЧ/СПИДа — один из самых насущных социальных, экономических и политических вопросов, стоящих перед Украиной сегодня. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и UNAIDS, подразделение ООН, которое проводит и координирует глобальную деятельность по противостоянию пандемии ВИЧ/СПИДа, подсчитали, что 1,4% украинского населения инфицировано вирусом ВИЧ, что делает Украину одной из двух наиболее пострадавших наций в Европе. Если не принять срочные меры, количество инфицированных может достигнуть 3% всего населения страны в течение следующих 20 лет. “Придет время, когда ситуация взорвется, а эффект взрывной волны будет настолько силен, что уже ничего нельзя будет сделать”, — говорит Том Брюстер, доцент психиатрии Университета Колорадо, который работает с тремя украинскими неправительственными организациями над многолетним исследованием по снижению вреда среди потребителей инъекционных наркотиков. — Весь социум взорвется и разрушится”.

Справедливости ради следует сказать, что усилия, направленные на контроль ВИЧ/СПИДа, в последнее время дают позитивные результаты. Темпы передачи ВИЧ от матери к ребенку постепенно снижаются,

в то время как все большее количество людей, нуждающихся в АРВ-терапии, наконец-то ее получают. Правительство создало Национальный координационный совет Украины (НКСУ) по вопросам профилактики распространения ВИЧ/СПИДа. НКСУ является связующим звеном между государственными органами, национальными и международными неправительственными организациями для координации усилий страны по профилактике ВИЧ/СПИДа. Украинские телевизионные компании начали выпускать в эфир бесплатную социальную рекламу, направленную на профилактику ВИЧ/СПИДа, которая должна повысить уровень осведомленности населения о данном вирусе.

Тем не менее существуют и сложные задачи, которые еще предстоит разрешить. Уровень инфицированности ВИЧ/СПИДом в Украине продолжает расти удручающими темпами. Впервые количество ВИЧ-инфицированных женщин сравнялось с мужчинами. Особенно волнует стремительный рост инфицирования среди украинской молодежи. Широко распространена стигматизация ВИЧ-позитивных людей. В разговорах и интервью по всей стране отмечается всеобщее и слишком опасное заблуждение — вера в то, что ВИЧ/СПИД поражает только потребителей наркотиков и работников секс-бизнеса, а не все общество в целом.

Когда Украина стала независимой 14 лет назад, в стране был один из самых низких уровней инфицированности ВИЧ/СПИДом в Европе. Изначально лидеры страны предприняли несколько важных шагов, чтобы пресечь дальнейшее распространение болезни. Чтобы поощрить гомосексуалов регулярно проходить тестирование на ВИЧ/СПИД, в 1992 году украинский парламент декриминализировал гомосексуальные связи, которые были вне закона со времен Советского Союза. Из-за тенденций, прослеживающихся на Западе, в то время считалось, что гомосексуалы имеют повышенный риск инфицироваться ВИЧ. Правительство, хотя и медленно, но начало проводить информационные кампании в школах и СМИ. Оно создало региональные центры, чтобы обучать и информировать население о заболевании и помогать тем, кто уже инфицирован. В результате в 1990-х Украину в целом считали страной с низким уровнем инфицированности. В 1994 году ВОЗ подсчитала, что во всем государстве было около 1,5 тыс. случаев инфицирования ВИЧ.

Тем не менее годом позже ситуация стала резко меняться. Вирус распространялся стремительно, особенно среди потребителей инъекционных наркотиков, многие из которых были моложе 30 лет. Пропорциональная частота передачи вируса половым путем также выросла — с 11% всех случаев в 1997 году до 28% в 2002 году, сообщает UNAIDS. К 2004 году вместе с Эстонией Украина достигла самого высокого уровня инфицированности ВИЧ среди всех стран бывшего Советского Союза.

Уровень инфицированности подпрыгнул так резко еще и потому, что политические лидеры страны не смогли справиться с несколькими крупными проблемами, подпитывающими эпидемию, в первую очередь с экономическими трудностями. Хотя в Украине несколько лет подряд происходил быстрый экономический рост на макроуровне, на микроуровне развитие было не столь успешным. В Украине по-прежнему широко распространена бедность, так же, как и все социальные проблемы, связанные с ней.

Молодые люди оказались особенно сильно затронуты эпидемией ВИЧ/СПИДа. Около 80% людей, живущих с ВИЧ/СПИДом в Украине, находятся в возрасте от 20 до 39 лет, сообщают «Трансатлантические партнеры против СПИДа» — международная неправительственная организация, которая работает с политиками в Украине и России, чтобы остановить эпидемию ВИЧ/СПИДа. По сравнению с Украиной, в Северной Америке и Европе всего 30% ВИЧ-позитивных людей находятся в возрасте до 30 лет. По данным Организации Объединенных Наций (ООН), подавляющее большинство потребителей наркотиков в Украине — это люди до 30 лет. Во всей стране насчитывается приблизительно 400 тысяч потребителей инъекционных наркотиков, 20% подростков в возрасте от 15 до 18 лет пробовали нелегальные наркотики. Необычайно большое количество потребителей наркотиков также, скорее всего, вовлечены в индустрию коммерческого секса, сообщает ООН.

Эти цифры вызывают сильную обеспокоенность. Молодежь — наиболее продуктивные члены украинского общества, они же являются экономическим костяком нации. Если уровень инфицированности будет продолжать расти, экономический потенциал Украины и ее будущее будут сильнее всего подорваны...

...Люди, находящиеся на лечении в той одесской больнице, иллюстрируют историю развития эпидемии ВИЧ/СПИДа в Украине. Мужчины и женщины, втиснутые в эти три маленькие комнаты, пришли сюда разными дорогами. Большинство из них — молодые люди. Многие были удивлены, узнав о том, что инфицированы ВИЧ.

Наталия, не пожелавшая назвать свою фамилию из боязни последствий, живет в городке на юге Одесской области. “Я заразилась половым путем”, — рассказывает Наталия, которой по несколько раз в год приходится совершать 6-часовые переезды на автобусе в Одессу, чтобы получить лекарства. Она передала вирус ВИЧ своей 6-летней дочери, которая также приехала в Одессу за АРВ-терапией. “Нам не давали этого лекарства, когда родилась моя дочь”, — сказала Наталия, имея в виду невирапин, лекарство, которое сейчас назначают ВИЧ-позитивным женщинам во время родов. Невирапин и другой препарат, известный под названием “ретровир”, обычно назначают ВИЧ-позитивным женщинам с 28-й недели беременности, чтобы снизить риск передачи вируса от инфицированной матери к ребенку. “Сегодня беременным легче. Они могут быть ВИЧ-позитивными и, тем не менее, родить здорового ребенка”, — говорит она. Еще одна женщина, отказавшаяся назвать свое имя, сказала, что не имеет понятия, как инфицировалась. Она — профессионал сферы бизнеса и о том, что ВИЧ-позитивна, узнала всего неделю назад. Женщина рассказала, что начала сильно худеть, а затем, после того как несколько недель проболела, пошла к врачу. Доктор взял кровь на анализ, а когда пришел результат, то выяснилось, что она вскоре заболеет СПИДом. Врач сказал, что ей необходимо лечение, и госпитализировал.

В соседней комнате другой пациент, Сергей, воспользовался подвесным турником, чтобы сесть в постели. Сказал, что ноги у него отказали. Сергею около 45 лет, приблизительно год он был пациентом больницы. Как и другие, находился в этом отделении временно, пока главная одесская больница по лечению ВИЧ/СПИДа была на ремонте. “Теперь больница — мой дом”, — говорит Сергей, ранее употреблявший инъекционные наркотики на протяжении 15 лет. Персонал клиники был добр к нему, а сама больница, несмотря на обветшалое состояние, стала ему убежищем. “Большинство украинцев не хотят иметь ничего общего с ВИЧ-позитивными людьми”, — сказал он.

Существует и такая проблема. “Общество боится таких людей, как мы, — говорит Сергей, который отсидел в тюрьме. — В некоторых газетных статьях пишется, что ВИЧ/СПИД поражает только наркозависимых. В других говорится, что нас нужно расстреливать”. Оглядев комнату, в которой лежали другие — причем все молодые — мужчины, Сергей покачал головой. “Но это не так. ВИЧ может поразить любого”, — сказал он.

P. S. Наталия А. Федущак — интернациональный стипендиат Фонда семьи Генри Дж. Кайзера — неприбыльного частного фонда, который базируется в США и занимается глобальными вопросами охраны здоровья (www.kff.org). Международный проект по журнализму — новая инициатива, финансируемая Фондом Билла и Мелинды Гейтс (www.gatesfoundation.org), направленная на поддержку журналистов, серьезно занимающихся освещением проблем ВИЧ/СПИДа, туберкулеза, малярии и связанных с ними проблем здоровья.

© “Киевский телеграф” №(275)

Постоянный адрес статьи:

<http://www.versii.com/telegraf/material.php?id=4608&nomer=275>

Валерий Панюшкин
Специальный корреспондент издательского дома "Коммерсантъ"

Сегодня в программе саммита «большой восьмерки» обсуждают проблемы стран Африки – борьбу с полиомиелитом и СПИДом. А я был в городе Томске и видел девочку, у которой срослись и окостенели все суставы после прививки от полиомиелита. Она лежит, как кукла, и не может даже руки поднести к лицу. Я видел сотни детей, ставших инвалидами после прививки от полиомиелита, такая уж у меня работа в газете. Я своего собственного сына после прививки от полиомиелита пять лет лечил от тяжелых болезней поджелудочной железы и центральной нервной системы.

В городе Петербурге я разговаривал с ВИЧ-положительной девушкой, активисткой движения за доступность лечения для людей, живущих с ВИЧ. Она отказалась от лекарств. Она отказалась от лекарств, без которых умрет, потому что лекарств этих в России не хватает на всех, кто без них умрет.

В России больше миллиона людей, живущих с ВИЧ. Эпидемия растет на 20% в год. Быстрее, чем в Африке. В Африке ВИЧ-положительных людей 15%, у нас 1%. Но в Африке эпидемия развивается уже тридцать лет, а у нас всего десять. Через двадцать лет мы догоним и перегоним Африку. В Европе и Америке эпидемия остановилась на уровне 0,3%.

К концу президентского срока Владимира Путина в России будет 2,5 миллиона ВИЧ-положительных людей. В это же приблизительно время десятки или даже сотни тысяч людей в России станут умирать от СПИДа. От момента заражения ВИЧ до последней стадии болезни, называемой СПИДом, проходит 8–10 лет. Первый пик эпидемии в России пришелся на 1998–1999 годы. Люди, заразившиеся тогда, к 2008 году умрут, если не получат лечения.

Лекарство от СПИДа есть. Оно называется антиретровирусная терапия – АРВ. Получая это лекарство, ВИЧ-положительные люди могут жить на десять, пятнадцать, двадцать лет дольше. Надеяться, что за эти двадцать лет изобретут что-нибудь новое, учиться, работать, влюбляться, жениться, рожать детей. Количество вируса в крови у человека, получающего АРВ, становится таким низким, что человек этот практически никого не может заразить и может родить здорового ребенка.

Лекарство от СПИДа есть, но стоит очень дорого. Десять тысяч долларов в год на человека. Теоретически АРВ относится к категории жизненно необходимых медикаментов, и значит, государство должно предоставлять ее больным бесплатно. Потому что в Конституции прописано право на жизнь. И еще потому, что иначе для моей четырехлетней дочери, когда она вырастет, вероятность встретить ВИЧ-отрицательного юношу будет равна вероятности встретить девственника. Когда моя дочь вырастет, в России будет 10 миллионов ВИЧ-положительных людей. И это будут молодые люди, потому что старики редко заражаются ВИЧ.

Патентованная АРВ стоит 10 тысяч долларов в год на человека. Из государственного бюджета на борьбу со СПИДом выделяется 4 доллара на человека в год. Разумеется, лекарства всем не хватает. АРВ выдают выборочно, по усмотрению врачей, людям, которых врачи считают «перспективными», то есть за хорошее поведение. В Петербурге я разговаривал с ВИЧ-положительной активисткой. Врачи посчитали ее перспективной и решили выдать ей АРВ. Но она отказалась. Она ходит по больницам, ухаживает за умирающими от СПИДа. Она не может принимать АРВ до тех пор, пока АРВ не хватает людям, за которыми эта девушка ухаживает, поймите.

Россия могла бы покупать в Индии, Бразилии или Канаде непатентованные препараты, так называемые дженерики. Они ничем не отличаются от патентованных, но они обходились бы в 500 долларов в год на человека. Не покупает. Россия могла бы сама производить дженерики. Тогда лечение обходилось бы в 200 долларов в год на человека. Не производит. Россия могла бы принять предложение американского благотворительного фонда «Инициатива Клинтона». Этот фонд предлагал российскому Минздраву компенсировать большую часть средств, расходуемых на АРВ, но не получил ответа.

Россия считает необходимым покупать катастрофически мало АРВ по ценам выше европейских. Россия не считает необходимым остановить эпидемию СПИДа на своей территории. Зато Россия считает для себя возможным там, на американском острове, обсуждать вместе со странами, остановившими эпидемию СПИДа, как остановить эпидемию СПИДа в Африке.

Автор – специальный корреспондент ИД «Коммерсантъ»

10 ИЮНЯ 2004 Постоянный адрес статьи: http://www.gazeta.ru/2004/06/10/oa_123575.shtml

ДОРОГА СМЕРТИ

Тур по Киеву, Полтаве и Донецку может не только раскрыть гигантские масштабы эпидемии СПИДа в Украине, но и повергнуть в шок видавшего виды иностранца.

Ольга Иваненко

Американского фотографа Брента Стиртона трудно чем-то удивить. Он видел иракцев, психика которых не выдержала ужасов войны, никогда не пробовавших чистой воды африканцев и измученных женщин в борделях Сингапура.

В сравнительно благополучную Украину Стиртон тоже приехал, чтобы запечатлеть человеческую трагедию. Он делал снимки для проекта Картина эпидемии ВИЧ/СПИДа в Украине, который инициировала Глобальная бизнес коалиция по ВИЧ/СПИДу (ГБК), объединяющая более 200 крупнейших международных компаний.

Темпы распространения в Украине эпидемии ВИЧ/СПИДа, которые эксперты называют одними из самых высоких в Европе и даже в мире, шокируют более благополучный Запад. Только по официальным данным, в 2004 году ежедневно регистрировалось в среднем 34 новых случая ВИЧ-инфицирования. А в действительности, по мнению специалистов, - от 150 до 200. Причем около 50% из них приходится на молодых людей в возрасте от 16 до 29 лет.

Фото Стиртона будут использованы для привлечения внимания к проблеме ВИЧ/СПИДа в Украине и дополнительных ресурсов для финансирования проектов, направленных на снижение распространения этой эпидемии.

Журналист Корреспондента провел две недели со Стиртоном в поездках по стране. В его путевых заметках многие имена людей, затронутых эпидемией, по их просьбе изменены, а фамилии не указаны.

11-12 августа. Киев

Детское отделение городской инфекционной больницы производит удручающее впечатление: старое здание, полумрак в коридорах, изношенная мебель, еще более старые детские железные кровати. Малышам - их восемь или девять - от двух месяцев до полутора лет. Детей бросили родители, узнав, что те могут унаследовать диагноз ВИЧ-инфекция (выяснить наверняка можно только через 18 месяцев).

Большинство малышей спят, только один из них, черноглазый с темными кудрями, улыбается новым людям.

Когда он родился, его мать-цыганка, узнав, что у нее ВИЧ, и ребенок вряд ли будет здоров, попыталась его убить. Она несколько раз ударила мальчика головой о стену. Но, благодаря врачам, он остался жив, не потерял оптимизма и искренне радуется миру.

Стиртон, отщелкав в больнице несколько десятков кадров, говорит: «Не думай, что эти дети самые несчастные в мире. Нет. У них есть крыша над головой, есть люди, которые к ним приезжают. Я много работал в Африке. Поверь, там намного хуже - у детей нет даже крова и хлеба».

В специализированном детском доме Березка 135 детей, причем 21 - с диагнозом ВИЧ+ (ВИЧ-позитивные), а девять из них больны СПИДом. Условия здесь намного лучше: здание только после реконструкции, в коридорах еще не распакованные стулья, в комнатах - новая мебель, игрушки.

Большинству малышей нет и двух лет. Они не избалованы вниманием персонала, который к ВИЧ-инфицированным относится пренебрежительно: крохи стоят в манежах, держась за прутья, без присмотра. Они не лепечут и не протягивают руки к входящим - видно, что подолгу привыкли быть одни.

Белокурая шестилетняя Лена самая старшая в этом детдоме. У нее нет ровесников, и от этого она выглядит одинокой. В этом году девочка должна была пойти в школу, но перевести ее в детдом для детей старшего возраста не получается. «Никто не хочет принимать ее из-за того, что у нее ВИЧ-позитивный статус, - сообщает сотрудница Березки. - Хотя это прямое нарушение прав человека, ведь дети с ВИЧ имеют полное право посещать общеобразовательные школы».

Следующий пункт в Киеве - настоящая мечта украинского врача. Городской центр СПИДа оснащен новейшим оборудованием.

Все это — благодаря столичным властям и коллективу центра. Сейчас реконструируют соседнее трехэтажное здание под лаборатории, и думают о том, как привлечь лучших специалистов, исследователей и докторов.

«Я объехал больше ста стран, это лучшая бесплатная клиника для ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом, которую я видел», говорит потрясенный Стиртон.

Но, несмотря на идеальные условия для работы, нехватка врачей — главная проблема клиники. Немногие хотят работать с ВИЧ+ и больными СПИДом. Боятся. А тех, кто принимает такое решение, коллеги из других больниц считают едва ли не сумасшедшими.

Да и зарплаты здесь не высоки: по словам заведующей отделением, она получает одну из самых высоких зарплат в клинике — около 1 тыс. грн.

Главный врач больницы Александр Юрченко принимая новых сотрудников, строг. «Если большого желания работать здесь нет, они могут искать работу в любом другом месте», — категорично утверждает он.

За полгода с момента открытия больницы после реконструкции через нее прошло около 210 пациентов. 23 из них умерли. Такая высокая смертность связана с тем, что больные поступают в клинику на поздних стадиях в тяжелом состоянии, когда врачи уже бессильны.

В основном пациенты — молодые люди лет 20-30, четверть из них — женщины. Как правило, это потребители наркотиков с большим стажем. И большим букетом сопутствующих болезней помимо ВИЧ и СПИДа (туберкулез, гепатиты, заболевания, передающиеся половым путем).

Пациент центра, 30-летний Анатолий, принимает наркотики более десяти лет. И даже здесь умудряется раздобыть их. Со знанием дела он рассказывает, как приготовить «ширку» в домашних условиях. От одних только названий компонентов становится не по себе: в сравнении с гремучей смесью из химических реактивов типа ацетона или растворителя для красок, такой ингредиент, как маковая соломка, кажется просто экологически чистым и здоровым продуктом.

Рядом со зданием клиники бывший сарайчик, а теперь отремонтированный силами волонтеров пункт обмена шприцов, в котором работают сотрудники общественной организации Клуб Эней. Они обменивают шприцы и раздают презервативы тем, кто входит в группы риска, а заодно распространяют информацию о ВИЧ/СПИДе.

Главный здесь — энергичный и деятельный Владимир. Он деловито и в то же время с юмором рассказывает о своих повседневных заботах: днем — шприцы для потребителей наркотиков, ночью — презервативы работницам секс-бизнеса на киевской Окружной дороге.

При этом Владимир не упускает случая провести с ними просветительскую беседу. «Вы знаете, что такое ВИЧ?» — спрашивает он подошедших к его микроавтобусу девушек на Окружной. Те хихикают в ответ. «А Вы тестировались?» — не унимается Владимир и, не дожидаясь ответа, объясняет, где можно пройти тест бесплатно и анонимно.

48-летний Владимир уже 20 лет не употребляет наркотики. К нынешней работе его подтолкнула собственная дочь, которая в 18 лет впервые попробовала курить «траву».

13-15 августа. Полтава

На первый взгляд Полтава тиха и благополучна. Но немало местных молодых людей, стремясь к свежим впечатлениям, прибегают к наркотикам. Потому больных СПИДом и ВИЧ+ здесь немало. Да и среди активистов общественных организаций, которые занимаются темой ВИЧ, довольно много уроженцев этого областного центра.

Дверь квартиры в скромной хрущевке спального района Полтавы открывает аккуратная немолодая женщина в домашнем халате. Светлана ухаживает за двумя взрослыми сыновьями. Старшему, Сергею, — 39 лет, младшему, Игорю, 36. Первый употребляет наркотики уже 26 лет, второй — «только» 18. Оба они уже много лет живут с ВИЧ.

Светлана, несмотря на бесконечные заботы о сыновьях, старается держать свою трехкомнатную квартиру в чистоте и порядке. Еще советская мебель, но в хорошем состоянии. Сервант с посудой. Шторы на окнах.

Большую часть времени братья проводят в одной комнате — старший не может передвигаться из-за проблем с ногами. Они принимают наркотики, не скрывая этого от матери. «Я видел много раз, как колются при детях, но чтобы при матери, вижу впервые», — говорит потрясенный Стиртон.

У Светланы отрешенный взгляд, полный отчаяния и безысходности. Видно, что она наблюдает эту картину часто.

Игорь говорит, что на то чтобы ввести наркотик, иногда у него уходит часа два — на исколотом теле трудно найти доступ к венам. От того, что братья часто подолгу не могут попасть в вену, они злятся и начинают ругать мать. А она плачет.

«Мой муж погиб 16 лет назад, сгорел в машине», — рассказывает Светлана. Тогда она еще работала в детском саду. «Все свое время и я, и мой муж отдавали работе, потому что нужно было зарабатывать деньги и содержать семью. Потом я стала замечать, что с мальчиками что-то не то происходит. Думала, они просто пьяные приходят домой, но не понимала, что это уже начинается», — вспоминает сквозь слезы Светлана.

Теперь ее младший сын постоянно говорит, что именно она виновата в его пристрастии. Мать с ним соглашается. Она готова все отдать, лишь бы ее дети были здоровы. «Больше всего я боюсь, что умру раньше, чем они, - признается Светлана. - Что тогда с ними будет?»

Мать сама варит сыновьям наркотики, а часть из них продает, чтобы купить детям необходимые лекарства. В квартире — устойчивый специфический запах.

Так же пахнет во всех квартирах, где живут потребители наркотиков. Этот же «коктейль» ударяет в нос на пороге квартиры, где живет Ирина, ее 11-летний сын, мать и подруга.

29-летняя Ирина когда-то была пышной миловидной блондинкой и работала на местном хлебозаводе. Теперь она болезненно худя: ослабленный ВИЧ-инфекцией организм восприимчив к любому недугу. Ирина практически не ходит. Ее левая нога — одна большая открытая рана.

Подруги приходят к ней, чтобы уколиться перед тем, как идти вечером работать на междугороднюю трассу. Они ВИЧ-инфицированы, но выглядят поздоровее. Говорят, что у таких девушек есть категория состоятельных клиентов, которые доплачивают им «сверху» за секс без презерватива. Это вариант русской рулетки: подцепишь какую-то инфекцию или пронесет.

Секс услуги на междугородной трассе на подъезде к Полтаве, пожалуй, самые дешевые в Украине: 35-40 грн. за обычный секс и 25 грн. — за оральный.

Стиртон фотографирует Ирину, как будто на обложку глянцевого журнала. Повторяет, насколько она красива. Это будет шокирующее фото: большой портрет бледной женщины с необычными раскосыми глазами, а на следующей странице — она же в полный рост, так, чтобы были видны страшные язвы на теле.

Фотограф предлагает 11-летнему Саше сесть рядом с Ириной. «Сядь ближе к маме. Обними ее, как ты обычно это делаешь», - просит Стиртон. Мальчик с недоумением смотрит на него: «Мы никогда так не сидим».

Саша рассказывает, что давно бросил школу и все время проводит в компьютерных клубах. Тратит там деньги, которые бабушка дает ему на пирожки и булочки. «Ты знаешь, что твоя мама употребляет наркотики?», - спрашивает Стиртон. Тот еле слышно отвечает: «Да». И тут же добавляет: «Я не хочу об этом говорить».

15-18 августа. Донецк

В Донецкой области показатели распространения ВИЧ-инфекции особенно высоки. Согласно данным Украинского центра профилактики и борьбы со СПИДом, приблизительно на таком же уровне Днепрпетровская, Одесская, Николаевская, Херсонская области и Крым. В этих же регионах наибольшее число потребителей инъекционных наркотиков.

По данным центра, в Донецкой области зарегистрировано 26,5 тыс. ВИЧ-инфицированных, но в реальности цифры в несколько раз больше.

«До конца 1990-х проблемой ВИЧ/СПИДа в нашем регионе занимались только медработники, говорит Николай Гражданов, главврач Донецкого областного центра иммунологии и профилактики СПИДа. – А с 1999-2000-го начали активно действовать международные донорские организации, началась информационная работа». Сейчас в области 12 общественных организаций реализуют около 30 проектов.

Именно после этого немного снизилось количество заражений, но увеличились случаи выявления инфекции, особенно у тех, кто был инфицирован давно.

Еще несколько лет назад на заражение через шприцы приходилось 68% случаев, остальные - незащищенный секс. Сейчас показатели примерно 50:50, а через несколько лет ВИЧ-инфицирование через шприцы снизится до 30%, и доминировать будет гетеросексуальный путь, - прогнозируют медики.

Данные, представленные донецкими специалистами, отражают картину по всей стране. Главная тенденция — все более активное распространение вируса через незащищенный секс.

В регионе нет хосписа, где могли бы доживать последние дни ВИЧ-инфицированные и больные СПИДом, которые не могут обходиться без посторонней помощи. Они остаются в своих квартирах, а социальные работники из общественных организаций помогают им.

Приходят они и к Дмитрию, который живет один в полупустой квартире и практически уже не может ходить. Стена над его диваном исписана обрывками фраз вроде «Я как волк вою на луну».

«Если бы не мой брат, я бы уже давно умер», — говорит 37-летний Дмитрий. Брат опекает его детей, а ему самому помогает тайно. «Если его жена узнает, что он поддерживает меня, она с ним разведется», — объясняет Дмитрий.

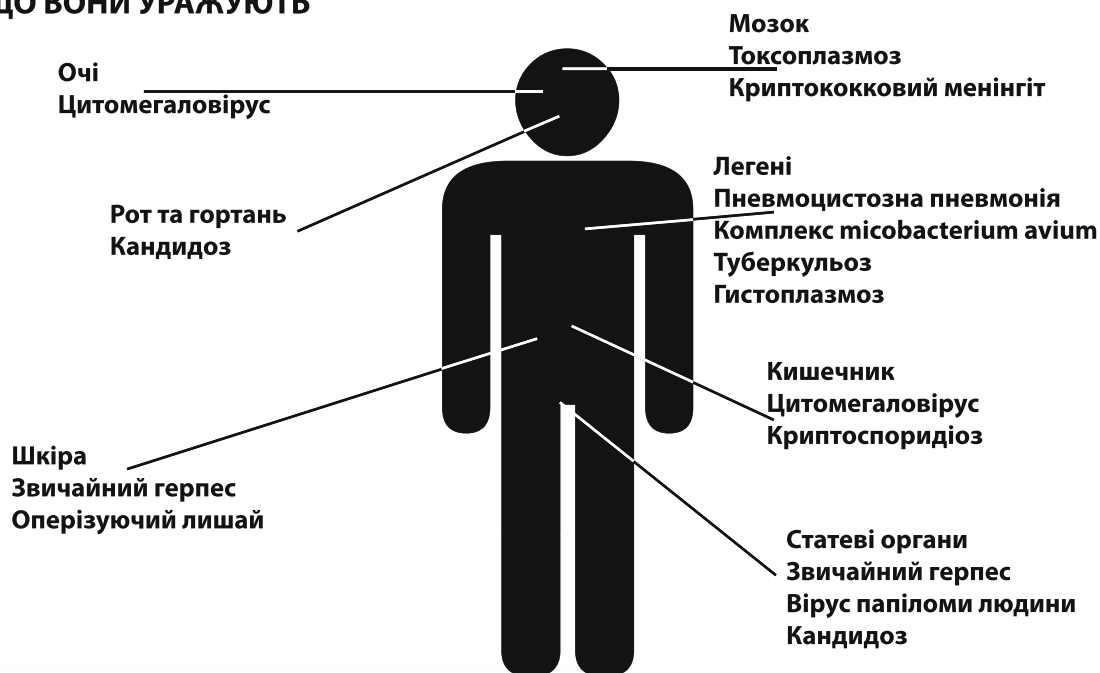
Неутешительный прогноз

К 2014 году общее количество ВИЧ-инфицированных в Украине может составить 479 тыс. человек (1,9% населения в возрасте от 15 до 49 лет). Это по оптимистичному сценарию, который предусматривает доступность антиретровирусной терапии (средняя стоимость — около \$ 1,5 - 2 тыс. в год) для половины тех, кто в ней нуждается. А также при условии успешного выполнения национальной программы противодействия ВИЧ/СПИДу.

По пессимистичному сценарию антиретровирусная терапия будет доступна только 5% нуждающихся, а число ВИЧ-инфицированных достигнет 820 тыс. или 3,5% взрослого населения. Таковы результаты исследования «Социально-экономический прогноз последствий эпидемии ВИЧ/СПИДа в Украине», проведенного отечественным Минздравом совместно с Всемирным банком.

Оба варианта развития событий Стиртону известны. Он ждет в Борисполе своего рейса на Нью-Йорк и прощается с Украиной, которую изучал две недели. «Я многое видел в разных странах, но некоторые вещи, которые я увидел здесь, потрясли меня, — говорит Стиртон. Я уверен, что мои фотографии помогут вашей стране».

ОПОРТУНІСТИЧНІ ІНФЕКЦІЇ У ЛЮДЕЙ З ВІЛ/СНІДОМ ТА ОРГАНИ, ЩО ВОНИ УРАЖУЮТЬ



ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

- **Опортуністичні інфекції (OI)** – це інфекції, які рідко розвиваються у здорових людей, але спричиняють захворювання осіб, чия імунна система послаблена впливом ВІЛ. Взагалі, хвороботворні організми, що викликають такі інфекції, часто присутні в організмі людини, але зазвичай їх подавляє здорова імунна система. ВІЛ поступово ослаблює імунну систему людини, що призводить до появи ряду опортуністичних інфекцій. Коли у ВІЛ-позитивної людини з'являються OI, можна вважати, що її хвороба перейшла у стадію СНІДу. Саме ці захворювання стають причиною смерті людини. Коли людина помирає через опортуністичну хворобу, говорять, що вона померла через СНІД-асоційовану хворобу, або хворобу, викликану ВІЛ/СНІДом, але не те, що вона «померла від СНІДу».
- **Профілактика** – це попередження захворювання, яке буває первинним та вторинним. Завдяки первинній профілактиці вдається запобігти виникненню у людини певної хвороби. При вторинній профілактиці за допомогою медичних засобів попереджується виникнення рецидивів загострення хвороби, що вже є у людини.
- **Антиретровірусна терапія** - будь-яке лікування, що включає антиретровірусні препарати. Ці ліки створені для того, щоб знищувати ретровіруси, такі як ВІЛ, або перешкоджати здатності вірусу розмножуватися. Термін ВААРТ (Високоактивна Антиретровірусна Терапія) відноситься до курсу лікування, який включає в себе три або більше антиретровірусних препаратів. ВААРТ робить імунну систему сильнішою й таким чином допомагає організму захищатися від опортуністичних захворювань.

МОЗОК

Криптококковий менінгіт спричиняється грибом *Cryptococcus*, який зазвичай присутній у ґрунті, куди потрапляє через пташині випорожнення. Люди інфікуються криптококком, вдихаючи пил, в якому міститься грибок. Хоча більшість людей в своєму житті контактували з грибом, у здорових людей він не призводить до захворювання. У ВІЛ-позитивних криптококкова інфекція частіше всього призводить до менінгіту. Серед симптомів можуть бути жар, головний біль, нудота, блювотиння, ригідність потиличних м'язів, сплутаність свідомості, проблеми із зором та кома. Криптококковий менінгіт не передається від однієї людини до іншої. Для цієї хвороби існує як первинна, так і вторинна профілактика. Хворобу лікують за допомогою протигрибкових препаратів, адже без медичного втручання смерть хворої людини може наступити досить швидко.

Токсоплазмоз - це інфекція, яка може знаходитись в котячих фекаліях, сирому м'ясі, сирих овочах та в ґрунті. Людина може інфікуватися, коли з'їдає заражену їжу або контактує з котячими випорожненнями. Токсоплазмоз може інфікувати будь-яку частину організму, але частіше всього впливає на мозок, викликаючи енцефаліт. Інфекція не передається від однієї людини до іншої та не викликає захворювання у людей із здоровою імунною системою. Симптоми можуть включати жар, дезорієнтацію, головний біль, зміни особистості, тремори (дрижання кінцівок) та судоми; інфекція може призвести до коми та загибелі людини. Існує первинна та вторинна профілактика захворювання. Лікування здійснюється за допомогою комбінації препаратів, що знищують токсоплазмоз.

ОЧІ

Цитомегаловірус (який також називається ЦМВ) – це вірус, який зазвичай спричиняє захворювання очей, відоме як ретиніт. Серед ВІЛ-позитивних людей ретиніт є найбільш розповсюдженим захворюванням, викликаним інфекцією ЦМВ. Цитомегаловірус може передаватися від однієї людини до іншої через слину, сперму, вагінальні виділення, сечу, грудне молоко та при переливанні зараженої крові. У той час як інфікуватися ЦМВ може будь-хто, захворюють тільки особи з послабленою імунною системою. Симптоми можуть включати «сліпі плями» та розмиття зображення, викривлення або погіршення зору, яке може прогресувати до повної сліпоти. В деяких випадках рекомендується первинна профілактика. Підходи до лікування ретиніту включають внутрішньовенне введення медичних засобів, таблеток та вприскування ліків безпосередньо в око. Також існує вторинна профілактика. Якщо хворобу не лікувати, вона призведе до сліпоти.

РОТОВА ПОРОЖНИНА

Кандидоз – також відомий під назвою молочниця, найбільш поширена грибова інфекція, що зустрічається у ВІЛ-позитивних людей. Зазвичай вона вражає рот, горло, легені та піхву (див. Геніталії). Грибки, що викликають кандидоз, природнім чином присутні в організмі самої людини; у більшості випадків саме вони викликають захворювання, хоча були зафіксовані поодинокі випадки передачі грибка від однієї людини до іншої. Незважаючи на те, що це захворювання може з'явитися у будь-кого, воно більш типове для ВІЛ-позитивних людей. Кандидоз ротової порожнини (мікоз) викликає біль при ковтанні, нудоту та втрату апетиту. Симптоми кандидозу горла можуть включати біль у грудях та складнощі при ковтанні. Рекомендацій з первинної профілактики немає, але в деяких випадках показана вторинна профілактика. Для лікування хвороби існує широкий вибір медичних засобів.

ШКІРА

Простий герпес - це хвороба, яку викликає вірус простого герпесу (Herpes Simplex). Існує два підтипи простого герпесу людини (скорочено ВГЛ): ВГЛ-1, який спричиняє так звану «лихоманку» або маленькі пухирці в області рота та очей, та ВГЛ-2, який викликає генітальний або анальний герпес. Вірус герпесу передається від однієї людини до іншої при контакті з інфікованою часткою тіла, такою як рот або

геніталії. Видимі симптоми – це висипи, що супроводжуються відчуттями свербіння й пощипування та появою болючих пухирців або виразок. Герпес може уражити будь-кого, але загострення, які супроводжуються видимими симптомами, найбільш часто докучають саме ВІЛ-позитивним людям. Хоча профілактики та засобу, який виліковує герпес не існує, є ліки, які скорочують частоту та тривалість загострень.

Оперізуючий герпес (Herpes Zoster), також відомий як оперізуючий лишай, спричиняється вірусом, який також викликає вітряну віспу. Хоча вірус герпес зостер також може уражити ВІЛ-негативну особу, найбільш часто він уражує саме ВІЛ-позитивних людей через їх послаблену імунну систему. В результаті дії вірусу герпес зостер у людини з'являються дуже болючі висипання герпетичних пухирців на грудях, спині та обличчі. Зазвичай висипання уражують лише одну сторону тіла та можуть продовжуватися декілька тижнів поспіль. Первинної або вторинної профілактики для оперізуючого лишаю не існує. Методи лікування включають протигерпетичні ліки та знеболюючі засоби.

ШЛУНКОВО-КИШКОВИЙ ТРАКТ

Криптоспоридіоз – це кишкова інфекція, що легко передається через воду, фекалії або їжу, заражену поширеним паразитом, що називається криптоспоридією. Симптоми включають діарею, нудоту, блювотиння, втрату ваги та шлункові спазми. У ВІЛ-негативних індивідів захворювання протікає протягом одного-двох тижнів, але у ВІЛ-позитивної людини воно може розтягнутися набагато довше та навіть загрожувати життю. Хоча ліків, які б попереджали або виліковували захворювання, немає, існує досить медичних засобів, щоб контролювати діарею, яку викликає інфекція.

Цитомегаловірус (також відомий як ЦМВ) – це вірус, який найчастіше уражує очі (див. цитомегаловірусний ретиніт), але у ВІЛ-позитивних людей він також може викликати коліт, тобто інфекційне запалення товстої кишки. Цитомегаловірус може розповсюджуватися від однієї людини до іншої через слину, сперму, піхвові виділення, сечу, грудне молоко та при переливанні зараженої крові. Хоча інфікуватися ЦМВ може будь-хто, захворюють тільки особи із послабленою імунною системою. Симптоми ЦМВ-коліту можуть включати біль в животі, діарею, коліки, втрату ваги та кровотечі. Існує первинна та вторинна профілактика, а також засоби для лікування захворювання.

ГЕНІТАЛІЇ

Кандидоз – найбільш поширена грибкова інфекція, що зустрічається у ВІЛ-позитивних людей. Зазвичай вона вражає піхву, рот (див. Ротова порожнина), горло та легені. Грибки, що викликають кандидоз, природнім чином присутні в тілі самої людини та в більшості випадків саме вони викликають захворювання, але були зафіксовані поодинокі випадки передачі грибка від однієї людини до іншої. Хоча це захворювання може з'явитися у будь-кого, воно більш типове для ВІЛ-позитивних людей. Симптоми вагінальної інфекції можуть включати білі виділення, свербіж та біль під час сечовиділення та сексуальної активності. Рекомендацій з первинної профілактики немає, але в деяких випадках показана вторинна профілактика. Протигрибкові засоби допомагають контролювати розмноження грибків, але досить часто трапляються рецидиви хвороби.

Простий герпес (див. Шкіра)

Вірус папіломи людини (ВПЛ) – дуже поширена інфекція статевих органів, яка спричиняється групою інфекцій, що називаються папіломавірусом людини. ВПЛ легко поширюється через безпосередній контакт з інфікованою ділянкою тіла, наприклад, під час статевого акту. Вірус може викликати появу кондилом, що виглядають як невеличкі шишки на пенісі, вагіні або анусі. Деякі підтипи ВПЛ вважають чинником захворювання на рак шийки матки. Вірус може передаватися від однієї людини іншій, навіть коли у носія немає симптомів. Заразитися ВПЛ може будь-хто, але у здорових людей зазвичай перебіг

захворювання досить короткостроковий. Для ВІЛ-позитивних людей інфікування ПВЛ несе більш серйозні наслідки, можуть виникати часті рецидиви, а період захворювання буде більш тривалим. Засобів для первинної та вторинної профілактики не існує. Хоча немає ліків, які б виліковували ПВЛ, існує широкий спектр методів видалення папілом та лікування дисплазій шийки матки та ануса, спричинених ВПЛ.

ЛЕГЕНІ

Гістоплазмоз спричиняється грибом, який знаходиться у ґрунті, забрудненому пташиними випорожненнями та іншими органічними речовинами. Людина інфікується, коли вдихає пил, заражений грибом. Заразитися може будь-хто, але у ВІЛ-позитивних індивідів існує більший ризик захворіти на гістоплазмоз. Симптоми включають високу температуру, утомлюваність, задишку та запалення лімфовузлів. Зазвичай гістоплазмоз уражує легені, але у людей з послабленою імунною системою хвороба може поширитися також на інші органи. Це серйозне ускладнення, яке при відсутності лікування може спричинити загибель людини. Гістоплазмоз не передається від однієї людини до іншої. На даний момент первинна профілактика не практикується. Існують медичні засоби для лікування гістоплазмозу та проведення вторинної профілактики для попередження рецидивів хвороби.

Комплекс *Mycobacterium avium* – це захворювання, яке викликається нетуберкульозними мікобактеріями *Mycobacterium avium* та *Mycobacterium intracellulare*. Це два споріднені типи патогенних організмів, які часто знаходяться у ґрунті, пилу, воді та їжі. Інфікуватися може будь-хто, але у ВІЛ-позитивних індивідів є більше ризику серйозно захворіти. Симптоми захворювання включають підвищення температури, втрату ваги, нічні потіння та слабкість. Інфекція може уразити одну ділянку тіла, або розповсюдитися по всьому організму. Існує декілька медичних засобів для профілактики та лікування комплексу *Mycobacterium avium*.

Пневмоцистозна пневмонія (*Pneumocystis carinii* pneumonia, скорочено ПЦП), нині також відома під назвою пневмонії *Pneumocystis jiroveci*, викликається грибом та звичайно проявляється через запалення легень. Вважається, що грибок переноситься повітряним шляхом. Хоча інфекція може потрапити до легень будь-якої людини, вона викликає захворювання, тільки коли імунна система людини послаблена. Це найбільш розповсюджена опортуністична інфекція серед ВІЛ-позитивних людей. Симптоми можуть включати сухий кашель, відчуття здавленості у грудях, жар та утруднене дихання. Хоча ПЦП можна попередити тавилікувати, це серйозне захворювання, яке, при відсутності лікування, може привести до смерті хворого. Для первинної й вторинної профілактики та для лікування ПЦП існує широкий набір медичних засобів.

Туберкульоз (також називається ТБ) – це бактеріальна інфекція, розповсюджена серед ВІЛ-позитивних людей. Людина може інфікуватися туберкульозом, коли хворий на активну форму туберкульозу поруч чихає, кашляє або розмовляє. Хоча туберкульоз також вражає ВІЛ-негативних індивідів, саме ВІЛ-позитивні люди мають більше шансів інфікуватися. Хоча не всі інфіковані люди захворюють на туберкульоз, ця інфекція прискорює розвиток ВІЛ в організмі; ТБ є головною причиною смерті ВІЛ-позитивних людей у всьому світі. Симптоми можуть включати підвищення температури, кашель, нічні потіння, втрату ваги, втому, збільшені лімфовузли та кашель з кров'ю. Існує первинна профілактика, але вважається, що вторинна профілактика не є необхідною. Для лікування туберкульозу використовується широкий спектр антибіотиків. В залежності від тяжкості захворювання, лікування може продовжуватися багато місяців або навіть років.

ТУБЕРКУЛЬОЗ (ТБ)

Туберкульоз (ТБ) становить серйозну загрозу здоров'ю людей як у індустріалізованих країнах, так і у тих, що розвиваються. ТБ є причиною приблизно 8-10 мільйонів випадків захворювання та 2 мільйонів смертей щороку. Вважається, що приблизно одна третина всього населення Землі інфікована так званою паличкою Коха, бактерією, що спричиняє туберкульоз, а 5-10 відсотків інфікованих протягом свого життя хворіють та можуть заражати інших. Між епідеміями ВІЛ/СНІДу та туберкульозу існує тісний взаємозв'язок, адже кожне з захворювань підсилює інше.

Туберкульоз – це бактеріальна інфекція, що спричиняється мікобактеріями туберкульозу. Зазвичай хвороба вражає легені, але в деяких серйозних випадках може розповсюдитися й на інші частини тіла. Людина може інфікуватися ТБ, коли біля неї кашляє, чихає або спльовує мокроту інша людина з відкритою формою туберкульозу. Не всі інфіковані туберкульозом люди мають симптоми захворювання. У випадку, коли людина інфікована, але не хворіє, говорять про латентну (приховану) форму туберкульозу, яка не є заразною для інших людей. Тим не менш, латентна форма ТБ може з часом перейти у активний туберкульоз. В такому разі у людини з'являються симптоми, і вона може інфікувати інших людей. Серед симптомів хвороби можуть бути лихоманка, кашель, нічні потіння, втрата ваги, втомлюваність та кашлювання кров'ю.

Туберкульоз становить особливо серйозну загрозу в країнах, що розвиваються, де бідність, перенаселення та інші хвороби, особливо ВІЛ/СНІД, сприяють поширенню ТБ. Хоча найвищий відносний рівень смертності від ТБ спостерігається в Африці, Південно-Східна Азія має найвищу загальну кількість хворих на туберкульоз та пов'язаних з ним смертей. Половина усіх нових випадків захворювання на туберкульоз трапляється в таких шести країнах Азії: Індія, Китай, Пакистан, Бангладеш, Філіппіни та Індонезія. Туберкульоз також є найбільш поширеною причиною смерті в усьому світі серед жінок репродуктивного віку; ТБ спричиняє 9 відсотків усіх смертей серед жінок віком від 15 до 45 років. Через те, що туберкульоз найтяжче уражує жінок репродуктивного віку, після них часто залишаються діти-сироти.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) вважає, що майже третина всіх людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, також інфіковані туберкульозом. З 14 мільйонів людей в усьому світі, які одночасно інфіковані ВІЛ та ТБ, 70 відсотків проживає в Африці. В країнах Африки на південь від Сахари епідемія ВІЛ/СНІДу є головним чинником поширення туберкульозу за минуле десятиліття. Хоча не всі люди, інфіковані ТБ, мають симптоми, люди, які живуть з ВІЛ/СНІДом, мають набагато більший ризик захворіти на відкриту форму туберкульозу. Захворювання на туберкульоз також прискорює розвиток ВІЛ та є головною причиною смерті серед ВІЛ-інфікованих людей.

Туберкульоз можна ефективно попереджати, лікувати та контролювати, навіть якщо людина має ВІЛ. Рекомендована стратегія контролю ТБ називається DOTS та розшифровується як «суворо контрольоване лікування коротким курсом антимікобактеріальної терапії». За стратегією DOTS, коли у пацієнта діагностують заразну стадію ТБ, працівники сфери охорони здоров'я або треновані волонтери наглядають за пацієнтом, щоб він пройшов повний курс лікування. Хоча стратегія DOTS є фінансово ефективною та може вилікувати майже усіх пацієнтів у країнах, що розвиваються, за підрахунками ВООЗ, тільки 77 відсотків населення планети проживає в країнах, де впроваджується ця стратегія лікування туберкульозу. Зараз ведеться робота щодо поширення стратегії DOTS, але тільки 45 відсотків нових захворювань на ТБ, що були зареєстровані у 2003 році, отримали лікування відповідно до DOTS.

Поширення доступу до лікування DOTS дуже важливе, тому що, коли ліки не приймаються згідно з призначенням, хвороба може стати резистентною до лікарських препаратів. В такому разі ми можемо говорити про мультирезистентний туберкульоз (МР-ТБ). Поява нових резистентних штамів туберкульозу є ще одним фактором, який збільшує розповсюдженість цього захворювання. Лікування мульт-

тирезистентного туберкульозу є набагато більш коштовним та займає більше часу, ніж лікування ТБ, який не є резистентним до ліків. МР-ТБ також є набагато більш серйозним та може стати смертельним захворюванням, особливо коли людина водночас інфікована ВІЛ/СНІДом. Поширеність мультирезистентного туберкульозу дуже висока у декількох регіонах світу, в тому числі в країнах колишнього Радянського Союзу.

Зростаюча розповсюдженість МР-ТБ ще більше ускладнює глобальні зусилля з профілактики, лікування та контролю захворювання. На додаток, зростання міжнародного усвідомлення всієї серйозності подвійного захворювання на ВІЛ/СНІД та ТБ, змушує країни та організації зробити свої зусилля з боротьби з подвійною епідемією більш інтенсивними. Існують дві важливі ініціативи, спрямовані на зменшення світового тягарю від ТБ – це Глобальне партнерство «Зупинимо туберкульоз» та Глобальний Фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією.

Ініціатива «Зупинимо ТБ» – це партнерство громадських та приватних організацій, включаючи міжнародні агенції, урядові та неурядові організації, дослідницькі інститути та донорські організації, діяльність яких спрямована на посилення соціальної та політичної підтримки зусиль із запобігання розповсюдження туберкульозу. Вони фокусують свою діяльність на поширенні програм DOTS, на зв'язку між ВІЛ та ТБ, на МР-ТБ, та на розробці нових ліків, вакцин і діагностичних процедур.

Глобальний Фонд (ГФ) з боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією – це незалежна грантодавча організація, яка є значним джерелом фінансування програм контролю ТБ у країнах, що розвиваються. З моменту свого заснування у 2002 році ГФ ухвалив гранти на загальну суму 3 мільярди доларів США, з яких приблизно 13 відсотків було спрямовано на підтримку програм боротьби з туберкульозом. Глобальний Фонд та ініціатива «Зупинимо ТБ» допомагають координувати глобальні зусилля, спрямовані на контроль туберкульозу, та підтримують пріоритетність боротьби з цією хворобою. У 2004 році на Міжнародній конференції з проблем СНІДу Нельсон Мандела підтвердив необхідність цих підходів, сказавши: «Ми не зможемо виграти битву проти СНІДу, якщо не будемо боротися проти ТБ. Занадто часто туберкульоз стає смертним вироком для людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом».

Посилання

Altman, Lawrence. "Mandela Appeals to AIDS Conference to Extend Fight to TB." New York Times 16 July 2004.

<http://query.nytimes.com/gst/abstract.html?res=F30E11FE3E5E0C758DDDAE0894DC404482>

CDC National Center for HIV, STD, and TB Prevention. Questions and Answers about TB, <http://www.cdc.gov/nchstp/tb/faqs/Intro3>

The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. (2004) A Force for Change: The Global Fund at 30 Month, <http://www.theglobalfund.org/en/about/publications/forceforchange/default.asp>

The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (2005) Monthly Progress Update. July 15, 2005 Project Inform. (May 2004) HIV and TB disease, <http://www.projinf.org/fs/tuberculosis.html>

Stop TB. What is Stop TB? <http://www.stoptb.org/stop.tb.initiative/default.asp>

Stop TB. Working Groups, http://www.stoptb.org/Working_Groups/default.asp

UNAIDS. (2004) TB & HIV – Facts at a glance, <http://www.stoptb.org/events/internationalaidsconference/xv/assets/InfoPack/1GB.pdf>

UNAIDS. (2004) Women, TB & HIV – facts at a glance, <http://www.stoptb.org/events/internationalaidsconference/xv/assets/InfoPack/6GB.pdf>

WHO (2004) Global Tuberculosis Control – Surveillance, Planning, Financing, http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

WHO. (March 2004) Tuberculosis – Fact Sheet No. 104, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/>

АНТИРЕТРОВІРУСНА ТЕРАПІЯ

ВАЖЛИВА ТЕРМІНОЛОГІЯ В АНТИРЕТРОВІРУСНІЙ ТЕРАПІЇ

Термін	Значення
Антиретровірусна терапія (АРВ або АРТ)	АРВ (або АРТ) означає будь-яке лікування, що включає антиретровірусні медичні засоби. Ці ліки розроблені з метою знищувати такі ретровіруси як ВІЛ, або знижувати їх здатність до розмноження. В даний час існує 4 класи антиретровірусних препаратів: нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази (НІЗТ), нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази (ННІЗТ), інгібітори протеази (ІП) та інгібітори фузії (злиття). Всі ліки, вказані на наступних сторінках, - антиретровірусні препарати.
Комбінована терапія	Використання двох або більше антиретровірусних засобів у комбінації.
Управління з контролю за продуктами та ліками США (FDA)	Орган департаменту охорони здоров'я та соціального забезпечення США, який відповідає за безпечність та ефективність всіх лікарських засобів, біопрепаратів, вакцин та медичних приладів, включаючи ті, що використовуються для діагностики, лікування та профілактики ВІЛ-інфекції, СНІДу та СНІД-асоційованих опортуністичних інфекцій. FDA також працює з банками крові для підтримки безпеки необхідних запасів в національних банках крові.
Інгібітори фузії (злиття)	Інгібітори фузії – клас АРВ-препаратів, який блокує злиття вірусної оболонки ВІЛ з плазматичною мембраною клітини – мішені. Таким чином ВІЛ не може розмножуватись, адже вірусу необхідно бути всередині клітини, щоб відтворювати свої копії.
Генерична назва	Генерик – це медичний препарат, ідентичний (біоеквівалентний) до препарату під торговою назвою за характеристиками дозування, безпекою, силою, режимом прийому, якістю, ефективністю та призначенням. Генерична назва – це звичайна назва препарату, яка не є зареєстрованою торговою маркою та не захищається правами виробника. Назва генерику більш широко використовується в медичній літературі та ЗМІ та пишеться з маленької літери. Генерики також вважають менш коштовними, але хімічно ідентичними ліками, що виробляються компаніями, які не є винахідниками цього препарату. В деяких країнах генерики з'являються на ринку, коли на відповідні ліки закінчується ексклюзивний патент винахідника. В інших країнах виробництво генериків починається навіть до закінчення терміну патенту.
ВААРТ (Високоактивна антиретровірусна терапія)	Це режим лікування, який агресивно подавляє розмноження ВІЛ та гальмує розвиток хвороби в організмі. Зазвичай ВААРТ включає застосування трьох або більше антиретровірусних препаратів.
Нуклеозидний інгібітор зворотної транскриптази (НІЗТ)	Нуклеозидний інгібітор зворотної транскриптази – це клас АРВ-препаратів, який перешкоджає відтворенню ВІЛ, блокуючи зворотну транскриптазу – протеїн, необхідний ВІЛ для розмноження.
Ненуклеозидний інгібітор зворотної транскриптази (ННІЗТ)	Ненуклеозидний інгібітор зворотної транскриптази – клас АРВ-препаратів, який перешкоджає відтворенню ВІЛ, блокуючи зворотну транскриптазу – протеїн, необхідний ВІЛ для відтворення своїх копій. Препарати класу ННІЗТ діють дещо по-іншому, ніж ліки класу НІЗТ.
Інгібітори протеази (ІП)	Інгібітори протеази – це клас АРВ-препаратів, що блокує функціонування протеази - білка, необхідного ВІЛ для відтворення своїх копій.
Торгова/ комерційна назва оригінального препарату	Торгова або комерційна назва – це назва, встановлена виробником цього медичного засобу. Комерційна назва пишеться з великої літери.

КЛЮЧОВІ ФАКТИ ЩОДО АРВ-ТЕРАПІЇ

Раніше чи пізніше більшість ВІЛ-позитивних людей потребує лікування, проте час призначення такого лікування залежить від багатьох чинників. ВІЛ переходить в стадію СНІДу з різною швидкістю – у одних людей швидше, у інших повільніше. Приблизно третина ВІЛ-позитивних залишаються здоровими протягом 10 років без лікування. Більшість пацієнтів в країнах, де доступна терапія, починають лікуватися через 4-5 років після інфікування. У невеликого числа людей захворювання починає прогресувати набагато швидше і необхідність в лікуванні виникає набагато раніше.

На сьогодні антиретровірусна терапія (АРВ або АРТ) є єдиним ефективним методом лікування ВІЛ-інфекції. АРВ-препарати перешкоджають розмноженню вірусу імунодефіциту людини в організмі, відновлюючи роботу імунної системи, запобігають переходу ВІЛ-інфекції в стадію СНІДу, а також зводять до мінімуму ризик появи захворювань, супутніх ВІЛ-інфекції. Завдяки АРВ-терапії люди, що живуть з ВІЛ, можуть залишатися здоровими та прожити невизначено довгий час, а ВІЛ-інфекція вважається не «смертельним», а хронічним захворюванням. Якщо приймати препарати в суворій відповідності з розпорядженнями лікаря, кількість вірусу імунодефіциту в організмі знижується до мінімальної.

Антиретровірусна терапія – термін, який означає терапевтичні методи, засновані на застосуванні антиретровірусних препаратів. Ці препарати призначені для знищення ретровірусів, до яких відноситься ВІЛ, або ж зниження їх здібності до розмноження. Комбінована терапія – це використання трьох або більше медичних препаратів при лікуванні ВІЛ-інфекції. Її також називають «тритерапією» або ВААРТ (високоактивна антиретровірусна терапія). Препарати у складі комбінованої терапії атакують ВІЛ на різних етапах його життєвого циклу. В усіх країнах, де застосовується комбінована терапія, смертність від СНІДу різко знизилася.

Існує чотири класи антиретровірусних препаратів:

1. Нуклеозидний інгібітор зворотної транскриптази (НІОТ) – клас препаратів АРВ-терапії, що блокують реплікацію ВІЛ за рахунок дії на зворотну транскриптазу – фермент, необхідний ВІЛ для відтворення своїх копій (препарати: ретровір, хівід, зеріт, епівір, кобмівір, зіаген, трівізір, відекс, віреад, емтрива)
2. Ненуклеозидний інгібітор зворотної транскриптази (ННІОТ) – клас препаратів АРВ-терапії, що блокують реплікацію ВІЛ за рахунок дії на зворотну транскриптазу - фермент, необхідний ВІЛ для відтворення своїх копій. Ці препарати працюють трохи інакше, ніж НІОТ (препарати: вірамун, рескриптор, сустіва).
3. Інгібітор протеази (ІП) – клас препаратів АРВ-терапії, що блокують протеазу – фермент, необхідний ВІЛ для відтворення своїх копій (препарати: фортоваза, норвір, кріксіван, вірасепт, агенераза, калетра, рейатаз, лексива).
4. Інгібітор злиття - клас препаратів АРВ-терапії, які блокують злиття вірусної оболонки ВІЛ з плазматичною мембраною клітки-мішені. ВІЛ не може відтворюватися, якщо не знаходиться всередині клітки, і, таким чином, інгібітори злиття запобігають його відтворюванню (препарати: фузеон).

Впровадження доступу до безкоштовної АРВ-терапії приводить до радикального зниження смертності від СНІДу. Так, наприклад, в Бразилії, завдяки державній програмі стовідсоткового доступу до безкоштовної ВААРТ з 1994 по 2000 рік вдалося уникнути понад 100 тисяч смертей, які неминуче виникли б в результаті епідемії СНІДу.

Крім очевидної користі для людини, що живе з ВІЛ, та її найближчого оточення АРВ-терапія також є економічно ефективним методом лікування. Економічна ефективність лікування означає, що засоби, які витрачаються на АРВ-терапію, і відповідно, продовження життя людини, нижче, ніж медичні витрати без цього лікування. Зазвичай економічна ефективність визначається при порівнянні різних методів

або підходів до лікування того чи іншого захворювання. При цьому не враховуються такі плюси лікування як підвищення якості життя і збереження працездатності, хоча це теж важливі чинники економічної вигоди забезпечення всіх потребуючих АРВ-терапії.

До того ж АРВ-терапія дозволяє запобігати появі супутніх захворювань, які виникають на фоні зниження імунітету на стадії СНІДу, і госпіталізації пацієнтів з ВІЛ.

Хоча АРВ-терапія вимагає чималих внесків, проте вона різко знижує витрати в інших областях медичного догляду. В деяких регіонах, де АРВ-терапія стала доступна, це дозволило заощадити бюджетні витрати на медичну допомогу.

Доступність антиретровірусної терапії приводить до:

- збереження цінних людських життів;
- зменшення економічного і соціального тягаря для загального населення;
- запобігання сирітства дітей;
- зменшення тягаря і обмежень для жінок;
- зниження забобонів відносно ВІЛ;
- збільшення числа людей, які роблять тести на ВІЛ;
- запобігання нових випадків передачі ВІЛ;
- вдосконалення системи медичного догляду в цілому.

Звичайно, коли ми говоримо про доступ до лікування ВІЛ-інфекції, то маємо на увазі лише АРВ-терапію. Проте існують також інші умови для збереження здоров'я людей з ВІЛ:

- Добровільне тестування і консультування, яке допоможе людині одержувати у разі потреби медичну допомогу.
- Профілактика і лікування супутніх інфекцій, що виникають на фоні зниженого імунітету у людей, що живуть з ВІЛ.
- Боротьба із забобонами проти ВІЛ, особливо в медичних установах, в результаті яких людям, що живуть з ВІЛ, відмовляють в звичайній медичній допомозі. Часто через дискримінацію в медичних установах люди з ВІЛ позбавляються доступу до елементарного медичного сервісу, хірургічних операцій та стоматологічної допомоги.
- Впровадження ефективних програм прихильності ВААРТ для людей, що живуть з ВІЛ.
- Лікування наркозалежності, програми замісної терапії і інші служби для споживачів ін'єкційних наркотиків.
- Служби психосоціальної підтримки, які дозволяють зменшити стрес, депресію і розв'язати соціальні проблеми, що можуть перешкоджати турботі про здоров'я.

Слід розуміти, що перераховані вище компоненти є необхідною частиною програм доступу до лікування, а не їх «заступником». Виконання цих умов – добра основа для впровадження програм лікування антиретровірусними препаратами і допомога в їх ефективності.

ДОСТУП ДО АРВ-ТЕРАПІЇ В УКРАЇНІ

Успіх України у подоланні епідемії ВІЛ/СНІДу залежить від її здатності покращити доступ до лікування та допомоги. В обох цих сферах вкрай не вистачає фінансування. Як вже зазначалося, за оцінкою Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), приблизно 17 000 українців терміново потребують лікування, проте більшість з них або не мають взагалі або мають дуже обмежений доступ до антиретровірусної (АРВ) терапії. Незважаючи на таку велику потребу, державна програма лікування на 2005 рік передбачала лікування лише 2100 пацієнтів, причому більша частина вартості лікування була покрита за рахунок міжнародних донорів.

Таблиця 1. Оцінка фінансування боротьби з ВІЛ/СНІДом в Україні на 2005 рік (мільйони доларів США)¹

Джерела фінансування	Обіцяні кошти
Внутрішнє	23
Зовнішнє (без врахування ГФ)	4,1
Глобальний фонд	12,4
Разом:	39,5

Хоча Уряд та міжнародні агентства виділили на лікування у 2005 р. приблизно 12 мільйонів доларів США², за оцінками Трансатлантичних партнерів проти СНІДу (ТППС), які ґрунтуються на даних ВООЗ, Україні на проведення АРВ-терапії усім, хто на даний час її потребує, можливо буде необхідно щорічно 52 мільйони доларів США. Таким чином, у 2005 році різниця між загальною сумою фінансування, що виділяється на розширення обсягів АРВ-терапії, і сумою, яка необхідна для забезпечення лікуванням усіх, хто цього потребує, становить приблизно 40 мільйонів доларів США. Якщо подивитись на цю цифру в більш широкому сенсі, вона є більшою за загальну суму коштів на проведення лікування та допомоги на 2006-2008 рр., на яку Україна подає заявку в Глобальний фонд боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією і яка становить 38 мільйонів доларів США. Ця сума у 52 мільйони доларів США також більша за усі кошти (трохи більше 39 мільйонів доларів США), що виділяються в Україні у 2005 році на програми з ВІЛ/СНІДу.

Однією з причин, чому попередній Уряд зіткнувся з труднощами у збільшенні обсягів АРВ-терапії, була очевидна відсутність бажання вести переговори з фармацевтичними компаніями щодо зниження цін на медикаменти. Міністерство охорони здоров'я України систематично переплачувало за препарати для антиретровірусної терапії. За свідченнями організації «Лікарі без кордонів» (Médecins Sans Frontières (MSF)), яка виконує програму з антиретровірусної терапії в Одесі, у 2004 році середня вартість річної антиретровірусної терапії одного ВІЛ-позитивного пацієнта, якого лікували в системі МОЗ, складала 6 322 долари США, тоді як вартість лікування в MSF за той самий період часу була 522 долари США на рік.³

Україні ще потрібно буде розвинути комплексну та легкодоступну мережу установ, де буде проводитися лікування ВІЛ/СНІДу та надаватися допомога. За даними 2003 року, в країні на той момент було 127 закладів, де проводилося тестування на ВІЛ та консультування. Для країни з населенням 48 мільйонів та випадками ВІЛ-інфекції, зареєстрованими у кожному регіоні, цієї кількості недостатньо. АРВ-терапію проводять тільки в шести державних лікарнях, а також через невелику програму, що виконується MSF. Така кількість є недостатньою для країни, де у багатьох ВІЛ-позитивних людей нема грошей для того, щоб постійно сплачувати за проїзд до медичних установ та назад. Також не існує координації з програмами лікування туберкульозу, що є серйозною проблемою, оскільки багато людей одночасно інфіковані туберкульозом та ВІЛ. Рекомендована в усьому світі програма лікування туберкульозу, DOTS (короткий курс лікування при безпосередньому контролі медичного працівника за прийомом ліків), виконується тільки у Київській та Донецькій областях⁴, хоча є ознаки того, що Уряд України робить кроки для поширення обсягів програм DOTS.

¹За даними заявки України на продовження фінансування за програмою Глобального фонду, травень 2005 р., проект. Внутрішні кошти складаються з 7,8 мільйонів доларів США, що виділяються з державного бюджету та декількох мільйонів доларів США, які пообіцяв Фонд «Відродження»/Інститут відкритого суспільства. Зовнішні кошти складаються з грошей обіцяних USAID, Світовим банком, DFID та SIDA.

²Оцінки, зроблені дослідницькою групою ТППС, які ґрунтуються на даних Національного центру СНІДу та даних донорів.

³MSF Ukraine Draft Memo for TPAA, February 24, 2005. Prepared by Nicollette Jackson, MSF-Holland.

⁴Feshbach, Murray. HIV/AIDS in Ukraine – An Analysis of Statistics, Woodrow Wilson Center, Washington D.C., January 2005.

АНТИРЕТРОВІРУСНА ТЕРАПІЯ, ЗАТВЕРДЖЕНА FDA

Генерична назва	Комерційна назва	Клас	Дата ухвалення FDA	Опис
Зидовудин AZT, ZDV	Ретровір (Retrovir)	НІЗТ	19.03.1987	Зидовудин, також відомий як AZT або ZDV, був першим медичним засобом, який у 1987 році ухвалили для лікування ВІЛ у дорослих. У 1990 році його дозволили для використання у дітей віком від трьох місяців життя. У 1994 році зидовудин став першим дозволеним препаратом для використання серед ВІЛ-позитивних вагітних жінок для попередження передачі ВІЛ від матері до дитини під час вагітності та пологів. В таких випадках його призначають також дитині протягом перших шести тижнів життя. Зидовудин випускається у формі капсул, таблеток, сиропу та розчину для внутрішньовенних ін'єкцій.
Зальцитабін, ddC	Гівід (Hivid)	НІЗТ	19.06.1992	Зальцитабін, який також називають ddC, був дозволений у 1992 році для використання в комбінованій терапії дорослих та в педіатрії. Випускається в таблетках. <i>(В Україні не зареєстрований)</i>
Ставудин, d4T	Зеріт (Zerit)	НІЗТ	24.06.1994	Ставудин, також відомий під назвою d4T, був дозволений у 1994 році для лікування ВІЛ-інфекції у дорослих, а у 1996 році - для використання у педіатрії. Випускається у формі капсул та рідини.
Ламівудин, 3TC	Епівір (Epivir)	НІЗТ	17.11.1995	Ламівудин, який також називають 3TC, був ухвалений у 1995 році для використання у комбінованій терапії дорослих та дітей віком від трьох місяців життя. Випускається у формі рідини та таблетках.
Ламівудин/ Зидовудин, ZDV /3TC	Комбівір (Combivir)	НІЗТ	27.09.1997	Комбівір – це комбінація зидовудина та ламівудина в одній таблетці. Цей препарат також називають 3TC/ADV. У 1997 році Комбівір було дозволено використовувати для лікування дорослих та підлітків старше 12 років.
Абакавір	Зіаген (Ziagen)	НІЗТ	07.12.1998	Абакавір, також відомий як ABC, або абакавір-сульфат був ухвалений для використання у 1998 році як компонент комбінованої терапії для лікування ВІЛ у дорослих та дітей віком від трьох місяців життя. Випускається в таблетках та рідкій формі.
Абакавір/ Ламівудин/ Зидовудин, ZDV/3TC/ABC	Тризівір (Trizivir)	НІЗТ	14.11.2000	Комбінацію з абакавіру, ламівудину та зидовудину в одній таблетці створили тому, що дуже часто ці ліки призначалися разом. У 2000 році Тризівір було ухвалено для лікування дорослих та дітей з масою тіла не менше 40 кілограмів (88 фунтів).
Диданозин, ddI	Відекс (Videx)	НІЗТ	9.10.2001	Диданозин, також відомий як ddI, був ухвалений у 1991 році для лікування дорослих та дітей старше 6 місяців життя. Випускається в формі капсул, таблеток, рідини та порошку.

Тенофовір, TDF	Bіреад (Viread)	НІЗТ	26.10.2001	Тенофовір, також відомий як TDF, BisPOC та PMPA, у 2001 році був ухвалений для використання у комбінованій терапії дорослих. Випускається у формі таблеток.
Емтрицитабін FTC	Емтріва (Emtriva)	НІЗТ	02.07.2003	Емтрицитабін, також відомий як FTC, був ухвалений у 2003 році для використання у комбінованій терапії дорослих. Випускається у капсулах. <i>(В Україні не використовується)</i>
Невірапін, NVP	Вірамун (Viramun)	ННІЗТ	21.06.1996	Невірапін, який також називають Вірамун та NVP, був першим схваленим FDA нуклеозидним інгібітором зворотної транскриптази (ННІЗТ). Його ухвалили для лікування дорослих та немовлят після двох місяців життя. Його також використовують для попередження передачі ВІЛ від матері до дитини. Випускається у формі рідини та таблеток.
Делавірдин, DLV	Рескриптор (Rescriptor)	ННІЗТ	04.04.1997	Делавірдин, також відомий як Рескриптор та DLV, був схвалений у 1997 році як компонент комбінованої терапії дорослих. Випускається в таблетках. <i>(В Україні не сертифікований)</i>
Іфавіренц	Сустива (Sustiva, Stocrin)	НІЗТ	17.09.1998	Іфавіренц, також відомий як Сустива, Стокрин та EFV, був ухвалений у 1998 році для лікування дорослих та дітей від трьох років. Випускається у капсулах.
Саквінавір	Фортоваза, Інвіраза (Fortovase, Invirase)	ІП	Інвіраза – 06.12.1995, Фортоваза – 07.11.1997	Цей препарат доступний в двох формах. Саквінавір, що також називається Фортоваза, був першим ухваленим FDA інгібітором протеази (ІП). Його схвалили для лікування дорослих та дітей від 16 років. Фортоваза призначається частіше і випускається у формі м'яких желатинових капсул з рідким наповнювачем. Саквінавір месилат, також відомий як Інвіраза, був схвалений у 1995 році. Це перший інгібітор протеази, ухвалений FDA. Випускається в формі твердих желатинових капсул; завжди застосовується разом з Ритонавіром. Обидва препарати схвалені для використання в комбінованій терапії.
Ритонавір ABT-538	Норвір (Norvir)	ІП	01.03.1996	Ритонавір, також відомий як Норвір, у 1996 році був ухвалений для використання в комбінованій терапії дорослих, а у 1997 році - для дітей від двох років життя. Випускається в формі м'яких желатинових капсул та рідини.
Індінавір IDV	Криксіван (Crixivan)	ІП	13.03.1996	Індінавір, також відомий як Криксіван, був затверджений в 1996 році для комбінованої терапії дорослих. Випускається у формі капсул.
Нелфінавір, NFV	Вірасепт (Viracept)	ІП	14.03.1997	Нелфінавір месилат, який також називається Вірасепт, був ухвалений у 1997 році для використання в комбінованій терапії дорослих та дітей від двох років. Також використовується для пост-контактної профілактики випадкового інфікування ВІЛ. Випускається у формі таблеток.

Ампренавір	Агенераза (Agenerase)	ІП	15.04.1999	Ампренавір, що також називається Агенераза, був ухвалений у 1999 році для використання у комбінованій терапії дорослих та дітей з чотирьох років. Випускається у формі м'яких желатинових капсул або рідини для перорального використання. (В Україні не сертифікований)
Лопінавір/ Ритонавір	Калетра (Kaletra)	ІП	15.09.2000	Комбінація лопінавіра та ритонавіра, також відома як Калетра, була ухвалена у 2000 році для комбінованої терапії дорослих та дітей від шести місяців життя. Випускається в формі капсул та рідини.
Атазанавір	Рейатаз (Reyataz)	ІП	20.06.2003	Атазанавір, також відомий як Рейатаз, був ухвалений у 2003 році для використання у комбінованій терапії дорослих. Випускається у капсулах. Відмінність атазанавіра від інших інгібіторів протеази полягає в тому, що пацієнти, у яких сформувалась резистентність до цього засобу, можуть продовжувати приймати інші препарати цього класу.
Фосампренавір	Лексива (Lexiva)	ІП	20.10.2003	Фосампренавір, також відомий як Лексива або 908, був ухвалений у 2003 році для використання у комбінованій терапії дорослих та дітей віком 16 років та старше. Випускається в формі таблеток.
Енфувіртид, Т-20	Фузеон (Fuzeon)	Інгібітор фузії	13.03.2003	Енфувіртид, також відомий як Фузеон або Т-20, був ухвалений у 2003 році для використання у комбінованій терапії дорослих та дітей від шести років життя. Випускається у формі розчину для підшкірних ін'єкцій.
Абакавір/ ламівудин	Епіком (Epzicom)	НІЗТ	02.08.2004	Епіком, також відомий як абакавір та ламівудин - це комбінований препарат, в який входять два антиретровірусних засоби: абакавір-сульфат (Зіаген) та ламівудин (Епівір). Обидва препарати належать до класу нуклеозидних інгібіторів зворотної транскриптази (НІЗТ). Епіком ухвалили 02 серпня 2004 року для лікування ВІЛ-інфекції у дорослих. Цей препарат слід використовувати в комбінації з іншими типами антиретровірусних препаратів.
Тенофовір	Трувада (Truvada)	НІЗТ	02.08.2004	Трувада містить два АРВ-препарати: емтрицитабін (Емтріва) та тенофовір дисопроксил фумарат (Віреад). Обидва препарати входять до класу нуклеозидних інгібіторів зворотної транскриптази (НІЗТ). Труваду було схвалено FDA 02 серпня 2004 року, як комбінований засіб для використання з іншими АРВ-препаратами в комбінованій терапії для лікування вірусу ВІЛ-1 у дорослих.
Типранавир	Аптивус (Aptivus)	ІП	22.06.2005	Аптивус, що виробляється компанією Boehringer Ingelheim, був ухвалений FDA для лікування ВІЛ у червні 2005 року. Аптивус/рітонавір призначають лише тим ВІЛ-позитивним особам, для яких інші види АРВ-препаратів виявилися неприйнятними. Аптивус можна вживати у комбінації з Норвіром (рітонавіром) та щонайменше ще двома АРВ-препаратами.

КЛЮЧОВІ ФІГУРИ У БОРОТЬБІ З ВІЛ/СНІДОМ ТА КОНТАКТНІ АДРЕСИ

Наведена нижче інформація призначена для того, щоб показати масштаби діяльності деяких видатних світових лідерів, що беруть участь у боротьбі з пандемією ВІЛ/СНІДу. На цих сторінках представлені люди з усього світу, які беруть активну участь у медичних, соціальних, політичних, економічних та культурних аспектах цієї кризи. Дехто з цих людей стояв на вищих етапах руху боротьби з ВІЛ/СНІДОМ, інші внесли свій вклад нещодавно; дехто продовжує вести свою роботу й зараз, залишаючись незамінним джерелом знань та координатором зусиль в даній області, заслуги інших мають величезне історичне значення – завдяки їм ми отримали розуміння природи пандемії. Усюди, де це можливо, ми надаємо в тексті корисні посилання на веб-сайти, які можуть допомогти вам отримати докладнішу інформацію про кожного з цих людей та організацій, з якими вони співпрацюють.

Створювати подібні списки – справа завжди невдячна, адже завжди існує ймовірність, що хтось з читачів залишиться розчарованим або роздратованим. Звичайно, цей список не є вичерпним і включає лише найвідоміших з усіх видатних людей, які беруть участь у боротьбі з ВІЛ/СНІДОМ. Проте ми віримо, що по тим людям, яких ми представили нижче, можна скласти уявлення про багатьох інших, що присвятили свої зусилля цій справі.

У СВІТІ

Кофі Аннан

Кофі Аннан, уродженець Гани, був обраний на посаду Генерального секретаря ООН у 1997 році, і сьогодні працює вже другий строк на цій посаді. Кофі Аннан завжди закликав і закликає світову громадськість приділяти підвищену увагу проблемам ВІЛ/СНІДу; пандемію ВІЛ/СНІДу він назвав пріоритетною задачею для себе особисто. У 2001 році Кофі Аннан оголосив про скликання Спеціальної сесії Генеральної асамблеї ООН з ВІЛ/СНІДу, яка стала важливою віхою у боротьбі з пандемією. Кофі Аннан також є автором “Заклику до дії”, що складається з п’яти етапів, завдяки якому було створено Глобальний Фонд для боротьби зі СНІДОМ, туберкульозом і малярією. У 2001 році Кофі Аннану було присуджено Нобелівську премію миру. (www.un.org)

Терьє Андерсон

Терьє Андерсон є виконавчим директором Національної асоціації людей, які живуть з ВІЛ/СНІДОМ (NAPWA), що розміщується у Вашингтоні. NAPWA захищає права і діє від імені всіх людей, які живуть з ВІЛ/СНІДОМ, у США та в усьому світі. Андерсон також був членом Консультативного комітету з питань СНІДу Федеральної служби охорони здоров’я США – органа, який забезпечує збір та надання необхідної інформації про політику в галузі ВІЛ/СНІДу для міністра охорони здоров’я і соціального забезпечення США та його заступника. У період з 1995 по 2002 роки Терьє Андерсон був членом Президентського консультативного комітету з ВІЛ/СНІДу, а його загальний стаж роботи у цій галузі складає більше 20 років. Сам Андерсон живе з ВІЛ/СНІДОМ вже багато років. (www.napwa.org)

Боно

Головний вокаліст ірландської рок-групи U2 Боно використовує власну популярність для того, щоб привернути увагу політиків до проблем ВІЛ/СНІДу та бідності в африканських країнах. Боно вже давно бере активну участь у соціальних ініціативах. У 2002 році він став одним з авторів ініціативи DATA (“Борги, СНІД, Торівля, Африка”). За допомогою цієї ініціативи Боно намагається переконати уряди процвітаючих держав у необхідності збільшення обсягу ресурсів, що виділяються країнам Африки, та скасування їхнього боргу для того, щоб ці гроші можна було спрямувати безпосередньо на боротьбу зі СНІДОМ та на рішення інших соціальних проблем. (www.data.org)

Вільям Клінтон

Білл Клінтон був президентом США протягом двох строків, з 1992 по 2000 рік. У 2003 році він оголосив про створення Фонду Клінтона для боротьби з ВІЛ/СНІДом. У межах цієї ініціативи вдалося переконати п'ять найкрупніших виробників непатентованих лікарських препаратів (генериків) значно знизити ціни на препарати антиретровірусної терапії для країн, що розвиваються. Це стало одним з найбільших успіхів цієї ініціативи. На Міжнародній конференції зі СНІДу у Барселоні в 2002 році Клінтон заявив: "Все ще існують люди, які вважають, що СНІД уражує тільки тих, хто веде інший спосіб життя. Але ми всі знаємо про його жертви". (www.clintonpresidentialcenter.com)

Макс Ессекс

Доктор Ессекс є головою Інституту СНІДу у Гарварді та Департаменту імунології та інфекційних хвороб в Гарвардській Школі охорони здоров'я. Він був одним з перших науковців, які описали механізм передачі ВІЛ, привертаючи особливу увагу до небезпечності переливання зараженої крові. Його останні дослідження молекулярної ідентифікації та генетичних варіацій вірусу були незамінними у розробці тестів для діагностики ВІЛ та пошуку вакцини. У 1985 році доктор Ессекс та його колеги заснували Центр дослідження СНІДу та тренінгів у Дакарі, Сенегал. (www.aids.harvard.edu/index.html)

Ентоні Фосі

Д-р Фосі – один з перших вчених, який розпочав вивчення ВІЛ, і один з найстарших представників органів влади США, які ведуть координацію досліджень у галузі ВІЛ/СНІДу. У 1984 році він став Директором Національного інституту алергології та інфекційних захворювань – науково-дослідницького і лікувального закладу США, де ведуться широкомасштабні дослідження методів профілактики, діагностики та лікування інфекційних захворювань, в тому числі ВІЛ/СНІДу. Д-р Фосі є одним з ведучих радників з питань глобальної епідемії СНІДу Білого дому і Міністерства охорони здоров'я та соціального забезпечення США. Він зробив значний внесок у галузь базових та клінічних досліджень захворювань імунної системи. (www.niaid.nih.gov/)

Річард Фічем

Д-р Фічем працює у сфері міжнародної охорони здоров'я вже більше 30 років. У 2002 році його призначили першим виконавчим директором Глобального Фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією. Під час вступу на цю посаду д-р Фічем сказав: "Задача Фонду – виділення великих грошових ресурсів на організацію заходів боротьби з цими жакливими захворюваннями та покращення якості життя мільйонів сімей в усьому світі". До того як стати директором Фонду, д-р Фічем був засновником і керівником Інституту глобальних проблем охорони здоров'я у Сан-Франциско. (www.theglobalfund.org)

Роберт Галло

Д-р Галло – директор Інституту вірусології людини Мерилендського біотехнологічного інституту. На початку 1980-х рр. він відкрив вірус імунodefіциту людини, що викликає СНІД. У той самий час той самий вірус був знайдений д-ром Монтаньє у Франції. У результаті досліджень д-ра Галло та його лабораторії були також розроблені тести для аналізу крові на ВІЛ. Протягом деякого часу не було єдиної думки про те, хто ж все-таки є першовідкривачем вірусу. В решті решт, медичні кола США і Франції дійшли згоди щодо того, що честь першовідкривача вірусу належить обом вченим. У 2002 році д-р Галло і д-р Монтаньє оголосили про початок спільної роботи в межах Програми міжнародного співробітництва у галузі вірусології, спрямованої на розширення міжнародних досліджень у галузі розробки вакцини проти ВІЛ/СНІДу. (www.umbi.umd.edu)

Вільям (Білл) Гейтс

Білл Гейтс очолює корпорацію Microsoft і є одним із засновників Фонду Білла і Мелінди Гейтс. У 2003 році Фонд виділив US\$500 млн. на проведення різноманітних міжнародних кампаній по боротьбі з ВІЛ/СНІДом. З моменту свого заснування у 2000 році Фондом були виділені мільярди доларів на різні заходи, спрямовані на зміцнення здоров'я людства, зокрема, в галузі боротьби з ВІЛ/СНІДом, тубер-

кульозом, інфекційними захворюваннями, а також у галузі репродукції та дитячого здоров'я. (www.gatesfoundation.org)

Хелен Гейл

Д-р Гейл очолює Програму з ВІЛ, ТБ і репродуктивного здоров'я Фонду Білла і Мелінди Гейтс. Крім того, вона є президентом Міжнародного суспільства з проблем СНІДу – організатора міжнародних конференцій зі СНІДу, які проходять кожні два роки. Д-р Гейл є співголовою Глобальної робочої групи з профілактики ВІЛ, яка об'єднує спеціалістів з ВІЛ/СНІДу з різних країн світу й працює під егідою Фонду Білла і Мелінди Гейтс та Фонду сім'ї Кайзер. До того, як розпочати роботу у Фонді Білла і Мелінди Гейтс, Хелен Гейл була директором Національного центру США з профілактики ВІЛ, ІПСШ та ТБ. (www.gatesfoundation.org)

Річард Гір

Американський актор Річард Гір є одним з активістів боротьби проти СНІДу. Спочатку він співпрацював у США з такими організаціями як Фонд Елізабет Глейзер з проблем СНІДу у педіатрії. Пізніше в Індії він заснував Індійський трастовий фонд Гіра. У 2004 році, разом з Фондом сім'ї Кайзера та іншими організаціями Річард Гір брав участь у проведенні широкомасштабної просвітницької кампанії в Індії. (www.gerefoundation.org) (www.heroesprojectindia.org)

Елізабет Глейзер

Елізабет Глейзер була співзасновником та директором Фонду СНІДу в педіатрії до самої смерті у 1997 році. Глейзер стала активісткою цієї справи після того, як вона з'ясувала, що їй було зроблено переливання інфікованої крові у 1981 році та що вона передала вірус своїм двом дітям. Після смерті доньки, обурена браком досліджень ВІЛ/СНІДу у педіатрії, Глейзер заснувала у 1988 році Фонд, метою якого стала підтримка досліджень та профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини. Фонд, який після її смерті офіційно став Фондом СНІДу в педіатрії ім. Елізабет Глейзер, є лідером у лікуванні та профілактиці ВІЛ/СНІДу серед дітей у країнах, що розвиваються. (www.pedaids.org/)

Пол Фармер

Д-р Фармер займається питаннями медицини та медичної антропології і бере активну участь у боротьбі з ВІЛ/СНІДом на Гаїті. Він став широко відомим завдяки власному внеску у розробку нових методів і підходів до організації лікування ВІЛ/СНІДу і ТБ в умовах обмежених ресурсів, які засновані на залученні місцевих громад. У 1987 році, коли він ще був студентом-медиком, Пол Фармер став одним із засновників організації "Партнери в ім'я здоров'я" – ініціативі в галузі охорони здоров'я, яка діє на базі місцевих громад і спрямована на підтримку людей зі СНІДом та іншими інфекційними захворюваннями. З 1991 року Фармер працює виконавчим директором цієї організації. Крім того, д-р Фармер працює як лікар-інфекціоніст, і очолює Відділ соціальної медицини та проблем нерівності в охороні здоров'я у лікарні Brigham and Women's Hospital, у Бостоні, штат Массачусетс. У 1993 році д-р Фармер був удостоєний нагороди «Геній» Фонду Мак-Артура. (www.pih.org)

Стівен Льюїс

Спеціальний посол ООН з проблем ВІЛ/СНІДу в Африці. Він широко відомий як талановитий та запальний оратор, який приділяє особливу увагу проблемам дітей, чиїх життів торкнувся СНІД. Крім того, Стівен Льюїс очолює однойменний фонд, що ставить перед собою такі задачі: підтримка жінок, які вмирають від СНІДу, і дітей, які стали сиротами у результаті цієї хвороби, а також надання допомоги людям, які живуть зі СНІДом, з боку неурядових організацій. Раніше Стівен Льюїс займав посаду заступника виконавчого директора дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ), а також був послом Канади в ООН. (www.stephenlewisfoundation.org) (www.unaids.org)

Джонатан Манн

Д-р Манн – яскрава і впливова фігура міжнародного руху боротьби з ВІЛ/СНІДом. Цей талановитий дослідник і активіст боротьби за права людини загинув у авіакатастрофі під час подорожі на конференцію зі СНІДу у 1998 році. У 1986 він брав участь у створенні й організації роботи Глобальної програми ВООЗ зі СНІДу. Він підкреслював важливість дотримання прав людини у контексті стратегії ВООЗ з протидії

ВІЛ/СНІДу і намагався переконати міністрів охорони здоров'я десятків країн в обґрунтованості такого підходу. Одного разу він поставив таке питання: «Кажуть, що марно намагатися змінити світ. Але чи зможе світ змінитися, якщо ми не будемо навіть намагатися?» (www.doctorsoftheworld.org/about/about_details.cfm?QID=1327)

Микола Недзельський

Захисник прав людей, які живуть із ВІЛ/СНІДом у Росії. Став одним з перших привертати увагу до цих проблем на початку 1990-х рр. Недзельський є директором московського центру «ІНФО-плюс», де здійснюється збір, класифікація і розповсюдження інформації про ВІЛ/СНІД і працює гаряча телефонна лінія. Часто до послуг Центру звертаються журналісти, яким необхідно отримати інформацію про тих, хто живе із ВІЛ/СНІДом у Росії «з перших рук», а також інші відомості про епідемію. (www.aids.ru)

Вадим Покровський

Д-р Покровський – керівник федерального центру Мінохорони здоров'я Росії з профілактики й боротьби зі СНІДом. Виступав з попередженнями про те, що реальна кількість ВІЛ-інфікованих у Росії перебільшує дані офіційної статистики. Д-р Покровський намагається переконати уряд у необхідності розробки більш скоординованого підходу до боротьби з епідемією. (www.pcr.ru/)

Джеффри Сакс

Професор Сакс, який є директором Інституту Землі університету Колумбія в Нью-Йорку, один з найбільш відомих у світі вчених-економістів. Широко відомий завдяки своїй спільній роботі з урядами різних країн і міжнародними організаціями з боротьби з бідністю, хворобами та за зниження боргового тягаря для бідних країн. Закликає бідні країни призупинити сплату боргів багатим кредиторам і замість цього спрямувати кошти на боротьбу з ВІЛ/СНІДом та рішення інших нагальних проблем суспільства. Професор Сакс попереджує, що епідемія СНІДу «набуває вибухового характеру. Її наслідки змусять світ здригнутися». Раніше професор Сакс працював 20 років у Гарвардському університеті. (www.earth.columbia.edu)

Рендал Тобіас

У 2003 році президент США Джордж Буш вибрав посла Рендала Тобіаса першим координатором Адміністрації президента з глобальних питань СНІДу. Як координатор він здійснює контроль усіх міжнародних ініціатив США з протидії захворюванню. До цього посол Тобіас обіймав посаду президента і головного виконавчого директора фармацевтичної компанії Eli Lilly. Рендала Тобіаса й Адміністрацію часто критикують через те, що вони приділяють надмірну увагу утриманню від сексу як засобу профілактики ВІЛ/СНІДу. У 2004 році на Міжнародній конференції зі СНІДу у Бангкоку він змалював своїм критикам політику Адміністрації такими словами: «Сьогодні найбільш критичною помилкою було б дозволити пандемії розділити нас». (www.state.gov/s/gac)

Денні Гловер

Американський актор та активний учасник боротьби з ВІЛ/СНІДом. Починаючи з 1998 року, є Послом доброї волі Програми розвитку ООН (UNDP). Під час роботи на цій посаді Денні Гловер проводить багато часу в країнах Африки та Карибського басейну, приділяючи особливу увагу проблемам молодих людей з ВІЛ/СНІДом. У 2000 році він брав участь у роботі Міжнародної конференції зі СНІДу в Дурбані, Південна Африка, де познайомився з рядом проектів з боротьби з пандемією. Гловер також є учасником Трансафриканського форуму, організації в США, яка займається проблемами СНІДу та іншими труднощами, з якими стикаються африканські країни. (www.undp.org) (www.transafricaforum.org)

Юсуф Хамід

Д-р Хамід є головою індійської фармацевтичної компанії Cipla. У 2001 році компанія Cipla оголосила про свої плани продавати непатентовані комбіновані препарати («генерики») для лікування СНІДу за значно нижчими цінами, чим викликала гостру критику з боку інших фармацевтичних компаній. У комбінованих препаратах до складу однієї таблетки входить декілька антиретровірусних препаратів. Д-р

Хамід оголосив, що ціни на препарати Cipla будуть встановлені таким чином, щоб вартість лікування одного пацієнта протягом року складала біля US\$350, а не US\$10 000, як це було раніше. (www.cipla.com)

Дейвід Хо

Д-р Хо – директор Центру ім. Аарона Даймонда з дослідницьких проблем СНІДу, Нью-Йорк. У 1996 році журнал TIME відзначив його титулом «Людина року» за видатні результати досліджень у цій галузі. Працюючи лікарем у Лос-Анджелесі на початку 80-х рр., д-р Хо був свідком перших випадків захворювання на СНІД. У подальшому за результатами його досліджень ВІЛ/СНІДу були розроблені «коктейлі проти СНІДу», які складаються з декількох антиретровірусних препаратів. Комбінована терапія допомогла значно знизити смертність від СНІД-асоційованих хвороб серед пацієнтів. Зараз д-р Хо бере участь у роботі Китайської ініціативи з боротьби зі СНІДом, у межах якої залучаються партнери для розробки програм лікування і догляду, мобілізації лідерства, просвітницьких програм, а також укріплення груп громадянського суспільства, які беруть участь у боротьбі з ВІЛ/СНІДом. (www.adarc.org) (www.chinaaidsinitiative.org/)

Джим Йонг Кім

Д-р Кім є директором Департаменту з ВІЛ/СНІДу Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), він очолює Ініціативу «3х5», яка поставила за мету забезпечити доступ до антиретровірусної терапії для 3 мільйонів людей у країнах, що розвиваються, до 2005 року. Відомий лікар-антрополог д-р Кім, разом з д-ром Полом Фармером, є засновником організації «Партнери в ім'я здоров'я» - некомерційної організації, яка веде роботу в багатьох найбідніших регіонах світу. Крім того, д-р Кім тісно співпрацює з медичним факультетом Гарвардського університету та клінікою Brigham and Women's Hospital, Бостон, штат Массачусетс. У 2003 році був удостоєний нагороди «Геній» Фонду Мак-Артура. (www.who.org) (www.pih.org)

Мерсі Махаламеле

У 1993 стала першою чорношкірою жінкою в ПАР, яка прилюдно заявила про свій ВІЛ+ статус і розпочала кампанію боротьби зі стигматизацією. Вона є членом і засновником Південноафриканської асоціації людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом, та кампанії із забезпечення дієвого лікування (ТАС). У 2004 році за її зусилля у боротьбі зі стигматизацією та пропагування необхідності забезпечення більш широкого доступу до лікування, догляду і підтримки для людей з ВІЛ/СНІДом Фонд сім'ї Кайзер відзначив її нагородою ім. Нельсона Мандели «Здоров'я і права людини». Махаламеле також є членом національного консультативного комітету національної програми ПАР з профілактики ВІЛ серед молоді (loveLife). (www.tac.org.za) (www.kff.org/southafrica/mandela2004.cfm) (www.lovelife.org.za)

Нельсон Мандела

Перед тим як стати активним учасником міжнародного руху проти ВІЛ/СНІДу, Нельсон Мандела зазнав критики за те, що, перебуваючи на посаді президента ПАР, вживав недостатньо активні заходи з протидії епідемії. Ним була створена Глобальна кампанія 46664, спрямована на підвищення поінформованості суспільства, пропагування необхідності забезпечення догляду та лікування, а також залучення необхідних ресурсів. У 2004 році, у своїй промові на Міжнародній конференції зі СНІДу в Бангкоку Нельсон Мандела заявив: «Я був в'язнем під номером 46664, і в моєму серці є особливе місце для всіх тих, кому відмовляють в основних правах людини». Мандела також закликав приділяти більше уваги зв'язку між СНІДом і ТБ. (www.46664.tiscali.com) (www.nelsonmandela.org)

Табо Мбекі

Президент ПАР Табо Мбекі – досить суперечлива фігура у світлі боротьби з ВІЛ/СНІДом. У 1999 році Мбекі заявив, що ВІЛ сам по собі не може призвести до СНІДу і прилюдно піддав сумніву ефективність антиретровірусної терапії. До 2002 року під його керівництвом уряд ПАР значно збільшив масштаб заходів з профілактики й лікування захворювання. Зараз дії Мбекі базуються на положенні, що ВІЛ дійсно призводить до розвитку СНІДу. У 2005 році Мбекі окреслив південноафриканську програму боротьби з ВІЛ/СНІДом як «найкращу у світі». (www.southafrica.info)

Люк Монтаньє

У 1983 році д-р Монтаньє (Інститут Пастера, Франція) відкрив вірус, що викликає СНІД, вірус імунodefіциту людини. Честь цього наукового відкриття д-р Монтаньє розділив із д-ром Галло (США). У 1986 році в лабораторії д-ра Монтаньє було відкрито вірус ВІЛ-2, розповсюджений головним чином у країнах Західної Африки. Сьогодні д-р Монтаньє є президентом Глобального фонду з профілактики та досліджень СНІД. У 2002 році д-р Галло і д-р Монтаньє оголосили про початок спільної роботи в межах Програми міжнародного співробітництва у галузі вірусології, яка спрямована на розширення міжнародних досліджень у галузі розробки вакцини проти ВІЛ/СНІДу. (www.pasteur.fr)

Пітер Піот

Д-р Піот був призначений першим виконавчим директором ЮНЕЙДС у 1995 році і продовжує працювати на цій посаді й сьогодні. Він координує спільні зусилля десяти організацій з протидії ВІЛ/СНІДу. Д-р Піот має багаторічний досвід роботи у сфері суспільної охорони здоров'я. У 1976 році він брав участь у роботах, в результаті яких було відкрито вірус Ебола в Заїрі. У 1980-х він зробив значний внесок у розуміння природи розповсюдження епідемії в Африці. Обіймаючи посаду виконавчого директора ЮНЕЙДС, він заявив: «Кошти, що витрачаються на боротьбу зі СНІДом, у тисячу разів окупляться врятованими життями й укріпленням суспільств». (www.unaids.org)

Пауло Тейксейра

Д-р Тейксейра обіймав посаду директора Департаменту ВІЛ/СНІДу Всесвітньої організації охорони здоров'я. Він отримав міжнародне визнання за свою роботу з боротьби з ВІЛ/СНІДом у Бразилії та інших країнах Латинської Америки. Д-р Тейксейра був директором Національної програми з ІПСШ/СНІДу Міністерства охорони здоров'я Бразилії, де у 1983 році створив першу національну програму з протидії СНІДу. Д-р Тейксейра одним з перших у Бразилії почав виступати за забезпечення всезагального безкоштовного доступу до АРТ, пізніше ця модель була запозичена іншими країнами, що розвиваються, для боротьби з ВІЛ/СНІДом. (www.who.int/hiv/en/) (www.aids.gov.br/indexingl.htm)

Ван Янхай

Д-р Ван – один з найбільш видатних активістів у боротьбі зі СНІДом у Китаї. У 1994 р. він створив проект з протидії СНІДу «AIZHI (AIDS) Action Project». Для багатьох китайців проект AIZHI є єдиним джерелом інформації про ВІЛ/СНІД. Д-р Ван організував першу телефонну інформаційну гарячу лінію з ВІЛ/СНІДу, а також веб-сайт, можливості якого зараз широко використовуються. Його активна діяльність стала причиною його відставки з Міністерства охорони здоров'я Китаю. У 2002 році він провів деякий час під арештом. У 2005 році д-р Ван організував конференцію за участю юридичної школи Шанхайського університету та Організації нагляду за дотриманням прав людини, яка стала видатною подією та на якій обговорювалася зростаюча небезпека поширення ВІЛ/СНІДу у Китаї. (www.aizhi.org)

Дебреворк Зевді

Д-р Зевді – директор Глобальної програми Всесвітнього Банку з ВІЛ/СНІДу. Її діяльність завжди була присвячена проблемам ВІЛ/СНІДу, зокрема, в африканських країнах. Перед тим, як стати директором Глобальної програми, д-р Зевді очолювала кампанію з боротьби зі СНІДом в Африці (ACTAfrica), яку проводив Всесвітній Банк. До 1994 року, коли вона почала свою роботу у Всесвітньому Банку як співробітник міжнародної організації здоров'я сім'ї Family Health International, д-р Зевді координувала роботу програм з боротьби зі СНІДом у шістнадцятих африканських країнах. (www.worldbank.org)

Вафаа Ель-Садр

Доктор медичних наук Вафаа Ель-Садр є директором Міжнародного центру програм лікування та догляду за хворими на СНІД (ICAP), створеного Школою громадського здоров'я ім.Майлмана при Колумбійському університеті. ICAP координує ряд ініціатив з боротьби з ВІЛ/СНІДом спільнотам, що знаходяться за межею бідності. Д-р Ель-Садр також є одним із засновників та директорів Центру досліджень інфекційних та епідеміологічних захворювань (CIDER) та професором клінічної медицини та епідеміології у Школі ім. Майлмана. Д-р Ель-Садр є головою Відділу інфекційних захворювань у Центральній лікарні Гарлема. (<http://www.mailman.hs.columbia.edu/>) (<http://www.columbia-icap.org>)

Анатолій Кінах

Анатолій Кінах – лідер групи громадських організацій – Українського союзу промисловців та підприємців (УСПП), Федерації роботодавців України, Українсько-німецького форуму, Партії промисловців і підприємців України. Однак його громадська діяльність не обмежується сферами економіки. В березні 2004 року він взяв участь у Трансатлантичному самміті представників ділового співтовариства і трудових організацій з питань ВІЛ/СНІДу, головною темою якого були організація партнерства держави, приватного сектору економіки, громадських організацій і найманих працівників у боротьбі зі СНІДом. Результатом самміту стало об'єднання зусиль УСПП, Російського союзу промисловців та підприємців та громадської організації «Трансатлантичні партнери проти СНІДу» для запобігання поширенню епідемії. (<http://www.kinah.com.ua/index/>)

Володимир Литвин

Володимир Литвин – Голова Верховної Ради України, політик, народний депутат та громадський діяч. Володимир Михайлович є одним з активних учасників боротьби з ВІЛ/СНІДом. Він бере участь у різноманітних заходах, присвячених боротьбі з епідемією, що проводяться як державними, так і недержавними організаціями, та сприяє їх активній діяльності. У рамках цієї діяльності Володимир Литвин ініціював створення Тимчасової спеціальної комісії Верховної Ради України з проблем ВІЛ-інфекції, туберкульозу та наркоманії, яка доклала значних зусиль у справі інформування та надання ретельного аналізу тим, хто визначає політичний курс країни, а також у залученні людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом, до процесу формування політики. «Останніми роками занадто легко порушувалися права людини у відношенні до людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом; лідери повинні працювати над тим, щоб права усіх громадян захищалися в однаковій мірі та щоб це було дійсно так», - зазначає він. (<http://www.rada.gov.ua/>)

Джон Тедстром

Джон Тедстром – президент міжнародної благодійної організації «Трансатлантичні партнери проти СНІДу», один з піонерів руху боротьби з ВІЛ/СНІДом на теренах колишнього СРСР, активний громадський діяч, автор численних науково-популярних видань та статей. До 2003 року Джон обіймав посаду віце-президента Програми політичних досліджень та Програми глобальної безпеки Інституту «Схід-Захід». Під час роботи в Інституті Джон виступив з ініціативою створення Робочої групи «США-Росія у боротьбі проти ВІЛ/СНІДу». У липні 2003 року пан Тедстром заснував міжнародну благодійну організацію «Трансатлантичні партнери проти СНІДу» (ТППС), завданням якої є боротьба з ВІЛ/СНІДом в Росії, Україні та сусідніх країнах. За минулі роки діяльність ТППС в Росії та Україні відзначилася багатьма успішно реалізованими програмами боротьби з ВІЛ/СНІДом, резонансними медіа-кампаніями та широкомасштабними подіями. (www.tpaa.net) (www.tpaa.ru)

Володимир Жовтяк

Володимир Жовтяк - Директор Всеукраїнської мережі людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом, заступник голови Національної Координаційної Ради з питань запобігання поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні. Пан Жовтяк є одним з провідних лідерів українського недержавного сектору, що спрямовує свою діяльність на боротьбу з ВІЛ/СНІДом. Основними його досягненнями можна вважати створення мережі ВІЛ-сервісних організацій по всій Україні, які не лише надають підтримку та догляд ВІЛ-позитивним людям, але й мають вплив на формування загальнодержавної політики у цій сфері. На сьогодні Володимир є Головою Східноєвропейського та центральноазіатського об'єднання організацій людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом, та бере активну участь в обговоренні соціальної політики, проблем дотримання прав людини і дискримінації ВІЛ-позитивних людей в Україні. (<http://www.network.org.ua>)

Алла Щербинська

Алла Щербинська - Директор Українського Центру профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом, Голова Комітету з питань лікування, догляду та підтримки Національної координаційної ради України з питань запобігання поширенню ВІЛ/СНІДу. Алла Михайлівна є одним з найкращих професіоналів в Україні, що

займається координуванням діяльності СНІД-центрів, розробкою методичної та нормативної бази в галузі боротьби зі СНІДом, епідеміологічним наглядом за поширенням ВІЛ/СНІДу, а також питаннями вертикальної трансмісії ВІЛ/СНІДу. (<http://www.health.gov.ua>)

Катерина Ющенко

Катерина Ющенко є Головою Наглядової ради фонду «Україна 3000», який підтримує численні ініціативи, у тому числі щодо охорони здоров'я. Пані Ющенко наголосила, що одним з її пріоритетів, як дружини Президента України Віктора Ющенка, буде робота з дітьми, зокрема з тими, які живуть з ВІЛ/СНІДом. Пані Ющенко має чималий досвід реалізації програм допомоги дітям, особливо сиротам. (www.president.gov.ua)

Олена Франчук

Фонд Олени Франчук був створений у вересні 2003 року. Це один з небагатьох українських приватних фондів, що спрямовує свої зусилля на підвищення громадської свідомості щодо ВІЛ/СНІДу та допомогу людям, що живуть з вірусом імунодефіциту. У фокусі діяльності Фонду Олени Франчук – реалізація програм боротьби з поширенням ВІЛ/СНІДу серед молоді, зокрема, за допомогою широкомасштабних медіа-кампаній. (www.antiaids.org)

Віталій та Володимир Кличко

Брати Віталій та Володимир Клички – всесвітньо відомі українські спортсмени та активні громадські діячі. Їх діяльність поширюється на різноманітні благодійні проекти, зокрема щодо дітей-сиріт. Так, у лютому 2004 року брати Клички взяли участь в якості господарів у щорічному благодійному кінофестивалі «Cinema For Peace». Фестиваль став не лише мистецькою акцією, а й благодійним аукціоном, кошти якого були передані UNICEF та Американському Фонду боротьби з ВІЛ/СНІДом, що був заснований Елізабет Тейлор. Ці кошти були спрямовані на допомогу насамперед ВІЛ-позитивним дітям, що мають велику потребу в них. (www.klitschko.com/news/index.php3?read=200402003&part=ua) (<http://fcdk.kiev.ua>)

Співачки Марія Бурмака та Ані Лорак

Марія Бурмака є на передовій руху підвищення громадської свідомості щодо ВІЛ/СНІДу в Україні. В березні 2004 року вона зняла відео «Не бійся жити», присвячене людям, що живуть з ВІЛ/СНІДом. Відео було зняте за підтримки Всеукраїнської мережі людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом, та стосувалося ВІЛ-позитивної молоді. Ані Лорак була однією з перших вітчизняних артисток, яка публічно підтримала український рух проти ВІЛ/СНІДу. Вона стала Послом Доброї Волі ООН з боротьби з ВІЛ/СНІДом у 2004 році. «Я проти наркотиків, я проти СНІДу», - заявила Лорак, яка знялася в численних відео та білбордах проти ВІЛ/СНІДу в Україні. «Я не байдужа до того, що буде з Україною через 10 років. Люди, що живуть з ВІЛ/СНІДом, потребують нашої підтримки та розуміння». (www.anilorak.com) (www.burmaka.kiev.ua)

Лілія Подкопаєва

Лілія Подкопаєва – абсолютна чемпіонка Європи та світу, абсолютна чемпіонка XXVI Олімпійських Ігор зі спортивної гімнастики. Залишивши великий спорт, олімпійська чемпіонка бере активну участь у благодійній діяльності та громадському житті, зокрема, пропагуючи здоровий спосіб життя в Україні. 17 листопада 2005 року Лілія Подкопаєва була призначена Послом Доброї Волі ООН з питань ВІЛ/СНІДу в Україні. «Ми повинні не тільки працювати над популяризацією здорового способу життя, але й не відвертатися від вже хворих людей. Я готова до роботи, і я вдячна за виказану мені довіру. Для мене дуже важливо, що мене прийняли у цю велику родину світу», – зазначила Лілія Подкопаєва, приймаючи цю посаду. (<http://www.podkopaeva.openua.net/>) (<http://www.noc-ukr.org/news/index.phtml>)

ДОСВІД ІНШИХ КРАЇН У БОРОТБІ З ВІЛ/СНІДОМ

БРАЗИЛІЯ

Завдяки успішному поєднанню зусиль з профілактики та лікування, Бразилії вдалося досягнути значного прогресу в боротьбі з ВІЛ/СНІДом. У 1996 році Бразилія першою з країн, що розвиваються, прийняла закони, які забезпечують загальний безкоштовний доступ до високоактивної антиретровірусної терапії (ВААРТ) через систему громадської охорони здоров'я. Загальний доступ до антиретровірусних препаратів став можливим, по-перше, завдяки тому, що в Бразилії виробляються генеричні форми багатьох антиретровірусних препаратів, і, по-друге, велика кількість міжнародних фармацевтичних компаній надають препарати зі значними знижками. У 2004 році приблизно 154 тисячі бразильців, тобто майже усі, хто потребував такого лікування, приймали антиретровірусні препарати відповідно до критеріїв, що були розроблені керівництвом країни.

Такого успіху було досягнуто здебільшого завдяки безпосередній участі держави у боротьбі з епідемією на ранніх етапах. Крім підтримки загального доступу до лікування, держава вжила заходів з укріплення загальнонаціональної програми боротьби з ВІЛ/СНІДом, розширення партнерства між різними суспільними групами, а також розробки та впровадження політики щодо захисту й укріплення прав людини. Разом з різноманітними організаціями було створено Мережу з прав людини в контексті ВІЛ/СНІДу, яка забезпечує законодавчу підтримку в боротьбі проти дискримінації, пов'язаної з ВІЛ/СНІДом. Завдяки різноманітним заходам у засобах масової інформації, соціально-просвітницьким програмам, а також програмам з обміну шприців, забезпечується найбільш широка обізнаність населення про методи запобігання захворювання, такі як використання презервативів та чистих шприців.

Намічені цілі включали охоплення таких груп як споживачі ін'єкційних наркотиків, працівники комерційного сексу та чоловіки, які мають секс з чоловіками, а також всього населення в цілому. Держава забезпечує працівників комерційного сексу безкоштовними презервативами. Бразилія – єдина країна в світі, яка закуповує та розповсюджує жіночі презервативи. Ці зусилля принесли свої плоди. Багато фактів свідчать про зростання використання презервативів. За підсумками опитування призовників, у 2002 році 70% з них користувалися презервативами під час останнього сексуального контакту, в той час, як у 1999 році ця цифра складала 62%. Бразильський уряд також проводить роботу з користувачами ін'єкційних наркотиків, надаючи безкоштовні чисті голки.

Усі перелічені заходи у комплексі дозволили Бразилії досягнути 50-70% зниження захворюваності та смертності від ВІЛ/СНІД-асоційованих хвороб у порівнянні з 1996 роком. Згідно з оцінками, тільки завдяки програмі забезпечення загального доступу до АРТ вдалося запобігти 90 тис. смертних випадків та більш ніж 350 тис. випадків госпіталізації, пов'язаних зі СНІД-асоційованими захворюваннями, що дозволило заощадити більше 200 млн. доларів США за період з 1997 по 2001 рік. За прогнозами Світового Банку, що були зроблені на початку 1990-х, до 2000 року в Бразилії мало бути 1,2 млн. ВІЛ-позитивних жителів. Сьогодні кількість людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом в Бразилії, складає приблизно 600 тис., тобто половину вказаної цифри.

Ступінь впливу ВІЛ/СНІДу на населення Бразилії вдалося значно знизити завдяки комплексному підходу держави. Ця стратегія використовується як взірць іншими країнами, що розвиваються, які борються з епідемією ВІЛ/СНІДу.

Посилання

- Teixeira PR, Victoria MA & Barcarolo J. The Brazilian experience in providing universal access to antiretroviral therapy. In Economics of AIDS and Access to HIV/AIDS Care. June 25, 2003.
- UNESCO, Preventive Education: A Strategy for AIDS, 2002.
- USAID. Brazil: Country Profile, HIV/AIDS.
- WHO. The World Health Report 2004: Changing History, 2004.

ТАЙЛАНД

Таїланд був однією з перших азійських країн, які визнали всю серйозність епідемії ВІЛ/СНІДу і зробили питання контролю цього захворювання національним пріоритетом. Вперше ВІЛ зареєстрували в Таїланді в 1984 році, а зараз це найпоширеніша причина смерті в країні. В середині та в кінці 1980-х було зареєстровано досить невелику кількість випадків ВІЛ-інфікування, а профілактика та зусилля по нагляду за епідемією в ті часи були націлені лише на так звані «групи ризику», наприклад, на чоловіків, які мають секс із чоловіками (ЧСЧ), споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) та жінок секс-бізнесу (ЖСБ). Наприкінці 1980-х відомості про те, що кількість ВІЛ-інфікованих серед СІН зростає, сприяли створенню національної програми спостереження за епідемією ВІЛ/СНІДу. Спостереження засвідчило, що кількість ВІЛ-інфікованих також збільшується і серед робітниць секс-бізнесу, і, таким чином, з легкістю може поширитися на загальну популяцію. Зростаюча кількість інфікувань, а також тиск з боку посадових осіб, активістів та науковців змусили тайський уряд змінити свою стратегію і затвердити нову Національну програму з ВІЛ/СНІДу в 1990 році.

Національна програма з ВІЛ/СНІДу була першою офіційною широкомасштабною програмою Таїланду по боротьбі з ВІЛ/СНІДом. Її керманічем був прем'єр-міністр, а програма отримувала значну підтримку з боку політиків. Ключові міністерства отримали власне фінансування на боротьбу з ВІЛ/СНІДом, а губернатори контролювали роботу в своїх провінціях. Щорічні витрати уряду на ВІЛ/СНІД зросли з \$50 тисяч у 1984 році до більш ніж \$35 мільйонів у 2002 році. У 2003 році річна кількість нових випадків ВІЛ-інфікування знизилася до 19 тисяч у порівнянні з 1991 роком, коли таких випадків було 143 тисячі. У 2005 році Уряд розпочав надання АРВ-терапії усім ВІЛ/СНІД-інфікованим у країні.

Найвідоміша частина Тайської програми з ВІЛ/СНІДу – це «Програма 100% презервативів», за допомогою якої здійснюється розповсюдження презервативів та промоція їх використання секс-працівниками та їх клієнтами, а також лікування захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗППШ). Хоча комерційний секс не є легальним в Таїланді, використання презервативів обов'язкове, а виконання забезпечується муніципальною владою. За результатами програми використання презервативів перевищило 90 відсотків в багатьох регіонах країни. Програма також включає освіту та кампанії зміни поведінки, спрямовані на зменшення частоти відвідування чоловіками робітників комерційного сексу. В період 1990-1993 років процент чоловіків, які відвідували працівниць секс-бізнесу минулого року, зменшився вдвічі.

Інші ключові елементи Національної програми з ВІЛ/СНІДу передбачають зусилля з посилення обізнаності населення та формування партнерських відносин між різними частинами суспільства, такими як громадські та приватні організації, ділові круги, освітні заклади та ЗМІ. Тайський уряд також прийняв національну політику захисту прав людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом.

Нещодавно деякі компоненти програм Тайського уряду були розкритиковані. Наприклад, організація Наглядачів за правами людини (Human Rights Watch) стверджує, що жорстке переслідування споживачів ін'єкційних наркотиків утримує цю групу ризику від тестування та звернення за допомогою. Звіт Програми розвитку Об'єднаних Націй (UNDP) на Міжнародній конференції з ВІЛ/СНІДу, що відбулася у 2004 році, попередив про зменшення державної підтримки Програми з ВІЛ/СНІДу, та підкреслив, що ВІЛ/СНІД залишається серйозною проблемою для країни.

Крім того, існує багато свідчень зростання ризикованої поведінки серед тайської молоді. У 2003 році Міністерство охорони здоров'я повідомляло, що рівень інфікування серед підлітків зріс за останній рік, та декларувало готовність вжити невідкладних заходів щодо збільшення доступу до презервативів серед тайської молоді.

Рівень інфікування ВІЛ серед чоловіків, що мають секс з чоловіками, також викликає занепокоєння у Таїланді. Нещодавнє дослідження Міністерства охорони здоров'я та Американського центру контролю та запобігання захворюванням виявило, що 17% з 1121 чоловіка, що мали секс з чоловіками протягом останніх 6 місяців, виявилися ВІЛ-позитивними.

Медична та бізнес-спільнота Таїланду часто зустрічає критику з боку лесбіянок, геїв, бісексуалів та трансвеститів, зокрема, стосовно того, що замість медичної допомоги, деякі лікарі радять пацієнтам «перестати бути гомосексуалістами». Як свідчить практика, в результаті багато лесбіянок, геїв, бісексуалів та трансвеститів звертаються по медичну допомогу до неофіційних джерел, покладаючись на друзів та нелегальне лікування.

Посилання

- AIDS Weekly, HIV Epidemic Among Men Who Have Sex with Men in Bangkok Uncovered, May 31, 2005.
- CDC. HIV/AIDS/STI Daily Briefings: Rate of Infection Grows Among Thai Teenagers, January 3, 2003 <http://lists.cdcnpin.org/pipermail/prevention-news/2003-January/000398.html>.
- The Global Fund, Strengthening National Prevention and Care Programmes on HIV/AIDS, tuberculosis and malaria in Thailand, April 2002.
- Global HIV Prevention Working Group, Access to HIV prevention, May 2003.
- National Intelligence Council (NIC), The Next Wave of HIV/AIDS: Nigeria, Ethiopia, Russia, India, and China, September 2002.
- Parivudhipongs, Alongkorn. "Dare to Care." The Bangkok Post, August 8, 2005
- Tang, Alisa, Thailand Offers Anti-Retroviral Drugs to All Thais with HIV/AIDS virus for Almost No Cost. Associated Press July 13, 2005
- UNAIDS, Evaluation of the 100% Condom Programme in Thailand, July 2000. July 2000.
- UNAIDS, HIV Prevention Needs and Successes: A Tale of Three Countries, 2001.
- UNAIDS, Progress Report on the Global HIV/AIDS Epidemic 2003, September 2003.
- UNAIDS, Relationships of HIV and STD Declines in Thailand to Behavioral Change, 1998.
- UN Development Programme, Thailand's Response to HIV/AIDS: Progress and Challenges, July 2005.
- The World Bank. Thailand's Response to AIDS: Building on Success, Confronting the Future, November 2000.
- WHO. "3 by 5" Progress Report, 2005.

ПОЛЬЩА

Один з найближчих західних сусідів України – Польща, яку нещодавно прийняли до Європейського Союзу, наприкінці 1980-х років зіткнулася з серйозною епідемією ВІЛ, рушійною силою якої було переважно ін'єкційне споживання наркотиків. Польський уряд прореагував швидко та, не чекаючи, поки епідемія пустить коріння, створив Національний офіс з координації та профілактики СНІДу, задіяв міжнародних донорів і збільшив державне фінансування боротьби з ВІЛ/СНІДом. В результаті у Польщі з населенням приблизно 39 мільйонів (у порівнянні з населенням України у 48 мільйонів) та ВВП на душу населення у 11 000 доларів США (у порівнянні з Україною, де цей показник дорівнює 5 400 доларів США) поширеність ВІЛ серед дорослого населення дорівнює лише 0,1%, що значно нижче, ніж в Україні, де цей показник становить від 1 до 2%. Усі ВІЛ-позитивні поляки, які потребують лікування, мають доступ до антиретровірусної терапії. Більш того, уряд проголосив забезпечення прав людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом, своїм пріоритетом та створив міцну законодавчу базу, згідно з якою забороняється дискримінація на робочому місці та дискримінація при користуванні медичними послугами.

За даними Спеціальної доповіді Трансатлантичних партнерів проти СНІДу «Ефективний підхід до вирішення проблеми епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні: проект курсу дій нового Президента України»

ІНФОРМАЦІЙНІ РЕСУРСИ

Національна лінія телефону довіри з ВІЛ/СНІДу (Україна)
8-800-500-45-10

СПИСОК СНІД-ЦЕНТРІВ В УКРАЇНІ

Місто	Адреса	код	телефон	розклад роботи
Вінниця	5 км. Барського шосе	0432	397817	9.00 – 16.00
Чернігів	вул. 1 травня, 168	0462	199553	8.30-9.30
Харків	вул. Боротьби, 6, ст. метро Маршала Жукова	057	7134478	9.00-12.00
Київ	вул. Відпочинку, 11		4509168	9.00-15.00
Чернівці	вул. Головна, 137, 12 корпус, 7 секція	0372	541896	9.00-17.00
Черкаси	вул. Золотоніська, 2	0472	542149	7.00-14.00
Дніпропетровськ	вул. Канатна, 17, 4 поверх	0562	268082	8.00-15.00
Кіровоград	вул. Комарова, 1	0522	234381	9.00-13.00
Севастополь АР Крим	вул. Комуністична, 40, каб.1	0692	552860	9.30-14.00
Тернопіль	вул. Купчинського, 9	0352	231865	9.00-16.30
Суми	вул. Курська, 111	0542	243502	8.30-16.00
Львів	вул. Лисенка, 45	0322	750989	9.00-16.00
Донецьк	вул. Олімпієва, 1 а	0622	667110	8.00-14.00
Миколаїв	вул. Плеханова	0512	242128	8.00-14.00
Івано-Франківськ	вул. Сагайдачного, 66	03422	24750	8.00-15.30
Хмельницький	вул. Сковороди, 17	0382	222123	8.00-15.00
Рівне	вул. Соборна, 189	0362	226942	9.00-17.00
Житомир	вул. Щорса, 28	0412	378407	8.30-14.00
Ужгород	Другетів, 72	0312	617647	9.00-12.00
Луганськ	пров. Дружби, 1, б	0642	622861	8.30-14.00
Полтава	провулок Госпітальний	0532	569431	8.00-12.00
Херсон	проїзд Береговий, 3	0552	273691	8.00-12.00
Луцьк	просп. Волі, 1а	03322	724703	8.00-16.00
Запоріжжя	вул. Сталеварів, 28	0612	341122	12.00-16.00
Одеса	вул. Старопортофранківська, 38	048	7284639	9.00-16.00

Міжнародні організації

Агентство США з міжнародного розвитку (USAID), www.usaid.kiev.ua

Починаючи з 1986 року, USAID надало більше ніж 2,3 мільярди доларів на боротьбу з пандемією СНІДу – більше ніж будь-яка інша державна або приватна організація у світі. USAID надає допомогу більш ніж 50 країнам, в яких проходять програми профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом, при цьому робота в 23 країнах з 50 є пріоритетним напрямком в роботі агентства. Протягом багатьох років USAID успішно реалізує численні програми з профілактики передачі ВІЛ-інфекції, надання догляду та лікування ВІЛ-інфікованим, та допомоги дітям та сім'ям, потерпілим від СНІДу.

Британська Рада, www.britishcouncil.org.ua Британська рада є одним з партнерів з впровадження Трансатлантичної ініціативи ЄС та США, яка також підтримується Представництвом Європейської Комісії в Україні.

Інтерньюс Нетуорк Україна, www.internews.ua/ukr/news/ Робота із засобами масової інформації, спрямована на розвиток адекватної участі ЗМІ у відповіді на епідемію СНІДу в Україні.

La Strada, www.lastrada.org.ua Гаряча лінія: 8-800-500-22-50 Організація працює в галузі запобігання торгівлі людьми, насильства, експлуатації та надає консультації тим, хто виїздить за кордон. Послуги організації включають допомогу у розшуку людей, ресурсний центр для журналістів та правозахисників, консультації за телефоном та через Інтернет, проведення освітніх семінарів і тренінгів, соціальну допомогу людям, потерпілим від торгівлі. З питань профілактики та боротьби з насильством: 8-800-500-33-50. Організація співпрацює та бере участь у деяких проектах галузі профілактики ВІЛ.

«Лікарі без кордонів - Голландія» (MSF-H), www.msf.org.ua Спільно з Міжнародним Альянсом «Лікарі без кордонів - Голландія» підтримують проект одеського НДО «Життя+» з лікування, підтримки та догляду за ВІЛ-інфікованими, відповідають за медичний компонент проекту. Випустили ряд друкованих буклетів для ВІЛ-інфікованих, в тому числі з «Антиретровірусного лікування».

Мережа Проектів зменшення шкоди Центральної та Східної Європи (CEEHRN), www.ceeHRN.org CEEHRN – один з основних партнерів в сфері інформаційно-ресурсної підтримки координації зусиль та обміну досвідом між програмами профілактики ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків в Центральній та Східній Європі. Проект здійснюється за підтримки Міжнародної програми зменшення шкоди.

Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД (Брайтон, Великобританія), www.aidsalliance.org Засновник Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні. Надає технічну та фінансову підтримку Альянсу в Україні. Це – одна з декількох міжнародних організацій, діяльність яких безпосередньо спрямована на боротьбу з розповсюдженням ВІЛ/СНІДу. Альянс підтримує громадські зусилля зі зниження захворюваності на ВІЛ/СНІД в країнах, що розвиваються, та вважає, що успішна відповідь громадськості на епідемію має ґрунтуватися на ініціативі місцевих лідерів, почутті відповідальності та прихильності людей боротьбі з епідемією.

www.aidsmap.com

Національний довідник з питань СНІДу (NAM). Спільний ресурс Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІДу та Британської асоціації з питань ВІЛ (BHIVA). Окрім підтримки сайту та розсилки новин, пов'язаних з ВІЛ/СНІДом, NAM також випускає друковану інформаційну продукцію. На основі буклетів NAM для ВІЛ-позитивних людей Міжнародний Альянс в Україні спільно з українським представництвом «Лікарі без кордонів – Голландія» розробляє серію інформаційних буклетів для людей, які живуть з ВІЛ в Україні.

Міжнародна програма розвитку зменшення шкоди (IHRD), www.soros.org/harm-reduction/index.html Міжнародна програма розвитку зменшення шкоди в Україні виконується Міжнародним Фондом «Відродження». Програми спільно фінансують 17 проектів, які працюють в галузі профілактики ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків, проект «Південноукраїнський тренінговий центр з профілактики

ВІЛ/СНІД серед уразливих груп» та інші ініціативи. У 2003 році за підтримки IHRD на базі Інформаційно-ресурсного центру Міжнародного Альянсу відкрилась Регіональна інформаційна служба зменшення шкоди, яка має сприяти обміну досвідом між проектами Східної Європи та програмами у країнах колишнього СРСР.

Міжнародна мережа проектів з секс-праці (NSWP), www.nswp.org Профілактика ВІЛ/СНІДу в сфері секс-праці.

Міжнародний Фонд «Відродження», www.irf.kiev.ua МФ «Відродження» як представник Міжнародної програми розвитку зменшення шкоди фінансує в Україні декілька проектів, що працюють в сфері зменшення шкоди.

Представництво Європейської Комісії в Україні, www.delukr.cec.eu.int Європейська Комісія є партнером Уряду США з реалізації Трансатлантичної ініціативи з профілактики ВІЛ та інформування громадськості в Україні. Цей проект реалізують відповідно Британська Рада та Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД.

Програми ООН в Україні, www.un.kiev.ua Різноманітні тематичні програми надають фінансову та технічну підтримку ряду проектів, націлених на профілактику та боротьбу з пандемією ВІЛ/СНІДу.

UNICEF (www.un.kiev.ua/ua/unicef)

UNFPA (www.unfpa.org.ua)

UNDP (www.undp.org.ua)

World Bank (www.worldbank.org)

World Health Organization (www.un.kiev.ua/en/who)

Проект «ПОЛІСІ», www.policyproject.com Один з напрямків роботи проекту «ПОЛІСІ» - впровадження проекту «Репродуктивне здоров'я в сфері ВІЛ/СНІДу».

Проект SMARTWORK, www.smartwork.org Це програма навчання та профілактики ВІЛ/СНІД на робочих місцях.

СНІД Фонд Схід-Захід (AFEW) в Україні та Росії, www.afew.org Надає технічну допомогу проектам профілактики ВІЛ, в тому числі серед споживачів наркотиків, а також з інформативно-ресурсної роботи в країнах колишнього СРСР.

Трансатлантичні партнери проти СНІДу. www.tpaa.net, www.tpaa.ru Незалежна неурядова організація, яка мобілізує політичні, громадські, наукові та економічні ресурси Північно-Американських, європейських та євразійських партнерів для боротьби з руйнівним впливом ВІЛ/СНІДу в Росії, Україні та сусідніх країнах.

Фонд сім'ї Кайзера. www.kff.org, www.globalhealthreporting.org Цей сайт належить Фонду сім'ї Генрі Дж. Кайзера. Це неприбуткова, приватна організація, яка займається питаннями сфери охорони здоров'я. Фонд сім'ї Кайзера – незалежне джерело фактів та аналітичних даних, до яких можуть звертатися політичні та громадські діячі, засоби масової інформації, працівники галузі охорони здоров'я та інші верстви населення.

УКРАЇНСЬКІ ДЕРЖАВНІ УСТАНОВИ

Міністерство охорони здоров'я, www.moz.gov.ua Офіційний сайт МОЗ.

Науково-дослідний інститут епідеміології та інфекційних захворювань ім. Л.В. Громашевського Наукові дослідження та лікування ВІЛ/СНІДу. Блок лікування СНІДу в клініці інфекційних хвороб в Києво-Печерській Лаврі. Координати відділень можна дізнатися на Національній лінії з ВІЛ/СНІДу, тел. 8-800-500-45-10.

Український інститут соціальних досліджень (UISI), www.uisr.org.ua Надає дані соціологічних досліджень в галузі профілактики ВІЛ/СНІДу.

Український центр боротьби з ВІЛ-інфекцією та СНІДом, www.aids-dpm.com Надає експертні консультаційні послуги НДО та іншим організаціям. Центр є джерелом найсвіжіших статистичних даних, яке відстежує розвиток епідемії ВІЛ в Україні.

Українські (обласні, міські) Центри боротьби з ВІЛ/СНІДом Про координати кожного центру можна дізнатися, зателефонувавши на Національну лінію з ВІЛ/СНІД 8-800-500-45-10.

УКРАЇНСЬКІ НЕУРЯДОВІ ОРГАНІЗАЦІЇ

Всеукраїнська мережа людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом, www.lgvs.org.ua Організація впроваджує декілька проектів, в тому числі з підтримки та невідкладного догляду ВІЛ-інфікованих, захисту прав ВІЛ-інфікованих, просвітництва, адвокації, і т.д. Проводяться групи самопомогі. Мережа має представництва у багатьох містах України. За допомогою у разі порушення прав людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), необхідно звертатися до центрального офісу Мережі: (+38 044) 425-10-87 425-12-74 425-69-89, або 566-9673.

www.aids.org.ua

На сайті міститься загальна інформація з ВІЛ/СНІДу, статистика, текст Національної Програми профілактики ВІЛ/СНІДу в Україні, наказ Президента України про невідкладні заходи з профілактики розповсюдження ВІЛ-інфекції/СНІДу, а також інформаційний бюлетень Всеукраїнської Мережі ЛЖВ.

www.stupeny.iatp.org.ua Російськомовний сайт міжнародної організації «Реабілітаційний центр «Ступені». Надає інформацію з проблем хімічних залежностей (алкоголізм, наркоманія) та ВІЛ/СНІДу; в організації функціонують групи самопомогі з лікування людей з подвійним діагнозом – ВІЛ та хімічна залежність.

Коаліція ВІЛ-сервісних організацій. Координує зусилля з профілактики та боротьби зі СНІДом в Україні. Коаліція впливає на розробку національної політики боротьби зі СНІДом. Тел. (044) 501-74-79.

Українська асоціація зменшення шкоди, www.uhrn.civicua.org Організація об'єднує значну кількість неурядових організацій, що виконують проекти зменшення шкоди від споживання наркотиків.

Фонд профілактики хімічних залежностей та СНІДу (SAAPF), www.helpme.com.ua Одна з найуспішніших організацій, що виконує декілька широковідомих проектів, в тому числі проект Національного телефону довіри з ВІЛ/СНІДу.

Сайт представництва Червоного Хреста в Україні, www.redcross.org.ua Червоний Хрест надає освітню, патронажну, матеріальну та соціальну підтримку. Робота організації спрямована на подолання негативних наслідків епідемії ВІЛ/СНІДу та туберкульозу.

www.gay.org.ua Сайт належить інформаційному та правозахисному центру для ЧСЧ та лесбіянок «Наш світ». В розділі «Бібліотека» є багато матеріалів по ВІЛ/СНІД, в тому числі дослідження ризикованої поведінки серед ЧСЧ східного регіону та контакти груп самопомогі для ВІЛ-позитивних.

ІНФОРМАЦІЙНІ ПОРТАЛИ

Портал «Громадський простір», www.civicua.org

Портал «Громадський простір» пропонує наступні послуги та продукти:

- широкий спектр Новин та Календар подій, що оперативно інформують про події та заходи НДО-спільноти в Україні та закордоном;
- найбільший в мережі Інтернет Каталог веб-ресурсів українських НДО, місцевих та міжнародних донорських організацій, інформаційних і фандрейзингових служб;
- обговорення актуальних питань діяльності українського «третього сектору» на Інтерактивному форумі;
- Біржу проектів, як інструмент прямого спілкування українських НДО з донорськими організаціями, а також як спрощений механізм підготовки, подачі та розгляду проектів;
- Віртуальну бібліотеку для НДО, в якій можна розмістити чи ознайомитися з результатами інтелектуальної діяльності українських громадських організацій та знайти іншу корисну інформацію.

Український освітній центр реформ, www.cure.org.ua Український освітній центр реформ (УОЦР) – міжнародна благодійна організація, що діє в Україні та США. Головним напрямком діяльності Центру є інформаційна підтримка економічних, політичних і соціальних перетворень в Україні, дедалі більше залучення українських громадян до реформування, що сприятиме побудові демократичної держави з ринковою економікою та розвитку громадянського суспільства. Центр об'єднує експертів з питань сталого розвитку, економічних, соціальних і демократичних реформ, професіоналів, здатних створювати високоякісні теле- та радіопрограми, готувати матеріали для друкованих засобів масової інформації. Крім того, з організацією співпрацюють понад 300 журналістів з усіх регіонів України.

Джерела інформації:

- Книга «Люди и ВИЧ», 3-є видання, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2005 р.
- Довідник «ВІЛ-сервісні організації в Україні», 3-є видання, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2005 р.
- www.aidsalliance.kiev.ua
- www.afew.org
- www.lgvs.org.ua
- www.un.kiev.ua
- Українські та міжнародні пошукові сервери

Трансатлантичні партнери проти СНІДу (ТППС) – незалежна неурядова організація, що об'єднує політичні, громадські, дослідницькі та економічні ресурси північноамериканських, європейських та євразійських партнерів в боротьбі зі стрімким та спустошливим поширенням ВІЛ/СНІДу в Росії, Україні та сусідніх з ними країнами.

Місія

Місія Трансатлантичних партнерів проти СНІДу – справляти вплив на політичні рішення і впроваджувати ініціативи щодо надання країнам Єврозії можливості вести більш ефективну боротьбу зі СНІДом.

Трансатлантичні партнери працюють задля зміцнення політичної волі та мобілізації урядів, громадських лідерів, вчених, керівників підприємств та міжнародних організацій в боротьбі проти СНІДу; займаються непартійною політичною адвокацією і сприяють розвитку громадянського суспільства та місцевих інституцій; допомагають співтовариству донорів в мобілізації ресурсів та проводять політичні дослідження і аналіз стратегічних питань в сфері ВІЛ/СНІДу.

Трансатлантичні партнери прагнуть досягнення такої мети:

- Уповільнення темпів поширення епідемії ВІЛ через підтримку всеохоплюючих стратегій в сфері профілактики;
- Поліпшення життя людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, через розробку відповідної політики в сфері лікування, догляду та підтримки;
- Зниження стигми, пов'язаної з ВІЛ/СНІДом, і забезпечення захисту прав і свобод людей, які живуть з ВІЛ;
- Зміцнення міжнародного співробітництва в сфері терапії, лікування і розробки вакцини.

Програми

Як в Україні, так і в Росії діяльність Трансатлантичних партнерів проти СНІДу зосереджується у трьох головних сферах:

- В рамках **Програми підтримки ініціатив у галузі державної політики** ТППС співпрацюють з урядовцями та політиками над впровадженням найкращого світового досвіду з питань прав людини, дестигматизації та доступу до лікування у законодавчі акти України та Росії та забезпеченням активної участі громадського суспільства, включаючи людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом, у процес прийняття політичних рішень;
- Завданням **Програми медіа-партнерства та інформування громадськості** є розповсюдження повної та об'єктивної інформації про ВІЛ/СНІД та протистояння стигматизації, що існує у зв'язку з епідемією в Україні та Росії, шляхом впровадження медіа-кампаній та кампаній з підвищення громадської обізнаності, а також спеціалізованих програм навчання для журналістів;
- **Програма ТППС «Бізнес та праця»** була створена у відповідь на зростаючу загрозу, яку становить ВІЛ/СНІД для економік держав, міжнародних інвестицій, ринків праці, прав робітників та соціального розвитку в Україні та Росії. В рамках цієї програми ТППС проводить навчальні, інформаційні та профілактичні кампанії на робочих місцях, а також підтримує різноманітні громадські ініціативи, спрямовані на подолання ВІЛ/СНІДу.

ФОНД СІМ'І ГЕНРІ ДЖ. КАЙЗЕР

THE HENRY J. KAISER FOUNDATION



Фонд сім'ї Генрі Дж. Кайзер – некомерційний приватний фонд, в центрі уваги якого знаходяться питання охорони здоров'я. Фонд є незалежною установою і джерелом статистичної та аналітичної інформації для політичних лідерів, засобів масової інформації, працівників системи охорони здоров'я і загальних верств населення.

Фонд розробляє і проводить власні дослідницькі і комунікаційні програми, вступаючи в партнерські відносини з іншими зовнішніми організаціями, та заключає контракти з експертами і організаціями, які спеціалізуються у галузі охорони здоров'я. В рамках дослідження основних напрямків роботи органів охорони здоров'я і проведення комунікаційних програм Фонд надає надійну інформацію щодо рівня системи охорони здоров'я в сучасному світі, з його дедалі більш складними проблемами.

Робота за напрямками, пов'язаними з проблемами ВІЛ/СНІДу, проходить через всі програми Фонду, включаючи дослідження і аналіз політики в цій галузі, партнерство із засобами масової інформації та організаціями охорони здоров'я, підготовку журналістів, санпросвіроту, розвиток і охорону здоров'я в Південній Африці, онлайніві ресурси новин та інформації. Діяльність з боротьби з ВІЛ/СНІДом не обмежується лише США, а носить глобальний характер.

Політика в сфері ВІЛ/СНІДу

Діяльність Фонду щодо основних принципів і напрямків політики з ВІЛ/СНІДу спрямована на надання поточної інформації, висвітлення та аналіз результатів досліджень і основних питань внутрішньої і глобальної політики з ВІЛ/СНІДу. Вона передбачає такі компоненти: нагляд за основними тенденціями розвитку епідемії; нагляд за витратами коштів на проблему ВІЛ/СНІДу як в межах окремої країни, так і в глобальному масштабі; реалізація широкомасштабних програм з профілактики, лікування та догляду за людьми в групах високого ризику і людьми, що живуть з ВІЛ/СНІДом; вивчення суспільної думки щодо ВІЛ/СНІДу і вплив епідемії на ті регіони і групи населення США і планети, що є найбільш ураженими епідемією, включаючи молодь та жінок.

В рамках цієї діяльності на вебсайті www.kaisernetwork.org Фонд надає найновішу статистичну інформацію з епідеміології і політики щодо ВІЛ/СНІДу у кожному штаті країни в рубриці «Онлайнова інформація щодо стану здоров'я мешканців різних штатів США»; щоденні міжнародні новини в області ВІЛ/СНІДу, а також інформацію про основні конференції, заходи і брифінги з питань ВІЛ в бюлетені «Проблема в центрі уваги». Цей вебсайт є безкоштовним і загальнодоступним джерелом новин та інформації, що публікує останні відомості, дані та звіти про епідемію ВІЛ/СНІДу з різних куточків земної кулі.

Партнерство із засобами масової інформації

Фонд співпрацює із засобами масової інформації над створенням різноманітних просвітницьких програм з питань охорони здоров'я, приділяючи особливу увагу молодіжній аудиторії. Таке партнерство дозволяє об'єднати соціальну рекламу з тематичними передачами, скерованими до різних верств суспільства. Партнерство з медіа підкріплюється спеціальними безкоштовними ресурсами, доступ до яких здійснюється через безкоштовні «гарячі телефонні лінії» та (чи) вебсайти, популярні серед мільйонів молодих людей.

Kaisernetwork.org

Фонд створив сайт www.kaisernetwork.org як безкоштовне онлайнове джерело інформації. На сайті представлена остання аналітична інформація про нові напрямки політики в області охорони здоров'я,

дебати та дискусії, а також щоденна підборка новин (Kaiser Daily Reports). У звітах наводяться висновки щодо висвітлення питань політики охорони здоров'я, ВІЛ/СНІДу та репродуктивного здоров'я в міжнародних ЗМІ; довідникові матеріали; репортажі у прямому включенні та у запису, стенограми слухань в Конгресі, конференцій та брифінгів; результати соціальних опитувань по більш ніж 300 темам, пов'язаним з охороною здоров'я.

Програми стипендій та стажувань для ЗМІ

Дві з програм стипендій і стажувань Фонду для ЗМІ особливо виділяють проблему ВІЛ/СНІДу.

Програма міні-грантів з проблем ВІЛ/СНІДу надає гранти для проведення досліджень і пов'язаних з ними поїздок журналістів-репортерів друкованих та інших ЗМІ, які висвітлюють проблеми ВІЛ/СНІДу в США і у цілому світі. Мета грантів – підтримати змістовні репортажі про вплив глобальної епідемії на здоров'я, соціальне становище, економіку, політику і культуру країн, уражених епідемією ВІЛ/СНІДу.

Програма стажувань представляє 12-тижневий інтенсивний літній курс для молодих журналістів – представників меншин, які є спеціалістами у висвітленні питань охорони здоров'я міського населення.